

УДК 616.33-006.6-089.87

В.Е. ВОЛКОВ, Ю.А. ИГОНИН, С.В. ВОЛКОВ

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Анализ данных современной литературы показывает, что проблема лечения ведущих постгастрэктомических синдромов остается нерешенной [1, 4]. Это обусловлено, прежде всего, сложностью данной проблемы. До сих пор остаются неизученными многие нейрогуморальные механизмы, способствующие развитию той или иной формы постгастрэктомической патологии. Это в равной степени относится к такой ведущей патологии, как еноэзофагеальная рефлюксная болезнь (ЕЭРБ), называемая в общеклинической практике не совсем правильно рефлюкс-эзофагитом, постгастрэктомическим эзофагитом, РУ-эзофагитом, билиарно-панкреатическим эзофагитом, болезнью оперированного пищевода и др. В распоряжении клиницистов до настоящего времени нет эффективных методов лечения этого осложнения, особенно его тяжелых форм.

В клинической практике утвердилась схема консервативного лечения, направленная на купирование воспалительного процесса в пищеводе (эзофагита), которая включает в себя режим поведения больных, лечебное диетическое питание и медикаментозную терапию. Эта схема лечения разработана в основном для устранения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которая патогенетически отличается от ЕЭРБ и возникает только у больных, перенесших операцию полного удаления желудка, т.е. гастрэктомию. Схема консервативной терапии ГЭРБ основана на следующих принципиальных положениях: устранение нарушений нейрогуморальной регуляции с помощью седативной терапии, анальгетиков, холиноблокаторов, анаболических стероидов; снижение кислотности и ферментообразования путем назначения антихолинэстеразных препаратов, антацидов, кишечинальных гормонов; устранение нарушения моторной функции кишечника с помощью ганглиоблокирующих препаратов; защита слизистой пищевода от действия кишечного содержимого с помощью препаратов, обладающих обволакивающим действием, а также улучшение репаративно-регенераторных процессов с помощью применения блокаторов H_2 -рецепторов (ранитидин, фамотидин, низатидин), облепиховое и шиповниковое масло, альмагель, риопан, мейлокс и др. Однако клиническая практика показывает, что при использовании указанного метода комплексной консервативной терапии сроки лечения больных ГЭРБ даже в условиях стационара обычно длительные – 30-40 дней и более. При этом лечебный эффект от использования общепринятых ме-

тодов консервативной терапии в большинстве случаев кратковременный, нестойкий, наступившая ремиссия спустя некоторое время после окончания лечения сменяется вновь длительной фазой обострения, что вынуждает больных почти постоянно находиться на амбулаторном лечении, 2-3 раза и более в году находиться на лечении в условиях стационара. Даже применение таких высокоэффективных средств, как блокаторы H₂-рецепторов (квamatел, ультоп и др.) при ГЭРБ позволяет уменьшить лишь выраженность симптомов и интенсивность воспалительного процесса в слизистой пищевода. Для достижения лечебного действия обычно требуется длительный прием этих препаратов (до 12 недель), а после их отмены этот патологический синдром нередко рецидивирует [2, 3].

С целью изыскания более эффективных методов лечения патологических синдромов после гастрэктомии нами в последние годы проводились исследования, направленные на использование при данной патологии метода низкоинтенсивной лазерной терапии. Для лазерного излучения использовались лазерные установки ЛГ-75 и УЛФ-01 «Ягода», от которых лазерный луч направляли через наконечник для световода к соответствующей зоне пищевода и тонкой кишки. Указанные лазерные установки, являющиеся источником непрерывного излучения, имеют длину волны 0,6328 мкм, мощность излучения 25 мВт и плотность мощности 0,05-0,1 мВт/см².

Для лечения ЕЭРБ нами был использован метод локальной внутрипищеводной лазерной терапии. Данный метод лечения был применен у 46 больных ЕЭРБ после гастрэктомии. Больные были в возрасте от 36 до 79 лет. Мужчин было 35, женщин – 11. У 4 больных диагностирован ЕЭРБ легкой степени, у 36 – средней степени тяжести, у 6 – тяжелая форма. Для сравнительной оценки эффективности применения данного метода лечения у 19 больных ЕЭРБ была проведена общепринятая консервативная терапия (контрольная группа). Суммарное время экспозиции низкоинтенсивного лазерного излучения за один сеанс составляло в среднем 10-12 мин. Сроки экспозиции зависели от тяжести патоморфологических изменений и зоны распространения патологического очага. Длительность курса низкоинтенсивной лазерной терапии составляла в среднем 10-15 сеансов и зависела в основном от тяжести воспалительного процесса, наличия эрозий и язв, язвенно-некротических изменений в стенке пищевода.

Из 46 больных, у которых был проведен курс внутрипищеводной лазерной терапии, положительный эффект отмечен у 40. У 27 больных для достижения лечебного эффекта потребовалось 10 сеансов, у 9-15 больных – 18 сеансов. У этой группы больных к концу курса лазерной терапии практически полностью исчезали такие ведущие клинические симптомы, как изжога, срыгивание желчью, дисфагия, боль и др. При фиброэзофагоскопическом исследовании у большинства больных было отмечено исчезновение гиперемии и отека слизистой пищевода, наблюдалась эпителизация эрозий и язв. В контрольной группе больных подобные клинические и эндоскопические изменения наступали обычно спустя 30-36 дней и более.

Наши исследования показали, что для получения стойкого положительного лечебного эффекта у больных ЕЭРБ недостаточно воздействия лазерного излучения на воспаленную слизистую пищевода, поскольку это действие направлено лишь на одно из звеньев патогенеза патологии пищевода-еюнального комплекса – устранение воспалительного процесса в пищеводе. Фиброэзофагоскопические и гистологические исследования позволили выявить, что другим не менее важным звеном в механизме развития данной патологии является развивающийся острый и хронический воспалительный процесс в анастомозируемых петлях в виде сегментарного еюнита. Эти изменения обычно возникают на фоне нарушения моторно-эвакуаторной функции анастомозируемых петель тонкой кишки, в результате чего возникает стойкая регургитация с последующим развитием стаза кишечного содержимого в просвете пищевода. С целью устранения такого своеобразного порочного круга нами был использован метод внутрикишечной лазерной терапии. Данный метод лечения был применен у 24 больных ЕЭРБ. Низкоинтенсивное лазерное излучение подводилось к зоне воспаления приводящей и отводящей петель тощей кишки через систему наконечник–моностекловолокно через биопсийный канал фиброгастроскопа фирмы «Олимпус» модель GIF-P3 с помощью установки УЛФ-01 «Ягода». Лазерное излучение зоны воспаления в слизистой тонкой кишки проводили ежедневно с суммарным временем экспозиции 8-10 мин. Длительность курса внутрикишечной лазерной терапии зависела в основном от протяженности зоны воспаления слизистой в анастомозируемой петле тонкой кишки и составляла в среднем 4-6 сеансов. Уже после проведения 2-3 сеансов внутрикишечного лазерного облучения у больных отмечалось исчезновение либо резкое уменьшение болей, исчезали изжога, дисфагия, прекращались отрыжка и рвота желчью. Важно при этом подчеркнуть, что эти ведущие клинические симптомы у некоторых больных устранялись даже без воздействия лазерного излучения на слизистую пищевода. Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что клиническое улучшение при ЕЭРБ может достигаться за счет уменьшения количества рефлюксов кишечного содержимого в просвет пищевода, купирования воспалительного процесса в слизистой тонкой кишки, стабилизации процессов всасывания и нормализации моторно-эвакуаторной функции анастомозируемых петель тонкой кишки.

Следует учитывать, что после проведения курса внутрикишечной лазерной терапии не устраняется воспалительный процесс в слизистой пищевода точно так же, как после проведения курса внутривишневодной лазерной терапии не устраняется воспалительный процесс в анастомозируемых петлях тонкой кишки и не восстанавливается их моторно-эвакуаторная функция. Все сказанное подтверждает тот факт, что методы внутривишневодной и внутрикишечной лазерной терапии по своей практической значимости могут рассматривать как самостоятельные, патогенетические обоснованные методы лечения ЕЭРБ и в то же время они могут взаимно дополнять друг друга, поэтому их целесообразно использовать в сочетании. Исходя из этого, использование только метода внут-

рипищеводной лазерной терапии для купирования ЕЭРБ у больных после гастрэктомии следует считать недостаточным. Комбинированная лазерная терапия при данной патологии обладает большей эффективностью по сравнению с методом внутрипищеводной лазерной терапии. Дополнительное использование внутрикишечной лазерной терапии позволяет купировать воспалительный процесс в отводящей и приводящей петлях тонкой кишки, особенно в слизистой кишечника вокруг зоны пищеводно-кишечного анастомоза. Кроме того, этот метод лечения одновременно способствует нормализации моторно-эвакуаторной функции этих отделов кишечника, что приводит к ослаблению клинической симптоматики демпинг-реакции.

Метод комбинированной пищеводно-кишечной лазерной терапии нами применен у 51 больного. Мужчин было – 36, женщин – 15. Если на начальном этапе исследования указанные методы лазерной терапии проводились отдельно, то по мере приобретения соответствующего опыта эти методы лечения проводили одновременно. В частности, при отдельном применении этих методов проводили в начале 4-6 сеансов внутрикишечной, а затем 10-12 сеансов внутрипищеводной лазерной терапии. Такое лечение с успехом проведено у 24 больных. В дальнейшем мы придерживались следующей лечебной тактики в применении указанных методов: больным ежедневно в одну процедуру одновременно включали как внутрикишечную, так и внутрипищеводную лазерную терапию. Этот вариант комбинированной лазерной терапии нами был успешно применен у 27 больных. При этом экспозиция лазерного излучения существенно не изменялась в сторону увеличения и составляла в среднем 10-12 мин. Одновременно сочетание этих методов позволило сократить сроки лечения больных по сравнению с отдельным методом лечения почти в 1,5-2 раза. Всего метод сочетанной пищеводно-кишечной терапии был применен в клинике у 51 больного. Было отмечено, что к концу курса комбинированной лазерной терапии у большинства больных полностью устранялись ведущие симптомы ЕЭРБ, нормализовались сон, аппетит, увеличивалась масса тела. При эндоскопическом контроле у больных в слизистой пищевода и тонкой кишки полностью исчезали гиперемия и отек, наступала эпителизация эрозий и язв. В контрольной группе больных (19 человек) положительные сдвиги при эндоскопическом контроле наступали спустя 30-35 дней и более.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что низко-интенсивная лазерная терапия, проводимая в различных вариантах, обладает высокой эффективностью и отсутствием каких-либо побочных действий и осложнений. Лазерный метод лечения позволяет в 3-4 раза сократить сроки лечения больных ЕЭРБ по сравнению со сроками при общепринятых методах лечения. Обладая широким спектром действия на биоткани пищевода и тонкой кишки, низкоинтенсивная лазерная терапия оказывает активное воздействие на одно из патогенетических механизмов ЕЭРБ – снижает частоту и интенсивность энтероэзофагеальных рефлюксов. Этим достоинством, к сожалению, не обладает ни один из современных методов лечения, включая различные лекарственные препараты.

Как и любой метод лечения, низкоинтенсивная лазерная терапия при эзофагите и других патологических синдромах после гастрэктомии нуждается, безусловно, в дальнейшем разработке. В то же время имеющиеся в настоящее время результаты исследований не позволяют рассматривать лазерную терапию как единственный, универсальный метод лечения ЕЭРБ. Этот метод лечения должен использоваться в комплексе с другими методами терапии, поскольку у большинства больных после гастрэктомии наблюдаются сочетанные патологические синдромы.

Литература

1. Волков В.Е., Цыльков В.Е., Волков В.Е., Игонин Ю.А. К вопросу о постгастрэктомических синдромах // Медицинский журнал Чувашии. 1998. № 1-2. С. 42-45.
2. Саблин О.А., Бакушкин И.А. Клинические и фармакологические аспекты лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum. 2004. Вып. № 3 (Приложение), С. 4-9.
3. Солоницин Е.Г., Шуленин, Назаров В.Е. Применение малых доз H₂-гистаминоблокаторов при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Consilium medicum. 2004. Вып. № 3 (Приложение). С. 10-13.
4. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. М.: Изд. АТ, 1999. 135 с.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ. См. с. 65.

ИГОНИН ЮВЕНАЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ родился в 1954 г. Окончил Чувашский государственный университет. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии Чувашского государственного университета. Автор более 80 научных публикаций.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 66.
