

УДК 617-089

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ И ДЕРИНАТА В ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Чавга А.И.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: imefc@ulsu.ru

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) путем применения магнитотерапии и дерината. Под нашим наблюдением находилось 98 больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями на фоне ХОБЛ. Основную группу составили 68 больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями на фоне ХОБЛ, находившихся на лечении с 2007 по 2013 гг., которым осуществлялся эндоскопический гемостаз, стандартное лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки и ХОБЛ с включением магнитотерапии и дерината. Контрольную группу составили 30 больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями на фоне ХОБЛ, находившихся на лечении с 2004 по 2006 гг., которым осуществлялся эндоскопический гемостаз, стандартное лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки и ХОБЛ.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные гастродуоденальные кровотечения, хроническая обструктивная болезнь легких, магнитотерапия, деринат

MAGNETOTHERAPY AND DERINAT APPLICATION IN EROZIVNO'S TREATMENT ULCER GASTRODUODENAL BLEEDINGS AT PATIENTS THE CHRONIC OBSTRUCTIVE ILLNESS OF LUNGS

Midlenko V.I., Belonogov N.I., Chavga A.I.

Ulyanovsk state University, Ulyanovsk, e-mail: imefc@ulsu.ru

The aim of the research was to improve the results of treatment of erosive ulcerous gastroduodenal bleedings at patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) by applying magnetic therapy and Derinat. Under our supervision there were 98 patients erosive-ulcerous gastroduodenal bleeding on the background of COPD. The main group consisted of 68 patients erosive-ulcerous gastroduodenal bleeding on the background of COPD who were treated since 2007 to 2013, which was carried out endoscopic hemostasis, the standard treatment of erosive ulcerous lesions of the stomach and duodenum and COPD with the inclusion of magnetotherapy and Derinat. The control group consisted of 30 patients with erosive-ulcerous gastroduodenal bleeding on the background of COPD who were treated between 2004 and 2006, which was carried out endoscopic hemostasis, the standard treatment of erosive ulcerous lesions of the stomach and duodenum and COPD.

Keywords: erosive-ulcerous gastroduodenal bleeding, chronic obstructive pulmonary disease, magnetotherapy, Derinat

Частота острых гастродуоденальных эрозивно-язвенных поражений (ОГЭП) и обусловленных ими желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у больных при сопутствующей патологии остается неуточненной. Так, по данным разных авторов, ОГЭП развиваются у таких больных с частотой от 1–3 до 80–90%, а ЖКК – от 5 до 47% [3, 6]. По данным Л.Ф. Тверитневой [5], ОГЭП осложняются развитием желудочно-кишечных кровотечений в 10–15% случаев, из которых до 60% становятся причинами летального исхода. Последние годы отмечается значительный рост частоты ОГЭП при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Это связано как с влиянием неблагоприятной экологии, экзогенными и эндогенными интоксикациями, так и с ятрогенными факторами – приемом различных лекарств [4]. Причины развития ОГЭП у больных ХОБЛ остаются до конца не выясненными. Полагают, что

основными факторами их морфогенеза являются декомпенсированная относительная гиперацидность и гипоксия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие нарушения микроциркуляции на фоне расстройств кровообращения, нейроэндокринные нарушения, ятрогенные факторы, а также фоновые и сопутствующие заболевания [1, 9]. Хроническая гипоксемия, сопровождающая ХОБЛ, действует на макроорганизм так же, как и любой другой повреждающий фактор, вызывая стрессовое состояние, на которое организм реагирует целым комплексом сложных реакций, в том числе и со стороны пищеварительной системы [3, 8]. Наблюдаются нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Парезы желудка и кишечника могут быть разной длительности и выраженности. Кроме пареза возможно развитие нарушений моторики по типу антиперистальтики из-за некоорди-

нированной работы мышечных сфинктеров [2]. В литературе обсуждается связь между моторно-эвакуаторной дисфункцией пищеварительной системы и присоединением инфекции [7, 9]. Можно предположить, что при этом возникает замкнутый круг: обострение ХОБЛ способствует развитию моторно-эвакуаторных нарушений ЖКТ, которые в свою очередь способствуют поддержанию воспалительного процесса в бронхо-легочной системе. Выявляемые при ХОБЛ изменения в иммунной системе организма свидетельствуют о системной иммунной реакции и системном воспалении. Кроме того, зачастую выявляемое при этом вторичное иммунодефицитное состояние является одной из наиболее важных причин хронизации воспалительного процесса при ХОБЛ. Таким образом, одной из актуальных проблем в лечении ХОБЛ у больных желудочно-кишечными кровотечениями является коррекция нарушений иммунной системы и применение наиболее эффективных иммуномодуляторов [3].

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных гастроудоденальных кровотечений у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких путем применения магнитотерапии и дерината.

Материалы и методы исследования

Обследование и лечение больных проводили на базе кафедры госпитальной хирургии УлГУ (зав. кафедрой д.м.н., профессор Мидленко В.И.) в хирургических отделениях ГУЗ УОКЦСВМП. С 2004 по 2013 гг. на лечении находилось 1134 больных желудочно-кишечными кровотечениями в возрасте от 35 до 78 лет.

Из них сязвенными кровотечениями было 578 (51%) человек, а с неязвенными – 556 (49%) пациентов. Причинами неязвенных желудочно-кишечных кровотечений явились симптоматические язвы у 84 (15,1%) пациентов и эрозивно-геморрагические поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у 105 (18,8%) больных.

Под нашим наблюдением находилось 98 больных эрозивно-язвенными гастроудоденальными кровотечениями на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Основную группу составили 68 больных эрозивно-язвенными гастроудоденальными кровотечениями на фоне ХОБЛ, находившихся на лечении с 2007 по 2013 гг., которым осуществлялся эндоскопический гемостаз, стандартное лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки и ХОБЛ с включением магнитотерапии и дерината. Контрольную группу составили 30 больных эрозивно-язвенными гастроудоденальными кровотечениями на фоне ХОБЛ, находившихся на лечении с 2004 по 2006 гг., которым осуществлялся эндоскопический гемостаз, стандартное лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки и ХОБЛ. С острыми язвами желудка и двенадцатиперстной кишки было 45 (46%) больных, с эрозивно-язвенными поражениями желуд-

ка и двенадцатиперстной кишки – 53 (54%). Из них мужчин – 81 (82,6%), женщин – 17 (17,4%) человека. Локализация эрозивно-язвенного поражения в желудке была у 75 (76,5%) пациентов, а в двенадцатиперстной кишке – у 23 (23,5%). Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) наблюдался у 92 (93,8) больных. ДГР 1 степени – у 38 (38,7%) больных, ДГР 2 степени – у 31 (31,6%), ДГР 3 степени – у 27 (27,5%) пациентов. Диагноз ХОБЛ у больных эрозивно-язвенными гастроудоденальными кровотечениями выставлялся на основании данных анамнеза, амбулаторной карты, результатов ранее проведенного спирометрического исследования. В остальных случаях предварительный диагноз ХОБЛ ставили в стационаре на основании анамнеза (в случаях, когда это возможно) и клинической картины. Окончательный диагноз ХОБЛ устанавливался на 5–7 день лечения по данным спирометрического исследования согласно рекомендациям GOLD 2011. Из пациентов ХОБЛ 41% больных получали базисную терапию на догоспитальном этапе: 21% – ингаляционные бронхолитические препараты, 15% пациентов сочетали их прием с топическими глюкокортикостероидными препаратами (ГКС), 5% принимали системные ГКС.

Основным критерием диагностики ХОБЛ у больных гастроудоденальными кровотечениями является клиническая картина, которая представляет совокупность синдромов: бронхитического (кашель, кашель с мокротой), бронхообструктивного («дистантные хрипы»), удлиненный выдох, жесткое дыхание, высокие сухие хрипы), эмфиземы легких (коробочный перкуторный звук).

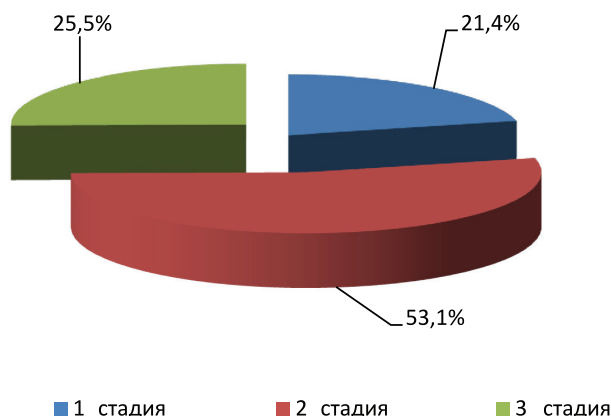
Всем пациентам на 5–7 день была проведена спирография. Медиана ЖЕЛ составила 75 (53; 79), индекс Тиффно – 67 (58; 69), ОФВ₁ – 56 (48; 70).

На основании проведенной спирографии, согласно рекомендациям GOLD-2011, пациенты гастроудоденальными кровотечениями по степени тяжести ХОБЛ разделились следующим образом: I стадия – 21 (21,4%) больных, II стадия – 52 (53,1%) пациентов, III стадия – 25 (25,5%) человек. Распределение больных по стадиям ХОБЛ (рисунок).

Магнитотерапию аппаратом АМТ-02 «Магнитер» проводили предложенным нами способом. Пациента укладывали на живот. Аппарат устанавливали на область позвоночника на уровне сегментов Th₅–Th₈. Режим работы аппарата – пульсирующий, при амплитуде магнитной индукции 30,0 ± 7,5 мТл. Длительность одной процедуры – 15 минут. Курс лечения – 10–15 процедур.

Деринат в виде раствора для инъекций применяли в/м в средней разовой дозе 75 мг (5 мл 1,5% раствора) 5 инъекций с интервалом 24 ч.

Статистический анализ выполняли с использованием пакета прикладных программ «STASTICA for Windows 7.0». Количественные показатели в группах исследования описывали с помощью средних значений (М) и стандартной ошибки среднего (m). Проверку законов распределения количественных показателей проводили с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Для сравнительного анализа количественных показателей применяли непараметрический критерий Манна – Уитни. Исследование взаимосвязей качественных признаков проводили с помощью классического критерия χ^2 Пирсона. Анализ связи двух признаков проводился методом Спирмена. За пороговый уровень значимости всех использованных статистических критериев принимали значение $p < 0,05$.



Распределение больных по стадиям ХОБЛ

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных данных показал, что у больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями и ХОБЛ имеется корреляционная связь между степенью кровопотери и изменениями показателей иммунного статуса. Выявлено достоверное снижение уровня CD3+, CD4+, CD8+, IgG,

IgA (коэффициент корреляции = $-0,961$), повышение уровня CD22+ (коэффициент корреляции = $0,371$). Следовательно, чем больше кровопотеря, тем более выражены иммунные нарушения. Анализ показателей клеточно-гуморального иммунитета спустя 21 день после лечения показал, что сохраняется достоверное отличие по количеству CD3+, CD8+, IgG у больных с IV степенью кровопотери ($p < 0,05$).

Сравнительная таблица показателей клеточно-гуморального иммунитета у пациентов эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки и ХОБЛ через 21 день после лечения

Показатель иммунитета	Степень тяжести кровопотери (M ± m)			
	Группа контрольная		Группа основная	
	III <i>n</i> = 21	IV <i>n</i> = 8	III <i>n</i> = 21	IV <i>n</i> = 9
CD3+ (%)	61,2 ± 0,2	57,4 ± 0,5	65,5 ± 0,3	61,4 ± 0,5
	$p1 > 0,05$ $p2 < 0,05$			
CD4+ (%)	34,8 ± 0,6	27,4 ± 0,8	36,7 ± 0,7	31,4 ± 0,5
	$p1 < 0,05$ $p2 < 0,05$			
CD8+ (%)	28,2 ± 0,3	20,2 ± 0,3	29,2 ± 0,5	24,4 ± 0,3
	$p1 > 0,05$ $p2 < 0,05$			
CD22+ (%)	35,2 ± 0,3	37,2 ± 0,6	37,2 ± 0,5	39,2 ± 0,6
	$p1 > 0,05$ $p2 > 0,05$			
IgM (г/л)	3,1 ± 0,4	3,4 ± 0,5	3,2 ± 0,3	3,8 ± 0,5
	$p1 > 0,05$ $p2 > 0,05$			
IgG (г/л)	11,6 ± 0,4	10,2 ± 0,4	11,8 ± 0,3	13,4 ± 0,4
	$p1 > 0,05$ $p2 < 0,05$			
IgA (г/л)	1,8 ± 0,4	1,5 ± 0,3	1,9 ± 0,5	1,7 ± 0,3
	$p1 > 0,05$ $p2 > 0,05$			

Примечания:

$p1$ – достоверность между III степенью кровопотери контрольной и основной группы;
 $p2$ – достоверность между IV степенью кровопотери контрольной и основной группы.

После лечения деринатом стабилизация показателей клеточно-гуморального иммунитета наступала раньше в среднем

на 5 дней по сравнению с контрольной группой. При изучении биоптатов, полученных из параульцерозной зоны у боль-

ных с ЯГДК, установлено, что изменения носили распространенный характер, иногда с выраженной перестройкой структуры слизистой оболочки. Желудочные ямки на большом протяжении извитые, местами очень глубокие, заполненные секретом, чередовались с уплощенными ямками мелкой глубины. В некоторых наблюдениях отмечались дистрофические изменения клеточного эпителия со смазанными границами. Эндоскопический гемостаз был эффективен у 90 (91,8%) больных. В основной группе рецидив кровотечения в первые пять суток наблюдался у 3 (4,4%) пациентов. В контрольной группе рецидив кровотечения в первые пять суток наблюдался у 4 (13,3%) больных. Оперировано 14 человек. Оперативная активность составила 14,2% (7). Послеоперационная летальность составила 2 (14,2%). Экстренные операции выполнены больным с продолжающимся кровотечением, рецидивом кровотечения в стационаре. Показанием к срочному оперативному лечению служило ненадежно остановившееся кровотечение, язва диаметром 10 мм и более с наличием аррозированного сосуда в дне или язва, прикрытая рыхлым тромбом. Выбор объема операции определяло общее состояние пациента. У больных с рецидивом кровотечения произведено 8 (57,2%) паллиативных операций. Больным, оперированным по срочным и отсроченным показаниям, произведены резекции желудка различных модификаций 6 (42,8%). В послеоперационном периоде умерло 2 человека. Причиной смерти была острая легочно-сердечная недостаточность.

Заключение

Включение в комплексное лечение больных эрозивно-язвенными гастродуоденальными кровотечениями и хронической обструктивной болезнью легких магнитотерапии и дерината способствует купированию моторно-эвакуаторных нарушений, нормализации иммунного статуса, в 3 раза снижает количество рецидивов кровотечения и сокращает сроки лечения.

Список литературы

1. Верткин А.Л., Фролова Ю.В., Петрик Е.А., Адонина Е.В., Вовк Е.И., Дзивица М.Ю. Профилактика желудочно-кишечных кровотечений при обострении ишемической болезни сердца // *Consilium Medicum*. – 2008. – № 2. Гастроэнтерология.
2. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, обусловленные нестероидными противовоспалительными препаратами // *Врач*. – 2001. – № 3. – С. 22–3.

3. Козлова И.В., Чумак Е.П. Поражения желудка и двенадцатиперстной кишки // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2008. – № 6. – С. 75–80.
4. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шулгин В.Л. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: учебное пособие. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2004.
5. Тверитнева Л.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гастродуоденальных кровотечений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 14.00.27. – М., 2009. – С. 25.
6. Хохлова Е.Е. Клинико-морфологическая характеристика острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных терапевтического и неврологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 24 с.
7. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ. – М.: Атмосфера, 2005. – 96 с.
8. Jick S.S. The risk of gastrointestinal bleed myocardial infarction and newly diagnosed // *Pharmacotherapy*. – 2000. – № 4 (4). – P. 741–7.
9. Ojiako K., Shingala H., Schorr C., Gerber D.R. Famotidine versus pantoprazole for preventing bleeding in the upper gastrointestinal tract of critically ill patients receiving mechanical ventilation // *Am J Crit Care*. – 2008. Mar. – № 17(2). – P. 142–7.

References

1. Vertkin A.L., Frolova Ju.V., Petrik E.A., Adonina E.V., Vovk E.I., Dzivina M.Ju. *Consilium Medicum*. 2008. no. 2. Gastroenterologija.
2. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A. *Vrach*. 2001. no. 3. pp. 22–3.
3. Kozlova I.V., Chumak E.P. *Rossiiskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2008. no. 6. pp. 75–80.
4. Mihajlov A.P., Danilov A.M., Napalkov A.N., Shul'gin V.L. *Ostrye jazvy i jerozii pishhevaritel'nogo trakta: Uchebnoe posobie*. SPb.: Izd-vo S.-Peterb. Un-ta, 2004.
5. Tveritneva L.F. *Diagnostika, lechenie i profilaktika gastroduodenal'nyh krvotochenij: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk, 14.00.27. M., 2009. pp. 25.*
6. Hohlova E.E. *Kliniko-morfologicheskaja harakteristika ostryh jerozij i jazv zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki u bol'nyh terapevticheskogo i nevrologicheskogo profilja avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 24 p.*
7. Chuchalin A.G. *Global'naja strategija diagnostiki, lechenija i profilaktiki hronicheskoi obstruktivnoj bolezni legkih: Per. s angl. M.: Atmosfera, 2005. 96 p.*
8. Jick S.S. *Pharmacotherapy*. 2000. no. 4 (4). pp. 741–7.
9. Ojiako K., Shingala H., Schorr C., Gerber D.R. *Am J Crit Care*. 2008. Mar. no. 17(2). pp. 142–7.

Рецензенты:

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск;

Чарышкин А.Л., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Работа поступила в редакцию 18.09.2014.