## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

**ЖУРБІЙ ОКСАНА ЄВГЕНІВНА**

УДК 616.342-002:616.329-002-036.12-053.2-08

**КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ МІКРОХВИЛЬОВОЇ РЕЗОНАНСНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ**

14.01.10 – педіатрія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Київ - 2008

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті ім. М.Горького МОЗ України

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор **Дорофєєва Галина Діомидівна,** Донецький національний медичний університет МОЗ України, професор кафедри дитячих хвороб та дитячих інфекцій

**Офіційні опоненти:**

-доктор медичних наук, професор **Крючко Тетяна Олександрівна**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України (м. Полтава), завідувач кафедри госпітальної педіатрії та дитячих інфекційних хвороб.

-доктор медичних наук, професор, член-кореспондент АМН України **Мачерет Євгенія Леонідівна**, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. (м.Київ), завідувач кафедри неврології та рефлексотерапії.

Захист відбудеться « 16 » вересня 2008 року о 13 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.553.01 по захисту дисертацій на здобуття наукового ступіня доктора наук за спеціальностями «Педіатрія», «Акушерство і гінекологія» при ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України» (04050, м, Київ, вул. Мануїльского,8).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України» (04050, м, Київ, вул. Мануїльского,8).

Автореферат розісланий « 07 » травня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Л.В. Квашніна

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність** **теми**. Хронічний гастродуоденіт є найбільш розповсюдженим захворюванням органів травлення (Ю.В. Бєлоусов, 2003; М.Ф. Денисова, 2003), частота якого на цей час збільшується у зв'язку з нераціональним харчуванням, хронічними стресами, екологічними катаклізмами, безконтрольним застосуванням антибіотиків і хіміопрепаратів та ін. (І.С. Сміян, О.І.Сміян, 2002). У більшості дорослих хворих хронічнй гастродуоденіт (ХГД) починається в дитячому віці, тому проблема діагностики та лікування цього захворювання у дітей посідає особливе значення. Частота ХГД у дитячому віці коливається від 5% до 20%, збільшуючись на 1,4% з кожним роком життя дитини і досягаючи максимуму у шкільному віці (U.Blecker, B.D.Gold, 1999; Є.С.Рисс, Б.І.Шулутко, 1998). У 21,5%-71,7% дітей ХГД поєднується з дуоденогастральним рефлюксом (ДГР) (Т.І. Ахмедов, Ю.В.Бєлоусов, В.А.Скулін та співавт., 2003), що сприяє хронізації процесу, зниженню ефективності загальноприйнятої терапії, зменшенню тривалості ремісії, оскільки призводить до дегенеративних та дисрегенераторних змін слизової оболонки шлунку (СОШ). Наслідком сполучення ХГД із ДГР є погіршення якості життя хворих і зниження ефективності терапії (О.Ю.Клавдiева, 1998; Z. Berger, L.C. Gil, R. Latorre та співавт., 1999), тоді, як своєчасна діагностика, лікування і профілактика цього захворювання у дітей зможуть призвести до ліквідації уражень гастродуоденальної зони.

Зараз у патогенезі ДГР при ХГД визначна роль приділяється недостатності функції привратника при особливостях його структури (О.Я. Бабак, 1997), дискоординації моторної діяльності пілоро-дуоденальної зони через вегетативну дисфункцію (ВД) та інші регуляторні порушення (В.Г.Авдеєв, 1997; Д.С.Бордин, Г.С.Бєляєва, 2000), дуоденальній гіпертензії (Ю.В Бєлоусов., 2007; D. A.Drossman, J. E.Kircher, N.I.Talley et al, 1994), надлишковій ацидіфікації початкового відділу дванадцятипалої кишки (Д.С. Бордин, Г.С. Бєляєва, 2000). Для дітей найбільш значимою причиною ДГР є функціональна недостатність пілоричного сфінктера, що обумовлено порушеннями вегетативної регуляції, дискоординацією моторики пілоро-дуоденальної зони і дисплазією сполучної тканини (О.Д.Мороз, 1994). Недостатність сфінктерів шлунково-кишкового тракту у дітей із дисплазією сполучної тканини (ДСТ) відзначається частіше, ніж у популяції (О.Я.Гречаніна, Е.А.Песочіна, Ю.В.Гречаніна, 1998; Т. В. Починок та співавт., 2007; Коренев Н. М., 2004). При цьому особливості вегетативного статусу, частота наявності ДСТ у дітей із ХГД і ДГР вивчені недостатньо, хоча вони можуть бути критеріями для діагностики ДГР при ХГД. Крім того, недостатньо вивчені клінічні особливості ХГД із ДГР у дітей, а це важливо для проведення раціональної терапії.

Недостатньо вивченою є також ефективність застосування мікрохвильової резонансної терапії (МРТ), яка сприяє нормалізації вегетативних регуляторних впливів на моторику шлунка, у комплексі лікування дітей із ХГД та ДГР. Це й обумовлює актуальність даного дослідження.

### Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є фрагментом НДР кафедри дитячих хвороб та дитячих інфекцій Донецького державного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України за темою: «Функціональні захворювання шлунка і кишечника у дітей (патогенетичні механізми, клініка, диференціальна діагностика)», номер державної реєстрації 0101U007995, шифр УН 02.05.04.

### Мета роботи. Підвищення ефективності лікування хронічного гастродуоденіту із дуоденогастральним рефлюксом у дітей шляхом визначення особливостей клінічної картини і вегетативного статусу та наукового обґрунтування і включення до комплексного лікування мікрохвильової резонансної терапії.

# Завдання дослідження

1. Виявити антенатальні і постнатальні фактори, що сприяють розвитку дуоденогастрального рефлюксу при хронічному гастродуоденіті.
2. Вивчити особливості скарг і даних об'єктивного дослідження у дітей із хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюксом у порівнянні з хворими хронічним гастродуоденітом без дуоденогастрального рефлюкса.
3. Вивчити прояви синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей з хронічним гастродуоденітом та дуоденогастральним рефлюксом.
4. Вивчити особливості секреторної і кислотоутворюючої функції шлунку в дітей із хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюксом.
5. Виявити особливості фіброезофагогастродуоденоскопії у дітей із ХГД і ДГР у порівнянні з дітьми із хронічним гастродуоденітом без дуоденогастрального рефлюкса.
6. Визначити особливості вегетативного гомеостазу, оцінити прояви вегетативної дисфункції у дітей із хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюксом, особливості їхньої реомеридіанографічної картини.
7. Розробити методику вибору точок для впливу МРТ на ТА (точки акупунктури) та оцінити ефективність включення МРТ до комплексного лікування дітей із ХГД і ДГР.

**Об'єкт дослідження** – хронічний гастродуоденіт із дуоденогастральним рефлюксом у дітей.

**Предмет дослідження** – клінічні прояви хронічного гастродуоденіту з дуоденогастральним рефлюксом у дітей, антенатальні і постнатальні фактори, що сприяють розвитку дуоденогастрального рефлюксу при хронічному гастродуоденіті, стигми дисплазії сполучної тканини, секреторна і кислотоутворююча функція шлунка, результати фіброезофагогастродуоденоскопії, показники вегетативного гомеостазу, прояви вегетативної дисфункції, особливості реомеридіанографічної картини; ефективність включення в терапевтичний комплекс дітей із хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюксом мікрохвильової резонансної терапії.

### Методи дослідження: клінічні, лабораторні, інструментальні, електрофізіологічні, гістологічні, математичної статистики.

**Наукова новизна отриманих результатів**: Уперше дана порівняльна клініко-параклінічна оцінка двох клінічних варіантів ХГД у дітей з урахуванням анте- і постнатальних факторів ризику, віку, статі хворих, дебюту захворювання, супутньої патології, визначений фенотип дітей із ХГД в поєднанні з ДГР, особливості морфофункціонального стану шлунка та 12-палої кишки.

Показано зміни секреторної і кислотоутворюючої функції, ендоскопічної картини шлунку у дітей із хронічним гастродуоденітом та дуоденогастральним рефлюксом, що може впливати на вибір дієти та медикаментозної терапії.

Вперше в педіатричній практиці обґрунтована доцільність визначення стигм дисплазії сполучної тканини для діагностики різних клінічних варіантів ХГД у дітей.

Встановлено, що хронічні хвороби шлунка супроводжуються дисфункцією вегетативної нервової системи та регуляторних систем організму, що негативно впливає на клінічні прояви і перебіг ХГД у дитячому віці та обгрунтовує нові підходи до корекції патогенетичної терапії цих хвороб.

Уперше доведена висока ефективність застосування мікрохвильової резонансної терапії у комплексному лікуванні дітей з хронічними гастродуоденітами, які супроводжуються ДГР.

**Практичне значення отриманих результатів**: Доведена доцільність вивчення стигм дисплазії сполучної тканини у дітей з ХГД з метою визначення ризику розвитку ДГР. Описано фенотип, характерний для хворих із хронічним гастродуоденітом та дуоденогастральним рефлюксом. Це дозволяє на ранніх етапах діагностики виділити групу ризику і тим самим поліпшити профілактику захворювання, що може бути широко використано в амбулаторній практиці. Визначено характер і прояви вегетативної дисфункції та зміни показників реомеридіанографії, які відбивають порушення вегетативного балансу у дітей з ХГД та ДГР. Обґрунтована доцільність та доведена ефективність застосування в комплексній терапії дітей з ХГД в поєднанні з ДГР мікрохвильової резонансної терапії, що сприяло зменшенню лікування за рахунок більш швидкого регресу основних симптомів ХГД, більш швидкій нормалізації вегетативного гомеостазу хворих.

Результати дослідження **впроваджені** у практику роботи відділення ГДКЛ №5 м. Донецька, Госпіталю «Сітько МРТ», НДЦ «Відгук» м. Києва. Результати дослідження використовуються в навчальному процесі на кафедрі дитячих хвороб та дитячих інфекцій ДонНМУ.

### Особистий внесок здобувача. Автором проведені патентний пошук і оформлення документації з плануванняю дисертації. Самостійно проведений набір хворих та їх комплексне обстеження, досліджувались показникі вегетативного гомеостазу, в тому числі проводилася реомеридіанографія, розроблено алгоритм застосування мікрохвильової резонансної терапії у дітей із хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюсом. Здобувачем виконано аналіз отриманих результатів, їх математична обробка, сформульовані основні положення, висновки і практичні рекомендації, проведені апробація і впровадження отриманих результатів. Авторка самостійно готувала наукові дані для публікації, доповідей на конференціях, оформляла дисертаційну роботу і реферат.

**Апробація результатів дисертації**. Результати дисертації доповідалися на: 4 Міжнародній конференції з квантової медицини «Апаратне забезпечення діагностичних і лікувальних процесів квантової медицини» (м. Донецьк, 1999р.); 5 Міжнародній конференції з квантової медицини «Діагностичні і лікувальні технології квантової медицини» (м. Донецьк, 2000р.); об'єднаній конференції «Сучасні інформаційні та енергозберігаючі технології життєзабезпечення людини» (м. Славяногірськ, 2001 р.); 7 Міжнародній конференції з квантової медицини «Теоретичні і клінічні аспекти квантової медицини» (м. Маріуполь, 2002 р.); 8 Міжнародній конференції з квантової медицини «Теоретичні і клінічні аспекти квантової медицини» (м. Донецьк, 2003 р.); 2 Об'єднаній Всеросійській і всеармійській науковій конференції «Санкт-Петербург – Гастро-2000»; 3 Російському науковому форумі «Санкт-Петербург – Гастро-2001»; 4-м Російському науковому форумі з міжнародною участю «Санкт-Петербург – Гастро-2002»; 5 Слов'яно-Балтійськом науковому форумі «Санкт-Петербург – Гастро-2003»; круглому столі «Екологізація як спосіб збереження суспільства», засідання 17 «Діти. Екологія. Здоров'я» (м. Донецьк, 2001р.); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні досягнення та подальші шляхи розвитку рефлексотерапії і нетрадиційної медицини в Україні» (м. Київ, 2006р.), спільному засіданні кафедр дитячих хвороб та дитячих інфекцій, пропедевтики дитячих хвороб, госпітальної педіатрії та педіатрії і неонатології Донецького державного медичного університету ім. М. Горького (жовтень 2006р.).

**Публікації**. На підставі результатів досліджень опубліковано 15 наукових праць, з них 4 статті в наукових журналах та 1 стаття у збірнику наукових праць, зареєстрованих ВАК України (2 з них – самостійно) і 10 – у збірниках тез доповідей, матеріалах наукових конференцій**.**

**Структура і обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 169 сторінках комп’ютерного тексту, складається з вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів дослідження, 4 розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який містить 290 робіт, з них 96 іноземні (27 сторінок). Робота ілюстрована 48 таблицями і 16 рисунками, що займають 2 сторінки.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Об’єкт та методи дослідження.** У дослідженні брали участь 170 дітей у віці від 7 до 14 років. 120 з них страждали на ХГД із ДГР, а 50 – на ХГД без ДГР (група порівняння). Всі діти були детально обстежені за загальноприйнятою методикою. Крім загальноклінічного дослідження, вивчалася наявність фенотипових та органних стигм ДСТ. Для оцінки ступеня недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) використовувались критерії Т. Мілковської-Димітрової та А. Каркашева. Наявність ДГР була підтверджена даними ФГДС. Наявність Helicobacter pilory визначали за даними уреазного тесту. Крім того, 30 дітям була проведена гастробіопсія з гістологічним вивченням біоптату. Секреторну і кислотоутворюючу функції шлунка оцінювали за даними фракційного шлункового зондування з підрахунком дебіт-години загальної і вільної соляної кислоти, а також проведеної у 30 дітей внутрішньошлункової рН-метрії. Стан гепато-біліарної системи оцінювався за даними об'єктивного дослідження, УЗД печінки і жовчовивідних шляхів, рівню АлАТ, АсАТ, загального, прямого та непрямого білірубіну. У всіх дітей виконані загальний аналіз крові, сечі, калу на яйця глистів і цисти лямблій. За показаннями у ряда хворих проводилися ЕКГ, Ехо-КГ.

У всіх дітей вивчався вегетативний стан за таблицями і формулою О.М.Вейна, індексами Кердо і Хильдебрандта та показниками КІГ. Для уточнення стану вегетативного балансу і загальнорегуляторних механізмів у всіх хворих впроваджено реомеридіанографію (РМГ) за допомогою програмно-апаратного діагностичного комплексу «Ремег» (патент України №23748, Росії № 2123318, свідоцтво про державну реєстрацію № 1266/2002) з визначенням хронобіологічної активності меридіанів.

МРТ проводилась апаратом «Поріг-3М» - широкосмужним генератором електромагнітних хвиль міліметрової довжини частотою 54...78 Ггц, з інтегральною потужністю випромінювання 0,1-1,0 нвт, що працює в режимі «білого шуму». Протягом одного сеансу МРТ впливали на 2-5 точок. Вибір ТА для впливу здійснювався з урахуванням стану дитини, хронобіологічної характеристики стану меридіанів на момент народження і початку загострення, показників РМГ та ефекту терапевтичного впливу на точку. Тривалість експозиції на одну ТА складала 5 хвилин. Корекція рецептури ТА для дії МРТ проводилася після 3-4 сеансу з урахуванням даних контролю РМГ і ефективності терапії. Тривалість курсу була від 5 до 10 сеансів.

Ефективність включення в лікувальний комплекс МРТ визначалась при зіставленні результатів лікування у 60 дітей із ХГД і ДГР, що одержували МРТ в комплексі загальноприйнятої терапії (друга основна група) і у 60 хворих ХГД із ДГР, яким була впроваджена тільки стандартна терапія (друга група порівняння), а також при катамнестичному спостереженні хворих протягом 6-11 місяців.

Статистична обробка отриманих даних проводилась в пакетах Stadia 6.1 та Microsoft Excel 2000. При обробці інформації використовувалася сукупність математико-статистичних методів, направлених на рішення основних задач дослідження. Проведена перевірка відповідності показників нормальному розподілу, а оцінка статистичної значущості відмінностей клінічних ознак для спостережуваних груп проводилася з використанням параметричних і непараметричних критеріїв залежно від форми розподілу. Достовірність відмінностей при нормальному розподілі ознаки оцінювлась за критерієм Ст’юдента. Для виявлення залежностей і впливів були використані непараметричні критерії порівняння процентних часток Фішера, рангова кореляція Спірмена, а також параметричні критерії порівняння середніх на вибірках великого об'єму (Z-критерій) і лінійні кореляції Пірсона.

**Результати досліджень.** ХГД частіше розвивається у дітей молодшого (38%) і середнього шкільного (40%) віку, поза залежністю від наявності ДГР, але при наявності ДГР тривалість плину захворювання вірогідно більше, що, ймовірно, зв'язано з менш інтенсивним больовим синдромом, розходженням суб'єктивних відчуттів і відсутністю ефекту від стандартної терапії.

72,5% дітей із ХГД і ДГР мали обтяжений сімейний анамнез з патології ШКТ, а майже половина – обтяжений алергологічний сімейний анамнез. Достовірно частіше ці діти були народжені у стані асфіксії і при патологічних родах (можливо, це пов’язано із наявністю у більшості дітей із ХДГ і ДГР синдрому ДСТ, на зв’язок якого з перинатальною патологією вказують деякі автори (О.М. Вейн, 2000)). Ці фактори можна розглядати як критерії для виявлення групи дітей із високим ризиком розвитку ХГД із ДГР.

У харчуванні хворих ХГД із ДГР грубі порушення виявлені у всіх дітей, але «бутербродне харчування», зловживання копченими виробами, смаженим, солодощами, рідке вживання перших блюд вірогідно частіше виявлялись у дітей, що страждали на ХГД без ДГР.

Діти із ХГД і ДГР частіше скаржились на помірний біль в животі, відрижку, порушення стулу, а також прояви, пов’язані з вегетативною дисфункцією, що може бути одним з критеріїв діагностики ДГР у хворих ХГД (таблиця 1).

Окрім скарг, характерних для вегетативних порушень, в основній групі достовірно частіше спостерігались симтоми вегетатиної дисфункції: знижений систолічний тиск відзначався у 50,8%, у дітей групи порівняння (30,0%, р<0,05), систолічний шум здебільшого вислуховувався у дітей основної групи (у 29,2% і у 12% контрольної (р<0,05)).

При обстеженні органів шлунково-кишкового тракту у дітей із ХГД і ДГР були слабка і середня інтенсивність больового синдрому при глибокій пальпації в епігастральній області, що може пояснюватися компенсаторно-пристосовною реакцією ДГР на початкових стадіях захворювання. Втім у цих дітей достовірно частіше спостерігалася болісність при пальпації у правому підребер'ї і клубових ділянках, що може бути пов'язано з більшою кількістю дискінетичних порушень із боку ЖВШ і кишечника.

Таблиця 1

**Особливості скарг у дітей, хворих ХГД з ДГР і без ДГР.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Симптоми** | **Основна група, n=120** | | **Група порівняння, n=50** | |
| N | % | N | % |
| Відрижка | 63\* | 52,5±0,25\* | 18 | 36,0±0,42 |
| Блювота | 46 | 38,3±1,12 | 17 | 34,0±1,21 |
| Нудота | 80 | 66,7±2,02 | 29 | 58,0±1,12 |
| Порушення стулу | 67\* | 55,8±0,54\* | 19 | 38,0±0,24 |
| Відчуття розпирання в шлунку | - | - | 9 | 18,0±0,12 |
| Дисфагія | 18 | 15,0±1,14 | 4 | 8,0±0,03 |
| Головний біль | 68\* | 56,6±1,02\* | 13 | 26,0±0,12 |
| Кардіалгії | 27 | 22,5±1,02 | 8 | 16,0±0,11 |
| Відчуття серцебиття | 23 | 19,17±2,01 | 8 | 16,0±0,13 |
| Підвищена втомлюваність | 43\* | 38,5±0,32\* | 9 | 18,0±0,15 |
| Дратівливість | 45 | 37,5±0,98 | 16 | 32,0±1,01 |
| Пітливість | 78\* | 65,0±0,56\* | 16 | 32,0±1,1 |
| Холодні кисті і стопи | 68\* | 56,7±0,63\* | 21 | 42,0±1,21 |
| Порушення сну | 54 | 45,0±1,22 | 14 | 28,0±0,96 |
| Погана переносимість холоду | 32\* | 26,7±0,11\* | 7 | 14,0±0,86 |

**Примітка: \* - різниця в показниках основної групи і групи порівняння достовірна, Р<0,05.**

Секреторна функція шлунка у дітей із ХГД і ДГР при порівнянні з хворими на ХГД без ДГР, характеризувалася зменшенням кількості шлункового соку в порції натще (90,2±12,1 та 72,2±6,8 мл відповідно, р<0,05) і в порціях, що відображають базальну (67,1±3,12 та 37,4±2,69 мл відповідно, р<0,05) і, особливо, стимульовану (25,4±4,41 та 30,7±2,7 мл відповідно, р<0,05) секрецію. Кислотоутворююча функція у всіх дітей із ХГД і ДГР також була порушена при порівнянні з дітьми з ХГД без ДГР, що виявлялося в підвищенні кислотності в порції натще (41,7±4,73 та 55,8±10,4 титр.од. вільної HCl відповідно, р<0,05), рівня вільної соляної кислоти (55,6±6,4 та 28,3±7,7 титр.од. відповідно, р<0,05), дебіт-години загальної (8,75±0,158 та 6,95±0,126 мекв відповідно, р<0,05) і вільної (6,57±0,138 та 5,24±0,104 мекв відповідно, р<0,05) соляної кислоти в порціях базальної секреції при близьких до норми показниках, виявлених при дослідженні стимульованої секреції.

Наявність множинних стигм ДСТ у дітей із ХГД і ДГР поєднувалась з більш вираженим зниженням секреторної і підвищщенням кислотоутворюючої функції шлунка, тим більше значним, ніж більшу кількість стигм ДСТ мали хворі. Найзначніше зниження секреторної і підвищення кислотоутворюючої функції шлунку спостерігалось у дітей, що мали 10 і більш стигм ДСТ. При дослідженні кислотоутворюючої функції шлунка методом внутрішньошлункової рН-метрії виявлено, що у дітей основної групи базальна рН було меншим, ніж у групі порівняння. Після введення блокатора кислотоутворення у дітей з ХГД і ДГР, рН істотно не змінювалась. Нейтралізуюча функція антрального відділу шлунка була порушена у всіх дітей групи порівняння (різниця рН антрального відділу та корпуса складала в середньому 2,1±0,12), але у дітей основної групи вона наближалась до нормальної, що, ймовірно, пов’язано з викидом лужного кишкового вмісту у шлунок.

При ФГДС у всіх дітей з ХГД і ДГР виявлена наявність жовчі у шлунку (100%), велика кількість слизу (84,17%), звитість складок СОШ (85,0%), посилена перистальтика шлунка (81,7%), гіперемія антрального відділу шлунка (31,7%), осередкова атрофія СОШ (2,5%). Підвищене слизоутворення у хворих з ХГД і ДГР виявлялося в 1,5 рази частіше, ніж у хворих групи порівняння. Ймовірно, цьому сприяє наявність викиду жовчі. Гістологічно у всіх досліджених дітей виявлені дистрофічні зміни в покровному та ямковому епітелії, набряк, крововиливи, поширення просвіту судин, нейтрофільну інфільтрацію власної пластинки слизової оболонки, тобто зміни, характерні для поверхневого гастриту. Але у 6 (30%) дітей з ХГД і ДГР окрім цього були виявлені ділянки з дистрофічними змінами в епітелії залоз, чого не спостерігалось у жодної дитини із групи порівняння.

Аналіз частоти виявлення стигм ДСТ у хворих із ХГД і ДГР виявив, що множинні стигми ДСТ частіше виявлялися у дітей основної групи. Наявність 1-4 стигм ДСТ більшістю авторів розглядається як варіант норми, але наявність 5 і більше стигм ДСТ звичайно оцінюється як прояв системної ДСТ. У основній групі менше 5 стигм ДСТ не виявлено у жодної дитини, а в групі порівняння у 28,0% дітей. 6-9 стигм ДСТ мали 62,0% дітей групи порівняння і 61,7% основної (р<0,003), тобто нормальна або трохи підвищена кількість стигм ДСТ частіше відзначалась у дітей групи порівняння. Більше 5 стигм ДСТ мали 38,3% дітей основної групи і 10,0% дітей групи порівняння (р<0,001) (рис. 1). В середньому у дітей із ХГД і ДГР виявлено 7,11±0,511 стигм ДСТ на 1 дитину, а в групі дітей із ХГД без ДГР цей показник склав 5,33±0,279 (р<0,001).

Майже кожна третя дитина із ХГД і ДГР мала наступні стигми ДСТ: астенічна статура з високим зростом, сколіоз, деформація грудної клітини, плоскостопість, сандалевидна щілина; «готичне піднебіння» з викривленням носової перегородки, широке перенісся, коротка вуздечка язика, гіпереластичність шкіри, викривлення пальців рук і стоп, гіпермобільність дрібних суглобів; аномалії форми вух, кистей і стоп, форми черепа, перегини, перетяжки жовчного міхура. Таким чином, фенотип хворого із ХГД і ДГР характеризувався астенічною статурою із зростом вище середнього і наявністю не менш 5 стигм ДСТ. При інструментальному обстеженні у цієї групи хворих частіше були виявлені мікроаномалії внутрішніх органів: пролапси клапанів серця, аберантні хорди серця, перегини, перетяжки жовчного міхура, доліхосигма, мегаколон.

Рис. 1 Кількість стигм дисплазії сполучної тканини і дисембріогенезу у дітей з хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюксом.

Вегетативний тонус у всіх дітей із ХГД і ДГР був змінений. У них достовірно частіше зустрічалися скарги і симптоми, характерні для переважання впливів парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, а саме: відчуття холоду кистей і стоп, погана переносимість холоду, мармуровість шкіри, схильність до набряків, брадикардія, знижений АТ. Це свідчить про те, що у дітей із ХГД і ДГР спостерігається гіперактивність як симпатичного, так і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи. Діти з множинними стигмами ДСТ мали більш виражені прояви вегетативної дисфункції. В середньому у дітей, що мали менше 5 стигм ДСТ, було виявлено 2,14±0,479 симптомів вегетативної дисфункції, у дітей з 6-9 стигмами було 5,55±0,889 симптомів і у дітей з 10 і більш стигмами виявлено 8,39±0,887 симптомів вегетативної дисфункції на одну дитину.

При оцінці вегетативного тонусу (за О.М. Вейном) у дітей із ХГД і ДГР виявлено підвищення як симпатотонічних, так і парасимпатотонічних впливів при переважанні впливів парасимпатичного відділу.

Крім того, у дітей із ХГД і ДГР відзначався дисбаланс ВВТ, із схильністю до парасимпатотонії (66,7±0,25%, р<0,05) та порушення вегетативної реактивності з перебільшенням симпатотонічних впливів (28,3±0,12, р<0,05). При цьому гіперсимпатотонічний варіант частіше спостерігався в основній групі та наростав по мірі збільшення кількості стигм ДСТ.

У дітей із ХГД та різною кількістю стигм ДСТ, по мірі їх збільшення, посилюються і прояви парасимпатотонічної налаштованості організму. Так, серед дітей, які мали до 5 стигм ДСТ, парасимпатотонія спостерігалася у 21,4%, при наявності 6-9 стигм ДСТ – у 43,8% (Р<0,05), а серед дітей з 10 і більше стигмами – у 80,4% (Р<0,001).

Вивчення вегетативної реактивності (ВР) показало, що у більшості дітей основної групи і групи порівняння ВР була патологічною (гіперсимпатотонічною та асимпатотонічною), що свідчить про неадекватність вегетативних реакцій організму дітей із ХГД на зовнішні та внутрішні подразники. В обох групах нормальна ВР спостерігалася достовірно рідше, ніж у здорових дітей, найчастіше відзначалась асимпатотонічна реактивність (65,0±0,21% у дітей з ХГД та ДГР і 40,0±0,44% у дітей з ХГД без ДГР при 13,3±0,23% у здорових дітей).

У групах дітей із різною кількість стигм ДСТ найбільші відхилення від нормальної ВР мали діти з 10 і більше стигмами. Асимпатотонічна ВР не спостерігалась у жодної дитини, що мала до 5 стигм ДСТ. У дітей з 10 і більше стигмами патологічна ВР зустрічалась достовірно частіше, ніж у інших, здебільшого асимпатотонічна (86,3%).

Виражена вегетативна дисфункція у дітей з ХГД і ДГР поєднувалася з порушеннями показників РМГ. Для дітей із ХГД і ДГР на РМГ характерні були зміни, які відображають порушення вегетативного балансу, в тому числі і органів гастродуоденальної зони. В період загострення ці зміни наростали. Крім того, в період загострення у дітей із ХГД і ДГР на фоні наявної у них гіперпарасимпатотонії розвивається гіперсимпатотонія, що знаходить відображення у змінах векторів активності меридіанів, тоді, як у дітей групи порівняння переважала гіперсимпатотонія і її вираженість у період загострення не наростала. В результаті вегетативного і загальнорегуляторного дисбалансу, властивого дітям із ХГД і ДГР в поєднанні з дисплазією сполучної тканини, розвивається неповноцінність сфінктерного апарату.

Дисбаланс регуляторних систем у дітей із ХГД і ДГР відрізнявся більш вираженими порушеннями загальної і вегетативної регуляції, тоді як у дітей із ХГД без ДГР більше значення мали порушення регуляції гастродуоденальної зони.

Стандартна терапія ХГД складалася із режиму дня, раціональної дієти (5-разовий режим харчування, виключення гострої, подразнюючої їжі, тощо) і медикаментозної терапії, що включала антациди і спазмолитики (но-шпа) за потреби, прокінетики (реглан, мотіліум), інгібітори протонної помпи (квамател, омепразол тощо), при наявності хелікобактерної інфекції – кларітроміцин та де-нол, вітаміни, відвари трав (плоди шипшини, трава деревію, звіробою, м’яти, квіти ромашки аптекарської). Наявність вираженого вегетативного дисбалансу і змін РМГ у хворих із ХГД і ДГР послужила підставою для включення в комплекс терапії таких хворих МРТ.

Одержаний клінічний ефект зберігався впродовж 4-6 місяців спостереження в катамнезі, але у 25,0% дітей при грубих порушеннях харчування і способу життя через 3-4 тижні наступило загострення ХГД з ДГР, вираженість якого була менш значною, ніж на початку лікування. Це загострення було купіровано повторним курсом терапії з включенням 8-10 сеансів МРТ, що призвело до стійкої ремісії, яка продовжувалася більше 6 місяців.

Застосування МРТ сприяло підвищенню ефективності терапії, скороченню термінів лікування на 5-7 днів, нормалізації вегетативного і загальнорегуляторного балансу, дозволяло зменшити об'єм медикаментозної терапії. При цьому майже удвічі швидше зникала більшість диспепсичних скарг, абдомінальний больовий синдром і прояви вегетативної дисфункції (таблиця 2).

Таблиця 2

**Терміни зникнення симптоматики у дітей з ХГД і ДГР із застосуванням МРТ (діб).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Симптоми** | **2 основна група, n=60** | **2 група порівняння, n=60** |
| Больовий синдром | 4,1±1,1\* | 8,2±0,9 |
| Печія | 3,2±1,2\* | 6,4±0,8 |
| Нудота | 6,2±1,2\* | 9,6±1,0 |
| Відрижка | 3,9±0,5\* | 5,1±0,5 |
| Головний біль | 8,6±2,1\* | 14,4±1,6 |
| Пітливість | 7,1±1,4\* | 14,8±1,2 |
| Болісність при пальпації | 8,2±1,6\* | 12,2±0,9 |

**Примітка: \* - різниця в показниках основної групи і групи порівняння достовірна, Р<0,05**.

Показники вегетативного тонусу у дітей основної групи, які одержували МРТ, були ближчими до показників здорових дітей, ніж у дітей, які не одержували МРТ. Парасимпатичний тонус (за О.М. Вейном) у дітей, які одержували МРТ, знизився до верхньої межі норми. Сприятливі зміни після застосування в лікувальному комплексі МРТ відзначалися і за показниками КІГ(таблиця 3), що може свідчити

Таблиця 3

**Показники ВВТ та ВР у дітей з ХГД і ДГР, після курсу терапії з включенням МРТ**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Групи дітей** | **ВВТ** | | **ВР** | |
| До лікування | Після лікування | До лікування | Після лікування |
| Здорові діти, n=30 | 75,54±10,2 | | 1,85±0,34 | |
| 2 основна група, n=60 | 49,2±11,5**#** | 64,64±11,9\* | 3,65±0,32**#** | 2,1±0,45\* |
| 2 група порівняння, n=60 | 47,92±10,8 **#** | 51,24±10,5**#** | 3,8±0,27**#** | 3,1±0,36**#** |

**Примітка: # - різниця в показниках при порівнянні зі здоровими дітьми достовірна, Р<0,05; \*– різниці в показниках до і після лікування достовірна, Р<0,05.**

про те, що у дітей із ХГД і ДГР, які отримували поряд із стандартною терапією МРТ, ліквідація вегетативного і загальнорегуляторного дисбалансу проходила більш ефективно.

Побічних ефектів при застосуванні рефлексотерапії з МРТ не спостерігалося у жодної дитини, що дозволяє рекомендувати включення рефлексотерапії із застосуванням МРТ в комплекс терапії хворих на ХГД і ДГР.

#### ВИСНОВКИ

В дисертації наведено теоретично-узагальнююче та нове вирішення наукового завдання в сучасній дитячій гастроентерології - підвищення ефективності лікування хронічного гастродуоденіту із дуоденогастральним рефлюксом у дітей шляхом визначення особливостей клінічної картини і вегетативного статусу та наукового обґрунтування і включення до комплексного лікування мікрохвильової резонансної терапії.

1. Хронічний гастродуоденіт майже у 70% обстежених дітей супроводжується дуоденогастральним рефлюксом, розвитку якого сприяють перенесена внутрішньоутробна гіпоксія та інтранатальна асфіксія (р<005).
2. Особливістю клінічних проявів дітей з ХГД були симтоми вегетативної дисфункції: головний біль у 56,6% хворих, підвищена втомлюваність у 38,5%, пітливість у 65,0%, погана переносимість холоду у 26,7%, відчуття холоду кистей і стоп у 56,7%. У дітей із ХГД та ДГР частіше, ніж у дітей із ХГД без ДГР, виявлявся знижений систоличний тиск (50,8%), систоличний шум на верхівці серця (29,5%) і пролапс мітрального клапану (15,8%).
3. Стигми ДСТ виявлені у всіх хворих на хронічний гастродуоденіт із дуоденогастральним рефлюксом, в середньому 7,11±0,511 стигм на одного хворого. Фенотип хворих хронічним гастродуоденітом із дуоденогастральним рефлюксом характеризувався наявністю множинних стигм дисплазії сполучної тканини (у 38,3%).
4. У дітей з ХГД та ДГР виявлено підвищення кислотоутворюючої функції шлунка при незначному зростанні секреторної функції. Порушення кислотонейтралізуючої функції антрального відділу шлунка дітей з ДГР характеризувалися субкомпенсацією (2,1±0,12 од). Ступінь порушень був більш виражений у дітей з 10 і більше стигмами ДСТ.
5. Ендоскопічна картина дітей з ХГД та ДГР характеризувалісь гіперемією слизової оболонки антрального відділу шлунка, наявністю жовчі в шлунку, збільшенням об’єму шлункового вмісту за рахунок слизу, з вивістістю складок слизової шлунка, посиленням перистальтики. Гістологічно у хворих мали місце ознаки поверхневого гастриту с осередками імпрегнації солями жовчних кислот та інколи з осередками дистрофічних змін.
6. У всіх хворих хронічним гастродуоденітом із дуоденогастральним рефлюксом виявлені прояви вегетативної дисфункції у вигляді гіперсимпатотонії або вагототонії при переважанні асимпатотонічної реактивності, більш вираженої у дітей із множинними стигмами дисплазії сполучної тканини.
7. Зміни при реомеридіанографії виявлені у всіх дітей з хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюксом і відображають порушення вегетативного і загальнорегуляторного балансу, схильність до аномалій структури сполучної тканини, а також порушення функціонування органів гастродуоденальної зони. Виявлене збільшення активності меридіанів нирок, печінки і селезінки-підшлункової залози, які наростали в період загострення і супроводжувалися змінами векторної активності меридіанів.
8. Включення в терапевтичний комплекс у дітей з хронічним гастродуоденітом і дуоденогастральним рефлюксом мікрохвильової резонансної терапії було ефективно у всіх хворих і сприяло нормалізації вегетативного і загальнорегуляторного балансу, зникненню абдомінального больового синдрому в середньому на 4,1±1,1 добу, що дозволяло скоротити терміни лікування на 5-7 днів, зменшити медикаментозне навантаження. Побічних ефектів при застосуванні мікрохвильової резонансної терапії не спостерігалося у жодної дитини.

#### ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою найбільш ранньої діагностики ДГР доцільно виявлення стигм дисплазії сполучної тканини під час планових оглядів у дітей 7-14 років з ХГД.
2. Для поліпшення діагностики типу вегетативних порушень у дітей з ХГД та ДГР рекомендується реомеридіанографічне дослідження з метою подальшого лікування методом МРТ.
3. У комплекс терапії хворих із ХГД та ДГР доцільно включати МРТ. Особливо це показано дітям з множинними стигмами дисплазії сполучної тканини та проявами вегетативної дисфункції. Починати лікування зі застосуванням МРТ можно з першого дня звернення під час загострення, тому що МРТ сприяє більш швидкому регресу основних симптомів ХГД. Проводити лікування МРТ бажано під контролем реомеридіанографії.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Клінічні особливості хронічного гастриту з дуоденогастральним рефлюксом у дітей, ефективність мікрохвильової резонансної терапії //Педіатрія, акушерство та гінекологія.- 2001.- № 2.- С. 27-29.
2. Особенности лечения хронических гастритов с дуоденогастральным рефлюксом с применением микроволновой резонансной терапии//Вестн. физиотер. и курортологии. – 2001.- №2.- С.39-41. Співавтор - Дорофеєва Г.Д Дисертантом самостійно проведено відбір та аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, статистичну обробку даних, підготовлено статтю до друку.
3. Немедикаментозная коррекция дуоденогастрального рефлюкса у больных хроническим гастритом //Український медичний альманах. – 2002. - № 3. - С. 53-56.
4. Методика применения МРТ у детей с хроническим гастродуоденітом и дуоденогастральным рефлюксом и ее эффективность// Фізика живого.- 2006. – Т.14. - №1. - С.81-89. Співавтор - Дорофеєва Г.Д. Дисертантом самостійно проведено аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, оцінку отриманих клінічних даних щодо ефективності застосування МРТ в комплексі терапії дітей, хворих хронічним гастродуоденітом з дуоденогастральним рефлюксом з урахуванням запропонованого алгоритму, статистичну обробку результатів, підготовано статтю до друку.
5. Особенности хронобиологических ритмов и лечение дуоденогастрального рефлюкса у детей с хроническим гастритом с использованием микроволновой резонансной терапии //Сб. науч. трудов «Сучасні інформаційні та енергозберігаючі технології життєзабезпечення людини».-Київ: МП “Леся”.-2001.-Вип. 2, Кн. 2.-С.109-116. Співавтор - Дорофеєва Г.Д Дисертантом самостійно проведено відбір та аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, оцінку отриманих даних щодо особливостей хронобіологічних ритмів у дітей з хронічним гастритом та ефективності лікування з використанням мікрохвильової резонансної терапії.
6. Опыт применения МРТ в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, сопровождающихся рефлюксами // Материалы 4 Международной конференции по квантовой медицине «Аппаратное обеспечение диагностических и лечебных методов квантовой медицины».-Донецк, 1999. – С. 134-135.
7. Применение микроволновой резонансной терапии в лечении хронических гастритов с дуоденогастральным рефлюксом у детей //Материалы 5 Международной конференции по квантовой медицине «Диагностические и лечебные технологии квантовой медицины».-Донецк,2000. – С.123-128. Співавтор - Дорофеєва Г.Д Дисертантом самостійно проведено відбір та аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, статистичну обробку даних, підготовано статтю до друку.
8. Влияние дуоденогастрального рефлюкса на клинику хронического гастрита у детей //Вопросы экспериментальной и клинической медицины (сб. статей). - Донецк:ООО «Лебедь», 2000. - Вып. 4, Т.1. - С. 98-101.
9. Дуоденогастральный рефлюкс и особенности его лечения у детей //Гастробюллетень. Приложение №1, материалы 2й Объединенной Всероссийской и Всеармейской конференции «Санкт-Петербург. Гастро-2000». - С.-Петербург, 2000. - С. 31. Співавтор - Дорофеєва Г.Д. Дисертантом самостійно проведено аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, оцінку отриманих даних щодо наявності у дітей з хронічним гастритом і дуоденогастральним рефлюксом стигм дисплазії сполучної тканини та їхню статистичну обробку, підготовано статтю до друку.
10. Особенности хронобиологических ритмов при хроническом гастрите с дуоденогастральным рефлюксом и их коррекция //Гастробюллетень. - С.-Петербург, 2001.-№ 2-3.-С. 37. Співавтор - Дорофеєва Г.Д. Дисертантом самостійно проведено відбір та аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, оцінку отриманих даних щодо порушеньй хронобіологічних ритмів у дітей з хронічним гастритом та ефективності їх корекції з використанням мікрохвильової резонансної терапії.
11. Коррекция вегетативной дисфункции с помощью микроволновой резонансной терапии у детей с хроническим гастродуоденитом //Материалы 7 Международной конференции по квантовой медицине «теоретические и клинические аспекты квантовой медицины». - Донецк, 2002. - С. 112-118.
12. Хронический гастрит с дуоденогастральным рефлюксом у детей и синдром дисплазии соединительной ткани //Гастробюллетень. - Санкт-Петербург, 2002. - № 2-3.-С. 55. Співавтор - Дорофеєва Г.Д. Дисертантом самостійно проведено аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, оцінку отриманих даних, статистичну обробку результатів, підготовано статтю до друку.
13. Дуоденогастральный рефлюкс и хроническая вегетативная дисфункция у детей Донецкого региона как одно из проявлений воздействия нарушенной экологии //Сб.статей 8 Международной конференции по квантовой медицине «Теоретические и клинические аспекты квантовой медицины». – Донецк, 2003. - С. 112-119.
14. Причины формирования дуоденогастрального рефлюкса у детей с хроническим гастритом //Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. - 2003. - № 2-3.-С. 60. Співавтор - Дорофеєва Г.Д. Дисертантом самостійно проведено аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, оцінку отриманих клініко-лабораторних, електрографічних та хронобіологічних даних та їхню статистичну обробку, підготовано статтю до друку.
15. Особенности реомеридианографии у детей с хроническим гастродуоденитом и дуоденогастральным рефлюксом//Сучасні досягнення та подальші шляхи розвитку рефлексотерапії і нетрадиційної медицини в Україні. Матеріали науково-практичної конференції з международною участю. – Київ. – 2006р. – С.46-49. Співавтори - Дорофеєва Г.Д., Кіреєв В.В. Дисертантом самостійно проведено відбір та аналіз літератури за темою публікації, клінічні спостереження, оцінку отриманих даних,

###### АНОТАЦІЯ

**Журбій О.Є. Клініко-патогенетичне обґрунтування використання мікрохвильової резонансної терапії у дітей з хронічним гастродуоденітом.-**Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальність 14.01.10. – «Педіатрія». ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН України», м. Киів, 2008.

Дисертацію присвячено питанням оптимізації діагностики та лікування хронічного гастродуоденіту з дуоденогастральним рефлюксом у дітей, ефективності включення до терапевтичного комплексу МРТ. В дисертації було відзначено, що розвиток ДГР при ХГД відбувається переважно у дітей, що перенесли внутрішньоутробну гіпоксію, інтранатальну асфіксію та мають множинні стигми ДСТ, які виявлені у всіх хворих на ХГД з ДГР. Клінічні прояви ХГД з ДГР характеризовались скаргами, пов’язаними з вегетативною дисфункцією, помірним абдомінальним больовим синдромом та частими скаргами на відрижку гірким, повітрям. Больовий синдром при пальпації в епігастральної області у дітей з ХГД та ДГР був слабо або помірно вираженим. У таких хворих частіше, ніж у дітей без ДГР, виявлявся знижений систолічний тиск, систолічний шум на верхівці серця та ПМК. У дисертації показані порушення секреторної і кислотоутворюючої функції шлунка, зміни слизової оболонки шлунка у дітей з ХГД та ДГР та їх більша вираженість у дітей з 10 та більше стигмами ДСТ.

У всіх хворих на ХГД з ДГР виявлені прояви вегетативної дісфункції у вигляді гіперсимпатотонії та гіперпарасимпатотонії. Ці відхилення були виразнішими у дітей з 10 та більше стигмами ДСТ.

Вегетативні дисфункція у дітей з ХГД та ДГР проявлялась в порушеннях показників РМГ.

Включення до терапевтичного комплексу у дітей з ХГД та ДГР МРТ було ефективним у всіх хворих, та сприяло прискоренню нормалізації вегетативного та загальнорегуляторного балансу, зникненню клінічних проявів захворювання, що дозволяло скоротити строки лікування та зменшити медикаментозну нагрузку. Побічних ефектів при використанні МРТ не спостерігалось в жодної дитини.

Ключові слова: діти, хронічний гастродуоденіт, дуоденогастральний рефлюкс, дисплазія сполучної тканини, вегетативна дисфункція, мікрохвильова резонансна терапія.

**АННОТАЦИЯ**

Журбий О.Е. **Клинико-патогенетическое обоснование использования микроволновой резонансной терапии у детей с хроническим гастродуоденитом**.- Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10. – «Педиатрия». Государственное учреждение «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», Киев, 2008.

Диссертация посвящена вопросам оптимизации диагностики и лечения хронического гастродуоденіта с дуоденогастральным рефлюксом у детей, эффективности включения в терапевтический комплекс воздействия МРТ на ТА.

Объектом исследования были 170 детей в возрасте от 7 до 14 лет с различными формами хронического гастродуоденіта, в том числе 120 – с хроническим гастродуоденітом и дуоденогастральным рефлюксом и 50 детей того же возраста с ХГД без ДГР. Установлено, что развитие ДГР при ХГД наблюдается преимущественно у детей, перенесших внутриутробную гипоксию, интранатальную асфиксию и имеющих множественные стигмы ДСТ. Стигмы ДСТ выявлены у всех больных с ХГД и ДГР, которые имели в среднем 7,11±0,511 стигм на одного больного. У больных с ХГД без ДГР в среднем имелось 5,33±0,279 стигм на одного больного. Клинические проявления ХГД с ДГР характеризовались жалобами, связанными с вегетативной дисфункцией, умеренным абдоминальным болевым синдромом и частыми жалобами на отрыжку горьким, воздухом. Болевой синдром при пальпации эпигастральной области у больных с ХГД и ДГР был слабо и умеренно выраженным. Чаще, чем у детей с ХГД без ДГР у таких больных выявлялось сниженное систолическое давление, систолический шум на верхушке сердца и ПМК. Секреторная функция желудка у детей с ХГД и ДГР была нарушена, что проявлялось уменьшением количества желудочного сока во всех порциях и повышением уровня свободной соляной кислоты, дебит-часа общей и свободной соляной кислоты в порциях базальной секреции при близких к норме. с тенденцией к снижению, показателях в порциях стимулированной секреции. Эти сдвиги были статистически достоверными у детей, имевших 10 и более стигм ДСТ и ДЭ. Эндоскопически у больных с ХГД и ДГР выявлено наличие в содержимом желудка желчи и слизи, извитость складок СОЖ и усиленная перистальтика желудка, гиперемия антрального отдела желудка у трети больных и редко встречающаяся очаговая атрофия СОЖ. Больные с ХГД и ДГР и множественными стигмами ДСТ чаще имели поражение антрального отдела желудка и нарушения перистальтики.

У всех больных ХГД с ДГР выявлены проявления вегетативной дисфункции в виде гиперсимпатотонии и гиперпарасимпатотонии с преобладанием парасимпатических нарушений. Клинически это проявлялось симптомами вегетативной дисфункции, такими, как потливость, холодные кисти и стопы, головные боли и головокружения, нарушения сна, пониженное АД, раздражительность, кардиалгии и др. Гиперактивность симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы и их дисбаланс были более выражены у детей с 10 и более стигмами ДСТ и ДЭ.

Вегетативная дисфункция у детей с ХГД и ДГР сочеталась с нарушениями показателей РМГ. Изменения РМГ определялись у всех детей с ХГД и ДГР и проявлялись в увеличении активности меридианов почек, печени и селезенки-поджелудочной железы, которые нарастали в период обострения и сопровождались изменениями векторной активности меридианов, что соответствует усилению вегетативного дисбаланса.

Предложен алгоритм включения воздействия МРТ на ТА в комплекс терапии детей с ХГД и ДГР. Включение в терапевтический комплекс у детей с ХГД и ДГР воздействия МРТ на ТА было эффективно у всех больных и способствовало более быстрой нормализации вегетативного и общерегуляторного баланса, исчезновению абдоминального болевого синдрома в среднем на 4,1±1,1 день (у детей контрольной группы – на 8,2±0,9 день). Это позволяло сократить сроки лечения больных с ХГД и ДГР, получавших МРТ, на 5-7 дней, отменить медикаментозную терапию к концу второй недели терапии. Побочных эффектов при воздействии МРТ на ТА не наблюдалось ни у одного ребенка.

**Ключевые слова:** дети, хронический гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, дисплазия соединительной ткани, вегетативная дисфункция, микроволновая резонансная терапия.

**SUMMARY**

Zhurbiy O.E.. **Clinical and pathogenetic ground of the use of microwave resonance therapy at children with chronic gastroduodenitis with enterogastric reflux**.- Manuscript.

Dissertation on the competition of the degree of candidate of medical science by speciality 14.01.10. – “Pediatrics”- State institution “Institute of Pediatrics, Obstetrics and gynecology. Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv, 2008.

The thesis deals with the issues of improving of diagnosis and treatment of children with chronic gastroduodenitis with enterogastric reflux and effectiveness of the treatment complex including MRT.

It has been stated that EGR at HGD more frequently develops in children with perinatal hypoxia in their anamnesis, plural stigmatas of fibrous dysplasia and vegetative dysfunction. Patients with EGR complained of nausea, belch, vomiting, head and cardial ache more frequently, then patients without EGR. They have arterial systolic hypotonia and cardial systolic noise more frequently, too. Plural stigmas of dysembriogenesis and connectiv tissue’s dysplasia (CTD) were more frequently appeared in those patients. Patients with EGR had more marked deviations in their vegetative status. They were hypersympathotonia and hyperparasympathotonia and hyperparasympathotonia was larger. Rreochannelsgraphia was showed that most pronounced alterations were in condition of channels in patients with chronic gastroduodenititis and EGR.

Treatment including MRT given the possibility to cut down duration of complaints on epigastric pain, pyrosys, hyperhydrosys, breacness of sleep set norms vegetative status. Clinical symptoms were cut down nearly twice at rapidly. Using MRT influence on BAP give possibility to abolish medicines on 12-14 days of treatment. Because there are nothing secondary effects in any children we can recommend this method to using in children with chronical gastroduodenitis and enterogastric reflux.

**Key words**: children, chronic gastroduodenitis, enterogastric reflux, fibrous dysplasia, vegetative dysfunction, Millimeter-wave resonance therapy.

Перелік умовних скорочень

АТ - артеріальний тиск

ВВТ - вихідний вегетативний тонус

ВД - вегетативна дисфункція

ВР - вегетативна реактивність

ІН - індекс напруження

ШКТ - шлунково-кишковий тракт

ЖВШ - жовчовивідні шляхи

ДЖВШ -дискінезія жовчовивідних шляхів

ДГР - дуоденогастральний рефлюкс

ДСТ - дисплазія сполучної тканини

ДЕ - дизембріогенез

МРТ - мікрохвильова резонансна терапія

ПМК - пролапс мітрального клапану

РМГ - реомеридіанографія

ТА - точки акупунктури

СОШ - слизова оболонка шлунка

УЗД - ультразвукове дослідження

ФГДС - фіброгастродуоденоскопія

ХГД - хронічний гастродуоденіт

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>