

УДК 616.329

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СХЕМ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ

Матвеева У.В., Хетагурова Ю.Ю., Дзевисова Ф.С., Бораева Т.Т., Ревазова А.А., Павловская Л.В.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ, e-mail: iuliana-matveeva@rambler.ru

В статье приведены наиболее оптимальные схемы антирефлюксной терапии у подростков. В связи с высокой актуальностью данной патологии и необходимостью определения эффективных схем антирефлюксной терапии обследовано 75 детей подросткового возраста. Результаты лечения оценивались в катамнезе через 3, 6, 12 месяцев после курса терапии. Учитывались критерии: средние сроки купирования диспепсического и болевого синдрома, динамика эндоскопической, гистоморфологической картины, уровень эрадикации *Helicobacter pylori*. Наилучшие результаты получены в четвертой и пятой группах: число гастроэзофагеальных рефлюксов уменьшилось в 2–2,5 раза, значительно сократилось количество поверхностных эзофагитов, а также гиперплазий слизистой оболочки пищевода. Использование комплексных схем антирефлюксной терапии с физиотерапией синусоидальными модулированными токами, воздействием точечного массажа на аурикулярные точки организма, применением музыкоароматерапии, фитотерапии является наиболее выгодным с клинико-эндоскопической и гистоморфологической позиций, увеличивая сроки ремиссии в 1,5 раза.

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, лечение, катамнез, подростки

## THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF SCHEMES ANTIREFLUX REFLUX DISEASE IN TEENAGERS

Matveeva U.V., Khetagurova Y.Y., Dzebisova F.S., Boraeva T.T., Revazova A.A., Pavlovskaya L.V.

North-Ossetian State Medical Academi, Vladikavkaz, e-mail: iuliana-matveeva@rambler.ru

In clause the optimal schemes antireflux therapies at teenagers are resulted. In connection with a high urgency of the given pathology and necessity of definition of effective schemes antireflux therapies, 75 children of teenage age are surveyed. Results of treatment were estimated in a catamnesis in 3, 6, 12 months after a course of therapy. Criteria were considered: average terms of a cupping dyspepsia and a painful syndrome, dynamics endoscopic, gustomorfologis pictures, a level destruction *Helicobacter pylori*. The best results are received in the fourth and fifth group: the number gastroesophageal refluxes has decreased in 2–2,5 times, the quantity of superficial esophagites, and also hyperplasias of a mucosa of an esophagus was considerably reduced. Use of complex schemes antireflux therapies with a physiotherapy the sinusoidal modulated currents, influence of acupressure on auricular points of an organism, application musictherapies phytotherapies is the most favourable with clinico-endoscope and gustomorfologis positions, enlarging terms of remission in 1,5 times.

**Keywords:** gastroesophageal reflux disease, treatment, catamnesis, teenagers

В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) признана лидирующим заболеванием среди всей патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Актуальность данной проблемы объясняется широкой распространенностью среди детей, прогрессированием, отягощением имеющихся соматических и эндокринных заболеваний, развитием осложнений, недостаточной эффективностью предлагаемых схем медикаментозной терапии [2, 4, 5]. Отсутствуют общепринятые схемы ведения больного, кратность применения и режим дозирования [1, 3]. У подростков многие аспекты недостаточно изучены.

Таким образом, проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является актуальной для практической педиатрии. Дети, страдающие гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, нуждаются в ин-

дивидуальном подходе к терапии с учетом возраста, клинических особенностей и продолжительности заболевания [1].

В связи с вышеизложенным целью исследования явилась оптимизация схем антирефлюксной терапии.

### Материалы и методы исследования

Обследовано 75 детей в возрасте от 12 до 17 лет с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в стадии обострения. По половому признаку обследованный контингент детей разделился следующим образом: мальчики – 42 (56,0%) и девочки – 33 (44,0%). Все дети были равномерно разделены на 5 групп по 15 человек.

I группу составили дети, получавшие общепринятую терапию, включающую в себя ингибитор протонной помпы (ИПП) Омепразол (фирмы Balkanpharma – dupnitza, Болгария) прокинетик (мотилиум), электрофорез с церукалом на область эпигастрия № 5. Все препараты дети данной группы получали в стандартных дозировках: омепразол из расчета

0,5 мг/кг, мотилиум 0,5 мг/кг. Суточная доза препаратов эрадикационной терапии назначалась в два приема. Ингибитор протонной помпы назначался в течение 4–6 недель, прокинетики назначались в течение 4 недель в зависимости от выраженности рефлюкса и степени поражения пищевода.

Детям II группы в отличие от первой в качестве ИПП применялся Омез (фирмы Dr. Reddy's Laboratories Индия) в стандартной дозировке 0,5 мг/кг/сут.

Дети III группы в отличие от первой получали ингибитор протонной помпы Ультоп (фирмы KRKA Словения) в дозировке 0,5 мг/кг/сут.

Дети IV группы получали Ультоп в дозировке 0,5 мг/кг/сут в сочетании с физиотерапией, точечным массажем корпоральных и аурикулярных точек. Физиотерапию осуществляли воздействием синусоидальных модулированных токов аппарата «Амплипультс 4» в невыпрямленном режиме при глубине модуляции 75–100% с частотой 50–75 Гц, использовались III и IV род работы по 5 минут каждый, через электроды 10×15 см, наложенные поперечно в эпигастральной области и нижнегрудном отделе позвоночника. Курс – 8 процедур. Данные методики патогенетически обоснованы, т. к. воздействуют на нейрогуморальную регуляцию нижнего пищеводного сфинктера, нормализуя моторику и кровоснабжение пищевода, стимулируя репаративную регенерацию слизистой оболочки.

Дети V группы получали Ультоп в дозировке 0,5 мг/кг/сут в сочетании с музыкоарома- и хронофитотерапией. Хронофитотерапия проводилась с использованием фитоконтейнлей адаптогенов («Биоритм ДС» и «Биоритм РС»). Музыкоароматерапия обеспечивает стойкий положительный терапевтический эффект и повышает адаптивные возможности растущего организма ребенка, устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Фитоконтейнлей «Биоритм-РС», «Биоритм-ДС» представляют собой смесь спиртовых экстрактов родиолы розовой, девясила высокого, солодки голой, элеутерококка колючего, оказывают противовоспалительное действие, улучшая состояние слизистой оболочки пищевода. Применение препаратов растительного происхождения («Биоритм-РС», «Биоритм-ДС») основано на способности органических кислот, инулина, флавоноидов, дубильных веществ, высших жирных кислот – олеиновой и пальмитиновой, витаминов к антиоксидантному, антисептическому, противовоспалительному, спазмолитическому, нормализующему микроциркуляцию действию.

### Результаты исследования и их обсуждение

При проведении фиброэзофагогастро-дуоденоскопии до лечения были выявлены следующие изменения. Гастроэзофагеальный рефлюкс отмечался у 75 (100%) человек. Дуоденогастральный рефлюкс диагностирован у 48 (64,0%) человек. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы отмечалась у 19 (25,3%) детей. Полипы пищевода обнаружены у 5 (6,7%) детей. Катаральный эзофагит выявлен у 9 (60,0) детей первой и четвертой групп, у 10 (66,7%) детей второй группы, у 11 (73,3%) детей третьей и пятой групп.

Результаты лечения оценивались через 3, 6 и 12 месяцев после его окончания. При этом учитывались следующие критерии: средние сроки купирования диспепсического и болевого синдромов, динамика эндоскопической и гистоморфологической картины. На фоне проводимой терапии у детей первой группы тошнота, изжога, икота, одинофагия и дисфагия купировались на 5-й день терапии, рвота исчезла ко 2-му дню терапии, отрыжка и осиплость голоса сохранялись до 6-ого и 8-ого дня лечения соответственно. Спонтанный болевой синдром исчез у большинства детей (73,3%) на 6-е сутки от начала терапии. Во второй группе тошнота, изжога, отрыжка исчезли к 5-му дню, икота и покашливание – к 6-му дню, осиплость сохранялась до 7-му дня терапии. Болевой синдром также исчез у 66,7% на 6-е сутки от начала терапии. У детей третьей группы диспепсический синдром купировался на 3-й день терапии, икота на 4-й день, осиплость голоса сохранялась до 6-го дня лечения. Болевой синдром был купирован на 3-й день. Четвертая и пятая исследуемые группы выгодно отличались ранним купированием диспепсического и болевого синдромов. Так, в четвертой группе тошнота, изжога, икота, одинофагия и дисфагия исчезли на второй день терапии, отрыжка, осиплость голоса и покашливание – на 3-й день. В пятой группе рвота и тошнота купировались в первый день терапии, изжога, икота, отрыжка, одинофагия и дисфагия – на 2-й день, осиплость голоса и покашливание – на 3-й день терапии. Болевой синдром в четвертой и пятой группах был купирован на второй день лечения.

После курса терапии в катамнезе через 3, 6 и 12 месяцев всем обследуемым детям проводилось фиброэзофагогастро-дуоденальное исследование. Через 3 месяца явления эзофагита сохранялись у 9 (60,0%) пациентов первой группы, у 8 (53,3%) детей второй группы, у 8 (53,3%) подростков третьей, у 6 (40,0%) детей четвертой и у 7 (46,7%) детей пятой групп терапии. Через 6 месяцев число эзофагитов и гастроэзофагеальных рефлюксов в третьей, четвертой и пятой группах не изменилось. В первой и второй группах наблюдалась отрицательная эндоскопическая динамика, выражающаяся в увеличении числа гастроэзофагеального рефлюкса: в первой группе явления эзофагита выявлены у 10 (66,7%) детей, во второй – у 9 (60,0%) детей ( $r = 0,52$ ). При проведении контрольной ФЭГДС через 12 месяцев в первой и второй группах ГЭРБ диагностирована у 10 (66,7%) детей первой группы, 10 (66,7%) детей второй группы, 9 (60,0%) детей третьей группы,

7 (46,7%) детей четвертой группы, 7 (46,7%) подростков пятой группы.

Наилучшие результаты отмечаются в четвертой и пятой группах: число гастроэзофагеальных рефлюксов уменьшилось в 2–2,5 раза, значительно сократилось количество поверхностных эзофагитов, а также гиперплазий слизистой оболочки пищевода. Таким образом, оптимальными с позиции эндоскопической картины являются четвертая и пятая схемы терапии с использованием ингибитора протонной помпы Ультопа, прокинетики мотилияума, физиотерапии синусоидальными модулированными токами, воздействием точечного массажа на активные точки организма, а также применением музыкароа- и фитотерапии.

После лечения всей группе больных с ГЭРБ, ассоциированной с Нр (67 подростков – 89,3%), проводилось определение Нр с помощью дыхательного и быстрого уреазного тестов. Через 3 месяца во всех группах был достигнут 80%-й порог эрадикации, рекомендованный Маастрихтским соглашением. В первой группе у 3 (20,0%) детей показатели дыхательного NH<sub>3</sub>-теста слабой степени инфицирования после лечения были расценены как положительные. Во второй и третьей группах – у 4 (26,7%), в пятой – у 3 (20,0%) детей показатели дыхательного NH<sub>3</sub>-теста были положительными, наименьший процент был выявлен в четвертой группе и составил 13,3% (2 ребенка). Через 6 месяцев процент положительных показателей в I группе составил 40,0% (6 подростков), во II группе – 46,7% (7 детей), в III группе составил 40,0% (6 подростков), в IV и V группах был значительно меньше и составлял 20,0% (3 подростка). При обследовании детей через 1 год также наилучшие результаты отмечались в группах IV и V (20,0% и 26,7% соответственно), таким образом, данные группы выгодно отличаются от предыдущих по степени эрадикации.

Всем детям с геликобактерной инфекцией после курса терапии также проводился быстрый уреазный HELPII-тест. Через 3 месяца после лечения в первой и третьей группах показатели быстрого уреазного теста были расценены как положительные у 3 (20,0%) детей, во второй и четвертой группах у 4 (26,7%), в пятой группе – у 3 (20,0%) обследуемых. Через 6 месяцев в первой, второй и третьей группах количество Нр-инфицированных детей увеличилось в 2,3 – 2,7 раз, тогда как в четвертой и пятой группах – всего в 1,5 раза. После проведения быстрого уреазного теста через 12 месяцев в первой группе положительные результаты были отмечены у 7 (46,7%) детей первой группы, у 7 (46,7%) второй

группы, у 6 (40,0%) детей третьей группы, у 4 (26,7%) детей четвертой и пятой исследуемых групп.

Эндоскопическая картина изменений слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта была подтверждена данными морфологического исследования, позволившими установить глубину и распространенность поражения. При проведении гистологического исследования биоптатов выраженность инфильтрации полиморфно-ядерными лейкоцитами различалась и была выше в антральном отделе. Степень активности воспаления коррелировала также с глубиной поражения верхних отделов пищеварительного тракта. Так, инфильтрация нейтрофилами, мононуклеарами слизистой оболочки, степень обсемененности Нр были значительно выше при эрозивных процессах верхних отделов пищеварительного тракта. При гистологическом исследовании биоптатов 4 (26,7%) отмечалась средняя степень обсемененности Нр. В слизистой дистального отдела пищевода, антрального отдела желудка отмечалось некоторое уменьшение частоты воспалительной реакции. Во второй группе у 4 (26,7%) подростков также отмечалась слабая степень обсемененности Нр. Воспалительная реакция уменьшилась в дистальной части пищевода и в антральном отделе желудка. У детей третьей группы Нр диагностирована у 5 (33,3%) детей. В слизистой среднего и дистального отдела пищевода, антрального отдела и тела желудка выявлено уменьшение частоты воспалительной реакции. В четвертой и пятой группах получены данные: у 3 (20,0%) детей выявлена Нр. При этом в слизистой оболочке пищевода, антрального отдела и тела желудка отмечалось уменьшение частоты воспалительной реакции и заметное снижение частоты активного воспаления. Наилучшие показатели получены в четвертой и пятой группах, где процент эрадикации составил 74 – 80%. С точки зрения гистоморфологической характеристики лучшими являются четвертая и пятая схемы терапии, включающие физиотерапию, рефлексотерапию, а также музыкароматерапию и фитотерапию.

### Выводы

Наилучшие результаты с позиции клинико-эндоскопической картины и эрадикации Нр показали четвертая и пятая схемы терапии с использованием ингибитора протонной помпы ультопа, прокинетики мотилияума, физиотерапии синусоидальными модулированными токами, воздействием точечного массажа на активные точки организма, а также применением музыкароа-терапии и фитотерапии. Оптимизация схем

антирефлюксной терапии увеличивает сроки ремиссии заболевания в 1,5 раза.

#### Список литературы

1. Ахвердян Ю.Р., Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Бабаян М.Л., Рачкова Н.С. Обоснование дифференцированной тактики лечения различных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей // Детская гастроэнтерология. – 2007. – № 1. – С. 5–7.
2. Басиева З.К., Бурдули Н.М., Шавлохова Э.А. Клинико-диагностические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни пищевода, сочетающейся с сахарным диабетом 1 и 2 типа // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6.
3. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. Методы оценки индивидуальной эффективности антацидных и антисекреторных препаратов в детской гастроэнтерологии (опыт работы). – М.: РГМУ. – 2001. – 32 с.
4. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. и соавт. Желудочно-пищеводный рефлюкс у детей // Болезни органов пищеварения у детей. Питание больного и здорового ребенка: материалы II конгресса педиатров России. – М., 1996. – С. 22.
5. Лапина Т.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: изменчивая и консервативная концепция // Болезни органов пищеварения. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 12.

#### References

1. Ahverdjan Ju.R., Havkin A.I., Zhihareva N.S., Babajan M.L., Rachkova N.S. Obosnovanie differencirovannoj taktiki lechenija razlichnyh form gastroezofagealnoj refljusknoj bolezni u detej // Detskaja gastrojenterologija. 2007. no. 1. pp. 5–7.

2. Basieva Z.K., Burduli N.M., Shavloхова Je.A. Kliniko-diagnosticheskie osobennosti gastroezofagealnoj refljusknoj bolezni pishhevoda, sochetajushhejsja s sahamym diabetom 1 i 2 tipa // Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2014. no. 6.

3. Bel'mer S.V., Gasilina T.V., Kovalenko A.A. Metody ocenki individualnoj jeffektivnosti antacidnyh i antisekretornyh preparatov v detskoj gastrojenterologii (opyt raboty). M.: RGMU. 2001. 32 p.

4. Isakov Ju.F., Stepanov Je.A., Krasovskaja T.V. i soavt. Zheludochno-pishhevodnyj refljusk u detej // Bolezni organov pishhevarenija u detej. Pitanie bolnogo i zdorovogo rebenka: materialy II kongressa peditatrov Rossii. M., 1996. pp. 22.

5. Lapina T.L. Gastroezofagealnaja refljusknaja bolezni: izmenchivaja i konservativnaja koncepcija // Bolezni organov pishhevarenija. 2007. T. 9, no. 1. pp. 12.

#### Рецензенты:

Калоева З.Д., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детских болезней № 2, ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Владикавказ;

Касохов Т.Б., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских болезней № 3, ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Владикавказ.