

ванного смешанного ацидоза на фоне гипоксемии. При этом выявлена умеренной силы зависимость уровня лактата у этой категории больных от значений сатурации по данным пульсоксиметрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Meakins J., Long C.N.H. Oxygen consumption, oxygen debt and lactic acid in circulatory failure // *Journal of Clinical Investigation*. – 1927. – №4. – P. 273.
2. Kellum J.A. lactate and pH: Our continued search for markers of tissue distress // *Criti-*

cal Care Medicine. – 1998. – Vol. 26, №11. – P. 1783—1784.

3. Челноков С.Б., Пудина Н.А. Уровень лактата крови у новорожденных, рожденных в асфиксии. Материалы 1-го Российского конгресса по детской анестезиологии и реаниматологии. – М., 2001. – С. 321-322.

Работа представлена на научную международную конференцию «Фундаментальные и прикладные исследования в медицине», Франция (Париж), 13-20 октября 2009 г. Поступила в редакцию 17.09.2009.

**«Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии»,
ОАЭ (Дубай), 16-23 октября 2009 г.**

Медицинские науки

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

А.М. Корепанов, М.Д. Михайлова
*Ижевская государственная медицинская
академия
Ижевск, Россия*

Гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) признают частым заболеванием верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В последние годы значимость необходимости терапии данной патологии подчеркивается риском тяжелых осложнений и высокой частотой внепищеводных проявлений. Достижения в изучении патогенеза ГЭРБ, совершенствование ее диагностики, разработка новых методов терапии позволили достичь существенных успехов в лечении данного заболевания и профилактике его осложнений. Однако недостаточная эффективность медикаментозной терапии, наличие нежелательных эффектов лекарственных препаратов обуславливают необходимость использования для лечения больных ГЭРБ различных немедикаментозных методов воздействия.

На территории санатория «Ува» (Удмуртская Республика) выведены естественные подземные минеральные воды, по своим физико-химическим свойствам сопоставимые с минеральной водой «Магистр». Также, учитывая широкий диапа-

зон эффектов синусоидальных модулированных токов (СМТ) в гастроэнтерологии, нами было проведена сравнительная оценка динамики клинической и морфологической картины ГЭРБ в ходе лечения СМТ-форезом увинского рассола Удмуртской Республики и традиционной медикаментозной терапии.

Материалы и методы исследования

Для выполнения поставленной цели было обследовано 102 пациента с I и II степенью эзофагита по эндоскопической классификации Savary-Miller. Больные были разделены на 2 группы. Группа наблюдения (основная) состояла из 52 больных ГЭРБ (на фоне хронического гастрита - 38 пациентов и с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии - 14). Они получали СМТ-форез рассола санатория «Ува» без медикаментозного лечения на фоне диетотерапии. Сравнение проводилось с 50 больными ГЭРБ (хронический гастрит - 35 пациента и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии - 15), получавшими на фоне диеты медикаментозную терапию: блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов с прокинетиками и антацидами. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, длительности, клиническому варианту и тяжести заболевания. С целью верификации диагноза пациентам были проведены: сбор анамнеза, объективное исследование, общеклинические исследования (полный анализ крови, полный анализ кала, ЭКГ), фиброэзофагогастро-

дуоденоскопия (ФЭГДС) с прицельной биопсией слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка, рН-метрии нижней трети пищевода, тела и антрального отдела желудка, электрогастрография, УЗИ органов брюшной полости.

Курс лечения в обеих группах составил в среднем 14 дней. СМТ-форез проводился по методике: положительный электрод аппарата «Амплипульс-4» вместе с прокладкой площадью 200 см^2 , смоченной рассолом с температурой 38°C , накладывался на эпигастральную область, отрицательный электрод с прокладкой площадью 200 см^2 , смоченной рассолом, – на область грудного отдела позвоночника Th7 – Th10. Прокладки с рассолом оставались на коже еще 10 - 30 минут после окончания СМТ-фореза в зависимости от переносимости процедуры. Использовались I и IV роды работ (по 5 мин. на каждый род работы) в выпрямленном режиме с продолжительностью посылок тока 2-3 секунды, с частотой модуляции 100 Гц и глубиной модуляции 25–50%. Всего за курс лечения проводилось 10 -12 процедур СМТ-фореза с перерывом в лечении в выходные дни.

Результаты исследований и их обсуждение

Изначально у всех больных выявлялась характерная клиническая и морфологическая картина заболевания. Критериями оценки эффективности данного метода лечения служили: динамика клинических проявлений, изменение уровня рН в нижней трети пищевода и изменение уровня рН желудка, данные эндоскопического и гистологического исследований.

Основными клиническими симптомами ГЭРБ являются изжога, отрыжка и боль в эпигастральной области /за грудиной, в связи с чем динамику этих проявлений ГЭРБ мы анализировали более детально. В ходе проводимой терапии в обеих группах прослеживалась положительная динамика основных клинических проявлений ГЭРБ. Уровень изжоги в группе наблюдения уменьшился на 86,0% по сравнению с исходным уровнем, в группе сравнения - на 82,0%; уровень отрыжки – на 47,7% и 62,8% и уровень болевого синдрома - на 82,0% и 72,9% соответственно.

Средние сроки купирования изжоги в группе наблюдения составили $7,1\pm 0,6$ дней, в группе сравнения – $6,4\pm 0,5$, отрыжки – $7,2\pm 0,5$ и - $6,9\pm 0,4$, болевого синдрома – $8,5\pm 0,6$ и - $7,8\pm 0,5$ соответственно. После проведения курса СМТ-фореза рассола изжога сохранялась у 3 пациентов. В группе, получавшей медикаментозную терапию, изжогу удалось купировать у всех пациентов, что можно связать с действием H_2 -блокаторов. Исчезновение болевого синдрома в группе наблюдения происходило несколько позже (с 5-го дня терапии), чем в группе сравнения.

СМТ-форез увинского рассола, как и традиционное лечение, оказал положительное влияние на «ассоциированные» симптомы ГЭРБ: вздутие в эпигастральной области, чувство тяжести и переполнения желудка после приема пищи, чувство раннего насыщения. Тошноту же в ходе медикаментозной терапии удалось купировать полностью.

На фоне проводимого как немедикаментозного, так и медикаментозного лечения уменьшались или исчезали также внепищеводные проявления ГЭРБ (осиплость голоса, кашель, повышенное слюноотечение).

Исследование уровня базального рН нижней трети пищевода, отделов желудка проводилось пациентам до и после курсовой терапии. При определении рН желудка и пищевода было выявлено пациентов, получавших лечение амплипульсфорезом увинского рассола, с нормальной кислотообразующей функцией – 40,4%, с пониженной кислотообразующей функцией – 28,9% и с повышенной кислотообразующей функцией желудка – 30,8%; а в группе сравнения – 34%, 28% и 38% соответственно.

В ходе лечения амплипульсфорезом увинского рассола уровень базального повышенного рН пациентов снижался с $4,1\pm 0,3$ до $3,3\pm 0,3$ ($p<0,05$) (таблица). В группе сравнения динамика изменений была также достоверной (с $3,9\pm 0,2$ до $3,2\pm 0,3$). В то же время у пациентов с пониженным рН терапия приводила к его повышению с $1,2\pm 0,3$ до $1,2\pm 0,3$ ($p>0,05$). После традиционной терапии в группе сравнения изменения рН были достоверными (с $1,2\pm 0,3$ до $2,1\pm 0,2$).

Динамика уровня базального рН тела желудка у обследованных в процессе курсового лечения
($M \pm m$)

Состояние базальной кислотопродукции	Показатели нормы	Группа наблюдения		Группа сравнения	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
гипоацидность	$\geq 2,3$	$4,1 \pm 0,3$ (n=14)	$3,3 \pm 0,3^*$ (n=14)	$3,9 \pm 0,2$ (n=13)	$3,2 \pm 0,3^*$ (n=13)
нормоацидность	1,6 -2,2	$1,9 \pm 0,3$ (n=16)	$1,8 \pm 0,4$ (n=16)	$1,8 \pm 0,4$ (n=14)	$1,7 \pm 0,4$ (n=14)
гиперацидность	$\leq 1,5$	$1,2 \pm 0,3$ (n=13)	$1,2 \pm 0,3$ (n=13)	$1,2 \pm 0,3$ (n=12)	$2,1 \pm 0,2^*$ (n=12)

Примечание: n- число наблюдений; * - достоверные изменения по отношению к исходному уровню

Одним из объективных критериев эффективности проведенной терапии являлась динамика эндоскопической картины больных ГЭРБ. Исчезновение эндоскопических проявлений ГЭРБ после курсовой терапии наблюдалось у 55,8% пациентов группы наблюдения и у 62% пациентов группы сравнения. Уменьшение степени тяжести ГЭРБ отмечено у 30,8% пациентов основной группы и у 30,0% группы сравнения. Отсутствие эндоскопической динамики по данным исследования было выявлено у 13,5% (7 человек) основной группы и у 8% (4 человека) группы сравнения. Прогрессирования ГЭРБ отмечено не было.

Пациентам обеих групп было проведено морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка (СОЖ). Активность воспалительного процесса оценивалась по состоянию сосудов микроциркуляции, включению полинуклеарных лейкоцитов в клеточный мононуклеарный инфильтрат, эпителий желез и в просвет желудочных ямок. У больных в слизистой оболочке тела и антрального отдела желудка был диагностирован хронический поверхностный гастрит (у 71,7% пациентов группы наблюдения): в стадии ремиссии, а также со слабой и умеренной степенью активности. Хронический атрофический гастрит определялся у 28,3% обследованных. С целью определения эффективности влияния СМТ-фореза хлоридного йодбромного рассола санатория «Ува» на СОЖ больных ГЭРБ проводи-

лась сравнительная оценка ее состояния у части больных до и после лечения. При этом выявлено: уменьшение количества тучных клеток вокруг сосудов микроциркуляторного русла, уменьшение проницаемости капилляров и отека собственной пластинки слизистой оболочки.

Необходимо отметить хорошую переносимость апробированного метода лечения, побочные эффекты зафиксированы не были.

Заключение

Таким образом, СМТ-форез хлоридного йодбромного рассола санатория «Ува» при ГЭРБ оказывает благоприятное влияние на динамику клинической картины, по эффективности сопоставимое с медикаментозной терапией. Терапевтическое действие СМТ-фореза рассола связано и с улучшением кислотопродуктивной функции желудка. Сравнительная морфологическая (эндоскопическая и гистологическая) оценка состояния СОЖ подтверждает благоприятное воздействие лечения на компоненты слизистой.

Указанные результаты позволяют рекомендовать СМТ-форез лечебного рассола как в комплексе терапевтических мероприятий, так и в качестве монотерапии.

Работа представлена на научную международную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», ОАЭ (Дубай), 16-23 октября 2009 г. Поступила в редакцию 06.10.2009.