

в период сезонных заболеваний респираторного тракта. Наряду со специфической профилактикой (вакцинацией против гриппа), использованием противовирусных химиопрепаратов,

гомеопатические лекарственные средства должны занимать одно из основных мест в линейке средств неспецифической направленности против острых респираторных заболеваний.

Литература

1. Смирнов В.С. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций. СПб.: АЙСИНГ, 2010: 52 с.
2. Dawood FS, Jain S, Finelli L, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. The New England Journal of Medicine. 2009; 360 (25): 2605–2615.
3. Киселев О.И., Комиссаров А.Б., Стукова М.А. и др. Пандемический грипп 2009 г. в России. Диагностика и молекулярно-биологические характеристики вируса. Вопросы вирусологии. 2011; 56 (1): 17–21.
4. Ерошкин М.Ю., Гудкова Т.М., Даниленко Д.М. и др. Пандемический грипп 2009 г. в России: антигенные, биологические свойства и чувствительность к противовирусным препаратам. Русский медицинский журнал. 2010; 18 (7): 410–415.

5. www.influenza.spb.ru
6. Гаращенко М.В. Новые технологии в медикаментозной профилактике острых респираторных заболеваний у детей школьного возраста в условиях мегаполиса: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007: 23 с.
7. Prevention and control of influenza. Recommendations of the ACIP. Morbid. Mortal. Wkly Rep. 2004; 53: RR-6.
8. Nicholson K, Wood JM, Zambon M. Influenza. Lancet. 2003; 362: 1733–1745.
9. Ершов Ф.И. Рациональная фармакотерапия гриппа и ОРВИ. Фармацевтический вестник. 2003; 33 (312).
10. Ершов Ф.И. Грипп и другие ОРВИ. Антивирусные препараты. Справочник. М.: б/и, 2006: 300 с.

© Коллектив авторов, 2015

Л.И. Ильенко, И.Н. Холодова, В.В. Попов, Е.А. Рура, О.А. Тиганова

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Кафедра госпитальной педиатрии № 2 педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, РФ

Piyenko L.I., Kholodova I.N., Popov V.V., Rura E.A., Tiganova O.A.

BODY-COMPOSITION APPROACH TO THE TREATMENT OF EROSIVE-ULCERATIVE LESIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

Department of Hospital Pediatrics № 2 of Pediatric Faculty of Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

В статье рассматриваются вопросы эффективности комплексных гомеопатических препаратов для лечения эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта у детей в зависимости от конституционального типа. Кроме этого выявлены особенности течения этих поражений в зависимости от конституции ребенка. Разработаны уточняющие показания для использования комплексных гомеопатических средств в программах лечения детей.

Ключевые слова: дети, конституциональный тип, эрозивно-язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта, комплексные гомеопатические препараты.

Контактная информация:

Ильенко Лидия Ивановна – д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной педиатрии № 2 педиатрического факультета ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ
Адрес: Россия, 117997 г. Москва, ул. Островитянова, 1
Тел.: (495) 936-14-18, E-mail: chin5@yandex.ru
Статья поступила 30.03.15,
принята к печати 24.06.15.

Contact Information:

Piyenko Lidiya Ivanovna – Ph.D., Prof., Head of the Department of Hospital Pediatrics № 2 of Pediatric Faculty of Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU)
Address: Russia, 117997 Moscow, Ostrovityanova street, 1
Tel.: (495) 936-14-18, E-mail: chin5@yandex.ru
The article received 30.03.15,
accepted for publication 24.06.15.

The article is devoted to the effectiveness issues of complex homeopathic preparations in the treatment of erosive-ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract in children based on the body-composition approach. There were also determined the peculiarities of the course of these lesions depending on the body-composition of an individual pediatric patient. The clarifying indications for the use of the complex homeopathic preparations in pediatric treatment programs were developed.

Keywords: children, constitutional type, erosive-ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract, complex homeopathic preparations.

За последние 10 лет наблюдается неуклонный рост заболеваний органов пищеварения среди детей и подростков [1–4]. В структуре гастродуоденальной патологии поражение верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) составляет 55–60%, при этом одно из ведущих мест занимают эрозивно-язвенные процессы (ЭЯП) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). До недавнего времени ЭЯП ВОПТ считались полиэтиологическим заболеванием. Однако открытие Barry J. Marshall и Robin Warren в 1983 г. *Helicobacter pylori* (Hр) заставило пересмотреть точку зрения на этиологию и патогенез эрозий и язв желудка и ДПК. Внедрение в практику этиопатогенетических методов лечения Hр-инфекции позволили достигнуть значительных успехов в терапии этой патологии как у взрослых, так и у детей. Однако у определенной категории больных, страдающих данными заболеваниями, отмечается высокая частота рецидивирования, что связано с тем, что, во-первых, возросла роль экологических, наследственных, психоэмоциональных и социальных факторов в развитии данной патологии, а, во-вторых, не учитываются конституциональные особенности ребенка при назначении противоязвенной терапии [5, 6].

В 1924 г. М.С. Масловым в научном труде «Учение о конституции» были предложены используемые до настоящего времени конституциональные типы, основанные на морфофункциональных особенностях детского возраста: лимфопрлиферативный, диспластический, астенический, нервно-артритический. В традиционной медицине тип конституции у ребенка определяется соотношением кальция, фосфора и фтора в организме ребенка, что соответствует трем основным гомеопатическим типам: Calcium carbonicum, Calcium fluorium, Calcium phosphoricum [7]. Положительные тенденции в области признания традиционной медицины, как составной части современной клинической медицины, позволяют предложить лечебные и профилактические программы с использованием средств природного происхождения с учетом конституциональных особенностей ребенка, направленные на предотвращение развития и прогрессирования ЭЯП ВОПТ у детей групп повышенного риска.

Таким образом, актуальность работы связана с необходимостью изучения особенностей клинической картины и течения ЭЯП ВОПТ в зависимости от конституциональной принадлежности ребенка и исследованию эффективности ряда средств традиционной медицины в программах терапии данной патологии.

Цель исследования – оптимизировать лечебно-реабилитационные программы у детей с ЭЯП ВОПТ с позиции их конституциональной принадлежности и применения средств традиционной медицины.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 96 детей в возрасте от 10 до 15 лет с эрозиями и/или язвами желудка и/или ДПК, поступившие в терапевтическое отделение ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова или обратившиеся в отделение гомеопатической реабилитации детей ДГП № 80 УЗ ЮЗАО г. Москвы. Критериями исключения пациентов из исследования были невозможность по каким-либо причинам провести полное обследование ребенка, соответствующее методам исследования, представленным в данной работе; острые язвы, вызванные применением лекарственных средств или токсических веществ. На 1-м этапе нашей работы для выявления особенностей течения ЭЯП ВОПТ дети в зависимости от конституционального типа были разделены на 4 группы:

1-я группа – 18 детей с лимфатикогипопластическим типом конституции (что соответствует гомеопатическому конституциональному типу Calcium carbonicum);

2-я группа – 20 детей астенической конституции (соответствие Calcium phosphoricum);

3-я группа – 27 детей диспластической конституции (соответствие Calcium fluorium);

4-я группа – 31 ребенок нервно-артритической конституции (соответствие Ignatia, Nux vomica, Gelsemium).

В последующем для оценки эффективности средств природного происхождения при лечении детей с ЭЯП ВОПТ пациенты были разделены еще на 3 группы (2-й этап): 1) группа со стандартным лечением – 25 детей, которые получали стандартную терапию; 2) группа с комбинированной терапией – 52 ребенка, получавшие сочетанную терапию (стандартная + гомеопатические лекарственные средства); 3) группа монотерапии – 19 детей, получавшие монотерапию комплексными гомеопатическими препаратами.

Для определения анамнестических, клинико-инструментальных особенностей ЭЯП ВОПТ, а также назначения и оценки эффективности проводимой терапии всем детям проведено исследование по следующему протоколу:

1) анализ анамнестических данных включал в себя оценку данных перинатального и постнатального анамнеза, наследственной отягощенности, особенностей питания, сопутствующей патологии;

2) динамический клинический осмотр с оценкой конституционального типа;

3) инструментальные исследования: фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) по общепринятой методике, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Статистический анализ данных выполнен с применением пакета Statistica 5.0. Группы обследованных сравнивали между собой с использованием критерия согласия χ^2 и дисперсионного анализа (тест множественного сравнения средних ANOVA – LSD-тест) – для качественных переменных, критерий Манна–Уитни (МУ) и медианный критерий (МТ) – для количественных переменных.

Для регресса ЭЯП применяли стандартную терапию (антихеликобактерная терапия в течение 7 дней с переходом на Де-нол или Омез) и комплексные гомеопатические препараты Duodenoheel, Gastricumeel, Gastropan. Курс лечения составил 21 день.

Результаты и их обсуждение

Среди детей, страдающих ЭЯП ВОПТ, при анализе возрастных и половых особенностей в зависимости от конституции выявлено равное соотношение обоих полов в 1-й группе, преобладание детей мужского пола в 3-й и 4-й группах и женского – во 2-й группе. Необходимо отметить, что данной патологией дети 1-й группы страдают в более раннем возрасте (9–12 лет), а во 2–3-й и особенно 4-й группах – в пубертатном возрасте.

При оценке влияния перинатального анамнеза было выявлено, что патологическое течение беременности и родов отмечалось у 18 матерей (90%) детей 2-й группы и у 27 матерей (87,1%) 4-й группы ($p < 0,01$). В этих группах высок процент оперативного родоразрешения, а в 4-й группе треть детей рождены на сроке 28–34 недели беременности ($p < 0,05$).

Анализ распределения детей по группам здоровья в разные периоды жизни показал, что процент детей, относящихся к 1-й группе здоровья, колебался от 11 до 29%, при этом наиболее низким этот показатель был у детей 1-й группы ($p < 0,05$), более 70% детей относились к 3-й группе здоровья.

Анализ заболеваемости на первом году жизни у наблюдаемых детей выявил, что для 1-й и 3-й групп характерны частые острые респираторные заболевания ($p < 0,01$), при этом у детей 1-й группы в сочетании с аллергическими проявлениями со стороны кожи и дисбиотическими нарушениями кишечника ($p < 0,01$). Для детей 2-й и 4-й групп большее значение имеют функциональные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (по отношению к 1-й и 3-й группе $p < 0,01$). Необходимо отметить, что каждый 2-й ребенок 4-й группы на первом году наблюдался у врача-невролога с последствиями перенесенной перинатальной гипоксии ($p < 0,01$).

У детей 1-й группы частой сопутствующей патологией являлись острые респираторные заболевания до 5 и более раз в год, детские инфекции и атопические заболевания. У детей 2-й группы сопутствующей патологией являлись носовые и ювенильные маточные кровоте-

чения. Большинство детей, имеющих аномалии развития и дисфункцию соединительной ткани (малые аномалии развития сердца, грыжи, сколиоз и др.), относились к 3-й группе. Наиболее частой причиной основного заболевания у детей 4-й группы были нарушения со стороны ЦНС (нейрогенные дисфункции кишечника и мочевого пузыря, мигрень, нейродилаторная дистония, тики и др.).

Особенности питания в разные периоды жизни и наличие вредных привычек могут оказывать опосредованное влияние на развитие ЭЯП ВОПТ.

У детей 1-й, 2-й и 3-й групп на первом году жизни в основном было раннее искусственное вскармливание, а в дальнейшем дети 1-й и 2-й групп имели более высокий процент нарушения питания. Длительное грудное вскармливание (более 1 года) и соблюдение определенной диеты детьми 4-й группы нивелировалось наличием вредных привычек (курение) у каждого второго ребенка, независимо от пола. Из 22 детей (22,9% от включенных в исследование), имевших вредные привычки, 16 относились к 4-й группе (72%).

При анализе наследственной предрасположенности нами установлено, что язвенная болезнь (ЯБ) наследуется чаще по мужской линии, а гастродуодениты (ГД) – по женской. При этом наибольший процент детей с наследственной отягощенностью относился к 3-й и 4-й группам (достоверность отличия от 1-й и 2-й групп $p < 0,05$), причем у пациентов последней группы часто ЯБ страдают оба родителя.

Основным клиническим синдромом у детей с ЭЯП ВОПТ является болевой абдоминальный синдром. Нами оценены характер и выраженность его у детей разных групп. Выявлено, что только 5 детей (5,2%) не имели жалоб на боли в животе, 91 ребенок (94,8%) жаловался на самостоятельные боли в животе разной интенсивности. Среди детей 1-й группы ноющие боли в животе отмечены у 9 (50%), а у детей других групп – постоянные или приступообразные, причем процент последних во 2-й, 3-й и 4-й группах составил 65, 55,6 и 71% соответственно ($p < 0,01$).

Слабовыраженная интенсивность боли отмечалась у 8 детей (44,5%) 1-й группы ($p < 0,05$), умеренно выраженная – у 75% (15 человек) 2-й группы и у более чем половины из 3-й и 4-й групп (59,3 и 51,6% соответственно). В 4-й группе у 15 детей (48,4%) боль носила выраженный характер ($p < 0,01$).

У детей 1-й, 2-й и 3-й групп возникновение и усиление болей в животе зависело от приема пищи и физической нагрузки, причем во 2-й группе отмечалось снижение выраженности болевого синдрома во время занятий спортом. В 4-й группе нами выявлена закономерность усиления болей в животе на фоне психоэмоциональных нагрузок.

Безболезненная пальпация живота выявлена у 6 детей (33,3%) 1-й группы, остальные больные этой группы отмечали слабовыраженную болез-

ненность. У 9 детей (45%) 2-й группы, 14 больных (51,8%) 3-й группы и 9 пациентов (29%) 4-й группы определялась средняя интенсивность пальпаторной боли. Наибольшая интенсивность боли отмечалась у детей 3-й группы – у 10 больных (50%) и у 22 детей (71%) 4-й группы.

Важным проявлением ЭЯП ВОПТ является диспептический синдром, который не был выявлен у трети детей 1-й группы, однако 10 больных (55,6%) жаловались на слабовыраженную диспепсию. Наибольшая выраженность диспепсии отмечена у детей 4-й группы – 17 больных (58,1%). Для детей 2-й группы был характерен средний и выраженный диспептический синдром – у 9 (45%) и 8 (40%) соответственно. У 17 детей (63%) 3-й группы отмечалась средневыраженная диспепсия.

Вышесказанное позволяло нам сделать вывод, что минимальные клинические проявления ЭЯП ВОПТ выявлены у детей лимфопролиферативного конституционального типа (1-я группа). Для детей 3-й группы (с преобладанием диспластических проявлений) характерно «классическое» течение заболевания с приступообразными болями в животе средней интенсивности. Интенсивные боли в животе и выраженные диспепсические симптомы определялись у детей астенической (2-я группа) и нервно-артритической (4-я группа) конституций.

При проведении ФЭГДС у всех детей были выявлены ЭЯП слизистой оболочки желудка и ДПК на фоне эндоскопических признаков обострения хронического ГД. Однако степень соотношения эрозивных и язвенных изменений значительно колебалась в зависимости от типа конституции ребенка.

При анализе данных эндоскопического исследования было установлено, что одинаковое количество эрозивных и язвенных поражений выявлено у детей 1-й и 3-й групп, в то время как для детей 2-й группы характерны преимущественно эрозии – у 15 больных (75%), а для 4-й группы – язвы – у 18 детей (58,1%) (отличие 1-й и 3-й групп от 2-й и 4-й групп $p < 0,05$).

Сочетанная патология (наличие эрозий и язв одновременно) определялась у 7 детей (26%) 3-й группы и у 8 больных (25,8%) 4-й группы, в 1-й и 2-й группах она выявлена у 2 (11,1%) и 1 (5%) соответственно ($p < 0,01$).

Язвенный процесс желудка или ДПК диагностирован у 40 детей (41,7%) (анализ сочетанного эрозивно-язвенного процесса проводился отдельно). При этом у 25 больных (62,5% из 40) он был ассоциирован с Нр, у остальных 15 (37,5%) Нр-инфицированности не выявлено.

Необходимо отметить, что у 34 детей (85%) процесс локализовался в ДПК. Нр обнаружен у 24 больных (70,6%). При этом средняя и высокая степень обсемененности Нр (30 и более МТ) характерна для всех детей 1-й и 3-й групп. Низкая степень (до 20 МТ) выявлена у одного ребенка (25% из 4 детей 2-й группы с язвой) 2-й группы и у 6 детей (46,2% из 13 больных) 4-й группы (отличие групп $p < 0,01$). У 10 больных (29,6%) язвен-

ный процесс ДПК не был ассоциирован с Нр. 7 детей (53,8% от детей 4-й группы с язвой ДПК) относились к нервно-артритическому типу, а 3 детей (75% от детей 3-й группы с язвой ДПК) – к астеническому.

Язва желудка при эндоскопическом обследовании была обнаружена у 6 детей (6,3%), из них 16,7% больных относились к лимфопролиферативному конституциональному типу (1-я группа) и имели положительный тест на Нр, остальные 83,3% детей имели нервно-артритический тип конституции (4-я группа), Нр-инфекция у них была не выявлена.

При анализе локализации эрозивного процесса установлено, что из 38 детей у 21 ребенка (55,3%) поражается ДПК, у остальных 17 (44,7%) – желудок. При этом инфицированность Нр выявлена лишь у 8 детей (38,1% из 21) с эрозией ДПК и у 5 детей (29,4% из 17) с эрозией желудка, что составило 34,2% от всех детей с эрозивным процессом. Следовательно, у 25 детей (65,8%) развитие эрозивного поражения желудка или ДПК не связано с Нр-инфекцией ($p < 0,05$).

При анализе особенностей локализации эрозий и инфицированности Нр в зависимости от конституции ребенка выявлены следующие закономерности: эрозивное поражение ВОПТ более характерно для детей астенической конституции (15 человек (75%) из 20); при лимфопролиферативном и диспластическом конституциональных типах (1-я и 3-я группы) при эрозивном процессе ДПК выявлялась высокая степень обсемененности Нр; у детей с астеническим и нервно-артритическим типами конституции (2-я и 4-я группы) развитие заболевания не зависело от наличия или отсутствия инфицированности Нр ($p < 0,01$).

Сочетанное ЭЯП ВОПТ при эндоскопическом обследовании установлено у 18 детей (18,7% от включенных в исследование), из них поражение ДПК – у 10 (55,5%), гастродуоденальной зоны – у 8 (44,5%). При этом в 66,7% случаев (12 детей) развитие заболевания обусловлено Нр-инфекцией: при изолированном процессе в ДПК – у каждого второго ребенка, а при сочетании с язвой или эрозией желудка – у 7 больных (87,5%).

Сочетанное поражение характерно для диспластической (7 детей – 25,9% от детей этой группы) и нервно-артритической (8 больных – 25,8%) конституций, в то время как при лимфопролиферативном и астеническом конституциональных типах данный процесс выявлен у 2 (11,1%) и одного ребенка (5%) соответственно (отличие 3-й и 4-й групп от 1-й и 2-й $p < 0,01$).

В 1-й, 2-й и 3-й группах заболевание обусловлено Нр-инфекцией. В 4-й группе из 8 детей отсутствие Нр установлено в 75% случаев, а у остальных выявлена низкая степень обсемененности Нр.

Нами установлено, что основную роль в развитии ЭЯП ВОПТ у детей лимфопролиферативной (1-я группа) и диспластической (3-я группа)

конституций имеет инфицированность Нр, так как у 15 детей (83,3%) и у 25 больных (92,6%) соответственно выявляется средняя и высокая степень обсемененности этим микроорганизмом ($p < 0,01$). Для детей астенического (2-я группа) и нервно-артритического (4-я группа) конституциональных типов, учитывая низкую степень обсемененности Нр (10 и 25,8% соответственно) или отсутствие ее, более вероятным является формирование язвенного процесса как результата воздействия других этиопатогенетических факторов ($p < 0,01$), в первую очередь психоэмоционального.

Сочетанное ЭЯП ВОПТ наиболее часто развивается у детей диспластической и нервно-артритической конституций, при этом развитие заболевания в последней группе в 75% случаев не связано с инфицированностью Нр.

Наиболее частыми осложнениями ЭЯП ВОПТ являются желудочно-кишечные кровотечения и деформация луковицы ДПК. Проанализировано распределение данных осложнений у наблюдаемых групп детей. Обнаружено, что у больных 1-й и 4-й групп подобные нарушения отсутствуют. Желудочно-кишечное кровотечение диагностировано у 4 детей (20%) 2-й группы, из них у 3 – отмечены признаки состоявшегося кровотечения, а у одного ребенка – имеющегося. Формирование деформации луковицы ДПК выявлялось у детей 3-й группы как в период обострения, так и клинико-эндоскопической ремиссии.

В биоптатах слизистой оболочки антрального отдела желудка у 74 больных (77,1%) морфологическая картина обнаруженных изменений соответствовала хроническому диффузному умеренно выраженному активному гастриту. Характерной особенностью биоптатов слизистой оболочки ДПК являлись наличие участков желудочной метаплазии, выявленное у 31 ребенка (32,3%), и умеренно активный диффузный дуоденит – у 57 детей (59,3%).

При УЗИ у 72 детей (75%) были выявлены изменения поджелудочной железы, кото-

рые, как правило, носили реактивный характер. В то же время 14 больных (51,2%) 3-й группы имели аномалии развития желчного пузыря и почек (перегибы и перетяжки желчного пузыря, удвоение чашечно-лоханочного аппарата). У 12 детей (60%) 2-й группы выявлена повышенная подвижность почек ($p < 0,01$).

На 2-м этапе соответственно целям нами проанализирована эффективность средств природного происхождения (СПП) в лечении ЭЯП ВОПТ.

Как было сказано выше, для решения этого вопроса мы сформировали 3 группы детей, которые получали лечение в течение 21 дня.

В контрольную группу (стандартная терапия) вошли 25 больных, которым было проведено стандартное лечение гастродуоденальной патологии в зависимости от наличия/отсутствия Нр-инфекции: 15 детей имели ассоциацию с Нр, 10 больных не имели. Все дети, у которых был выявлен хеликобактериоз, получали тройную или квадротерапию в течение 7 дней с дальнейшим переходом на антацидные или антисекреторные препараты в зависимости от базисной терапии. Помимо этого, дети получали по показаниям прокинетики, биопрепараты, желчегонные. Дети, не имевшие ассоциацию с Нр, курс антибактериальной терапии не получали.

В группу комбинированной терапии вошли 52 ребенка, из которых у 45 детей был выявлен Нр. Этим детям наравне с вышепредставленной терапией, которая проводилась в контрольной группе, после отмены антибактериальной терапии назначались СПП. В работе были использованы следующие препараты, обладающие противовоспалительным и противоязвенным действиями, которые в своем составе имеют несколько растительных, минеральных и животных компонентов, что позволило индивидуализировать их применение (см. таблицу).

Группу больных, получавших монотерапию СПП, составили 19 детей, из них 9 детей астенической конституции и 10 больных нервно-

Таблица

Показания к назначению СПП

Название и состав препарата	Показания к применению	Способ применения и дозы
Gastropan (Iris versicolor C7, Kalium bichromicum C3, Bryonia alba C6, Acidum sulfuricum C3)	Иммуностимулирующее, регуляторное действие на ЖКТ, поджелудочную железу, процессы метаболизма	Сублингвально: по 5 гранул: в 1-ю неделю лечения 4 раза в день (за 20 мин до еды или через 1 ч после еды и на ночь), со 2-й недели лечения 3 раза в день
Gastricumeel (Argentum nitricum D6, Acidum arsenicosum D6, Pulsatilla pratensis D4, Strychnos nux vomica D4, Carbo vegetabilis D6, Antimonium crudum D6)	Антиспастическое, седативное действие	Сублингвально: 1 таблетка 3 раза в день за 20 мин до еды
Duodenoheel (Anacardium occidentales D4, Argentum nitricum D6, Ipecacuanha D4, Jodum D6, Lachesis muta D12, Petroleum D6, Robinia pseudoacacia D4)	Гемостатическое, анальгезирующее, спазмолитическое, антацидное действие	Сублингвально: 1 таблетка 3 раза в день за 20 мин до еды

артритического конституционального типа, которые не имели ассоциацию с Нр и с первых дней лечения получали только СПП.

Оценку результатов проводимой терапии осуществляли по данным клинко-эндоскопического обследования. ФЭГДС проводили всем детям, независимо от характера ЭЯП и метода терапии через 3 недели после начала лечения.

Анализ показал, что длительность сохранения болей в животе как самостоятельной, так и пальпаторной, в группе детей со стандартной терапией составила $12,68 \pm 7,37$ дней. При назначении гомеопатических препаратов, в т.ч. и на фоне утвержденной «Стандартами (протоколами) диагностики и лечения болезней органов пищеварения» (1998) противоязвенной терапии, составляла $7,85 \pm 5,26$ дней при сочетанном лечении ($p < 0,01$) и $3,58 \pm 3,52$ дней при монотерапии ($p < 0,01$). При этом самостоятельная боль в этих группах купировалась на 3–5 дней раньше, чем пальпаторная.

Диспептический синдром под влиянием проводимой терапии купировался у всех наблюдаемых детей. Однако сроки его исчезновения зависели от метода лечения: контрольная группа – через 5 дней; группа комбинированной терапии – к 3-му дню лечения; группа монотерапии – в первый день.

Нами был проведен анализ исчезновения патологических симптомов у детей разного типа конституции, который обнаружил, что у детей лимфопролиферативной конституции СПП способствовали быстрому купированию клинических симптомов заболевания: к 7-му дню у больных, получавших общепринятую терапию, и ко 2–3-му дню при использовании СПП ($p < 0,05$). У детей астенической конституции СПП уменьшали выраженность и сокращали (с 9–12 до 3–4 дней, а при изолированном использовании традиционных препаратов до одного дня) длительность клинических проявлений заболевания ($p < 0,01$). У детей диспластической конституции на фоне лечения СПП также быстрее уменьшались болевой синдром и длительность диспепсии, а кроме этого не происходило формирования грубого рубца, приводящего к деформации луковицы ДПК. В то время как у 6 детей данной конституции, получавших только стандартную терапию, отмечено формирование грубой рубцовой ткани. У большинства пациентов нервно-артритической конституции нами были использованы Gastricumeel и Duodenoheel, которые способствовали быстрому купированию астено-вегетативного синдрома, что, вероятно, и предопределяло уменьшение основных клинических проявлений заболевания.

При оценке динамики заживления язв, а также уменьшения воспалительных проявлений при проведении контрольного эндоскопического исследования через 3 недели выявлены достоверные различия между контрольной группой с группами комбинированной и монотерапии ($p < 0,01$), при этом не было обнаружено различий в эффективности терапии у детей обеих групп,

получавших гомеопатические лекарственные средства.

Репарация язвенных дефектов отмечена у всех детей астенической конституции. Но при использовании СПП самостоятельно или в сочетании со стандартной терапией геморрагических изменений, свойственных этой категории больных, выявлено не было.

У 6 детей из 8 больных (75%) диспластического типа, получавших стандартную терапию, при контрольном эндоскопическом исследовании через 3 недели выявлены рубцовые изменения в виде красного рубца и сохранение умеренновыраженного ГД. В то время как только у 2 детей из 9 (22,2%), получавших СПП, отмечено звездчатое втяжение, из них у одного ребенка – сохранение умеренно выраженного ГД. У остальных детей изменения соответствовали поверхностному слабовыраженному ГД ($p < 0,01$).

Максимальное отличие результатов разных методов лечения язвенных поражений ВОПТ выявлено у детей нервно-артритической конституции. У всех больных, получавших стандартную противоязвенную терапию, при контрольном эндоскопическом исследовании через 3 недели не отмечалось полной репарации язв на фоне сохранения признаков умеренно выраженного ГД. В группе комбинированной терапии из 12 детей полное заживление дефектов на фоне незначительных признаков воспаления слизистой оболочки ВОПТ выявлялось у 8 больных (66,7%). У всех детей (8 больных), получавших изолированную терапию СПП, нами достигнуто полное заживление язвенных дефектов (статистическое отличие разных методов лечения у детей нервно-артритического конституционального типа $p < 0,001$).

Были также пролечены 38 детей с эрозивным поражением. У 34 детей (89,5%) при контрольном эндоскопическом исследовании выявлялось полное заживление эрозий, у остальных 4 больных обнаружены точечные эрозии на фоне признаков выраженного ГД, при этом все 4 ребенка получали стандартную противоязвенную терапию (отличие групп $p < 0,05$).

Недостаточность терапии в виде сохранения точечных эрозий при контрольной эндоскопии выявлена у детей астенической (100%) и диспластической (100%) конституций, получавших стандартную терапию, и у одного ребенка (33,3%) нервно-артритического конституционального типа при оптимизации лечения СПП.

Эндоскопические признаки умеренно выраженного ГД сохранялись у всех детей, получавших стандартную противоязвенную терапию.

Нами отмечено, что назначение СПП самостоятельно или изолированно у детей всех конституциональных типов способствовало более быстрому уменьшению признаков воспаления ВОПТ.

У детей лимфопролиферативного конституционального типа скорость заживления эрозивных и язвенных дефектов по данным эндоскопического исследования не зависела от метода

лечения, но позволяла более быстро, в течение 2 недель, купировать признаки воспаления слизистой оболочки желудка и ДПК у детей, получавших комбинированную терапию или монотерапию.

В случае астенической конституции СПП способствуют предотвращению геморрагических проявлений со стороны слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

У детей диспластического и нервно-артритического конституциональных типов СПП способствуют как более полному и быстрому заживлению язвенных дефектов, так и снижению признаков воспаления. В то же время использование препаратов традиционной медицины предотвращает формирование рубцовой ткани в исходе язвы в этих группах.

В результате проведенного исследования нами были уточнены показания для гомеопатических лекарственных средств: детям лимфатико-гипопластического конституционального типа (*Calcium carbonicum*) показано назначение *Gastropan*, *Gastricumeel*. Первый препарат способствует не только заживлению эрозий и язв желудка и ДПК, но и повышению реактивности организма в целом. *Gastricumeel* показан детям, которые характеризуются плаксивостью, быстрой сменой настроения, непереносимостью жирной пищи. Детям диспластического конституционального типа (*Calcium fluor*): *Gastropan* – при слабовыраженном болевом и диспепсическом симптомах и эрозивном поражении; *Gastricumeel* – при выраженном болевом симптоме и *Duodenoheel* – при выраженном диспепсическом симптоме, как при эрозивном и язвенном поражении, так и для предотвращения образования рубцовой деформации. Детям астенической конституции (*Calcium phosph*) показано назначение препарата, содержащего в своем составе антигеморрагический компонент – *Duodenoheel*. Детям нервно-артритического типа конституции (*Ignatia*, *Nux vomica*, *Gelsemium*) показан *Gastricumeel*, который позволит не только купировать клинические симптомы заболевания и сократить сроки заживления эрозий и язв желудка и ДПК, но и улучшит состояние ЦНС.

Результаты катамнестического наблюдения (в течение 3 лет) показали, что при использовании СПП процент детей с длительной клинико-эндоскопической ремиссией ЭЯП ВОПТ существенно выше, чем у больных, получавших стандартную терапию. Рубцовая деформация луковицы ДПК формировалась исключительно на фоне общепринятой противоязвенной терапии ($p < 0,01$). Эндоскопические признаки обострения ГД в течение последующих 3 лет наблюдения выявлялись у детей, получавших стандартную и комбинированную терапии, которые относились к диспластической – 6 (22,2%) и 7 (22,6%) детей – к нервно-артритической конституциям.

Выводы

1. Проведенный многофакторный анализ показал, что 32,3% детей с ЭЯП ВОПТ отно-

ЭДАС
20 ЛЕТ



НАТУРАЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

По статистике, болезни органов ЖКТ у детей (особенно в раннем возрасте) по распространенности занимают второе место после болезней органов дыхания, в связи с чем профилактика и лечение этой патологии в педиатрической практике отличаются особой актуальностью. Гастроэнтерологические заболевания у детей имеют сочетанный характер и несомненно связаны с несбалансированным питанием, стрессовыми ситуациями в семье и детских учреждениях, физическими и интеллектуальными перегрузками – именно поэтому в вопросах их лечения требуется всесторонний подход.

Такую возможность дают комплексные гомеопатические препараты, обеспечивающие хороший терапевтический эффект как при самостоятельном использовании, так и при включении их в курс интегративной терапии.

ГАСТРОПАН ЭДАС-954 гранулы

показан при воспалительных заболеваниях органов ЖКТ, в т.ч. спровоцированных наличием *Helicobacter Piloni*. Стабилизирует моторную и секреторную функции желудка и кишечника, нормализует кислотность желудочного сока, снижает метеоризм.

ГЕПА ЭДАС-953 гранулы

улучшает моторику желчевыводящих путей, способствует адекватному отделению желчи и нормализации ее состава. Помогает при тошноте, горечи во рту и отрыжке после погрешностей в питании.

ДЕФЕКОЛ ЭДАС-124 капли (ЭДАС-924 гранулы)

оказывает значительную помощь при запорах, которые часто являются проблемой №1 в состоянии здоровья детей младшего возраста; способствует улучшению моторики кишечника и его своевременному опорожнению.

Природный доктор!



Спрашивайте в аптеках или обращайтесь:
115093, Москва, ул. Б.Серпуховская, 10.

Европейское качество, российские цены

Подробнее
на www.edas.ru.

Узнайте больше: 8-800-333-55-84 (звонок бесплатный).

сились к нервно-артритическому конституциональному типу, 28,1% – к диспластическому, 20,8% – к астеническому, а 18,8% – к лимфо-пролиферативному типам конституции.

2. Установлена связь между особенностями конституции ребенка и основными факторами развития ЭЯП ВОПТ: для лимфо-пролиферативного конституционального типа – инфицированность *Helicobacter pylori* (у 83,3% пациентов); для детей диспластической конституции особая роль принадлежит наследственной отягощенности по ЯБ (у 51,8%); для астенического и нервно-артритического конституциональных типов ведущее значение имеет дисфункция вегетативной нервной системы.

3. Показано, что минимальные клинические

и незначительные эндоскопические проявления характерны для лимфо-пролиферативного конституционального типа, классические – для диспластического, выраженные клинические и значимые эндоскопические проявления ЭЯП ВОПТ – для детей астенической и нервно-артритической конституций.

4. Использование СПП (как в составе стандартной терапии, так и в качестве монотерапии) способствует более быстрому исчезновению патологических симптомов, уменьшает длительность стандартной противоязвенной терапии, предотвращает развитие осложнений в течении ЭЯП ВОПТ (желудочно-кишечное кровотечение и формирование деформации луковицы ДПК) и способствует более длительной ремиссии ГД.

Литература

1. Цветкова Л.Н., Филин В.А., Нечаева Л.В., Гуреев А.Н. Достижения и перспективы развития детской гастроэнтерологии. Вопросы детской диетологии. 2009; 7 (2): 10–14.
2. Лазебник Л.Б., Щербаков П.Л., Васильев Ю.В., Машарова А.А., Бордин Д.С., Ли И.А. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (4-е Московское соглашение). Методические рекомендации № 37 Департамента здравоохранения г. Москвы. М.: ЦНИИГ, 2010: 12.
3. Цветкова Л.Н., Горячева О.А., Цветков П.М. и др. Гастроэнтерологическая патология у детей: патоморфоз заболеваний и совершенствование методов диагностики на современном этапе. Материалы XVIII Конгресса детских гастроэнтерологов. М., 2011: 5–8.

4. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Хавкин А.И., Эйберман А.С. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Рекомендации и комментарии. М.: РГМУ, 2005.
5. Ильенко Л.И., Костенко А.Ю., Холодова И.Н., Сырьева Т.Н. Целесообразность применения конституциональных средств в педиатрии. Украинский гомеопатический сборник (Одесса). 2006; 9: 87–91.
6. Ильенко Л.И., Холодова И.Н., Рубцова А.А. Конституциональный подход к диагностике и коррекции функциональных нарушений ЖКТ у детей раннего возраста. Биологическая терапия. 2012; 1: 25–28.
7. Леон Ванье. Гомеопатические конституции. Диагностика и терапия. М.: Медицина, 2004.

РЕФЕРАТЫ

ДЛИТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ РИСКОМ АСТМЫ

Неизвестно, могут ли ингаляционные кортикостероиды изменить последующее развитие астмы у детей дошкольного возраста с высоким риском развития астмы.

Мы выбрали случайно 285 участников в возрасте от 2 до 3 лет с положительным предсказуемым эффектом лечения астмы флутиказона пропионатом (в дозе 88 мкг 2 раза в день) или скрытого плацебо в течение 2 лет, с последующим периодом в один год без приема исследуемого препарата. Первичный исход был соотносителен дням, свободным от эпизодов в течение года наблюдения.

Во время года наблюдения никаких значительных различий не было выявлено между двумя группами в соотношении дней, свободных от эпизодов обострения, к количеству обострений или нарушения функции легких. Во время периода лечения, по сравнению с применением плацебо, использование ингаляционных кортикостероидов было связано с большим соотношением дней, свободных от эпизодов обострения ($p=0,006$), более низкой частоты обострений ($p<0,001$) и дополнительного использования контро-

лирующего препарата ($p<0,001$). В группе, принимающей ингаляционные кортикостероиды, по сравнению с группой плацебо, среднее увеличение роста на 1,1 см было меньше в течение 24 месяцев ($p<0,001$), но к концу испытания увеличение роста было на 0,7 см меньше ($p=0,008$). Во время лечения ингаляционные кортикостероиды снизили симптомы и обострения, но замедлили рост, хотя и временно, но не прогрессирующе.

У детей дошкольного возраста с высоким риском развития астмы 2 года лечения ингаляционными кортикостероидами не изменило развитие симптомов астмы или функции легких во время третьего года, свободного от лечения. Эти данные не подтверждают эффект применения ингаляционных кортикостероидов для последующего изменения болезни после прекращения лечения.

Theresa W, Guilbert MD, Wayne J, et al. Long-Term Inhaled Corticosteroids in Preschool Children at High Risk for Asthma. *N. Engl. J. Med.* 2006; 354: 1985–1997. DOI: 10.1056/NEJMoa051378