

УДК 33/.342-002.4-002.77-08

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

П. П. Гуйда, А. О. Жерновенков, Є. Ф. Колпакова, І. В. Красов,  
С. П. Молотягіна

Дорожня клінічна лікарня на станції Харків Південної залізниці,  
Харківський державний медичний університет ім. В. М. Каразіна

**Ключові слова:** ревматичні хвороби, гастродуоденальні виразки, антигелікобактерна терапія.

Ревматичні хвороби (РХ) мають велике медико-соціальне значення у зв'язку із значною поширеністю, високими показниками втрати працездатності та інвалідизації хворих, труднощами діагностики та лікування. В Україні вони належать до найпоширеніших хвороб внутрішніх органів і йдуть третіми після хвороб системи кровообігу та органів травлення. РХ уражають людей переважно віком 20–50 років, вони на першому місці серед причин тимчасової непрацездатності хворих і на другому — за частотою їхньої ранньої інвалідизації.

РХ характеризуються, як правило, прогресуванням і системністю ураження. Одночасно з ураженням суглобів, шкіри, судин у переважній більшості хворих розвиваються вісцеропатії, найчастіше — патологія легень, серця, нирок і травного каналу. Особливо часто патологію внутрішніх органів виявляють у хворих на системну склеродермію (ССД), системний червоний вовчак (СЧВ), ревматоїдний артрит (РА), ревматизм, дерматомиозит [2–8].

Патологія шлунково-кишкового тракту є одним з частих і типових проявів РХ. Спостерігають порушення апетиту, біль у животі, диспепсії, порушення секреторної і кислототвірної функцій шлунка, дуоденогастральний і гастроезофагальний рефлюкси. У багатьох хворих на РХ, зокрема на ССД, СЧВ, РА, спостерігають порушення перистальтики шлункового тракту, ерозивний езофагіт, ерозивний гастродуоденіт. У частині ревматологічних хворих під час рентгенологічного та ендоскопічного обстеження виявляють виразки шлунка, дванадцятипалої кишки, нерідко ускладнені шлунково-кишковими кровотечами, стенозом і перфорацією, що вимагає хірургічного втручання [3, 4].

Наявність у ревматологічних хворих ерозій слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденальних виразок значною мірою ускладнює проведення патогенетичної тера-

пії, оскільки першочерговим лікарським засобом лікування більшості РХ — нестероїдним протизапальним препаратом і глюкокортикостероїдам — притаманні подразнювальна й ulcerогенна побічні дії.

У розвитку виразок шлунка і дванадцятипалої кишки відіграють роль численні фактори, зокрема судинні та мікроциркуляторні порушення, порушення моторики, секреторної і кислототвірної функцій шлунка. Незаперечну роль у виникненні гастродуоденальних виразок у ревматологічних хворих відіграє часте й тривале, нерідко нераціональне, приймання нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикостероїдів та інших лікарських засобів, які чинять подразнювальну та ulcerогенну дію на слизову оболонку травного каналу. Сучасний погляд на етіологію виразкової хвороби не відкидає також ролі гелікобактера у виникненні виразок шлунка і дванадцятипалої кишки у хворих на РХ, цю роль підтверджують клінічні спостереження [1, 3].

Ми спостерігали 29 ревматологічних хворих, у яких були виявлені виразки дванадцятипалої кишки: 18 хворих на ССД, 6 — на СЧВ і 5 — на РА. Одночасно у цих хворих були наявні ерозивний езофагіт (у 7), ерозивний гастрит (у 9) і дуоденіт (у 14). Переважній більшості цих пацієнтів (22) призначали нестероїдні протизапальні препарати, а 11 хворим протягом тривалого часу проводили гормональну терапію, що було для них життєво важливим.

Для лікування дуоденальних виразок у ревматологічних хворих ми з 1993 р. застосовуємо один з варіантів сучасної антигелікобактерної терапії: Вікалін (до його складу входить субнітрат вісмуту), доксициклін і Трихопол (метронідазол).

Методика лікування. Вікалін призначаємо по 1 таблетці 3 рази на день через 1–1,5 години після їди; за потреби додатково призначаємо 1 таблетку на ніч. Доза доксицикліну в перший день становить 0,2 г (по 0,1 г два рази) після їди, а далі 0,1 г

на день (вранці після сніданку). Трихопол хворі приймають по 0,25 г 3 рази на день одразу після їди. Курс лікування доксицикліном триває 9 днів, Трихопол призначаємо приймати 2–3 тижні, Вікалін — 3–4 тижні. 18 хворим додатково призначали омепразол (Омес) по 20 мг 1–2 рази на добу протягом 10–14 днів.

Лікування проводили на тлі застосування інших, прийнятих для лікування хворих на РХ, лікарських засобів, у тому числі нестероїдних протизапальних препаратів (22 пацієнти) і глюкокортикокортикоїдів (11).

Під впливом зазначеної терапії позитивного ефекту досягнуто в усіх 29 хворих. Протягом першого тижня лікування зникали біль у животі та розлади травлення. Ендоскопічне дослідження засвідчило, що рубцювання виразок дванадцятипалої кишки остаточно закінчувалося через 14–17 днів. Відзначали також зменшення проявів езофагіту та дуоденіту, зникнення крововиливів і загоєння ерозій на слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки, що були наявні до лікування. Потрібно зауважити, що загоєння ерозій і виразок, зменшення проявів езофагіту, гастриту та дуоденіту спостерігали також у пацієнтів, які отримували одночасно з гелікобактерною терапією нестероїдні протизапальні препарати чи глюкокортикокортикоїди.

Побічні реакції під час проведення антигелікобактерної терапії не виникали. Антигелікобактерна терапія також не впливала негативно на перебіг основного захворювання.

Десятирічні катамнестичні спостереження свідчать про досягнення у ревматологічних хворих тривалої ремісії — у жодного з них протягом 10 років не реєстрували загострення виразкового процесу, що підтверджують ендоскопічні дослідження, які систематично проводили у цієї категорії пацієнтів. Всього хворим, у яких раніше часто виникали рецидиви виразкового процесу і яким протягом тривалого часу застосовували протизапальну терапію, зокрема глюкокортикокортикоїди, після курсу антигелікобактерної терапії одноразово призначали сезонне (навесні чи восени) профілактичне лікування за наведеною вище методикою протягом 2 тижнів.

Підтвердженням високої ефективності антигелікобактерної терапії у РХ з наявністю виразкового процесу може бути одне з наших спостережень.

Хвора С., 50 років, перебуває під нашим наглядом з 1983 р. у зв'язку з поєднаним системним захворюванням сполучної тканини (системна склеродермія і системний червоний вовчак). Першим клінічним проявом захворювання були поліартралгії після пологів у 1978 р. Згодом поступово з'явилися судинні порушення (синдром Рей-

но), індурація та гіперпигментація шкіри, деформація суглобів, вісцеропатії. У 1992 р. з'явилися ознаки СЧВ: пропасниця, «метелик» на шкірі обличчя, прогресування люпус-нефриту з нефротичним компонентом. У зв'язку з розвитком СЧВ хворій призначили преднізолон у початковій дозі 90 мг на добу із поступовим її зниженням до рівня підтримуючої (10–15 мг на добу).

У 1985 р. у хворої вперше виявили виразку дванадцятипалої кишки, надалі щороку відзначали її сезонні загострення, що реєструвало ендоскопічне дослідження.

Восени 1994 р. хворій вперше провели курс антигелікобактерної терапії. Рентгенологічне дослідження виявило хронічний гастродуоденіт, гіпотонію шлунка, деформацію цибулини дванадцятипалої кишки, дві «ніші» цибулини. Фіброгастроскопія: езофагіт, ковзна грижа стравохідного отвору діафрагми I ст., гіпертрофічний ерозивний гастрит, ерозивний бульбіт, деформація цибулини дванадцятипалої кишки I–II ст., дві виразки цибулини дванадцятипалої кишки діаметром 0,5 та 0,7 см.

Хворій провели лікування, застосовуючи преднізолон (20 мг на добу), Делагіл, Курантил, індометацин, Теонікол, Аспаркам. Одночасно протягом 3 тижнів вона отримувала Вікалін, Трихопол, доксициклін, після чого зникли біль у животі, нудота, печія, зменшилася виразність дисфагії. Під час контрольного ендоскопічного дослідження зареєстровано ковзну грижу стравохідного отвору діафрагми I ст., гіпертрофічний гастрит, деформацію цибулини дванадцятипалої кишки I ст.

Навесні 1995 р. хворій, у якої не було клінічних проявів виразкової хвороби і виразок на слизовій оболонці дванадцятипалої кишки за результатами ендоскопічного дослідження, проведено профілактичний курс антигелікобактерної терапії протягом 2 тижнів.

Протягом наступних 6 років хворій кожної весни та осені проводили ендоскопічне дослідження, однак жодного разу не виявили ознак загострення виразкової хвороби та ерозії слизової оболонки стравоходу, шлунка чи дванадцятипалої кишки. Хвора до цього часу перебуває під нашим наглядом, продовжує приймати преднізолон у підтримуючій дозі 5–10 мг на добу.

Таким чином, результати наших тривалих клінічних спостережень свідчать про високу ефективність антигелікобактерної терапії у ревматологічних хворих з гастродуоденальними виразками. Усунення в такий спосіб патологічних порушень травного каналу дає змогу проводити у повному обсязі патогенетичну терапію РХ, зокрема призначати нестероїдні протизапальні препарати і глюкокортикокортикоїди, що життєво важливо для багатьох ревматологічних хворих.

## Цитована література

1. *Влияние Helicobacter pylori* на развитие осложнений в желудке и двенадцатиперстной кишке у больных ревматологическими заболеваниями / А. С. Свиницкий, В. А. Горголь, Г. Л. Швец, М. Ф. Кушик // *Врачеб. дело.*— 1993.— № 9.— С. 91–94.
2. *Гуйда П. П.* Склеродермия: клиника, диагностика, лечение.— Х.: Основа, 1995.— 194 с.
3. *Гусева Н. Г.* Системная склеродермия и псевдосклеродермические синдромы.— М.: Медицина, 1993.— 272 с.
4. *Коваленко В. Н.* Диагностика и лечение ревматических болезней / В. Н. Коваленко, П. П. Гуйда, И. К. Латогуз.— Х.: Основа, 1999.— 288 с.
5. *Коваленко В. Н.* Избранные вопросы ревматологии в клинике внутренних болезней / В. Н. Коваленко, Н. М. Шуба.— К., 1994.— Ч. I.— 208 с.
6. *Коваленко В. Н.* Избранные вопросы ревматологии в клинике внутренних болезней / В. Н. Коваленко, Н. М. Шуба.— К., 1994.— Ч. II.— 232 с.
7. *Насонова В. А.* Клиническая ревматология / В. А. Насонова, М. Г. Астапенко.— М.: Медицина, 1989.— 592 с.
8. *Ревматологія* / І. М. Ганджа, В. М. Коваленко, Г. І. Лисенко, А. С. Свінціцький.— К.: Здоров'я, 1996.— 304 с.

## Опыт лечения гастродуоденальных язв у ревматологических больных

*П. П. Гуйда, А. А. Жерновенков, Е. Ф. Колпакова, И. В. Красов, С. П. Молотьягина*

Ревматические болезни часто сопровождаются патологическими изменениями желудочно-кишечного тракта, в частности развитием эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Это значительно затрудняет лечение больных, поскольку основные средства патогенетической терапии — глюкокортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты — вызывают гастроинтестинальные осложнения.

Авторами предложен и широко используется для лечения ревматологических больных с гастродуоденальными язвами один из вариантов антигеликобактерной терапии. Полученные результаты и десятилетние катamnестические наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности предложенного метода и достижениях длительной ремиссии, которая позволяет проводить в полном объеме патогенетическую терапию, в том числе глюкокортикостероидами и нестероидными противовоспалительными препаратами.

## The experience of treatment of the rheumatological patients with gastroduodenal ulcers

*P. P. Huida, A. O. Zhernovenkov, Ye. F. Kolpakova, I. V. Krasov, S. P. Molotiahina*

The rheumatological diseases are often accompanied by pathological changes of gastrointestinal tract, in particular, by development of erosions and stomach and duodenal ulcers. These changes considerably impede the treatment because the main agents for pathogenetical therapy — glucocorticosteroids and nonsteroidal anti-inflammatory drugs — provoke gastrointestinal complications.

The authors propose and widely use one of the variants of anti-helicobacter therapy for treatment of the rheumatological patients with gastroduodenal ulcer. The received results and 10-years of catamnestic observations are the evidence of the high efficiency of this method and achievement of the lingering remission that allows to conduct a complete pathogenetical therapy including steroidal and nonsteroidal anti-inflammatory drugs.