

**ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АДАПТАЦИИ К
ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ
РЕМИССИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*В.Т.Валуи², В.И.Кознецов², Н.Е.Федоров², Н.Г.Карташов³, В.И.Орехва¹,
В.А.Гудовская¹*

ГУ Витебский областной диагностический центр¹. ГУ Витебский
государственный медицинский университет². Санаторий «Летцы»³,
Витебск, Республика Беларусь

Язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки являются часто встречающейся патологией в клинике внутренних болезней, преимущественно у людей наиболее активного, творческого возраста, с постоянно рецидивирующим течением, обуславливая временную, а нередко и стойкую потерю трудоспособности. По Республике Беларусь общая заболеваемость на сто тысяч населения составила: в 1999 году - 1602,2; в 2000 - 1633,2; в 2002 - 1669,7; в 2003 - 1696,0 [1]. Эти данные указывают на увеличение количества рецидивов язвенных поражений. Проблемы консервативного лечения обострения заболевания в настоящее время в значительной мере решены, однако методы профилактики рецидива не достаточно эффективны и требуют дальнейшего совершенствования. Заживление язвенного дефекта - естественный репаративный процесс, зависящий от ряда условий. Одним из необходимых условий для заживления язвы является функциональная и количественная достаточность сосудов микроциркуляторного русла [3], малое же их количество в регенерирующем эпителии сопутствует плохому заживлению язвы и как следствие - частые рецидивы заболевания. Представляется актуальным использование методов лечения, улучшающих капилляризацию зоны язвенного дефекта и нормализующих кислородный метаболизм ткани. Один из возможных путей в этом направлении - использование адаптации к периодической гипоксии [4].

Цель исследования - изучить влияние адаптации к периодической гипоксии на длительность ремиссии заболевания у больных с язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования

Обследовано 139 больных в возрасте от 18 до 60 лет с язвенными поражениями желудка (ЯПЖ) - 63 больных, из них 35 больных основной и 28 больных контрольной группы. С язвенными поражениями двенадцатиперстной кишки (ЯПДК) - 76 больных, из них 35 больных основной и 28 больных контрольной группы. Основные и контрольные группы не имели статистически значимых различий: по размеру язвенных поражений, возрасту, полу, длительности заболевания, наследственной

предрасположенности к язвенным поражениям по линии родителей. Все больные язвенными поражениями по протоколу получали блокатор H₂-гистаминорецепторов - ранитидин, в дозе 150 мг два раза в сутки утром и вечером [2]. Кроме указанного медикаментозного лечения больные основных групп проходили курс нормобарической гипоксической тренировки длительностью 15-18 сеансов в течение 15-18 дней на протяжении 21-23 суток. Для проведения нормобарической гипоксической тренировки использовали газовую гипоксическую смесь с 10% концентрацией кислорода в азоте с относительной влажностью 40-70% при нормальном атмосферном давлении, получение которой осуществлялось на базе мембранной газоразделительной установки «Био-Нова-204» (фирма «Био-Нова», г.Москва). Контроль процентного содержания кислорода в газовой гипоксической смеси на выходе производили измерительным комплексом, состоящим из датчика кислорода - САG-250Е, цифрового измерительного прибора и адаптер-газоанализатора. Сеансы гипокситерапии проводились в циклически фракционном режиме с использованием масочного вида дыхания. Дыхание осуществлялось газовой гипоксической смесью продолжительностью пять минут, после чего следовал интервал длительностью пять минут, в течение которого больные дышали атмосферным воздухом. Продолжительность одного сеанса пятьдесят минут (пять циклов). Общее время гипоксического воздействия составляло 35 минут [5].

Диагностирование и оценка эффективности заживления язвенных дефектов у больных основной и контрольной групп осуществлялась эндоскопически с использованием фиброгастроуденоскопов «Olympus»; оценивалась локализация, размеры язвенного дефекта [6]. В последующем для оценки эффективности нормобарической гипоксической тренировки в профилактике возникновения рецидива в течение 12 месяцев после окончания курса лечения больным основной и контрольной групп планово один раз в шесть месяцев, а также при наличии соответствующих жалоб проводилась фиброгастроуденоскопия.

Результаты

При язвенных поражениях желудка впервые рецидивирование наблюдалось в основной группе с 9-го месяца - у 2 больных (P=0,15) - т.е. в 5,7% случаев от общего количества больных в группе, в контрольной группе - начиная с 5 месяца, к 9-у месяцу рецидив наблюдался у 14 больных (P<0,001) - т.е. в 50% случаев. В течение последующих месяцев - до года, после курса лечения рецидив наблюдался у 11 больных основной группы (P<0,001) т.е. в 31,4% случаев и 22 больных контрольной группы (P<0,001) - т.е. в 78,5% случаев. Рецидивирующие язвы локализовались преимущественно по малой кривизне, т.е. в зоне с недостаточно развитой сосудистой сетью: в контрольной группе у 13 больных (P<0,001) - в 46,4%

случаев, в основной группе - у 1 больного ($P < 0,001$) - в 2,9% случаев до 9-го месяца включительно, В течение последующих месяцев - до года, рецидивирующие язвы локализовались также преимущественно по малой кривизне: в контрольной группе - у 17 больных ($P < 0,001$) - в 60,9% случаев, в основной группе - у 7 больных ($P < 0,005$) - в 20% случаев (табл. 1).

При язвенных поражениях двенадцатиперстной кишки впервые рецидивирование наблюдалось в основной группе с 8-го месяца - у 2 больных ($P = 0,15$) - в 4,87% случаев, в контрольной группе - начиная с 4-го месяца и к 8-му месяцу рецидив наблюдался у 14 больных ($P < 0,001$) - в 40,0% случаев. В течение последующих месяцев - до года, рецидив наблюдался у 14 больных основной группы ($P < 0,001$) - в 34,2% случаев и 21 больного контрольной группы ($P < 0,001$) - в 77,4% случаев. Рецидивирующие язвы локализовались преимущественно по передней стенке луковицы - в зоне с недостаточно развитой сосудистой сетью: в контрольной группе у 12 больных ($P < 0,001$) - в 34,3% случаев, в основной группе - у 1 больного ($P = 0,15$) - в 2,4% случаев. Срок наблюдения - до 8-го месяца включительно (табл. 2).

Табл. 1

Количество рецидивов заболевания у больных с язвенными поражениями желудка в течение 12 месяцев (логранговый критерий).

Ме-ся-цы	Основная группа		Контрольная группа		Объединенная группа		Основная группа
	Больные, n	рецидив	Больные, n	рецидив	Больные, n	рецидив	
5	35	0	28	3	63	3	1,667
6	35	0	25	2	60	4	2,333
7	35	0	21	4	56	2	1,250
8	35	0	19	4	54	4	2,593
9	35	2	15	1	50	3	0,100
10	33	3	14	2	47	5	0,511
11	30	5	12	5	42	9	1,429
12	25	1	8	3	33	3	1,273

$U_1 = -11,155$; стандартная ошибка = 2,552; $z = -4,370$; $P = 0$.

С поправкой Йейтса $z = 4,174$; $P = 0$.

Табл.2

Количество рецидивов заболевания у больных с язвенными поражениями двенадцатиперстной кишки в течение 12 месяцев (логранговый критерий).

Ме-ся-цы	Основная группа		Контрольная группа		Объединенная группа		Основная группа
	Больные, n	рецидив	Больные, n	рецидив	Больные, n	рецидив	
1	2	3	4	5	6	7	8
4	41	0	35	3	76	3	1,618
5	41	0	32	2	73	2	1,123
6	41	6	30	4	71	4	2,310
1	2	3	4	5	6	7	8
7	41	0	26	4	67	4	2,448
8	41	2	22	1	63	3	0,048
9	39	2	21	2	60	4	0,600
10	37	3	19	5	56	8	2,286
11	34	4	14	3	48	7	0,958
12	30	3	11	3	41	6	1,390

$U_1 = -12,686$; стандартная ошибка = 2,904; $z = -4,369$; $P = 0$.

С поправкой Йейтса $z = 4,196$; $P = 0$.

Таким образом, адаптация к периодической гипоксии на фоне медикаментозной терапии вызывает более стойкую последующую ремиссию: рецидивы заболевания в течение 12 месяцев у больных язвенными поражениями желудка в основной группе наблюдались в 31,4% в контрольной группе в 78,5%, у больных язвенными поражениями двенадцатиперстной кишки в основной группе - в 34,2% (в контрольной группе в 77,4%).

Литература

1. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Здравоохранение в Республике Беларусь; официальный статистический сборник. Минск, БелЦНМИ.-2001, -276с.

2. Временные протоколы (Стандарты обследования и лечения больных с патологией органов пищеварения в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях) /Силивончик Н.Н., Мараховский Ю.М., Пиманов С.И. // Приказ МЗ РБ №24 от 15.02.02 Минск - 2002. - 40с

3; Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. - М.; Триада X, 1998.-521 с.

4. Кузнецов В.И., Федоров Н.Е., Валуй В.Т. Влияние НГТ на морфологические изменения в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки // Сборник научных статей сотрудников отделенческой клинической больницы станции Витебск кафедр общей хирургии и пропедевтики внутренних болезней ВГМУ. - Витебск, 1999. - С.81-88.