

Н.В. ДРАГОМИРЕЦКАЯ, А.Н. ИЖА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ ОДЕССКАЯ № 2 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Обследовано в динамике 59 пациентов с хроническим атрофическим гастритом, ассоциированным с инфекцией Helicobacter pylori, доказана эффективность применения базисного комплекса лечения и процедур магнитолазеротерапии по данным клинических и инструментальных исследований

ВВЕДЕНИЕ

Хронический гастрит – ХГ (gastritis chronica) является самым распространенным заболеванием желудочно-кишечного тракта: 25-35% населения индустриально развитых и развивающихся стран страдают данной патологией, а среди заболеваний желудка на долю ХГ приходится до 85 % всех случаев. Это, по мнению В.Х. Василенко, объясняется тем, что желудок является «передним краем, который принимает на себя «первый удар» химических, механических и термических воздействий различного рода пищи, что оправдывает его образное определение как «великого страдальца» [1]. При хроническом гастрите наблюдаются функциональные и структурные изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ) разной степени тяжести, от незначительной воспалительной инфильтрации в границах желудочных валиков на начальном этапе развития поверхностного гастрита, до грубых фиброзных процессов в зонах расположения поврежденных желез, что наблюдается при хроническом гастрите с атрофией [2]. Именно атрофия, как проявление патологической регенерации, способствует развитию кишечной метаплазии и дисплазии эпителиальных клеток СОЖ, а впоследствии – аденокарциномы желудка. Именно поэтому хронический атрофический гастрит (ХАГ) занимает особое место в структуре гастроэнтерологической патологии в связи с высоким риском развития рака желудка [3,4,5].

Полиэтиологичность ХАГ, особенности патогенеза, разнообразие клинических проявлений, вовлечение в патологический процесс желчного пузыря, печени, поджелудочной железы, кишечника, недостаточный арсенал современных препаратов и необходимость их длительного применения создает значительные трудности при лечении данной патологии. Одним из основополагающих моментов патогенетического подхода к лечению больных ХАГ является повышение кислотообразующей функции желудка, влияние на регенераторные способности СОЖ, поскольку только в условиях нормального функционирования париетальной клетки возможно восстановление процессов клеточной регенерации в СОЖ. Поэтому считаем необходимым разработку новых подходов к лечению больных ХАГ на основе применения природных и преформированных факторов. Среди природных лечебных факторов нами была выбрана маломинерализованная хлоридно-натриевая минеральная вода Одесская №2, которая обладает противовоспалительным, регенерирующим, трофическим, иммунокорректирующим эффектами. Среди преформированных физических факторов заслуживает внимания магнитолазерная терапия, которая обладает противовоспалительным, анальгезирующим, репаративным и рефлексогенным действиями, что по нашему мнению будет потенцировать терапевтические эффекты минеральной воды при совместном применении.

В связи с этим **целью нашей работы** явилось повышение эффективности лечения больных хроническим атрофическим гастритом на основе применения магнитолазерной терапии и минеральной воды Одесская №2 на санаторно-курортном этапе лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На базе Одесского клинического санатория им. Горького обследовано в динамике 59 пациентов с ХАГ, ассоциированным с инфекцией Helicobacter pylori (HP). Среди обследованных были 38 мужчин и 21 женщина в возрасте от 24 до 68 лет. Длительность заболевания более чем у половины пациентов составила от 5 до 10 лет.

Диагноз ХАГ верифицировали на основе комплексного обследования, которое включало изучение анамнеза, степени выраженности клинических проявлений заболевания, результатов эндоскопических и морфологических исследований, показателей компьютерной рН-метрии желудка.

Морфо-функциональное состояние эзофагогастродуоденальной зоны (ЭГДЗ) изучали по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС), которую проводили по общепринятой методике с использованием фиброгастродуоденоскопов «Olympus» (Япония). Во время эндоскопического исследования оценивали анатомо-функциональные особенности ЭГДЗ, состояние слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с последующим взятием биоптатов согласно международной модифицированной Сиднейской системе – по 2 биоптата из тела и антрального отдела желудка и 1 биоптат из области угла желудка. Наличие НР исследовали при помощи мазков-отпечатков, окрашенных по Романовскому-Гимзе либо уреазным хелик-тестом.

Кислотообразующую функцию желудка определяли по результатам компьютерной рН-метрии (экспресс-методика Чернобрового В.Н.).

В ходе данного исследования больные были распределены на 2 группы - контрольную и основную, которым были предложены следующие лечебные комплексы: I – комплекс (контрольная группа 24 пациента) – базисный комплекс лечения, который включал дифференцированный двигательный режим, лечебное питание (диета № 1, дробная), внутренний прием маломинерализованной хлоридно-натриевой минеральной воды Одесская №2 по 150-200 мл на один прием, 3 раза в день, за 20-30 мин до еды, кислородные ванны (температурный режим- 36-37°C, экспозиция – 15 мин, через день №10)

II комплекс (основная группа – 35 пациентов) – дополнительно к базисному комплексу больным назначали магнитолазеротерапию. Процедуры проводили при помощи аппарата «Рикта» по локальной методике на следующие зоны: эпигастрий, пупок, середина расстояния между мечевидным отростком и пупком, правое подреберье, левое подреберье и по сканирующей методике – справа и слева от остистых отростков позвоночного столба на уровне Т₄-Т₁₀, использовали импульсный режим генерации с частотой 1000 Гц, импульсная мощность лазерного инфракрасного излучения составляла 4 Вт при магнитной индукции 35 мТл, экспозиция – 20 минут, ежедневно на курс 10 процедур.

Все пациенты в течение первой недели санаторно-курортного лечения получали стандартную антихеликобактерную терапию первой линии (Маастрихт-3): пантапрозол 40 мг два раза в день, амоксициллин 1000 мг два раза в день, кларитромицин 500 мг два раза в день.

Продолжительность санаторно-курортного лечения составила 21 день.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении на санаторно-курортный этап лечения у обследованных больных преобладали жалобы диспепсического характера, так большинство пациентов отмечали тяжесть в околопупочной области, возникающую после приема пищи – 67,79%, метеоризм – 57,62%, чувство тошноты – 52,54%, отрыжки воздухом – 40,67% обследованных.

Наиболее характерными проявлениями болевого синдрома были жалобы больных на боль в эпигастриальной области, которая возникала преимущественно после еды – 57,62% пациентов и на боли в области правого и левого подреберий – 33,89% и 16,94% обследованных соответственно.

У 40,67% пациентов определялись проявления астено-вегетативного синдрома, такие как общая слабость, повышенная утомляемость.

Среди нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника у больных преобладали жалобы на склонность к послаблению стула – 62,71% и реже на запоры – 37,28 % обследованных.

При объективном обследовании у большинства больных определялась болезненность при пальпации пилородуоденальной области (62,71% случаев), реже в левом (33,89%) и правом (16,94%) подреберьях. Позитивный симптом Ортнера определялся у 28,57% обследованных с сопутствующим некалькулезным холециститом. Болезненность при пальпации отделов толстой кишки была обнаружена у 22,03 % пациентов с сопутствующим хроническим колитом.

По данным ЭГДС, до начала лечения у всех пациентов определялась следующая картина: СОЖ была истончена, бледного цвета с сероватым оттенком, у 52,54% больных определялась выраженная гиперемия СОЖ, а у 47,45% обследованных гиперемия СОЖ была умеренной степени, у 91,52 % пациентов определялась отечность СОЖ. У 44,06% обследованных были диагностированы признаки дуоденита умеренной степени выраженности. Достаточно часто

регистрировали моторно-эвакуаторные нарушения желудочно-кишечного тракта в виде дуоденогастрального рефлюкса (37,28% больных) и гастроэзофагеального рефлюкса (23,72% больных).

Для морфологического исследования биоптатов СОЖ использовали визуально-аналоговую шкалу согласно требованиям Сиднейской классификации. Вначале определяли степень контаминации СОЖ инфекцией НР, так в начале лечения хеликобактериоз разной степени выраженности определялся у всех обследованных. При дальнейшем гистологическом исследовании биоптатов СОЖ у всех пациентов определялась инфильтрация СОЖ лимфоцитами и плазмочитами, при этом у 47,45% больных воспалительная инфильтрация захватывала глубину собственной пластинки СОЖ на уровне желудочных ямок, средних и верхних отделов желудочных желез, что соответствовало признакам второй стадии воспалительной активности по параметрам визуально-аналоговой шкалы. У более, чем половины пациентов (57,62%) воспалительная инфильтрация охватывала не только глубину собственной пластинки и желез СОЖ, а и мышечную пластинку, что соответствовало гистологическим признакам третьей стадии воспалительной активности. Следует отметить, что на фоне диффузной лимфоцитарно-плазмочитарной инфильтрации определяли уменьшение количества желез (более 50% поля зрения микроскопа), очаговые разрастания фиброзной ткани, наличие элементов «структурной перестройки» СОЖ по типу тонко- или толстокишечной метаплазии.

Изучение кислотообразующей функции желудка в начале лечения определило гипоацидные значения рН у всех обследованных. Так, у 71,18% больных была зарегистрирована умеренная гипоацидность (средний показатель – $(2,76 \pm 0,33)$ ед. рН, а у 28,81% обследованных – выраженная гипоацидность (средний показатель – $(5,57 \pm 0,29)$ ед. рН).

После санаторно-курортного лечения у большинства пациентов улучшилось общее самочувствие, выраженность болевого, диспепсического и астенического синдромов, была отмечена позитивная динамика эндоскопического и морфологического состояния гастродуоденальной системы, показателей интрагастральной рН. Однако, проведенный сравнительный анализ эффективности предложенных комплексов курортной терапии больных ХАГ, ассоциированным с НР обозначил существенные различия между ними.

Положительная динамика относительно ликвидации субъективных и объективных признаков болевого абдоминального синдрома отмечена у всех больных к концу лечения. Сравнительный анализ эффективности проведенного лечения между двумя группами выявил статистически достоверное преимущество ($p < 0,05$) у больных, получавших II лечебный комплекс.

В результате проведенного лечения у больных с ХАГ как контрольной так и основной групп статистически достоверно уменьшились проявления диспепсического синдрома. Сравнительный анализ эффективности выявил статистически достоверное ($p < 0,05$) преимущество II лечебного комплекса, что характеризовалось ликвидацией либо значительным уменьшением таких диспепсических нарушений, как тошнота, вздутие живота, чувства тяжести в околопупочной области у подавляющего большинства пациентов, получавших дополнительно к базисному комплексу лечения процедуры МЛТ.

Аналогичной была динамика относительно уменьшения проявлений астено-вегетативного синдрома, подтверждающая достоверное преимущество II лечебного комплекса.

Анализ эндоскопических данных через месяц после лечения определил достоверное преимущество II лечебного комплекса, что проявлялось достоверной ликвидацией отека (р<0,03), гиперемии СОЖ (р<0,05), моторно-эвакуаторных нарушений (р<0,05) у пациентов основной группы, в отличие от больных контрольной группы.

При морфологическом исследовании, проведенном через месяц, была установлена достоверная ликвидация либо значительное уменьшение (р<0,05) проявлений лимфо-плазмочитарной инфильтрации СОЖ у больных основной группы, в отличие от пациентов контрольной группы (р>0,05).

Гистологическое исследование биоптатов СОЖ, выполненное через 3 месяца после проведенного лечения определило достоверные уменьшения атрофических изменений СОЖ в виде уменьшения явлений кишечной метаплазии и дисплазии от 2 к 1 степени у пациентов основной группы, получавших процедуры магнитолазерной терапии в базисном комплексе лечения.

По данным морфологического исследования биоптатов СОЖ и данных уреазного хелик теста, после лечения получены статистически достоверные изменения относительно эрадикации инфекции НР у больных контрольной и основной групп. Сравнительный анализ эффективности проведенной терапии между двумя группами показал достоверное преимущество пациентов

основной группы. Так, под влиянием II лечебного комплекса эрадикации удалось достичь у 85,71% больных основной группы, в контрольной группе эрадикация была отмечена у 62,50 % пациентов. Следует обратить внимание на то, что по данным мировой литературы применение стандартной антихеликобактерной терапии в течение недели у больных с ХАГ приводит к эрадикации НР у 55% больных, поэтому можно сделать вывод, что добавление природных и преформированных факторов к стандартной антихеликобактерной терапии способствует повышению эрадикационного эффекта за счет восстановления регенераторной способности СОЖ.

Проведенное лечение способствовало достоверной нормализации кислотообразующей функции желудка у пациентов и контрольной и основной групп. Вместе с тем, проведенный сравнительный анализ эффективности между двумя группами определил достоверное преимущество II лечебного комплекса.

ВЫВОДЫ

1. Применение базисного комплекса лечения у больных хроническим атрофическим гастритом способствовало достоверному уменьшению проявлений диспепсического синдрома, нормализации кислотообразующей функции желудка, эрадикации НР у 62,50 % обследованных. Однако данный лечебный комплекс не способствовал достоверному уменьшению проявлений болевого абдоминального синдрома, воспалительных и атрофических изменений в СОЖ (по данным эндоскопических и морфологических исследований). Суммарный позитивный терапевтический эффект при применении базисного комплекса лечения составил 62,50 %.

2. Включение процедур магнитолазеротерапии в базисный комплекс лечения больных хроническим атрофическим гастритом на санаторно-курортном этапе приводит к достоверному уменьшению всех клинических симптомов заболевания, нормализации кислотообразующей функции желудка, эрадикации НР у 85,71 % обследованных, достоверному уменьшению воспалительных и атрофических изменений в СОЖ (по данным эндоскопических и морфологических исследований). Суммарный позитивный терапевтический эффект при включении процедур магнитолазеротерапии в базисный комплекс лечения составил 94,28%.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы. — М.: ГЭТАР — Медиа, 2009. — 416 с.
- 2.Кашин С. В., Надежин А. С., Иваников И. О. Атрофия, метаплазия, дисплазия — факторы риска развития рака желудка: обратимы ли эти изменения слизистой оболочки ки? // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2006. — № 2. — С. 12—14.
- 3.Бабак О. Я., Протас Ю.В. Хронический атрофический гастрит — точка отсчета начала канцерогнеза // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — № 5 (25). — С. 9—14.
- 4.Kapadia CR Gastric atrophy, metaplasia and dysplasia: a clinical perspective/ CR Kapadia // J Clin Gastroenterol. — 2003. — № 5. — С. 29 — 36.
- 5.El-Zimaity HM Gastric atrophy, diagnosing / El-Zimaity // World J Gastroenterol. — 2006. — №12. —С. 57—62.
- 6.Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учебное пособие / Н. Е. Чернеховская, В. Г. Андреев, Д. П. Черепянец, А. В. Павляев. — М. : МЕДпресс-информ, 2006. — 192 с.

N.V. DRAGOMIRETSKAYA, A.N. IZHA

EFFECTIVENESS OF USING OF MAGNETICLASERTHERAPY AND MINERAL WATER ODESSKAYA № 2 IN PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS ON SANATORIUM STAGE OF TREATMENT

Examined the dynamics of 59 patients with chronic atrophic gastritis associated with infection of *Helicobacter pylori*, proved the effectiveness of a basic set of treatments and procedures magnitolazeroterapii based on clinical and instrumental examinations

Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии, г. Одесса

Дата поступления 30.05.2010 р.