

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Белова С.В.¹, Топоркова Л.А.¹, Мусаелян Н.Б.¹, Таджикулиева Т.М.¹

1. ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет».

Ульяновск, Россия (432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42) e-mail: belovansv@yandex.ru

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с хирургической патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны с наличием эрозивных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки путем применения магнито-инфракрасно-лазерной терапии.

Под нашим наблюдением с 2008 по 2013 год находилось 140 больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости и сопутствующими эрозивными поражениями слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст пациентов составил от 18 до 50 лет. Эрозивные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки сочетаются в 57,1 % с желчнокаменной болезнью, в 30,7 % – с острым панкреатитом. У 12,2 % пациентов выявляются эрозивно-язвенные гастродуоденальные кровотечения. В до- и послеоперационных периодах применялась магнито-инфракрасно-лазерная терапия. Применение магнито-инфракрасно-лазерной терапии у больных с хирургической патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны в сочетании с эрозивными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки позволило: облегчить течение послеоперационного периода путем нормализации моторики гастродуоденальной зоны; добиться более раннего улучшения клинических показателей (на 2,5 суток) и инструментальных показателей (на 4 суток).

Ключевые слова: эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, магнитот-инфракрасно-лазерная терапия.

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF GASTRIC EROSIIVE AND DUODENAL WITH CONCOMITANT DISEASES HEPATOPANCREATODUODENECTOMY ZONE

Belova S.V.¹, Toporkova L.A.¹, Musayelyan N.B.¹, Tagakuljele T.M.¹

¹ FGBOU VPO "Ulyanovsk State University.", Ulyanovsk, Russia (432000 Ulyanovsk, street Tolstoy, 42) e-mail: belovansv@yandex.ru

Objective: to improve patient outcomes surgical pathology hepatopancreatoduodenal zone with the presence of erosive lesions of the mucous membrane of the stomach and duodenum through the use of magneto- infrared laser therapy.

We observed from 2008 to 2013 were 140 patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity and associated erosive lesions of the gastric mucosa and duodenal ulcers . The age of patients ranged from 18 to 50 years. Erosive lesions of the gastric mucosa and duodenal ulcer in 57.1% combined with cholelithiasis in 30.7% - with acute pancreatitis . In 12.2 % of patients revealed erosive and ulcerative gastroduodenal bleeding. In the pre- and postoperative used magneto- infrared laser therapy . Application of magneto- infrared laser therapy in patients with surgical pathology hepatopancreatoduodenal zone combined with erosive lesions of the stomach and duodenum allowed : relieve postoperative period through normalization of gastroduodenal motility ; achieve earlier improvement of clinical parameters (2.5 days) and instrumental indicators (4 days).

Keywords: erosion of the stomach and duodenum, magnito-infrared laser therapy.

Введение

Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимают важное место среди заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, уступая по частоте лишь язвенной болезни [1, 2]. В настоящее время считается, что именно эрозивно-геморрагические изменения слизистой оболочки являются второй по частоте причиной желудочно-кишечных кровотечений после дуоденальных язв [3, 4, 5].

Недостаточная эффективность медикаментозной терапии, наличие нежелательных эффектов лекарственных препаратов обуславливают необходимость использования для лечения больных эрозиями гастродуоденальной зоны различных немедикаментозных методов воздействия.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с хирургической патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны с наличием эрозивных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки путем применения магнито-инфракрасно-лазерной терапии.

Материал и методы

Исследования проводились на клинической базе кафедры госпитальной хирургии медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова Ульяновского государственного университета. Под нашим наблюдением с 2008 по 2013 год находилось 140 больных обоего пола с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости и сопутствующими эрозивными поражениями слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст пациентов составил от 18 до 50 лет. У 80 пациентов (57,1 %) с эрозивными поражениями слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки был диагностирован острый калькулезный холецистит, у 43 пациентов (30,7 %) – острый панкреатит. Семнадцать пациентов (12,2 %) были госпитализированы с диагнозом эрозивно-язвенное гастродуоденальное кровотечение, в 12 случаях причиной которого являлась язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а в 5 случаях – эрозии гастродуоденальной слизистой оболочки. Острые эрозии гастродуоденальной слизистой были диагностированы у 67 пациентов, хронические – у 73 пациентов.

Пациенты были разделены на две группы, однородные по возрасту, полу и характеру изменений в гастродуоденальной области: в 1-ю вошло 67 пациентов с острыми эрозиями гастродуоденальной слизистой, во 2-ю – 73 больных с хроническими эрозиями. Курс магнито-инфракрасно-лазерной терапии в комплексной схеме лечения был проведен 34 пациентам с острыми и 37 – с хроническими эрозиями. Группу сравнения составили 33 пациента с острыми эрозиями и 36 пациентов – с хроническими эрозиями, получавших только лекарственную терапию.

Для проведения магнито-инфракрасно-лазерной терапии использовался аппарат квантовой терапии «РИКТА-01» М 2. Аппарат имеет сертификат соответствия Госстандарта России № РОСС^{RU} ИМ 02.ВО4284 и Сертификат соответствия Европейского Сообщества № 47/455298.

Лазерный терминал при эрозиях желудка устанавливался: первая точка – 4-е межреберье слева у края грудины, зона абсолютной сердечной тупости, с целью улучшения

коронарного кровообращения, стимуляции обменных и энергетических процессов в сердечной мышце, транскутанное облучение крови, частота 5 Гц, экспозиция 5 минут; вторая точка – эпигастрий, третья, четвертая и пятая точки – это, соответственно, середина левого подреберья, левое подреберье по передней подмышечной линии, середина между мечевидным отростком грудины и пупком частота 1000 Гц, экспозиция по 2 мин на каждую точку, шестая – сканирующее воздействие справа и слева вдоль позвоночника от линии углов лопаток до начала поясничного отдела, с целью чрескожного рефлексогенного воздействия на симпатическую нервную систему, частота 1000 Гц, экспозиция по 2 минуты с каждой стороны.

При эрозиях ДПК: первая точка – 4-е межреберье слева у края грудины, зона абсолютной сердечной тупости, с целью улучшения коронарного кровообращения, стимуляции обменных и энергетических процессов в сердечной мышце, транскутанное облучение крови, частота 5 Гц, экспозиция 5 минут; вторая точка – эпигастрий, третья, четвертая, пятая и шестая точки, соответственно: пупок, середина между мечевидным отростком грудины и пупком, правое подреберье, левое подреберье частота 1000 Гц, экспозиция по 2 мин на каждую точку, шестая – сканирующее воздействие справа и слева вдоль позвоночника от середины лопаток до начала поясничного отдела, с целью чрескожного рефлексогенного воздействия на симпатическую нервную систему, частота 1000 Гц, экспозиция по 2 минуты с каждой стороны. Пациентам проводилось по 10 сеансов магнито-инфракрасно-лазерной терапии.

При статистической обработке данных для каждой выборки проверяли гипотезу о нормальности распределения. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 6.0 for Windows и лицензированной программы Biostat.

Результаты и обсуждение

Анализ клинических данных и эндоскопической картины позволил сделать вывод о том, что применение магнито-инфракрасно-лазерной терапии в комплексном лечении больных острыми и хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны и хирургической патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны позволяет достигнуть у подавляющего большинства пациентов в более короткие сроки полной ликвидации болевого, диспепсического синдромов и клинико-эндоскопического заживления эрозивного дефекта, чем при медикаментозном лечении данного контингента больных ($p < 0,05$).

При проведении МИЛ-терапии был отмечен быстрый анальгезирующий эффект. У больных с острыми эрозиями гастродуоденальной зоны полное исчезновение болевого и диспепсического синдромов отмечалось после 3–4 сеансов, в среднем через $3,24 \pm 0,16$ суток (рис. 1).

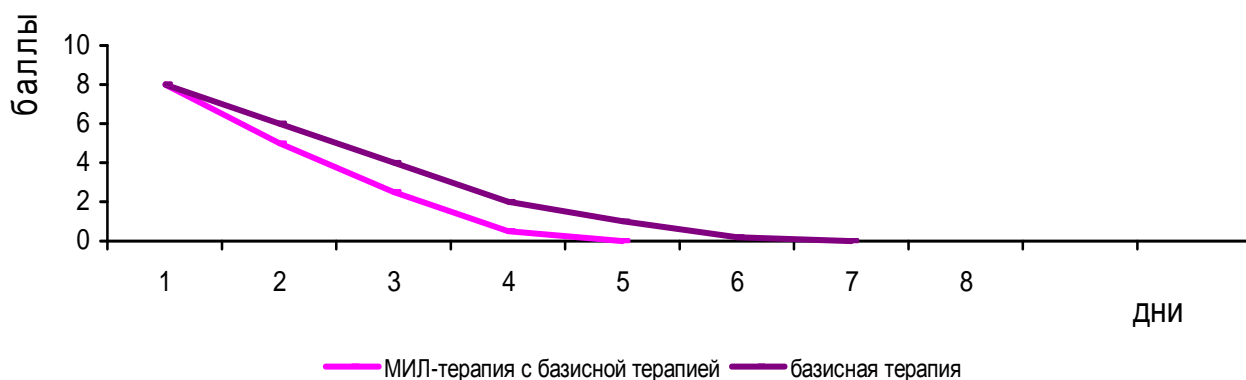


Рис. 1. Динамика купирования болевого синдрома у пациентов с острыми эрозиями гастродуоденальной зоны

У пациентов с острыми эрозиями гастродуоденальной зоны, получавших только медикаментозное лечение, клиническая ремиссия наступала через 3–7 суток, в среднем – через $5,64 \pm 0,44$ суток, что достоверно дольше, чем в группе больных, получавших МИЛ-терапию (OR-2,78; 95 % ДИ, 0,97-7,88; $z=1,92$; $p=0,05$).

У всех больных с хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны на фоне МИЛ-терапии купирование болевого синдрома и уменьшение диспепсических расстройств наблюдались в сроки от 2 до 6 суток (в среднем $4,84 \pm 0,37$). После 5 сеансов клиническая ремиссия достигалась у 76 % пациентов.

При медикаментозном лечении больных хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны длительность болевого синдрома варьировала от 3 до 12 суток (в среднем $7,36 \pm 0,56$), что достоверно дольше, чем в группе больных, где использовалась лазеротерапия (OR-8,1; 95 % ДИ, 2,84-23,07; $z=3,917$; $p=0,001$) (рис. 2).

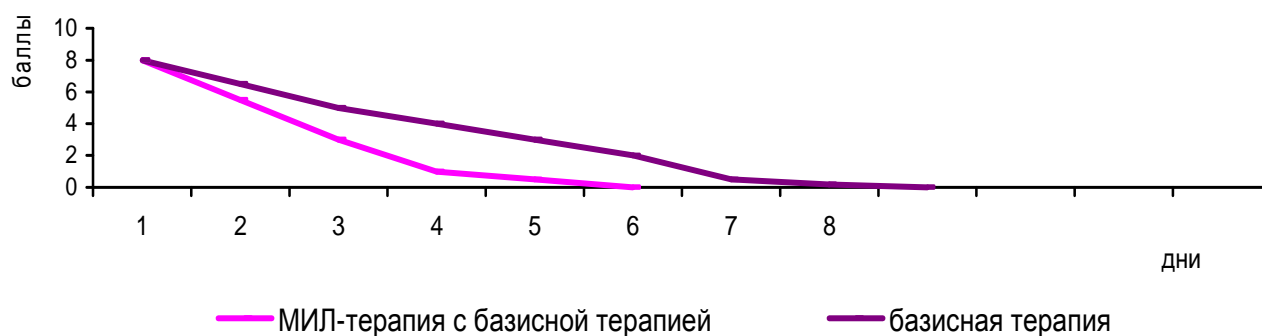


Рис. 2. Динамика купирования болевого синдрома у пациентов с хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны

Применение магнито-инфракрасно-лазерной терапии оказывало нормализующее воздействие на моторику гастродуоденальной области. Так, у больных как острыми, так и хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны, которым была проведена МИЛ-терапия, достоверно уменьшалась частота дуоденогастрального рефлюкса по сравнению с показателями до лечения и в группах больных, получавших только лекарственную терапию

($p < 0,05$) (рис. 3).

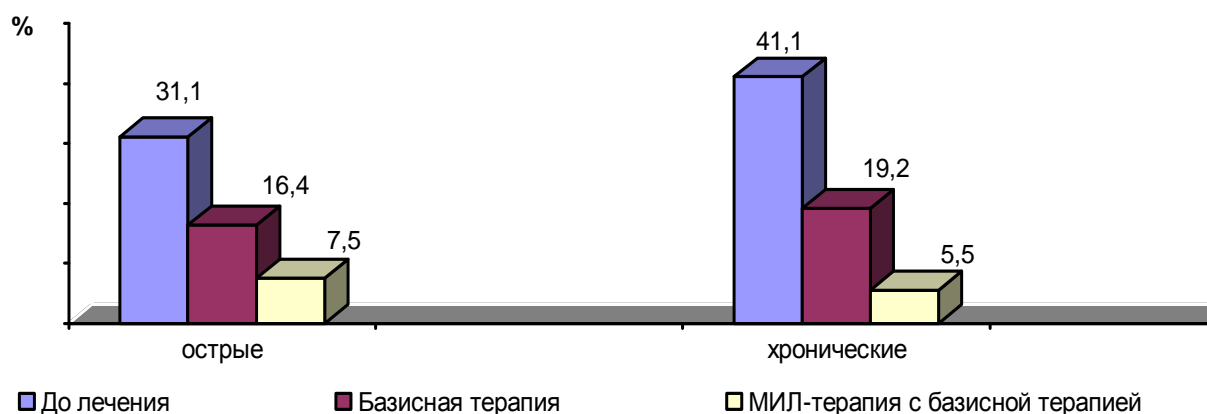


Рис. 3. Динамика купирования дуоденогастрального рефлюкса у больных с эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны в ходе лечения

Обращает на себя внимание тот факт, что среди пациентов с хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны, получавших МИЛ-терапию обсеменение слизистой желудка *H. pylori* выявляется в 8,1 % ($n=3$). В группе пациентов с хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны, получавших только медикаментозную терапию, обсеменение слизистой желудка *H. pylori* отмечено в 36 % случаев ($n=13$).

В результате проведенного лечения больных с острыми эрозиями желудка двумя антибактериальными средствами и МИЛ-терапией эрадикация была достигнута у 90 % ($n=31$), тогда как при медикаментозном лечении эрадикация *Helicobacter pylori* в антральном отделе желудка наблюдалась в 72 % случаев ($n=24$).

Эпителизация острых эрозий у больных, получавших только лекарственную терапию, наступала через 13–22 суток, в среднем – $16,52 \pm 1,44$ суток, в то время как применение магнито-инфракрасно-лазерной терапии достоверно сокращало сроки заживления эрозивного дефекта. Так, эпителизация эрозивного дефекта при использовании МИЛ-терапии происходила через 9–14 суток ($12,48 \pm 0,67$ суток) (OR-8,61; 95 % ДИ, 2,19-33,85; $z=3,08$; $p=0,002$) (рис. 4).

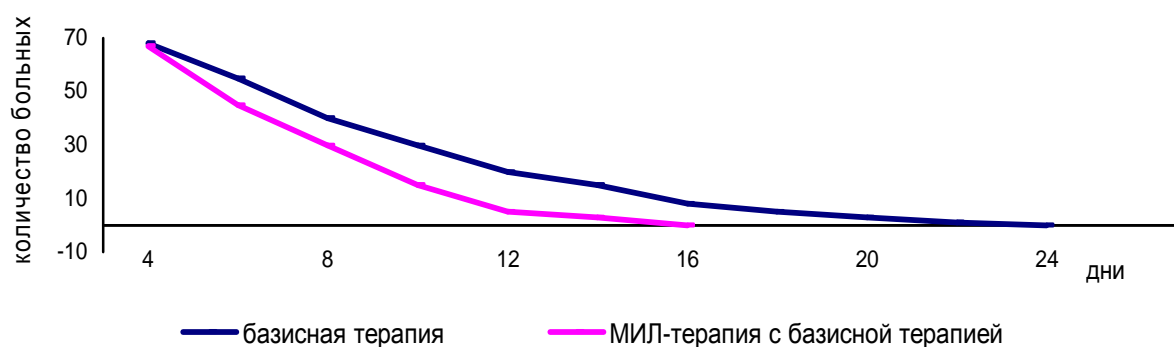


Рис. 4. Сроки эпителизации слизистой оболочки желудка и ДПК у больных с острыми

эрозиями гастродуоденальной зоны

При медикаментозном лечении пациентов с хроническими эрозиями эпителизация происходила, достоверно в более продолжительные сроки – от 18 до 42 суток, в среднем – $27,56 \pm 2,18$ суток (OR-4,17; 95 % ДИ, 1,19-14,59; $z=2,23$; $p=0,002$) (рис. 5).

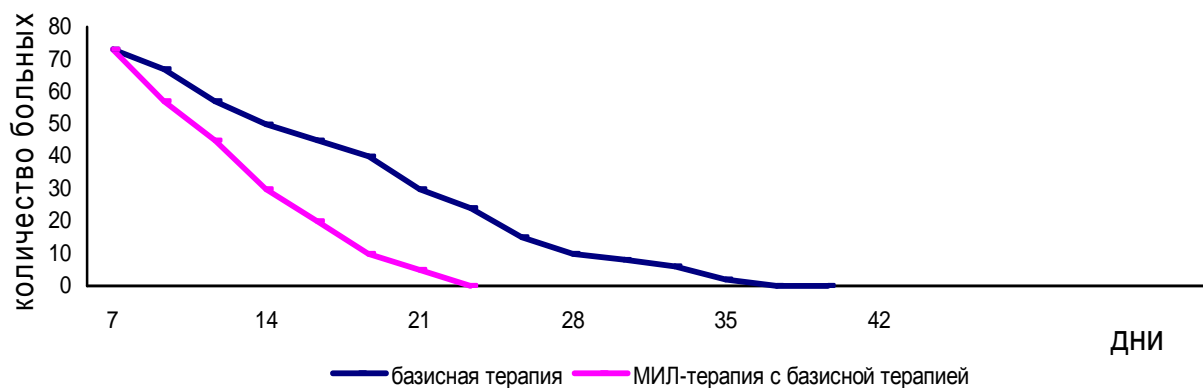


Рис. 5. Сроки эпителизации слизистой оболочки желудка и ДПК у больных с хроническими эрозиями гастродуоденальной зоны

Клинико-эндоскопическая ремиссия хронических эрозий у больных, которым проводилось медикаментозное лечение в сочетании с МИЛ-терапией, наблюдалась в течение от 15 до 24 суток, что составило в среднем $19,76 \pm 0,86$ суток.

Заключение

Таким образом, анализ результатов собственных исследований показал, что выраженный терапевтический эффект МИЛ-терапии базируется на нивелировании основных патогенетических звеньев эрозий желудка: нормализация моторно-эвакуаторной функции, уменьшение активности гастрита, уменьшение бактериальной экспансии *Helicobacter pylori* в антральном отделе желудка. Вышеперечисленные факторы обуславливают сокращение сроков наступления клинической ремиссии и заживления эрозивного дефекта.

Список литературы

1. Белова С.В. Оптимизация лечения эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с хирургической патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны: дис. ... канд. мед. наук. – Ульяновск, 2010. – 24 с.
2. Вейн А.М. Идеи нервизма в гастроэнтерологии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 3. – С. 76-79.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Руководство для врачей. – М., 2008. – 380 с.

4. Евсеев М.А. Нестероидные противовоспалительные препараты и пищеварительный тракт. – М., 2008. – 194 с.
5. Исаев Г.Б. Роль *Helicobacter pylori* в клинике язвенной болезни // Хирургия. – 2004. – № 4. – С. 64-66.

Рецензенты:

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Смолькина А.В., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии, анестезиологии, реаниматологии, урологии, травматологии, ортопедии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.