

А.Г. БЕССОНОВ, А.Е. ШКЛЯЕВ, А.М. КОРЕПАНОВ, Ю.В. ГОРБУНОВ, Е.Ю. ШКАТОВА

УДК 616.3:615.838

Ижевская государственная медицинская академия

Совершенствование методов терапии Нр-позитивных эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием бальнеологических факторов

Бессонов Алексей Геннадьевич

аспирант кафедры факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии

426028, г. Ижевск, ул. Гагарина, д. 13, кв. 8, тел. (3412) 91-41-06, e-mail: besson_alex@mail.ru

В статье представлены клинико-лабораторные и морфо-эндоскопические данные об эффективности СМТ-фореза в лечении эрозивных поражений гастродуоденального комплекса. Усиление эрадикационной терапии СМТ-форезом рассола у больных с Нр-позитивными эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки оказывает более выраженное анальгетическое, противовоспалительное и репаративное воздействие на слизистую оболочку. Под влиянием СМТ-бальнеотерапии у подавляющего числа больных наступили благоприятные сдвиги в клинической картине за счет оптимизации ферментобразования и роста уровня гастрина.

Ключевые слова: желудок, двенадцатиперстная кишка, эрозии, пепсиноген, гастрин.

A.G. BESSONOV, A.E. SHKLJAEV, A.M. KOREPANOV, J.V. GORBUNOV, E.J. SHKATOVA

Izhevsk State Medical Academy

Perfection methods in therapy Hp-positive of erosion of the stomach and duodenum with use of balneal factors

The article presents the clinical, laboratory and morpho-endoscopic data on the effectiveness of endoscopic SMT-phoresis in the treatment of erosive lesions of gastroduodenal complex. Increased eradication therapy SMT-phoresis brine in patients with Hp-positive gastric erosions and duodenal ulcer has a stronger analgesic, anti-inflammatory and reparative effects on the mucosa. Under the influence of STS-balneotherapy in the overwhelming number of patients came favorable changes in the clinical picture by optimizing enzyme formation and growth of gastrin.

Keywords: stomach, duodenum, erosion, pepsinogen, gastrin.

Актуальной проблемой современной гастроэнтерологии является рост эрозивных поражений гастродуоденальной системы. За период 2004-2006 гг. в РФ отмечено увеличение общей и первичной заболеваемости гастритами и дуоденитами с 2148,5 и 303,4 до 2243,4 и 310,3 на 100 тыс. взрослого населения, соответственно. Данные показатели в 2006 году были выше как по Удмуртской Республике (УР) (3129,4 и 305,4 на 100 тыс. населения, соответственно), так и по городу Ижевску (3382,5 и 298,9) [1]. При проведении эндоскопии по поводу диспепсических жалоб у лиц трудоспособного возраста эрозии

гастродуоденальной области были диагностированы у 2-14,6% больных [2, 3]. При этом эрозивный гастрит и дуоденит занимают одно из ведущих мест среди причин желудочно-кишечных кровотечений.

В настоящее время обсуждается вопрос о том, что эрозии гастродуоденальной зоны являются морфологическим эквивалентом глубоких расстройств гомеостаза, реализующихся через изменения обмена веществ, иммунореактивности и процессов микроциркуляции, что позволяет говорить не о местных эрозивных дефектах, а об эрозивных состояниях гастродуо-



денальной области. Многие вопросы этиологии и патогенеза эрозий, их лечения остаются невыясненными и требуют дальнейших специальных исследований [4].

Недостаточная эффективность стандартных методов лечения, растущая аллергизация населения и неблагоприятное влияние длительной лекарственной нагрузки на организм придают особую актуальность разработке и дальнейшему совершенствованию немедикаментозных способов терапевтической коррекции. Имеются данные о положительном влиянии на динамику клинической картины патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта сочетанного применения наружной бальнеотерапии и СМТ-фореза [5, 6]. Все вышеизложенное позволяет считать актуальным и своевременным совершенствование методов лечения эрозий с использованием бальнеологических факторов.

Целью исследования являлась клиническая оценка эффективности применения СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» (Удмуртская Республика) при *Нр*-позитивных эрозивных поражениях гастродуоденальной зоны.

Материал и методы исследования

Проведено обследование 122 больных с эрозивными поражениями желудка (Ж) и двенадцатиперстной кишки (ДК) в возрасте от 16 до 65 лет. Из них 43,4% были мужчины и 56,6% — женщины. Средний возраст обследованных составил $42,1 \pm 2,7$ года. В 17,2% случаев эрозии локализовались в ДК, в 54,9% — в желудке, в 27,9% — диагностировали сочетанное поражение Ж и ДК. Наряду с общеклиническими данными при обследовании использованы результаты эндоскопических, рентгенологических и морфологических исследований. Всем пациентам проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой оболочки желудка (два биоптата из тела и один — из антрального отдела). Для оценки инфицированности *Helicobacter pylori* (*Нр*) применен уреазный (*Campi-test*, тест-полоски и ХЕЛПИЛ-тест) и морфологический метод — окраской по Гимзе. Уровень пепсиногена (ПГ)-1 и ПГ-2 в сыворотке крови оценивали иммуноферментным методом. Оценку уровня гастрина в периферической крови проводили радиоиммунологическим методом. Для определения уровня кислотности проводилась интрагастральная рН-метрия. Результаты специальных исследований сравнивались с данными контрольной группы (20 практически здоровых лиц).

Все пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту и тяжести заболевания. В группу наблюдения вошли 58 пациентов в фазе обострения заболевания, которым проводилось сочетанное лечение с использованием стандартной антихеликобактерной терапии, согласно III Маастрихтскому соглашению (омепразол, амоксициллин, кларитромицин) и СМТ-форез сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» по щадящей методике. Курс лечения — 10-12 процедур ежедневно со временем экспозиции 10 мин. Лечение проводилось в выпрямленном режиме с силой тока до легкой вибрации в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения. Группа сравнения была разделена на две подгруппы: первую составили 38 пациентов, получавших стандартную эрадикационную терапию; вторую — 26 пациентов, получавших эрадикационную терапию и синусоидальные модулированные токи (СМТ) на эпигастральную область.

Результаты исследования

Длительность заболевания у больных обследуемых групп варьировала от 1 года до 36 лет, в среднем — $10,7 \pm 0,8$ года. При сборе анамнеза установлено, что обострение заболевания

у 88,5% больных провоцировалось нарушением режима питания (еда всухомятку, длительный перерыв между приемами пищи, употребление жирной и острой пищи). Возникновению или его обострению предшествовало нервно-психическое перенапряжение у 41,8% пациентов, физическое перенапряжение — у 9,0% больных. У каждого десятого больного ухудшение приходилось на весенне-осенний период. На злоупотребление алкоголем указали 9,8% пациентов. Доля курящих составила 18,8%.

Из клинических симптомов особое внимание обращали на характер болевого синдрома, который при поступлении в стационар различной степени интенсивности проявлялся у 79,5% больных. Боли локализовались преимущественно в эпигастральной, в трети случаев — одновременно отмечались и в пилородуоденальной области (33,0%). Носили они, как правило, ноющий (100%) и распирающий (63,9%) характер, без иррадиации, имели слабую (45,3%) или умеренную (48,5%) интенсивность и возникали периодически (91,8%), чаще после приема пищи (86,6%).

При пальпации живота болезненность в эпигастральной области определялась у 89,3% пациентов, в пилородуоденальной области — у 39,3%, в проекции желчного пузыря — у 3,3%.

В процессе СМТ-бальнеотерапии в группе наблюдения болевой синдром в эпигастральной области полностью купировался у всех больных. Уменьшение болевого синдрома происходило на $3,1 \pm 0,2$ дня от начала терапии, исчезновение — на $6,3 \pm 0,3$ дня. Уменьшение болевого синдрома в подгруппах сравнения происходило на $3,6 \pm 0,2$ и $3,4 \pm 0,2$ дня ($p > 0,05$) от начала терапии, соответственно. Полное купирование болевого синдрома также у них происходило достоверно медленнее на $7,3 \pm 0,5$ и $7,1 \pm 0,5$ дня, соответственно ($p < 0,05$). Купирование эпигастралгий в процессе СМТ-фореза сероводородного йодобромного рассола сопровождалось общим седативным действием. Больные при этом становились более уравновешенными и спокойными. У них улучшался сон, уменьшалась раздражительность и эмоциональная лабильность. СМТ-бальнеотерапия оказала столь же существенное влияние на динамику диспепсических проявлений. Уменьшение изжоги в группе наблюдения отмечено на $3,1 \pm 0,4$ день, полное исчезновение — на $5,1 \pm 0,6$ дня. В подгруппах сравнения уменьшение изжоги выявлено на $3,8 \pm 0,4$ и $3,6 \pm 0,5$ дня, полное исчезновение — на $6,1 \pm 0,6$ и $5,7 \pm 0,2$ дня, соответственно. Полное купирование отрыжки, тошноты, метеоризма в группе наблюдения отмечено на $5,7 \pm 0,6$; $5,9 \pm 0,7$ и $6,2 \pm 0,4$ дня, соответственно.

Исчезновение болезненности происходило на $1,8 \pm 0,2$ дня раньше у больных группы наблюдения ($p < 0,05$), чем в подгруппах сравнения. К концу курса лечения незначительная болезненность в эпигастральной области сохранилась у 8,6% больных группы наблюдения и у 18,4 и 15,4% больных подгрупп сравнения.

Одним из объективных критериев эффективности проведенного лечения являлась динамика эндоскопической картины. У всех пациентов до лечения определялись эрозии гастродуоденальной зоны. Инфицированность *Нр*-инфекции подтверждена у всех больных. У 84,4% пациентов до лечения была значительно повышена кислотообразующая функция желудка. При интрагастральной рН-метрии выявлено значительное повышение закисления в желудке. У пациентов с эрозивными поражениями уровень рН в желудке достигал в среднем $2,10 \pm 0,05$.

Сопутствующий атрофический гастрит диагностирован чаще у мужчин в возрасте $36,7 \pm 6,8$ года, у женщин — $55,3 \pm 6,7$ года. При оценке эндоскопических результатов в группе наблюдения удалось добиться эпителизации эрозий в 84,6% случаев, в подгруппах сравнения — в 62,7 и 71,1%, соответственно.



В ходе терапии уровни ПГ1 и ПГ2 снижались во всех наблюдаемых группах. В группе наблюдения уровень ПГ1 достоверно понизился с $142,2 \pm 4,1$ до $126,7 \pm 3,4$ мкг/л ($p < 0,05$), ПГ2 — с $27,5 \pm 2,5$ до $18,1 \pm 1,9$ мкг/л ($p < 0,05$). В подгруппах сравнения отмечена тенденция к снижению уровня как ПГ1 до $135,1 \pm 1,6$ и $134,9 \pm 2,6$ мкг/л, соответственно, так и уровня ПГ2 до $23,6 \pm 1,2$ мкг/л и до $22,9 \pm 2,1$ мкг/л, соответственно. Количественный анализ соотношения ПГ1/ПГ2, указывающий на оптимизацию ферментобразования в слизистой оболочке желудка (СОЖ), показал его рост в группе наблюдения с $5,2 \pm 1,7$ до $7,1 \pm 1,1$ ($p > 0,05$), в подгруппах сравнения — до $5,7 \pm 1,2$ и $5,9 \pm 1,0$ ($p > 0,05$), соответственно.

Для выявления механизма установленной положительной динамики заболевания нами проводилось исследование уровня гастрина в крови у обследуемых больных. На фоне проведенного лечения установлена тенденция к повышению базального уровня гастрина в крови с $72,2 \pm 6,9$ до $79,3 \pm 7,4$ пг/мл.

После проведенной курсовой бальнеотерапии у больных с эрозивными поражениями сохранялось повышение уровня гастрина в крови по сравнению со здоровыми ($p < 0,001$). В то же время выявленная в процессе курсового лечения амплитуднофазовая уринового ритма положительная тенденция к увеличению гастринобразования, вероятно, обусловлена стимулирующим влиянием СМТ на кровообращение в СОЖ, с одной стороны [7, 8], и обогащением СОЖ ионами рассола — с другой.

Выводы

Усиление эрадикационной терапии СМТ-форезом сероводородного йодобромного рассола санатория «Ува» у больных с *Нр*-позитивными эрозивными поражениями гастродуоденальной зоны оказывает более выраженное (у 92,9%) воздействие за счет анальгетического, противовоспалительного, репаративного воздействия на слизистую оболочку Ж и ДК. Под влиянием курсовой СМТ-бальнеотерапии у подавляющего числа больных

с эрозивными поражениями наступили благоприятные сдвиги в клинической картине заболевания за счет оптимизации ферментобразования в СОЖ и роста уровня гастрина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2007 году. — Ижевск, 2008.
2. Маев И.В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* / И.В. Маев // Терапевтический архив. — 2006. — № 2. — С. 10-15.
3. Шкатова Е.Ю. Уровень Медицинской активности и гигиенической грамотности больных эрозивным гастритом / Е.Ю. Шкатова, Н.М. Ворончихина, М.В. Охотникова и др. // Медицинский альманах. — 2008. — № 2 (2). — С. 61-62.
4. Абдулхаков Р.А. Резистентность *Helicobacter pylori* к препаратам, используемым в схемах эрадикационной терапии, и распространенность резистентных штаммов / Р.А. Абдулхаков, С.Р. Абдулхаков // Практическая медицина. — 2006. — № 4 (18). — С. 7-10.
5. Шкляев А.Е. СМТ-бальнеотерапия при желудочно-кишечной патологии / А.Е. Шкляев, А.М. Корепанов, Ю.В. Горбунов и др. // Актуальные вопросы грязелечения и бальнеофизиотерапии: монография. — Пермь, 2006. — С. 241-255.
6. Колясев В.Н. Клинико-экспериментальное обоснование применения СМТ-электрофореза хлоридного йодбромсодержащего сероводородного рассола санатория «Ува» (Удмуртская Республика) при хроническом гастрите / В.Н. Колясев, А.М. Корепанов, Ю.В. Горбунов, А.Е. Шкляев // Агрокурорт. — 2004. — № 3 (18). — С. 40-52.
7. Ясногородский В.Г. Электротерапия / В.Г. Ясногородский // М.: Медицина. — 1987. — С. 240.
8. Ирисова Т.А. Природные лечебные ресурсы Прикамья / Т.А. Ирисова // Курортные ведомости. — 2004. — № 1 (22). — С. 21-24.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ КРОНА

В настоящее время ведется множество исследований, оценивающих возможность использования мезенхимальных стволовых клеток (МСК) для лечения различных воспалительных заболеваний, в том числе неспецифического язвенного колита (болезни Крона). МСК — плюрипотентные клетки, обладающие иммуносупрессивными свойствами. Результаты недавних исследований свидетельствуют о незначительной иммуномодуляторной активности покоящихся МСК, но иммуносупрессивная функция этих клеток может быть повышена под влиянием интерферона-гамма (IFN γ). Голландские ученые из Лейденского университета в своем исследовании оценивали эффект предварительной стимуляции IFN γ на иммуносупрессивные свойства МСК *in vitro* и *in vivo*. Эксперименты *in vivo* выполнены на мышах, язвенный колит у которых был вызван при помощи декстран натрия сульфата (dextran sodium sulfate, DSS) или тринитробензенсульфоната (trinitrobenzene sulfonate TNBS). Было обнаружено, что течение вызванного DSS или TNBS колита значительно облегчается у мышей, которым вводили обработанные интерфероном МСК (иМСК). Не подвергавшиеся стимуляции МСК такого эффекта не оказывали. В результате лечения иМСК больные мыши набирали потерянный вес, у них были более мягкие симптомы колита и лучшая выживаемость. Кроме того, после введения иМСК значительно падало содержание в плазме крови амилоида А и провоспалительных цитокинов в ткани кишечника. По сравнению с нестимулированными МСК у иМСК наблюдалась лучшая способность к миграции к местам воспаления кишечника. Было также показано, что предварительная стимуляция IFN γ повышает способность МСК подавлять Th1 воспалительный ответ, в результате чего уменьшается повреждение слизистой оболочки кишечника при язвенном колите. Таким образом, результаты работы продемонстрировали, что активация IFN γ повышает иммуносупрессивные возможности МСК и, что особенно важно, увеличивает эффективность клеточной терапии *in vivo*. По мнению доктора П.И. Катуняна, главного врача московского Центра медико-биологических технологий, предложенный метод может найти применение в клинической практике для лечения болезни Крона и других аутоиммунных заболеваний, если его эффективность будет подтверждена клиническими испытаниями.

Материалы исследования представлены в статье Duijvestein M. et al. Pretreatment with Interferon-Gamma Enhances the Therapeutic Activity of Mesenchymal Stromal Cells in Animal Models of Colitis. Источник <http://www.medlinks.ru>