

ИОНИЗИРУЮЩЕЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ

Настрога Т.В., Гольденберг Ю.М., Петров Е.Е.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Особо высокая заболеваемость пептической язвой двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) лиц, которые подверглись воздействию ионизирующей радиации [1; 2], большая частота рецидивов, неудовлетворительные результаты лечения, определяют актуальность углубленного изучения особенностей клинического течения, бактериологического статуса гастродуоденальной зоны, состояния перекисного окисления липидов - антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ) и психологических особенностей у них с целью разработки современных, более эффективных схем лечения, предупреждения рецидивов и профилактики заболевания.

Нами проведено обследование 126 больных ПЯДПК, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (НР): 70 больных с ПЯДПК - ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (ЛПА на ЧАЭС) (основная группа) и 56 больных с ПЯДПК (группа сопоставления), близких по возрасту и полу. Всем больным проведены общепринятые клинические, лабораторные и инструментальные методы обследования. Психофизиологическое состояние больных оценивалось с помощью методик Ч.Д.Спилбергера-Ю.М. Ханина и теста Мини-мульти. Полученные в процессе обследования больных числовые данные количественного типа обрабатывали методами математической статистики с учетом средних выборочных значений (M), дисперсии (σ), ошибок средних значений (t) соответствующих показателей в группах обследованных лиц.

Выявлены особенности течения дуоденальной язвы у лиц, которые подверглись воздействию ионизирующего излучения: у 38% отмечено тяжелое течение заболевания с тремя и больше обострениями за год; у 58,5% больных наблюдалось атипичное течение заболевания, что проявлялось возникновением боли сразу, или через 20-30 минут после еды, против 17,85% в группе сопоставления ($p < 0,05$); реже наблюдались „голодные”- у 42,85%, и ночные боли у 54,28% больных (против 73,21% и 76,78% в группе сопоставления ($p < 0,05$)); сухость во рту отмечено у 37,14% больных основной группы и у 10,71% больных группы сопоставления ($p < 0,05$); тошноту чаще отмечали больные, которые входили в группу сопоставления - 87,5%, против 50% в основной группе ($p < 0,05$); у больных основной группы, значительно чаще отмечено поносы, или чередование поносов и запоров - у 42,42% против 5,35% в группе сопоставления ($p < 0,05$); астено-вегетативный синдром определено у 100% больных - ЛПА на ЧАЭС, против 71,5% группы сопоставления. У 41,4% больных основной группы определено эмоциональное напряжение, у 42,8% высокий уровень реактивной тревожности (РТ). Наиболее характерными изменениями слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у больных основной группы были язвы размерами 0,5-1 см на фоне выраженного гастрита; формирование воспалительного процесса усиливалось персистенцией хеликобактерий; у 20% больных ПЯДПК-ЛПА на ЧАЭС выявлено инвазию НР в собственную пластинку слизистой оболочки желудка. Установлено положительную корреляционную связь между степенью инфицирования бактериями НР слизистой оболочки желудка и уровнем РТ; размерами язвенных дефектов и уровнем реактивной тревожности; уровнем РТ и шкалами теста Мини-Мульти-1Ns (ипохондрии), 2D (депрессии). Обострения ПЯДПК у лиц, которые подверглись воздействию ионизирующего излучения, с высоким уровнем РТ,

характеризуются более выраженным истощением антиоксидантной защиты, о чем свидетельствует существенное снижение уровня церулоплазмина (ЦП). Установлено обратную корреляционную зависимость между уровнями ЦП и РТ.

Полученные данные свидетельствуют, что особенности клинического течения заболевания у ЛПА на ЧАЭС в значительной степени связаны с психоэмоциональным состоянием. Установлено положительные корреляционные связи между интенсивностью болевого синдрома, сроками пребывания больного в стационаре и уровнем РТ. На основе установления связи между особенностями личности и клинического течения заболевания мы разделили больных основной группы на более однородные группы, в зависимости от уровня РТ и разработали дифференцированный подход к терапии. Это позволило нам рекомендовать в дополнение к антихеликобактерной терапии больным с ПЯДПК, которые подверглись воздействию ионизирующей радиации, средства, воздействующие на функциональное состояние центральной нервной системы. При оценке эффективности терапии учитывалась динамика клинической картины. Оценивались сроки исчезновения проявлений трех основных клинических синдромов: абдоминально-болевого, диспептического и астено-вегетативного, показатели элиминации НР и ПОЛ-АОС. После всестороннего обследования больным назначалась общепринятая терапия: омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, амоксицилин по 1000 мг 2 раза в сутки, тинидазол по 500 мг 2 раза в сутки или метронидазол по 400 мг 3 раза. Курс лечения составлял 7 дней. После окончания курса, при повышенной кислотообразующей функции желудка больные продолжали принимать антисекреторные препараты - омепразол или фамотидин в поддерживающей дозе - по 20 мг один раз в день в течение 2-3 недель. Контроль эрадикации осуществлялся через 4-6 недель после окончания курса лечения. Больные ПЯДПК, которые подверглись воздействию ионизирующей радиации, кроме базисной терапии получали дополнительно препараты, корригирующие нарушения психологического состояния, а также классический антиоксидант витамин Е в дозе 50 мг 2 раза в сутки. Дополнительная терапия назначалась индивидуализировано, в зависимости от направленности выявленных нарушений. Больным с высоким и умеренным уровнями РТ, у которых одновременно выявлялись высокие показатели по одной из шкал невротической триады теста Мини-Мульт, совместно с антихеликобактерной терапией назначали amitриптилин по 0,025 г на ночь и витамин Е. Больным с высоким уровнем РТ и одновременным выявлением нарушений по двум и больше шкалам невротической триады теста Мини-Мульт назначали транквилизаторы - феназепам по 0,0005 г на ночь и витамин Е. Больным с умеренным уровнем РТ наряду с антихеликобактерной терапией назначали растительные препараты седативного действия (экстракт валерианы 0,02 по 2 табл. 2 раза в сутки или Ново-Пасит по 1 ч. л. на ночь и витамин Е). Больным с низким уровнем РТ назначали наряду с антихеликобактерной терапией только витамин Е по 50 мг 2 раза в сутки. Одновременно в каждой из подгрупп были выделены больные (контрольная группа), которые получали только антихеликобактерную терапию.

При этом выявлено, что у больных с высоким уровнем РТ, которые принимали кроме базисной терапии предложенный нами лечебный комплекс (n=19), в сравнении с контрольной группой (n=9), в достоверно ранние сроки исчезал болевой и астено-вегетативный синдром ($p < 0,05$), а также выявлено некоторое повышение АОЗ. Уровень ЦП у больных, которые получали комплексную терапию, увеличился с $99,54 \pm 4,97$ до $166,67 \pm 10,37$ мг/л, тогда как у больных, что получали базисную терапию существенных изменений уровня ЦП не выявлено. НР в СОЖ после лечения выявлено у 15,8% больных, которые получали комплексную терапию, и у 22,2% больных, что получали базисную терапию. Уровень РТ после лечения соответственно составлял 31,26 и 40,4 балла ($p < 0,05$).

У больных, с умеренным уровнем РТ, которые получали комплексную терапию, отмечено достоверное повышение уровня ЦП в сыворотке крови после лечения с $120,42 \pm 7,38$ до $172,8 \pm 18,48$ мг/л ($p < 0,05$). Средний уровень реактивной тревожности после лечения, составлял $24,66 \pm 1,55$. НР в СОЖ больных, которые получали комплексную терапию после лечения не выявлено. Средний уровень РТ после лечения у больных, которые получали базисную терапию, составлял $29,8 \pm 1,26$ балла и был достоверно выше, по сравнению с основной группой. НР в СОЖ определялся в 20% случаев.

У больных с низким уровнем РТ, которые кроме базисной терапии получали дополнительно витамин Е ($n=9$), в сравнении с контрольной группой ($n=9$), достоверных различий в сроках исчезновения болевого, диспепсического, астено- вегетативного синдромов не выявлено. Установлены достоверные различия в уровнях ЦП после лечения ($185,37 \pm 16,9$ мг/л против $113,44 \pm 5,71$ мг/л в контрольной группе, $p < 0,05$). НР в СОЖ больных, что получали кроме базисной терапии витамин Е, после лечения выявлено приблизительно в 11% случаев. У больных ПЯДПК- ЛПА на ЧАЭС, которые получали предложенную нами дифференцированную комплексную терапию рецидивы заболевания в течение года имели место в 11% случаев, тогда как у больных, которые получали только базисную терапию рецидивы заболевания в течение года отмечены в 18,7% случаев.

Таким образом, разработанный нами индивидуализованный подход к терапии больных ПЯДПК - ЛПА на ЧАЭС позволил в более короткие сроки ликвидировать клинические проявления заболевания, биохимические нарушения, что способствовало более высокой эрадикации НР, уменьшению количества рецидивов, улучшило качество жизни больных.

Литература:

1. Мороз Г.З. Диагностика заболеваний органов пищеварения у пострадавших в результате аварии на ЧАЭС // Мед.вести. - 1997. - №4. - С. 16-17.
2. Пасиешвили Л.М. Патогенетические аспекты пептической язвы, возникшей на фоне действия ионизирующего излучения // Укр. тер. журнал. - 2001. - №3. - С. 38-40.