

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

### Опыт применения микроволновой терапии в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

И. М. Бельтюкова, А. В. Трошунин  
Уральский медицинский институт  
г. Екатеринбург

Лечение язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является одной из актуальных проблем гастроэнтерологии, учитывая неуклонный рост этих заболеваний и количества осложнений, связанных с ними.

Применение многочисленных, в том числе новых лекарственных препаратов, обладающих патогенетическим механизмом действия, не всегда позволяет добиться желаемых результатов. Сроки заживления язв остаются продолжительными, эффект от проводимой терапии нестойкий, а у 20—25 % больных обычное противоязвенное лечение оказывается безуспешным. Кроме того, медикаментозное лечение ЯБЖ часто с использованием нескольких препаратов в ряде случаев приводит к аллергическим и токсическим реакциям. Монаотерапия современными эффективными препаратами зачастую не может быть проведена из-за отсутствия последних или наличия противопоказаний к их применению. Использование преформированных физических факторов для лечения столь распространенного заболевания имеет большие преимущества и перспективы по сравнению с медикаментозными средствами, так как физические методы лишены перечисленных недостатков.

В последние пять-шесть лет для лечения ЯБЖ стал применяться относительно новый фактор аппаратной физиотерапии — электромагнитные излучения миллиметрового диапазона или микроволны крайне высокой частоты (КВЧ-терапия). Этот метод называют еще микроволновой резонансной терапией (МРТ). Механизм

действия микроволн на биологический субстрат. По данным литературы [5], заключается в управлении энергетическими процессами в тканях, в частности в посылке сигналов с резонансными частотами, соответствующими возникающим в организме для защиты от поломок. Лечебный эффект микроволн обусловлен стабилизацией клеточных мембран, нормализацией микроциркуляции и улучшением трофических процессов в тканях [2, 3, 4].

С учетом имеющихся в литературе данных [1, 4], нередко противоречивых в оценке эффективности нового метода, целью нашей работы было изучение лечебного действия микроволн при ЯБЖ по собственным наблюдениям и, возможно, уточнение перспектив применения МРТ при этом заболевании.

Под наблюдением находилось 108 больных с ЯБЖ и ДПК (79 мужчин и 29 женщин) в возрасте от 18 до 74 лет. Наиболее многочисленной была возрастная группа от 21 года до 50 лет — 72 человека; до 21 года — 1, а старше 50 лет — 28. Продолжительность заболевания в наблюдаемой группе была разной. Впервые выявленная ЯБЖ обнаружена у 52 пациентов, течение заболевания до 5 лет — у 28, до 10 лет и более 10 лет болезнь протекала соответственно у 11 и 17 человек. Ежегодные обострения заболевания среди длительно болеющих имели место у 10 человек, у 18 — один раз в два-три года и реже. Клиническая картина у всех наблюдаемых была типичной. У 12 больных ЯБЖ протекала с осложнениями. У 3 пациентов обнаружено желудочное кровотечение, которое было дебютом заболевания, у 6 — перфорация язвы с последующим ушиванием ее, у 3 — компенсированный стеноз привратника. Сопутствующие заболевания (хронический холецистолит, хронический панкреатит, персистирующий гастрит), усугубляющие основной патологический процесс, выявлены у 52 (49,1 %) человек. Больных обследовали по общепринятой методике до и после лечения. Диагноз ЯБЖ верифицировался с помощью фиброгастродуоденоскопии или рентгенографии. По результатам обследования ЯБ ДПК диагностирована у 89 больных. ЯБЖ — у 19. У 11 человек обнаружены множественные две-три язвы, в том числе контактные — у 6 больных с локализацией в ДПК. Крупные язвы от 0,6 до 3 см в диаметре диагностированы у 24 больных. Во многих

случаях дно язвы было покрыто некротическим налетом.

Для проведения лечения больные были разделены на две группы. Первая группа состояла из 52 человек, а вторая — из 56. При распределении пациентов по группам учитывали длительность и тяжесть заболевания. В 1-ю группу вошли больные с впервые выявленной ЯБЖ или с непродолжительным язвенным анамнезом. Вторую группу составили больные, у которых обнаружена крупная язва или длительное течение болезни. В лечебный комплекс больных 1-й группы включали КВЧ-терапию [4] на эпигастральную область, 12 процедур с произвольной длиной волны 5,6 мм или 7,1 мм. Больные получали процедуры ежедневно по 30 мин. Методику КВЧ-терапии применяли согласно методическим рекомендациям МЗ РСФСР [4]. Назначали также платифиллин или атропин на 8—10 дней, альмагель или викалин — в течение 10—14 дней, гастрофарм — 15—18 дней и фурадонин в течение 5—7 дней.

Лечебный комплекс больных 2-й группы отличался лекарственной терапией. Кроме КВЧ-терапии по той же методике и холинолитиков назначали де-нол или гастроседин или актовегин на весь период пребывания в стационаре. Продолжительность курса лечения составляла в среднем 23,8 дня в обеих группах.

Анализ непосредственных результатов лечения показал, что все больные хорошо переносили микроволновую терапию. Бóльшее количество процедур (от 16 до 20) получали 4 пациента вследствие медленного наступления ремиссии, в связи с чем изменялась длина волн. К моменту выписки из стационара у всех больных наступала полная клиническая ремиссия. Контрольное эндоскопическое исследование в конце курса лечения проведено 59 больным. При этом полное рубцевание язвы зарегистрировано у 38 человек, что составило 64,4 % от числа обследованных. Явная тенденция к рубцеванию в виде уменьшения размеров и количества язвенных дефектов, а также исчезновение признаков реактивного воспаления и очищение дна язвы от некротического налета наблюдалась у 20 пациентов (33,9 %). Без динамики эндоскопической картины выписался один больной (1,7 %), у которого была язва желудка диаметром 3 см. Крупные язвы у 4 больных (из 11) полностью зарубцевались, у 6 — уменьшились

в размерах. У 3 больных с контактными язвами обнаружена полная регенерация обеих «ниш», другие 3 человека отказались от контрольного исследования.

При сравнении показателей эффективности лечения у больных 1-й и 2-й групп выявлена одинаковая положительная динамика субъективных симптомов болезни как по срокам наступления, так и по их проявлениям. Эндоскопическое исследование показало полное рубцевание язвы у 74 % больных 1-й группы, уменьшение язвенного дефекта — у 21,7 %, отсутствие динамики — у 4,5 %. Во 2-й группе полное заживление язвы диагностировано у 59,4 % пациентов, тенденция к рубцеванию — у 40,6 %.

Анализ эффективности проводимой терапии в зависимости от локализации патологического процесса показал, что ремиссия у больных ЯБЖ наступала в более поздние сроки, чем при ЯБ ДПК, о чем свидетельствует значительная продолжительность пребывания этих больных в стационаре (24 дня против 23). Полное рубцевание язвы желудка к концу курса лечения в сравнении с язвой ДПК достигнуто соответственно у 40 % и 75 % больных.

Сопоставляя данные эндоскопической ремиссии у больных с впервые выявленной язвой и у длительно болеющих независимо от локализации процесса, мы получили следующие результаты: полное рубцевание достигнуто в первом случае у 65,8 %, а во втором — у 59,4 %; тенденция к регенерации наблюдалась соответственно у 31,6 % и 47,6 % пациентов. Полученные нами результаты согласуются с литературными данными [1].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Доготарь В. Б., Ткач С. М. и др. // Врачеб. дело.— 1990.— № 5.— С. 6—9.
2. Жукова Т. А., Чаяло П. П. и др. // Клини. медицина.— 1990.— № 3.— С. 99—101.
3. Обросов А. Н. // Вопр. курортол., физиотерапии и лечебной физич. культуры.— 1982.— № 2.— С. 63—67.
4. Пославский М. В., Парфенов А. С. и др. // Клини. медицина.— 1989.— № 1.— С. 29—31.
5. Применение электромагнитных волн миллиметрового диапазона для лечения и профилактики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Метод. рекомендации / Сост.: Пославский М. В., Корочкин И. М. и др.— М., 1989.— 10 с.