

## Резюме диссертаций: информация из ВАК России

А.П. Алебастров — **Неинвазивная лазеротерапия в комплексном восстановительном лечении больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.**

**Цель исследования** — методологическое обоснование и разработка принципов комплексного применения неинвазивной низкоинтенсивной лазеротерапии для повышения эффективности лечения больных *язвенной болезнью* (ЯБ) путем воздействия на зоны представительства *желудка* (Ж), *двенадцатиперстной кишки* (ДПК) на радужной оболочке глаза и на иммунокомпетентные зоны транскутанно.

Наблюдались 222 пациента с обострением ЯБЖ и 285 — с ЯБДПК. По тяжести заболевания выделялись *нетяжелые* (НТЯ) и *тяжелые* (ТТЯ) *терапевтические язвы*. К НТЯ относили язвы с длительностью обострения менее 1 мес и рецидивами 1 раз в год и реже. ТТЯ характеризовались отсутствием заживления в течение 1 мес непрерывного лечения с частотой обострения не менее 2 раз в год. В зависимости от метода терапии выделено 3 группы сравнения, каждая из которых в зависимости от локализации язвенного дефекта состояла из *двух* подгрупп:

### 1. Основные группы.

**А** — больные ЯБ, получавшие индивидуализированную лазерную монотерапию — *комплексный способ лазерной терапии* (КСЛТ) — 59 больных ЯБЖ и 60 — ЯБДПК. В качестве источника излучения применяли гелий-неоновый лазер с длиной волны 630 нм. Способ лечения заключался в фотоактивации зон представительства Ж и ДПК на радужной оболочке глаза (согласно схеме Е.С. Вельхова, 1979) и иммунокомпетентных зон экстракорпорально: области проекции лимфатической системы на радужке, параорбитальной области, корня языка и области яремной ямки. Мощность излучения и время экспозиции зависели от точки приложения лазера и варьировали от 1,0–2,5 мВт/см<sup>2</sup> в течение 1,5–2 мин на радужную оболочку глаза до 10 мВт/см<sup>2</sup> и 5 мин транскутанно.

**Б** — больные ЯБ, получавшие комбинированную терапию (СМТ+КСЛТ): 63 пациента с ЯБЖ и 55 — ЯБ ДПК.

2. Контрольная группа: проводилась *стандартная* (общепринятая) *медикаментозная терапия* (СМТ) — 100 больных ЯБЖ и 170 —

ЯБДПК. Она включала применение антисекреторных средств (блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина или ингибиторы протонной помпы) в сочетании с препаратами, обладающими антигеликобактерной активностью — тетрациклин или амоксициллин, метронидазол или фуразолидон, де-нол или бисмофальк. Эрадикационная терапия продолжалась 7 дней. Проводился один сеанс лазеротерапии в день. Курс лечения — 10 сеансов с последующим эндоскопическим контролем в среднем через 2 нед.

Эффективность лечения оценивали по скорости рубцевания язвы (мм<sup>2</sup>/сут) и уменьшению диаметра язвенного дефекта после курса лечения. За положительный результат принимали формирование рубца либо уменьшение язвенного дефекта более чем в 2 раза после двухнедельной терапии.

Клинико-лабораторные и инструментальные исследования проводили в соответствии с общепринятыми стандартами. С целью выяснения зависимости эффективности лечения и тяжести течения болезни от исходного состояния радужной оболочки глаза исследовали органоспецифические для ЯБ иридологические знаки у больных, получавших лазеротерапию. Вегетативный тонус оценивали с помощью определения *вегетативного индекса* (ВИ) Кердо. Регистрировались *электрокоагулограмма* (ЭКГ) и *электрогастрограмма* (ЭГГ). Для оценки вегетативной дисфункции использовался метод оценки общего вегетативного тонуса — *стандартный вегетативный тест* (СВТ) ЦИТО. Оценивалась *неспецифическая иммунологическая реактивность* (НИР).

Обнаружено, что у больных ЯБ существенно изменяется топография иридознаков. Лакуны выявлены у 98,5% больных, втяжение автономного кольца — у 88,9%, пигментные пятна — у 73,9%, адаптационные дуги — у 47,7%, мелкоточечный черный пигмент — у 18,3%. Процентное содержание различных диагностических иридопризнаков у больных с локализацией язвенного дефекта в Ж и луковице ДПК практически не отличалось. Однако у больных ЯБЖ при нетяжелом ее течении адаптационные дуги, отражающие состояние реактивности, уровень и масштаб адаптационно-

защитных изменений в организме, встречались на 16,5% чаще, чем при тяжелом течении.

Выявлена значительная обратная корреляционная связь между тяжестью течения болезни и количественным анализом органоспецифических для ЯБ иридологических признаков. Коэффициент корреляции — до -0,7 у больных, имевших более 7 специфических для ЯБ иридопризнаков, позволяет с известной точностью прогнозировать, с одной стороны, тяжесть течения болезни, а с другой, — резервные возможности организма (уменьшение общего количества иридопризнаков предполагает вероятность частого рецидивирования язвообразования в гастродуоденальной области с толерантностью к терапии).

Применение комбинированной неинвазивной лазеротерапии у больных ЯБЖ способствовало повышению эффективности лечения с повышением скорости рубцевания язвенного дефекта на 0,5 мм<sup>2</sup>/сут. Отмечалась нормализация вегетативной дисфункции организма со снижением общего парасимпатического влияния. После лазеротерапии у больных ЯБ гастродуоденальной области выявлено повышение ВИ с -0,24 до -0,15, по данным ЭКГ — в 1,4 раза нарастание скорости ретракции и в 2,3 раза фибринолиза крови с повышением фибринолитической активности и уровня фибриногена в среднем на 17,5%. Частота колебаний волн в минуту, зарегистрированных при ЭГГ, уменьшилась в среднем на 0,4 с подъемом общей симпатической кривой с 4,40±1,02 до 5,00±0,89 на тестовой карте СВТ ЦИТО.

Эффективность лазерной иридоотерапии ЯБЖ и ДПК находилась в прямой зависимости от общего количества характерных для ЯБ иридологических признаков болезни, указывавших на адаптационно-защитные возможности организма. Увеличение общего количества иридопризнаков предполагало более эффективный и адекватный ответ на предложенный метод лечения. У больных с более 7 иридопризнаками положительная динамика с уменьшением язвенного дефекта более чем в 2 раза после курса лечения выявлена в 88,9% случаев.

Специфика патогенетических особенностей ЯБ в различных возрастных группах предполагает наиболее эффективную комбинированную низкоинтенсивную неинвазивную лазеротерапию по предложенной методике у больных старших возрастных групп. По сравнению с общепринятой медикаментозной терапией у больных ЯБЖ в

возрасте после 40 лет и ЯБДПК после 50 лет лазеротерапия более эффективна в 1,3 раза.

Предложенный метод лечения нормализующе влияет на показатели иммунологической реактивности организма и проявляется в улучшении показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета крови и иммуноморфологических сдвигов в слизистой оболочке желудка (СОЖ). После лазеротерапии в сыворотке крови достоверно снижалось относительное количество *теофиллиночувствительных лимфоцитов* (Тс) на 19% с повышением числа *T-хелперов* (Тх) на 11% и иммунорегуляторного индекса в 1,4 раза.

Общее количество IgG повышалось в 1,3 раза. Рост относительного количества плазматических клеток при исследовании клеточного состава стромы СОЖ отмечен в 1,8 раза с достоверным повышением процентного содержания межэпителиальных лимфоцитов. При клинико-эндоскопическом улучшении в результате лечения количество моноцитов в строме СОЖ повышалось на 0,9%, что указывает на нормализацию состояния местного иммунитета.

Наибольшая эффективность неинвазивной лазеротерапии по предложенной методике у больных ЯБЖ определяется спецификой патогенетических особенностей ЯБ при различной локализации язвенного дефекта с преобладанием адаптационно-трофических нарушений. Использование комбинированной терапии ЯБ (СМТ+КСЛТ) снижало частоту обострений болезни у пациентов с рецидивирующим ее течением в 3,8 раза.

Комбинированное лечение ЯБЖ с использованием лазеротерапии давало положительный экономический эффект: снижались материальные затраты на лечение на 27 руб./сут и сокращались сроки нетрудоспособности больных на 5 дней.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук выполнена в МУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Рязани и ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Росздрава».

**Научные консультанты:** доктор медицинских наук, профессор **Л.Г. Агасаров**, доктор медицинских наук, профессор **С.Н. Серебряков**.

**Дата защиты:** 28.06.2007 на заседании диссертационного совета Д 208.060.01 при ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава».

## Е.Г. Бурдина — Роль персистенции инфекции *Helicobacter pylori* в патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

**Цель работы** — на основании длительного наблюдения за больными с различной патологией желудка (Ж), ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*, установить группы риска, угрожаемые в прогрессировании морфологических изменений слизистой оболочки (СО), в том числе пренеопластических, и разработать тактику их ведения.

Учитывая роль персистенции *H. pylori* в прогрессировании болезни Ж, больных с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта — с хроническим активным гастритом, язвой Ж и (или) двенадцатиперстной кишки (ДПК), атрофическим гастритом, гиперпластическими изменениями СО, желудочной и (или) кишечной метаплазией, неоплазией — необходимо тестировать на наличие *H. pylori*.

Стандартом диагностики патологических состояний СОЖ, ассоциированных с *H. pylori*, остается морфологическое изучение СО антрально-пилорического отдела, тела Ж и определение уреазной активности в гастробиоптате.

Для формирования группы динамического наблюдения (ДН), кроме наличия инфекции *H. pylori*, необходимо определить морфофункциональный статус (кислотообразование, гастрин-17, пепсиноген-1) с целью определения сроков трансформации неатрофического гастрита в атрофический и провести гастробиопсию. Хромогастроскопия дает возможность установить распространенность кишечной метаплазии СО и ее динамику.

Алгоритм наблюдения за больными с патологией Ж необходимо формировать в зависимости от наличия или отсутствия *H. pylori*.

Помимо показаний, установленных международными и российскими рекомендациями, тестированию на наличие *H. pylori* и эрадикации подлежат больные с гиперпластическими изменениями СОЖ (фовеолярная гиперплазия, гиперплазиогенные полипы, аденомы), так как их прогрессирование зависит от персистенции микроба.

У больных с впервые выявленной язвой ДПК степень обсемененности СО *H. pylori* определяет степень активности хронического воспаления и формирование типа течения язвенной болезни (ЯБ).

Успешная эрадикация *H. pylori* устраняет активность воспаления СО в ранние сроки, предупреждает прогрессирование и трансформацию пренеопластических изменений в рак (атрофии, кишечной метаплазии и неоплазии) в отдаленные сроки после лечения.

Больным с неэффективной эрадикацией, но показавшим уменьшение степени обсемененно-

сти СО *H. pylori*, используется квадротерапия; больным, сохранившим исходную степень обсеменения, необходим повторный курс антигеликобактерной терапии после установления чувствительности возбудителя к антибиотикам.

Перед плановой операцией по поводу заболеваний Ж больной должен быть тестирован на наличие *H. pylori* и пройти эрадикацию либо до операции, либо в ранний послеоперационный период.

За 5-летний период наблюдения 1248 больных обследованных групп оперативное лечение (резекция Ж) потребовалось 10 (0,8%): одному (0,08%) — по поводу осложненного течения ЯБЖ и 9 (0,72%) — вследствие прогрессирования морфологических изменений в дисплазию высокой степени и рак.

Формирование групп наблюдения и тактика лечения зависят от морфологических изменений СО, угрожаемых развитием онкотрансформации и других осложнений — кровотечение, пенетрация, перфорация, часто и непрерывно рецидивирующие формы ЯБ.

Целесообразно сформировать следующие группы наблюдения, каждая из которых подлежит особой форме ведения.

1-я группа — хронический неатрофический гастрит, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*. Активное наблюдение за пациентами этой группы осуществляет участковый терапевт с осмотром 1 раз в 6 мес и исследованием Ж 1 раз в год: эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с биопсией СО из антрально-пилорического отдела и тела Ж. Консультация гастроэнтеролога — после получения данных исследования. В случае необходимости длительного приема НПВС показана эрадикационная терапия. В других случаях лечение проводится по желанию пациента после подробной консультации с врачом. В случае успешной эрадикационной терапии пациент может быть снят с ДН.

2-я группа — хронический атрофический гастрит, в том числе с кишечной метаплазией и (или) с неоплазией, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*. Активное наблюдение за пациентами с кишечной метаплазией осуществляет участковый терапевт с осмотром 1 раз в 6 мес и исследованием Ж 1 раз в год (чередовать ЭГДС с рентгенологическим исследованием). Больным показано эрадикационное лечение.

Эндоскопический контроль динамики распространенности кишечной метаплазии целесообразно проводить с хромогастроскопией с определением зоны распространения. После успешной эрадикационной терапии (что должно быть подтверждено

результатами морфологического исследования и уреазным тестом) пациенты продолжают активно наблюдаться участковым терапевтом для своевременного прохождения контрольных исследований Ж с той же кратностью: 1 раз в год, чередуя ЭГДС с рентгенологическим исследованием.

Группа больных с неоплазией требует более активного наблюдения, которое осуществляет участковый терапевт с осмотром 1 раз в 6 мес, эндоскопическое исследование 2 раза в год и более с расширенной биопсией, по показаниям — проведение оперативного вмешательства (резекции Ж или местного эндоскопического лазерного воздействия). Консультация гастроэнтеролога и (или) онколога по показаниям.

3-я группа — ЯБЖ, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*. Независимо от стадии болезни всем больным назначается эрадикационное лечение с последующим контролем за его эффективностью в установленные сроки. ДН проводится гастроэнтерологом с осмотром 1 раз в 6 мес и исследованием Ж 1 раз в год постоянно (чередовать ЭГДС с рентгенологическим исследованием).

В случаях, когда эрадикацию провести не удалось или она оказалась неэффективной, возможно прогрессирование исходных показателей (воспаление, атрофия, кишечная метаплазия, дисплазия). Тогда интенсивность наблюдения зависит от характера атрофии, кишечной метаплазии, дисплазии и их динамики.

4-я группа — ЯБДПК, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*. Всем пациентам проводится эрадикационное лечение независимо от стадии болезни. При неосложненном течении болезни ДН проводится участковым терапевтом с осмотром 1 раз в 6 мес и исследованием Ж 1 раз в год (чередовать ЭГДС с рентгенологическим исследованием). Консультация гастроэнтеролога — по показаниям. При часто рецидивирующем или осложненном течении динамическое наблюдение больных осуществляется гастроэнтерологом, при изменении типа течения болезни, которое возможно после успешной эрадикации, передается участковому терапевту. При отсутствии обострений ЯБДПК в течение 5 лет и стабильном отсутствии *H. pylori* пациент снимается с ДН.

5-я группа — гиперпластические изменения СОЖ (фовеолярная гиперплазия, гиперплазио-

генные полипы, аденомы), ассоциированные с инфекцией *H. pylori*. Всем больным с гиперпластическими изменениями СО и персистенцией инфекции *H. pylori* показано эрадикационное лечение.

Активное наблюдение пациентов с фовеолярной гиперплазией осуществляет участковый терапевт, с гиперплазиогенными полипами и аденомами — хирург с осмотром 1 раз в 6 мес. Сроки исследования Ж определяются индивидуально, но не реже 1 раза в год. Пациенты после операции по поводу полипов или доброкачественных опухолей должны находиться в группе повышенного онкологического риска не менее 3 лет. Больные с выраженной структурной перестройкой СОЖ, в частности с атрофией, кишечной метаплазией и (или) дисплазией, составляют группу риска по раку Ж и требуют более интенсивного наблюдения (эндоскопическое исследование 2 и более раз в год с расширенной биопсией), по показаниям — проведение оперативного вмешательства (полипэктомия, резекция Ж).

6-я группа — оперированный Ж, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*. Активное наблюдение за больными после резекции Ж по поводу осложненного течения ЯБ проводится хирургом и гастроэнтерологом в течение 12 мес. Если обнаруживается инфекция *H. pylori*, то проводится эрадикационное лечение. Затем пациенты передаются под наблюдение участковому терапевту с осмотром 1 раз в 6 мес и исследованием Ж 1 раз в год (чередовать ЭГДС с рентгенологическим исследованием). Через 5 лет при отсутствии болезни оперированного Ж больной может быть снят с ДН. Консультация гастроэнтеролога — по показаниям.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук выполнена в ФГУ «Учебно-научный Медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.

**Научный консультант:** доктор медицинских наук, профессор О.Н. Минушкин.

**Дата защиты:** 18.06.2007 на заседании диссертационного совета Д 121.001.01 при Учебно-научном Медицинском центре Управления делами Президента РФ.