

© Мигович І. І., Чопей І. В., 2009

УДК: 616.329 – 002.446 – 08:615.835.3

ВИКОРИСТАННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Мигович І. І., Чопей І. В.

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: в статті приведено порівняння результатів лікування хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу стандартними схемами, що передбачають використання медикаментів, альтернативною методикою, яка базується на використанні гіпербаричної оксигенації та прийому мінеральної води, а також комбінацію цих методів. Отримані результати свідчать про більшу ефективність комплексного лікування даної патології.

Ключові слова: гіпербарична оксигенація, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

Вступ. У даний час ерозивні ураження шлунка та стравоходу відносяться до найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту. За матеріалами зарубіжних і вітчизняних статистичних досліджень, на ці захворювання страждає практично кожен 10-ий житель європейських країн [1], США або країн СНД, а поширеність гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) серед дорослого населення в цілому складає близько 40%, причому тенденція до зниження частоти цих захворювань прослідковується тільки в розвинених країнах [3].

Всебічне дослідження гастроезофагеальної рефлюксної хвороби неможливе без оцінки патогенетичної дії дуоденогастрального рефлюксу – найважливішого механізму розвитку одного з найбільш грізних і досить поширених ускладнень захворювання – стравоходу Баррета [3]. В даний час дуоденогастральний рефлюкс розглядається переважно в рамках рефлюкс-гастриту. Одним із найважливіших аспектів даної проблеми є те, що патологічні процеси розгортаються і поза зоною шлунка, в дистальному відділі стравоходу. Саме тут максимально реалізуються агресивні ефекти дуоденогастрального рефлюксу, обумовлені детергентною дією жовчі, лізолецитину, фосфоліпаз та інших чинників [5]. Даний факт дає підставу розглядати гастроезофагеальну рефлюксну хворобу дещо ширше, ніж захворювання, патогенетичними механізмами якого є гастроезофагеальний і дуоденогастральний рефлюкси.

Матеріали і методи. З метою вивчення впливу гіпербаричної оксигенації (ГБО) на перебіг ерозивних уражень шлунка та стравоходу, нами обстежено 125 хворих на ГЕРХ із різним ступенем рефлюкс-езофагіту, які були розділені на три групи. Перша група з 40 осіб, хворих на ГЕРХ, які приймали курс ГБО та мінеральну воду «Поляна Квасова» без медикаментозного лікування, друга група хворих, що складала 50 осіб, які приймали на

фоні традиційної терапії курс гіпербаричної оксигенації та мінеральну воду «Поляна Квасова», та групу хворих із 35 осіб, що приймали традиційну терапію (рабепразол, домперидон, вісмута субцитрат). Для проведення сеансів ГБО нами використовуються кисневі барокамери БЛКС-303 МК. Після проведення ряду діагностичних процедур призначається курс лікування, що уражень шлунка та стравоходу перша група хворих не отримувала жодних медикаментозних препаратів, лише оксигенобаротерапію та прийом мінеральної води «Поляна Квасова» за встановленою схемою. Курс лікування складав 10 сеансів. Режим ГБО встановлювався з розрахунку 35 хвилин ізопресії, на компресію і декомпресію відводилося по 10 хвилин. Процедура проводилася щодня з перервою в 1 добу після шести сеансів. Позитивну динаміку лікування оцінювали за поліпшенням загального стану хворого, зникненню печії, нудоти, болювого синдрому, відрижки, нормалізації апетиту, загоєнню ерозивних дефектів і за термінами загоєння. Розподіл клінічних симптомів за частотою та динаміка їх зникнення у осіб першої групи відображена на рис. 1 та табл. 1.

З даної таблиці видно, що зникнення основних симптомів ерозивних уражень настало в більшості випадків після 5-6 сеансів. Крім того, майже у всіх випадках поліпшення загального стану нормалізація апетиту відбувалася вже після 1-3 сеансів. Як правило, усунення болювого симптому спостерігалось в основному після 6-го сеансу, що складає половину лікувального курсу ГБО. Практично у всіх пацієнтів вже після перших сеансів відзначалося поліпшення апетиту, нормалізація сну, підвищення м'язового тону. За даними ендоскопічного обстеження пацієнтів, де застосовували лише гіпербаричну оксигенацію та прийом мінеральної води «Поляна Квасова», терміни загоєння ерозивних дефектів коливалися від 14 до 23 днів ($20,0 \pm 1,4$; $p < 0,05$).



Рис. 1. Розподіл клінічних симптомів за частотою у осіб першої групи

Таблиця 1

Динаміка зникнення клінічних симптомів у осіб першої групи

Клінічний симптом	Сеанс ГБО (день лікування)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Больовий		2	7	2	9	9	11			
Печія	7	8	8	5	4	4	3	1		
Нудота	12	8	7	9	4					
Відрижка					5	13	12	5	3	2
Зниження апетиту	10	15	5							

До другої групи ми віднесли хворих на ГЕРХ із різним ступенем рефлюкс-езофагіту, які приймали медикаментозне лікування на фоні ГБО та прийому мінеральної води «Поляна Квасова» за встановленою схемою. Курс лікування складав 10 сеансів. Режим ГБО встановлювався з розрахунку 35 хвилин ізопресії, на компресію і декомпресію відводилося по 10 хвилин. Процедура проводилася

щодня з перервою в 1 добу після шести сеансів. Позитивну динаміку лікування оцінювали за поліпшенням загального стану хворого, зникненням печії, нудоти, больового синдрому, відрижки, нормалізації апетиту, загоєнню ерозивних дефектів і за термінами загоєння. Розподіл клінічних симптомів за частотою та динаміка їх зникнення у осіб першої групи відображені на рис. 2 та табл. 2.



Рис. 2. Розподіл клінічних симптомів за частотою у осіб другої групи

Таблиця 2

Динаміка зникнення клінічних симптомів у осіб другої групи

Клінічний симптом	Сеанс ГБО (день лікування)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Больовий	3	12	11	10	8	6				
Печія	15	17	13	4		1				
Нудота	19	15	14	1						
Відрижка				4	4	8	12	12	5	5
Зниження апетиту	12	4	4	8	11	11				

З даних таблиці видно, що вже після 3-х сеансів відбувалося значне поліпшення стану хворих, а до 6-го сеансу зникали практично всі патологічні симптоми, за винятком відрижки. В порівнянні з 1-ою дослідною групою, де застосовувалася лише оксигенобаротерапія, зникнення симптомів у хворих другої групи відбувалося швидше. Порівняно з першою групою досить тривалим було зниження апетиту, але це може бути пов'язане з прийомом препаратів, що знижують рівень кислотності у пацієнтів другої групи.

Ендоскопічне обстеження показало, що в результаті комплексного застосування фармакологічних препаратів, мінеральної води «Поляна Квасова» і гіпербаричної оксигенації терміни рубцювання ерозивних уражень склали в більшості випадків

від 12 до 20 днів. При цьому середні терміни рубцювання по другій групі склали 17 днів ($17,3 \pm 1,2$; $p < 0,05$).

До третьої групи ми віднесли хворих на ГЕРХ із різним ступенем рефлюкс-езофагіту, які приймали тільки медикаментозне лікування за встановленою схемою, в залежності від ступеня ураження та наявної супутньої хелікобактерної інфекції. Курс лікування складав 14-21 день. Позитивну динаміку лікування оцінювали за поліпшенням загального стану хворого, зникненням печії, нудоти, больового синдрому, відрижки, нормалізації апетиту, загоєнню ерозивних дефектів і за термінами загоєння. Розподіл клінічних симптомів за частотою та динаміка їх зникнення у осіб першої групи відображені на рис. 3 та табл. 3.

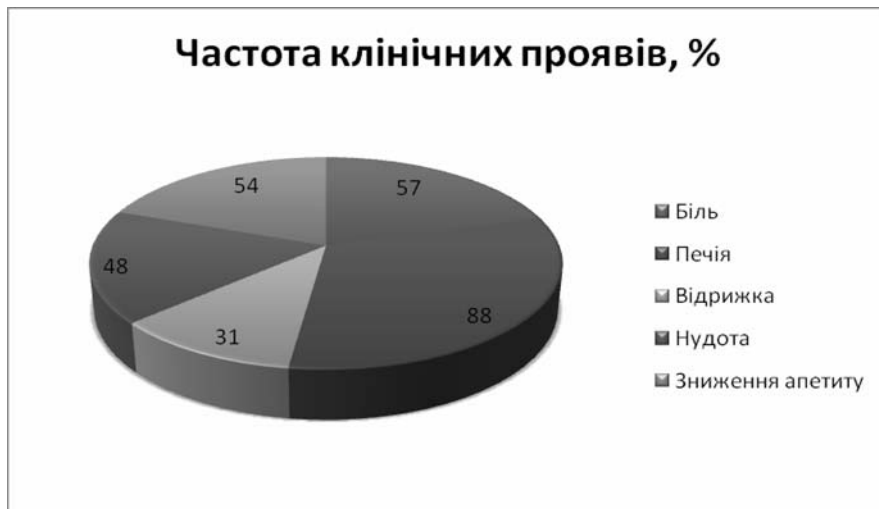


Рис. 3. Розподіл клінічних симптомів за частотою у осіб третьої групи

Таблиця 3

Динаміка зникнення клінічних симптомів у осіб третьої групи

Клінічний симптом	День лікування													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Больовий				4	3	3				5	4	1		
Печія		6	8	9		5	2	1						
Нудота					2	4	4	3	3	5				
Відрижка				2	3	4	3	3	5	7	4			
Зниження апетиту								2	3	6	6	2		

Аналіз даних показує, що терміни зникнення клінічних симптомів ерозивних уражень у осіб третьої групи більші в порівнянні з результатами, отриманими у 2-й групі. Більшість патологічних синдромів зникли до 8-11 доби. Ендоскопічне обстеження показало, що в третій групі, де застосовували лише фармакологічні препарати, терміни рубцювання ерозивно-виразкових дефектів склали від 15 до 28 діб (21,8 + 1,6; $p < 0,05$).

Висновки:

1. При комплексному застосуванні сеансів гіпербаричної оксигенації, прийомів мінеральної води «Поляна Квасова» та стандартної медикаментозної терапії у хворих на ГЕРХ спостерігається швидке зникнення клінічних симптомів та загоєння дефектів слизової порівняно з групою хворих, де застосовується тільки медикаментозна терапія.

2. При використанні сеансів гіпербаричної оксигенації та прийому мінеральної води «По-

ляна Квасова» у хворих на ГЕРХ отримані результати практично не відрізняються від тих, які отримані в групі хворих, де використовувалося лише медикаментозне лікування. Це можна пояснити такими чином: регіонарна гіпоксія, як одна з важливих патогенетичних ланок, є причиною розвитку дистрофічних процесів у слизовій оболонці стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки. Як наслідок, це призводить до появи різних виразково-ерозивних уражень, порушенню моторно-евакуаторної і секреторної функцій. Гіпербарична оксигенація є потужною і найбільш ефективним засобом боротьби з гіпоксією різного генезу. Враховуючи вищесказану роль порушень мікроциркуляції і наростання регіонарної гіпоксії у формуванні виразково-ерозивних дефектів, вживання гіпербаричної оксигенації як дієвого терапевтичного методу було сповна обґрунтованим.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеенко С.А. Алгоритмы диагностики и лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Алексеенко С.А. // Фарматека. – 2006 – № 1 (116). – С. 48-49.
2. Лапина Т.Л. Возможности применения омепразола для контроля типичных и нетипичных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ Лапина Т.Л. // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – №6. – С. 7-10
3. Степанов Ю.М. Сучасний погляд на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу: реалії та перспективи/ Ю.М. Степанов // Здоров'я України. – 2006 – №9. – С12-14.
4. Сучасні підходи до лікування гастроэзофагеальной рефлюксної хвороби та гастропатій у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень та цукровий діабет: методичні рекомендації / М. Ю. Коломоєць, О. С. Хухліна, І. В. Дудка [та ін.]. – К., 2008. – 32 с.
5. Bach J. Reflux esophagitis – a chronic infection. Global goals in gastroenterology / Bach J. – WCOG 2005. Montreal, Canada, 2005 – LB. 002.
6. Bowen D.E. Effect of graded mechanical ischemia on oxygen tension and electrical potential in the canine gastric mucosae / Bowen D.E., Gard D.K. // Gastroenterology. – 1997. – №1 – P. 84-88.

SUMMARY**USE OF HYPERBARIC OXYGENATION IN COMPLEX TREATMENT OF UPPER DIGESTIVE TRACT EROSIVE DISEASES****Myhovich I.I., Chopey I.V.**

The article contains information about the comparison the treatment results of gastroesophageal reflux disease with the help of standard schemes that involve the use of medicines, alternative methods that based on the use of hyperbaric oxygenation and reception of mineral water and combination of these methods. The results indicate greater efficiency of complex treatment of this disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, hyperbaric oxygenation