

ния – 24%; болезней системы дыхания – 35% и эндокринной системы 22%. Эти результаты демонстрируют высокую сходимость с таковыми, полученными при дисперсионном анализе.

Таким образом, предложенный метод статистического анализа имел высокую сходимость с дисперсионным методом и одновременно позволил с высокой степенью вероятности оценить уровень корреляции некоторых заболеваний с эффектами их наследования потомками [6-7].

Литература:

- 1 Кулқыбаев Г.А., Смагулов Н.К. Актуальные проблемы медицинской экологии Центрально-Казахстанского региона // Проблемы медицинской экологии: сб. статей.- Караганда, 1995.-Т.2.-С.3-7.
- 2 Экология и здоровье детей: сб. трудов. - Алматы, 1996.-215 с.
- 3 Раисова Г.К. Популяционные эффекты острого и хронического воздействия ионизирующих излучений среди населения, проживающего в ареале распространения локальных радиоактивных осадков: дисс. ... докт. мед. наук: Алматы: НИИОР, 1997. – 395 с.

Сәулеге ұшыраған ата-анадан туылған тұлғалар арасында, қоршаған ортаның жалпы қауіпті факторлерінің және иондалған сәуленің детерминделген нәтижелерін объективтілеу Т.И. Белихина, Г.К. Ажмуратова, Р.Т. Булеуханова, Т.Ж. Мулдағалиев, Ж.К. Байбусинова

Ядролық полигон аймағымен шекаралас тұрып жатқан тұрғындар арасында статистикалық қорытындылаудың қазіргі заманға сай әдістері көмегімен «ата-ана – бала» фенотипикалық факторлердің модификациялық үлесін корреляциялау және кейбір аурулардың таралуына радиациямен байланысты емес қауіпті факторлерінің әсер етуін бағалау жүргізілді.

Establishment the determined effects of an ionizing radiation and action Environment risk factors among descendants of the persons born from irradiated parents

By means of modern methods of the statistical analysis among the population, living in territories adjoining to nuclear range the estimation of correlation of the modifying contribution fenotypical factors "parent-child", and action of not radiating risk factors with prevalence of separate diseases is spent.

УДК 616.342-616-072.1

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МЦ ГМУ Г.СЕМЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Е.К. Ибраимов, Н.Р. Рахметов

Государственный медицинский университет г. Семей

Особенностью лечения язвенной болезни на фоне хеликобактерной инфекции является большая частота и продолжительность рецидивов, более быстрое прогрессирование морфологических изменений стенки желудка и двенадцатиперстной кишки и, соответственно, худшие исходы [1,2]. Лечение данной патологии предусматривает включение методов эрадикации хеликобактерной инфекции [3]. Однако их эффективность о многих случаях оказывается недостаточной для достижения стойкой и длительной ремиссии. Сохранение части бактериальных клеток на слизистой, в особенности – в области язвенного дефекта, не позволяет добиться и его заживления. Результатом становится быстрый рецидив заболевания после проведенной консервативной терапии. Возможным выходом является применение местного лечения, позволяющего создавать высокие концентрации антибактериального препарата на длительное время в участках наибольшей обсемененности (антральный отдел желудка) и язвенного дефекта, а также обеспечивающего механическую защиту язвы от повреждающих факторов гастродуоденального содержимого [4].

Другой причиной ухудшения эффективности эрадикационных мероприятий и быстрых рецидивов инфек-

4 Balmukhanov S., Raissova G., Balmukhanov T. Three generations of the Semipalatinsk affected to the radiation. – Almaty, 2002. – P. 3-36.

5 Чайжунусова Н.Ж. Иммунные, генетические эффекты и онкозаболеваемость населения в условиях комбинированного действия вредных факторов окружающей среды (в регионе распространения локальных радиоактивных осадков): дисс. ... д-ра мед. наук, Алматы, 1993.- 387 с.

6 Гусев Б.И., Апсаликов К.Н., Раисов Т.К., Белихина Т.И., Шакинов Е.Р., Рыженкова О.Н., Изатова А.Е., Смыкова Т.М. Отдаленные онкологические эффекты реализации гомеостатического дисбаланса среди населения некоторых районов ВКО, сформированного в остром и раннем периоде после облучения ионизирующей радиацией // Наука и здравоохранение.- №3.- 2006.- С. 80-83.

7 Н.Ж.Чайжунусова, Г.Дюсекенова и соавт. Анализ хромосомных аберраций у населения, проживающего вблизи СЯП// Актуальные проблемы биологии, медицины и экологии: материалы международной конференции.- Томск, 2004. – С.23-24.

ции может быть снижение общей и местной иммунной защиты [5].

Адекватным методом в ситуации может служить, таким образом, использованием комплексной терапии, включающей способы общей и местной иммунокоррекции, а также местной антибактериальной терапии. Данный подход позволяет одновременно улучшить результаты заживления язвы и снизить вероятность рецидивов хеликобактерной инфекции. Существенным моментом при этом является аспект уменьшения частоты эндоскопических манипуляций, которое может быть достигнуто посредством применения препаратов депонирующихся на слизистой и обеспечивающих её эффективную защиту после отторжения защитной пленки. Такими средствами могут быть препараты висмута, например де-нол [6].

Целью работы является улучшение клинического течения дуоденальных язв посредством использования сочетания местного лечения и системной иммуномодулирующей терапии.

Материалы и методы исследования:

В условиях гастроэнтерологического отделения Медицинского центра Государственного медицинского

института г. Семей обследованы 144 больных язвенной болезнью с локализацией дефекта в двенадцатиперстной кишке, в том числе 96 мужчин и 48 женщин, в возрасте от 20 до 67 лет (средний возраст $39,2 \pm 1,2$ года).

Из них в группу сравнения (традиционной консервативной терапии) вошли 25 пациентов, консервативной терапии в сочетании с системной иммунокорректирующей терапией (СИТ) – 27 больных, группу местного лечения, включающей применение на фоне консервативной терапии аппликаций с депонированием антибактериальных препаратов – 48 пациентов и сочетания традиционной терапии, СИТ и местного лечения – 44 больных.

Выделенные группы были репрезентативными по возрастному-половому составу, характеристикам язвенного анамнеза, клиническим данным и показателям эндоскопической картины.

В качестве местного лечения применялись аппликации «Латексного тканевого клея» (ЛТК), в том числе у ряда больных – с депонированием под пленкой различных лекарственных препаратов, выбор которых зависел от основного этиологического фактора язвенной болезни (наличие *Helicobacter pylori*) (А.с. на изобретение СССР №1777875 «Способ лечения гастродуоденальных язв», 1992).

После введения эндоскопа в желудок или двенадцатиперстную кишку через инструментальный канал вводили спирт-эфирную смесь в количестве 5-10 мл для

вымывания некротических масс и осушения места аппликации. Тefлоновый катетер, к проксимальному концу которого фиксирована часть трубки от внутривенной одноразовой системы длиной 10 см, проводили через инструментальный канал эндоскопа. Расстояние от дистального конца катетера до места аппликации (язвенного дефекта) 1,0-1,5 см. В трубку шприцем вводили смесь лекарственных веществ. ЛТК вводили вторым шприцем, распределение его по поверхности слизистой осуществляли концом тefлонового катетера, срезанного в виде «лопатки» и несколько сплющенного.

В качестве депонируемых лекарственных препаратов при наличии хеликобактерной контаминации слизистой оболочки выступали: средства, обладающие антибактериальным действием – метронидазол и де-нол, разведенные в спленине, которые депонировались под клеевой пленкой статизола на язвенном дефекте и в антральном отделе желудка – в местах колонизации *Helicobacter pylori*.

Для проведения одной лечебной эндоскопической процедуры использовали 1 таблетку метронидазола и 1 – де-нола, предварительно растертых и разведенных в 2 мл физиологического раствора.

Результаты исследования и их обсуждение:

В качестве параметров для оценки эффективности лечения использованы эндоскопические и клинические показатели.

Таблица 1 – Показатели состояния слизистой в области язвы при проведении местного лечения (НР+) (n=92)

Параметры	Номер эндоскопической процедуры					
	2	3	4	5	6	7
Уменьшение диаметра язвы, %	30,2±2,2	56,7±4,0	77,4±3,8	87,9±3,3	91,4±2,4	93,8±2,0
Уменьшение диаметра перифокального воспаления, %	37,8±2,5	73,5±5,1	92,1±4,7	95,5±4,1	97,0±2,5	98,0±1,9
Заживление язвы, %	6,5±2,6	23,9±4,4	56,5±5,2	69,6±4,8	75,0±4,5	81,5±4,0

При анализе размеров язвенного дефекта учитывались все случаи. При этом полное заживление язвы расценивалось как диаметр, равный 0.

Уже при втором обследовании после начала лечения было отмечено уменьшение диаметра язвенных дефектов в среднем на 30,2%. После третьей процедуры динамика показателя составила 56,7%, после четвертой – 77,4%. Одновременно увеличивалось количество случаев заживления язвы. После второй процедуры имели место лишь единичные случаи заживления язв небольшого диаметра. После третьей заживление наступило почти у 1/4 больных, после четвертой – более чем у половины пациентов.

Улучшение параметров заживления после шестой и седьмой процедур относительно достигнутого было

менее выраженным. Однако наблюдались дополнительные случаи рубцевания язвенных дефектов большого диаметра.

Кроме того, в процессе лечения было выявлено выраженное и быстрое сокращение области перифокального воспаления. Уже после второй процедуры динамика данного параметра составила 37,8%, а после третьей – 73,5%. После четвертой процедуры, даже при отсутствии заживления язвенного дефекта, в подавляющем большинстве случаев перифокальное воспаление отсутствовало или имело место в виде тонкого краевого ободка, а после 6-7 процедур – практически отсутствовало.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика клинических показателей в группах больных с различными способами эрадикации НР

Показатель	Клиническая группа			
	сравнения (консервативная терапия), n=25	консервативная терапия + СИТ, n=27	консервативная терапия + АБТ местно, n=48	консервативная терапия + СИТ +АБТ местно, n=44
Сроки купирования болевого синдрома, суток	14,3±1,0	12,5±0,9	6,2±0,5**	5,7±0,3**
Сроки купирования локальной болезненности, суток	19,7±1,4	18,8±1,1	8,1±0,6**	7,8±0,5**
Сроки купирования диспептических явлений, суток	11,5±0,8	11,3±0,7	5,5±0,4**	5,3±0,3**

Примечание - ** - различия с группой сравнения достоверны, $p < 0,01$

Для анализа клинической эффективности применения разработанных способов лечения проанализирован

ряд показателей. Со стороны индивидуального статуса обследованных больных учитывались сроки купирова-

ния болевого синдрома, локальной болезненности и диспепсических явлений.

При дополнительном применении СИТ на фоне консервативной терапии достоверных различий с группой сравнения ни по одному из указанных клинических показателей зарегистрировано не было, хотя отмечалась тенденция к их улучшению. При применении местной терапии с включением в её состав локального использования антибактериальных препаратов отмечалось высокодостоверное сокращение продолжительности персистенции проанализированных синдромов. В

частности, сроки купирования болевого синдрома уменьшались на 56,6%, локальной болезненности в эпигастриальной области на 58,9%, а диспепсии – на 52,2% ($p < 0,01$ во всех случаях). В группе комплексной терапии, включающей СИТ и АБТ, степень снижения соответствующих показателей достигла 60,1%; 60,5% и 53,7% соответственно ($p < 0,01$ во всех случаях).

В таблице 3 представлена частота и средние сроки заживления язвенного дефекта у больных различных групп, у которых были использованы разные способы консервативной и местной терапии дуоденальных язв.

Таблица 3 – Частота и сроки заживления язвенного дефекта в группах применения различных способов терапии дуоденальных язв

Группа	Число случаев заживления		Средние сроки заживления (суток)
	абс.	%	
Сравнения (консервативная терапия НР+), n=25	13	52,0±10,0	31,7±2,0
Консервативная терапия + СИТ, НР+, n=27	17	63,0±9,3	20,5±1,5*
Консервативная терапия + АБТ местно (НР+), n=48	38	79,2±5,9*	15,2±1,1**
Консервативная терапия + СИТ + АБТ местно (НР+), n=44	37	84,1±5,5*	13,4±1,0**

Примечание - * - различия с соответствующими группами сравнения достоверны, $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

По отношению к консервативной медикаментозной терапии у больных с положительным высоким титром НР на слизистой верхних отделов ЖКТ было выявлено достоверное увеличение числа случаев заживления язвенного дефекта при местном лечении с использованием АБТ на 52,2% ($p < 0,05$) и при сочетании системной иммунотерапии с местным применением антибиотиков (на 61,7%, $p < 0,05$). Средние сроки заживления язвенного дефекта в тех случаях, когда оно происходило, уменьшались во всех трех группах разработанного лечения ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$).

У пациентов, подвергавшихся традиционной консервативной антихеликобактерной и противоязвенной терапии дуоденальных язв, в числе случаев заживления преобладало формирование рубца, при том грубого – (24,0±8,5)% более, чем нежного (20,0±8,0)%. Заживление без рубца имело место только в (8,0±5,4)%.

В случаях проведения консервативной терапии с дополнительным использованием разработанных общих и местных способов лечения структура исходов существенно улучшалась, при применении СИТ, местной АБТ и их сочетания в случаях заживления язвенного дефекта преобладало формирование нежного рубца. В двух последних группах отмечалось абсолютное преобладание этого варианта заживления над всеми остальными эндоскопическими вариантами исхода. При сочетанном применении СИТ и АБТ до (20,5±6,1)% увеличивалась частота эпителизации без рубца.

Таким образом, клинические результаты разработанного лечения являются достоверными как в плане нормализации субъективных показателей, так и при анализе объективных результатов динамического эндоскопического обследования.

Литература:

1. Аруин Л.И. Роль *Helicobacter pylori* в формировании морфологического субстрата язвенной болезни // Материалы VIII тематической сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. – Уфа, 1999. – С.7-11.
2. Боровков Н.Н., Дугина В.В., Хрулева Н.С. Оптимизация эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – №1(25). – С.485-486.
3. Широкова К.И. и соавт. Применение метронидазола в лечении больных язвенной болезнью // Клин. мед. – 1981. – N.2. – С.48-50.
4. Kobayashi K., Kashima K., Higuchi K., Arakava T. The mechanisms of gastrointestinal mucosal injury and repair // *Nippon Rinsho*. – 1998. – Vol.56. – P.2215-2222.
5. Микрюкова В.Я. Состояние местного иммунитета при язвенной болезни желудка: автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 1994. – 25 с.
6. Аруин Л.И., Ильченко А.А., Городинская В.С. и др. Влияние длительного воздействия антибиотиков на слизистую оболочку желудка и *Helicobacter pylori* // Клин. мед. – 1995. – N5. – С.78.

Зерттеу мақсаты – ұлтабар жарасында жергілікті және жүйелі иммунитет қалыптастырушы емді пайдаланған кездегі клиникалық көріністің жақсаруы.

Кемістігі ұлтабарда орналасқан 144 науқас тексерілді.

Жергілікті ем ретінде қабықтүзуші аэрозольді желім және қабық астына метронидазол мен де-нол дәрілері енгізілген жапсырма пайдаланылды.

Ем нәтижелері кешенді консервативті ем көрсеткіштерінен асып түсті және ол субъективті көрсеткіштер мен эндоскопия әдісімен дәлелденген объективті көрсеткіштердің сәйкестігімен анықталды.

Research objective is the improvement of a clinical course of ulcer at patients with duodenal localization in by means of a combination of local treatment and system immune modulation use.

144 patients with ulcer disease with duodenal defect localization are surveyed.

As local treatment applications of film-forming glue, including with deposition under a film of medical products Metronidazol and De-nol were applied.

Clinical results of the developed treatment exceeded those for complex conservative therapy and were authentic both in respect of normalization of subjective indicators, and at the analysis of objective results dynamic endoscopic inspections.