

Никитин А.В., Васильева Л.В., Михеева Е.С., Малюков Д.А.

Магнитолазерная терапия в комплексной реабилитации пожилых больных с язвой желудка

Nikitin A.V., Vasilyeva L.V., Mikheeva E.S., Malukov D.A.

Magnet-laser therapy for complex rehabilitation of elderly patients with stomach ulcer

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения РФ

Цель исследования – повышение клинической эффективности и улучшение качества жизни больных язвенной болезнью желудка старших возрастных групп с помощью магнитолазерной терапии. В исследовании участвовали 80 пациентов, разделенных на 3 группы – основную (30), контрольную (29) и плацебо (21). Быстрее всего клинические показатели и уровень качества жизни нормализовался в группе, получавшей магнитолазерную терапию. *Ключевые слова:* язвенная болезнь желудка, магнитолазерная терапия, качество жизни.

The aim of the described research was to improve clinical efficacy and quality of life in elderly patients with gastric ulcer using magnet – laser therapy. 80 patients were involved in the study. They were divided into 3 groups – main (n=30), controls (n=29) and placebo (n=21). In the main group where patients were treated with magnetic laser therapy the researchers could see the most rapid returning of clinical parameters and the quality of life to normal levels. *Key words:* peptic ulcer, magnetic laser therapy, quality of life.

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) в России, по статистическим сводкам, остается основной гастроэнтерологической нозологией, поэтому и вопросы этиопатогенеза, и вопросы лечения будут оставаться приоритетными в ближайшие годы. ЯБ желудка – хроническое заболевание, основным морфологическим выражением которого служит рецидивирующий дефект слизистой оболочки желудка. Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики ЯБ давно привлекают внимание исследователей. Несмотря на успехи, достигнутые в понимании многих важнейших аспектов ulcerogenesis, основные причины и механизмы развития ЯБ не изучены полностью и до настоящего времени [4, 5, 11].

В Международной классификации болезней X пересмотра термин «язвенная болезнь» отсутствует, что отражает два современных подхода к пониманию сути заболевания: с одной стороны, рассмотрение пептической язвы как гетерогенной группы заболеваний, объединенных наличием хронического язвенного дефекта в гастродуоденальной зоне, а с другой — как нозологической единицы (болезни) с неким обобщенным взглядом на патогенез, клинические проявления и стандартизованную терапию. Патогенез язвообразования в желудке по-прежнему рассматривается с точки зрения дисбаланса между агрессивными факторами желудочного содержимого и защитными возможностями слизистой оболочки при превалировании первых и ослаблении вторых. Именно на этой концепции базируются современные подходы к противоязвенной медикаментозной терапии, включающей в качестве обязательных компонентов антисекреторные и антигеликобактерные средства. В нашей стране получила распространение концепция комплексного подхода к лечению данной патологии с попыткой воздействия на основные звенья патогенеза и коррекции происходящих в организме нарушений [6, 11].

Появились новые данные, уточняющие и дополняющие представления о патогенезе эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки в их различных аспектах. В частности, внимание ученых привлекают проблемы иммуноульцерогенеза, «окислительного стресса»; активно обсуждается психосоматическая концепция заболевания [3, 8, 11, 12].

Язва у лиц пожилого возраста имеет свои особенности. Так, изменяется трофика слизистой, в результате чего язвы у пожилых и старых больше по размерам, медленнее заживают, более склонны к осложнениям и малигнизации. Если говорить о лечении, то у пожилых и старых метаболизм лекарственных препаратов становится более медленным, и обычно принятые дозы препаратов создают большую терапевтическую концентрацию и медленнее элиминируют, что требует для этих больных подбора специальных схем лечения и корректировки доз фармпрепаратов [7, 8].

Таким образом, проблема терапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны еще далека от окончательного решения, что может быть связано как с недостаточной выясненностью ряда патофизиологических аспектов язвообразования, так и с недооценкой роли нарушений общих интегральных механизмов адаптивной регуляции и саморегуляции на различных уровнях патологического процесса организм в целом [2].

Повышенный интерес к магнитолазерной терапии (МЛТ) в последние десятилетия обусловлен все возрастающей лекарственной аллергизацией населения, привыканием к медикаментозным препаратам, что требует поиска новых способов патогенетического воздействия на организм пациента. Достаточно высокая терапевтическая эффективность совместного применения низкоинтенсивного лазерного излучения и магнитного поля, в которой уже убедились врачи России и других стран, служит весьма веским аргументом в пользу перспектив-

ности ее развития. Кроме того, необходимо отметить широкий спектр показаний к магнитолазерной терапии и возможность ее сочетанного применения с традиционными способами лечения [1, 9, 10]. Однако имеются только единичные работы по применению МЛТ при ЯБ у больных пожилого возраста.

Цель работы: повышение клинической эффективности и улучшение качества жизни больных ЯБ желудка пожилого возраста с помощью комплексной фармакотерапии в сочетании с сеансами магнитолазерной терапии.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 80 больных в возрасте от 58 до 71 года с клинически и эндоскопически установленным диагнозом «язвенная болезнь желудка». Все больные были разделены на 3 группы по методам воздействия. Первую группу ($n = 30$) составили больные, получавшие в составе комплексного лечения сеансы магнитолазерной терапии. Вторую группу ($n = 29$) составили больные, получавшие только медикаментозную терапию. Третью группу ($n = 21$) составили больные, которым кроме медикаментозного лечения проводили сеансы имитации МЛТ – процедуры с выключенным аппаратом, без предварительного информирования пациентов. Больные сравниваемых групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, основным клинико-лабораторным показателям и тяжести эндоскопической картины (табл. 1, 2).

Из табл. 1 видно, что большинство больных беспокоила боль в эпигастриальной области, симптомы диспепсии (изжога, тошнота, отрыжка) беспокоили пациентов сравниваемых групп одинаково часто.

Таблица 1
Основные жалобы пациентов исследуемых групп (%)

Жалобы	Группы		
	I	II	III
Боль в эпигастрии	93,3	86,2	90,5
Изжога	86,7	62,1	57,1
Отрыжка	43	41,3	38,1
Тошнота	56	13,8	19

Таблица 2
Клинико-эндоскопическая характеристика пациентов исследуемых групп

Показатель		Группы		
		I	II	III
Возраст (лет)		64,5 ± 4,8	63 ± 3,9	64,3 ± 6,4
Пол	мужчины	18	20	15
	женщины	12	9	6
Анамнез (лет)		5,4 ± 4,8	5,4 ± 4,2	4,3 ± 3,1
Наличие эрозий		11 (36,7%)	8 (27,6%)	5 (23,8%)
Язвенный дефект до 1 см ²		14 (46,6%)	14 (48,3%)	10 (47,7%)
Язвенный дефект более 1 см ²		5 (16,7%)	7 (24,1%)	6 (28,5%)
Выявлено <i>H. pylori</i>		20 (66,7%)	24 (82,7%)	11 (52,4%)
Характер течения заболевания:				
ежегодные обострения		18 (60%)	24 (54,5%)	10 (47,6%)
реже одного раза в год		5 (16,7%)	14 (31,8%)	6 (28,6%)
чаще одного раза в год		7 (23,3%)	6 (13,7%)	5 (23,8%)

Наличие *H. pylori* устанавливали двумя методами – биопсийным методом и серологическим исследованием крови.

У больных пожилого возраста с появлением и прогрессированием атрофии слизистой оболочки желудка частота обсемененности *H. pylori* начинает снижаться, что связывают, прежде всего, с истончением слизистой оболочки желудка и ухудшением условий для существования возбудителя. Следовательно, в старшей возрастной группе снижается этиологическая роль *H. pylori* в развитии ЯБ. Вместе с тем, возрастает значение таких факторов, как нарушения общих интегральных механизмов адаптивной регуляции и саморегуляции на различных уровнях, вовлекающих в патологический процесс организм в целом.

Сеансы МЛТ проводили в комплексе с медикаментозной терапией, включавшей применение ингибиторов протонной помпы, коллоидного субцитрата висмута, а при обнаружении *Helicobacter pylori* – эрадикационной терапии. Для МЛТ использовали полупроводниковый аппарат «МИЛТА-Ф-8-01», ЗАО «НПО космического приборостроения». Для облучения были выбраны область эпигастрия под мечевидным отростком и область проекции язвенного дефекта на передней брюшной стенке. Длительность процедуры – 2 мин на каждую область, излучатель матричного типа, длина волны – 0,89 мкм, импульсная мощность – 5 мВт, частота – 8 Гц, постоянное магнитное поле – 30 мТл. Также проводили сеансы надвенозного лазерного облучения крови в области проекции промежуточной вены локтя или предплечья, в вертикальном положении. Длина волны – 0,89 мкм, мощность – 1 Вт, частота – 1500 Гц, экспозиция – 240 с.

В ходе исследования проводили оценку качества лечения с помощью вопросника SF-36, объективно оценивающего общее здоровье. Вопросник SF-36 обследуемые заполняли самостоятельно. Оценка качества жизни проводили до начала и после проведения курса лечения.

Показатели качества жизни в исследуемых группах представлены в табл. 3 и 4.

Достоверных различий по психологическому и физическому компонентам качества жизни на основе вопросника SF-36 выявлено не было.

Таблица 3
Динамика психологического компонента качества жизни больных язвенной болезнью желудка по данным вопросника SF-36 до и после лечения

Показатель		Группы		
		I	II	III
VT	До лечения	36,71 ± 1,8	32,14 ± 1,3	39,42 ± 1,8
	После лечения	42,21 ± 2,1**	30,12 ± 1,6	41,19 ± 1,7
SF	До лечения	42,41 ± 1,9	41,64 ± 2,8	42,86 ± 2,5
	После лечения	43,08 ± 1,4	42,91 ± 2,3	42,85 ± 1,8
RE	До лечения	35,15 ± 1,8	36,29 ± 1,6	35,24 ± 1,9
	После лечения	39,26 ± 1,5*	37,16 ± 1,8	36,24 ± 1,6
MH	До лечения	50,01 ± 1,4	51,2 ± 3,4	53,23 ± 1,8
	После лечения	51,08 ± 1,2	51,28 ± 2,1	52,42 ± 1,9

Примечание. * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,005$; VT – жизненная активность (Vitality); SF – социальное функционирование (Social Functioning); RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional); MH – психическое здоровье (Mental Health).

Таблица 4
Динамика физического компонента
качества жизни больных язвенной болезнью желудка
по данным вопросника SF-36 до и после лечения

Показатель		Группы		
		I	II	III
PF	До лечения	39,18 ± 2,8	40,35 ± 2,4	41,31 ± 1,4
	После лечения	42,19 ± 2,1	41,54 ± 2,8	42,4 ± 1,6
RP	До лечения	37,56 ± 1,3	38,14 ± 2,3	39,28 ± 1,9
	После лечения	39,46 ± 1,9*	40,18 ± 2,4	40,24 ± 1,6
BP	До лечения	40,45 ± 1,5	38,54 ± 1,9	40,53 ± 1,9
	После лечения	41,52 ± 1,8*	39,54 ± 2,9	40,49 ± 2,4
GH	До лечения	37,16 ± 2,5	37,24 ± 2,	36,41 ± 1,2
	После лечения	39,16 ± 2,5	38,14 ± 2,3	38,48 ± 1,8

Примечание. * – $p < 0,05$; PF – физическое функционирование (Physical Functioning); RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning); BP – интенсивность боли (Bodily Pain); GH – общее состояние здоровья (General Health).

Результаты исследования и их обсуждение

Быстрее всего нормализацию основных клинико-эндоскопических признаков мы наблюдали в группе больных, которые получали стандартное медикаментозное лечение в комплексе с МЛТ по предлагаемой методике (I группа).

В I группе, по сравнению со II и III группами, достоверно раньше уменьшался болевой синдром. В I группе купирование и уменьшение болевого синдрома отмечены у 25 больных (83,3%), что больше, чем во II группе – 15 больных (51,7%) и в III группе – 12 (57,1%). Достоверных различий по данному показателю между II и III группами не выявлено. На 1–3-й день наблюдали уменьшение диспептического синдрома (изжога, отрыжка, тошнота) – различий между исследуемыми группами не было выявлено. К 13–15-м суткам в I группе в большей степени наблюдали уменьшение или полное купирование болевого синдрома (93,3%), чем во II группе (72,4%) и в III группе (76,2%). Различий между II и III группами по данному показателю не выявлено. Так же к 13–15-му дню в I группе в большей степени наблюдалось уменьшение и полное купирование диспептического синдрома (89,4%), чем во II группе (70,2%) и в III группе (74,5%). Кроме того, к 15-му дню лечения наблюдали полную эпителизацию эрозий и рубцевание язвенного дефекта у 28 больных (93,3%) I группы, соответственно у 22 больных (75,9%) во II группе и у 16 пациентов (76,2%) в III группе. При этом происходило заживление язвенного дефекта эпителизацией или образованием негрубого рубца.

Как видно из табл. 3, у пациентов I группы по данным вопросника SF-36 наблюдалось улучшение качества

жизни по шкалам жизненной активности и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием.

Заключение

Данные табл. 3 и 4 свидетельствуют о том, что включение МЛТ в комплексное лечение больных ЯБ желудка пожилого возраста достоверно улучшает клиническое течение заболевания, качество жизни по шкалам ролевого физического функционирования, интенсивности боли, ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,05$), жизнеспособности ($p < 0,005$).

Таким образом, применение комбинированной МЛТ в комплексной терапии больных язвенной болезнью желудка оказывает положительное влияние на клинические показатели, психологический и физический компоненты качества жизни больных.

Литература

1. Буйлин В.А., Москвин С.В. Низкоинтенсивные лазеры в терапии различных заболеваний. Тверь: Триада, 2005. 176 с.
2. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и возможности альтернативной медикаментозной терапии // Consilium medicum. Гастроэнтерология. 2003. Т. 5. № 3. С. 12.
3. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь: патологические аспекты и медикаментозное лечение больных // Consilium medicum. 2002. Т. 4. № 6. С. 4–10.
4. Гастроэнтерология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 700 с.
5. Гастроэнтерология: справ. практ. врача / А.В. Калинин, И.В. Маев, С.И. Рапопорт; под общ. ред. С.И. Рапопорта. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 312 с.
6. Ливзан М.А., Костенко М.Б. Язвенная болезнь: современные подходы к диагностике и терапии // Леч. врач. 2010. № 7. С. 20–24.
7. Маев И.В. Современные подходы к лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Леч. врач. 2003. № 5. С. 4–8.
8. Минушкин О.Н. Особенности язвенной болезни у пожилых и старых // Леч. врач. 2006. № 6. С. 24–27.
9. Москвин С.В., Буйлин В.А. Основы лазерной терапии. М., Тверь: Триада, 2006. 256 с.
10. Никитин А.В., Орлова Е.В., Крючкова А.В. и др. Клиническая эффективность лазеро- и хромотерапии при лечении заболеваний внутренних органов // Лазерная медицина. 2008. Т. 12. Вып. 1. С. 26–30.
11. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 413 с.
12. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии (Unsolved and Debatable Issues of Modern Gastroenterology). М.: МЕДпресс-информ, 2013. 224 с.

Поступила в редакцию 08.06.2015 г.

*Для контактов: Васильева Людмила Валентиновна
E-mail: nadia.nadezda-2014@yandex.ru*