

УДК 616.3 - 08

Дудченко М.А., Третяк Н.Г., Новак О.В., Малик Л.В., Дудченко М.А.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗОК ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Встановлено, що виразки шлунка і 12-ти палої кишки – це різні захворювання. Комплексна терапія з використанням “Віпромаку” виявляє кращі результати по суб’єктивних, об’єктивних і лабораторно-інструментальних показниках порівняно із стандартними методами лікування. Незалежно від локалізації виразки, патогенетичної дії, “Віпромак” необхідно приймати з перших днів захворювання тривалістю до 2 місяців.

Ключові слова: виразка, шлунок, дванадцятипала кишка, “Віпромак”.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗ України “Розробка нових методів профілактики, лікування і реабілітації захворювань органів травлення у хворих з морбідною патологією на основі вивчених патогенетичних ланок синтропії.” № держреєстрації 0 111 У 00 4881.

Вступ

Виразки органів травлення будь-то ротової порожнини, стравоходу, шлунка чи кишечника значно розповсюджені серед населення і мають тенденцію до зростання. Виразка кожного органу має свою специфіку виникнення, проте в механізмі розвитку кожної із них вони мають багато спільного. Тому і лікування виразок проводиться в залежності від локалізації виразки і її механізму утворення як на загальній основі (інфекція – антибіотики), так і на індивідуальних особливостях. Якщо взяти назви виразкових хвороб шлунка та 12-палої кишки, то в літературі, в тому числі і в медичних підручниках, таке поняття об’єднано в розуміння не окремих виразок, а виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки. Тим самим підкреслюється, що це одна і та ж хвороба тільки різних органів. Вслід за цим і лікування виразки шлунка і виразки 12-палої кишки вважається однаковим. Таким принципом користується більшість лікарів і хворих.

В дійсності виразка шлунка і виразка 12-палої кишки – це різні захворювання. Вони відокремлені і в МКХ-10 як виразка шлунка (виразкова хвороба шлунка) (K25), 12-ти палої кишки (K26) і гастродуоденальна виразка (K28). У своєму виникненні, механізмі розвитку і лікуванні мають свою специфіку, іноді протилежного характеру [5,8].

Мета дослідження

Звернути увагу практичних лікарів на комплексний підхід при лікуванні виразкової хвороби і на цьому принципі дослідити ефективність дії лікарської суміші “Віпромак”, спрямованої на впровадження її для лікування виразкової хвороби.

Об’єкт і методи дослідження

Вивчення літературних джерел і результати своїх досліджень дають можливість визначити патогенетичні механізми розвитку виразкової хвороби. Дослідження патогенетичного, комплексного лікування виразкової хвороби, до якого входять режим лікування, дієта, медикаментозна терапія з використанням “Віпромаку”, проведені на 80 хворих по 40 осіб з виразками шлунка і виразками 12-ти палої кишки. Чоловіків було 61, жінок – 19, віком від 26 до 60 років і тривалістю захворювання до 7 років. Основна група, яку

складали 40 осіб (по 20 із виразкою шлунка і виразкою 12-ти палої кишки) лікувались комплексно з використанням “Віпромаку” і 40 осіб з аналогічною патологією (контрольна група) лікувались за стандартним принципом терапії виразкової хвороби [7,9]. При госпіталізації і виписці із стаціонару всім хворим проводилось діагностичне обстеження.

До складу “Віпромаку” входять: прополіс (10% 20 мл), ретинол (3,44% 15мл), токоферол (30% 10мл), настій календули (15мл), настій ехінацеї (20мл), новокаїн (2% - 15мл), кукурудзяна або льняна олія (400 мл) (Патент № 79120 від 10.04.2013р.). “Віпромак” має загальний і клініко-фармакологічний вплив: покращує функцію травлення і обмінні процеси; володіє анальгезуючим, репаративним, виразковозаживляючим, антитоксичним, антиоксидантним, бактерицидним впливом; стимулює імунітет і внутрішньоклітинне проведення лікарських речовин та сприятливо впливає на тяжкі форми езофагіттів і гастральних рефлюксів, впливає на всі патогенетичні механізми виразкоутворення.

Ця суміш приймалася після збовтування по 1 десертній ложці за годину до їжі і перед сном. Після епіталізації виразки суміш рекомендувалося приймати двократно, вранці і перед сном протягом 1-2 місяців.

Результати дослідження та їх обговорення

Про причини виникнення і механізми розвитку виразкової хвороби шлунка і 12-ти палої кишки існує цілий ряд теорій. До них відносяться: травматична Ашофа, судинна Вірхова, запальна Конечного, пептична Клод Бернара, авітамінозна Мак Керісона, нервова Бергмана-Сперанського, кортико-вісцеральна Бикова-Курцина, гормональна, імунологічна, бактеріальна, генетична та інші. Варто підкреслити, що усі перераховані гіпотези про етіологію і патогенез виразкової хвороби не суперечать, а доповнюють одна одну. Оскільки вони формулювались на достовірних фактах, тільки на різних стадіях розвитку науки, то їх можна об’єднати у дві групи за причинами та механізмом дії факторів: нервово-ендокринний та місцевий. При цьому слід мати на увазі, що хвороби виникають тоді, коли в організмі знижуються фактори захисту з активністю

факторів агресії, які спричиняють виникнення захворювання, в даному випадку виразкової хвороби [4].

До факторів захисту слизової оболонки гастродуоденальної зони відносяться: нормальна нейроендокринна регуляція при відсутності спадковості до виникнення захворювання, резистентність (опірність) гастродуоденальної слизової оболонки з достатнім імунітетом, мікроциркуляцією, антродуоденальним «кислотним гальмуванням» із захисним слизовим бар'єром.

Агресивними факторами є: порушення нейроендокринної регуляції як в сторону збільшення так і зменшення її дії; генетичні фактори, які підтверджують спадковість захворювання; гіперпродуктивність соляної кислоти і пепсин у слизовою оболонкою шлунка; травматизація гастродуоденальної зони як харчовими продуктами, так і хімічними речовинами, до яких відносяться нікотин, алкоголь та ін.; гастродуоденальна дисмоторика за рахунок змін в місцевій та ферментивно-гормональній регуляції; паразити та бактерії, особливо *Helicobacter pylori*.

Закономірним в виникненні виразкової хвороби є участь декількох факторів як агресії, так і захисту слизової оболонки гастродуоденальної зони. При цьому, якщо для дуоденальної виразки в механізмі розвитку із двох факторів ведучим є нервовий, про що свідчить швидке зростання захворюваності у людей в залежності від психонервової напруги, то в виникненні виразок шлунка переважними є місцеві процеси. Так, виразки 12-палої кишки виникають під впливом різних психо-нервових перенапружень і стресових ситуацій. Відбувається порушення головних коркових процесів в сторону збудження з підвищенням функцій задніх ядер гіпоталамуса, блукаючого нерва, ацидо-пептичного фактору, а також передньої долі гіпофізу, що стимулює утворення АКТГ і відповідно корою наднирників глюкокортикоїдів з активізацією кислотно-пептичної дії з подальшим порушенням трофіки слизової оболонки. Підвищення тону м'язів гастродуоденальної зони із спазмом шунтових судин, розвитком місцевої гіпоксії і гіпероксидації призводить до зниження функції імунітету з активністю *H.pylori*. Місцеве запалення, дія ацидопептичного фактору, ферментів підшлункової залози та жовчних кислот, які постійно потрапляють в 12-палу кишку сприяють аутолізу слизової оболонки і утворенню виразки.

При виразках шлунка відбуваються протилежні явища. У хворих переважають гальмівні коркові процеси, зниження гіпоталамо-гіпофізарної функції і блукаючого нерва, що призводить до зниження моторики шлунка з затриманням в ньому їжі і зягненню пілоруса, завдяки чому внаслідок дуодено-гастрального рефлюкса до шлунка закидається хімус 12-палої кишки (соляна кислота, пепсин, жовчні кислоти, ферменти, трипсин і ін.), що приводить до порушення місцевого кровообігу з гіпоксією, гіпероксидацією,

зниження імунітету і трофіки слизового бар'єру, з активністю субмукозної інфекції і утворенню виразки шлунка [4].

Про участь нервової системи у виразкоутворенні свідчить деякий успіх в лікуванні після операції ваготомії і виникнення виразок після стресових ситуацій.

Отже, в етіології і патогенезі виразкової хвороби не слід надавати будь-якому фактору головну роль тому, що в кожному випадку є той, котрий проявиться як вирішальний і призведе до розвитку хвороби. У одного хворого це *Helicobacter pylori*, у другого – тривалий стрес, у третього в анамнезі лікування саліцилатами та інше. В лікуванні першого можна виключити стреси і аспірин, застосувати заспокійливі – але радикального ефекту не буде до того часу поки з допомогою антибіотиків не буде проведена санація гастродуоденальної зони. В лікуванні третього не буде успіху, поки продовжується прийом нестероїдних протизапальних засобів. Це свідчить про поліетіологічний і патофізіологічний характер виразкової хвороби[6].

Суттєвим питанням є патоморфологічні зміни при виразковій хворобі. Розмір виразок буває від декількох міліметрів до декількох сантиметрів. Виразки проникають у весь шар слизової оболонки включаючи гладком'язовий шар. Загояються виразки вторинним натягом з повільним заповненням дефекту грануляціями. Після заповнення рани грануляційною тканиною із запусканням, поступовим руйнуванням та розсмоктуванням клітин із дегідратацією тканин приводить до утворення рубця. Початок утворення рубця виникає тільки на 11- 15 день. Тривалість рубцювання виразок залежить від глибини, її діаметра, стану резистентності і реактивності тканин, може продовжуватись 1- 2 і більше місяців [1]. Тому і лікування повинно тривати в цих межах.

Клініка виразкової хвороби у хворих, які були під спостереженням супроводжувалась характером і локалізацією виразки. Головним симптомом виразок був біль. Раній біль після прийняття їжі, кислоти та солоної їжі свідчила про виразку шлунка. Пізній біль вказував на парапілоричну виразку. Нічні «голодні болі» були характерними для виразки 12-палої кишки. Блювання було на другому місці в клініці виразок. Велика кількість харчових домішок в блювоті примушувала підозрювати органічне звуження пілоруса. Рідко спостерігалось кроваве блювання. Симптоми внутрішньої кровотечі (блідість, запаморочення аж до непритомності, позіхань, малий частий пульс) ще до появи дьогтеподібного випорожнення давали змогу поставити правильний діагноз. Ці симптоми та синдроми свідчать про те, що в комплексну терапію при виразковій хворобі необхідно включати додаткові і симптоматичні препарати.

Серед інших скарг при виразках найчастіше зустрічалася печія, відрижка кислим, закрепи.

Поганий сон, мінливість настрою, схильність до серцебиття і запаморочення, похолодіння рук і ніг були зумовлені невротичним станом, що потребує використання при лікуванні седативних засобів. Рентгенологічне дослідження і фіброгастроскопія остаточно вирішували діагноз виразкової хвороби і необхідні були для дослідження та ефективності лікування.

Результати лікування двох груп хворих виразковою хворобою свідчать про те, що в основній групі, яка приймала "Віпромак", порівняно з контрольною групою по суб'єктивних, об'єктивних і лабораторно-інструментальними показниками досліджень були кращими. Так, у хворих основної групи з дуоденальною виразкою загальний стан значно покращився з рубцюванням виразок на $8,4 \pm 2,7$ день, а в контрольній групі – на $13 \pm 3,7$ день ($P < 0,005$). У хворих з виразкою шлунка відповідно: на $14,3 \pm 3,8$ і $21,5 \pm 4,7$ день ($P < 0,05$).

Таким чином, виразкова хвороба є загальним хронічним, рецидивуючим захворюванням, яке виникає внаслідок поєднаних розладів нервово-ендокринних і місцевих механізмів на фоні генетичних особливостей організму, що супроводжуються секреторними, моторними та трофічними порушеннями зі зниженням імунітету і активністю місцевої інфекції. Все це веде до переваги дестабілізуючих факторів агресії над захисними можливостями слизової оболонки з утворенням виразок в шлунку і 12-ти палій кишці.

Терапія виразкової хвороби повинна бути комплексною і патогенетичною, яка впливала б на всі механізми розвитку хвороби і приводила б до повної реабілітації хворого.

Висновки

1. У хворих виразковою хворобою, виразки шлунка та 12-ти палої кишки по патофізіологічних і патоморфологічних ознаках дійсно є різними захворюваннями.

2. Хворих з виразковою хворобою спочатку

Реферат

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дудченко М.О., Третяк Н.Г., Новак О.В., Малик Л.В., Дудченко М.А.

Ключевые слова: язва, желудок, двенадцатиперстная кишка, "Випромак".

Установлено, что язва желудка и 12-ти перстной кишки – это разные болезни. Комплексная терапия с использованием патогенетического действия "Випромака" дает лучшие результаты по субъективным, объективным и лабораторно-инструментальным показателям в сравнении со стандартными методами лечения. Независимо от локализации язв "Випромак" необходимо принимать с первых дней заболевания длительностью до 2-х месяцев.

Summary

INTEGRATED TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

Dudchenko M.O., Tretjak N.G., Novak O.V., Malyk L.V., Dudchenko M.A.

Keywords: ulcer, stomach, duodenum, "Vipromak."

It has been found out the medical conditions of gastric ulcer and duodenal ulcer are two different nosological forms. The complex therapy including pathologically grounded administration of "Vipromak" enables to obtain better subjective results, objective results and findings of laboratory and instrumental investigations compared to the results of the conventional therapy. Irrespective of ulcer localization, pathogenetic action, "Vipromak" should be taken since the very onset of the disease and for 2 months.

необхідно лікувати по стандартному принципу 10-12 денними схемами ерадикаційної терапії з використанням антибактеріальних препаратів незалежно від наявності *Helicobacter pylori*, оскільки у кожної людини має місце субмукозна інфекція, яка стає вірулентною при зниженні місцевого імунітету. Обмежено використовувати блокатори кислотоутворення у хворих з гіпо- і анацидними гастритами.

3. Незалежно від локалізації виразки при відсутності блювання з перших днів в комплексну терапію з метою патогенетичної дії включати "Віпромак" з курсом прийому його до двох місяців. Частота використання "Віпромака" залежить від швидкості рубцювання виразки.

4. Комплексна етіопатогенетична терапія повинна бути спрямована на реабілітацію всього організму, враховуючи індивідуальні особливості хворого.

5. Враховуючи складність проблеми виразкової хвороби гастродуоденальної зони необхідно продовжувати дослідження механізмів її виникнення та лікування.

Література

1. Адо А.Д. Патологическая физиология / А.Д. Адо, Л.М. Ишимова. – М.: 'Медицина', 1986. – 520 с.
2. Вахидов В.В. Рецидивные и пептические язвы после ваготомии / В.В. Вахидов, А.М. ХафинваевЮ, Фим Фазур Фазур // Вестник хирургии. – 1985. – №2. – С.28-31.
3. Власов В.С. Трудоспособность больных после резекции желудка и ваготомии по поводу язвы двенадцатиперстной кишки / В.С. Власов // Хирургия. – 1980. – №9. – С.25-28.
4. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология. Руководство для врачей / И.И. Дегтярев. – М.: МИА. – 2004. – 611с.
5. Дудченко М.А. Язвенная болезнь / М.А. Дудченко. – Полтава: «Дивосвіт», 2005. – 208 с.
6. Зайчик А.Ш. Общая патофизиология / А.Ш. Зайчик, А.П. Чурилов. – С-П.: 'ЭЛБИ', 2001 – 620 с.
7. Куцовой О.В. Современные Подходы к лечению язвенной болезни желудка / О.В. Куцовой // Участковый врач. – К.: 2013. – №8. – С.24-26.
8. Рысс С.М. Язвенная болезнь / С.М. Рысс, Е.С. Рысс. – Л.: 1968 – 290 с.
9. Ткач С.М. Эффективность тройной терапии на основе пантопразола в лечении пептической язвы желудка ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori* / С.М. Ткач. // Здоров'я України. – К., 2013. – №2 – С.42-43.