

пировались рефлекторно у 54,0% подростков. Вне приступа исчезал фиксированный, монотонный синусовый ритм. Улучшились параметры центральной гемодинамики, биоэлектрической активности мозга. Снижился базально высокий уровень циклонуклеотидов с нормализацией ионизированного кальция в плазме и эритроцитах. На этом фоне вегетативное обеспечение деятельности у подростков с экстрасистолической аритмией характеризовалось, в основном, небольшим снижением симпатического тонуса при некоторой активации центральных регуляторных механизмов и умеренном повышении активности парасимпатической нервной системы. Для закрепления терапевтического эффекта через 3-6 мес. курс лечения повторяли.

Наблюдение детей и подростков с НРС позволило сформировать алгоритмический подход к наблюдению и организации лечения группы пациентов с такой патологией в случаях сложной природы аритмии. При отсутствии прогнозируемого результата при немедикаментозном лечении, шаги дальнейшей последовательности лечебной тактики включают: своевременный отбор больных, показанных для применения лекарственной терапии, с подбором препарата инвазивными методами диагностики; консультация кардиохирурга и выбор кардиохирургического метода лечения на фоне неэффективности медикаментозного лечения в течение 1-1,5 мес.

Однако даже при необходимости перехода к медикаментозному лечению, немедикаментозная восстановительная терапия позволяет сделать перерыв в применении препаратов, временно исключив, или ослабив их фоновое неблагоприятное действие. Предложенные методы и разработанные методики используются, до настоящего времени, в клинике центра здоровья детей, детском кардиологическом санатории. Получено авторское свидетельство (патент), подтверждающее их медико-социальную эффективность.

Список литературы

1. Балькова Л.А., Балашов В.П., Маркелова И.А., Альмяшева М.И. Препараты метаболического типа действия в лечении аритмий сердца. Саранск: Референт, 2007, 134 с.
2. Вишняков Н.И., Юрков И.В., Стожаров В.В. Аспекты развития физиотерапевтической службы (Материалы научно-практической конференции «Реформа здравоохранения на региональном уровне»). Москва, 2000, с.125-127.
3. Fazio G., Visconti C., D'Angelo L. Pharmacological therapy in children with atrial fibrillation and atrial flutter. *Curr. Pharm.Des.*, 2008, Vol.48 (8), p.770-775.
4. Hoyer A. W., Balaji S. The safety and efficacy of ibutilide in children and in patient with congenital heart disease. *Pacing Clin. Electrophysiol.*, 2007, Vol. 30 (8), p. 1003-1008.
5. Makarov L., Balykova L., Soldatova O. The antiarrhythmic properties of quifenadine, H 1-histamine receptor blocker in children with premature beats: a randomized controlled Pilot Trial. *American Journal of Therapeutics*, 2010, Vol. 17, p.396-401.
6. Reiffel J., Mc Donald A. Antiarrhythmic effects of omega-3 fatty acids. *Am.J.Cardiol.*, 2006, Vol. 98 (suppl.), p. 50i-60i.

МАГНИТОТЕРАПИЯ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ (ГЭРБ)

¹Креймер В.Д., ²Баулин А.А., ²Баулина О.А.,
²Баулин В.А., ²Стародубцев В.А., ²Сигаева Н.С.,
²Акжигитова А.А., ³Баулина Е.А.,
²Стешкина И.В.

¹ООО «Медицина», Москва,
e-mail: kreymervd@medicina.ru;

²ГБОУ ДПО «Пензенский институт
совершенствования врачей» Минздрава России,
Пенза, e-mail: giuv@sura.ru;

³ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России», Москва,
e-mail: rektorat@mma.ru

Проведено проспективное мультицентровое когортное параллельное исследование. В исследование было включено 970 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в том числе с эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки нижней трети пищевода. У 136 пациентов (группа наблюдения) в качестве комплексной терапии применен метод магнитотерапии на область нижнего пищеводного сфинктера методом сфокусированного магнитного поля. 834 больным (группа сравнения) было рекомендовано лечение по стандартным методикам (Маастрихт-III, IV). В качестве контроля эффективности лечения применяли эзофагоскопию с NBI- и FICE- методами визуализации, с морфологической оценкой биопсийного материала из нижней трети пищевода. В основной группе отмечено уменьшение желудочно-пищеводного рефлюкса, воспалительно-деструктивных изменений слизистой пищевода и сокращение сроков лечения больных. Магнитотерапия как метод физиотерапевтического лечения оказывает стимулирующее воздействие на нижний пищеводный сфинктер, повышая его сократимость, и рекомендуется в комплексном лечении пациентов, которым не показана антирефлюксная операция.

Выводы:

1. При отсутствии показаний к оперативному лечению у пациентов с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом целесообразно проводить курсы магнитотерапии в комплексе с консервативным лечением.

2. Применение магнитотерапии в комплексном лечении больных с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом является перспективным методом, повышающим эффективность антирефлюксного лечения.

2. Применение магнитотерапии у больных с ГЭРБ с рефлюкс-эзофагитом способствует уменьшению воспалительных изменений в слизистой оболочке нижних сегментов пищевода и повышению сократительной способности НПС.