

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ім. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**МОСКАЛЕНКО ВІТАЛІЙ ВАЛЕНТИНОВИЧ**

УДК 616.33-002-082(048)

**ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ:  
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ**

14.01.02 - внутрішні хвороби

**АВТОРЕФЕРАТ**

дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Київ - 2002

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національному медичному університеті ім. О.О. Богомольця МОЗ України.

**Науковий керівник**

доктор медичних наук, професор **Свінцицький Анатолій Станіславович**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, завідувач кафедри госпітальної терапії №2.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Никула Тарас Денисович**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб №2;

доктор медичних наук, професор **Катеренчук Іван Петрович**, Українська медична стоматологічна академія, завідувач кафедри госпітальної терапії.

**Провідна установа:**

Дніпропетровська державна медична академія, кафедра госпітальної терапії №1 та профпатології, МОЗ України, м. Дніпропетровськ.

Захист відбудеться 5 грудня 2002 р. о 13.30 годині на засіданні спеціалізованої ради Д 26.003.04 Національного медичного університету ім. Богомольця (01003, м. Київ, вул. Льва Толстого, 10).

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (03057, м. Київ, вул. Зоологічна, 1).

Автореферат розісланий 5 листопада 2002 р.

**Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
доктор медичних наук**

**Кузьменко А.Я.**

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Виразкова хвороба (ВХ) залишається найпоширенішим захворюванням органів травлення, а за останні десятиріччя сталося навіть зростання захворюваності. Вважалося, що на неї хворіє приблизно 10% населення земної кулі, а економічні витрати, пов'язані з цим захворюванням, тільки протягом 1997 року в США дорівнювали 5,65 млрд. доларів. Згідно з даними В.Г. Передерія в Україні на сьогодні зареєстровано біля 5 млн. таких хворих. Здебільшого це люди молодого та середнього віку, що спричинюється до величезних економічних витрат. Тоді як різноманітні клінічні аспекти виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХДПК) достатньо широко висвітлювалися у вітчизняній та зарубіжній літературі, виразковій хворобі шлунка (ВХШ) було присвячено значно менше робіт. Описані особливі форми ВХ в залежності від локалізації виразкового дефекту (виразки субкардіального відділу шлунка, пілоричного каналу, постбульбарні виразки). Але в літературі майже відсутні дані стосовно особливостей перебігу ВХШ з локалізацією виразкового дефекту в різних відділах шлунка (верхня та середня третина шлунка, антральний відділ). Разом з тим, останнім часом з'являються публікації, що свідчать про трансформацію клінічного перебігу захворювання, а саме – зменшення частоти деяких суб'єктивних та об'єктивних симптомів, які вважалися характерними для ВХ.

Порушення рівноваги між агресивними чинниками та захисними механізмами слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки – основна ланка в патогенезі ВХ. Згідно до цієї теорії, як основний агресор виступає ацидопептичний чинник, який включає підвищений рівень кислотопродукції внутрішньошлункового протеолізу та надмірну стимуляцію блукаючим нервом та гастрином парієтальних клітин.

Дослідження кислотоутворюючої функції є важливим лабораторним методом діагностики захворювань шлунка, а внутрішньошлункова рН-метрія – найрозповсюдженіший та найдостовірніший спосіб оцінки шлункової секреції. Однак особливості кислотоутворення за ВХШ різної локалізації вивчені недостатньо.

Сучасні концепції походження виразкової хвороби надають важливої ролі контамінації слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки інфекції *Helicobacter pylori* (*H.pylori*).

Якщо виразка дванадцятипалої кишки асоційована з *H.pylori* більше ніж у 95% випадків, то виразка шлунка – в 70-75%.

Однак особливості розташування, ступінь засіменіння *H.pylori* в різних відділах шлунка за ВХШ різної локалізації не вивчені. Добре відомо, що виразка часто поєднується із хронічним гастритом, розвивається тоді, коли гастричні зміни слизової оболонки найбільш виражені. Повноцінніший діагноз хронічного гастриту може бути тільки морфологічним. Ступінь запалення та активності гастриту, на тлі якого розвивається ВХ, є прогностичною ознакою перебігу самої ВХ. Морфологічні характеристики гастриту за ВХ мало вивчені і зовсім не порівнювалися за виразок шлунка різної локалізації. Економічна та клінічна доцільність ерадикації *H.pylori* під час лікування хвороб, пов'язаних з цією інфекцією, не викликає сумнівів. Посилаючись на дані про подолання клінічної резистентності *H.pylori* до антибіотиків за лікування ВХ, ми використовували квадротерапію. Але останнім часом з'явилися дані про те, що ефективність ерадикаційної терапії можна підвищити, застосовуючи нові лікарські препарати в модифікації уже відомих. Ефективність схем терапії ВХШ з включенням ербісолу не вивчалася.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри госпітальної терапії №2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця – “Вивчити окремі ланки патогенезу, дати клінічну оцінку методів ранньої діагностики уражень гастроуденальної зони і гепатобіліарної системи та методів їх лікування у осіб, що зазнали впливу радіоактивного фактору” (номер державної реєстрації 019640U7062).

**Мета дослідження.** Удосконалити діагностику та підвищити ефективність лікування ВХШ різної локалізації шляхом вивчення особливостей клініко-морфологічного стану, *H.pylori*-інфікованості та кислотоутворюючої функції шлунка, ефективності схем фармакотерапії у хворих на ВХШ різної локалізації.

**Завдання дослідження.**

1. Вивчити особливості клінічного перебігу ВХШ в залежності від її локалізації.
2. Порівняти стан кислотоутворення за виразок шлунка різної локалізації.
3. Порівняти морфологічні ознаки антрального гастриту та гастриту тіла шлунка у хворих на ВХШ різної локалізації та у хворих на ВХДПК.
4. Виявити особливості Н.рулогі-інфікованості за ВХШ різної локалізації.
5. Порівняти ефективність схем фармакотерапії з включенням та без включення ербісолу на клінічний перебіг, терміни загоєння виразкового дефекту та ерадикацію Н.рулогі у хворих на ВХШ різної локалізації.

*Об'єкт дослідження:* хворі на ВХШ різної локалізації.

*Предмет дослідження:* особливості клінічних і морфологічних проявів, Н.рулогі-інфікованості, кислотоутворюючої функції шлунка та ефективність схем фармакотерапії у хворих на ВХШ різної локалізації.

*Методи дослідження:*

- клінічні – для оцінки особливостей клінічного перебігу ВХШ різної локалізації порівняно із хворими на ВХДПК;
- ендоскопічні – для макроскопічної оцінки стану слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки;
- морфологічні – для діагностики ступеня запалення, активності гастриту і дуоденіту, атрофії та кишкової метаплазії;
- методи вивчення Н.рулогі (гістологічний, цитологічний, біохімічний, серологічний) – для діагностики частоти виявлення Н.рулогі;
- статистичні – для аналізу та оцінки достовірності отриманих даних.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Встановлено залежність клінічного перебігу ВХШ від локалізації виразки. Доведено, що у хворих на ВХШ з локалізацією у верхній третині реєструється гіпоацидність, із локалізацією в середній третині – нормаацидність, з локалізацією в антральному відділі – гіперацидність. Уперше виявлено значні відмінності антрального гастриту та гастриту тіла шлунка за ВХШ різної локалізації, проведено топічну діагностику Н.рулогі та вперше встановлено особливості розташування Н.рулогі в шлунку за виразок різної локалізації. Вперше доведено, що схеми лікування з включенням цитопротективного препарату ербісол є ефективніші, ніж схеми терапії без ербісолу при лікуванні виразок верхньої та середньої третини шлунка і не мають достовірної ефективності при лікуванні виразок антрального відділу шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки.

**Практичне значення одержаних результатів.** Проведені нами дослідження дозволяють покращити діагностику ВХШ різної локалізації, розширити існуючі уявлення про морфологічні особливості гастриту у хворих на ВХШ різної локалізації.

Отримано дані про частоту та особливості розташування Н.рулогі в слизовій оболонці антрального відділу та тіла шлунка у хворих на ВХШ різної локалізації, і це дозволяє підвищити ефективність визначення присутності Н.рулогі та ефективність терапії ВХШ різної локалізації.

Вивчення показників рН-метрії дозволяє діагностувати стан кислотоутворення за виразок шлунка різної локалізації, що може використовуватися при визначенні підходів до лікування.

Доведено, що вибір підходу до лікування виразкової хвороби шлунка зумовлюється локалізацією виразки, станом кислотоутворення, морфологічними змінами слизової оболонки.

Вивчення ефективності схем лікування ВХШ різної локалізації дозволяє рекомендувати включення цитопротективного препарату ербісол до схем терапії ВХШ з локалізацією виразки у верхній та середній третині шлунка.

Результати проведених досліджень впроваджені у практику Київської центральної базисної клінічної лікарні МОЗ України та використовуються у навчальному процесі на кафедрі госпітальної терапії №2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

**Особистий внесок дисертанта.** Дисертаційна робота є завершеним самостійним дослідженням. Автор особисто проводив клінічні обстеження хворих, первинну обробку результатів клініко-лабораторних методів дослідження і застосовував такі інструментальні

методи обстеження: внутрішньошлункову топографічну рН-метрію (в модифікації В.М. Чорнобрового), ендоскопічне дослідження, беручи біоптати із тіла, антрального відділу шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки, а також – спільно з патоморфологом, виконував морфологічні дослідження; провів статистичний аналіз отриманих результатів. Автором самостійно написані всі розділи дисертації. Разом із науковим керівником сформульовані висновки та практичні рекомендації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації доповідалися на симпозіумі “Актуальные вопросы внутренней медицины, медицинской этики и образования” (Київ, 1994), на “Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 240-летию основания Киевского военного госпиталя” (Київ, 1995), на VI конгресі Світової Федерації Українських лікарських товариств (Одеса, 1996), на науково-практичній конференції “Актуальні питання медицини”, присвяченій 30-й річниці Центрального госпіталю МВС (Київ, 1997), на науково-практичній конференції “Актуальні питання уражень внутрішніх органів та їх зв’язок із наслідками аварії на ЧАЕС. Особливості перебігу у працівників річкового флоту” (Київ, 1999).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковані 10 робіт, в тому числі 3 журнальні статті у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, отримано патент України на винахід за заявкою №32150А від 15.12.2000 р. “Спосіб лікування виразкової хвороби гастродуоденальної локалізації”.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертацію викладено на 153 сторінках тексту, вона складається з вступу, шести розділів, обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (273 вітчизняних і зарубіжних джерела). Роботу проілюстровано 28-ма таблицями, 1-м рисунком, 7-ма фотографіями.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали та методи дослідження.** В основу роботи покладено результати порівняльного обстеження та лікування 115 пацієнтів, хворих на ВХШ різної локалізації та 40 пацієнтів, хворих на ВХДПК, які протягом 1993-2001 р.р. знаходились під спостереженням на кафедрі госпітальної терапії №2 НМУ при Київській центральній басейновій клінічній лікарні МОЗ України та Центральному госпіталю МВС України. Серед них – 36 хворих на ВХШ з локалізацією виразки в верхній третині шлунка (I клінічна група), 42 хворих на ВХШ з локалізацією виразки в середній третині шлунка (II клінічна група), 37 хворих на ВХШ з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка (III клінічна група), та 40 хворих на ВХДПК (IV клінічна – контрольна – група). Вік хворих становив від 17 до 65 років. Основна частина хворих приходилась на віковий період 30-49 років. В усіх дослідних групах переважали чоловіки. Більшість пацієнтів з виразкою шлунка та ДПК мали анамнез захворювання 5 років. В дослідження включалися хворі з неускладненим перебігом ВХШ та ВХДПК.

Діагноз ВХШ та ВХДПК встановлювали на основі комплексного клінічного, лабораторного та інструментального досліджень. Супутня патологія істотно не впливала на перебіг основного захворювання і в період спостереження не потребувала активного лікування.

Для верифікації діагнозу ВХШ та ВХДПК всім хворим проводилося ендоскопічне обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту за допомогою езофагофіброгастродуоденоскопа “Olympus (GIF Q20)” за загальноприйнятою методикою. Під час дослідження проводили макроскопічну оцінку стану слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки згідно з критеріями “Сіднейської системи” (Л.И. Аруин и соавт., 1993; П.Я. Григорьев и соавт., 1997; А.В. Prise, 1991).

Для діагностики гастриту та дуоденіту у хворих на ВХШ та ВХДПК проводили гістологічне дослідження біоптатів, взятих з тіла шлунка, його антрального відділу та цибулини ДПК за допомогою біопсійних щипців стандартного типу FB-25K (за згодою пацієнтів). Матеріал забирали з тіла шлунка на відстані 8 см від кардіального отвору по великій та малій кривині (2 біоптати), з антрального відділу на відстані 2-3 см від воротаря по великій та малій кривині (2 біоптати), з цибулини ДПК (1 біоптат) до та через 4 тижні після закінчення лікування.

Біопсійний матеріал обробляли загальноприйнятим методом, виготовляли гістологічні зрізи, які забарвлювали гематоксилін-еозином. Діагноз хронічного гастриту встановлювали відповідно до “Сіднейської системи” з урахуванням доповнень, сформульованих у Х'юстонській класифікації (Л.И. Аруин и соавт., 1998; M. Dixon et al., 1996). В процесі вивчення біопсійного матеріалу зазначали виразність запалення та ступінь активності (слабка, помірна, виражена), наявність атрофічних змін та кишкової метаплазії.

Для діагностики *H. pylori*-інфікованості застосовували біохімічний, морфологічний та серологічний методи. Біохімічний метод – дослідження уреазної активності біоптату, при виконанні якого використовували діагностичні набори: Де-нол-тест (Yamanouchi, Нідерланди) та “Хелікотест” Бориславського НДІ “Синтез”. Морфологічний метод застосовували як експрес-мікроскопію мазка-відбитка (И.А. Морозов, 1998; J. Debongnie et al., 1995; M.D. Libera et al., 1996). Для серологічної діагностики присутності *H. pylori* використовували імуноферментний аналіз (ІФА). Концентрацію імуноглобулінів G (Ig G) до *H. pylori* в сироватці крові хворих визначали з використанням діагностичного набору “UBI Magivel” (США) та імунологічного аналізатора Stat Fax 303 (США). Концентрацією Ig G визначали автоматично – в одиницях щільності на 1 мл сироватки (од./мл).

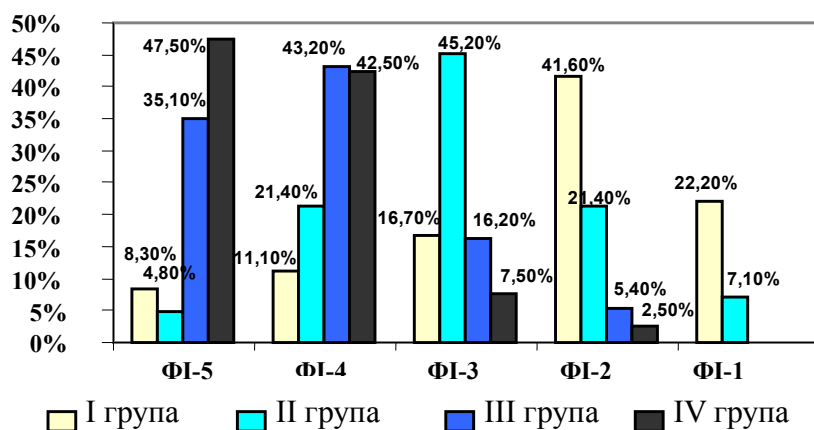
Дослідження стану кислотоутворюючої функції шлунка проводили за допомогою базальної топографічної внутрішньошлункової рН-метрії по протягу шлунка за методикою В.М. Чорнобрового та Н.А. Півторак з використанням приладу ЕЛТЕС-904 та оригінальних рН-мікросондів ПЭ-рН-2 виробництва СКБ МЕТ (м. Кам'янець-Подільський), діаметром 2 мм. В лікуванні ВХ ми використовували дві схеми фармакотерапії: квадротерапія без включення (1-а схема фармакотерапії) та з включенням цитопротективного препарату ербісол (2-а схема фармакотерапії). 1-а схема: де-нол 120 мг 4 рази на добу + тетрацикліну гідрохлориду 500 мг 4 рази на добу + метронідазол 500 мг 3 рази на добу + омепразол 20 мг 2 рази на добу протягом 7 днів. 2-а схема терапії: де-нол 120 мг 4 рази на добу + тетрацикліну гідрохлориду 500 мг 4 рази на добу + метронідазол 500 мг 3 рази на добу + омепразол 20 мг 2 рази на добу + ербісол 2,0, в/м 2 рази на день – 20 днів. Враховуючи, що виразки верхньої та середньої третини шлунка за клінічними, морфологічними, кислотоутворюючими властивостями та частотою виявлення *H. pylori* значно не відрізняються, але істотно відрізняються від виразок із локалізацією в антральному відділі шлунка, для лікування ми об'єднали хворих I та II клінічних груп в групу хворих з виразкою в тілі шлунка. Таким чином, серед хворих з виразками в тілі шлунка 18 пацієнтів отримували 1-у та 20 – 2-у схеми лікування. Серед хворих з виразкою в антральному відділі шлунка 11 пацієнтів були ліковані за 1-ю та 13 – за 2-ю схемами. 13 чоловік, хворих на ВХДПК лікували за 1-ю та 15 чоловік – за 2-ю схемами лікування. За необхідності хворі приймали антихолінергічні препарати (атропін, метацин, гастроцепін), регулятори моторики шлунково-кишкового тракту (метаклопрамід, мотиліум). Після проведення курсу антигелікобактерної терапії здійснювали доліковування  $H_2$ -блокаторами гістаміну – ранітидином – протягом трьох тижнів. Статистичну обробку результатів дослідження проводили методом варіаційної статистики з використанням критеріїв Ст'юдента, а за малих значень результативних ознак – за критеріями Фішера. Розрахунки проводили з використанням пакетів статистичних програм Multifax 2.2, Statistica 5.0 та Excel.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Проведені дослідження показали, що клінічні прояви, морфологічний стан, кислотоутворююча функція шлунка, розташування *H. pylori* залежать від локалізації виразки в шлунку.

В результаті проведеного аналізу характеру болів, їхнього зв'язку із вживанням їжі у хворих на ВХШ різної локалізації та порівняно з даними аналогічних показників у хворих на ВХДПК у більшості пацієнтів з локалізацією виразки в верхній та середній третині шлунка спостерігався ниючий біль у 83,3±6,2% хворих I групи та у 90,5±4,5% хворих II групи, тоді, як у хворих на ВХШ з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка ниючий біль зустрічався у 56,6±8,1%, а ще менший відсоток ниючого болю – у хворих на ВХДПК (40,0±7,7%). На відміну від хворих з локалізацією виразки в тілі шлунка (I та II групи), у хворих з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка значно частіше спостерігався гострий біль (35,1±7,8%).

Достовірної різниці між характером болю у хворих з виразкою в антральному відділі шлунка та в ДПК не виявлено ( $p>0,05$ ). У пацієнтів з локалізацією виразки в тілі шлунка (I та II клінічні групи) достовірно частіше ( $p<0,05$ ) виникає ранній біль ( $63,9\pm 8,0$  та  $50,0\pm 7,7\%$  відповідно) у порівнянні із хворими на ВХДПК, у яких значно частіше ( $p<0,01$ ) спостерігаються “голодні” та нічні болі ( $52,5\pm 7,8\%$  та  $22,5\pm 6,6\%$  відповідно). У хворих з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка у порівнянні із хворими на ВХДПК, не відзначено достовірної різниці характеру болю, пов’язаного із вживанням їжі ( $p>0,05$ ). У хворих з виразкою в тілі шлунка достовірно частіше болі локалізуються в епігастральній області ( $61,1\pm 3,1\%$  – I клінічна група, та  $73,3\pm 6,7\%$  – II клінічна група), тоді як у хворих з виразкою в антральному відділі шлунка та в цибулині ДПК – в пілородуоденальній зоні ( $45,9\pm 8,1\%$  та  $80,0\pm 6,3\%$  відповідно). Відзначено достовірну різницю за методом усування болю у хворих різних клінічних груп. Так, у хворих I клінічної групи у  $47,2\pm 8,3\%$  та у хворих II клінічної групи у  $26,2\pm 6,7\%$  біль припинявся після прийому препаратів спазмолітичної дії, тоді як прийом цих препаратів у пацієнтів III та IV клінічних груп усував біль у  $10,8\pm 5,1\%$  та  $5,0\pm 3,4\%$ . Дія антисекреторних препаратів на усунення болю майже однакова у хворих з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка ( $32,4\pm 7,6\%$ ) та ДПК ( $35,0\pm 7,5\%$ ). Цитопротективні препарати більшою мірою впливали на купування болю у хворих із локалізацією виразки в верхній ( $27,8\pm 7,4\%$ ) та середній ( $19,0\pm 6,0\%$ ) третині шлунка. Достовірної різниці у дії антацидних препаратів на усунення болю не виявлено ( $p>0,05$ ).

Серед симптомів шлункової диспепсії приблизно з однаковою частотою в усіх клінічних групах спостерігалася відрижка повітрям ( $p>0,05$ ). Нудота достовірно частіше зустрічалася у пацієнтів I та II клінічної груп ( $47,2\pm 8,3\%$  та  $45,3\pm 7,6\%$ ). Бльовота ж, навпаки, частіше була у пацієнтів II клінічної групи ( $27,0\pm 7,3\%$ ,  $p<0,05$ ), і це пов’язане із особливостями перебігу ВХ за локалізації виразки в антральному відділі шлунка. Печія з більшим і майже однаковим відсотком випадків спостерігалася у пацієнтів III та IV клінічних груп ( $43,2\pm 8,1\%$  та  $42,5\pm 7,8\%$  відповідно). Симптоми кишкової диспепсії (метеоризм, бурчання в животі, закрепи) достовірно частіше зустрічались у хворих на ВХДПК. Прояви астеновегетативного синдрому також яскравіше представлені у пацієнтів, хворих на ВХДПК. Під час об’єктивного дослідження хворих усіх груп провідним симптомом за частотою встановлення є пальпаторний біль в епігастральній ділянці та пілородуоденальній зоні.



Примітки:

По вісі ординат частота рН (%). Функціональні інтервали – ФІ-5 (рН 0,9-1,2); ФІ-4 (рН 1,3-1,5); ФІ-3 (рН 1,6-2,2); ФІ-2 (рН 2,3-3,5); ФІ-1 (рН 3,6-7,0).

Рис. 1. Аналіз показників рН шлунка у хворих на ВХШ різної локалізації та ВХДПК.

Дослідження секреторної функції шлунка є важливим лабораторним методом діагностики захворювань шлунка та ДПК. Показники секреції хлористоводневої кислоти у хворих на ВХШ у середньому не тільки нижчі, ніж у хворих на ВХДПК, але й значно нижчі, ніж у здорових осіб. Графічно це відображено на рис. 1.

Як видно з рис. 1, чим ближче до кардіального відділу розташований виразковий дефект, тим нижчим є рівень секреції хлористоводневої кислоти. Виражена гіпоацидність (ФІ-1, рН 3,6-7,0) спостерігалась при виразках у верхньому відділі шлунка в  $22,2 \pm 6,9\%$ , а помірна (ФІ-2, рН 2,3-3,5) у  $41,6 \pm 8,2\%$  випадків. Показники помірної гіперацидності (ФІ-4, рН 1,3-1,5) достовірно частіше реєструвались у хворих з виразкою в антральному відділі шлунка в  $43,2 \pm 8,1\%$  та в  $42,5 \pm 7,8\%$  випадків у хворих з виразкою ДПК. Виражену гіперацидність (ФІ-5, рН 0,9-1,2) достовірно частіше було відмічено у пацієнтів з виразкою в антральному відділі шлунка в  $35,1 \pm 7,8\%$  та в  $47,5 \pm 7,8\%$  випадків при виразках ДПК. Показники нормоацидності (ФІ-3, рН 1,6-2,2) достовірно частіше реєструються у хворих із локалізацією виразки в середній третині шлунка ( $45,2 \pm 7,6\%$ ) у порівнянні із хворими, у яких виразка була в верхній третині шлунка ( $16,7 \pm 6,2\%$ ). Таким чином, у хворих на ВХ з локалізацією виразки в тілі шлунка, на відміну від хворих на виразку в антральному відділі шлунка та в цибуліні ДПК, достовірно частіше реєструвалася гіпоацидність та нормоацидність.

Важливим компонентом діагностики ВХ є визначення характеру змін слизової оболонки шлунка. Цей показник є одним із найважливіших для прогнозування перебігу захворювання. Гастрит, залежно від його топографії та виразності, може як збільшувати, так і зменшувати ризик виникнення ВХ. Так, антральний гастрит збільшує такий ризик, тоді, як фундальний гастрит з атрофією – зменшує його. Р. Sipponen називає такий гастрит “гастритом виразкового типу”. Клінічні спостереження свідчать, що час перебігу виразки корелює із тяжкістю гастриту, але після загоєння виразки гастрит зберігається і може навіть стати вираженішим (Л.И. Аруин и соавт., 1998, Р. Sipponen, 1995). Метою лікування ВХ є не тільки усунення клінічних проявів, загоєння виразкового дефекту та ерадикація *H. pylori*, але й зникнення активності та зниження ступеня запалення гастриту, тому для точної діагностики ступеня вираженості гастриту та ефективності лікування ВХ необхідно провадити морфологічне дослідження слизової оболонки шлунка. Згідно до отриманих даних, у переважної частини хворих на ВХШ з локалізацією виразки у верхній та середній третині шлунка зафіксовано слабкий ступінь запалення в антральному відділі шлунка у  $55,6 \pm 11,7\%$  та  $43,5 \pm 10,3\%$  випадків відповідно. У багатьох цих хворих запалення в антральному відділі не виявлено ( $22,2 \pm 9,7\%$  та  $17,7 \pm 7,9\%$  випадків). За виразок антрального відділу шлунка відзначено високий ( $36,8 \pm 11,0\%$ ) та помірний ( $42,1 \pm 11,3\%$ ) ступені запалення слизової оболонки антрального відділу шлунка. Виразки ДПК супроводжуються ще вираженішим ступенем запалення: у  $45,5 \pm 10,6\%$  пацієнтів цієї групи відзначено високий, та у  $40,9 \pm 10,4\%$  – помірний ступені запалення. У хворих з виразками в антральному відділі шлунка та ДПК запалення в тілі шлунка слабого ступеня відповідно в  $52,6 \pm 11,4\%$  та  $54,5 \pm 10,6\%$  випадків; у незначної частини пацієнтів – запалення помірною ступеня; пацієнтів із високим ступенем запалення в обох групах хворих не було взагалі. Водночас у половини хворих із виразками у верхній та середній третині шлунка було запалення слабого ступеню, майже у третини із них – помірною (  $27,8 \pm 10,6\%$  та  $30,4 \pm 9,5\%$  відповідно), у  $11,1 \pm 7,4\%$  хворих з виразкою у верхній третині та у  $13,0 \pm 7,0\%$  з виразкою в середній третині шлунка – було запалення високого ступеня.

В табл. 1 наведені порівняльні дані активності антрального гастриту та гастриту тіла шлунка у хворих на ВХШ різної локалізації та ВХДПК.

Табл. 1

**Активність антрального гастриту та гастриту тіла шлунка у хворих на ВХШ різної локалізації та ВХДПК (%)**



Активність	Клінічні групи				p		
	I	II	III	IV	I – IV	II – IV	III – IV
Антральний гастрит							
Відсутня	83,3 ± 8,7	56,5 ± 10,3	5,3 ± 5,1	-	<0,01	<0,01	>0,05
Слабка	16,7 ± 8,7	26,1 ± 9,1	21,0 ± 9,3	13,6 ± 7,3	>0,05	>0,05	>0,05
Помірна	-	17,4 ± 7,9	36,8 ± 11,0	45,5 ± 10,6	<0,01	<0,05	>0,05
Висока	-	-	36,8 ± 11,0	40,9 ± 10,4	<0,01	<0,01	>0,05
Гастрит тіла шлунка							
Відсутня	11,1 ± 7,4	17,4 ± 7,9	68,4 ± 10,6	77,3 ± 8,9	<0,01	<0,01	>0,05
Слабка	50,0 ± 11,8	47,8 ± 10,4	31,6 ± 10,6	22,7 ± 8,9	>0,05	>0,05	>0,05
Помірна	27,8 ± 10,6	26,0 ± 9,1	-	-	<0,05	<0,05	>0,05
Висока	11,1 ± 7,4	28,7 ± 5,8	-	-	>0,05	<0,05	>0,05

Отже, у осіб I та II клінічної груп антральний гастрит був неактивний (83,3±8,7% та 56,5±10,3% випадків відповідно). Зовсім інші показники активності спостерігалися у хворих III (у 36,8±11,0% випадків – помірний та високий ступені активності) та у хворих IV групи (у 45,5±10,6% – помірний та у 40,9±10,4% – високий ступені активності антрального гастриту).

Що стосується активності гастриту в тілі шлунка, то у більшій частині хворих III та IV клінічних груп він є неактивний (68,4±10,6% та 77,3±8,9% випадків відповідно), тоді, як у хворих I та II груп частіше спостерігається слабкий (50,0±11,8% та 47,8±10,4% випадків відповідно) та помірний (27,8±10,6% та 26,0±9,1% випадків відповідно) ступені активності гастриту в тілі шлунка.

Атрофія слизової оболонки антрального відділу шлунка спостерігалася приблизно у 20% хворих всіх клінічних та контрольної груп: у 16,7±8,7% пацієнтів I клінічної групи, 21,7±8,6% II клінічної групи, 21,1±9,3% III групи та 22,7±8,9% пацієнтів IV групи. Помірна атрофія була зареєстрована у пацієнтів II клінічної групи (4,3±4,2%), III клінічної групи (15,8±8,3%) та контрольної (8,2 ± 8,2%).

Кишкова метаплазія за гастриту антрального відділу шлунка була відзначена у пацієнтів III та IV груп (у 5,3±5,1% та 9,1±6,1% випадків відповідно). Аналізуючи ступені атрофії слизової оболонки тіла шлунка поміж групами, виявлено достовірні відмінності. У хворих з виразкою у верхній та середній третині шлунка спостерігався слабкий ступінь атрофії слизової оболонки

тіла шлунка ( $55,6 \pm 11,7\%$  та  $52,8 \pm 10,4\%$  випадків відповідно), помірний ступінь атрофії виявлено у  $16,7 \pm 8,7\%$  хворих з виразкою в верхній третині та у  $26,1 \pm 9,1\%$  хворих з виразкою у середній третині шлунка. Кишкова метаплазія слизової оболонки тіла шлунка достовірно частіше була виявлена у пацієнтів I та II клінічних груп (у  $33,3 \pm 11,1\%$  та  $26,1 \pm 9,1\%$  випадків відповідно).

Таким чином, у хворих на ВХШ різної локалізації та ВХДПК морфологічні характеристики антрального гастриту та гастриту тіла шлунка значно відрізняються. Якщо у хворих на ВХДПК та ВХШ з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка превалює високий та помірний ступені запалення та активності антрального гастриту, то у хворих із виразками верхньої та середньої третини шлунка антральний гастрит є переважно неактивний або ж зі слабким ступенем запалення та активності антрального гастриту. Протилежна картина спостерігається при аналізі гастриту тіла шлунка. У хворих із виразками ДПК та антрального відділу шлунка запалення в тілі шлунка слабого ступеня, неактивне або ж не визначається взагалі. При цьому у хворих I та II клінічних груп виявляється запалення в тілі шлунка, хоча і слабого ступеня, достовірно частіше фіксується активність гастриту тіла шлунка. Крім того, у хворих із виразками верхньої та середньої третини шлунка достовірно частіше спостерігались атрофія та кишкова метаплазія слизової оболонки тіла шлунка, на відміну від хворих із виразками в цибуліні ДПК та антральному відділі шлунка.

Сьогодні вже не дискутується етіологічна роль *H. pylori* в механізмі індукції запалення в слизовій оболонці шлунка (Т.Л. Лапина, 1998; R.H. Hunt, 1994; Л.И. Аруин и соавт., 1998). Якщо ВХДПК асоціюється з *H. pylori* в 95% випадків, то ВХШ – в 70% випадків (В.Д. Пасечников, 2000; В.А. Исаков, 1998) Очевидно, що запалення та активність в різних відділах шлунка та ДПК залежать від переважної локалізації *H. pylori* в тому чи іншому відділі шлунка (В.Т. Ивашкин, 1997). За нашими даними, у хворих на виразки в різних відділах шлунка та ДПК спостерігаються достовірні розбіжності в локалізації *H. pylori*. Якщо у хворих на ВХДПК частість виявлення *H. pylori* в антральному відділі шлунка складає  $97,5 \pm 2,4\%$ , то у хворих на ВХШ з локалізацією в верхній його частині –  $61,1 \pm 8,1\%$  випадків (методом ІФА), а цитологічним методом тільки у  $52,8 \pm 8,3\%$  випадків. За локалізації виразки у середній третині шлунка методом ІФА *H. pylori* виявлено у  $71,4 \pm 6,9\%$  хворих, у  $66,7 \pm 7,2\%$  – цитологічним методом. З однаково високою частістю *H. pylori* виявлено у хворих на ВХ з локалізацією виразки в антральному відділі та у хворих на ВХДПК. Так методом ІФА *H. pylori* виявлені у хворих на ВХШ з локалізацією в антральному відділі шлунка у  $94,6 \pm 3,7\%$  та у  $97,5 \pm 2,4\%$  у хворих на ВХДПК; цитологічним методом відповідно – у  $86,5 \pm 5,6\%$  та  $92,5 \pm 4,1\%$  випадків. Швидким уреазним тестом *H. pylori* виявляються частіше, ніж цитологічним методом:  $91,9 \pm 4,4\%$  – у хворих із локалізацією в антральному відділі шлунка, та у  $97,5 \pm 2,4\%$  – у хворих на ВХДПК. Протилежна картина спостерігається за виявленням *H. pylori* в тілі шлунка у хворих на ВХШ різної локалізації та ВХДПК. В разі ВХДПК *H. pylori* в тілі шлунка виявляється тільки у половини хворих ( $55,0 \pm 7,8\%$  випадків) – методом імуоферментного аналізу і цитологічним методом, а у  $50,0 \pm 7,9\%$  випадків – швидким уреазним тестом. Майже такі самі показники виявлення *H. pylori* в тілі шлунка ( $56,8 \pm 8,1\%$ ) отримані за локалізації виразки в антральному відділі шлунка швидким уреазним та методом ІФА; у  $54,0 \pm 8,1\%$  випадків – цитологічним методом. У хворих з локалізацією виразок у верхній третині шлунка присутність *H. pylori* – залежно від застосування різних методів – достовірно частіше виявляються в тілі шлунка ( $p < 0,05$ ): від  $80,6 \pm 6,5\%$  до  $77,8 \pm 6,9\%$  та від  $76,2 \pm 6,5$  до  $80,9 \pm 6,0$  – у середній третині шлунка. Отже, за виразок у верхній та середній третині шлунка *H. pylori* частіше виявляються в тілі шлунка та достовірно рідше в антральному відділі, але при виразках антрального відділу шлунка *H. pylori* – частіше реєструється в антральному відділі.

Таким чином, отримані нами результати свідчать про те, що клінічні прояви, морфологічний стан, кислотоутворююча функція шлунка, розташування *H. pylori* залежить від локалізації виразки в шлунку.

Включення цитопротективного препарату ербісол до схеми лікування у хворих із локалізацією виразки у верхній та середній третині шлунка сприяє швидшому усуненню

більшого синдрому. Так, до кінця 1-го тижня больовий синдром зменшувався тільки у  $22,2 \pm 9,7\%$  пацієнтів з локалізацією виразки в тілі шлунка, які не отримували ербісол, та у  $55,0 \pm 11,1\%$  хворих, до схеми лікування котрих входив ербісол. Ці відмінності мають достовірний характер ( $p < 0,05$ ). Зовсім інакше виглядає динаміка больового синдрому у хворих з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка та ДПК. Включення ербісолу до комплексного лікування хворих на ВХ з локалізацією виразок як в антральному відділі шлунка, так і в дванадцятипалій кишці не впливає на динаміку больового синдрому ( $p > 0,05$ ). Динаміка диспепсичного синдрому у хворих із локалізацією виразки у верхній та середній третині шлунка нагадує динаміку больового синдрому у цієї категорії хворих. В динаміці диспепсичного синдрому у хворих на ВХШ з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка та ДПК не відзначено достовірної різниці між схемами лікування з включенням чи без включення ербісолу ( $p > 0,05$ ).

Частота ерадикації *H. pylori* при застосуванні квадротерапії достовірно не відрізняється в усіх дослідних групах ( $p > 0,05$ ) і коливається від 72,7 до 85,0%. Включення ербісолу до схеми лікування не впливає на частоту ерадикації *H. pylori* ні у хворих на ВХШ з будь-якою локалізацією, ні у хворих на ВХДПК.

Важливою прогностичною ознакою виразкової хвороби є характеристика запальних змін слизової оболонки та її патоморфозу під впливом лікарської терапії. Хронічний хелікобактерний гастрит останнім часом вважається процесом зворотнім (Л.И. Аруин и соавт., 1998).

За ерадикації *H. pylori* в слизовій оболонці шлунка спостерігається відновлення ультраструктури клітин, через 4-6 тижнів зникає інфільтрація епітелію, а потім і власної платівки слизової оболонки шлунка поліморфно-ядерними лейкоцитами. Таким чином, гастрит стає неактивним (Genta R. et al., 1993). Інфільтрація лімфоцитами та плазматичними клітинами власної платівки слизової оболонки зменшується на 40% через місяць після ерадикації *H. pylori*, а потім продовжує зменшуватися протягом 12 місяців і більше (Genta R., et al., 1993).

Ми досліджували та порівнювали динаміку морфологічних змін слизової оболонки шлунка у хворих на ВХ з локалізацією виразки в тілі й антральному відділі шлунка та дванадцятипалій кишці в залежності від схеми терапії до кінця шостого тижня лікування. Зменшення ступеня запалення гастриту тіла шлунка під впливом лікування з включенням до схеми цитопротективного препарату ербісол відзначено у  $85,0 \pm 7,9\%$  хворих на ВХ з локалізацією виразки в тілі шлунка в порівнянні з  $55,6 \pm 11,7\%$  хворих, які не отримували ербісолу. Включення до схеми лікування ербісолу не впливає на зменшення ступеня запалення тіла шлунка у хворих із виразкою в антральному відділі шлунка та дванадцятипалій кишці. Під дією ербісолу воно було відзначено в  $79,6 \pm 11,6\%$  випадків у хворих із виразкою в антральному відділі шлунка та в  $86,7 \pm 8,7\%$  випадків у хворих на ВХДПК, на відміну від хворих, які не отримували ербісол (в  $81,8 \pm 11,6\%$  та  $84,6 \pm 10,0\%$  випадків відповідно).

Аналізуючи показник зникнення активності гастриту тіла шлунка в залежності від схеми лікування, достовірну різницю було виявлено лише у хворих із виразкою в тілі шлунка. У  $90,0 \pm 6,7\%$  хворих цієї групи, які отримували ербісол до кінця шостого тижня лікування зникла активність гастриту тіла шлунка, тоді, як у хворих, до схеми лікування котрих не входив ербісол, вона зникла лише у  $61,1 \pm 11,4\%$  пацієнтів. Достовірної різниці у зникненні цього показника між хворими інших клінічних груп – в залежності від схеми лікування – не спостерігалось.

Включення до схеми лікування цитопротективного препарату ербісол майже не впливає на зменшення ступеня запалення та зникнення активності антрального гастриту в усіх клінічних групах.

Ми порівнювали терміни загоєння виразкового дефекту у хворих із локалізацією виразок у різних відділах шлунка та ДПК за лікування квадротерапією без ербісолу (1-а схема лікування) та з включенням ербісолу (2-а схема лікування). Нами виявлено, що за включення до схеми лікування ербісолу, виразка у верхній та середній третині шлунка (тіло шлунка) загоюється достовірно швидше. Так, до кінця третього тижня виразка тіла шлунка зарубцювалася у  $40,0 \pm 10,9\%$  пацієнтів, які отримували ербісол, на відміну від  $5,6 \pm 5,3\%$  пацієнтів, схемою лікування яких була квадротерапія без включення ербісолу. Різниці в термінах загоєння

виразкового дефекту у хворих на ВХШ з локалізацією в антральному відділі за лікування 1-ою та 2-ою схемами фармакотерапії виявлено не було ( $p < 0,05$ ). Виразки в цибулині ДПК, на відміну від виразок шлунка, рубцюються вже до кінця четвертого тижня. Достовірних розбіжностей в термінах загоєння виразкового дефекту в цибулині ДПК між схемами з включенням та без включення ербісолу не виявлено ( $p > 0,05$ ). Якщо включення до комплексної терапії цитопротективного препарату ербісол є ефективне за локалізації виразки у тілі шлунка, то за локалізації виразки в антральному відділі шлунка та цибулині ДПК воно істотно не впливає на критерії ефективності лікування, які ми вивчали. Так, у хворих на ВХШ з локалізацією у верхній та середній його третині включення ербісолу до схеми лікування сприяло швидшому купуванню або зменшенню больового та диспепсичного синдромів; забезпечувало достовірно швидше загоєння виразки, хоча не впливало на частоту ерадикації *H. pylori*. Водночас, у хворих на ВХШ з локалізацією виразки в антральному відділі, а також у хворих на ВХДПК не було відзначено достовірних розбіжностей у термінах купування больового та диспепсичного синдромів, в частоті ерадикації *H. pylori*, термінах загоєння виразкового дефекту при порівнянні ефективності схем терапії – із включенням або без включення ербісолу. Таким чином, включення ербісолу в лікування ВХ є доцільним у пацієнтів з локалізацією виразки у верхній та середній третині шлунка, але істотно не впливає на ефективність терапії за локалізації виразки в антральному відділі шлунка та цибулині ДПК.

## ВИСНОВКИ

Вивчення особливостей клінічного, морфологічного стану, *H. pylori*-інфікованості та кислотоутворюючої функції шлунка дає можливість удосконалити діагностику та підвищити ефективність лікування хворих на ВХШ різної локалізації.

1. Клініко-морфологічні особливості перебігу ВХШ залежать від локалізації виразки в шлунку. Виразкова хвороба шлунка з локалізацією у верхній та середній третині шлунка відзначається наявністю нудоти, раннього ниючого болю в епігастрії, який зменшується після прийому препаратів спазмолітичної дії, частішою, ніж за виразок антрального відділу шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки іррадіацією болю за грудиною та в ділянку серця, наявністю рефлюксного синдрому. Антральні шлункові виразки за своїм клінічним перебігом подібні до виразок ДПК.

2. Локалізація виразки певним чином визначає рівень кислотопродукції в шлунку. За виразок верхньої третини шлунка реєструється виражена та помірна гіпоацидність, середньої третини – нормаацидність, антрального відділу шлунка – помірна та виражена гіперацидність.

3. У більшості хворих з локалізацією виразки у верхній та середній третині шлунка спостерігається неактивний антральний гастрит зі слабким ступенем запалення, слабоактивний гастрит тіла шлунка зі слабким ступенем запалення, частіш атрофією та кишковою метаплазією в тілі шлунка, ніж у хворих із локалізацією виразки в антральному відділі шлунка та цибулині дванадцятипалої кишки, у яких виявляється активний антральний гастрит із великим та помірним ступенем запалення та неактивний гастрит тіла шлунка зі слабким ступенем запалення або його відсутність.

4. За виразок шлунка різної локалізації спостерігаються відмінності в розташуванні *H. pylori* в тілі та антральному відділі шлунка. У хворих із локалізацією виразки в антральному відділі шлунка *H. pylori* частіше визначається в антральному відділі шлунка, а у хворих на виразку верхньої та середньої третини шлунка *H. pylori* достовірно частіше фіксуються в тілі шлунка.

5. Включення до комплексної терапії цитопротективного препарату ербісол суттєво сприяє купуванню больового та диспепсичного синдромів, зменшенню запалення та зникненню активності гастриту тіла шлунка, скорочує терміни загоєння виразкового дефекту за лікування пацієнтів із локалізацією виразки у тілі шлунка на відміну від пацієнтів з локалізацією виразки в антральному відділі шлунка чи дванадцятипалій кишці. Включення ербісолу не впливає на частоту ерадикації *H. pylori* у пацієнтів на ВХШ різної локалізації та на ВХДПК.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Призначаючи лікування хворим на ВХШ, доцільно враховувати локалізацію виразки в шлунку, дані рН-метрії по протягу шлунка та морфологічні зміни слизової оболонки шлунка.
2. За наявності виразок у верхній та середній третині шлунка (тіло шлунка) до лікування доцільно включати цитопротективний препарат, яким є ербісол.
3. При визначенні Н. pylori інвазивними методами дослідження у хворих на ВХШ з локалізацією виразки в верхній та середній третині шлунка необхідне дослідження біоптатів, перш за все з тіла шлунка, а за виразок дистального відділу – з антральної ділянки шлунка.
4. До комплексу обстеження хворих за ВХШ доцільно включати внутрішньошлункову топографічну рН-метрію по протягу шлунка, тому що, на відміну від виразок дванадцятипалої кишки, при виразках шлунка різної локалізації реєструються різні показники його кислотоутворюючої функції, що є важливим для визначення адекватного лікування.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Москаленко В.В. Особенности морфологических изменений слизистой оболочки желудка у больных с язвой желудка различной локализации // Лік. справа. Врачеб. дело. - 2002. - №7. - С. 25-28.
2. Свінціцький А.С., Ревенок К.М., Соловійова Г.А., Москаленко В.В. Ефективність ербісолу в лікуванні виразок шлунка різної локалізації // Ліки. - 2002. - №3-4. С. 133-138. (Особистий внесок здобувача полягає в наданні ідеї статті, клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).
3. Свінціцький А.С., Ревенок К.М., Соловійова Г.А., Москаленко В.В. Особливості інфікованості Н. pylori у хворих на виразкову хворобу шлунка різної локалізації // Сучасні інфекції. - 2002. - №3. - С.81-84. (Особистий внесок здобувача полягає в наданні ідеї статті, клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).
4. Пат. UA, МПК 6 А61К35/54. Спосіб лікування виразкової хвороби гатродуоденальної локалізації. Пат. UA, МПК 6 А61К35/54. Свінціцький А.С., Афоніна Г.Б., Поярков С.О., Дзедман М.И., Москаленко В.В.: (UA), НМУ. - №321150А, заявл. 29.12.1998; Опубл. 15.12.2000; Бюл. №7. - 2 с.
5. Свінціцький А.С., Дзедман М.И., Москаленко В.В., Шило Г.В. Погляд на проблему взаємозв'язку локалізації виразкового дефекту, стану кислото-продукуючої функції шлункових залоз та моторики гастродуоденальної зони за даними внутрішньошлункової рН-метрії // Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту / Практ. реком. під редакцією В.М. Чорнобрового. - Вінниця: "Логос", 1999. - С. 34-36. (Особистий внесок здобувача полягає в наданні ідеї статті, клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).
6. Свінціцький А.С., Ревенок К.М., Хомченкова Н.И., Дзедман М.И., Москаленко В.В. Попередні результати застосування препарату ербісол в лікуванні виразкової хвороби // Матеріали симпозиума, посвященого 150-летию кафедри факультетской терапии Украинского Медицинского Университета "Актуальные вопросы внутренней медицины, медицинской этики и образования". - Киев, 1994. - С. 6. (Особистий внесок здобувача полягає в клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).
7. Свінціцький А.С., Ревенок Е.Н., Хомченкова Н.И., Дзедман М.И., Москаленко В.В. Опыт применения препарата Эрбисол в лечении язвенной болезни гастродуоденальной локализации // Тезиси докладов юбилейной научно-практической конференции, посвященной 240-летию основания Киевского военного госпиталя "Современные аспекты военной медицины". - Киев, 1995. - С. 293-994. (Особистий внесок здобувача полягає в клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).
8. Свінціцький А.С., Ревенок К.М., Ніколаєнко О.М., Дзедман М.И., Поярков С.О., Коваленко С.О., Москаленко В.В. Результати та перспективи застосування вітчизняного препарату ербісол в клініці внутрішніх хвороб // Тезиси доповідей VI-го конгресу Світової

Федерації Українських Лікарських товариств. - Одеса, 1996. - С. 118. (Особистий внесок здобувача полягає в клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).

9. Свінціцький А.С., Ніколаєнко О.М., Дзедман М.І., Поярков С.О., Коваленко С.О., Москаленко В.В. Досвід застосування нового вітчизняного препарату ербісол в клініці // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 30-й річниці Центрального госпіталю МВС України “Актуальні питання медицини”. - Київ, 1997. - С.82-84. (Особистий внесок здобувача полягає в наданні ідеї статті, клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).

10. Ревенко К.М., Козак Н.П., Москаленко В.В. Застосування гастроцепіну у гастроентерологічній практиці // Матеріали XIV-го з'їзду терапевтів України. - Київ, 1998. - С. 17-19. (Особистий внесок здобувача полягає в клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).

11. Свінціцький А.С., Ревенко К.М., Козак Н.П., Хомченкова Н.І., Шило Г.В., Поярков С.О., Москаленко В.В., Колодій А.А. Деякі аспекти застосування препарату ербісол в гастроентерологічній клініці // Матеріали науково-практичної конференції “Актуальні питання уражень внутрішніх органів та їх зв'язок із наслідками аварії на Чорнобильській АЕС. Особливості перебігу захворювань у працівників річкового флоту”. - Київ, 1999. - С.108. (Особистий внесок здобувача полягає в клінічному підборі хворих, проведенні досліджень та аналізі отриманих результатів).

## АНОТАЦІЯ

**Москаленко В.В.** *Виразкова хвороба шлунка різної локалізації: особливості клінічного перебігу та лікування.* – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 – внутрішні хвороби. – Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, 2002.

Дисертація присвячена питанням удосконалення діагностики та підвищення ефективності лікування виразкової хвороби шлунка різної локалізації.

Встановлено, що клініко-ендоскопічні, морфологічні прояви, стан кислотоутворюючої функції шлунка та показники інфікованості *H.pylori*, в залежності від локалізації виразкового дефекту, не є однакові.

Доведено, що за ВХ з локалізацією виразки у верхній та середній третині шлунка до комплексу лікування поряд із антигелікобактерною терапією доцільно включати цитопротекторний препарат, яким є ербісол.

**Ключові слова:** виразкова хвороба шлунка різної локалізації, клінічний перебіг, морфологічні прояви, ендоскопічні прояви, *H. pylori*, ефективність фармакотерапії, ербісол.

## АННОТАЦИЯ

**Москаленко В.В.** *Язвенная болезнь желудка различной локализации: особенности клинического течения и лечения.* – Рукопись.

Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.02 – внутренние болезни. – Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, 2002.

Диссертация посвящена вопросам усовершенствования диагностики и повышения эффективности лечения язвенной болезни желудка различной локализации.

Исследование основывается на сравнительном анализе клинико-эндоскопических, морфологических показателей, состояния кислото-продуцирующей функции желудка, *H.pylori*-инфицированности 115 больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ). Из них 36 больных с локализацией язвы в верхней трети желудка составили I-ю группу, 42 больных с язвой в средней трети желудка – II-ю группу, 37 больных с язвой в антральном отделе желудка – III-ю

группу. IV-я (контрольная) группа составила 40 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Показано, что при отсутствии различий по возрасту, длительности заболевания, величине язвенного дефекта клиническое течение ЯБЖ различное – в зависимости от локализации язвенного дефекта.

Известно, что основным признаком язвенной болезни (ЯБ) является боль. У большинства больных I-й и II-й групп отмечались ранние ноющие боли в эпигастриальной области без иррадиации, которые ослабевали или исчезали после приёма препаратов спазмолитического действия. У больных с локализацией язвы в антральном отделе и двенадцатиперстной кишке (ДПК) чаще отмечались “голодные” боли (в  $48,6 \pm 8,2\%$  и  $52,5 \pm 7,8\%$  случаев соответственно), против  $8,3 \pm 4,6\%$  и  $16,7 \pm 5,7\%$  случаев соответственно – у больных с язвой в верхней и средней трети желудка. У больных с локализацией язвы в антральном отделе желудка острый характер боли отмечался у  $35,1 \pm 7,8\%$  больных по сравнению с больными язвой в верхней ( $8,3 \pm 4,6\%$ ) и средней ( $2,3 \pm 2,3\%$  случаев) трети желудка.

Среди симптомов желудочной диспепсии у больных с локализацией язвы в верхней и средней трети желудка, в отличие от больных с язвами в антральном отделе желудка и ДПК, преобладала тошнота, симптомы кишечной диспепсии чаще встречались у больных с язвой в антральном отделе желудка и ДПК.

Проявления астеновегетативного синдрома также более выражены у пациентов с язвой в антральном отделе желудка и ДПК.

По данным внутрижелудочной топографической рН-метрии, в зависимости от локализации язвенного дефекта определяются различные показатели кислотопродуцирующей функции желудка. Так, при язве в верхней трети желудка достоверно чаще регистрируется выраженная или умеренная гипоацидность, в средней трети – нормаацидность, при язве в антральном отделе – умеренная или выраженная гиперацидность.

Характер структурных изменений слизистой оболочки желудка во многом определяет *H. pylori*-инфекция, чаще выявляемая в теле желудка у больных с язвой в верхней (в  $80,6 \pm 6,5\%$  случаев) и средней ( $80,9 \pm 6,0\%$  случаев) трети желудка. Наоборот, в антральном отделе *H. pylori* в  $94,6 \pm 3,7\%$  случаев определяются при язве в антральном отделе желудка и в  $97,5 \pm 2,4\%$  больных ЯБДПК.

Морфоструктурный анализ гастро- и дуодено-биоптатов, определение характера гастрита тела и антрального гастрита являются очень важными в определении адекватной терапии и прогноза ЯБ. У больных с локализацией язвы в верхней и средней трети желудка гастрит тела желудка отличается следующими характеристиками: слабая активность; слабая степень воспаления; достоверно более частое наличие атрофии и кишечной метаплазии, чем у больных с язвой в антральном отделе желудка и ДПК, у которых гастрит тела желудка неактивный, со слабой степенью воспаления или его отсутствием. Антральный гастрит у пациентов с язвами в верхней и средней трети желудка – неактивный, со слабой степенью воспаления. В случае язвы в антральном отделе желудка и ДПК определяется активный антральный гастрит с большой или умеренной степенью воспаления.

Доказано, что у больных ЯБ с локализацией процесса в верхней и средней трети желудка в комплекс лечения наряду с антихеликобактерной терапией целесообразно назначение цитопротекторного препарата эрбисол, который существенно способствует уменьшению болевого и диспепсического синдромов, снижению воспаления и исчезновению активности гастрита тела желудка, сокращает сроки заживления язвенного дефекта.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь желудка различной локализации, клиническое течение, морфологические признаки, эндоскопические признаки, *H. pylori*, эффективность фармакотерапии, эрбисол.

## SUMMARY

*Moskalenko V.V. Stomach ulcer of various localization: the features of clinical course and treatment. – Manuscript.*

Thesis for a competition for the degree of candidate of science (medicine), specialty 14.01.02 – internal diseases. National O. Bohomolets Medical University, Kyiv, 2002.

This thesis is dedicated to the problem of improvement of diagnosing and increasing efficiency of treatment of peptic ulcer of various localization.

It has been revealed that clinical, endoscopic and morphologic manifestations, condition of Acid secretion in the stomach and H. pylori infection indicators depending on the localization of ulcerative defect are variable.

It has been proved that in case of peptic ulcer localized in the upper and middle third of the stomach therapy should include both antihelicobacterial preparations and such cytoprotective medicine as erbisolum.

**Key words:** peptic ulcer of various localization, clinical course morphologic manifestations, endoscopic manifestations, H.pylori, pharmacotherapy effectiveness, erbisolum.