

Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в практике семейного врача

М.А. Дудченко, Н.Г. Третьяк, М.А. Дудченко

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Язвенная болезнь является хроническим, полиэтиологическим рецидивирующим заболеванием с нарушением нервно-эндокринных и гуморальных механизмов, регулирующих секреторно-трофических процессов в гастродуоденальной зоне с образованием язв. Она относится к распространенным заболеваниям в мире с тенденцией к росту. При этом заболевании язвы имеют различную локализацию и присущие им клиническое течение. Лечение больных язвами должно быть этапным, консервативным, комплексным и индивидуальным в назначении фармакотерапии. Лучшим вариантом в лечебном процессе является эрадикация *Нр* и другой субмукозной инфекции с использованием в реабилитации больных комплексного препарата *Випромак*.

Ключевые слова: язвенная болезнь, локализация язв, лечение.

Мировая статистика свидетельствует о распространенности заболеваний язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, составляющих в разных странах от 5% до 15% взрослого населения [2, 8, 10]. При этом, как свидетельствуют данные исследований, число больных гастродуоденальными язвами имеет тенденцию к росту и увеличению таких осложнений, как язвенные кровотечения, перфорация, пенетрация, пилородуоденальный стеноз, малигнизация и их сочетания [1, 4]. Современное консервативное лечение дает только 30–40% стойкого выздоровления. Малоэффективным оказывается и хирургическое устранение очагов осложнений по причине недостаточно эффективной реабилитации больных в послеоперационный период [3]. Так, только от последствий неадекватного лечения этих заболеваний в России умирает около 60 000 человек в год. В США ежегодно от гастродуоденальных язв и их осложнений умирает 15 000 больных. Не лучшим образом это происходит и в Украине [5, 6].

В последнее время среди причин возникновения язвенной болезни доминируют в основном три направления: хеликобактериальное, кислотообразующее (ацидопептическое), абстрактное агрессивно-защитное. Действительно, можно говорить о провоцирующей роли *Нр* в развитии язвенной болезни. При язвенной болезни желудка *Нр* обнаруживаются у 60%, при язве двенадцатиперстной кишки – у 90%, у здоровых – в 10% случаев. Примерно такое соотношение наблюдается и при анализе ацидопептического фактора. Если при язве двенадцатиперстной кишки у большинства больных выявляют повышение образования соляной кислоты в желудке, то при язве желудка кислотность в желудочном соке или нормальная, или пониженная, или сопровождается ахилией.

Необъяснимым с этой точки зрения является преобладание у населения пептических язв желудка в прошлом над распространенностью дуоденальных язв в связи с технической революцией. Более убедительным взглядом в этиологии и патогенезе язвенной болезни является преобладание факторов агрессии над защитой организма. При этом подразумевается полиэтиологическое влияние агрессивных сочетаний

как внешней, так и внутренней среды на организм человека со снижением активности защитных механизмов как общего, так и местного характера, нервной и трофической деятельности в гастродуоденальной зоне.

Не менее существенным в возникновении язвенной болезни является генетическое предрасположение. Так, среди больных язвенной болезнью отягощенная наследственность имеет место наблюдается у 70% больных.

Неопределенным остается избирательность локализации язв в стенках желудка и двенадцатиперстной кишки. Такое состояние вопроса не может удовлетворить практического врача, в том числе международные рекомендации и государственные стандарты.

На основании исследований и анализа клинического материала других авторов в этиологии язвенной болезни желудка можно выделить три фактора ее возникновения: основные, предрасполагающие и способствующие.

К основным факторам, вызывающим язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относятся причины, которые определяются функциональными и анатомическими изменениями в центральной нервной системе, стрессовые ситуации, длительные психоэмоциональные перегрузки, обусловленные в основном социально-экономическими, бытовыми, семейными и другими воздействиями, личностные особенности человека, неправильный образ жизни. Под влиянием этих факторов, часто сочетающихся друг с другом, нарушается нормальная функция сложного нейрогуморального аппарата, регулирующего систему пищеварения, обменные процессы, свертывающую и антисвертывающую системы крови, а также структуру, биохимизм, микроциркуляцию и трофику слизистой оболочки желудка.

Предрасполагающие причины язвообразования, непосредственно не вызывающие саму язву, это: неблагоприятная наследственность, конституционные и связанные с полом особенности организма, возрастные изменения, рефлекторные воздействия на желудок из органов брюшной полости, гастродуодениты, нерациональное питание и прочее.

Ускоряют формирование язвенных дефектов в желудке интоксикация, алергизация организма, отдельные воспалительные заболевания, инфекции, эндокринные нарушения, алиментарная дистрофия и т.д. Обычно язвенная болезнь возникает и прогрессирует при сочетании нескольких факторов, главными из которых остаются стрессовые и нервно-психические перенапряжения.

Перечисленные факторы в этиологии язвообразования можно охарактеризовать как дестабилизирующие (агрессивные) причины.

Если для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в патогенезе из трех факторов ведущим является нервный, о чем свидетельствует бурный рост заболеваемости в зависимости от нервно-психических перенапряжений, в частности, связанных с техническим прогрессом, то при язвенной болезни желудка преобладают местные процессы.

На наш взгляд, под влиянием различного рода нервно-психических и стрессовых ситуаций происходят определен-

ные изменения в функциональной деятельности корковых процессов головного мозга с преобладанием в них процессов торможения над возбуждением, и с учетом генетических особенностей у человека возникает психоэмоциональная депрессия или возбуждение различной степени.

В результате этих нарушений через систему гипоталамуса, с одной стороны, снижается (или повышается) возбудимость центра парасимпатической нервной системы с понижением или возбуждением (при язве двенадцатиперстной кишки) тонуса блуждающего нерва, что ведет к уменьшению или увеличению (при язве двенадцатиперстной кишки) моторно-эвакуаторной и секреторной функции желудка с задержкой или выбросом из него пищевого химуса. С другой стороны, возникают изменения в деятельности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Происходит адаптационное повышение образования корой надпочечников глюкокортикоидов, которые способствуют стимуляции слизистой оболочкой кислотно-пептического фактора с одновременным понижением в ней трофических и репаративных процессов, а также уменьшение активности слизистого барьера при защите внутренней оболочки от вредных веществ, содержащихся в гастродуоденальной зоне.

Застой химуса в желудке и избыток желудочного сока понижают тонус пилоруса, что способствует возникновению дуоденогастрального рефлюкса с забросом дуоденального содержимого в желудок. При язве двенадцатиперстной кишки происходит ускоренный выброс из желудка. В желудке или двенадцатиперстной кишке происходит нарушение микроциркуляции крови с возможным образованием микротромбов в сосудах, что ведет к возникновению гипоксии, гипероксидации, трофическим и регенераторным изменениям в тканях желудка или двенадцатиперстной кишки.

Понижение местного иммунитета и переход в активное состояние мукозной инфекции и Нр (при ее наличии) вызывают развитие аутоиммунных гастродуоденальных изменений, кишечной метаплазии в слизистой и подслизистой оболочке. Ферменты трипсин, пепсин, хемотрипсин, энтерокиназа, липаза, амилаза, желчные кислоты и их соли, HCl, которые заброшены дуоденогастральным рефлюксом с химусом в желудок, становятся факторами непосредственной агрессии, разрушающими слизистый барьер. На ограниченном участке (*locus minoris*) ослабленной слизистой оболочки, где находятся островки кишечной метаплазии, кисты слизистых желез с помощью кислотного (HCl, желчные кислоты) и ферментативного (пепсин, трипсин и др.) аутолиза, образуется язвенный дефект.

Как видно, патогенез язвенной болезни двенадцатиперстной кишки весьма отличается от основного механизма развития язвенной болезни желудка.

Клиника язвенной болезни имеет особенности в зависимости от локализации язв и характеризуется: болевым и диспепсическим синдромом, запорами, симптомами Менделя (перкуторная болезненность согнутыми пальцами в области язвы), болезненность при пальпации остистых отростков (симптом Опенковского) и по паравертебральной линии слева (симптом Боасса) на уровне XI–XII грудных и I–II поясничных позвонков. Фиброгастродуоденоскопия и R-скопия окончательно решают диагноз язвенной болезни.

По А.М. Огорокову, характерными для кардиальных и субкардиальных язв являются следующие особенности:

- боль возникает рано, через 15–20 мин после еды и локализуется высоко в эпигастрии у самого мечевидного отростка;
- боль часто иррадирует в область сердца и может ошибочно расцениваться как стенокардитическая;
- наличие изжоги, отрыжки, рвоты в связи с недостаточностью кардиального сфинктера и развитием желудочно-пищеводного рефлюкса.

Указанные язвы нередко сочетаются с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагитом. Наиболее характерным осложнением является кровотечение, перфорация язвы бывает очень редко. Болеют чаще мужчины в возрасте старше 50 лет.

Язвы малой кривизны желудка – самая частая локализация желудочных язв: боль локализуется в подложечной области (несколько левее срединной линии), возникает через 1–1,5 ч после еды и прекращается после эвакуации пищи из желудка; боль иногда бывает поздняя, ночная и голодная, обычно ноющего характера, умеренной интенсивности, однако в фазе обострения возможно появление очень интенсивной боли. Часто наблюдаются изжога, тошнота, режé рвота; желудочная секреция чаще всего нормальная, но возможно повышение или понижение кислотности желудочного сока. В 14% случаев осложняется кровотечением, редко – перфорацией, в 8–10% случаев возможна малигнизация язвы. Принято считать, что малигнизация наиболее характерна для язв, расположенных у изгиба малой кривизны. Язвы, локализующиеся в верхней части малой кривизны, большей частью доброкачественные.

Язвы большой кривизны желудка встречаются редко. Симптоматика мало отличается от типичной клинической картины язвы желудка. В 50% случаев язвы большой кривизны желудка оказываются злокачественными.

Антральные язвы (препилорические) составляют 10–16% всех случаев язвенной болезни. Встречаются преимущественно у людей молодого возраста. Симптоматика сходна с симптоматикой дуоденальной язвы. Характерна поздняя, ночная, голодная боль в эпигастрии; изжога; рвота кислым содержимым; высокая кислотность желудочного сока; положительный симптом Менделя справа в эпигастрии. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с первично-язвенной формой рака, особенно у людей пожилого возраста, так как антральный отдел – это излюбленная локализация рака желудка. В 15–20% случаев осложняются желудочным кровотечением.

Пилорические язвы составляют около 3–8% всех гастродуоденальных язв и имеют характерные черты: упорное течение заболевания; выраженный болевой синдром, боль носит приступообразный характер, длится около 30–40 мин. У 1/3 больных боль бывает поздняя, ночная, голодная, однако у многих пациентов не связана с приемом пищи; боль часто сопровождается рвотой кислым содержимым. Характерна упорная изжога, приступообразное чрезмерное отделение слюны, чувство распирания и полноты в эпигастрии после еды. При многолетнем рецидивировании язвы пилорического канала осложняются стенозом привратника; другими частыми осложнениями являются кровотечения (пилорический канал обильно васкуляризирован), перфорация, пенетрация в поджелудочную железу; у 3–8% наблюдается малигнизация.

Сочетанные язвы встречаются у 5–10% больных язвенной болезнью. При этом первоначально развивается язва двенадцатиперстной кишки, а через несколько лет – язва желудка. Присоединение желудочной язвы редко ухудшает течение заболевания. Боль в эпигастрии становится интенсивной, наряду с поздней, ночной, голодной болью появляется ранняя боль (возникающая вскоре после еды). После еды появляется тягостное ощущение переполнения желудка (даже после употребления небольшого количества пищи), выраженная изжога, часто беспокоит рвота. Наблюдается выраженная гиперсекреция, при этом продукция соляной кислоты может стать еще более высокой по сравнению с величинами, которые имелись при изолированной дуоденальной язве. Характерно развитие таких осложнений, как рубцовый стеноз привратника, пилороспазм, желудочно-кишечные кровотечения, перфорация язвы (чаще дуоденальной). В 30–40% случаев присоединение язвы желудка к дуоденальной язве не меняет существенно

клинической картины заболевания и желудочную язву обнаруживают только при гастроскопии.

Множественными язвами называются две и более язвы, которые одновременно локализуются в желудке или двенадцатиперстной кишке. Характерные особенности: склонность к медленному рубцеванию, частому рецидивированию, развитию осложнений; у ряда больных клиническое течение может не отличаться от течения одиночной желудочной или дуоденальной язвы.

Гигантские язвы желудка и двенадцатиперстной кишки располагаются преимущественно на малой кривизне желудка, реже – в субкардиальной области, на большой кривизне и очень редко – в двенадцатиперстной кишке. Боль значительно выражена, нередко исчезает ее периодичность, может стать почти постоянной. Характерно быстро наступающее истощение, что требует дифференциальной диагностики с раком желудка; в редких случаях болевой синдром может оказаться слабо выраженным. Наблюдается частое развитие осложнений: массивные желудочные кровотечения, пенетрация в поджелудочную железу, реже – перфорация язвы. Необходима тщательная дифференциальная диагностика гигантской язвы с первично-язвенной формой рака желудка; возможна малигнизация гигантских язв желудка.

Причинами незаживающих язв (не рубцующиеся в течение 2 мес), являются: наследственная отягощенность, возраст старше 50 лет, курение, злоупотребление алкоголем, наличие резко выраженного гастродуоденита, рубцовая деформация желудка и двенадцатиперстной кишки, персистенция хеликобактерной инфекции. Для длительно незаживающих язв характерна стертая симптоматика, на фоне терапии острота боли уменьшается.

Характерным для течения язвенной болезни у женщин является то, что при сохраненном нормальном менструальном цикле язвенная болезнь протекает сравнительно легко, ремиссия наступает быстро, рубцевание язвы происходит в обычные сроки, длительно незаживающие язвы не характерны. Болевой синдром при язвенной болезни у женщин менее выражен, чем у мужчин, осложнения наблюдаются реже. Беременность обычно вызывает ремиссию или способствует быстрейшему ее наступлению. При нарушении менструального цикла и в климактерический период течение язвенной болезни становится более тяжелым.

Течение язвенной болезни в юношеском и подростковом возрасте имеет свои особенности. К ним относятся: частота развития язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в этих возрастных группах значительно выше, чем у людей старшего возраста. Заболевание часто протекает латентно или атипично, болевой синдром бывает слабо выраженным и может маскироваться значительными нейровегетативными проявлениями (потливостью, артериальной гипотензией, повышенной раздражительностью). Язва, как правило, локализуется в двенадцатиперстной кишке, осложнения развиваются редко. Заживление язв наступает сравнительно быстро, а осложнения язвенной болезни развиваются редко.

К старческим язвам относятся язвы, которые впервые развились в возрасте после 60 лет. Язвами у стариков или пожилых людей называют язвы, впервые появившиеся в молодом возрасте, но сохраняющие активное течение до преклонного возраста.

Характерным для язвенной болезни в этих возрастных группах являются: увеличение числа и тяжести осложнений, в первую очередь, кровотечений, по сравнению с тем возрастом, когда впервые сформировалась язва; тенденция к увеличению диаметра и глубины язвы; плохое заживление язв; болевой синдром выражен слабо или умеренно; острое развитие старческих язв, преимущественная их локализация в желудке, частое осложнение кровотечениями;

Атипичические формы имеют свое клиническое течение: боль нередко локализуется преимущественно в области правого подреберья или в правой подвздошной области и тогда больным обычно ставят диагноз хронического холецистита (часто калькулезного), хронического или острого аппендицита (холециститная или аппендицитная маски язвенной болезни). Возможна атипичная локализация боли: в области сердца (при язве малой кривизны желудка – сердечная маска); в поясничной области (радикулитная маска). В ряде случаев бывают немые язвы, не проявляющиеся болью, диспептическим синдромом. Такие (немые) язвы могут внезапно проявиться желудочными кровотечениями, перфорацией.

Характерными для *дуоденальной язвы* считается поздняя, а особенно голодная и ночная боль. Обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки чаще наступают весной и осенью. Длительность их при неосложненных формах болезни обычно колеблется от 1 до 2 мес. Сезонный ритм болей не является столь уж четким, и появление их среди зимы совсем не относится к исключениям. Однако в разгар лета боль действительно возникает сравнительно редко.

Клиника острой язвенной болезни всегда представляет значительные затруднения. Острое развитие клинических проявлений язвенной болезни у ранее здорового человека еще не является абсолютным доказательством наличия острой язвы. То же самое относится к кровотечениям и перфорации, развившимся внезапно, среди кажущегося полного здоровья.

Лечение больных язвенной болезнью должно быть консервативным, комплексным и индивидуальным, осложнения – чаще хирургическими. Назначают: строгий постельный режим (№1), постельный (№2), полупостельный (№3), общий (№4).

Наряду с соблюдением режима важным фактором в комплексной терапии больных язвенной болезнью является *лечебное* питание (диета № 1 по Певзнеру).

Из рациона исключают сокогонные продукты, мясные, рыбные, овощные, грибные бульоны и отвары, консервы, соленья, маринады, копчености, газированные напитки, алкоголь, ограничивается употребление молока. В пищевой рацион больного должны входить: сливки, яйца, жиры (растительное и сливочное масло), отварные нежирные сорта мяса, рыбы, каши, овощные пюре и супы, белый и серый несвежий хлеб. Включение белковых продуктов в рацион обусловлено их способностью связывать часть кислоты и пепсина в полости желудка и участвовать в качестве структурного материала (аминокислот в пластических процессах при репаративной регенерации). Диета должна быть малосолевой (3–5 г, иногда до 8 г в день) и содержать достаточное количество витаминов, особенно С и В, токоферолов, учитывая их дефицит в организме больных язвенной болезнью. Разрешаются мясные, рыбные блюда, блюда из яиц, свежеприготовленного творога, овощные и ягодные соки, сливочное, масло, настой шиповника. Запрещаются очень горячие и холодные напитки, мороженое. Употреблять пищу нужно 5–6 раз в день небольшими порциями.

Фармакотерапия должна базироваться на следующих группах препаратов:

1. Средства бактерицидного действия.
 - Пенициллины (амоксциллин 1 г 2 раза в сутки, хлитоколин 3 таблетки в сутки и др.);
 - Макролиды (кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и др.);
 - Тетрациклины (тетрацилин 500 мг 4 раза в сутки и др.);
 - Имидазолы (метронидазол 500 мг 2 раза в сутки и др.);
2. Антисекреторные.
 - Селективные холинолитики (гастроцеплин 50 мг 2 раза в сутки);

- Современные невоссасывающиеся антациды (маалокс 2 пакетика 6 раз в сутки, альмагель А 2 ч.л. 3 раза в сутки и др.);
- Н2-блокаторы (ранитидин 300 мг/сут, фамотидин 40 мг/сут и др.);
- Блокаторы протонной помпы (омепразол 40 мг/сут, пантопразол 40 мг/сут);
- Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин 10 мг/сут амлодипин 10 мг 3 раза в сутки и др).

3. Корректоры нарушения эмоциональной сферы:

- Нейролептики (галоперидол 5 мг 2 раза в сутки, эглонил 50 мг 2 раза в сутки и др);
- Антидепрессанты (сульфаперидол 100 мг 2 раза в сутки, негрустин 1 капсула 3 раза в сутки и др.);
- Транквилизаторы (седуксен 5 мг 2 раза в сутки, реланиум 5 мг 2 раза в сутки и др.);
- Стимуляторы ЦНС (женьшень 100 мг 2 раза в сутки, лимонник 20 кап 2 раза в сутки и др.).

4. Спазмолитики (но-шпа 40 мг 3 раза в сутки, спазмогон 1 таблетка 3 раза в сутки и др.);

5. Препараты, повышающие резистентность слизистой оболочки гастродуоденальной области: синтетические простагландины, блокаторы протонной помпы.

6. Препараты, обладающие антиоксидантным и иммуномодулирующим действием.

7. Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин 10 мг 3 раза в сутки, амлодипин 10 мг 3 раза в сутки и др.)

Важными принципами лечения язвенной болезни являются: комплексность, систематичность, достаточная продолжительность курса лечения (6–8 нед для желудочных язв и 4–6 нед для дуоденальных); при обострении средней тяжести и тяжелом течении своевременная госпитализация (3–4 нед) с соблюдением режима, обеспечивающего покой больного.

Непрерывным является включение в лечение фармакологических комплексов, направленных на борьбу с пилорическим и дуоденальным хеликобактериозом: блокаторы протонной помпы, коллоидный висмут, метронидазол, тинидазол, тетрациклин, фуразолидон, амоксициллин, кларитромицин, азитромицин.

Согласно современной концепции лечения инфекции, связанной с хеликобактериозом (Маастрихтский консенсус-4, 2001), выделяют абсолютные и относительные показания к антихеликобактерной терапии.

Абсолютные показания:

- дуоденальная язва или язва желудка (активная или неактивная, включая осложненную пептическую язвенную болезнь);
- мальтома желудка;
- атрофический гастрит;
- состояние после резекции желудка по поводу рака желудка;
- пациенты, состоящие в родстве первой степени с больными раком желудка;
- желание пациента (после основательных консультаций с врачом).

Относительные показания:

- функциональная диспепсия;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- лечение нестероидными противовоспалительными препаратами.

В схему лечения входят блокаторы протонной помпы в сочетании с метронидазолом (тинидазолом), амоксициллином или кларитромицином. Один из антибиотиков может быть заменен азитромицином.

Лечение проводится в течение 4–6 нед до полной организации белого рубца. Все препараты, кроме блокаторов протонной помпы, для эрадикации пилорического и дуоденаль-

ного хеликобактериоза назначают 7–10 дней, блокаторы Н+/К+-АТФазы – до 4–6 нед. Эрадикация определяется после лечения через 4 нед, при этом нельзя быть уверенным в полном искоренении Нр.

Для лечения хеликобактериоза может быть применен аугментин, содержащий амоксициллина 500 мг и клавулановой кислоты 125 мг.

Для лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с инфекцией Нр, рекомендуется назначать следующие основные комбинации фармакологических препаратов. В каждую из лекарственных комбинаций входит один из блокаторов протонной помпы омепразол (гасек, лосек) по 20–40 мг, пантопразол (контролок) по 40–80 мг, лансопразол по 30–60 мг в день в течение 4 нед.

На 10–14-й дней назначают одну из лекарственных комбинаций:

1) кларитромицин (клацид) 500 мг 2 раза в день, амоксициллин (флемоксин-солютаб, оспамокс, хиконцил) 1000 мг 2 раза в день;

2) кларитромицин 500 мг 2 раза в день, метронидазол 500 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день;

4) метронидазол 500 мг 2 раза в день; амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, де-нол 120 мг 4 раза в день.

В лечебных комплексах может быть использован амоксициллин (750 мг) и метронидазол (500 мг) – хеликоцин, который следует принимать 3 раза в день в течение 10 дней.

Для успешного лечения язвенной болезни мы используем стандартную эридикационную терапию с нашей композицией препарата Випромак (Патент Украины № 79120 от 10.04.2013г.)

Випромак для внутреннего применения содержит смешанные в одном растворе лечебные препараты при следующем соотношении компонентов в массе: прополис 10% – 25 мл; ретинол 3,4% – 15 мл; токоферол 30% – 10 мл; настойка эхинацеи – 20 мл; настойка календулы – 20 мл; новоканн 2% – 15 мл; метронидазол 5 г; льняное масло – остальное до 500 мл. При разработке предложенного способа с условием использованием указанных лечебных препаратов, которые соединяли фармакологически активные вещества широкого синергического спектра действия, установили более высокую степень действия.

Смесь готовится путем смешивания каждого препарата с маслом, постоянно легко взбалтывая все, что имеется в бутылке. Это приводит к однородной массе, которую необходимо сохранять в холодильнике при температуре 10–15 °С.

Для ежедневного использования (1 ст. ложка) необходимо отлить в отдельную бутылку и сохранить смесь при комнатной температуре.

Достаточное внимание должно быть уделено профилактике заболевания язвенной болезнью и ее рецидивов в семье и среди родственников, если в роду есть больные гастродуоденальными язвами, имеющие генетическое происхождение или результатом их возникновению служат одинаковые условия жизни, способствовавшие возникновению язв. Они должны быть на особом учете, их надо предупреждать о болезни, используя методы, к которым относятся здоровый образ жизни с исключением всех вредностей, сбалансированное полноценное питание при правильном употреблении, до некоторой степени, щадящей пищи в отношении термических, механических и химических раздражений в органах пищеварительной системы. Включить в программу предупреждение возникновения заболеваний оздоровительные факторы, к которым относятся: использование воды, солнца, воздуха, физической культуры, физиотерапии и санаторно-курортного лечения, пребывание в домах отдыха, туризм и пр.

При вступлении в брак двух будущих супругов больными язвенной болезнью и возможно зачатии беременности у них, семейный врач не должен оставаться в стороне, а прини-

мать непосредственное участие в формировании новой семьи и в обеспечении здоровой жизни их детей и внуков. Для этой цели врач обязан составить годичный план профилактики с учетом предупреждения язв и при наличии болезни назначать противорецидивное лечение.

Программа профилактики язвенной болезни должна включать:

- Здоровый образ жизни с учетом интересов семьи.
- Полноценное сбалансированное питание с особенностями возможности применения любимых блюд.
- Использование лекарственных средств в зависимости от патофизиологической потребности организма.
- Широкое применение природных возможностей и сезона (солнце, воздух, вода и др.).
- Оздоровительные мероприятия (дома отдыха, санаторно-курортное лечение, спорт, туризм и др.).

Таким образом, семейный врач, зная клинику язвенной болезни, обязан своевременно определить язвы желудка и

двенадцатиперстной кишки, используя для этой цели все необходимые диагностические методики, вплоть до консультативных возможностей.

Уяснив причинные факторы возникновения язв в семье, следует использовать все возможности для их устранения. Необходимо определить и применить на практике комплексную и индивидуальную терапию больному, при возможности госпитализировать в стационар лечебного учреждения и вести наблюдение за течением болезни (при необходимости вмешиваться), реабилитируя больного еще 2–3 мес. Составить больному программу годичной профилактики еще на 2–3 года.

Здоровым лицам с генетической предрасположенностью к возникновению язв составить и осуществлять трехгодичный план предупреждения проявления болезни, используя при этом цели наши и другие рациональные рекомендации. Проводить диспансерное наблюдение таких пациентов в течение 5–10 лет.

Выразки шлунка і дванадцятипалої кишки у практиці сімейного лікаря

М.А. Дудченко, Н.Г. Третяк, М.А. Дудченко

Выразкова хвороба є хронічним поліетіологічним, рецидивуючим захворюванням із порушенням нервово-ендокринних та гуморальних механізмів регулюючих секреторно-трофічним процесом у гастродуоденальній зоні з розвитком виразок. Вона відноситься до найпоширеніших хвороб у світі із тенденцією до зростання. При цьому захворюванні виразки мають різну локалізацію і клінічний перебіг. Лікування хворих виразками повинно бути етапним, консервативним, комплексним та індивідуальним при призначенні фармакотерапії. Кращим варіантом у лікувальному процесі є еридикація Нр і іншої субмукозної інфекції з використанням в реабілітації хворих комбінованого препарату Віпромак.

Ключові слова: виразкова хвороба, локалізація виразок, лікування.

Gastric ulcer and duodenal ulcer in the family doctor practice

M.A. Dudchenko, N.G. Tretyak, M.A. Dudchenko

Resume. Peptic ulcer disease is a chronic polyetiologic recurrent disease with impaired of neuro-endocrine and humoral mechanisms controlling secretory – trophic processes in the gastroduodenal area with ulcers development.

It belongs to widespread diseases in the world with a tendency to increase/ peptic ulcers have different localization and clinical course. The treatment of the patient with ulcers should be staged, conservative comprehensive and individual in pharmacotherapy prescriptions.

The best variant in the treatment process is Hp and other submucous infection eradication with using in rehabilitation of the patients the combined drug Vipromak.

Key words: peptic ulcer, ulcers localization, treatment.

Сведения об авторах

Дудченко Максим Андреевич – Кафедра внутренней медицины № 1 Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (095) 317-28-35

Третяк Наталия Григорьевна – Кафедра внутренней медицины № 1 Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

Дудченко Максим Александрович – Кафедра внутренней медицины № 1 Украинской медицинской стоматологической академии, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В.В. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика и хирургическое лечение/ В.В. Бойко, М.П. Брусничина, В.П. Далавулак [и др.] // Харьковская хирургическая школа. – 2006. – № 2. – С. 12–14.
2. Болезни органов пищеварения /Под ред. В.Н. Ждана, М.А. Дудченка. – Полтава, 2016. – 530 с.
3. Горбунов В.Н. Осложненные пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение /В.Н. Горбунов, Э.Ш. Мигнев, В.С. Столярчук // Весн. хир. гастроентерологии. – 2009. – № 3. – С. 63–69.
4. Гостишев В.К. Дистальная резекция желудка в неотложной хирургии гастродуоденальных язв /В.К. Гостишев, М.А. Евсев, Г.С. Иванов // Общая хирургия. – 2010. – С. 22–30.
5. Дудченко М.А. Язвенная болезнь /М.А. Дудченко. – Полтава, (Дивосвіт), 2005. – 207 с.
6. Дурлештер В.М. Лечение декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки / В.М. Дурлештер, М.Т. Дилигов // Кубан. науч. мед. вестн. – 2013. – № 7. – С. 81–86.
7. Лупальцов В.И. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // В.И. Лупальцов. – К.: Лига-Иноформ, 2009. – 133 с.
8. Лупальцов В.И. К вопросу о лечении неосложненной гастродуоденальной язвы /В.И. Лупальцов // Хирургия Украины. – 2016. – № 3 (59). – С. 7–9.
9. Окоороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: пищеварения/ А.Н. Окоороков. – М.: Мед. лит., 2002. – Т. 1. – 550 с.
10. Paimela H. /Current features of peptic ulcer diseases in Finland: incidence of surgery-fire sears // H. Paimela, I. Paimela // Scand j. Gastroenteral. – 2002. – Vol. 37, № 4. – P. 339–403.

Статья поступила в редакцию 02.11.2016