

Комбинированное применение природных факторов и медикаментов в комплексной курортной терапии больных с эзофагогастродуоденальной патологией

В.П. Демченко, Н.В.Ефименко, Н.А. Мухотин, Т.Е.Федорова

ФГУ «Санаторий «Москва» УД Президента РФ, г. Ессентуки

ФГУ «Пятигорский ГНИИ курортологии ФМБА России»

В условиях Ессентукского курорта была изучена сравнительно эффективная и использованы природных физических факторов и сочетание их с противоязвенной медикаментозной терапией у больных с тяжелой эзофагогастродуоденальной патологией. Результаты проведенных исследований свидетельствуют об оптимизации санаторно-курортного лечения больных с тяжелой эзофагогастродуоденальной патологией показаны сочетание применения природных физических факторов и стандартной противоязвенной медикаментозной терапии. Этот метод повышает эффективность курортного лечения и способствует быстрой ликвидации болевого синдрома. В результате динамике хронической язвы желудка, электрофизиологических и биохимических показателей активности НРГ улучшению общего состояния больных.

Ключевые слова: эзофагогастродуоденальная патология, комплексная терапия.

Лечение утяжеленных форм эзофагогастродуоденальной патологии (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), эрозивный гастродуоденит, часто рецидивирующая язвенная болезнь) является актуальной проблемой современной гастроэнтерологии вследствие высокой распространенности, резистентности к медикаментозной терапии и развития хронических, труднозаживающих язв или осложнений, требующих оперативного вмешательства [1, 6]. Особую значимость приобретает, на наш взгляд, разработка новых терапевтических приемов и средств, позволяющих значительно повысить как защитные свойства организма в целом, так и резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. В последнем случае это возможно путем улучшения адаптационно-саногенетических и компенсаторных процессов, что, несомненно, будет препятствовать дальнейшему развитию заболевания [2, 3]. В этом отношении важное значение приобретают методы курортной терапии. Пребывание на курорте больных с хроническими гастродуоденитами в подавляющем большинстве случаев дает длительный положительный эффект. Это связано с тем, что санаторно-курортная терапия, включающая естественные и преформированные природные лечебные факторы, способствует улучшению деятельности центральной нервной системы и нейрогуморальных регуляторных механизмов и, тем самым, ведет к повышению защитных функций всего организма и компенсации патологического процесса в гастродуоденальной системе [4, 5].

Необходимость разработки сочетанных методов курортного и медикаментозного лечения больных с данной патологией обусловлена еще и тем, что с каждым годом растет число пациентов, предпочитающих вместо стационарной терапии лечение в курортных учреждениях, где условия пребывания значительно лучше, тем более, что приобретение путевок стало доступным.

Целью настоящей работы явилось изучение комбинированного метода терапии — использования курортных факторов в сочетании с противоязвенной медикаментозной терапией у больных с утяжеленной эзофагогастродуоденальной патологией (ЭГДП) — ГЭРБ, эрозивным гастродуоденитом, часто рецидивирующей язвенной болезнью.

Материалы и методы

В условиях санатория «Москва» УД Президента РФ и Ессентукской клиники Пятигорского ГНИИ курортологии исследовано состояние гастродуоденальной системы, перекисного гомеостаза, степень хеликобактериоза, клинические проявления заболевания у 80 больных с утяжеленными формами ЭГДП в возрасте от 18 до 60 лет.

Всем больным проводилась комплексная курортная терапия, включавшая санаторно-курортный режим, лечебную физкультуру, лечебное питание, внутренний прием углекислой гидрокарбонатно-хлоридной натриевой минеральной воды средней минерализации Ессентуки №4 и углекислые сероводородные ванны с концентрацией сероводорода 20 мг/л.

Для определения эффективности комбинированного метода лечения утяжеленной ЭГДП нами наблюдались 2 группы больных по 40 человек каждая, одна из которых (основная) получала в сочетании с курортной терапией по стандартной методике противоязвенные медикаментозные препараты (омепразол, де-нол, метронидазол и амоксициллин по стандартной схеме). Группа контроля получала лишь курортное лечение (питьевое — и бальнеолечение). Обе группы больных по основным клиническим показателям были репрезентативны.

Клиническая картина характеризовалась наличием болевого (82,5–92,5%), диспепсического (85–95%), астеноневротического (75–82,5%) синдромов, нарушением стула в виде запоров (до 65%). При объективном обследовании у большинства больных (80–92%) отмечалась болезненность в пилородуоденальной области. По данным ЭГДФС, у всех больных имелись изменения эзофагогастродуоденальной слизистой в виде катарального (45–47,5%) и эрозивного (2,5–5%) эзофагита, поверхностного гастрита, дуоденита, эрозий антрального отдела желудка (55–62,5%), двенадцатиперстной кишки (20–22,5%) или их сочетания (12,5–15%), у 14 человек диагностирована язва ДПК в фазе обострения. У большинства больных выявлено отклонение кислотообразующей функции желудка в виде ее повышения (67,5–72,5%) при одновременном снижении ощелачивающей функции антрального отдела желудка (75–80%), у пациентов с ГЭРБ — снижение pH пищевода < 4 (в 100% случаев). Степень контаминации

Helicobacter pylori (НР) составила 3–3,5 балла у 57,5–85% больных. По данным уровня малонового диальдегида (МДА) сыворотки крови у 88,7% больных констатировано усиление процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) на фоне снижения антиоксидантной активности крови по уровню каталазы у 78,7% пациентов.

После проведенного лечения у большинства больных наблюдалась положительная динамика клинических и параклинических показателей, характеризующих состояние эзофагогастродуоденальной системы. Прекратились или значительно уменьшились боли (у 74 больных – 92,5%), диспепсические явления, регургитационный синдром (71–88,7%), астения (59–88%), $p < 0,05$. У 80 человек (88,9%) улучшились показатели ЭГДФС и интраорганной рН-метрии, что особенно наглядно выразилось в прекращении пищеводного рефлюкса у 13 из 14 пациентов (92,8%), эпителизации эрозий желудка и луковицы 12-перстной кишки (у 84,6% больных с эрозиями), заживления язв у пациентов (у 83,8% пациентов с язвами).

При этом положительная динамика болевого и диспепсического синдромов была выше в первой группе больных (95%) по сравнению со второй (77,5%), улучшение эндоскопической картины (рубцевание язв, эпителизация эрозий, уменьшение проявлений активного эзофагита, гастрита, дуоденита) достоверно чаще выявлялось также в группе больных, получавших комбинированную терапию по сравнению с контрольной группой – 38 (95%) против 26 (65%), $p < 0,01$. По данным интрагастральной рН-метрии было отмечено значительное снижение кислотообразующей и улучшение кислотонейтрализующей функций желудка у 86,7% в группе наблюдения против 64,3% в группе контроля ($p < 0,01$). Снижение уровня МДА в сыворотке крови при комбинированном применении курортных факторов с медикаментозной терапией произошло у 95% больных против 77,5% в группе больных, не получавших медикаментозную терапию ($p < 0,05$). Повышение уровня каталазы наблюдалось в 92,5% случаев в группе наблюдения и в 75% в группе контроля ($p < 0,05$).

Эрадикация НР достигнута в основной группе у 97,5% больных, в группе контроля – у 27,5% пациентов ($p < 0,001$). Корреляционный анализ выявил прямую связь между уменьшением степени активности воспали-

тельно-деструктивных изменений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны и уровнем МДА, а также хеликобактериоза и обратную – с уровнем каталазы.

Общая эффективность курортной терапии (значительное улучшение, улучшение) составила в основной группе 95% (38 человек), в контрольной – 67,5% (27 человек), $p < 0,01$.

Заключение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что для оптимизации курортного лечения больных с утяжеленной гастродуоденальной патологией (ГЭРБ, эрозивные гастродуодениты, часто рецидивирующая язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) показано сочетанное применение природных физических факторов и стандартной противоязвенной медикаментозной терапии. Этот метод повышает эффективность курортного лечения, способствует быстрой ликвидации болевого и диспепсического синдромов, благоприятной динамике эндоскопических, электрофизиологических и биохимических показателей, эрадикации НР, улучшению общего состояния больных и, следовательно, профилактике раннего рецидивирования эрозивно-язвенных поражений эзофагогастродуоденальной слизистой.

Литература

1. Богер М.М. Язвенная болезнь. Современные аспекты этиологии, патогенеза, саногенеза. – Новосибирск, 1986. – 255 с.
2. Водолагин В.Д. // Клиническая медицина. – 1997. – № 5. – С. 11 – 13.
3. Геллер Л.И., Бессонова Г.А. // Клин. мед. – 1992. – № 2. – С. 85 – 88.
4. Ефименко Н.В., Осипов Ю.С. // Актуальные вопросы курортной науки в России: Материалы юбилейной научно-практической конференции. – Пятигорск, 2000. – С. 18 – 20.
5. Ефименко Н.В., Осипов Ю.С., Товбушенко М.П., Васин В.А. Санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями эзофагогастродуоденальной системы. – Пятигорск, 2006. – 246 с.
6. Ивашкин В.Т. // Росс. журн. Гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2001. – № 2. – С. 9 – 16.