

УДК [616.33-002:614.34] (575.2) (04)

## ГАЛЬВАНОГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

*О.А. Калюжная*

Изучено сочетанное действие гальваногрязелечения и питья минеральной воды на течение хронического гастродуоденита в период неполной и полной ремиссии. Приведены результаты наблюдений за течением заболевания и переносимости предлагаемого метода лечения.

*Ключевые слова:* хронический гастродуоденит; гальваногрязелечение; бальнеотерапия.

Хронический гастродуоденит (ХГД) встречается у 80 % населения [1], а по отношению ко всем заболеваниям желудочно-кишечного тракта составляет около 30 % [2, 3]. На сегодняшний день первичный хронический гастродуоденит рассматривается как предъязвенная стадия язвенной болезни желудка, поэтому разработка эффективных методов лечения и профилактики этого заболевания представляет собой важную медико-социальную проблему [4].

Достигнутые в последние годы успехи в изучении этиологии и патогенеза ХГД, связанные прежде всего с выявлением *Helicobacter pylori* (НР), заставили пересмотреть существующие подходы к фармакотерапии данного заболевания. 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 хронических гастродуоденитов [5–8]. В этом плане физические и курортные методы лечения не потеряли своего значения, так как они воздействуют на различные звенья патогенеза ХГД [9, 10].

Рациональное использование физио- и бальнеотерапии с учетом индивидуальных особенностей организма и характера течения заболевания в сочетании, при необходимости, с медикаментозной терапией, позволяет эффективно и в короткие сроки решать сложную задачу по комплексному восстановлению здоровья пациентов с ХГД. Одним из ключевых факторов успеха в лечении ХГД в Кыргызстане является возможность применения естественных природ-

ных факторов – минеральной воды и лечебной грязи [3, 11].

В связи с этим целью настоящей работы явилось клинико-функциональное обоснование применения гальваногрязелечения с питьем минеральной воды у больных с ХГД.

В исследованиях принимали участие 52 пациента: из них 20 (38,5 %) мужчин и 32 (61,5 %) женщины, страдающих ХГД. Заболевание в фазе загущающего обострения наблюдалось у 21 (40,4 %) пациента и в фазе ремиссии – у 31 (59,6 %). Наряду с общеклиническим обследованием, включавшим жалобы, данные анамнеза и объективного осмотра, всем больным в динамике проводилось эзофагогастродуоденоскопическое исследование (ЭГДС), определение хеликобактер и кислотной продукции желудка. С помощью аппаратов ГИФ-Р20 и ГИФ-Р30 (панэндоскопом) проводилась эндоскопия, которая позволяла последовательно, в течение одной процедуры, осмотреть пищевод, желудок и двенадцатиперстную кишку. Диагностика *Helicobacter pylori* проводилась с использованием полуколичественной тест-системы “ХЕЛЛИК” (Россия). Специфичность уреазного теста достигает 100, чувствительность – 96 %. Норма присутствия НР от 2 до 5 единиц. Высокая специфичность объясняется тем, что из бактерий, обнаруживаемых в желудке, только НР имеют достаточную для быстрого изменения рН уреазную активность. Кислотопродуцирующую функцию желудка и двенадцатиперстной кишки изучали с помощью интрагастральной рН-метрии на аппарате “Гастроскан-24” (“Исток-Система”, Россия). Для наиболее полного изучения динамики клинических проявлений были специально раз-

работаны индивидуальные карты обследуемых с балльной оценкой каждого симптома. Полученный материал подвергался автоматизированной статистической обработке с использованием прикладной программы Microsoft Excel с определением критерия достоверности Фишера–Стьюдента. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при значении ( $p < 0,05$ ).

После верификации диагноза ХГД, пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, тяжести и стадии заболевания. Основную группу наблюдения составили 32 человека в возрасте 18–42 лет (средний возраст 29 лет). Давность заболевания: до 10 лет – 9 пациентов, от 5 до 2 лет – 16, до 2 лет – 7. Сопутствующая патология: хронический холецистит у 14 (43,7 %) больных, хронический гепатит – 6 (18,7 %), эндемический зуб – 4 (12,5 %). Основной группе назначался лечебный комплекс, включавший питье маломинерализованной воды и гальваногрязелечение. Гальваногрязевые процедуры проводились с помощью аппарата “Поток-1”, для процедуры использовалась торфяная грязь Камышановского месторождения. Все больные получали гальваногрязелечение на область желудка поперечно, продолжительность одной процедуры – 20 минут ежедневно, курс состоял из 10 процедур. Лечение проводилось через 1–2 часа после приема пищи. Перед процедурой больной выпивал стакан теплой (температура 38 градусов) не газированной, слабощелочной минеральной воды “Ыссык-Ата”, (состав углекислая хлоридно-гидрокарбонатная натриевая рН 7,2–8,5).

Контрольную группу составили 20 человек в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 27 лет), давность заболевания: до 10 лет – 5 больных, от 5 до 2 лет – 11, до 2 лет – 4. Сопутствующая патология: хронический холецистит у 11 (55 %) больных, хронический гепатит у 5 (25 %), эндемический зуб у 2 (10 %). Больные этой группы получали стандартную фармакотерапию: омерпазол (20 мг 2 раза в день), амоксициллин (500 мг 4 раза в день), метронидазол (500 мг 2 раза в день) в течение 10 дней. Больным основной и контрольной групп лечение проводилось на фоне диеты № 1.

В основной группе при первоначальном обследовании боли в эпигастальной области различной степени выраженности отмечались у 30 (93,7 %) больных. Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдались: изжога – у 21 (65,6 %) больного, отрыжка – 16 (50,0 %), срыгивание – 3 (9,4 %), тошнота – 8 (25,0 %) пациентов. На неприятный вкус во рту жалова-

лись 19 (59,4 %) больных, изменение аппетита – 23 (71,9 %), метеоризм – 27 (84,4 %), урчание – 18 (56,2 %), запоры – 18 (56,2 %), поносы – 8 (25,0 %). У большинства обследуемых отмечались быстрая утомляемость – 23 (71,9 %) человек, неустойчивость настроения – 19 (59,4 %), нарушение сна – 12 (37,5 %), характерные для астеновегетативного синдрома. Исходно у всех больных ХГД выявлялась характерная клиническая и функциональная картина. При первичном обследовании у пациентов основной группы на ЭГДС у 19 (59,4 %) больных был диагностирован неатрофический дуоденит (поверхностный – 12 (25,0 %) – гастрит. При проведении Хелик-теста активное присутствие НР-инфекции (22–15 у. е.) было выявлено у 9 (28,1 %) больных, среднее (15–8 у. е.) – у 9 (28,1 %) и у 12 (37,5 %) – умеренное (9–5 у. е.) при норме 2–5 у. е.

В контрольной группе при обследовании боли в эпигастальной области выявлены у 16 (80,0 %) пациентов. Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдались: изжога – у 14 (70,0 %) больных, отрыжка – 13 (65,0 %), срыгивание – 1 (5,0 %), тошнота – 14 (70,0 %), неприятный вкус во рту – 9 (45,0 %) больных. Также отмечалось изменение аппетита у 8 (40 %), метеоризм – 14 (70,0 %), урчание – 11 (55,0 %), запоры – 15 (75,0 %), поносы – 3 (15,0 %) пациентов. Большинство обследуемых жаловались: на быструю утомляемость – 16 (80,0 %) пациентов, неустойчивость настроения – 7 (35,0 %), нарушение сна – 6 (30,0 %), характерные для астеновегетативного синдрома. На ЭГДС контрольной группы у 11 (55,0 %) больных был диагностирован неатрофический дуоденит (поверхностный у 40,0 и диффузный – у 15, %), у 3 (15 %) больных наблюдался атрофический дуоденит, у 6 (30 %) больных – гастрит. При проведении Хелик-теста активное присутствие НР-инфекции (22–15 у. е.) было выявлено у 9 (45 %) больных, у 5 (25,0 %) – среднее (15–8 у. е.), у 4 (20,0 %) – умеренное (9–5 у. е.) при норме 2–5 у. е. Таким образом, можно сделать вывод, что сравниваемые группы сопоставимы не только по возрасту, тяжести и стадии заболевания, но и по клинико-функциональным критериям заболевания.

В связи с тем, что одной из важных причин развития хронического гастродуоденита является усиление кислотообразующей функции желудка, определяющей в целом разнообразие клинической симптоматики и неблагоприятный прогноз заболевания в виде перехода в язвенную болезнь [4], нами было проведено определение

Таблица 1 – Показатели рН-метрии до лечения у больных хроническим гастродуоденитом

| Кислотность          | рН тела желудка | рН антрального отдела | рН луковицы ДПК |
|----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| Норма                | 2,19±0,12       | 3,21±0,11             | 7,4±0,14        |
| Исход (n = 52)       | 1,47±0,15       | 2,51±0,14             | 4,81±0,18       |
| Основная (n = 32)    | 1,42±0,14*      | 2,53±0,13**           | 4,75±0,17       |
| Контрольная (n = 20) | 1,54±0,13**     | 2,48±0,16***          | 4,91±0,16       |

Примечание: \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,1$ .

Таблица 2 – Показатели рН-метрии после лечения у больных хроническим гастродуоденитом

| Кислотность          | рН тела желудка | рН антрального отдела | рН луковицы ДПК |
|----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| Норма                | 2,19±0,12       | 3,21±0,11             | 7,4±0,14        |
| Исход (n = 52)       | 2,04±0,14       | 2,76±0,16             | 6,35±0,20       |
| Основная (n = 32)    | 2,17±0,14*      | 3,16±0,16**           | 6,62±0,21       |
| Контрольная (n = 20) | 1,83±0,12**     | 2,12±0,14***          | 5,93±0,15       |

Примечание: \* –  $p < 0,01$ ; \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,1$ .

рН-метрии в различных отделах гастродуоденальной области у 52 больных.

При проведении рН-метрии у больных, включенных в исследование, было выявлено резкое снижение значений рН как в теле, так и, особенно, в антральном отделе желудка, (в 1,5 и 2,12 раза соответственно), что подтверждает наличие гиперацидного состояния желудка, связанного, по мнению ряда авторов [3, 11] с гиперпродукцией соляной кислоты в теле желудка и снижением кислотонейтрализующей функции его антрального отдела (таблица 1).

Обращает на себя внимание выраженное снижение рН даже в бульбарном отделе двенадцатиперстной кишки до значений 4,8, что в 1,76 раза ниже, чем в норме, где имеет место щелочная среда. Такой сдвиг кислотно-щелочного равновесия в кислую сторону непосредственно связан с угнетением ощелачивающей функции этого отдела гастродуоденальной области.

Таким образом, результаты рН-метрии свидетельствуют о нарушении секреторной функции гастродуоденальной системы с повышением ее агрессивности за счет гиперацидного состояния во всех изучаемых отделах.

Больные основной группы хорошо переносили процедуры гальваногрязелечения, нежелательных реакций в процессе лечения не наблюдалось. Среди больных контрольной группы, получавших медикаментозное лечение, отмечались проявления диареи у двух пациентов и аллергическая реакция в виде сыпи у одного больного.

В процессе проводимого лечения проявлялась положительная динамика заболевания, у большинства больных обеих групп наблюдалось исчезновение болевого и диспепсического синдромов, улучшение общего самочувствия. В основной группе, получавшей гальваногрязелечение с питьем минеральной воды, уменьшение боли отмечалось уже на 4-й день лечения, в контрольной группе соответственно – на 5-й день медикаментозной терапии. После курсового лечения болевой синдром в основной группе сохранялся у 1 (3,3 %) больного, в контрольной – у 2 (12,5 %). Отрыжка в основной группе купировалась у 14 (87,5 %) пациентов, в контрольной – у 11 (84,6 %). Исчезновение изжоги в основной группе наблюдалось у 12 (57,1 %), в контрольной группе – у 6 (42,8 %) пациентов. Симптомы рвоты и тошноты полностью купировались в обеих группах. Астеновегетативный синдром в основной группе купировался у 25 (78,1 %) пациентов, в контрольной – у 15 (75,0 %). К моменту повторного эндоскопического исследования на 14-е сутки болевой и диспепсический синдромы купировались в обеих группах.

Выявленная положительная динамика клинических показателей подтверждалась проводимыми методами функциональной диагностики. Так, курсовое лечение минеральной водой в сочетании с гальваногрязелечением оказало активное действие на динамику эндоскопической картины заболевания. После проведенной терапии у 29 (90,6 %) больных основной группы слизи-

стая оболочка двенадцатиперстной кишки (СО ДПК) соответствовала норме или гастродуодениту с минимальной активностью, в контрольной группе таких больных было 18 (90,0 %) человек. Уменьшилась обсемененность гастродуоденальной слизистой НР в основной группе. Активный процесс был выявлен у 5 (15,6 %) больных из 9 (28,1 %) до лечения, среднее присутствие НР – у 6 (18,7 %) из 9 (28,1 %), у 7 (21,9 %) из 12 (37,5 %) – умеренное, норма – у 14 (43,7 %). После курса медикаментозной терапии в контрольной группе определение обсемененности слизистой оболочки желудка микроорганизмами НР выявило активный процесс у 2 (10,0 %) больных из 9 (45,0 %) до лечения, среднее присутствие НР – у 1 (5,0 %) из 5 (25,0 %), у 2 (10,0 %) из 4 (20,0 %) – умеренное, норма – 15 (75,0 %).

Оценка результатов рН-метрии у наблюдаемых больных после лечения показала, что наиболее выраженное антацидное действие оказывает применение гальваногрязелечения с питьем минеральной воды, что проявляется восстановлением кислотно-щелочного равновесия до уровня здоровых лиц. При применении медикаментозной терапии наблюдается улучшение кислотно-нейтрализующей функции желудка и ощелачивающей функции двенадцатиперстной кишки, хотя эти изменения не сопровождались достижением нормальных значений (таблица 2).

Таким образом, гальваногрязелечение в сочетании с питьем минеральной воды оказывает значительное влияние на состояние здоровья больных ХГД, о чем свидетельствует положительная динамика клинико-функциональных показателей и оценка ближайших результатов лечения. Преимуществом предлагаемого метода перед медикаментозным лечением, является хорошая переносимость и отсутствие побочных и аллергических реакций.

#### Литература

1. Дворкин М.И. Иммуные сдвиги при НР-инфекции / М.И. Дворкин, И.М. Дворкин // Центрально-Азиатский Медицинский журнал. 2008. XIV (2). С. 145–149.
2. Ивашкин В.Т. Хронический гастрит: современные представления, принципы диагностики и лечения / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина // Российский мед. журнал. 2001. № 3. С. 54–60.
3. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения / Р.М. Филимонов. М.: Медицина, 2005. 392 с.
4. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения в гастроэнтерологии / Г.Н. Пономаренко, Т.А. Золотарева. СПб., 2004. 285 с.
5. Куликов А.Г. Влияние физических факторов на микроциркуляцию в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки при гастродуоденальной патологии / А.Г. Куликов, В.А. Максимов, С.Н. Зеленцов // Вопросы курортол. 2001. № 3. С. 24–27.
6. Синчук Л.М. Лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивного гастродуоденита у детей электрофорезом гумизоля / Л.М. Синчук, З.А. Шкиряк-Нижник, Н.К. Унич и др. // Курортология и физиотерапия: Респ. межвед. сб. Киев, 1992. Вып. 5. С. 74–76.
7. Филимонов Р.М. Лазеротерапия в реабилитации больных первичным хроническим гастродуоденитом / Р.М. Филимонов, О.М. Мусаева // Вопросы курортологии, физиотер. и ЛФК. 2006. № 2. С. 10–13.
8. Phull P., Ryder S., Halliday D. The economic and quality of life benefits of Helicobacter pylori eradication in chronic duodenal ulcer disease – a community – based study // Postgrad. Med. J. 1995. 71 (837). P. 413–418.
9. Аруин Л.И. Хронический гастрит / Л.И. Аруин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков и др. Амстердам, 1993.
10. Григорьев П.Я. Краткое формулярное руководство по гастроэнтерологии и гепатологии / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко. М., 2003. 71 с.
11. Алымкулов Д.А. Горно-рекреационные ресурсы Кыргызстана и использование их в курортно-оздоровительных учреждениях / Д.А. Алымкулов. Бишкек, 2002. 203 с.