



## КУРОРТНЫЕ И ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Калужная О.А., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М.

*Кыргызско-Российский Славянский Университет, Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** Изучено сочетанное действие гальваногрязелечения и питья минеральной воды на течение язвенной болезни желудка. Выявлена положительная динамика клинико-функциональных показателей (жалоб, эндоскопической картины, кислотности желудка и др.). Установлена хорошая переносимость данного метода лечения. Эффективность курса гальваногрязелечения с питьем минеральной воды при язвенной болезни желудка у большинства больных сохраняется в течение 6 месяцев после лечения.

**Ключевые слова:** язва желудка, гальваногрязелечение, бальнеотерапия.

## АШКАЗАНДЫН КАКАНАК ООРУСУНУН КУРОРТТУК ФАКТОРЛОР МЕНЕН ДАРЫЛОО

Калужная О.А., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М.

*Кыргыз-Орус Славян Университети, Бишкек, Кыргызстан*

**Корутунду.** Гальванабаткак жана минералдуу суу менен дарылоодо ашказандын каканак оорусунун өтүшү изилденген. Клиникалык жана функционалдык өзгөрүүлөрүнүн оң динамикасы көрсөтүлгөн. Оорулар жогорудагы дарылоо ыкмаларын жакшы көтөрүшкөн. Ыкмалардын дарылоо курсунун эффективтүүлүгү алты айга чейин созулган.

**Негизги сөздөр:** ашказандын каканак оорусунун, гальванабаткак, минералдуу суу.

## RESORTS AND PHYSICAL FACTORS IN THE TREATMENT OF STOMACH PEPTIC ULCER

Kaluzhnaya O.A., Alymkulov D.A., Saralinova G.M.

*Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, Kyrgyzstan*

**Summery.** Combined action galvano-mud and balneotherapy on the course of stomach peptic ulcer is studied. Clinical – methods of examination of patient including galvano-mud, gastric juice acidity positive dynamic determination were assessed. Good endurance of suggested method of treatment by patients is established. The effeteness of galvano-mud and balneotherapy of stomach peptic ulcer in main tained for 6 mounds after treatment in the patients .

**Key words:** ulcer of stomach , galvano-mud, balneotherapy.

В спектре проблем современной гастроэнтерологии язвенная болезнь желудка, наиболее часто поражающая лиц молодого, трудоспособного возраста, занимает одно из ведущих мест [4,7,10,12]. По данным мировой статистики, 6-10% взрослого населения планеты страдают ЯБЖ и ДПК [8]. Эпидемиологические данные, полученные в различных странах мира, свидетельствуют, что 100% язв двенадцатиперстной кишки и более 80% язв желудка связаны с персистенцией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [3,9,7]. Медикаментозная терапия при ЯБЖ и ДПК направлена на эрадикацию Н.Р. и снижение кислотности желудочного сока [2,5,6,11]. Однако, следует отметить, что медикаментозная терапия не дает надежного противорецидивного эффекта, часто сопровождается нежелательными побочными реакциями, и к тому же является весьма доро-

гостоящей. Эффективное лечение ЯБЖ и ДПК должно быть комплексным с одновременным воздействием на разные звенья патогенеза. Рациональное, использование физио- и бальнеотерапии, с учетом индивидуальных особенностей организма и характера течения заболевания, при необходимости в сочетании с медикаментозной терапией, позволяет решать эффективно и в короткие сроки сложную задачу по комплексному восстановлению здоровья пациентов с ЯБЖ. Одним из ключевых факторов успеха в лечении ЯБЖ в Кыргызстане, является возможность применения естественных природных факторов: минеральной воды и грязи [1].

Целью нашей работы явилось клинико-функциональное обоснование применения гальваногрязелечения с питьем минеральной воды у больных с язвенной болезнью.





**Материал и методы исследования.** Обследовано 28 больных с диагнозом язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии или неполной ремиссии. Возрастной состав обследуемых: до 25 лет- 8 (28,6%), 26-35 лет-7 (25,0%), 31- 45 лет- 4 (14,3%), 46-55 лет- 9 (32,1%), из них мужчин-16 (57,1%), женщин-12 (42,8%). Давность заболевания: до 3 лет-6 (21,4%), 3-6 лет-10 (33,7%), 6-10 лет-5 (17,8%), более 10 лет- 7 (25,0%). Фаза затухающего обострения или неполной ремиссии была диагностирована у 9 (32,0%) больных и ремиссии у 19(67,8%) больного. Сопутствующая патология (хронический холецистит, хронический гепатит, хронический панкреатит) выявлены у 78,6 % больных.

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. Эндоскопия проводилась с помощью аппаратов ГИФ-Р20 и ГИФ-Р30 (панэндоскопом), 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. 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 разработаны индивидуальные карты обследуемых с балльной оценкой каждого симптома: 0 – отлично (отсутствие данного симптома), 1 – хорошо (незначительная выраженность), 2 – удовлетворительно (умеренная выраженность), 3 – плохо (выраженные проявления). Все исследования фиксировались в динамике 4-хкратно: до лечения, сразу после, через 3 месяца, через 6 месяцев после курса лечения. Полученный материал подвергался автоматизированной статической обработке с использованием прикладной программы Microsoft Excel с определением критерия достоверности Фишера-Стьюдента. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при значении  $P < 0,05$ .

Лечебный комплекс: питье теплой маломинерализованной, слабощелочной воды. Гальваногрязевые процедуры отпускались от аппарата «Поток-1», на область желудка поперечно, продолжительность 1 процедуры 20 минут, на курс 10 процедур, каждый день.

**Результаты и их обсуждение.** До лечения у всех больных включенных в исследование, были выявлены различные клинические проявления ЯБЖ и ДПК, среди которых на первом месте была боль. У большинства 16 человек (57,1 %) больных боль локализовалась в эпигастриальной области, у 10 (35,7 %) в левом подреберье и у 2 (7,1 %) в правом. (У 2/ 3 пациентов боль была умеренной, причем в 10% случаев - незначительной, исчезала после приема пищи и не требовала дополнительного приема медикаментов). У 1/3 пациентов боль была выраженной и купировалась только после применения

медикаментозной терапии. Следующим не менее важным проявлением заболевания считается диспептический синдром, который встречался у 25 человек (89,3%), а астеновегетативный синдром у 23 (82,1%).

На исходной ЭГДС у больных обнаружена картина язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, гастрита. Язвенный дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,2 – 0,7 см. определялся у 8 (28,6%) больных, язва диаметром более 0,8 мм – у 4 (14,3%) человек, рубцовые изменения отмечались у 8 (28,6%) человек, у 5 (17,8%) наблюдались явления гипертрофического или поверхностного гастрита, гастродуоденита. У 3 (10,7%) больных выявлены эрозии слизистой оболочки желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

При первичном проведении Хелик теста активное присутствие НР-инфекции было выявлено у 8 (28,6%) больных(22-15у.е), у 11 (39,3%) среднее(15-8у.е), у 5 (17,8%) умеренное (9-5у.е), при норме 2-5у.е. Изучение РН показало, что у больных кислотная продукция в 17 (60,7 %) случаев была повышенной, у 9 (32,1%) - сохраненной и только у 2 (7,1%)-умеренно сниженной.

Все наблюдаемые хорошо переносили гальваногрязелечение. Во время процедуры больные ощущали легкое покалывание, приятное тепло в области воздействия. Побочных реакций при проведении процедур выявлено не было. Большинство 20 (71,4%) наблюдаемых уже после 2-3 процедур отмечали нормализацию общего самочувствия: исчезновение болевых явлений, диспепсических симптомов, уменьшение или полное отсутствие утомляемости, улучшение сна и аппетита. Динамика клинических симптомов, представленная в таблице 1, свидетельствует о благоприятном влиянии курса гальваногрязелечения на клиническое течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Как видно из таблицы достоверно уменьшалась выраженность практически всех предъявляемых жалоб на всех этапах исследования. Положительная динамика субъективного состояния сохранялась и через 3 и через 6 месяцев после лечения, что подтверждалось значительным уменьшением количества жалоб, улучшением аппетита, нормализацией сна, повышением работоспособности. Однако у небольшой части больных через 6 месяцев возобновились боли в эпигастрии, что диктует необходимость повторного лечения через пол года. Выявленная положительная динамика клинических симптомов подтверждалась данными повторной ЭГДС: заживление язвы отмечалось у 8 (28,6%) из 12 (42,8%) больных. У 4 (14,3%) больных рубцевания язвы не произошло, но несколько уменьшился ее диаметр. Это были больные с исходной язвой размером более 0,8 мм. Эрозии слизистой оболочки гастродуоденальной зоны после лечения исчезли у всех больных. У 3 (10,7%) больных улучшилась гастроскопическая картина слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, что проявлялось уменьшением гиперемии и отечности. При повторном определении обсемененности слизистой оболочки желудка микроорганизмами НР, с помощью Хелик теста, после курса гальваногрязелечения, мы выявили значительное снижение НР в слизистой оболочке желудка.

После проведения курса лечения отмечалась норма-





низация секреторной функции желудка. Так при определении рН, повышенная кислотная продукция до гальваногрязелечения в сочетании с минеральной водой определялась у 60,7% больных, после лечения у 25,0%, сниженная кислотная продукция до лечения была у

7,1%, после у 3,6%, нормализация кислотности произошла у 39,3%. Что связано с нормализующим влиянием минеральной воды и физиолечения на слизистую оболочку желудка.

Таблица 1

Динамика клинических показателей у больных с ЯБЖ и ДПК

Симптомы	До лечения (n=28)	Сразу после (n=28)	Через 3 мес. (n=21)	Через 6 мес. (n=16)
Боль в эпигастрии P	1,48±0,09	0,36±0,03 P<0,001	0,33±0,03 P<0,001	1,13±0,08 P<0,01
Отрыжка P	1,08±0,09	0,48±0,06 P<0,001	0,47±0,07 P<0,001	0,67±0,08 P<0,01
Изжога P	1,52±0,09	0,52±0,09 P<0,001	0,73±0,07 P<0,001	0,80±0,08 P<0,001
Тошнота P	0,84±0,06	0,20±0,03 P<0,001	0,20±0,03 P<0,001	0,53±0,04 P<0,001
Изменение аппетита P	1,28±0,09	0,32±0,06 P<0,001	0,33±0,07 P<0,001	0,87±0,08 P<0,01
Неприятный вкус во рту P	1,20±0,09	0,36±0,06 P<0,001	0,40±0,07 P<0,001	0,73±0,08 P<0,001
Метеоризм P	1,16±0,09	0,40±0,09 P<0,001	0,33±0,07 P<0,001	0,67±0,08 P<0,001
Урчание P	1,20±0,09	0,80±0,06 P<0,001	0,67±0,07 P<0,001	0,93±0,08
Нарушение стула P	0,88±0,09	0,24±0,09 P<0,001	0,33±0,10 P<0,001	0,60±0,04 P<0,05
Неустойчивость настроения P	1,88±0,09	1,00±0,09 P<0,001	0,87±0,07 P<0,001	1,47±0,039 P<0,001

Примечание\* P– сдвиги достоверности между показателями у больных до лечения и после лечения. Различия между двумя средними величинами считались достоверными при значении P<0,05.

Таким образом, при применении гальваногрязелечения с питьем минеральной воды отмечается значительное улучшение клинко-функционального состояния больных с язвенной болезнью желудка. Предложенная методика хорошо переносится больными и может с успехом применяться дважды в год для лечения и реабилитации больных с данной патологией в лечебно-профилактических учреждениях, где имеются грязелечебницы.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Алымкулов Д.А. Горнорекреационные ресурсы Кыргызстана и использование их в курортно-оздоровительных учреждениях.- Бишкек., 2002.-203 с.
2. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.Л. Хронический гастрит. – Амстердам, 1993.
3. Бурков С.Г., Бурдина Е.Г. Инфекция Нр с позиции практического врача. Клин. перспект. гастроэнтерол., гепатол. 2003; 5: 16-20.
4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Краткое формулярное руководство по гастроэнтерологии и гепатологии. М.; 2003. 70-71.
5. Дворкин М.И., Дворкин И.М.// Центрально-

- Азиатский Медицинский журнал 2008; XIV(2): 145-149.
6. Златкина А.Р. Фармакотерапия хронических болезней органов пищеварения: Руководство для врачей. – М., 1998.
7. Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии. – М.: Триада-Х, 1999. – С. 255.
8. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И. Состояние и перспективы развития гастроэнтерологии. Тер. Арх. 2002.- № 2:-С. 5-8.
9. Терещенко С.Г., Рогаткин Д.А., Лукина Е.М. // Физиотерапия, Бальнеология и Реабилитация. – 2007.- №5. – С. 16-18.
10. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения.-М.: Медицина, 2005.- 392 с.
11. Allen L.A., Schlesinger L.S., Kang B. Virulent strains of Hp demonstrate delayed phagocytosis and stimulate homotypic phagosome fusion in macrophages. J. Exp. Med. 2000; 68 (6): 3448-3454.
12. Dockray G.J. Gastrin. Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. 2004; 18: 555-568.