

Фармакотерапия у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной системы

Э.В.Дудникова, С.Х.Домбьян, Н.Б.Лобанова, Л.В.Мхитарян

Городская больница № 20, Ростов-на-Дону

Ключевые слова: язвенная болезнь, гастрит, абдоминальный синдром, вторичные половые признаки, атаракс, иммунный статус.

По данным литературы, на долю хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) приходится от 29 до 60 – 70 % /2,3/. Средний возраст больных к моменту диагностики заболеваний гастродуоденальной системы составляет 10 – 13 лет, а клинические признаки поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у некоторых детей появляются уже в возрасте 7–8 лет.

Интенсивное изучение патогенетических механизмов формирования заболеваний органов пищеварения у детей содействует созданию большого количества новых лекарственных средств, воздействующих на разные звенья патологического процесса. Одним из таких механизмов является нестабильность вегетативной регуляции в пубертатном периоде /1,4/.

Целью данного исследования явилось изучение клинических особенностей ХГДП, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) у детей 8–13 лет, находящихся в I–III стадиях полового развития (СПР), в зависимости от типа вегетативной нервной системы (ВНС), а также разработка новых подходов в терапии последних. Опыт работы показал, что значительная часть детей, страдающая этой патологией, имеет признаки дисфункции ВНС, что усугубляет течение этих заболеваний. Наиболее выраженное становление физических, познавательных и психосоциальных функций наблюдается у детей в I–III СПР, которые явились объектом исследования.

Методы исследования. Обследование детей проводилось в специализированном гастроэнтерологическом отделении городской больницы №20 г. Ростова-на-Дону. Диагноз поставлен на основании клинико-anamnestических данных, эндоскопии, морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Оценка СПР проводилась по Таппер, 1962, с учетом выраженности вторичных половых признаков. У мальчиков критериями служили размеры наружных половых органов и характер оволосения на лобке. У девочек критериями явились: конфигурация молочных желез и степень выраженности оволосения на лобке. Тип ВНС определялся на основании кардиоинтерва-

лографии (по Н. А. Белоконов, М. Б. Кубергер, 1979), позволяющей определить исходный вегетативный тонус (ИВТ).

Оценка иммунного статуса (ИС) проводилась путем определения абсолютного и относительного количества Т- и В-лимфоцитов в крови, содержания ЦИК, комплексотворной активности, уровня Ig G, Ig A, Ig M, субпопуляций Т- и В-лимфоцитов.

Результаты. Под наблюдением находилось 212 детей с ХГДП, из них 102 с хроническим атрофическим и атрофико-гиперпластическим гастритом (ваготоников – 46, эйтоников – 28, симпатотоников – 28), 82 детей с эрозивным гастритом (ваготоников – 50, симпатотоников – 32) и 28 детей с ЯБДК (все ваготоники).

Установлено, что при ХГДП встречались как парасимпатическая, так и эйтоническая (27 детей) и симпатикотоническая (53 детей) направленность ВНС, при чем доминировала парасимпатическая (132 ребенка). Нами не было выявлено каких-либо специфических симптомов, характерных для каждого типа ВНС, но наиболее яркие клинические проявления заболевания отмечены у детей ваготоников относительно симпатикотоников и эйтоников.

Для всех детей с различными типами ВНС был характерен абдоминальный синдром с наиболее яркой клиникой у ваготоников, который характеризовался следующими проявлениями: болями сразу после еды (57,1%), через 1,5–2 часа после еды (23,8%), болями в животе натощак (9,5%), а также болями не связанными с приемом пищи (9,5%), усиливающимися как после физической нагрузки (71,4%), так и после погрешностей в диете (28,6%). Боли отмечались преимущественно длительные по продолжительности (76,2%); они были, как правило, тупыми, ноющими (85,7%), реже (14,3%) носили приступообразный и характер.

Для симпатотоников и эйтоников были характерны боли, не связанные с приемом пищи (41%), реже встречались боли сразу после еды (32,8%) и еще реже через 1,5–2 часа после еды (26,2%). В отличие от парасимпатиков отсутствовали натощаковые боли. У симпатотоников и эйтоников отмечались острые, приступообразные боли (70%).

Диспептический синдром у ваготоников харак-

теризовался следующими симптомами: сниженным аппетитом (81%), тошнотой (62%), послаблением стула (38,1%), отрыжкой (кислым – 19%, воздухом – 47,6%, пищей – 14,3%), рвотой (9,5%), изжогой (4,8%). Для симпатотоников и эйтоников характерным было наличие отрыжки пищей (94,4%), запоров (71,1%), отсутствие рвоты и изжоги. Проявления диспептического синдрома уменьшились к периоду ремиссии у ваготоников и исчезли у симпатотоников и эйтонов. В клинической картине этих больных, помимо вышеуказанных симптомов, отмечались проявления вегетативной дисфункции. Наиболее существенные различия были обнаружены в астеновегетативном синдроме (АВС). Во всех группах детей АВС характеризовался наличием головной боли, утомляемостью, но у ваготоников он был интенсивнее и сохранялся в период ремиссии. Жалобы на боли в конечностях, обмороки, синеву под глазами, субфебрилитет, бледность кожных покровов, эмоциональную лабильность, головокружение, потливость наблюдались только у ваготоников и отсутствовали у детей с симпатической и эйтонической направленностью.

У всех обследованных детей, до лечения, независимо от ИВТ и СПР, отмечалось снижение показателей клеточно-гуморального иммунитета. Однако анализ иммунограмм выявил наиболее выраженные изменения у симпатикотоников во II СПР. Наблюдалось снижение абсолютного и относительного количества Т- и В-лимфоцитов, угнетение их функциональной активности. Содержание ЦИК находилось в зависимости от активности заболевания – самые высокие показатели (> 195 мкг/мл) выявлены в период максимальных проявлений ХЭГД, причем у таких детей заболевание имеет непрерывно-рецидивирующее течение. Отмечено снижение иммуноглобулинов класса А, а так же изменения субпопуляционной структуры Т-лимфоцитов: достоверное снижение CD-4 ($p < 0,05$), при тенденции к снижению CD-8, в связи с этим было выявлено статистически достоверное снижение иммунорегуляторного индекса ($p < 0,05$). Описанные результаты свидетельствуют о наиболее выраженных изменениях клеток с хелперно-индукторными свойствами.

Все дети были разделены на 2 группы: первую составили 137 детей, получавших традиционную терапию, вторую – 75 детей, которые наряду с общепринятой терапией, получали Атаракс (завод ЮСБ, Бельгия) – небензодиазепиновый анксиолитик, направленный на коррекцию вегетативной дисрегуляции, в дозе 25-40 мг сутки в течение 2 недель.

На фоне терапии в 1 группе было выявлено улучшение показателей ИС, однако динамика

последних не достигла физиологической нормы, что и привело к необходимости назначения небензодиазепинового анксиолитика атаракса 2 группе, в результате чего произошли стабилизация вегетативной нервной системы, а также полное восстановление ИС (увеличение абсолютного и относительного количества Т- и В-лимфоцитов, улучшение их функциональной активности, снижение ЦИК, увеличение Ig А, иммунорегуляторного индекса CD-4/CD-8), особенно у детей с симпатикотонией во II СПР. Положительная динамика в виде значительного уменьшения выраженности болевого синдрома в животе, раздражительности, эмоциональной лабильности, потливости отмечено у всех детей во 2 группе, из них в 27 случаях – полное исчезновение имевшейся симптоматики. При выписке рекомендовалось продолжить терапию Атараксом в течение 1 мес. Катамнестическое наблюдение пациентов осуществлялось через 1–3 мес. За этот период отмечался выраженный терапевтический эффект (вегетокорректирующий, анксиолитический, седативный, противорвотный) в составе комплексной терапии ХГДП, побочных действий препарата не наблюдалось.

Высокая клиническая эффективность лечения коррелировала с данными морфологических и иммунологических исследований.

Выводы. Существенные изменения ИГ выявляются у детей с симпатикотонией во II СПР, что свидетельствует о ключевой роли ВНС в пубертатный период, отличающийся интенсификацией процессов обмена веществ, перестройкой иммунной и нейроэндокринной систем. Тип ВНС является одним из факторов, определяющих особенности течения ЭГД, что делает целесообразным наряду с традиционной антисекреторной терапией, использование вегетостабилизирующих препаратов, к примеру безопасного Атаракса, для улучшения эффективности лечения ЭГД, особенно у детей с симпатической направленностью ИВТ.

Литература

1. Дудникова Э.В. Диагностика и лечение хронической гастродуоденальной патологии у детей. Методические рекомендации для врачей-педиатров. – Ростов-на-Дону, 1999. 45 с.
2. Запруднов А.М., Волков А.И. Справочник по детской гастроэнтерологии. – Москва, 1995. 384 с.
3. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1991. 663 с.
4. Пайков В. А. Фармакотерапия в детской гастроэнтерологии. – СПб., 1998. 190 с.