

УДК 616.342-002.44-022: 579.835.312: 615.03

ВИРАЗКА ШЛУНКУ І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ганич О.М., Ганич Т.М., Бойко А.Л., Заяць К.П., Розумик Н.В., Желізняк Н.І.,
Марусанич Б.М.,

*Ужгородський національний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб,
м. Ужгород; Львівська міська клінічна лікарня №4, м. Львів; НПО "Реабілітація", м. Ужгород;
Рахівська центральна районна лікарня, м. Рахів; Санаторій "Поляна", смт. Поляна
Закарпатської області*

Ключові слова: виразка шлунку, виразка дванадцятипалої кишки, сімейний лікар

Вступ. Актуальність проблеми лікування виразки шлунка та дванадцятипалої кишки зумовлена значним поширенням даного захворювання. У багатьох економічно розвинутих країнах до 40% дорослого населення хворіє на виразкову хворобу [1, 7]. Тільки за останні три роки питома вага цієї патології збільшилася майже втричі. Дуоденальна виразка характеризується схильністю до рецидивування, що суттєво знижує працездатність і погіршує якість життя і нерідко призводить до розвитку ускладнень та летальних наслідків [1, 3]. Однією з причин такого росту захворюваності, на думку більшості вчених, є *Helicobacter pylori* (НР). На цей час доведено, що 95% випадків усіх дуоденальних виразок є НР-позитивні [4]. Установлено, що при дуоденальних виразках, як у фазі загострення, так і в фазі ремісії, якщо не проводилась специфічна терапія, практично завжди виявляються ці бактерії [3, 7, 8]. Крім того, рецидивування виразок, навіть після проведеного сануючого лікування, як правило, пов'язане з повторним інфікуванням [1, 7].

У XXI столітті, коли роль сімейної медицини зросла, завданнями її є ліквідувати ускладнення виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, попередити можливість хірургічного лікування, провести максимальну профілактику рецидивів та розробити систему заходів по ліквідації цієї

хвороби. Очевидно, це можливо, оскільки у ряді високорозвинутих країн вдалося кардинально зменшити кількість тих, що хворіють на виразку шлунка та дванадцятипалої кишки. Як вказує сімейний лікар із США [2], до лікування виразки шлунка та виразки дванадцятипалої кишки він підходив диференційовано, успішно проводив ерадикацію НР-інфекції (при необхідності), використовуючи при цьому потрібну схему терапії та раціональне харчування. У результаті проведеної роботи на дільниці пацієнти почували себе добре не відмічали загострень захворювання.

На сьогодні в Україні однією з складних проблем гастроентерології залишається лікування виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, асоційованих з НР, оскільки здебільшого в терапії домінують, традиційні підходи до її лікування, що обумовлює 54,6-80,0% рецидивів на рік. Ефективність ерадикації, яку необхідно проводити щонайменше трьома препаратами, в значній мірі залежить від вибору лікарських засобів. Більшість сучасних антигелікобактерних схем характеризуються великими разовими, добовими та курсовими дозами, значною кількістю побічних ефектів, дорожнечою [7, 8]. Це спонукало нас до пошуку найбільш дієвих, безпечних схем лікування.

Матеріали та методи дослідження. З метою вивчення ефективності лікування хворих на виразку шлунку та виразку дванадцятипалої кишки за різними схемами, ми обстежили 639 хворих з різних регіонів Закарпаття та м. Львова. Обстежено 314 чоловіків і 324 жінки віком від 18 до 67 років (середній вік $37 \pm 2,8$ роки). Тривалість "виразкового" анамнезу – 1–24 роки. Серед обстежених 228 осіб мали часті рецидиви (≤ 3 разів на рік) хвороби, а 87 осіб з рідкими рецидивами (≥ 2 рази на рік). З анамнестичних даних відомо, що хворі не приймали протягом останніх двох місяців препаратів, які входили до складу антигелікобактерної терапії – метронідазол, тинідазол, препарати вісмуту, антибіотики.

Діагностика гастродуоденальної патології та контроль за ефективністю лікування проводилися на підставі аналізу результатів опитування хворих, анамнестичних даних, інструментальних обстежень (фіброгастродуоденоскопії з біопсією, рН-метрії). Ультразвукове обстеження органів черевної порожнини проводили з метою встановлення патології жовчного міхура, печінки, підшлункової залози. З метою виявлення наявності гелікобактерної інфекції у більшості обстежених під час фіброгастроскопії брали біопсію слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки. З біоптатів виготовляли мазки-відбитки та використовували для постановки CLO-тесту. Діагностику ерадикації проводили через 4–6 тижнів після закінчення антигелікобактерного лікування, для чого проводили дихальний тест з міченою сечовиною C^{13} .

Залежно від призначеного лікування обстежених хворих розподілили на групи.

1 група отримувала омепразол по 20 мг 2 рази на день, кларитроміцин по 500 мг двічі на день, амоксицилін 1000 мг двічі на день. Курс лікування 10 днів.

2 група – омепразол по 20 мг 2 рази на день, кларитроміцин по 500 мг двічі на день, амоксицилін 1000 мг двічі на день, "Сорбілін" – 1 д.л. тричі на день за 2 години до їди. Курс медикаментозного лікування 10 днів, "Сорбілін" далі застосовували по схемі.

3 група – омепразол по 20 мг 2 рази на день, кларитроміцин по 500 мг двічі на день, амоксицилін 1000 мг двічі на день, "Альтан" – по 1 таб. тричі в день за 30 хв до їди. Курс медикаментозного лікування 10 днів, "Альтан" далі застосовували по схемі.

4 група – омепразол по 20 мг 2 рази на день, кларитроміцин по 500 мг двічі на день, амоксицилін 1000 мг двічі на день, "Сорбілін" – 1 д.л. тричі на день за 2 години до їди та "Альтан" – по 1 таб. тричі в день за 30 хв до їди. Курс медикаментозного лікування 10 днів, "Сорбілін" і "Альтан" далі застосовували по схемі.

5 група – амоксицилін по 1,0 г 2 рази на добу, метронідазол по 400 мг 2 рази на добу, омепразол по 20 мг 2 рази на добу (вранці і ввечері). Курс медикаментозної терапії проводили протягом 7 днів.

6 група – медикаментозна терапія така ж як у 5 групі + фітокомпозиція, що складалася з деревію звичайного (трава) – 2 ст.л. і нагідок лікарських (квіти) – 2 ст.л. Настій кожної з лікарських трав готували з розрахунку 2 столові ложки сировини на 400,0 мл окропу. Співвідношення лікарських рослин у суміші становило 1:1. Рослини настоювали 2 години, проціжували. Призначали по 50,0 мл настою 4 рази на день за 30 хв до їди. Тривалість курсу прийому фітокомпозиції – 6 тижнів.

Після лікування в умовах стаціонару чи амбулаторно всім хворим рекомендували самостійно приймати фітозбір, до складу якого входили деревій звичайний і нагідки лікарські з метою профілактики рецидивів виразки дванадцятипалої кишки. Курси тривалістю 4 тижні навесні і восени. 407 хворих після проведеного лікування пройшли курс рекреації і оздоровлення у санаторії "Поляна" та "Сонячне Закарпаття".

Вибір даної фітокомпозиції зумовлений тим, що експериментально була доведена їх антигелікобактерна властивість. Вибір санаторіїв був обумовлений наявністю у них специфічних мінеральних вод – вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих середньомінералізованих борних слаболужних, які є природними антацидами, мають ще й кислоторегулюючі, імуномодуючі, діуретичні, антибактеріальні властивості. Проведено перші дослідження, що підтверджують їх антигелікобактерну дію. Важливо, що при внутрішньому призначенні мінеральних вод не виникають алергічні реакції, підвищуються адаптаційно-компенсаторні можливості організму, практично відсутні протипокази для її призначення. Їх собівартість відносно невелика і є меншою, ніж варість синтетичних антацидів.

Прийом даної мінеральної води, так само, як і фітокомпозиції, одночасно з антигелікобактерною терапією потенціює дію останньої та зменшує кількість побічних та алергічних реакцій на медикаменти [6].

Результати досліджень та їх обговорення. Усі хворі отримали повний курс терапії. Проведена антигелікобактерна терапія із застосуванням препаратів "Сорбілін" і "Альтан" та фітокомпозиції дали досить помітний позитивний ефект. Виявилося, що ці засоби мають досить високу протизапальну, антибактеріальну та репаративну дію, а в поєднанні з медикаментозною антигелікобактерною терапією сприяють швидкому загоєнню виразки та повній ерадикації гелікобактерної інфекції.

У першій групі пацієнти відзначили зручність прийому препаратів двічі на день. Після закінчення лікування 85% хворих почувало себе здоровими. У 15% залишився ще помірно виражений диспептичний синдром. Під впливом лікування значно зменшувалась інтенсивність больового синдрому, печії, відрижки, нормалізувалося випорожнення. Позитивна динаміка суб'єктивних змін підтверджена зменшенням частоти об'єктивних ознак ураження

слизової оболонки гастродуоденальної зони. Побічні ефекти при прийомі препарату виявлено у 2 хворих, що проявлялися діареєю, яка тривала 2 дні і самостійно минула.

У другій і третій групах при застосуванні препаратів “Сорбілін” та “Альтан” індивідуально в схемах антигелікобактерної терапії епітелізація виразки відбулася на третину часу швидше у порівнянні з першою групою. У четвертій групі при приміненні обох вищезгаданих препаратів разом спостерігалася епітелізація виразки менш

ніж на третину часу швидше в порівнянні з першою групою. Клінічно це характеризувалося стиханням загальної виразкової симптоматики (больового синдрому, нудоти, печії, відрижки кислим тощо) у першій групі на 8 день, у другій і третій групах хворих – на 5 день лікування, а у четвертій – на 3 день лікування у стаціонарі.

Результати оцінки інтенсивності репаративних процесів, що базувалися на встановленні стадії епітелізації виразки за Р.Н.Філімоновим, наведено у табл.1.

Таблиця 1

Оцінки інтенсивності репаративних процесів під впливом різних схем противиразкової антигелікобактерної терапії

Групи хворих	Дні ендоскопічного контролю пацієнтів	
	Стадія білого рубця	Стадія рожевого рубця
1 група	22	20
2 група	16	14
3 група	13	14
4 група	13	11
5 група	20	18
6 група	12	11

Як видно з наведеної таблиці, стадія білого рубця спостерігалася найшвидше у 6 групі, де хворі приймали медикаментозну терапію у поєднанні з фітокомпозицією (деревій +нагідки). Найпізніше ця стадія спостерігалася під впливом

медикаментозного лікування у 1 і 5 групах.

У більшості випадків вдалося досягти повної ерадикації, що було підтверджено при проведенні дихального тесту із міченою сечовиною.

Таблиця 2

Результати ерадикації НР-інфекції (на основі показників проведеного дихального тесту з міченою сечовиною)

Групи хворих	Результат дихального тесту	
	Позитивний	Негативний
1 група	4%	96%
2 група	-	100%
3 група	-	100%
4 група	-	100%
5 група	6%	94%
6 група	-	100%

Серед усіх обстежених пацієнтів у 2-4 та 6 групах вдалося досягнути повної ерадикації гелікобактерної інфекції. Для 1 та 5 груп пацієнтів одержано результати, що свідчать про неповну ерадикацію НР.

Висновки. 1. Хворі на виразку шлунку та дванадцятипалої кишки повинні пройти базисний курс лікування, що полягає у використанні потрійної терапії.

2. Хворі потребують постійного диспансерного нагляду сімейного лікаря з метою профілактики загострень.

3. З метою профілактики ускладнень та

рецидивів в осінній та весняний періоди рекомендовано проводити фітопрофілактику або направляти на санаторно-курортне лікування у санаторії “Поляна”, “Сонячне Закарпаття”.

4. Комплексне лікування з використанням медикаментозної і немедикаментозної терапії (препарати рослинного походження – “Альтан”, “Сорбілін”, фітокомпозиції (деревій+нагідки)) дає можливість скоротити період загоєння виразкових дефектів, досягнути повної ерадикації гелікобактерної інфекції та попередити виникнення побічних ефектів від антибактеріальної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я., Фадєєнко Г.Д. Фармакотерапія пептичних язв желудка и двенадцатиперстной кишки. –Х.: Основа, 1997. –240с.
2. Галярич І. Етіологія пептичної виразки / Українські медичні вісті (матеріали VII Конгресу світової федерації Українських лікарських товариств). –1998. –Т.60. –С.30.
3. Григорьев П.Я., Жуховицкий В.Г., Яковенко Э.П., Таланова Е.В. Показания и методы исследования бльных на Helicobacter pylori // Российский гастроэнтерологический журнал. – 1999. – №1. – С.6– 9.

4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с *Helicobacter pylori*// Клиническая медицина. –1998.–№6. –С.11-15.
5. Заяць К.П. Можливості застосування лікарських рослин у комплексному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, асоційованої з *Helicobacter pylori*.
6. Мінеральні води Закарпаття. Питне лікувальне використання / Під ред. М.В.Лободи, Л.П.Киртич. –Ужгород: «ІВА», 1997. –174с., іл.
7. Передерий В.Г., Ткач С.М., Швец Н.И., Цветков А.В., Яценко О.В. Язвенная болезнь или пептическая язва? Современные представления о причинах возникновения, новых подходах в лечении и возможностях вылечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. -К.: Здоровье, -1997. -160 с.
8. Рысс Е.С., Звартау Э.Э. Фармакотерапия язвенной болезни. – М.; С-Пб.: «Невский Диалект – БИНОМ», 1998. – 253с.

SUMMARY

STOMACH ULCER AND DUODENAL ULCER IN A FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

Hanych O.N., Hanych T.M., Bojko A.L., Zajac K.P., Rozumyk N.V., Zheliznjak N.I., Marusanich B.M.

There is an annual increase in the incidence of duodenal and stomach ulcer diseases both in Ukraine and in other countries. For this reason 639 patients with HP-associated duodenal or/and stomach ulcer were investigated. The results of treatment of HP-associated duodenal and stomach ulcer by different regimens were studied. In treatment we used classical and alternative medicine.

Key words: stomach ulcer, duodenal ulcer, family doctor