

На правах рукописи

ШАЛОВ МАРАТ ТАНИРБЕРГЕНОВИЧ

**Коррекция метаболических нарушений при
эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной
системы на санаторно-курортном этапе**

14.03.11 – восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

**Пятигорск
2011**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства»

Научный руководитель:

кандидат медицинских наук А.С. Кайсинова

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор В.А. Васин;

кандидат медицинских наук С.А. Пачин.

Ведущая организация: Федеральное государственное учреждение «Томский научно-исследовательский курортологии и физиотерапии Федерального медико-биологического агентства».

Защита диссертации состоится « 20 » декабря 2011 г. в 12.00 ч.
на заседании Диссертационного совета Д 208.015.01
при ФГБУ ПГНИИК ФМБА России
(357501, г. Пятигорск, пр. Кирова, д. 30).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ ПГНИИК
ФМБА России
(357501, г. Пятигорск, пр. Кирова, д.30).

Автореферат разослан « 15 » ноября 2011 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат медицинских наук _____ Е.Н. Чалая

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ:

- АЛТ** – аланинаминотрансфераза
АСТ – аспаргатаминотрансфераза
АОЗ – антиоксидантная защита
ВНС – вегетативная нервная система
ГДЗ – гастродуоденальная зона
ГДС – гастродуоденальная система
ГДСО – гастродуоденальная слизистая оболочка
ГЭП-система – гастроэнтеропанкреатическая система
ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс
ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДГР – дуоденогастральный рефлюкс
ДПК – двенадцатиперстная кишка
КЖ – качество жизни
ЛК - лечебный комплекс
ЛФК – лечебная физкультура
МДА – малоновый диальдегид
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
ПОЛ – перекисное окисление липидов
СОЖ – слизистая оболочка желудка
СО - слизистая оболочка
ХЭГД – хронический эрозивный гастродуоденит
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия
ЯБ - язвенная болезнь
НР - *Helicobacter pylori*

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на достигнутые успехи в медикаментозной терапии пациентов с эрозивно-язвенными поражениями гастроуденальной системы (использование современных высокоэффективных антисекреторных, пленкообразующих и антихеликобактерных средств), лечение их представляет сложную проблему (В.Д. Водолагин, 1997; В.Т. Ивашкин, 2002; D.M. Cittely, M.G. Huertas, J.D. Martines et al., 2002). Поскольку в патогенезе эрозий и язв существенное место принадлежит нарушениям перекисного гомеостаза, липидного и пигментного обмена с последующим развитием цитолитических процессов и дефицитом полиненасыщенных жирных кислот, то становится понятной роль эссенциальных фосфолипидов и других антиоксидантов в комплексе восстановительного лечения (В.Н. Игнатов, 2008; И.И. Таранов, 2004). Цитолиз клеточных мембран ставит проблему их восстановления, для чего возникает необходимость экзогенного введения в достаточных дозах эссенциальных фосфолипидов, что будет способствовать коррекции перекисного дисбаланса, других метаболических нарушений и ускорит процессы регенерации (И.Н. Бойко, 2006; P.Y. Bianchi, F. Parente, O. Sangaletti, 1990).

Учитывая вышеизложенное, становится очевидным, что для ускорения сроков эпителизации эрозий и рубцевания язв в комплекс лечения на основных стадиях долечивания и реабилитации целесообразно вводить эссенциальные фосфолипиды, под влиянием которых улучшаются все виды обмена веществ (липидный, белковый и углеводный), перекисный гомеостаз, нормализуются окислительно-восстановительные процессы, улучшается качество жизни данной категории больных (В.Б. Гриневич, С.Н. Мехтиев, В.А. Ратников и др. 2006; А.Б. Смолянинов, И.Н. Бойко, 2004; A. Wowing, 1996).

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации больных хроническими эрозивными гастродуоденитами и часто рецидивирующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на этапе долечивания путем коррекции метаболических нарушений с комплексным использованием курортных факторов, антисекреторных препаратов и эссенциальных фосфолипидов.

Задачи исследования:

1. Изучить в исходном состоянии клинико-биохимические и функциональные показатели, перекисный гомеостаз у больных хроническими эрозивными гастродуоденитами и часто рецидивирующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе затухающего обострения.

2. В сравнительном аспекте исследовать влияние различных лечебных комплексов с курортными лечебными факторами и антисекреторной терапией и их сочетания с препаратами, содержащими эссенциальные фосфолипиды (эссенциале-форте) на основные показатели патологического процесса на этапе долечивания.

3. На основании непосредственных и отдаленных результатов исследования разработать практические рекомендации по применению новой технологии курортного лечения больных с осложненными формами эрозивно-язвенных поражений органов гастроудоденальной системы на этапе долечивания.

Научная новизна работы. Впервые подробно изучены особенности клинико-функционального статуса у больных с осложненными формами эрозивно-язвенных поражений органов гастроудоденальной системы и определены основные патогенетические звенья формирования и прогрессирования патологического процесса в данной зоне.

Подтверждена значимость метаболических нарушений с активацией процессов перекисного окисления липидов, развитием цитолиза клеточных мембран и дефицитом полиненасыщенных жирных кислот в сложном механизме ульцерогенеза гастроудоденальной системы, что явилось основанием для совершенствования схем лечения и введения эссенциальных фосфолипидов в комплекс восстановительных мероприятий при эрозивно-язвенных поражениях гастроудоденальной системы на этапе долечивания на курорте.

Впервые показана эффективность применения эссенциальных фосфолипидов в комплексном курортном лечении больных с эрозивно-язвенными поражениями органов гастроудоденальной системы за счет активации саногенетических процессов, способствующих нивелированию агрессии перекисного окисления липидов, улучшению репаративных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Впервые проведена сравнительная оценка качества жизни больных с эрозивно-язвенными поражениями органов гастроудоденальной системы при различных терапевтических подходах на этапе долечивания и реабилитации.

Предложен новый способ курортного лечения эрозивно-язвенных поражений гастроудоденальной системы на этапе долечивания и реабилитации, обеспечивающий более быстрое заживление эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Применение данной технологии снижает риск хронизации, частого рецидивирования патологического процесса и развития тяжелых осложнений при данной патологии.

Практическая и теоретическая значимость научных результатов.

В практику курортного дела разработана и внедрена принципиально новая медицинская технология санаторно-курортного лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями гастроудоденальной системы на этапе долечивания. Это дополнит медицинскую науку новыми теоретическими представлениями в области реабилитационного лечения данной категории больных.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Комплексное применение природных лечебных факторов и эссенциальных фосфолипидов на этапе долечивания при эрозивно-язвенных поражениях органов гастроудоденальной системы способствует улучшению метаболического статуса, стабилизирует перекисный гомеостаз, снижает риск хронизации патологического процесса, частого рецидивирования и развития тяжелых осложнений.

2. Включение в комплекс лечения при эрозивно-язвенных поражениях органов гастроудоденальной зоны эссенциальных фосфолипидов позволяет добиться высоких показателей медицинской реабилитации, значительно повышает качество жизни данной категории больных.

Апробация работы и внедрение результатов исследования.

Материалы работы доложены на конференции гастроэнтерологов Южного Федерального Округа (Железноводск, 23-25 апреля 2008 г., Ессентуки, 3-4 апреля 2009 г.), Всероссийском форуме «Здравница-2009» (Москва-Самара), Медицинском конгрессе «Кавказская здравница» (Кисловодск, 2010-2011 г.г.), VI Международном конгрессе «Восстановительная медицина и реабилитация-2009» (Москва), Международной конференции «Современные медицинские технологии в восстановительной медицине, медицинской реабилитации и курортологии» (Сочи, 2009), I конгрессе Врачей здравоохранения Юга России (Ростов, 2010), VII Южно-Российском форуме «Кавказская здравница» (Кисловодск, 2010), Медицинском форуме «Здравоохранение и развитие фарминдустрии: междисциплинарный диалог» (Пятигорск, 2010).

По материалам диссертации опубликовано 14 научных статей, из них 3 в журналах, рецензируемых ВАК РФ, разработана 1 новая медицинская технология «Способ коррекции метаболических нарушений при эрозивно-язвенных поражениях гастроудоденальной системы», зарегистрированная в Росздравнадзоре (ФС №2009/158 от 30.06.2009).

Внедрение в практику. Результаты проведенных исследований внедрены в практику гастроэнтерологических отделений Пятигорской клиники и филиалов Ессентукская и Железноводская клиники ФГУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России», санаториев «Горячий ключ», «Руно» Пятигорского курорта, санаториев «Юность», «Металлург» Ессентукского курорта.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 132 страницах, состоит из введения, 5 глав, обсуждения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, списка литературы (222 источника), иллюстрирована 20 таблицами и 7 рисунками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с поставленной целью и задачами исследования предметом наших наблюдений были 80 больных в возрасте от 18 до 60 лет, проходившие лечение в филиале Ессентукская клиника ФГУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА

России» и филиале Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан Санатории «Казахстан».

Отдаленные результаты после лечения изучены у 50% пациентов методом повторного поступления на лечение в Ессентукскую клинику и в санаторий «Казахстан».

Все пациенты перед поступлением на курорт находились по месту жительства на стационарном или амбулаторном (дневной стационар) лечении и в течение 18-21 дня и получали медикаментозную противоязвенную терапию согласно «Стандартам диагностики и терапии кислотозависимых заболеваний, в том числе и ассоциированных с *Helicobacter pylori*» (третье Московское соглашение, 4 февраля 2005 г.) [111]: омепразол по 20 мг 2 раза в день, де-нол 120 мг 4 раза в день 2 нед., при наличии НР - антихеликобактерные препараты - кларитромицин 500 мг 2 раза в день и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в день 10 дней.

Методы обследования

Для характеристики морфофункционального состояния гастродуоденальной системы использовались следующие тесты.

1. Исследование секреторной функции желудка проводилось методом проведения [интрагастральной компьютерной рН-метрии](#) на ацидогастрометре АГМ-05К «[Гастроскан-3](#)» с 3-х датчиковыми рН-зондами и компьютерной обработкой информации, производства научно-производственного предприятия «[Исток-Система](#)» г. Фрязино Московской области (рис. 1).

2. Эзофагогастродуоденоскопия проводилась при помощи фиброскопа «Olimpus», Япония. При ЭГДС оценивались состояние гастродуоденальной слизистой оболочки, наличие и степень выраженности морфологических и функциональных изменений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а именно, наличие в СО гиперемии, отека, эрозий и изъязвлений, гиперплазии, атрофии. Показатели ЭГДС являлись основными в оценке динамики патологического процесса ГДС и служили критерием эффективности проведенного лечения.

3. Учитывая общность механизмов формирования язвенной болезни и метаболического синдрома нами были изучены показатели углеводного, липидного обмена, гормонального и перекисного гомеостаза.

Функциональное состояние печени изучалось биохимическими тестами, изменение которых характеризовало тот или иной клинко-биохимический синдром. Изучались показатели следующих синдромов: цитолитический (по уровню АЛТ, АСТ в сыворотке крови), гепатодепрессивный (по уровню альбуминов сыворотки крови), холестатический (по уровню билирубина и его фракций, холестерина) и мезенхимально-воспалительный (по уровню тимоловой пробы, гамма-глобулинов), которые в определенной мере отражали степень печеночной недостаточности.

Для суждения о морфологических изменениях слизистой оболочки антрального отдела желудка мы изучали уровень гастрина-17 в сыворотке крови. Согласно современным исследованиям уровень гастрина-17 косвенно свидетельствует о функционально-морфологическом состоянии антрального отдела желудка, при условии его инфицирования *Helicobacter pylori*, который, как известно, преимущественно поражает именно этот отдел.

С целью оценки состояния защитных и компенсаторно-приспособительных механизмов при эрозивно-язвенных поражениях ГДСО проведено исследование кортизола и инсулина в сыворотке крови методом иммуно-ферментного анализа.

Нормативы и методика исследования показателей липидного обмена, перекисного и гормонального гомеостаза и функциональных проб печени приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Лабораторные показатели сыворотки крови в норме

Показатель	Метод определения	Нормальные значения <i>M ± m</i>
Холестерин	Илька	5,09±0,13 ммоль/л
Триглицериды	С помощью наборов Lachema	0,6±0,016 ммоль/л
Глюкоза крови		4,4±3,2 ммоль/л
Билирубин	Ендрассика	12,9±0,95 мкмоль/л
АЛТ	Райтмана-Френкеля	0,33±0,14 мкмоль (ч.л.)
АСТ	Райтмана-Френкеля	0,31±0,10 мкмоль (ч.л.)
Тимоловая проба	Маклагана	3,11±0,28 ед.
γ-глобулины	Электрофорез на бумаге	16,1±1,82%
Альбумины	Электрофорез на бумаге	55,8±2,92%
Фосфолипиды	Зильвесмита-Дэвиса	2,03±0,17 ммоль/л
Малоновый диальдегид	Метод реакции тиобарбитуровой Кислотой	3,2±1,3 ммоль/л
Каталаза	Метод реакции с молибдатом аммония	75,6±1,95%
Инсулин	ИФА	7,6±1,2 мкМЕ/мл
Кортизол	ИФА	285±17,8 нмоль/л)
Гастрин-17	ИФА	7,6±1,8 пмоль/л

4. **Оценка психосоматического статуса** проводилась путем медико-психологического тестирования. При обследовании больных использовали следующие методики: 1) Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; 2) опросник депрессии Бека. Всем пациентам было проведено анкетирование, анкеты заполнялись самостоятельно, без вмешательства медицинского персонала.

Интенсивность симптомов была ранжирована в баллах, за норму взяты показатели 20 здоровых людей.

5. Оценка качества жизни больных проводилась при помощи краткой версии опросника MOS SF-36, который предназначен для самостоятельного заполнения пациентами и отражает собственную оценку больным своего состояния.

Методы лечения

Лечение проводилось на основе информированного добровольного согласия больного согласно п. 4.6.1. Приказа №163 (ОСТ 91500.14.0001-2002) Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Курортное лечение проводилось комплексно и включало санаторно-курортный режим, диетическое питание (диета №5 по схеме института питания АМН РФ), лечебную физкультуру, внутреннее применение питьевой минеральной воды, минеральные ванны и медикаментозные средства (антисекреторные препараты и эссенциальные фосфолипиды).

В сравнительном аспекте на фоне санаторного режима, диетопитания и приема питьевой минеральной воды Эссентуки №4 изучено действие двух лечебных комплексов (ЛК):

- 1 ЛК (контрольная группа, 50 чел.) – больные получали традиционную на Эссентукском курорте бальнеотерапию: внутренний прием углекислой хлоридно-гидрокарбонатной натриевой минеральной воды средней минерализации (6-8 г/л) типа Эссентуки № 4 в количестве 3-3,5мл/кг массы тела, за 30-40 минут до еды, 3 раза в день, в теплом виде, слабосульфидные минеральные ванны с содержанием сероводорода от 10 до 20 мг/л, температурой 36-37°C, продолжительностью 15 минут, через день, на курс лечения 8-10 процедур на фоне антисекреторной терапии омепразолом 20 мг 1 раз утром в течение всего периода лечения в санатории;

- 2 ЛК (основная группа, 50 чел.) – с целью оптимизации лечебного процесса больным 2-ой группы дополнительно были назначены эссенциальные фосфолипиды, под влиянием которых улучшаются все виды обмена веществ (липидный, белковый, углеводный), нормализуется перекисный гомеостаз и окислительно-восстановительные процессы: эссенциале 10,0 в/в на 5,0 мл аутокрови № 10 ежедневно, затем по 2 капсулы 3 раза в день в течение 10 дней.

Обе группы больных по основным клиническим и параклиническим параметрам были сопоставимы.

Общая продолжительность санаторно-курортного лечения составила 21 день.

Интенсивность двигательной, питьевой и бальнеологической нагрузок дозировалась индивидуально с учетом особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний, общего состояния организма.

Критерии оценки эффективности лечения

Оценка эффективности курортного лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями органов гастродуоденальной системы на этапе

долечивания проводилась комплексно с учетом всех клинических и параклинических показателей. При этом под оценкой «значительное улучшение» понималось полное исчезновение всех субъективных и объективных признаков, нормализация большинства биохимических, функциональных и эндоскопических показателей с полной эпителизацией эрозий и рубцеванием язв, «улучшение» означало благоприятную динамику большинства из них. Оценка «без перемен» ставилась в тех случаях, когда не обнаруживалось положительной динамики течения патологического процесса. Оценкой «ухудшение» характеризовали случаи, когда происходило ухудшение ведущих показателей, свидетельствующих о функциональном состоянии гастродуоденальной системы.

Изучение отдаленных результатов лечения

Изучение отдаленных результатов курортного лечения проводилось через 10-12 месяцев путем повторного вызова на лечение в Ессентукскую клинику, а также повторного лечения в санатории «Казахстан». При повторном обследовании использовались те же методики, что и при первичном поступлении. Результаты обследования сопоставлялись с таковыми при первичном поступлении, что позволяло оценить роль эссенциальных фосфолипидов в общем комплексе курортного лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями органов гастродуоденальной зоны на этапе долечивания.

Статистическая обработка материала

Полученные в результате исследований данные статистически обрабатывались на персональном компьютере с применением пакета программ «STAT LAND». Использовались методы как вариационной, так и непараметрической статистики. Распределение наблюдений и их сопоставление оценивались по Пирсену. Вычислялись вариационные характеристики рядов наблюдений (средние, дисперсии, ошибки). Средние величины сравнивались по Стьюденту и отличия считались достоверными при вероятности ошибки $p < 0,05$. В сравнении рядов использовался также ранговый критерий Вилкоксона. Зависимости сопряженных наблюдений выявлялись и отображались с применением как вариационных, так и непараметрических показателей корреляции.

Общие патогенетические механизмы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического эрозивного гастродуоденита обуславливают определенную тактику лечения вне зависимости от этиологии эрозивно-язвенных поражений ГДСО. При этом большинство больных связывали возникновение заболевания с длительными нервно-психическими перенапряжениями (78,8%) при одновременном нарушении режима питания (сменная работа, учеба и т.д.). У части больных (13,8%) причиной заболевания явилось длительное употребление нестероидных противовоспалительных

препаратов, у остальных не удалось выявить факторов, способствовавших возникновению заболевания.

По возрастному составу больные распределились следующим образом: до 30 лет – 16 человек, от 31 до 45 лет – 39 человек, от 46 до 60 лет - 25 человек, то есть наиболее активного трудоспособного возраста. Среди больных 64% составили женщины, мужчины - 36%.

У большинства больных (56%) эрозивно-язвенные поражения наблюдались в течение 4-10 лет, у 30% больных продолжительность болезни была более 10 лет, у 14% - до 3-х лет.

Из сопутствующих заболеваний органов пищеварения чаще всего наблюдались хронический холецистит (32,5%), хронический панкреатит (21,3%), дискинезии желчевыводящих путей (41,2%), синдром раздраженной толстой кишки преимущественно с запорами (31,3%), реже – неалкогольная жировая болезнь печени (11,3%).

При поступлении у 88,7% больных наблюдался болевой синдром. Выраженность болевого синдрома по интенсивности варьировала от неприятных ощущений до кратковременных приступов боли с локализацией в эпи- и/или гипогастрии. При этом более чем у половины из них боли возникали натощак и через 40-60 минут после приема пищи, причем у трети из них в ночное время. Половина всех больных отмечала четкую связь между возникновением боли и психоэмоциональным напряжением.

Диспепсические явления в виде изжоги и отрыжки, тошноты, гиперсаливации, вздутия, урчания в животе наблюдались у 80% пациентов.

Астеноневротический синдром в виде в виде общей слабости и быстрой утомляемости, нарушений сна, головных болей, перебоев в работе сердца отмечался в 48% случаев.

При пальпации живота у 74 человек (92,5%) отмечалась разной интенсивности болезненность и напряжение мышц в пилородуоденальной зоне.

Интрагастральная рН-метрия была проведена у 60 больных. Наличие низких цифр базальной рН в области тела желудка наблюдалось у 73,3% обследованных, в антральном отделе - у 78,3% больных. В стимулированную фазу секреции низкие показатели рН в области тела желудка выявлены у 68,3% пациентов, в области антрального отдела – у 75% больных. Полученные данные свидетельствуют о преобладании непрерывного кислотообразования повышенной интенсивности и кислого декомпенсированного типа антральной секреции, т.е. имело место снижение способности пилорических желез вырабатывать в достаточном количестве щелочной секрет для нейтрализации соляной кислоты, поступающей из фундального отдела желудка, что в свою очередь приводило к закислению двенадцатиперстной кишки.

При этом чем выше была кислотность в теле желудка, тем выше она наблюдалась и в антральном отделе ($r=0,68$; $p<0,001$).

Изучение показателей метаболизма в исходном состоянии выявило их отклонения от нормы. Эти изменения были весьма умеренными - в большинстве случаев не превышали норму более чем в 1,5 раза. Довольно частое нарушение функции печени обусловлено, по-видимому, частыми и длительно рецидивирующими эрозиями и язвами, когда, как правило, происходит вовлечение печени в патологический процесс (В.Б. Гриневич и соавт., 2006; А.Б. Смолянинов, В.А. Новицкий, О.А. Гаврюшин и др., 1997; M.A. Ritz, R. Fraser, W. Tam, J. Dent, 2000).

При изучении функционального состояния печени отмечались отклонения функциональных проб у 53 из 80 больных (66%). Отклонения показателей, характеризующих цитолитический синдром, наблюдались реже - у 31 больного из 80 (38,8%). Довольно часто выявлялось наличие мезенхимально-воспалительного синдрома, о чем свидетельствовала гипергаммаглобулинемия у 35 (43,7%) пациентов и повышение уровня тимоловой пробы у 59 (73,7%). Более чем у 2/3 больных отмечались гипербилирубинемия (преимущественно непрямой фракции), гиперхолестеринемия, отражавшие холестатические явления. У значительной части больных (77,5% наблюдаемых) были выявлены нарушения липидного обмена - холестерина, фосфолипидов.

Нарушения перекисного гомеостаза выявлены у 85% больных, при этом установлено, что чем выше были показатели малонового диальдегида, тем ниже - уровень каталазы ($r=-0,71$; $p<0,001$).

При гормональных исследованиях у 52% пациентов выявлена гиперкортизолемиа, у 48% - гипоинсулинемия, что свидетельствует о состоянии напряжения стрессмобилизирующих систем. У 46% пациентов уровень гастрин в сыворотке крови был выше нормальных величин.

Хорошо известно, что в этиопатогенезе эрозивно-язвенного процесса ГДСО важная роль принадлежит нарушениям психоэмоционального статуса (И.Ю. Колесникова, Г.С. Беляева, 2005; Л.Д. Фирсова, 2004; D. Oken, 2000), которые протекают по типу ипохондрии. Депрессивные тенденции в развитии ипохондрического состояния проявлялись в тех случаях, когда наклонность к снижению настроения и пессимистической оценке перспективы являлись характерологической чертой. Своевременная диагностика варианта развития ипохондрического синдрома позволяет проводить целенаправленную индивидуальную коррекцию, что дает возможность улучшить эмоциональное состояние больного и предупредить дальнейшее углубление психопатологических черт.

В нашем исследовании ипохондрия с тревожно-фобическими расстройствами наблюдалась у 75,8% наблюдаемых нами больных, что подтверждалось проведенным психологическим тестированием. Легкая степень депрессии по шкале Бека выявлена у половины больных, средняя - у 26,7%. По данным шкалы HADS высокий уровень тревоги определялся у

При проведении корреляционного анализа отмечалась четкая взаимосвязь выявленных соматореактивных состояний невротического уровня с выраженностью болевого синдрома ($r=0,63$; $p<0,001$).

Эндоскопическая оценка изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в исходном состоянии проводилась с учетом локализации и выраженности гиперемии, отека, геморрагии, острых и хронических эрозий, атрофии, числа, размеров, локализации язвенного дефекта, частотой провокации ГЭР и ДГР. При этом наблюдалась одновременность поражения различных отделов слизистой эзофагогастроуденальной зоны. При эзофагоскопии у 27,5% была выявлена ГЭРБ, из них у 20% - катаральный эзофагит (эндоскопически – СО с отеком, гиперемией, повышенной ранимостью слизистой оболочки пищевода), а у 7,5% – эрозивный эзофагит. Эрозии пищевода чаще всего были единичные, поверхностные, плоские, диаметром 1-2 мм, покрытые фибринозным налетом, преимущественно линейной формы и лишь у одного больного наблюдались как острые, так и хронические эрозии в виде небольших выбуханий слизистой оболочки с приподнятыми краями и углублением в центре, покрытые фибринозным налетом. Поверхностный гастрит (эндоскопически - отечность, гиперемия СО) выявлен у 36,3% больных. Антрум-гастрит (эндоскопически – СО с выраженной отеком, набухшая, гиперемированная) определялся у 63,8% пациентов. Весьма часто выявлялся дуоденогастральный рефлюкс (у 38,8% больных), что значительно усугубляло течение эрозивного гастрита вследствие агрессивного действия дуоденального содержимого на СОЖ. Рубцовая деформация луковицы ДПК наблюдалась у 32,5% случаев. При дуоденоскопии чаще всего выявлялся проксимальный вариант дуоденита – бульбит (48,7%), который характеризовался очаговой отеком СО, гиперемией, наличием эрозий. У всех 80 больных определялись эрозии и/или язвы СО различной степени. При этом неполные эрозии представляли собой плоские поверхностные дефекты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, преимущественно линейной формы, диаметром 1-2 мм, покрытые фибринозным или геморрагическим налетом; полные или хронические эрозии представляли собой возвышающиеся участки СОЖ в виде папулы с пупковидным вдавливанием в центре, покрытые фибринозным налетом, диаметром до 5-6 мм. У 32,5% была выявлена рубцовая деформация луковицы ДПК на фоне эрозивного дуоденита. Язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки в фазе затухающего обострения (стадии «красного» рубца, при этом рубец имел звездчатую форму с конвергенцией складок, эпителизация рубца отсутствовала, отмечалось умеренное, а в

отдельных случаях выраженное воспаление СО ДПК) определялись у 17,5% пациентов.

С целью выбора оптимальной технологии санаторно-курортного лечения было проведено исследование качества жизни у 60 пациентов в исходном состоянии. Для изучения данной характеристики больными самостоятельно заполнялся опросник MOS SF-36. Полученные данные сопоставлялись с данными КЖ 20 волонтеров. Проведенное тестирование выявило снижение показателей КЖ: суммарное измерение физического здоровья (PCS) составило $40,8 \pm 7,6$ балла при норме $49,5 \pm 8,5$ балла ($p < 0,05$); при суммарном измерении психологического здоровья (MCS) показатели равнялись $35,7 \pm 8,2$ балла при норме $46,5 \pm 7,5$ балла ($p < 0,05$).

При этом выявлена зависимость между показателями КЖ и длительностью заболевания ($r = -0,59$; $p < 0,001$) и количеством рецидивов ($r = -0,54$; $p < 0,001$).

Полученные результаты. При изучении эффективности применения различных лечебных комплексов было отмечено благоприятное действие обеих групп на ведущие показатели, характеризующие патологический процесс. Однако при сравнительной оценке результаты оказались разными: эффективность комплекса с эссенциальными фосфолипидами (2 ЛК) оказалась значительно выше, чем при применении только курортной и антисекреторной терапии (1 ЛК). Так, при рассмотрении динамики клинических симптомов под влиянием указанных выше лечебных комплексов (табл. 12) было отмечено явное преимущество частоты улучшений клинических показателей при использовании 2 ЛК по отношению к 1 ЛК, что объясняется взаимоопотенцирующим влиянием и суммацией позитивных эффектов курортных факторов и медикаментозных средств, а также их благоприятным воздействием на все звенья этиопатогенеза эрозивно-язвенного процесса в ГДС. При этом боли в эпигастрии исчезли в обеих группах больных. Диспепсические явления в конце курса курортной терапии отмечались у 90,6% пациентов, получавших лечение по 2 ЛК против 71,9% при применении 1 ЛК ($p_{1-2} < 0,05$). Такая же динамика наблюдалась и в отношении проявлений астено-невротического синдрома: у 94,3% пациентов 2-ой группы против 79,4% в 1-ой ($p_{1-2} < 0,05$). Болезненность в эпигастральной области отмечалась у 94,7% основной группы против 75% в контроле ($p_{1-2} < 0,05$).

Комплексное применение питьевых МВ и антисекреторных препаратов способствует нормализации секреторной функции желудка, что и было показано в нашем исследовании. По данным проведенной интрагастральной рН-метрии отмечено, что статистически достоверные сдвиги произошли в показателях, характеризующих как кислотообразующую, так и кислотонейтрализующую функции желудка при применении обоих ЛК. При этом достоверного различия между ЛК не наблюдалось, хотя тенденция более выраженных положительных изменений функций антрального отдела желудка

прослеживалась при дополнительном использовании эссенциальных фосфолипидов. Однако следует подчеркнуть, что при применении курортных лечебных факторов, антисекреторной медикаментозной терапии и эссенциальных фосфолипидов (2 ЛК) щелачивающая функция антрального отдела желудка улучшалась по сравнению с 1 ЛК в 1,3-1,5 раза чаще (табл. 2), что является особенно важным, так как при эрозивно-язвенных поражениях ГДСО чаще поражается именно антральный отдел желудка и недостаточность его функции поддерживает патологический процесс в гастродуоденальной СО.

Таблица 2.

Динамика показателей рН-метрии у больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы в зависимости от применяемого лечебного комплекса

Фаза секреции	Отдел желудка	1 ЛК (абс (%)) n=30	% улучш.	2 ЛК (абс (%)) n=30	% улучш.
Б	Тело	<u>21 (70)</u> 3 (10)*	85,7	<u>23 (76,7)</u> 3 (10)*	87
	Анtrum	<u>23 (76,7)</u> 3 (10)*	87	<u>24 (80)</u> 1 (3,3)*	95,8
С	Тело	<u>20 (66,7)</u> 3 (10)*	85	<u>21 (70)</u> 2 (6,7)*	90,5
	Анtrum	<u>20 (66,7)</u> 2 (6,7)*	90	<u>25 (83,3)</u> 1 (3,3)*	96

Примечание: числитель – показатели до лечения; знаменатель – показатели после лечения; * - $p < 0,05$.

У больных сравниваемых групп наблюдались различия в динамике цитолитического, гепатодепрессивного, холестатического и мезенхимально-воспалительного синдромов: при сравнительной оценке двух лечебных комплексов выявлено, что положительная динамика синдромальных показателей метаболизма была на 16-18% более выражена в группе больных, дополнительно получавших эссенциальные фосфолипиды, что подтверждает данные многих исследователей (Л.А. Дударева, А.В. Ткачев, В.О. Вовк, 2009; J. Shai, Z. Guo, A. Sheng, 1995). Эссенциальные фосфолипиды предупреждают цитолиз клеточных мембран, способствуют процессам регенерации, снижают активность процессов перекисного окисления липидов (А.Т. Непсо, 1990; М.Т. Шалов, А.С. Кайсинова, 2009), под их влиянием улучшаются все виды обмена веществ (липидный, белковый и углеводный), нормализуются окислительно-восстановительные процессы. Так уменьшение аминотрансфераземии у больных 2 ЛК произошло в 95% случаев против 77,5% при применении 1 ЛК ($p_{1-2} < 0,05$): уровень АЛТ снизился при применении 1 ЛК с $0,82 \pm 0,05$ до

0,48±0,06 ммоль/л ($p<0,01$), при использовании 2 ЛК – с 0,83±0,02 до 0,36±0,05 ммоль/л ($p<0,01$); показатели АСТ снизились при применении 1 ЛК с 0,47±0,04 до 0,39±0,05 ммоль/л ($p<0,01$), при использовании 2 ЛК – с 0,48±0,03 до 0,32±0,01 ммоль/л ($p<0,01$).

С такой же частотой уменьшилась и выраженность гепатодепрессивного синдрома: у больных 2-ой группы повышение уровня альбуминов в сыворотке крови отмечено в 90% случаев (с 48,8±1,14% до 51,2±0,12%, $p<0,01$) против 72,5% в контроле (с 48,2±1,12% до 55,1±1,09%, $p<0,01$).

Проявления холестатического синдрома уменьшились у 92,5% пациентов, получавших лечение по 2 ЛК (с 23,8±0,26 до 20,9±0,18 ммоль/л ($p<0,01$), тогда как при применении 1 ЛК снижение уровня гипербилирубинемии наблюдалось лишь в 75% случаев (с 23,9±0,27 до 16,8±0,15 ммоль/л ($p<0,01$), $p_{1-2}<0,05$). Уровень холестерина снизился у 95% больных основной группы (с 6,74±0,12 ммоль/л до 5,10±0,09 ммоль/л ($p<0,01$) против 72,5% в контрольной группе (с 6,71±0,13 ммоль/л до 5,45±0,08 ммоль/л ($p<0,01$)).

Динамика показателей мезенхимального воспаления в печени также наблюдалась преимущественно в группе, где использовались эссенциальные фосфолипиды ($p_{1-2}<0,05$): тимоловая проба нормализовалась у 95% больных (с 6,02±0,11 ед. до 3,13±0,15 ед. ($p<0,01$) против 77,5% при использовании только курортной и антисекреторной терапии (с 5,9±0,09 до 3,58±0,14 ммоль/л ($p<0,01$)). С такой же достоверностью произошло уменьшение гамма-глобулинов: при применении 2 ЛК в 92,5% случаев (с 20,3±0,19% до 16,3±0,17% ($p<0,01$) против 75% при применении 1 ЛК (с 19,6±0,23% до 17,8±0,17% ($p<0,01$)).

Особенно показательны изменения липидного обмена ($p_{1-2}<0,05$): коррекция гипофосфолипидемии произошла у 97,5% больных 2-ой группы (с 1,18±0,19 ммоль/л до 2,03±0,17 ммоль/л ($p<0,01$) против 70% 1-ой (с 1,68±0,17 ммоль/л до 1,82±0,18 ммоль/л ($p<0,01$)).

Так как в обеих группах применялись сульфидные ванны, динамика уровней оксидантных и антиоксидантных показателей в сыворотке крови при использовании различных лечебных комплексов была недостоверная. Так, снижение МДА в сыворотке крови при применении лечебного комплекса, включавшего эссенциале, произошло в 97,5% случаев (с 5,61±0,26 до 4,03±0,19 ммоль/л ($p<0,01$) против 90% в группе, получавшей только курортное лечение в сочетании с омепразолом (с 5,56±0,19 до 4,23±0,15 ммоль/л ($p<0,01$)). Повышение уровня каталазы при применении 2 ЛК наблюдалось в 95% случаев (с 65,4±1,26% до 74,2±1,22% ($p<0,01$), при применении 1 ЛК – в 87,5% (с 65,9±1,33% до 73,2±1,41% ($p<0,01$)).

Многочисленными исследованиями ученых курортологов доказано мощное влияние курортных факторов на активацию деятельности регуляторных систем различного уровня биологической интеграции (Ю.В.

Горбунов Исоавт., 2006; Н.Д. Полушина, В.К. Фролков, 1996). В наших исследованиях уровень инсулина у больных, получавших комплексную балнео и медикаментозную терапию с эссенциальными фосфолипидами, в конце курса лечения достоверно повысился, тогда, как при применении 1 ЛК наблюдалась только тенденция к его увеличению ($p_{1-2}<0,05$). Уровень гастрина у этой группы больных был также достоверно выше – в 2,5-3 раза, чем в начале лечения ($p_{1-2}<0,05$), что объясняет более выраженный регресс клинических симптомов и увеличение скорости репаративных процессов при применении 2 ЛК. Динамика уровня кортизола была однонаправленной: в обеих группах его уровень достоверно снижался к концу лечения, но оставался повышенным в сравнении с показателями здоровых добровольцев ($p_{1-2}>0,05$).

Известно, что тяжелый патологический процесс усиливает перекисное окисление липидов в тканях и крови, угнетает активность антиоксидантных систем, усугубляет интоксикацию и тканевую гипоксию, что ведет к психоэмоциональным нарушениям (Т.Ю. Кравцова, Е.С. Голованова, Е.В. Рыбковлев, 2000; D. Henry, L. Lim, G.L. Rodriguez et al., 1996). Для их коррекции необходимо экзогенно вводить в достаточных дозах эссенциальные фосфолипиды, которые почти полностью нормализуют детоксическую и белковосинтетическую функции печени (С.А. Сергеева, И.Н. Озерова, 2001; E. Kuntz, 1988). При проведении психологического тестирования выраженность тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS уменьшилась у 95,4% больных, получавших дополнительно эссенциальные фосфолипиды (с $39,9\pm 3,1$ балла до $12,9\pm 2,6$ балла ($p<0,01$), тогда как при применении 1 ЛК всего в 76,2% ($p_{1-2}<0,05$) случаев (с $39,6\pm 2,6$ балла до $19,6\pm 2,3$ балла ($p<0,01$), что указывает на выраженное уменьшение явлений ипохондрии, депрессии и тревожных тенденций. Депрессия по шкале Бека уменьшилась до нормы у 91,7% пациентов 2-ой группы (с $19,8\pm 2,2$ балла до $9,5\pm 1,3$ балла ($p<0,01$), при применении 1 ЛК депрессия уменьшилась всего у 75% ($p_{1-2}<0,05$) наблюдаемых (с $18,7\pm 2,3$ балла до $12,2\pm 1,8$ балла ($p<0,01$)).

Проведенный корреляционный анализ выявил прямую зависимость между выраженностью клинической симптоматики, в частности, болевого синдрома и данных психологического тестирования, что еще раз подтверждает роль психоэмоциональных нарушений в развитии эрозивно-язвенного поражения ГДС.

В проведенном настоящем исследовании дополнительное применение эссенциальных фосфолипидов во 2 ЛК способствовало коррекции перекисного дисбаланса, других метаболических нарушений и, соответственно, ускорению процессов репарации и регенерации: рубцевание язв и эпителизация эрозий произошли у 96% больных при применении 2 ЛК и у 76% при применении 1 ЛК ($p_{1-2}<0,05$). Так, по данным ЭГДС полная эпителизация эрозий произошла у 95% больных второй группы против 84,2% при применении только курортной и антисекреторной медикаментозной терапии ($p_{1-2}<0,05$), причем с одинаковой частотой, как в желудке, так и в двенадцатиперстной кишке. Рубцевание язв произошло у всех наблюдаемых пациентов второй группы (процент улучшения составил 100), а при применении 1 ЛК

заживление язвенного дефекта наблюдалось в 85,7% случаев (у 6 из 7 пациентов); $p_{1,2} < 0,05$. Заживление сочетанных эрозий и язв ГДСО у больных, получавших лечение по 2 ЛК, с применением курортных факторов, противоязвенных медикаментов и эссенциальных фосфолипидов отмечалось также в 100% случаев против 67% при применении противоязвенных медикаментов на фоне курортного лечения (1 ЛК); $p_{1,2} < 0,05$.

Более полно о качестве применяемых методик лечения эрозивно-язвенных дефектов говорят сроки заживления (табл. 3). Так, уменьшение количества эрозивно-язвенных дефектов ГДСО у больных основной группы на 1-ой неделе лечения на курорте произошло в 57,5% случаев против 35% при применении 1 ЛК ($p_{1,2} < 0,05$); на 2-ой неделе – 55% и 40%, соответственно ($p_{1,2} < 0,05$). При этом полная эпителизация язв и эрозий у большинства больных, получавших лечение по 2 ЛК, произошла на 1-ой неделе, а к концу 3-ей недели - в 100% случаев. У больных, получавших только курортную и антисекреторную терапию, эпителизация язв и эрозий отмечалась преимущественно на 2-ой неделе (52,5%), к моменту выписки эрозия ГДСО отмечались у 7,5% пациентов.

Таблица 3.

Сроки заживления эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной системы в зависимости от применяемого лечебного комплекса

Характер заживления эрозивно-язвенных дефектов	Сроки лечения					
	1 неделя		2 неделя		3 неделя	
	1 ЛК абс (%)	2 ЛК абс (%)	1 ЛК абс (%)	2 ЛК абс (%)	1 ЛК абс (%)	2 ЛК абс (%)
Уменьшение количества эрозивно-язвенных поражений (количество пациентов)	14 (35)	23 (57,5)	22 (55)	16 (40)	4 (10)	1 (2,5)
Полная эпителизация язв и эрозий (количество пациентов)	16 (40)	28 (70)	21 (52,5)	12 (30)	3 (7,5)	-

Полученные результаты подтверждают данные других исследователей (В.Б. Гриневич, Ю.П. Успенский, Г.Ж. Шабанова и др., 2002; Л.А. Дударева, А.В. Ткачев, В.О. Вовк и др., 2006; D.L. Cook, L.E. Giffith, S.D. Walter et al., 2001) о роли метаболических нарушений в патогенезе эрозивно-язвенных поражений ГДСО.

Общая эффективность курортной терапии (значительное улучшение, улучшение) составила в 1 ЛК 80%, во 2 ЛК – 97,5% ($p_{1,2} < 0,05$).

Анализ непосредственных результатов комплексного курортного лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы на этапе долечивания свидетельствует о благоприятной роли комплексного применения

питьевых минеральных вод, углекислосероводородных ванн, антисекреторных противоязвенных медикаментозных препаратов и эссенциальных фосфолипидов.

Отдаленные результаты восстановительного лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями ГДС изучены нами у 40 из 80 человек (50%) путем повторного поступления в клинику (санаторий) через 10-12 месяцев. Выявлено, что при применении питьевых минеральных вод, углекислосероводородных ванн, противоязвенной медикаментозной терапии и эссенциальных фосфолипидов (2 ЛК) продолжительность достигнутого на курорте терапевтического эффекта в течение 10-12 месяцев отмечалась в 70% случаев. У большей половины больных (55%), получавших лечение по 1 ЛК (курортная и антисекреторная терапия) длительность ремиссии в основном составила 7-9 месяцев ($p_{1,2} < 0,05$). При анализе частоты обострений и трудопотерь (табл. 4) у 40 человек за 12 месяцев до курортного лечения освобождением от работы пользовалось 26 человек (65%) с общим числом дней нетрудоспособности 487 в течение года. В послекурортном периоде при применении 2 ЛК число дней нетрудоспособности снизилось в 4,7 раза (в 1-ой группе - в 2,2). Повышение трудоспособности было более заметно во 2-ой группе, где число больных, пользовавшихся больничным листом, снизилось в 2,6 раза, в 1-ой – всего в 1,4 раза ($p_1, 2 < 0,05$).

Таблица 4.

Трудоспособность больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы в течение года до и после курортного лечения

Группы больных	Число дней временной нетрудоспособности		Число больных, находившихся на больничном листе		Число дней нетрудоспособности на 1 больного	
	До приезда на курорт	Через 1 год после курортного лечения	До приезда на курорт	Через 1 год после курортного лечения	До приезда на курорт	Через 1 год после курортного лечения
1 (n=20)	241	112	13	9	18,5	13
2 (n=20)	246	52	13	5	18,9	10,4
Всего	487	164	26	14	18,7	11,7

В целом, применение новой медицинской технологии способствует более быстрому купированию активности воспалительного процесса, удлинению фазы ремиссии, возврату больного к профессиональной деятельности, снижению экономических затрат на лечение, улучшению качества жизни больного, что еще раз подтверждает правильность выбранной тактики лечения.

Сравнительная оценка динамики одного из основных критериев эффективности лечения - морфологической картины слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки по данным эндоскопии, до и в отдаленные сроки после лечения свидетельствует о зависимости эффективности комплексного лечения больных эрозивно-язвенными поражениями органов ГДС от применяемого лечебного

комплекса (табл. 5). Так, исчезновение патологических признаков в ГДСО в группе больных, получавших дополнительно эссенциальные фосфолипиды (2 ЛК), выявлялось гораздо чаще, чем в группе, получавшей только антисекреторную и курортную терапию. По данным ЭГДС уменьшение или исчезновение воспалительно-деструктивных изменений ГДСО во 2-ой группе больных было более выражено по отношению к 1-ой: 92,3% против 78,6%, соответственно ($p_{1,2}<0,05$). Процент уменьшения язвенных дефектов ГДСО при применении 2 ЛК составил 100% против 66,7% - при 1 ЛК ($p_{1,2}<0,05$), эрозий – 90% против 66,7% ($p_{1,2}<0,05$) и сочетанных эрозивно-язвенных поражений – 80% против 50% ($p_{1,2}<0,05$), соответственно.

Таблица 5.

Динамика эндоскопических показателей у больных с эрозивно-язвенными поражениями органов гастродуоденальной системы до и в отдаленные сроки после лечения в зависимости от применяемого лечебного комплекса

Показатель	1 ЛК (n=20)		2 ЛК (n=20)	
	абс (%)	% улучш.	абс (%)	% улучш.
Язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки	<u>3 (15)</u> 1 (5)	66,7	<u>4 (20)</u> -	100
Эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки	<u>9 (45)</u> 3 (15)	66,7	<u>10 (50)</u> 1 (5)	90
Сочетанное эрозивно-язвенное поражение СО пищевода, желудка и ДПК	<u>4 (20)</u> 2 (10)	50	<u>5 (25)</u> 1	80

Примечание: числитель – показатели до лечения; знаменатель – показатели после лечения; * - $p<0,05$.

Необходимо отметить, что при применении комплексной курортной и медикаментозной терапии (2 ЛК) у больных хронизация эрозивно-язвенного процесса отмечалась в 10% случаев против 30% при использовании 1 ЛК ($p_{1,2}<0,05$).

Для оценки отдаленных результатов лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями органов гастродуоденальной системы использовали в качестве одного из критериев эффективности лечения исследование качества жизни по опроснику MOS SF-36: КЖ больных, получавших лечение по 1 ЛК, было существенно ниже в сравнении со второй группой больных, получавших курортные лечебные факторы, антисекреторная медикаментозная терапия, эссенциальные фосфолипиды (рис. 4). Так суммарное измерение физического здоровья (PCS) у больных 1-ой группы повысилось с $41,2\pm 7,9$ балла до $44,6\pm 7,8$ балла (норма $49,5\pm 8,5$ балла), что ниже показателей 2-ой группы, где улучшение произошло до нормальных величин - с $39,9\pm 8,2$ балла до $47,9\pm 8,1$ балла ($p_{1,2}<0,05$). Такая же динамика наблюдалась и при суммарном измерении психологического здоровья (MCS): при применении 1 ЛК произошло увеличение показателей с $36,1\pm 8,5$ балла до $39,6\pm 8,2$ балла (норма $46,5\pm 7,5$ балла); 2 ЛК - с $35,0\pm 7,7$ балла до $45,6\pm 7,6$ балла ($p_{1,2}<0,05$).

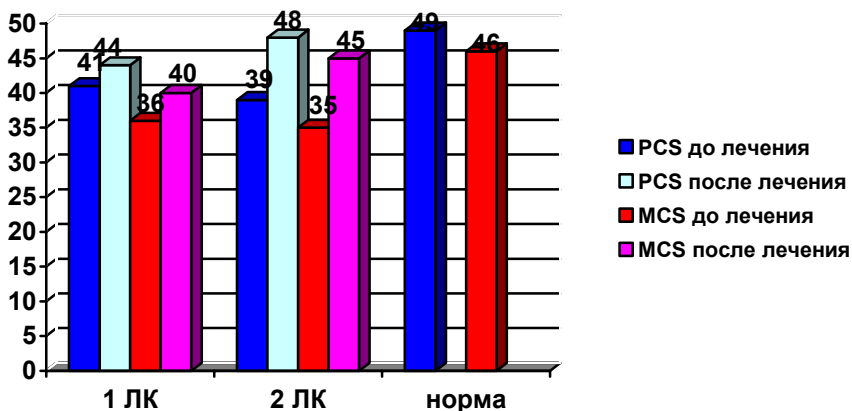


Рисунок 7. Динамика показателей качества жизни в отдаленные сроки после лечения в зависимости от применяемого лечебного комплекса.

Таким образом, на основании приведенных данных можно констатировать, что комплексное санаторно-курортное лечение при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной системы на этапе долечивания способствует улучшению метаболического статуса, нормализации процессов кислотообразования и кислотонейтрализации, стабилизирует перекисный гомеостаз и существенно улучшает качество жизни данной категории больных. При этом более выраженная динамика основных клинических и параклинических показателей отмечается при применении курортных лечебных факторов (питьевых минеральных вод, углекислосероводородных ванн), антисекреторных препаратов и эссенциальных фосфолипидов.

Выводы

1. У большинства с осложненными формами хронического эрозивного гастродуоденита и часто рецидивирующей язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, поступающих на курортное лечение на этапе долечивания, выявлены: непрерывное кислотообразование повышенной интенсивности и кислый декомпенсированный тип секреции в 73% случаев, выраженная дискоординация перекисного гомеостаза – в 82%, синдромальные нарушения метаболизма – в 66%, психосоматические нарушения – в 85%. Степень выявленных нарушений прямо коррелирует с тяжестью основных патологических проявлений заболевания: эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной слизистой оболочки (100%) и выраженными болевого (94%) и диспепсического синдромов (80%).
2. Комплексное применение природных лечебных факторов (питьевых минеральных вод и углекислосероводородных ванн на фоне антисекреторной

терапии) на этапе долечивания на курорте при осложненных эрозивно-язвенных поражениях органов гастроуденальной зоны способствует улучшению метаболического статуса у 74,5% больных, стабилизирует перекисный гомеостаз у 88,7%, снижает риск хронизации патологического процесса, частого рецидивирования и развития тяжелых осложнений у 75% пациентов.

3. Для улучшения результатов восстановительного лечения пациентов с осложненными формами гастроуденальной патологии в комплекс курортной терапии целесообразно включать внутривенное введение эссенциале форте в течение 10 дней с последующим пероральным приемом этого препарата в течение 2 недель. Такое лечение на 18-20% эффективнее сочетанного применения бальнеофакторов и антисекреторных лекарственных средств: положительная динамика одного из основных показателей положительной динамики - рубцевание язв и эпителизация эрозий – наблюдалась в 96% случаев при применении 2 ЛК и 76% при применении 1 ЛК ($p_{1,2} < 0,05$).
4. Результаты отдаленных наблюдений свидетельствуют, что дополнительное назначение эссенциальных фосфолипидов в комплексе санаторно-курортного лечения пациентов с хроническим эрозивным гастроуденитом и часто рецидивирующей язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки приводит к достоверному увеличению показателей всех шкал, отражающих состояние физического и социального функционирования, общего и психологического здоровья, в 1,5-1,6 раза чаще, чем у лиц, получавших только бальнео- и антисекреторную медикаментозную терапию.

Практические рекомендации

1. Ведущими факторами курортного лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями гастроуденальной слизистой оболочки являются питьевые минеральные воды (углекислые гидрокарбонатно-хлоридные натриевые) средней минерализации (в условиях Эссентукского курорта – Эссендуки №4) и углекислосероводородные ванны (слабосульфидные, с концентрацией сероводорода 20 мг/л), обладающие антиоксидантным действием.

2. На основании анализа результатов непосредственных и отдаленных настоящих наблюдений нами разработана новая медицинская технология лечения эрозивно-язвенных поражений гастроуденальной зоны на этапе долечивания и реабилитации на курорте, обеспечивающая более быстрое заживление эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, которая значительно повышает эффективность терапии данной категории больных и может широко использоваться в санаторно-курортных учреждениях по следующей методике:

- щадяще-тренирующий двигательный режим;
- диетическое питание (диета №5);
- лечебная физкультура;

- внутренний прием углекислой хлоридно-гидрокарбонатной натриевой минеральной воды средней минерализации (6-8 г/л) типа Эссенцуки № 4 в количестве 3-3,5мл/кг массы тела, за 30-40 минут до еды, 3 раза в день, в теплом виде;

- слабосульфидные минеральные ванны с содержанием сероводорода от 10 до 20 мг/л, температурой 36-37°C, продолжительностью 15 минут, через день, на курс лечения 8-10 процедур;

- антисекреторный препарат омепразол 20 мг 1 раз утром в течение всего периода лечения в санатории;

- эссенциальные фосфолипиды, под влиянием которых улучшаются все виды обмена веществ (липидный, белковый, углеводный), нормализуется перекисный гомеостаз и окислительно-восстановительные процессы: эссенциале 10,0 внутривенно на 5,0 мл аутокрови № 10 ежедневно, затем по 2 капсулы 3 раза в день в течение 10 дней.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Ефименко, Н.В. Способ коррекции метаболических нарушений при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной системы. / Н.В. Ефименко, А.С. Кайсинова, Н.Г. Истошин, Ю.С. Осипов, М.Т. Шалов и др. // Новая мед. тех. – Пятигорск, 2009. – 18 с.
2. Истошин, Н.Г. Восстановительное лечение на курортах Кавказских Минеральных Вод. / Н.Г. Истошин, Н.В. Ефименко, А.С. Кайсинова, М.Т. Шалов. // Вестник Мед. центра Управделами Президента Р. Казахстан. – 2009. - №1. – С. 16-18.
3. Кайсинова, А.С. Восстановительное лечение больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы в условиях санатория. / А.С. Кайсинова, М.Т. Шалов. // Вопр. курорт., физиотер. и леч. физ. культуры. – 2009. - №5. - С. 20-22.
4. Кайсинова, А.С. Применение природных факторов и медикаментов в реабилитации больных с эрозивно-язвенными поражениями на этапе долечивания. / А.С. Кайсинова, Н.В. Ефименко, М.Т. Шалов и др. // Гастроэнтерол. Юга России (ежегод. научно-практич. изд.). - Ростов-на-Дону, 2009. – Т.2. – С. 10-23.
5. Кайсинова, А.С. Реабилитация больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы на курортном этапе. // А.С. Кайсинова, Н.В. Ефименко, Ю.С. Осипов, Н.Л. Кудряева, М.Т. Шалов. // VI Международ. конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация-2009». – Москва, 2009. – С. 97-98.
6. Кайсинова, А.С. Восстановительное лечение больных с эрозивно-язвенными поражениями органов гастродуоденальной зоны. / А.С. Кайсинова, Н.Л. Кудряева, М.Т. Шалов. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2009. - №5. – С. 630.

7. Кайсинова, А.С. Комбинированные методы лечения больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы на курорте. / А.С. Кайсинова, Н.В. Ефименко, Ю.С. Осипов, М.Т. Шалов. // Матер. Межд. конф. «Современные мед. технологии в восст. медицине, мед. реабилитации и курортологии». – Сочи, 2009. – С. 128.
8. Кайсинова, А.С. Новые подходы к курортному лечению больных с утяжеленными формами заболеваний органов гастродуоденальной зоны / А.С. Кайсинова, М.Т. Шалов, Н.В. Ефименко, Ю.С. Осипов. // Вестник Мед. центра Управделами Президента Р. Казахстан. – 2009. - №2. – С. 9-13.
9. Кайсинова, А.С. Новые технологии курортного лечения кислотозависимых заболеваний. / А.С. Кайсинова, Н.В. Ефименко, Ю.С. Осипов, Н.Г. Истошин, М.Т. Шалов. // Всерос. форум «Здравница-2009». - Москва-Самара, 2009. – С. 83.
10. Кайсинова, А.С. Изучение лечебного действия сульфидных минеральных ванн при эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной системы. // А.С. Кайсинова, Н.В. Ефименко, Ю.С. Осипов, М.Т. Шалов, Н.Л. Кудряева. // Достижения и перспективы восстановительной медицины. – Москва, 2009. - С. 70-72.
11. Шалов, М.Т. Коррекция метаболических нарушений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на курорте. // / М.Т. Шалов, Н.В. Ефименко, Ю.С. Осипов и др. // Матер. Межд. конф. «Современные мед. технологии в восст. медицине, мед. реабилитации и курортологии». – Сочи, 2009. – С. 125.
12. Шалов, М.Т. Коррекция метаболических нарушений у больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной системы. / М.Т. Шалов, А.С. Кайсинова. // Вестник Мед. центра Управделами Президента Р. Казахстан. – 2009. - №1. – С. 12-14.
13. Шалов, М.Т. Курортная реабилитация больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки на этапе долечивания. / М.Т. Шалов. // Южно-Рос. курортный форум «Кавказская здравница-2010». – Кисловодск, 2010. – С. 183-184.
14. Кайсинова, А.С. Курортное лечение больных хроническим эрозивным гастродуоденитом с комплексным применением бальнеофизioфакторов. / А.С. Кайсинова, М.Т. Шалов, Е.В. Романова, А.А. Агафонов. // Цитокины и воспаление. – 2011. - №2. Т.10. – С. 96-97.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>