

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ***Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

За последние годы в связи со стремительным развитием клинической иммунологии значительно расширились представления о патогенезе заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые часто возникают на фоне разбалансировки системы иммунитета и развития иммунопатологических реакций (Мулеса П.М. с соавт., 1975; Григорьев П.Я. с соавт., 1997; Ковалева Н.Б. с соавт., 2002; Дронова О.Б. с соавт., 2006).

Причины развития иммунологической недостаточности многочисленные, однако при заболеваниях органов пищеварения немаловажную роль играют условно-патогенные микроорганизмы, грибки и вирусы. Поэтому при лечении болезней органов пищеварительного тракта, как правило, необходимо учитывать их влияние на иммунную систему и одновременно с соответствующими фармакологическими препаратами назначать средства, повышающие иммунный статус организма (Исаев Г.Б., 2004; Хаджибаев А.М. с соавт., 2006).

Учитывая изложенное, для повышения эффективности антибактериальных средств, предупреждения рецидивов заболевания, снижения частоты осложнений и риска возникновения метаплазии тканей лечение больных необходимо начинать с коррекции иммунного ответа, и лишь после этого назначать антибактериальные и противоязвенные препараты, в том числе антибиотики, которые часто усугубляют уже имеющуюся иммунологическую недостаточность (Дронова О.Б. с соавт., 2006).

Обследовано 172 больных: 62 — с хроническим антральным гастритом (ХАГ), 45 — с диффузным гастритом (ДГ) и 65 — с язвенной болезнью (ЯБ).

Всем больным проведена гастроскопия с биопсией для определения хеликобактерий и изучения морфологических изменений. Одновременно оценивали секреторную функцию желудка с использованием растворов конго красного и метиленового синего. При этом при окрашивании 0,3% водным раствором конго красного через эндоскоп участки слизистой оболочки желудка, не синтезирующие НС1, остаются интактными (негативная реакция), при сохранной НС1-индуцирующей способности (рН = 2,0 – 5,0) цвет окраски быстро изменяется (позитивная реакция).

Для определения НР в биоптатах желудка использовали ферментативный экспресс-метод, разработанный П.Я. Григорьевым с соавт. (1997). Результаты исследования учитывали через 24 ч по шкале «+»: НР<sup>+++</sup> — результат положительный от 0 до 30 мин от момента помещения биоптата в среду; НР<sup>++</sup> — результат положительный от 30 мин до 3 ч; НР<sup>+</sup> — результат положительный от 3 до 24 ч, НР — если в течение всего инкубационного периода не происходит ферментативное разложение мочевины (Далидович К.К., 1990; Ковалева Н.Б. с соавт., 2002).

Для постановки диагноза ЯБ исходили из данных гастродуоденоскопии, при этом определяли степень активности воспаления слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Использовали классификацию П.Я. Григорьева и Э.П. Яковенко, по которой активность воспалительного процесса имеет 3 степени: I степень — **выявляется неравномерная отечность слизистой оболочки** с участками гиперемии в виде пятен; II степень — слизистая оболочка на большом протяжении отечная, резко гиперемированная, с участками подслизистых излияний, подслизистая рыхлая, ранимая и кровоточит; III степень — **наряду с описанными изменениями выявляются эрозии, часто множественные** (Кильдера Суарес Э.Х., 2002)].

При проведении эндоскопических исследований, когда возникали подозрения на злокачественные язвы желудка, проводили множественную прицельную гастробиопсию с последующим гистологическим анализом биоптатов.

При язвенной болезни лечение проводили с учетом наличия хеликобактерий. Использовали следующие лекарственные средства: де-нол (по 1 таблетке 4 раза в день в течение 4 – 8 нед), оксациллин (0,5 г 4 раза в день в течение 10 дней), трихопол (0,5 г 4 раза в день в течение 10 дней), тетрациклин (0,5 г 4 раза в день в течение 10 дней). В зависимости от симптомокомплекса назначали также гастроцепин или циметидин, ранитидин, церукал или эглонил.

Применяли физиотерапевтические факторы воздействия — местные тепловые процедуры, микроволновое облучение при помощи аппарата «Волна-2».

У 45 больных ХАГ, у 33 больных ДГ и у 47 больных ЯБ применяли в комплексном лечении иммуномодуляторы: Т-активин и левамизол. При этом учитывали чувствительность лимфоцитов к ним, абсолютное количество и степень снижения их функциональной активности.

Иммуномодулирующие средства применяли в 2 этапа: с 1-го дня после установления диагноза в стационаре (назначение Т-активина) и после выписки больных из стационара на этапе диспансерного наблюдения (назначение левамизола в осенне-зимний или зимне-весенний сезоны). Учитывали также характер сопутствующих заболеваний, приводящих в свою очередь к развитию вторичных иммунодефицитов. В зависимости от возраста больного, характера сопутствующих заболеваний и риска возникновения

новообразований (при наличии факторов, приводящих к развитию приобретенных иммунодефицитов) в течение года 1 – 2 раза повторяли курс приема левамизола. Сразу после завершения лечения левамизолом с профилактической целью назначали де-нол в сочетании с одним из антибиотиков.

T-активин вводили подкожно 1 раз в день (на ночь) в дозе 40 мкг/м<sup>2</sup> в течение 5 дней. При замене T-активина тималином последний вводили внутримышечно в дозе 20 мг сухого препарата, растворенного в стерильном физиологическом растворе NaCl. Всего производили 3 инъекции по схеме 1 – 3 – 5-й день, т.е. через день.

Левамизол назначали по следующей схеме: первые 3 дня – по 25 мг 1 раз в день; на 4-й день – перерыв; на 5 – 7-й день – также по 25 мг 1 раз в день. После перерыва в 2 недели повторяли курс лечения по описанной схеме.

Такая лечебная тактика позволила нам значительно снизить частоту обнаружения хеликобактерий в отдаленные сроки наблюдения, удлинить ремиссию и предупредить развитие рецидивов заболевания.

При назначении поддерживающей иммунотерапии с последующим применением де-нола и других антибактериальных средств независимо от сроков исследования биоптатов слизистой оболочки наблюдалось выраженное уменьшение числа случаев с положительной реакцией на хеликобактерии.

В период выписки из стационара у подавляющего большинства больных (75 – 98 %) признаки воспалительного процесса исчезли, что не связано с выбранной лечебной тактикой.

Однако если учесть показатель срока рубцевания язв, то здесь выявляется существенная разница. Так, при общепринятом лечении в среднем рубцевание наступало через  $24,3 \pm 0,5$  дня, а при применении в комплексном лечении иммуномодуляторов – через  $18,4 \pm 0,6$  дня.

Эффективность иммунотерапии наиболее выражено проявлялась в отдаленные сроки наблюдения. По сравнению с контрольными наблюдениями, при назначении левамизола отмечалось резкое сокращение случаев рецидива ХГ и ЯБ. При этом манифестация рецидивов, как правило, была связана с появлением хеликобактерии в слизистой оболочке желудка. Это свидетельствует о том, что для предупреждения рецидивов и улучшения прогноза заболевания необходимо сочетать иммунотерапию с де-нолом и другими антибактериальными средствами.

Таким образом, проведенная на основании клинико-инструментальных и бактериологических методов исследований оценка эффективности лечения ХГ и ЯБ свидетельствует о том, что для удлинения ремиссии, предупреждения рецидивов общепринятые лекарственные средства являются недостаточно эффективными в отдаленные периоды. Для повышения эффективности лечения одновременно необходимо стимулировать защитные силы организма, особенно T-звено иммунитета, от нормального функционирования которого зависит сбалансированное взаимоотношение микро- и макроорганизмов.

Проведенная иммунотерапия, изменяя клеточные и гуморальные показатели иммунитета, предупреждает дальнейшую разбалансировку системы иммунитета, что играет важную роль в комплексном лечении больных хроническим гастритом и язвенной болезнью.

**Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, Б.С. Бальжинимаев**

## **ЛЕЧЕНИЕ АХАЛАЗИИ КАРДИИ**

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

### **ВВЕДЕНИЕ**

Ахалазия кардии (АК) относится к нейромышечным заболеваниям пищевода, характеризующимся выпадением рефлекса раскрытия кардии в ответ на глоток. Распространенность АК – 0,5 – 2 больных на 100000 населения, встречается преимущественно у женщин (55,2 %). В структуре хирургических заболеваний пищевода АК занимает третье место (5 – 8 %) после рака пищевода и рубцовых послеожоговых стриктур (Черноусов А.Ф. с соавт., 2005). Преобладающий возраст пациентов – 20 – 40 лет, что позволяет рассматривать данную проблему не только как медицинскую, но и социальную.

Длительное время основным методом лечения АК был оперативный. Предложено более 80 способов хирургического лечения, что говорит о сложности данной проблемы. Развитие эндоскопии привело к появлению альтернативного метода лечения (бескровное расширение кардии). Из предложенных видов лечения АК на сегодняшний день наибольшее признание получила баллонная кардиодилатация, эндоскопическое интрамуральное введение ботулинического токсина, кардимиотомия по Геллеру в различных модификациях (Антонов А.Н., 1993; Бабалыкин А.С. с соавт., 2001; Милуков В.Е. с соавт., 2004).

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Были проанализированы результаты лечения 78 пациентов в возрасте от 19 до 82 лет с диагнозом «ахалазия кардии», поступивших в Республиканскую больницу им. Н.А. Семашко за период с 2005 по