

УДК 615.327(838)+616.33-002.27

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

О.А. Калюжная, Р.Р. Тухватшин

Проведено исследование больных хроническим гастритом в стадии затухающего обострения, которым проводилось сочетанное воздействие гальваногрязелечения, питья минеральной воды и медикаментозной терапии. Отмечена положительная динамика течения заболевания и хорошая переносимость больными предлагаемого метода лечения.

Ключевые слова: хронический гастрит; гальваногрязелечение; бальнеотерапия.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF TREATING PEOPLE WITH BASIC TYPES OF CHRONIC GASTRITIS

O.A. Kalyuzhnaya, R.R. Tukhvatshin

Patients with chronic gastritis in the condition of full or median remission, who received combined treatment of galvanic mud, mineral water and medicated preparations, have been examined. The improvement of disease state and the high tolerability of the used treating method were observed.

Key words: chronic gastritis; galvanic mud treatment; balneotherapy.

Хронические гастриты (ХГ) занимают первое место в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта, а выбор их лечения является одной из актуальных проблем в современной гастроэнтерологии [1, 2]. В Кыргызской Республике данная патология встречается у 12 % населения [3].

В настоящее время общепризнанной причиной развития ХГ считается повышение активности факторов агрессии и снижение факторов защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, в чем роль *Helicobacter pylori* (НР) как основного пускового фактора представляется доказанной и обоснованной [4].

Исходя из причин развития ХГ, при его лечении необходимо воздействовать не только на местные механизмы ulcerogenesis, но и на общие факторы гастритообразования [5, 6].

В этом плане физические и курортные методы лечения данного заболевания не потеряли своего значения, так как они воздействуют на различные звенья патогенеза: состояние центральной и вегетативной нервной системы, кровообращение и микроциркуляцию, секреторную и моторную функции желудочно-кишечного тракта, обмен веществ и репаративные процессы в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны, иммунную

систему, а также позволяют уменьшить медикаментозную агрессию, частоту обострений и увеличить период ремиссии заболевания [7].

Целью нашей работы явилось клинико-функциональное обоснование применения гальваногрязелечения с питьем минеральной воды в сочетании с медикаментозной терапией у больных с хроническим гастритом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 97 пациентов, из них 42 (43,3 %) женщины и 55 (56,7 %) мужчин, в возрасте от 18 до 53 лет. Диагноз “поверхностный (неатрофический) гастрит” был поставлен 60 (61,9 %) больным, атрофический гастрит – 13 (13,4 %) больным и хронический атрофический мультифокальный гастрит – 24 (24,7 %) пациентам.

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.

После верификации диагноза ХГ пациенты были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, тяжести и стадии заболевания. Первую группу наблюдения составили 34 человека.

Больные этой группы получали стандартную фармакотерапию: омепразол (20 мг 2 раза в день), амоксициллин (500 мг 4 раза в день), метронидазол (500 мг 2 раза в день) в течение 10 дней.

Вторую группу составили 32 человека, этой группе назначался лечебный комплекс, включавший питье маломинерализованной воды и гальваногрязелечение. Указанные воздействия проводились ежедневно в течение 20 мин в количестве 10 процедур.

Третью группу составили 31 человек. Больные этой группы получали сочетанное лечение: медикаментозную терапию с гальваногрязелечением и питьем минеральной воды.

В первой группе при обследовании боли в эпигастральной области были выявлены у 30 (88,2 %) больных. Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдались: изжога – у 17 (50,0 %) больных, отрыжка – у 19 (55,9 %), тошнота – у 7 (20,6 %) пациентов. Большинство обследуемых жаловались на быструю утомляемость – 24 (70,6 %), неустойчивость настроения – 25 (73,5 %). При исследовании степени обсемененности активное присутствие НР-инфекции (больше 50 бактерий) было выявлено у 5 (14,7 %) больных, у 11 (32,4 %) – среднее (от 20 до 50 бактерий) и у 15 (44,1 %) – умеренное (до 20 бактерий).

Во второй группе при первоначальном обследовании боли в эпигастральной области различной степени выраженности отмечались у 29 (90,6 %) больных. Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдались: изжога у 18 (56,3 %) больных, отрыжка – у 16 (50,0 %), тошнота у 8 (25,0 %). Большинство обследуемых жаловались: на быструю утомляемость – 21 (65,6 %), неустойчивость настроения – 21 (65,6 %), характерные для астеновегетативного синдрома. При исследовании степени обсемененности активное присутствие НР-инфекции (больше 50 бактерий) было выявлено у 4 (12,5 %) больных, у 11 (34,4 %) – среднее (от 20 до 50 бактерий) и у 13 (40,6 %) – умеренное (до 20 бактерий).

В третьей группе при первоначальном обследовании боли в эпигастральной области отмечались у 27 (87,1 %) больных. Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдалась изжога у 16 (51,6 %) больных, отрыжка – у 15 (48,4 %), тошнота – у 5 (16,1 %). Большинство обследуемых жаловались на быструю утомляемость – 19 (61,3 %) пациентов, неустойчивость настроения – 24 (77,4 %). При исследовании степени обсемененности активное присутствие НР-инфекции (больше 50 бактерий) было выявлено у 4 (12,9 %) больных,

у 10 (32,3 %) – среднее (от 20 до 50 бактерий) и у 12 (38,7 %) – умеренное (до 20 бактерий).

Таким образом, можно сделать вывод, что сравниваемые группы сопоставимы по клинико-функциональным критериям заболелания.

Под влиянием проведенного лечения отмечалась положительная динамика клинических показателей больных, что подтверждалось значительным уменьшением количества жалоб в трех группах. В первой группе уменьшение боли отмечалось на 4-й день лечения, исчезновение – на 8-й день медикаментозной терапии, во второй группе, получавшей гальваногрязелечение с питьем минеральной воды, соответственно на 4-й и 7-й день; в третьей группе уменьшение боли отмечалось на 3-й день и исчезновение на 5-й.

Положительная динамика клинических симптомов подтверждалась данными повторной ЭГДС. При повторном определении обсемененности слизистой оболочки желудка микроорганизмами НР, с помощью Хелик-теста после курсов лечения мы выявили значительное снижение НР в слизистой оболочке желудка в трех группах. При этом после лечения преобладали I и II степени обсемененности, реже встречалась III степень обсемененности. Первая степень обсемененности в первой группе определялась у 5 (14,3 %) (до лечения этот показатель был 15 (44,1 %)), во второй группе бактерии были обнаружены у 6 (18,8 %) (до лечения этот показатель был 13 (40,6 %)), в третьей – у 4 (12,9 %) (до лечения 12 (38,7 %) пациентов соответственно). При этом доля больных с I степенью обсемененности в некоторых группах увеличилась, что связано с уменьшением обсемененности больных в других группах и переходе их из второй и третьей групп в первую.

II степень обсемененности в первой группе встречалась у 4 (11,8 %) (до лечения у 11 (32,4 %)), во второй группе – у 5 (15,6 %) (до лечения у 11 (34,4 %) пациентов), в третьей группе – у 3 (9,7 %) (до лечения у 10 (32,3 %) пациентов). III степень обсемененности во второй группе была обнаружена у одного (3,1 %), в первой и третьей группах, III степень обсемененности не наблюдалась. В целом можно отметить, что практически все больные во всех группах показали положительную динамику по данному показателю.

Таким образом, комплексное применение фармакотерапии и физиотерапевтических методов лечения значительно улучшает клинико-функциональное состояние больных с ХГ. Предложенный комплекс лечения хорошо переносится больными и может использоваться в лечебно-профилактических учреждениях, где имеются грязелечебницы.

Литература

1. *Арунин Л.И.* Хронический гастрит / Л.И. Арунин, П.Я. Григорьев, В.А. Исаков и др. Амстердам, 1993. 230 с.
2. *Григорьев П.Я.* Краткое формулярное руководство по гастроэнтерологии и гепатологии / П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко. М., 2003. 71 с.
3. *Дворкин М.И.* Иммуные сдвиги при НР-инфекции / М.И. Дворкин, И.М. Дворкин // Центрально-Азиатский медицинский журнал. 2008. XIV (2). С. 145–149.
4. *Ивашкин В.Т.* Хронический гастрит: современные представления, принципы диагностики и лечения / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина // Российский медицинский журнал. 2001. № 3. С. 54–60.
5. *Выгоднер Е.Б.* Физические факторы в гастроэнтерологии / Е.Б. Выгоднер. М., 1987. 304 с.
6. *Филимонов Р.М.* Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения / Р.М. Филимонов. М.: Медицина, 2005. 392 с.
7. *Пономаренко Г.Н.* Физические методы лечения в гастроэнтерологии / Г.Н. Пономаренко, Т.А. Золотарева. СПб., 2004. 285 с.