

ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ им. П. ЛУМУМБЫ

На правах рукописи

МЕЩЕРЯКОВА Ирина Леонидовна

УДК 616.342—002.44—039.35—085—039.57—036.3

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫМ
ИМПУЛЬСНЫМ ЛАЗЕРНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ БОЛЬНЫХ
ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ ЯЗВАМИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

14.00.05 — Внутренние болезни

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

МОСКВА — 1992

Работа выполнена на кафедре военно-полевой терапии Военно-медицинского факультета при Центральном институте усовершенствования врачей.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Преображенский В. Н.**;

Научный консультант:

доктор медицинских наук **Кижяев Е. В.**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Раппопорт М. И.**;

доктор медицинских наук **Синев Ю. В.**

Ведущая организация —

Московская медицинская академия им. И. Н. Сеченова

Защита состоится « » 1992 г. в 14 часов на заседании специализированного совета К 053.22.07 в Университете дружбы народов им. Патриса Лумумбы (117279, г. Москва, ул. Вавилова, д. 61)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы (117138, г. Москва, ул. Маклухо-Маклая, д. 6).

Автореферат разослан « » 1992 г.

Ученый секретарь специализированного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

В. К. АЛЬПИДОВСКИ

Актуальность проблемы

Язвенная болезнь 12-перстной кишки занимает одно из ведущих мест среди патологии внутренних органов (Комаров Ф.И., Логинов А.С., Мосин В.И. и др.).

Наличие склонности к рецидивам заболевания, длительно незаживающему течению, различным осложнениям, неудовлетворительность результатами лечения традиционными методами, обосновывает высокую актуальность поиска новых, более эффективных методов терапии этих заболеваний.

В этом отношении весьма перспективным направлением является разработка методов лечения основанных на физических процессах. В литературе имеется ряд сообщений об успешном применении гелий-неонового и гелий-кадмиевого лазеров при терапии язвенной болезни, главным образом при его эндоскопическом применении (И.М.Корочкин, М.В.Пославский и др.). В то же время этот метод имеет ряд недостатков. Одним из них является пока еще невозможность индивидуального дозирования лазерного излучения. Частое проведение эндоскопической процедуры может привести к возможности инфицирования ВИЧ-инфекцией, активизации целого ряда биохимических процессов (дестабилизации мембран, перекисного окисления липидов и др.) (Бондаренко С.И., Крылов А.А., Курзанов А.Н.).

В настоящее время достижения в технологии лазерного производства открывают новые возможности в применении лазерной терапии при патологии внутренних органов с применением неинвазивных методов на аппаратах "Ягода", "Узор" и др., в то же время недостатком в их применении является невозможность перестраивания длины волны, длительность процедуры. Перспективным направлением является внедрение в клиническую практику новых видов лазерного излучения с перестраиваемой длиной волны, одним из которых является высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение (ВИИЛИ), что позволяет подводить лечебные дозы на слизистую желудка при транскутанном его применении. В то же время методика лечения больных ДНЯДПК не разработана, имеются лишь единичные исследования, касающиеся непосредственных результатов лечения, что делает данное направление исследования весьма перспективным.

В патогенезе язвообразования и неблагоприятного течения язвенной болезни важное место занимают механизмы гормональ-

ной регуляции, иммунологические нарушения и расстройства микроциркуляции. В литературе отсутствуют сведения об изучении влияния ВИИЛИ на гормональный статус, динамику микроциркуляторных нарушений при его применении, патологическую микрофлору и НР у больных с ДНЯДПК, что и обуславливает актуальность нашего исследования.

Цель работы. На основе изучения новых патогенетических механизмов разработать программу лечения больных с длительно незаживающими язвами 12-перстной кишки с помощью ВИИЛИ для улучшения непосредственных и отдаленных результатов лечения

Основные задачи исследования

1. Разработать методику транскутанной лазерной терапии ВИИЛИ у больных с длительно незаживающими язвами 12-перстной кишки. Определить показания и противопоказания к проведению данной методики лечения.

2. Изучить действие лазерной терапии ВИИЛИ на гормональный, иммунологический статус, состояние микроциркуляции регенерации и патологической микрофлоры организма.

3. Оценить результаты лечения ВИИЛИ у больных ДНЯДПК.

4. Оценить сравнительную эффективность различных видов лазерной терапии у больных длительно незаживающими язвами 12-перстной кишки.

Научная новизна. Впервые изучены механизмы терапевтического воздействия высокоинтенсивного импульсного лазерного излучения в желтом спектре при комплексном лечении больных длительно незаживающими язвами двенадцатиперстной кишки. Показано влияние ВИИЛИ на состояние системы общей и локальной микроциркуляции, регенерацию, патологическую микрофлору организма, что и обеспечивает терапевтический эффект.

На основе полученных данных о механизме действия ВИИЛИ на организм больного, нами впервые разработана патогенетически обусловленная программа комплексного лечения больных ДНЯДПК с включением ВИИЛИ.

Разработаны показания и противопоказания для применения ВИИЛИ.

Впервые проведено сравнительное изучение различных видов лазерного излучения при ДНЯДПК.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Механизмы терапевтического воздействия нового вида лазерного излучения (ВИИЛИ) на фоне базисной терапии у бол

их ДНЯДПК.

2. Сравнительная эффективность действия различных видов лазерного излучения у больных ДНЯДПК.

Практическая значимость. Разработан новый метод лечения, включающий воздействие высокоинтенсивным импульсным лазерным излучением в желтом спектре у больных ДНЯДПК. Эффективность метода обусловлена улучшением микроциркуляции, нормализацией микрофлоры, возможностью воздействия на регенерацию слизистой оболочки 12-перстной кишки, что обуславливает достижение клинко-эндоскопической ремиссии у больных ДНЯДПК более короткие сроки, улучшает непосредственные и отдаленные результаты. Применение данного метода позволило сократить сроки лечения больных ДНЯДПК и уменьшить частоту рецидивирования в 1,5 раза. Метод безопасен и неинвазивен. Может широко применяться как в стационаре, так и в амбулаторно-поликлинической практике.

Апробация работы. Основные положения диссертации обсуждены и доложены на: международной конференции "Лазеры и медицина", Москва, 1989; научной конференции "Актуальные вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения заболеваний у лиц среднего и пожилого возраста", Москва, 1989; 4-ом всесоюзном съезде гастроэнтерологов, Ленинград, 1990; XXII научной конференции ЦВКГ им. А.А.Вишневского, Москва, 1990; научно-методической конференции ВМедФ при ЦИУВ, Москва, 90; республиканской школе-семинаре "Лазерная биология и лазерная медицина: практика", Тарту, 1990; научной конференции, посвященной 70-летию Смоленского медицинского института, Смоленск, 1990.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 11 работ, из них 5 в центральной печати.

Объем и структура работы. Работа включает в себя введение, 4 главы, заключение, выводы, практические рекомендации, обзор литературы. Материалы диссертации изложены на 163 страницах машинописного текста, иллюстрированы 25 таблицами, 5 рисунками и 5 диаграммами. Список литературы включает 1 название, в том числе работ отечественных авторов - 234, иностранных - 77.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленных задач было обследовано и

подвергалось лечению 114 больных ДНЯДПК.

Таблица

Общая характеристика обследованных больных

Пол	Кол-во	Возраст (лет)			
		21-30	31-40	41-50	51-60
мужчины %	87 76.3%	12 10.5%	29 25.6%	28 24.6%	18 15.8%
женщины %	27 23.7%	4 3.5%	4 3.5%	9 7.9%	10 8.8%

На лечение отбирались больные, у которых традиционная терапия и применение современных медикаментозных препаратов (холинолитики, антациды, блокаторы H₂-рецепторов гистамина, блокаторы мускариновых рецепторов) не давали должного эффекта.

Как видно из таблиц 1 основную массу больных составили мужчины (76,3%). Основная возрастная группа представлена в возрасте от 31 до 50 лет (62,5%).

Отмечались редкие рецидивы - 62 больных (54%), чаще 29 (25%), впервые выявленные - 20 (17%) и с непрерывно рецидивирующим течением - 4 (4%). Ведущей причиной госпитализации у 104 больных (91%) являлась безуспешность амбулаторного лечения.

Первую контрольную группу составили 15 здоровых лиц, которых проводился забор крови для определения показателя гуморального и клеточного иммунитета, гормонального профиля а также эндоскопическое исследование для уточнения характера микрофлоры в слизистой оболочке при отсутствии патологии желудка и 12-перстной кишки. Вторую контрольную группу составили 27 больных неосложненного течения ЯБДПК. Третья группа состояла из 25 больных ДНЯДПК, которые лечились без эффекта традиционными медикаментозными препаратами, т.е. блокаторами H₂-рецепторов гистамина, блокаторами мускариновых рецепторов. Четвертую группу составили 16 больных ДНЯДПК принимавших изолированно ВИИЛИ.

У всех больных в первые дни поступления в клинику проводилось клиническое обследование с широким использованием лабораторных и инструментальных методов. В диагностике я:

венной болезни решающее значение придавалось эндоскопическому исследованию с обязательной биопсией.

При оценке жалоб больных ДНЯДПК обращалось внимание на наличие болей, их характер, локализацию, интенсивность, иррадиацию, связь с приемом пищи, характер диспептических проявлений (изжога, отрыжка, тошнота, рвота, состояние физиологических отравлений). При сборе анамнеза отмечались особенности течения заболевания, частота последующих обострений, тяжесть течения заболевания, сезонность, наличие осложнений. В беседе с больным выяснялось наличие факторов риска заболевания, предрасполагающих факторов (отягощенная наследственность, нарушение режима питания, курение, алкоголь и др.).

Для установления диагноза основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболеваний использовался комплекс обследования, включающий клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и 12-перстной кишки производили при поступлении больного и в динамике 1 раз в 10 дней в стационаре. В последующем у ряда больных проводилось динамическое эндоскопическое наблюдение 2 раза в год в течении 2-х лет.

У всех больных изучали показатели гуморального и клеточного иммунитета до лечения и после него. Для выявления Т-лимфоцитов использовался метод Е-РОК. В-лимфоциты определяли с помощью эритроцитов быка, сенсibilизированных антителами и комплементом. Т-супрессоры идентифицировали по наличию рецепторов к Fc-фрагменту иммуноглобулина G. Т-хелперы - по наличию рецепторов к Fc-фрагменту иммуноглобулина M. Уровень иммуноглобулинов A, M, G определяли по Mancini.

Микрофлору в зоне язвы идентифицировали по методике Э.С. Стрелис в нашей модификации, НР - с помощью коммерческих сывороток фирмы Delta (США), частично в окраске Вартин-Стари и Грамму. Локальную микроциркуляцию определяли по D.Katz. Системную микроциркуляцию - с помощью модифицированных системных критериев, предложенных Л.П. Малой. Рассчитываемый конъюнктивальный показатель является количественной оценкой нарушений системной микроциркуляции.

Больным ДНЯДПК проводилось лечение высокоинтенсивным импульсным лазерным излучением в комплексе с базисной терапией. Для этой цели применялись, разрешенные Минздравом СССР

(протокол 3 от 12.09.85 г. и протокол 1 от 16.01.86 г. комитета по новой медицинской технике) для клинических испытаний высокоинтенсивные импульсные лазерные терапевтические установки типа ВИИЛТУ - "ЛМИ-402 М", "УЛТ", "ЛМИ-406" на красителях (родамиин В Ж) с жидкостной активной средой и перестраиваемыми параметрами, а также в твердой матрице - "ЛМИ-301-1". Нами разработана методика облучения желтым спектром лазерного излучения с длиной волны 580-600 нм. При этом использовались следующие технологические параметры: режим работы - импульсный с частотой повторения 1-3 Гц, длительность импульса излучения 1-3 мкс, энергией излучения 3-5 мДж, средней мощностью излучения до 10-15 мВт (в импульсе 0,5-1,5 кВт), питание от сети 220 В, 50 Гц, потребляемая мощность не более 200 Вт, готовность установки к работе с момента включения, охлаждение автономное. На одну процедуру отпускается от 30 до 150 импульсов (0,5-1,5 мин.), курс лечения составляет от 10 до 16 процедур.

Воздействие ВИИЛИ проводилось транскутанно при дистанционном облучении наружными полями 6-8 см в диаметре на кожную проекцию язвы с 1-3 направлений через день. Для подведения излучения использовался гибкий световод с фиксирующим устройством.

Методика лечения планировалась дифференцированно в зависимости от характера заболевания (степени тяжести, течения, длительности, фазы обострения, осложнения, наличия сопутствующих заболеваний).

Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента на персональном компьютере IBM PC/AT с разработкой комплекса программ по ведению базы данных и статистическому расчету показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В последнее время доказано, что патологическая микрофлора играет важную роль в развитии и поддержании язвенного процесса у больных ЯБЖДПК. Персистирующая в зоне язвы, патологическая микрофлора сопутствует развитию ДНЯДПК.

В связи с недостаточным освещением этого вопроса, в работе изучалось влияние ВИИЛИ на патологическую микрофлору области язвы у 114 больных ДНЯДПК, состав которой представ-

Влияние ВИИЛИ на патологическую микрофлору у больных ДНЯДПК в острой фазе и ремиссии

Виды бактерий	Выделенные штаммы (основная / контрольная группы)	
	острая фаза	ремиссия
<i>Streptococcus faecalis</i>	42 / 4	3 / 1
<i>Streptococcus anaerobicus</i>	13 / 3	2 / 2
<i>Streptococcus lactis</i>	11 / 1	1 / 1
<i>Streptococcus sarguis</i>	3 / 0	- / -
<i>Streptococcus salivarius</i>	3 / 1	- / -
<i>Streptococcus Hominis</i>	2 / 0	- / -
<i>Staphylococcus aureus</i>	24 / 5	3 / 1
<i>Staphylococcus Epidermidis</i>	27 / 3	2 / 0
<i>Bacterium lactis</i>	- / -	- / -
<i>Sarcina ventriculi</i>	- / -	- / -
<i>Echerichae coli</i>	82 / 10	- / -
<i>Candida albicans</i>	17 / 1	1 / 2

Было отмечено, что патологическая микрофлора в острой фазе заболевания выявлялась в 76,8% случаев, в фазе ремиссии - только в 6,5%. В контрольной группе - в 37% случаев. Наиболее часто высевались различные виды стрептококка - 67 случаев (56,7%) и кишечная палочка - 82 случая (69,5%). Несколько реже выделялись различные виды стафилококка - в 51 случае (43,2%).

При сопоставлении полученных результатов у больных контрольной группы отмечается высевание той же микрофлоры, что и у больных длительно незаживающими язвами 12-перстной кишки. Аналогичные результаты получены и при посеве биоптатов из пограничной зоны язвы.

После лечения ВИИЛИ у больных ДНЯДПК отмечается, что патологическая микрофлора высевается только в 6,5% случаев.

У больных ДНЯДПК в 17,2% случаев отмечалось выявление НР. При этом обращает на себя внимание, что при наличии НР, патологическая микрофлора практически не выявляется, что свидетельствует об антогонистических свойствах между НР и микрофлорой, высеваемой из гастробиоптатов.

Все больные длительно незаживающими язвами 12-перстной кишки имели нарушение локальной микроциркуляции. В основном это были больные с умеренными (32,4%), значительными (35%) и

выраженными (21%) ее нарушениями. После проведенного курса лечения ВИИЛИ у больных отмечается значительное уменьшение выраженности патологического изменения показателей локальной микроциркуляции (незначительные выраженные - 36%, умеренные - 42%, значительные выраженные - 7,1%).

В острой фазе заболевания больных обнаруживались выраженные нарушения системной микроциркуляции в виде уменьшения диаметра артериол и венул в 89,9% случаев, сетевидных структур сосудов в 62% случаев, артериовенулярные анастомозы в 31% случаев, неравномерность калибра сосудистой стенки в 69,3% случаев и меандрической извилистости венул в 84% случаев.

Внутрисосудистые изменения проявлялись в виде агрегации эритроцитов внутри сосудов и в виде микротромбов в 62% случаев. Периваскулярный отек встречался в 32% случаев и оценивался как внесосудистое проявление изменений микроциркуляции.

Рассматривая вопрос о состоянии системной микроциркуляции у больных ДНЯДПК в стадии ремиссии после проведенного курса лечения ВИИЛИ, отмечается выраженной положительная динамика. Проводя анализ показателей микроциркуляции, следует отметить, что выявляется корреляционная зависимость между фазой заболевания и выраженностью патологических изменений локальной и системной микроциркуляции. Однако, следует заметить, что полной нормализации этих показателей достигнуто не было.

После проведенного курса лечения ВИИЛИ отмечается улучшение вышеописанных показателей. Поддержанию нарушений системной и локальной микроциркуляции способствовала патологическая микрофлора в зоне язвы, которая высевалась в острой фазе в 62% случаев. Это приводило к иммунологическим и гормональным нарушениям.

Применение курса лечения ВИИЛИ в сочетании с базисной терапией способствовало улучшению показателей локальной и системной микроциркуляции, иммунологических показателей, уменьшению и исчезновению патологической микрофлоры.

Прогностически неблагоприятным фактором для развития рецидива язвенной болезни 12-перстной кишки являлось отсутствие полной нормализации показателей микрофлоры и наличие НР.

Для оценки процессов регенерации изучали материалы при-ельной гастробиопсии до лечения и после 3-х, 6-ти и 9-ти азерных процедур. После 3-х процедур ВИИЛИ отмечается зна-ительное уменьшение экссудативных явлений и нейтрофильной нфильтрации слизистой оболочки 12-перстной кишки. В краевых тделах язв отмечается уменьшение реактивной гиперемии, пе-иваскулярных диапедезных крововизляний, увеличивалось коли-ество эозинофилов и лаборцитов. Наблюдается активная проли-ерация макрофагальных и фибропластических элементов, оставяющих основу клеточного состава грануляционной ткани.

После 6-ти лазерных процедур отмечалась регенерация лизистой оболочки 12-перстной кишки.

В литературе имеются данные свидетельствующие об изуче-ни гормонального состояния организма при развитии ЯБДПК и рактически не изучены гормональные нарушения у больных НЯДПК (Бодня Е.И., Гросман Б.Е., Малов Ю.С., Преображенский .Н. и др).

Полученные данные при изучении гормонального профиля ак у больных ДНЯДПК, так и у больных с неосложненным тече-нем ЯБДПК, вероятно, отражает возрастание функциональной ктивности гипофиза, коры надпочечников, паразитовидной же-езы и др. со снижением напряженности гормональной секреции фазе начинающейся ремиссии язвенной болезни.

Содержании гормонов гипофизарно-гонадной системы при НЯДПК, по-видимому, является защитно-приспособительной ре-кцией организма и обусловлены активацией адаптационных истем, опосредующих нейрогуморальные механизмы регуляции. ти изменения более выражены у больных с обычным течением б. По-видимому, у пациентов с длительно незаживающими язва-и 12-перстной кишки такие механизмы имеет тенденцию к исто-ению, и в этих условиях начинают превалировать, как показа-о нами ранее, другие механизмы (нарушения микроциркуляции, ерсистирующая патологическая микрофлора, наличие НР).

Применение ВИИЛИ в комплексной терапии больных ЯБДПК, ероятно, приводит к опосредующему действию на нейрогумо-альный механизм, который влияет на процессы заживления яз-енного дефекта слизистой 12-перстной кишки. В то же время ледует отметить, что показатели нейрогуморальной системы не мевт ведущего значения в патогенезе ДНЯДПК.

В связи с тем, что вопрос изменения показателей гумо-

рального и клеточного иммунитета у больных ДНЯДПК практически не изучался, мы проанализировали динамику иммунологических нарушений у 114 больных под влиянием ВИИЛИ. Эти данные сопоставлялись с показателями в изучаемых контрольных группах, оценивались факторы неспецифической защиты в зависимости от длительности заболевания.

Так, у больных ДНЯДПК отмечаются следующие иммунологические показатели: В-клетки - $28,70 \pm 1,30\%$, Т-лимфоциты - $42,40 \pm 0,43\%$, Т-хелперы - $37,60 \pm 0,84\%$, Т-супрессоры - $42,40 \pm 0,43\%$, иммуноглобулин G - $14,30 \pm 0,40$ г/л, комплемент $69,70 \pm 2,83$ титр усл.ед., лизоцим - $38,93 \pm 1,64$ титр усл.ед.

При достижении клинико-эндоскопической ремиссии под влиянием ВИИЛИ у больных ДНЯДПК уровень иммунологических показателей соответствует следующим данным: Т-клетки - $49,90 \pm 4,11\%$, В-клетки - $24,40 \pm 1,32\%$, Т-супрессоры - $12,90 \pm 0,71\%$, Т-хелперы - $39,10 \pm 0,73\%$, иммуноглобулин G - $13,10 \pm 0,73$ г/л, комплемент - $87,62 \pm 1,96$ титр усл.ед., лизоцим - $49,53 \pm 1,27$ титр усл.ед.

В результате проведенного исследования получены данные о снижении Т-лимфоцитов и увеличении В-клеток. Отмечено увеличение Т-супрессоров и снижение Т-хелперов, а также повышение уровня иммуноглобулина G. Отмечается снижение показателей титра комплемента и лизоцима в острой фазе заболевания. Выраженность изменений выше перечисленных показателей зависела от длительности течения заболевания.

Полученные данные при достижении клинико-эндоскопической ремиссии после комплексного лечения с применением ВИИЛИ свидетельствуют о корреляции показателей клеточного и гуморального иммунитета.

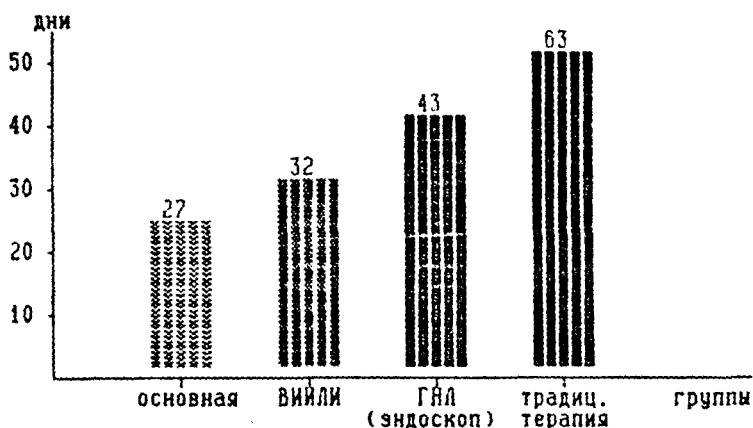
Динамическое наблюдение за больными ДНЯДПК, прошедшими курс ВИИЛИ в сочетании с базисной терапией по сравнению с контрольной группой показало, что рецидивирование заболевания снизилось в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой.

Важным объективным показателем эффективности терапевтического применения ВИИЛИ являются сроки заживления язвенного дефекта. Полученные данные указывают на высокую эффективность применения ВИИЛИ. Так, полное рубцевание язвенного дефекта происходит в среднем за 11-13 процедур. Более быстрый процесс заживления наблюдается у мужчин в возрасте 21-30

лет, а у женщин - в возрасте 51-60 лет. Средние сроки рубцевания составили 26 дней. Отмечено два случая, когда у мужчин в возрасте 51-60 лет после 15 процедур ВИЛИ размер язвенного дефекта мало изменялся.

Диаграмма 1

Сроки рубцевания ДНЯДПК по наблюдаемым группам (дни)



В группе больных ДНЯДПК (16 пациентов), принимавших лечение только ВИЛИ на фоне соответствующего режима и диеты, выраженное клиническое улучшение отмечалось уже на 4-5 день: уменьшался болевой синдром, исчезали диспепсические расстройства. Рубцевание язвы наступило у 84% больных. Локальная микроциркуляция улучшилась у 64% больных, системная - у 67%. Патологическая микрофлора в конце лечения высевалась лишь в 19% случаев (грибковая флора и стрептококки). У 4% больных отмечалось уменьшение размеров язвенного дефекта, но рубцевания не было достигнуто. Среднее число лазерных процедур - 23. Средние сроки рубцевания в этой группе составили 32.0 ± 1.2 дня. Таким образом, применяя комплексное лечение больных ДНЯДПК в сочетании с ВИЛИ, при динамическом наблюдении отмечается положительный эффект, в результате чего частота рецидивирования была значительно меньше, чем в контрольных группах.

В другой группе больных ДНЯДПК (17 пациентов) после облучения гелий-неоновым лазером трансэндоскопически (2 раза в

неделю), отмечалось улучшение состояния на 9-10 день. последующем уменьшались размеры язвы, происходило очищение ее от некротических масс и фибрина, уплощение дна язвы с явлениями краевой эпителизации. Клинико-эндоскопической ремиссии удалось достигнуть у 11 больных, в 6 случаях отмечалось только уменьшение размеров язвенного дефекта, окончательного рубцевания язвы достигнуть не удалось. Локальная микроциркуляция улучшилась у 7 больных. В фазе рубцевания 5 больных произошла полная регенерация эпителия слизистой оболочки. Средние сроки рубцевания в этой группе больных составили $43,0 \pm 1,8$ дня. Рубцевание завершилось образованием звездчатого или линейного рубца без видовой деформации органа. В фазе рубцевания у больных этой группы патологическая микробная флора практически не выявлялась. У пациентов, не достигших окончательного рубцевания, в зоне язвы и пограничном отделе определяли НР.

В течении 2-х лет проводилось динамическое наблюдение за больными ДНЯДПК после проведенного комбинированного курса лечения с применением ВИИЛИ. Результаты наблюдения представлены в таблице 3.

Таблица
Результаты динамического эндоскопического наблюдения
больными ДНЯДПК

Методы лечения	Число больных	Число рецидивов язвы после проведенного лечения (годы)	
		до 1	до 2
1. Основная группа (ВИИЛИ в комплексном лечении)	28	3	2
2. Контрольная группа 1 (ГНЛ -эндоскопический в комплексном лечении)	14	5	5
3. Контрольная группа 2 (традиционная терапия)	16	9	11

Основную динамическую группу составили 28 больных. всех больных проводилось эндоскопическое исследование гастробиопсийным контролем, изучение патологической микрофлоры, а также системной и локальной микроциркуляции. Рецидивирование заболевания отмечалось в течении первого года

3-х больных. На втором году наблюдения - у 2-х пациентов. При сопоставлении с первой контрольной группой, которую составили 14 больных с ДНЯДПК при проведении им комплексного лечения с сочетанием с эндоскопическим применением гелий-неонового лазера, число рецидивов составило 5, как на первом, так и на втором году наблюдения.

Во второй динамической группе (16 пациентов), достигших клинико-эндоскопической ремиссии при лечении традиционными медикаментозными препаратами, на первом году наблюдалось 9 рецидивов, на втором - 11 (4 из них имели повторные рецидивы заболевания на втором году наблюдения).

Динамически наблюдалось 27 больных ДНЯДПК. Проводился профилактический курс лазерной терапии ВИИЛИ (10 сеансов) 2 раза в год. Рецидивов ЯБДПК не отмечалось.

Таким образом, применяя комплексное лечение больных ДНЯДПК в сочетании с ВИИЛИ, при динамическом наблюдении отмечается положительный эффект, в результате чего частота рецидивирования снижается в 1,5 раз по сравнению с контрольной группой.

Следовательно, применение лазерной терапии ВИИЛИ при ДНЯДПК является высокоэффективным методом лечения, способствующим быстрому купированию клинических проявлений болезни и заживлению язвенного дефекта слизистой 12-перстной кишки.

ВЫВОДЫ

1. Перспективным направлением в лечении больных с длительно незаживающим течением язвенной болезни 12-перстной кишки является применение транскутанной дистанционной высокоинтенсивной импульсной лазерной терапии. Данный метод является неинвазивным высокоэффективным, патогенетическим обоснованным и безопасным, и может применяться в условиях стационара и амбулаторно-поликлинической практике.

2. Под влиянием ВИИЛИ у больных ДНЯДПК отмечается значительное снижение патологической микрофлоры в виде кишечной палочки и микробных ассоциаций в острой фазе в 81,5%, в фазе ремиссии в 6,5%. В контрольной группе в фазе ремиссии микробные ассоциации высевались в 57,5%.

3. Под влиянием ВИИЛИ у больных длительно незаживающими язвами 12-перстной кишки отмечается улучшение показателей

локальной и системной микроциркуляции в 67% случаев, в то время как в острой фазе заболевания они обнаруживаются в 74%. В контрольной группе в фазе ремиссии микроциркуляторные нарушения отмечаются в 53% случаев.

4. Изучение эффективности лечения при применении ВИИЛИ у больных ДНЯДПК позволило добиться клинко-эндоскопической ремиссии в 97% случаев. Данные 2-х летнего динамического наблюдения за больными ДНЯДПК после применения ВИИЛИ показали снижение в 1,5 раз частоты рецидивов по сравнению с контрольной группой (23%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Применение лазерной терапии ВИИЛИ показано при отсутствии эффективности современных медикаментозных методов лечения ДНЯДПК (в том числе при глубоких и гигантских язвенных дефектах), при сочетанных язвенных и эрозивных поражениях желудка и 12-перстной кишки, при других сопутствующих заболеваниях пищеварительного тракта воспалительного генеза, протекающего с болевым синдромом (панкреатит, холецистит, гепатит), при наличии противопоказаний для применения эндоскопического метода лечения, при алергизации к препаратам гастроэнтерологического назначения, при необходимости исключения (по общим показаниям) возможности обострения к физическому методу лечения. Назначение ВИИЛИ производится после эндоскопического исследования с морфологическим контролем при отсутствии данных за дисплазию 3 степени и онкологического процесса.

2. Мы не рекомендуем применять высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение при наличии опухолевого процесса, беременности и тяжелом общем состоянии больного.

3. Метод лазерной терапии ВИИЛИ может эффективно использоваться как в сочетании с медикаментозным, так и при самостоятельном лечении различных форм язвенной болезни в сочетании с диетой и соответствующим режимом. Сочетание различных методов физиотерапии и ВИИЛИ противопоказано, т.к. может вызывать нежелательные побочные эффекты.

4. Использование гибкого световода ВИИЛТУ позволяет производить лазерные процедуры в любом фиксированном положении больного. Дистанционный, бесконтактный метод наружного облучения ВИИЛИ обеспечивает полную безопасность лечения

ольного. Органы зрения пациента и медработников во время процедур обязательно предохраняются от лазерного воздействия защитными очками. Метод может эффективно использоваться в амбулаторно-поликлинической службе и в стационарных условиях.

5. При рецидиве язвенной болезни показано проведение повторных курсов лазерной терапии ВИИЛИ, которые обладают высокой эффективностью повторного язвозаживления. Больные после курса лазерной терапии должны находиться под динамическим наблюдением с обязательным проведением контрольных эндоскопических исследований.

Работы, опубликованные по теме диссертации

1. Эффективность лечения длительно незаживающих язв желудка с помощью высокоинтенсивного импульсного лазерного облучения /Соавт. Преображенский В.Н., Остапенко Г.П. и др. //Актуальные вопросы клиники, диагностики, профилактики и лечения заболеваний у лиц среднего и пожилого возраста: Материалы научной конференции. - М., 1989. - С.134-136.

2. Применение высокоинтенсивного импульсного лазерного излучения для дистанционной терапии длительно незаживающих язв желудка и 12-перстной кишки /Соавт. Преображенский В.Н., Шишаев Е.В. //Материалы 4-го Всесоюзного съезда гастроэнтерологов. - Москва-Ленинград, 1990. - Т.1. - С.457-459.

3. Влияние высокоинтенсивного лазерного излучения в лечении длительно незаживающих язв желудка и 12-перстной кишки /Соавт. Преображенский В.Н., Климов Н.П. //Современные вопросы диагностики и лечения в условиях многопрофильного госпиталя: Материалы 22-ой научной конференции ЦВКГ им. Э.А.Вिशневского. - М., 1990. - Ч.2. - С.176-178.

4. Транскутанная лазерная терапия у больных с длительно незаживающими язвами желудка и 12-перстной кишки /Соавт. Преображенский В.Н., Остапенко Г.П. и др. //Актуальные вопросы последипломной подготовки военных врачей: Тезисы докладов научно-методической конференции ВМедФ при ЦИУВ под редакцией проф. Э.А.Нечаева. - М., 1990. - С.186-187.

5. Возможности лечения длительно незаживающих язв 12-перстной кишки с помощью высокоинтенсивного импульсного лазерного излучения /Соавт. Преображенский В.Н., Климов Н.П. и др. //Лазеры и медицина: Материалы международной конферен-

ции. - Москва-Ташкент, 1989. - Ч.3. - С.44-45.

6. Результаты транскутанной терапии хронических гастродуоденальных язв лазерным излучением установки ЛЖИ-402М и красителях /Остапенко И.Л. //Лазерная биология и лазерная медицина, практика: Материалы докладов республиканской школы-семинара 23-30 апреля 1990. - Тарту, 1991. - С.82-88.

7. Новый метод лечения высокоинтенсивным лазерным излучением больных с длительно незаживающими язвами желудка 12-перстной кишки /Соавт. Дегоева Б.А., Преображенский В.Н. др. В кн: Казуистика, диагностические и лечебные ошибки, апаратные и инструментальные методы диагностики и лечения гастроэнтерологии. - Смоленск, 1990. - С.110-112.

8. Опыт использования высокоинтенсивного импульсного лазерного излучения (ВИИЛИ) при транскутанном методе терапии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки /Соавт. Преображенский В.Н. //Новое в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения: Тез. докл. - Винница, 1990. С.13-14

9. Сравнительная эффективность различных видов лазерного излучения у больных длительно незаживающими язвами желудка /Соавт. Преображенский В.Н., Бажанов В.Л., Преображенская Г.С. //Психолого-дентологические аспекты и новые направления в гастроэнтерологии. Поиск. Решения.: Материалы конференции - Смоленск - Москва, 1991. - С.145-146.

10. Высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение в лечении больных длительно незаживающими язвами 12-перстной кишки /Соавт. Преображенский В.Н., Бажанов В.Л., Киселев С.Д. //Клин. мед. 1991. - № 8. - С.73-75.

11. Роль гипофизарно-гонадной системы в формировании длительно незаживающих язв 12-перстной кишки /Соавт. Преображенский В.Н., Климов Н.П. //Тер. архив 1991. - № 10. - С.32-35.