

**КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ
С ОСНОВНЫМИ ТИПАМИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ**

О.А. Калюжная, Г.М. Саралинова, М.Ш. Карагулова

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Под наблюдением находилось 65 больных хроническим гастритом типа В, в период неполной и полной ремиссии, которым проводилось сочетанное воздействие гальваногрязелечения, питья минеральной воды и медикаментозной терапии. По результатам проведенных наблюдений отмечается положительная динамика течения заболевания и хорошая переносимость больными предлагаемого метода лечения.

Ключевые слова: гальваногрязелечение, хронический гастрит, бальнеотерапия.

**ӨНӨКӨТ ГАСТРИТТИН НЕГИЗГИ ТИПТЕРИН КОМПЛЕКСТУУ
МЕДИЦИНАЛЫК РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ**

О.А. Калюжная, Г.М. Саралинова, М.Ш. Карагулова

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян Университети,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Өнөкөт гастрит диагнозу менен 65 адам байкоого алынган, аларга минералдык суу жана гальванобаткак дарылоо комплекси өткөрүлгөн. Тыянак боюнча бул дарылоо ыкмасы жакшы көрсөткүчтөрдү берди.

Негизги сөз: гальванобаткак дарылоо, өнөкөт гастрит, минералдык суу менен дарылоо.

**COMPREHENSIVE MEDICAL REHABILITATION OF TREATING PATIENTS WITH THE
BASIC TYPES OF CHRONIC GASTRITIS.**

O.A. Kalyuzhnaya., G.M. Saralinova., M.Sh. Karagulova

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: We observed 65 patients with chronic gastric in the condition of full or median remission, we treated these patients by means of current and mud therapy, mineral water and medicated preparations. We see positive dynamic of illness and good tolerance of used treatment methods.

Keywords: galvanic mud treatment, chronic gastric, balneotherapy.

Заболевания гастродуоденальной зоны относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. Среди них самым распространенным заболеванием является хронический гастрит (ХГ) [1]. Среди болезней органов пищеварения он составляет 15-35%, а среди патологии желудка-до 85%[2,4]. 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, где роль *Helicobacter pylori* (HP) как основного пускового фактора представляется доказанной и обоснованной [4,8,9].

Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике и лечении хронических гастритов, остаются нерешенными важнейшие проблемы возникновения рецидивов заболевания. Рецидивы после успешного лечения обострений болезни в бли-

жайшие два года возникает, как правило, у большинства больных [5,6].

Особый интерес представляет использование методов физиотерапии, направленное влияние которых на определенные звенья патогенеза существенно повышает эффективность лечения [7,10].

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

Под нашим наблюдением находились 65 пациентов, из них 28 (43,1%) женщины и 37 (56,9%) мужчин, в возрасте от 18 до 53 лет. Диагноз поверхностный (неатрофический) гастрит был диагностирован у 41 (63,1%) больных, атрофический гастрит был установлен у 24 (36,9%) больных и хронический атрофический мультифокальный гастрит диагностирован у 18 (27,7%) пациентов.

Наряду с общеклиническим обследованием, включавшим жалобы, данные анамнеза и объективного осмотра, всем больным в динамике проводилось эзофагогастродуоденоскопическое исследование (ЭГДС), определение хеликобактер проводилась с использованием полуколичественной тест-системы «ХЕЛЛИК» (Россия). Специфичность уреазного теста достигает - 100%, чувствительность – 96%. Норма присутствия НР от 2 до 5 единиц, и кислотной продукции желудка с использованием портативного иономера.

После верификации диагноза ХГ пациенты были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, тяжести и стадии заболевания. Первую группу наблюдения составил 31 человек, больные этой группы получали сочетанное лечение: медикаментозную терапию на момент проведения исследований стандартной терапией являлся 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, с питьем маломинерализованной воды и гальваногрязелечение. Указанные воздействия проводились ежедневно в течение 20 мин в количестве 10 процедур.

Вторую группу 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.

В первой группе при первоначальном обследовании, болевой синдром присутствовал у 27 (87,1%) больных. Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдалась отрыжка – у 15 (48,4%), изжога у 16 (51,6%) больных, тошнота у 5 (16,1%). Большинство обследуемых жаловались на быструю утомляемость и неустойчивость настроения 27 (87,1%). Изучение рН показало, что повышенная кислотная продукция наблюдалась у 67,7% пациентов. 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).

Во второй группе при обследовании, боли в эпигастральной области выявлены у 30 (88,2%) больных. Из диспепсических синдромов наиболее часто наблюдалась отрыжка – у 19 (55,9%), изжога у 17 (50,0%) больных, тошнота у 7 (20,6%). Большинство обследуемых жаловались на быструю утомляемость и неустойчивость настроения 29 (85,3%). Изучение рН показало, что повышенная кислотная продукция наблюда-

лась у 70,6% пациентов. 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).

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

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

Положительная динамика клинических симптомов подтверждалась данными повторной ЭГДС на 14 сутки. 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 двух группах. При этом после лечения преобладала 1 и 2 степень обсемененности. Реже встречалась третья степень обсемененности. Первая степень обсемененности в первой группе определялась у 4 (12,9%) (до лечения у 12 (38,7%)) пациентов, во второй группе обнаружена у 5 (14,3%) (до лечения этот показатель был 15 (44,1%)). При этом доля больных с первой степенью обсемененности в некоторых группах увеличилась, что связано с уменьшением обсемененности больных в других группах и переходе их из второй и третьей группы в первую.

Вторая степень обсемененности в первой группе встречалась у 3 (9,7%) (до лечения у 10 (32,3%)) во второй группе у 4 (11,8%) (до лечения у 11 (32,4%)) пациентов. Третья степень обсемененности в двух группах не наблюдалась. В целом можно отметить, что практически все больные во всех группах показали положительную динамику по данному показателю.

Результаты исследований секреторной функции желудка показали, что после курса лечения количество больных с повышенной кислотной продукцией уменьшилось. Процент улучшения составил 80,0%, во второй 61,2%.

Таким образом, разработанная методика гальваногрязелечение с питьем минеральной воды обладает достаточно высокой непосредственной эффективностью, хорошо переносится больны-

ми с хроническими гастритами в фазе ремиссии или неполной ремиссии. Методика проста в применении не требует больших материальных затрат и может быть рекомендована для использования в практике санаториев-профилакториев и других лечебно-профилактических учреждений.

Литература:

1. Чернин В.В. Хронический гастрит. -Тверь, 2006
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 медиц. журнал. 2001. №3. С.54-60.
5. Минушкин О.Н., Зверков И.В., Топчий Т.Б., Володин Д.В., Шулешова А.Г. Клинико - эндоскопические особенности течения аутоиммунного хронического гастрита (АХГ), ассоциированного и неассоциированного с *Helicobacter pylori* (НР) инфекцией. Результаты пятилетнего наблюдения. // ГАСТРОЭнтерология. - С –П. - 2012.- № 3. -С. 40.
6. Berger A. Scientists discover how helicobacter survives gastric acid. Br. Med J 2000; 320:268.
7. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии/ Е.Б Выгоднер. М.: Москва, 1987. - 304 с.
8. Филимонов Р.М. Гастродуоденальная патология и проблемы восстановительного лечения/ Р.М. Филимонов. -М.: Медицина, 2005. -392 с.
9. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения в гастроэнтерологии/ Г.Н.Пономаренко, Т.А. Золотарева. СПб., 2004. 285 с.
10. Алымкулов Д.А. Физиотерапия. -КГМА, Бишкек, 2000.-308 с.