

Терентьев А. А., Ефимов С. В., Синдяшкина Д. Н., Бобровский Р. Н., Гетман Н. В., Стоян М. В., Филипенко П. С., Максименко Е. В., Сидельников Н. Н., Сабанчеева З. Ю., Бобровский И. Н., Максименко Л. Л., Бобровский О. Н., Сумкина О. Б., Биджиева Ф. А., Пиванова Н. Л., Семенов В. Г., Ивахникова И. Г.

**К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕННАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/62.html](http://www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/62.html)

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

**Альманах современной науки и образования**

Тамбов: Грамота, 2009. № 12 (31): в 2-х ч. Ч. I. С. 174-176. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: [www.gramota.net/editions/1.html](http://www.gramota.net/editions/1.html)

Содержание данного номера журнала: [www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/](http://www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/)

**© Издательство "Грамота"**

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: [www.gramota.net](http://www.gramota.net)

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: [almanac@gramota.net](mailto:almanac@gramota.net)

дицинской помощью отмечается летом (17,5%), а наибольшее количество госпитализированных - весной (34%); в осенний период аналогичный показатель составил 25% соответственно. Вероятно, это связано с нарушениями в адаптации организма в весеннее и осеннее время. Вышеуказанные данные относятся к Нр - ассоциированным формам ЯБ, а для Нр - не ассоциированных форм заболеваемости сезонность обострений была менее характерна (в 12,6% случаев). Анализ частоты рецидивирования показал, что в среднем у больных с ЯБЖ обострения 1 раз в год отмечались в 45,2% случаев, а 2 и более - в 54,8% случаев соответственно. При этом частота рецидивирования у пациентов с ЯБДПК достоверно более выше (в 2-2,5 раза соответственно). У Нр - негативных пациентов ЯБ обострялась реже ( $0,8 \pm 0,06$ ), чем у Нр - позитивных пациентов ( $1,7 \pm 0,10$ ,  $p < 0,05$ ).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о неблагоприятной ситуации по заболеваниям, относящимся к группе социально значимых и наиболее распространенных заболеваний (наличие статистически достоверного роста) на территории Ставропольского края. Ретроградный анализ позволил выявить четкие гендерные различия между изучаемыми статистическими группами и обосновал необходимость развития инновационного подхода к изучаемому вопросу. Подготовил базу для создания новой концептуальной линии в работе практикующих врачей. Также полученные данные гендерных различий, диктуют необходимость разработки и реализации экспертных программ, а также профилактических программ федерального значения для практического здравоохранения, которые позволят снизить заболеваемость от данного вида причин. В ходе исследования доказана необходимость учета социально-эпидемиологических особенностей пациентов данной группы, что позволяет своевременно определять и прогнозировать тенденции развития и эпидемического процесса по ЯБ, а также разрабатывать комплекс мероприятий для ограничения распространения данных нозологий среди населения.

#### К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕННАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Терентьев А. А., Бобровский И. Н., Максименко Л. Л., Бобровский О. Н., Сумкина О. Б., Биджиева Ф. А., Пиванова Н. Л., Семенов В. Г., Ивахникова И. Г., Ефимов С. В., Синдякина Д. Н., Бобровский Р. Н., Гетман Н. В., Стоян М. В., Филипенко П. С., Максименко Е. В., Сидельников Н. Н., Сабанчеева З. Ю.  
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

Стойкое подавление факторов агрессии желудочного сока (снижение секреции или нейтрализация соляной кислоты, угнетение выработки пепсиногена или активности пепсина, устранение рефлюкса желчи или ее адсорбция) является одной из центральных задач в терапии язвенной болезни. В настоящее время наиболее активно применяются 3 группы лекарственных препаратов, способных влиять на основные механизмы желудочной секреции.

Выбор антисекреторного препарата при язвенной болезни в настоящее время обосновывается преимущественно предпочтениями врача, или другими факторами и часто носит случайный характер, не подкрепленный патофизиологическим обоснованием. В то же время различные антисекреторные препараты имеют свои особенности, достоинства и недостатки, при учете которых можно значительно усилить лечебное воздействие.

Работ, посвященных дифференцированной антисекреторной фармакотерапии при язвенной болезни, очень мало, и исходят он преимущественно от клинических фармакологов, которые еще реже уделяют внимание фармакотерапии хирургических осложнений, поскольку считается, что хирургическая операция, как правило, направлена и устранение язвенной болезни как таковой. Единственное осложнение, фармакотерапия которого в настоящее время активно изучается - это язвенные кровотечения, поскольку в данном случае достижение устойчивого гемостаза позволяет уменьшить частоту экстренных оперативных вмешательств.

Вместе с тем основные виды хирургических осложнений имеют различную выраженность и длительность нарушений секреторной функции, которая требует дифференцированной фармакологической коррекции. Для выяснения этих особенностей нами проведено исследование основных патофизиологических нарушений при язвенных кровотечениях, длительно не заживающей или часто рецидивирующей дуоденальной язве и рубцово-язвенных стенозах.

В данном исследовании использованы результаты обследования и лечения стационарных и амбулаторных больных, проходивших лечение на кафедре внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов Ставропольской государственной медицинской академии Росздрава. У 337 пациентов язва осложнилась кровотечением с различной степенью кровопотери и видом гемостаза, у 117 пациентов наблюдался компенсированный или субкомпенсированный стеноз привратника, у 248 - длительно (более 2 месяцев) не заживающая или часто рецидивирующая язва.

Всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование, реогастрография при обострении через 1 и 3 месяца после рубцевания язвенного дефекта. Степень нарушений эвакуаторной функции желудка при стенозах оценивалась с помощью рентгенографии. Для диагностики Н. pylori использовался уреазный тест и бактериоскопия мазков-отпечатков.

В результате статистической обработки полученных показателей установлено, что различные формы яз-

венной болезни имеют свои закономерности и отличительные особенности, как в период обострения, так и в период ремиссии при применении стандартного противоязвенного лечения.

Полученные данные позволили разработать дифференцированный подход к лечению различных хирургических осложнений, которое может являться эффективным дополнением к хирургическому вмешательству и в случаях достижения положительного эффекта либо стойкой ремиссии позволяет отказаться от экстренной или плановой операции.

Язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением имеет наиболее существенные различия как в период обострения, так и в процессе лечения. Несмотря на опасность кровотечения, эту категорию больных отличает наиболее благоприятное течение самой язвенной болезни. Показатель секреции соляной кислоты у большей части пациентов как при обострении, так и в процессе лечения находится в пределах нормы. В то же время показатель нейтрализации соляной кислоты в процессе наблюдения отличается нарастающим ослаблением нейтрализующей функции, которое достигает максимума к концу третьего месяца. Среди больных язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, необходимо выделять две основные группы, требующие разной лечебной тактики: гиперсекреторов (меньшая группа) и пациентов с нормальной кислотопродукцией.

При оценке моторной активности желудка отмечается увеличенная сократительная активность при обострении, которая уменьшается к моменту рубцевания язвы и приходит в норму к концу первого месяца лечения.

Таким образом, при язвенной болезни, осложненной кровотечением, ведущими патофизиологическими нарушениями являются ослабление факторов защиты и гипермоторные нарушения, приводящие к ускоренной эвакуации кислого содержимого из желудка в двенадцатиперстную кишку. Кислотнопептический фактор при данной патологии имеет меньшее значение, что оказывает влияние на выбор поддерживающей терапии.

Основными задачами консервативной терапии при данном осложнении являются: достижение устойчивого гемостаза, что достигается подавлением факторов агрессии, способствующих лизису сформировавшегося тромба, а также коррекцией гемодинамических нарушений, обусловленных кровопотерей; стимуляция слизиобразования и коррекция гипермоторных нарушений, приводящих к ускоренной эвакуации кислого содержимого из желудка; создание физиологического покоя.

Антисекреторная терапия должна проводиться вне зависимости от наличия и степени секреторных нарушений. Выбор препарата обусловлен необходимостью быстрого, эффективного и стойкого подавления кислотной агрессии, а также наличием лекарственных форм для парентерального введения.

Из всех применяемых в настоящее время в России препаратов данным требованиям отвечает фамотидин. Холинолитики, инметидин или ранитидин не в состоянии обеспечить длительное и стойкое повышение рН, необходимое для стабилизации тромба, и существенно не влияют на уменьшение частоты рецидивов кровотечения, что показано в многочисленных исследованиях. Применение ингибиторов «протонной помпы» ограничено отсутствием зарегистрированных в России препаратов для парентерального введения и тем, что максимальный эффект при приеме капсулированных форм достигается лишь к четвертым суткам, а наибольшая частота рецидивов кровотечений наблюдается как раз в первые трое суток. Таким образом, для достижения устойчивого гемостаза необходимо внутривенное применение фамотидина в зависимости от степени кровопотери и выраженности эндоскопических изменений.

Совместно с препаратами, блокирующими выделение соляной кислоты, целесообразно применение цитопротективных средств: сукральфата или препаратов висмута. При достижении устойчивого гемостаза необходимо начинать проведение эрадикационной терапии, по окончании которой решается вопрос о плановом оперативном лечении. В случае отказа от операции проводится поддерживающая терапия. С учетом того, что ведущими патофизиологическими нарушениями у данной категории больных являются ослабление факторов защиты и гипермоторные нарушения, приводящие к ускоренной эвакуации кислого содержимого из желудка, в качестве поддерживающей терапии необходимо назначение цитопротективных средств или средств, стимулирующих регенерацию слизистой и слизиобразование, а также средств, нормализующих моторику. Небольшой части пациентов с повышенной секрецией соляной кислоты назначают антисекреторные препараты. При этом препаратом выбора является фамотидин по 20-40 мг перед сном.

Часто рецидивирующая и длительно не заживающая язва луковицы двенадцатиперстной кишки по основным показателям мало отличается от обычного течения язвенной болезни. Для данной формы заболевания ведущее значение имеет увеличение кислотопродукции во время обострения и в начале лечения, которое нормализуется к первому месяцу после рубцевания. Нейтрализующая функция нарушена незначительно во время обострения, быстро нормализуется в процессе лечения и значительно ослабевает лишь к третьему месяцу после окончания лечения, что может быть одной из возможных причин последующего обострения и должно учитываться при назначении противорецидивного лечения.

Нарушение сократительной активности желудка при данной форме язвенной болезни незначительно во время обострения, быстро нормализуется в процессе лечения и нарастает к третьему месяцу после его окончания.

Таким образом, ведущими патофизиологическими нарушениями при часто рецидивирующей и длительно не заживающей язве луковицы двенадцатиперстной кишки являются гиперсекреция соляной кислоты во время обострения, нарушение нейтрализующей функции антрального отдела и моторные нарушения спустя три месяца после окончания лечения.

В современных условиях, при наличии новых эффективных противоязвенных средств, данная форма язвенной болезни как предмет для планового оперативного лечения встречается реже. Как правило, результатом подобного течения заболевания является либо самолечение, либо отсутствие полноценного лечения и динамического наблюдения.

Поскольку основными ведущими нарушениями при данном течении болезни являются гиперсекреция соляной кислоты при обострении и выраженные воспалительные изменения, то начинать лечение необходимо с устранения основной причины, поддерживающей воспалительный процесс - с эрадикации *H. pylori*. Антисекреторная терапия при этом должна начинаться с использования средств, наиболее эффективно подавляющих кислотопродукцию - блокаторов «протонной помпы». Применение их обосновано до рубцевания язвенного дефекта с последующим переходом на длительный (от 1 до 3 месяцев) прием современных H<sub>2</sub>-блокаторов - фамотидин. С учетом того, что спустя три месяца после окончания лечения у большинства больных наблюдаются ослабление нейтрализующей функции антрального отдела и моторные нарушения, в эти сроки необходимо назначение противорецидивного курса с использованием цитопротекторов, простагландинов и регуляторов моторики. Только при неэффективности подобного лечения больному показано плановое оперативное лечение.

Язва луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом отличается наибольшими нарушениями секреторной функции желудка. Ведущую роль играет выраженное увеличение кислотопродукции, которое нормализуется лишь к третьему обследованию на фоне непрерывного лечения препаратами, угнетающими выработку соляной кислоты. Показатель же нейтрализации колеблется в пределах нормальных значений, и к третьему месяцу наблюдается некоторое усиление нейтрализующих свойств слизи.

Другим фактором, имеющим значительные нарушения, является выраженное усиление сократительной активности желудка (при компенсированных и субкомпенсированных стенозах), которое максимально во время обострения и приближается к нормальным значениям лишь к третьему месяцу наблюдения. Длительно сохраняющиеся выраженное увеличение кислотопродукции и гипермоторика достоверно отличают (при сравнительном статистическом анализе) рубцово-язвенные стенозы от других форм язвенной болезни.

Говоря о консервативном лечении рубцово-язвенных стенозов, необходимо четко разграничивать две основные причины этого осложнения: выраженные длительный отек и воспаление слизистой оболочки, которые приводят к нарушению эвакуаторной функции и, как правило, сочетаются с наличием длительно не заживающего язвенного дефекта, и грубая рубцовая деформация при незначительно выраженных воспалительных изменениях. В первом случае возможно проведение консервативного лечения, во втором - эффективным будет только оперативное вмешательство.

Антисекреторная терапия рубцово-язвенных стенозов имеет существенные отличия. Казалось бы, при выраженных нарушениях кислотопродукции препаратом выбора должен являться омепразол. Однако назначение этого препарата не приводило к ожидаемому существенному снижению выделения соляной кислоты. При изучении фармакодинамики препарата выяснилось, что омепразол является кислотонеустойчивым веществом и всасывается лишь при попадании в кишку. Поэтому при выраженных эвакуаторных нарушениях эффективность действия препарата значительно уменьшается. Таким образом, препаратом выбора и в этом случае является парентеральная форма фамотидина, с которой и следует начинать лечение обострения с последующим длительным (не менее 3 месяцев) приемом таблетированных форм. В этот период также необходимо применение иммуномодуляторов.

Проведение эрадикации *H. pylori* во время обострения абсолютно неэффективно. Антибактериальная терапия должна проводиться по достижении устойчивого повышения рН. Плановое оперативное вмешательство должно выполняться только при отсутствии эффекта в течение 3 месяцев от проводимой терапии.

Таким образом, обоснованная, своевременная и правильно подобранная антисекреторная терапия позволяет существенно улучшить результаты лечения осложненной язвенной болезни, во многих случаях отказаться от планового оперативного вмешательства и уменьшить количество экстренных операций.

#### АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ПО ДАННЫМ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ)

*Францева В. О., Бобровский И. Н., Бобровский О. Н., Титлакова Е. Н., Филипенко П. С., Максименко Л. Л., Ивахникова И. Г., Бобровский Р. Н., Михайлова Ю. Н., Пиванова Н. Л., Сумкина О. Б., Биджиева Ф. А., Гетман Н. В., Терентьев А. А., Стоян М. В., Синдяшкина Д. Н., Ефимов С. В., Семенов В. Г.*

*ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

В настоящее время проблема распространенных и социально значимых заболеваний (к которым относятся и язвенная болезнь желудка, и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, включая смешанные формы), занимает одно из ведущих мест в ряду нозологических единиц, влияющих на индивидуальное и груп-