

Библиографический список

1. Деменков В.Р., Павлова Т.В. и др. / Патоморфологические аспекты паратонзиллитов // Материалы республиканской научно-практической конференции оториноларингологов, посвященной 100-летию со дня рождения проф. А.М. Гейнуса: Тез. докл. - Симферополь, 1997г. - С. 57-61.
2. Павлова Т.В. и др. / Влияние экстремальных факторов производства на развитие паратонзиллитов // Экстремальная медицина: Материалы I учредительного пленума: Тез. докл. - Луганск, 1997. - 86 с.
3. Павлова Л.А. / Клинико-морфологические аспекты у больных с паратонзиллитами // Первый международный медицинский конгресс студентов и молодых ученых: Тез. докл. - Тернополь, 1997. - 275 с.
4. Деменков В.Р. и др. / Лечебная тактика у больных ангиной и хроническим тонзиллитом, осложненным абсцессом // Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения член-корреспондента АН Украины, проф. А.С. Коломийченко: Тез. докл. - Киев, 1998. - С. 198-202.
5. Дедиков А.А. Морфогенез паратонзиллитов // Украинский медицинский альманах. - 1998. - № 1.
6. Дедиков А.А. Паратонзиллит: клинические и патоморфологические аспекты // Украинский медицинский альманах. - 1998. - № 1.
7. Павлова Т.В., Деменков В.Р. и др. / Морфофункциональные параллели изменений в небных миндалинах у больных хроническим декомпенсированным тонзиллитом и паратонзиллитом // Журнал ушных, носовых и горловых заболеваний. - 1998. - №4. - С. 6-9.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПОДРОСТКОВ

Н.И. Жернакова

Патология органов пищеварения занимает ведущее место среди заболеваний внутренних органов у подростков. По оценкам Комитета Экспертов ВОЗ, 5% взрослого населения в экономически развитых странах болеет язвенной болезнью. В структуре детской патологии она составляет от 3,5% до 14,8%. В настоящее время удельный вес язвенной болезни среди заболеваний органов пищеварения у подростков достаточно высок [3].

Не вызывает сомнения тот факт, что у 60 - 70% взрослых, страдающих язвенной болезнью, формирование ее началось в детском и подростковом возрасте. Преобладающей формой язвенной болезни у подростков является болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ/ДК).

Работами гастроэнтерологов, как дальнего, так и ближнего зарубежья [1] показано, что собственно ЯБ/ДК – неоднородное гетерогенное заболевание. Определяется ЯБ/ДК сочетанием многих факторов с единым анатомическим и клиническим проявлением, то есть, наличие дуоденальной язвы. Вместе с тем, по-прежнему, изъязвления слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (ДК) сводится к нарушению соотношения между факторами агрессии желудочного сока и факторами защиты слизистой оболочки ДК, с усилением факторов агрессии или снижением факторов защиты слизистой оболочки [2].

Проведенные нами исследования позволили выявить определенные закономерности в течении ЯБ/ДК у подростков. Это выражалось в нарушении механизмов гормональной регуляции желудочной секреции, что выражалось изменением концентраций в крови больных гастрин, соматостатина базального и стимулированного пищевой нагрузкой, а также их соотношений по сравнению со здоровыми лицами. Течение заболевания циклично, с периодами обострения и ремиссии. Обострение ЯБ/ДК носит сезонный, преимущественно осенне-весенний характер. Одной из причин рецидивирования заболевания является дисбаланс продукции гормонов, регулирующих секреторную функцию желудка, сохраняющийся и в стадию клинико-эндоскопической ремиссии.

Хроническое течение ЯБДК в большинстве случаев сопровождается наличием хеликобактерного гастрита с повышенной кислотообразующей функцией желудка. У подростков ЯБДК может протекать бессимптомно и выявляться лишь при осложненном течении (кровотечении, перфорации).

На основании полученных данных разработана тактика лечения ЯБДК у подростков. Выделены следующие этапы лечения:

- 1) в период обострения заболевания;
- 2) со времени наступления клинико-эндоскопической до полной ремиссии;
- 3) профилактика рецидивов и удлинение ремиссии.

Подростки, страдающие ЯБДК, это особая группа больных, в плане типологических личностных особенностей, наличия неадекватных реакций на проводимую терапию.

Одним из условий успешного лечения в период обострения заболевания является госпитализация до наступления клинико-эндоскопической ремиссии. Созданные условия, так называемого «стационара на дому», как показывает практика, указывают на их неоправданность. При легком течении, на втором и третьем этапе, лечение можно проводить в амбулаторных условиях или с использованием прерывистой госпитализации, эффективна терапия в условиях дневного стационара.

Несовершенство механизмов нейрогуморальной регуляции, активация процесса полового созревания, в указанной возрастной группе, диктуют необходимость выбора наиболее оптимальной тактики «лекарственной защиты» гастродуоденальной слизистой оболочки.

Диетотерапия. Лечебное питание в период обострения ЯБДК предусматривает механическое и химическое щажение поврежденного органа. Целесообразно исключение экстрактивных, являющихся мощными раздражителями слизистой, крепкого чая, кофе – физиологических стимуляторов соковыделения, а также индивидуально непереносимых продуктов (цельное молоко). Молочные продукты включать в рацион в виде свежих кисломолочных (кефир, ряженка, бифидок и т.п.). Питание должно быть регулярным, частым (4 - 6 раз в сутки). По количественным и качественным характеристикам соответствовать ст. №1, 1а, 1б (классификация института питания АМН РФ) с учетом степени выраженности обострения, продолжительностью в среднем 5 - 7 дней. По мере стихания воспаления рекомендуется расширение диетотерапии до ст. №15.

При сочетании ЯБДК с хроническим гастритом тип А (атрофический, с секреторной недостаточностью) благоприятное действие оказывает функциональная стимуляция фундальных желез, путем более раннего перевода на диету в объеме ст. №15. Перевод осуществляется осторожно, с учетом исходной степени воспаления, с исключением продуктов, употребление которых способно вызвать повторное обострение.

В целом, питание должно быть полноценным, сбалансированным, адекватным, соответствовать возрастным нормативам.

Длительно ограниченная диетотерапия ведет к угнетению функциональной активности железистого аппарата желудка и проксимального отдела кишечника, развитию гипо- и авитаминозов, задержке физического и психического развития подросткового организма.

Медикаментозная терапия. В настоящее время медикаментозная терапия является определяющей в лечении ЯБДК у подростков. В арсенале фармацевтической промышленности имеется более 500 наименований препаратов используемых, как в виде моно-, так и комбинированной терапии ЯБДК. У подростков, учитывая возрастные особенности, широта применения несколько суживается.

Учитывая патогенетическую направленность терапии целесообразным является использование трех групп препаратов:

1. Направленных на подавление агрессивных свойств желудочного сока.
2. Усиливающих защитные свойства гастродуоденальной слизистой.
3. Регулирующие нейрогуморальное звено проксимального отдела пищеварительного тракта.

Из препаратов первой группы помимо традиционной медикаментозной терапии (неселективные блокаторы м-холинорецепторов, антациды и репаратанты) нами использовались селективные M_1 -холиноблокаторы (пирензепин, гастропепин), ингибиторы H^+K^+-ATP Фазы (омепрол, омепразол)

Гастропепин – селективный блокатор мускариновых рецепторов париетальных клеток желудка. Его действие направлено на ингибирование агрессивных факторов, стимулирование факторов защиты, в частности улучшение кровоснабжения слизистой желудка, цитопротективное действие по отношению к повреждающим факторам, а также благоприятное влияние на образование муцина. Гастропепин назначали в дозе 50 мг/сут за 30 мин. до еды в течение 4-х недель.

Омепразол – эффективный ингибитор желудочной секреции, действующий путем угнетения H^+K^+-ATP Фазы. Обладает высокой селективностью, блокирует функцию «протонной помпы» мембран секреторных клеток, почти полностью тормозя «закачивание в просвет желудка ионов водорода». Препарат использовали в виде монотерапии по 1 капсуле, содержащей 20 мг омепразола, натошак, в течение 2-х недель. Из-за мощного ингибиторного эффекта желудочной секреции длительное использование препарата нежелательно.

Определенный интерес представляет перитол – антигистаминный препарат с антисеротониновой активностью. Применение его целесообразно по схеме (возрастающая и убывающая последовательность) от 2,0 мг в сутки до 12 мг/сут., курс лечения 3 недели. Для повышения терапевтической эффективности перитол назначали в комплексе с антацидными средствами.

Блокаторы H_2 – рецепторов гистамина из-за выраженности побочных у подростков при лечении ЯБДК использованы не были. Хотя препарат четвертого поколения этой группы (фамотидин) можно рассматривать как перспективный препарат выбора.

В качестве цитопротекторов использовали коллоидный субцитрат висмута (де-нол). Препарат эффективно воздействует на хеликобактер пилори, адсорбирует факторы агрессии. Назначали по 120 мг (1 таблетка) 2 раза в день за 30 мин. до еды и по 1 таблетке на ночь. Длительность применения в течение 1 месяца (при контрольном исследовании на наличие хеликобактера терапию продолжали в течение 3-х недель в сочетании с метронидазолом (трихопол) 0,25 мг 3 раза в день – 10 дней). При таком сочетании клиническая ремиссия достигается на второй неделе, клиникоэндоскопическая ремиссия – к 4 неделе. Это указывает на эффективность сочетаний терапии.

Отмечена положительная динамика в лечении ЯБДК у подростков при применении даларгина (синтетический аналог лейцинэнкефалина). Назначали в качестве репаратанта по 1 мг в сутки в течение 10 дней. Высокий терапевтический эффект показан при сочетании с микроволновой резонансной терапией (Л.В. Березин, 1994).

С целью воздействия на нейрогуморальную регуляцию назначали седативные препараты (валерианы, пустырника, пиона). Психотропные препараты в указанной возрастной группе назначались при наличии консультации психоневролога.

Подтвержденная ФГДС клинико-эндоскопическая ремиссия предлагала назначение препаратов из группы биогенных стимуляторов: алое по 1,0 для внутрикожного введения в течение 15 - 20 дней, метилурацила по 0,5 - 2 раза в день в течение 10 дней, а также физиотерапевтическое лечение (модулированные токи, микроволновая резонансная терапия, гипербарическая оксигенация, иглорефлексотерапия).

С целью профилактики рецидивов рекомендовалось санаторно-курортное лечение (местные санатории, курорты минеральных вод).

Своевременное выявление язвенной болезни у подростков, адекватная терапия, плановое профилактическое лечение, предотвращает развитие тяжелой рецидивирующей формы язвенной болезни, способствует достижению стойкой клинико-эндоскопической ремиссии. Сохранение ремиссии в течение 5 лет предполагает дальнейшее воздержание от профилактического лечения и позволяет считать пациента практически здоровым. Вместе с тем пациенты, перенесшие язвенную болезнь в подростковом возрасте, до передачи во взрослую сеть с диспансерного

наблюдения не снимаются и передаются при наличии полного клинического обследования с указанием на перенесенную болезнь. Вопрос о необходимости дальнейшего наблюдения решается профильным специалистом.

Библиографический список

1. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яктвенко Э.П. Хронический гастрит. - Амстердам - 1993. - 362 с.
2. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. - М. Медицина, - 1987. - 288 с.
3. Гребенева Л.С., Цветкова Л.И., Носонова и др. Новое направление в лечении язвенной болезни: специфический ингибитор H⁺ K⁺ АТФазы // В сб. Спорные, противоречивые и нерешенные вопросы в гастроэнтерологии. - Смоленск; - Москва, 1993. - С. 77-78.

ИССЛЕДОВАНИЕ СМАЧИВАЕМОСТИ ПОРОШКА ДИАЗОЛИНА С ЦЕЛЮ СОЗДАНИЯ ДЕТСКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ АНТИГИСТАМИННОГО ДЕЙСТВИЯ

Е.Т. Жиликова

В настоящее время очень увеличилось число аллергических заболеваний, особенно у детей. Это объясняется неблагоприятной экологической обстановкой, качеством пищи (наличием консервантов, красителей, стабилизаторов), широким и зачастую бесконтрольным применением лекарственных средств и другими причинами. Для лечения аллергических заболеваний применяются антигистаминные препараты, спектр которых недостаточно широк. В России выпускаются суппозитории с димедролом по 0,005; 0,01, 0,015; 0,02 г., для детей с 1 года до 3 лет, таблетки димедрола по 0,02 г., рекомендуемые детям с 6-летнего возраста, и таблетки дипразина по 0,005 г и 0,01 г. – для детей с 3 лет. Однако таблетки не являются специальной лекарственной формой для детей в отличие от сиропов, суспензий, растворов и других жидких лекарственных форм.

Лекарственные формы антигистаминного действия орального применения, предназначенные специально для педиатрической практики, отсутствуют.

Поэтому для расширения спектра антигистаминных детских лекарственных форм нами разработаны гранулы диазолина.

Диазолин (ФС 42-2054-83 3-метил-9-бензил-1, 2, 3, 4-тетрагидрокарболина нафталин-1,5-дисульфонат) оказывает антигистаминное действие и обычно хорошо переносится. Не проявляет седативного и снотворного эффекта в тех случаях, когда действие на центральную нервную систему нежелательно, что позволяет назначать его учащимся детям. Он обладает низкой смачиваемостью и практически нерастворим в воде. Следовательно наиболее подходящей жидкой лекарственной формой диазолина, специально предназначенной для детей различных возрастных групп, может являться суспензия. Однако, длительный контакт смеси вспомогательных и лекарственных веществ с жидкой фазой как правило дестабилизирует систему вследствие возможного взаимодействия веществ. Поэтому наиболее рациональной и устойчивой лекарственной формой являются гранулы для экстенпорального приготовления из них суспензии.