

УДК 616.33-002.44:615.838

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

© 2006 г. М.П. Товбушенко, В.В. Анашкин

В настоящее время большинство исследователей выделяет два ведущих фактора в развитии язвенной болезни (ЯБ) – кислотно-пептический и инфекционный [1, 2].

Несмотря на достигнутые успехи антимикробной терапии ЯБ, Е.С. Рысс и Э.Э. Звартау [3] справедливо отмечают, что «боязнь полипрагмазии подчас может сослужить плохую службу, ибо исключительное воздействие на дистальное звено болезни нередко оказывается явно недостаточным».

Болеют ЯБ не все инфицированные *H. pylori* (НР), она развивается только у 1/8 части лиц с наличием НР [3], что может быть подтверждением отмеченного выше положения о комплексном влиянии патогенетических факторов в ее развитии. НР обнаруживается чаще в пожилом возрасте, а ЯБ развивается обычно в молодом. Возможно развитие язвенного процесса и без наличия НР, чаще болеют ЯБ мужчины, однако частота колонизации НР примерно равна у женщин и мужчин. Это может быть свидетельством того, что в настоящее время остаются без внимания другие существенные аспекты патогенеза и лечения ЯБ.

Цель исследования – определение состояния организма больных ЯБ по данным уровня адаптации и энергетического обмена, разработка методов коррекции выявленных нарушений для повышения эффективности лечения.

Материалы и методы. Больным ЯБ в фазе неполной и полной ремиссии (235 чел.) проводилась эзофагогастродуоденоскопия, интервалокардиометрия, выявились гематологические показатели, уровень нуклеотидов и их соотношение, ферменты цикла Кребса, перекисное окисление липидов, уровень гормонов в крови, психофункциональное состояние больных.

По данным интервалокардиометрии и оценке гематологических показателей, по Л.Х. Гаркави и соавторам, нами выявлены значительные нарушения адаптационных процессов в организме. Так, у 83,55 % больных ЯБ выявлены нарушения адаптации в виде перенапряжения (23,3 %) или напряжения (70,6 %), у 19,6 % больных – в виде срыва, «поломки» адаптационных процессов. Эти показатели коррелировали с состоянием гастродуоденальной системы.

Нарушения энергетического обмена играют существенную роль в формировании патологических состояний [4, 5], в том числе патологии органов пищеварения [6, 7]. Нами у больных ЯБ выявлено снижение общего уровня адениловых нуклеотидов в эритроцитах и нарушение их соотношения, что свидетельствует о выраженной энергетической недостаточности. У больных ЯБ даже сниженные уровни адениловых нуклеотидов (особенно АТФ) и энергетического заряда обеспечиваются при напряжении ферментных систем энергетического обмена. Активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ) – одного из основных ферментов цикла Кребса – была повышенной у 76,2 %

больных; активность α -ГФДГ повышена – у 81,5, повышены уровни пировиноградной и молочной кислот в крови. Наличие коррелятивных связей активности СДГ с кислотообразующей функцией желудка, тяжестью течения и фазой заболевания, α -ГФДГ – с фазой заболевания, а также активности этих ферментов с уровнем малонового диальдегида (МДА) свидетельствует о взаимосвязи энергетического обмена с течением ЯБ.

Исследование особенностей функционального состояния организма больных ЯБ позволило изучить характер действия на эти процессы различных естественных и преформированных лечебных физических факторов, а также разработать новые методы лечения.

Однократный прием минеральной воды вызывал тенденцию к улучшению энергетического обмена – повышение уровня АТФ, снижение повышенных уровней пировиноградной и молочной кислот, достоверное снижение α -ГФДГ ($p < 0,05$) уровня МДА в эритроцитах ($p < 0,05$). Эти данные значительно расширяют и углубляют существующие представления о механизме действия питьевых минеральных вод.

Грязевая аппликация вызывает достоверное увеличение энергетического заряда ($с\ 0,75 \pm 0,006$ до $0,77 \pm 0,005$; $p < 0,02$), тенденцию к повышению АТФ, суммарного уровня нуклеотидов, снижение повышенного уровня пировиноградной ($p < 0,05$) и молочной ($p < 0,05$) кислот. Однако данные вариационной пульсометрии свидетельствуют, что улучшение показателей энергетического обмена при воздействии грязевыми аппликациями идет при некотором напряжении симпатического звена вегетативной регуляции. Таким образом, грязевая аппликация представляет собой определенную нагрузку на адаптационные процессы и нежелательна при выраженном их напряжении.

Нами [8, 9] разработана методика электрофореза субстратов окисления янтарной и лимонной кислот в виде лимонтар-электрофореза, проведенный однократно он вызывал тенденцию к повышению суммарного содержания нуклеотидов и соотношения АТФ/АМФ, некоторое снижение активности СДГ и α -ГФДГ, уровня малонового диальдегида (МДА) в плазме крови. Таким образом, выявлена благоприятная направленность энергетических процессов без напряжения процессов адаптации. Нами также разработана методика коррекции энергетического обмена в комплексном лечении ЯБ посредством применения АТФ, рибоксиана, милдроната и других средств, что повышает эффективность лечения ЯБ.

Отмечено благоприятное влияние комплексного санаторно-курортного лечения на показатели энергетического обмена: отмечен достоверный рост уровня АТФ, энергетического заряда и суммы нуклеотидов, снижение АМФ. Дополнительное назначение в комплексной терапии грязелечения, лимонтар-электрофореза или целенаправленной медикаментозной терапии повышало сте-

пень нормализации показателей адаптации и энергетического обмена. Снижение повышенных показателей активности СДГ и α -ГФДГ свидетельствуют об уменьшении напряжения ферментных систем цикла Кребса и дополнительного пути гликолиза. После лечения достоверно повысилось число больных ЯБ с удовлетворительными и хорошими показателями адаптации организма.

По данным эндоскопии, благоприятная динамика язвенного дефекта и состояния слизистой оболочки 12-перстной кишки отмечена у 79,2 % больных, более выражены эти сдвиги при применении в комплексе курортного лечения электрофореза лимонтара или грязевых аппликаций, медикаментозной терапии ($p < 0,05$).

Таким образом, комплексное курортное лечение больных ЯБ должно включать мероприятия, направленные на коррекцию нарушений адаптации организма и энергетического обмена, что повышает эффективность восстановительного лечения.

Литература

1. Минушкин О.Н. Париет в лечении язвенной болезни // Клини. вестн. 2002. № 1. С. 17–20.

2. Шептулин А.А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни // Клини. медицина. 2004. № 1. С. 57–60.
3. Рысс Е.С., Звартау Э.Э. Фармакотерапия язвенной болезни // Клини. медицина. СПб., 1998.
4. Скулачев В.П. Трансформация энергии в биомембранах. М., 1972.
5. Хочачка П., Сомеро Дж. Биохимическая адаптация. М., 1988.
6. Ивашкин В.Т. Метаболическая организация функций желудка. Л., 1981.
7. Рапопорт С.И., Хараян Л.В. Клиническое значение кислородного баланса слизистой оболочки при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки // Перспективные проблемы в гастроэнтерологии. М., 1997. Т. 3. С. 3–4.
8. Товбушенко М.П., Анашкин В.В. Методика определения состояния адаптации организма человека: Методические рекомендации. Пятигорск. 2000.
9. Товбушенко М.П., Анашкин В.В. Коррекция нарушений энергетического обмена в комплексном санаторно-курортном лечении больных с заболеваниями гастродуоденальной системы: Методические рекомендации. Пятигорск, 2003.