

Как видно из табл. 4, обострение язвенной болезни с наличием язв и эрозий, выявленных при фиброгастродуоденоскопии, существенно чаще наблюдалось при рецидиве Нр-инфекции вне зависимости от сроков, прошедших с момента проведенной эрадикации. В целом связь рецидивов язвенной болезни с обнаружением *H. pylori* представлена в табл. 5.

Таблица 5

Связь рецидива язвенной болезни с обнаружением *H. pylori* за пять лет наблюдения

Показатель	Количество исследований	Результаты 5-летнего наблюдения					
		язвы нет		язва		эрозии	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наличие <i>H. pylori</i>	224	118	52,7	63	28,1	43	19,2
Отсутствие <i>H. pylori</i>	148	129	81,2	7	4,7	12	8,1

Полученные данные наглядно показывают, что рецидивы язвенной болезни достоверно чаще обнаруживаются при наличии обсеменения слизистой оболочки антрального отдела желудка, хотя встречаются и при отсутствии Нр-инфекции ($p<0,05$).

Успешную эрадикацию *H. pylori* нам удалось провести у 87,0% больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, что соответствует требованиям Маастрихтского консенсуса II (2000). Реинфекция слизистой оболочки желудка в течение 5 лет наблюдения составляла от 56,3 до 69,8% и не зависела от исходной степени обсеменения.

Полученные данные свидетельствуют о том, что рецидивы язвенной болезни, хотя и встречаются при отсутствии Нр-инфекции, но достоверно чаще обнаруживаются при обсеменении *H. pylori* слизистой оболочки антрального отдела желудка.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ЭНДОСКОПИИ
С ЛАЗЕРНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ НА ОСНОВЕ БИОСПЕКТРОФОТОМЕТРИИ
ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗЕ**

С.Г. Терещенко, Е.М. Лукина, Ж.Ю. Ганская
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

В последние годы возрастает распространенность язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с торпидным течением [8, 9]. Наличие резистентности к медикаментозной терапии увеличивает число больных с показаниями к хирургическому вмешательству [4, 6], которое имеет высокую степень операционно-наркозного риска у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Определенное внимание в лечении данного контингента больных язвенной болезнью уделяется лазерному излучению [3, 10, 13]. Основой его применения служит универсальный клини-

ческий эффект, который дает этот метод при различных патологических состояниях [2, 7, 12].

Многочисленные исследования последних лет так или иначе связывают обнаружение *H. pylori* в биоптатах слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с возникновением различных форм хронического гастрита и язвенной болезни [5, 14]. Результаты последних широкомасштабных исследований в разных странах мира показали, что на долю язвенной болезни, ассоциированной с инфекцией *H. pylori*, приходится 70-80% дуоденальных язв и 50-60% язв желудка [11]. Это свидетельствует о многогранности патогенетических механизмов повреждения желудочно-кишечного тракта при указанной патологии, а комплексную терапию в этих случаях можно рассматривать как основу лечения этих нарушений.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили своей целью проанализировать результаты гистологических исследований биоптатов на обсемененность *H. pylori* слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки при торпидном течении язвенной болезни и динамику обсемененности при лечебной эндоскопии с лазерным излучением на основе биоспектрофотометрии.

Обследовано 180 больных (129 мужчин и 51 женщина) в возрасте от 31 года до 60 лет с длительно незаживающими гастродуоденальными язвами, у которых медикаментозная противоязвенная терапия, включающая широкий арсенал современных препаратов, на протяжении длительного времени (не менее 2 мес.) не позволила добиться клинко-эндоскопической ремиссии.

По локализации язвенного процесса больные распределились следующим образом: язва желудка – 80 пациентов, двенадцатиперстной кишки – 100. Впервые выявленная язва диагностирована у 59 больных (32,7%), пациенты с длительностью язвенного анамнеза не более 5 лет составили 28,8%.

Основным клиническим проявлением при язвенной болезни был болевой синдром различной интенсивности, который присутствовал на всем протяжении предшествующей консервативной терапии при любой локализации язвенного процесса.

В желудке выявлено 93 язвенных дефекта, из них в теле желудка локализовались 52 язвы (56%), в двенадцатиперстной кишке – 116 язвенных дефектов, чаще всего – на передней и нижней стенке: соответственно у 48 пациентов (41,3%) и у 29 (25%). Множественный характер язвенного процесса был у 42 больных (20%).

Важное значение для клинической характеристики больных имеет наличие сопутствующей патологии. По этой причине у 115 пациентов (64%) оперативное лечение было относительно противопоказано из-за высокой степени операционно-наркозного риска. Наиболее часто встречалась патология сердечно-сосудистой системы (21,7% больных), почек, в том числе и хроническая почечная недостаточность (10,4%), сахарный диабет (7,8%), заболевания гепатопанкреатобилиарной системы (6,9%). Эти пациенты были отнесены нами к категории наиболее сложных больных язвенной болезнью.

Всем больным проводилось эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с обязательным (при локализации язвы в желудке) взятием множественной прицельной биопсии для исключения малигнизации язвенного процесса, а также с целью гистоморфологических исследований.

Для диагностики *H. pylori* срезы окрашивали по В. Slater толуидиновым синим. Степень обсемененности определяли как слабую в случае выявления до 20 микробных тел в поле зрения (+), как среднюю – от 20 до 40 микробных тел (++), как высокую – свыше 40 (+++).

Лечебная манипуляция проводилась на основе эндоскопической биоспектрофотометрии, которая позволяет оптимизировать время воздействия и сроки окончания лазеротерапии. Использовался комплекс медицинского назначения ЛЭСА-01, который регистрирует эндогенную флюоресценцию и уровень оксигенации крови, наполняющей биоткань. Причем лазерное излучение использовалось одновременно с диагностической и лечебной целями. Время экспозиции определяли по параметрам предельного увеличения оксигенации в зоне язвы при возрастающем повременном воздействии гелий-неонового лазера с длиной волны 632 нм. Прирост оксигенации расценивался как лазерочувствительность, нулевая или отрицательная динамика – как лазерорезистентность. Лечебную эндоскопию прекращали, когда оптические данные максимально выявляли заэпителизированный дефект, переходящий в интактную слизистую оболочку.

Обсемененность гастродуоденальной слизистой *H. pylori* зависела от локализации язвенного дефекта. Из 80 больных с гастральным расположением язвы обсемененность антрального отдела имела у 59 (74%) и отсутствовала у 21 (26%). В двенадцатиперстной кишке *H. pylori* присутствовал у 15 больных (25,4%). При дуоденальной локализации дефекта *H. pylori* на слизистой антрального отдела желудка обнаруживается в 100% наблюдений, на слизистой двенадцатиперстной кишки – в 22%.

По степени обсемененности антрального отдела желудка у 59 больных при гастральной язве выявлено следующее распределение: слабая степень – у 6 пациентов (10,2%), средняя – у 14 (23,7%), высокая – у 39 (66,1%); при дуоденальной язве эти показатели составили соответственно 12, 54 и 34%.

После завершения курса лечебной эндоскопии у 54 лазерочувствительных больных с локализацией язвы в желудке слабая степень обсемененности выявлена у 15 (27,8%) ($p < 0,05$), средняя – у 23 (42,6%) ($p < 0,05$), высокая – у 16 больных (29,6%) ($p < 0,001$).

Аналогичная динамика была отмечена и при дуоденальной локализации язвенного процесса. После лечебной эндоскопии у 96 лазерочувствительных пациентов слабая степень обсемененности выявлена у 22 больных (22,9%) ($p < 0,05$), средняя – у 65 (67,7%) ($p < 0,05$), высокая – у 9 (9,4%) ($p < 0,001$).

Средние сроки заживления у лазерочувствительных больных составили при язве желудка $13,58 \pm 0,9$ дня, при язве двенадцатиперстной киш-

ки – $12,12 \pm 0,33$ дня, что достоверно ниже, чем при традиционной эндоскопической лазеротерапии: соответственно $16,30 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и $14,1 \pm 0,18$ дня ($p < 0,05$). Медикаментозное лечение составило $28,12 \pm 0,5$ и $26,2 \pm 1,7$ дня, что достоверно дольше лазеротерапии ($p < 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что при любой локализации язвенного процесса чувствительность к лазерному излучению, установленная на основе биоспектрофотометрии, оказывает существенное влияние на эффективность лечения.

Использование лечебной эндоскопии на основе биоспектрофотометрии способствовало снижению сроков лечения и санации слизистой от *H. pylori*. Это связано не только с прямым бактерицидным действием на гастродуоденальную микрофлору, но и с активацией системы микроциркуляции и местного иммунитета [1]. Таким образом, разработанная методика способствует улучшению результатов лечения больных с торпидным течением язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженов Л.Г., Садыков Р.А., Тажиев А. // Актуальные вопросы лазерной медицины и оперативной эндоскопии / Тез. докл. III Междунар. конф. – М. – Видное, 1994. – С. 264.
2. Байбеков И.М., Касимов А.К., Козлов В.И. Морфологические основы низкоинтенсивной лазеротерапии. – Ташкент, 1991. – 223 с.
3. Баракаев С.Б. // Клин. мед. – 1991. – № 7. – С. 44-47.
4. Вахрушев Я.М., Иванов Л.А. Постгастрорезекционные синдромы. – Ижевск, 1998. – 211 с.
5. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. // Мед. помощь. – 1995. – № 4. – С. 4-7.
6. Завгородний Л.Г., Хмелевский Б.Г., Ксенофонтов С.С. // Вест. хир. – 1998. – № 8. – С. 25-29.
7. Илларионов В.Е. Основы лазерной терапии. – М., 1992. – 128 с.
8. Логинов А.С., Тутьян А.В., Звенигородская Л.А. и др. // Практ. врач. – 1998. – № 13. – С. 18-19.
9. Майоров В.М., Степанян Б.Т. // Клин. мед. – 1995. – № 4. – С. 95-96.
10. Матюшичев В.Б., Солдатов А.И. // Вестн. хир. – 2003. – № 2. – С. 25.
11. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. // Consilium medicum (Прилож.). – 2003. – № 2. – С. 7-10.
12. Москвин С.В., Буйлин В.А. Низкоинтенсивная лазерная терапия. – М., 2000.
13. Новицкий В.А., Смолянинов А.Б., Сайденкова М.С. // Клин. мед. – 1998. – № 11. – С. 42-46.
14. Циммерман Я.С., Зиннатулин М.Р. // Клин. мед. – 1999. – № 2. – С. 52-56.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ НР-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РАЙОНАХ

Н.И. Урсова, Г.В. Римарчук, И.Л. Андреева, О.С. Миронова

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Болезни органов пищеварения у детей и подростков в настоящее время являются одной из наиболее обсуждаемых тем, что свидетельствует об особой остроте и актуальности проблемы. Научные направления развития детской гастроэнтерологии в различных регионах России определяются, прежде всего, неуклонным ростом болезней органов пи-