

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

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

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/63.html](http://www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/63.html)

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

Источник

**Альманах современной науки и образования**

Тамбов: Грамота, 2009. № 12 (31): в 2-х ч. Ч. I. С. 176-179. ISSN 1993-5552.

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

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

**© Издательство "Грамота"**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

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

повое, общественное здоровье. Формирование этого ряда продолжается более двадцати лет и в настоящее время их перечень увеличивается (Бобровский И. Н., 2005).

Язвенная болезнь (ЯБ) является хроническим циклическим заболеванием, при котором ремиссии сменяются обострениями. У большинства больных непосредственно ульцерогенезу предшествует комплекс функционально морфологических или только функциональных расстройств в гастродуоденальной системе (хронический гиперацидный гастрит, гастродуоденит, дуоденит), называемых предъязвенным состоянием или доязвенной стадией ЯБ. Первые клинические проявления совпадают с образованием язвенного дефекта на слизистой оболочке. Начало болезни у части больных бывает острым, у других - бессимптомным, у лиц молодого возраста ЯБ в ряде случаев манифестирует кровотечением из язвенного дефекта. Симптоматика ЯБ в начале заболевания весьма разнообразна, в связи с чем требуется детальное клиническое обследование таких больных. В диагностике заболевания большое значение имеет тщательный анализ данных анамнеза и жалоб пациента.

В связи с этим анализу были подвергнуты клинические признаки заболевания у 111 больных, находившихся на лечении по поводу обострения ЯБ. У всех больных обострение заболевания сопровождалось появлением признаков желудочно-кишечной диспепсии. При этом частота возникновения признаков желудочно-кишечной диспепсии была различной для больных с ЯБЖ и ЯБДПК (Таблица 1).

**Табл. 1.** Частота возникновения признаков желудочно-кишечной диспепсии у больных с ЯБЖ и ЯБДПК

Симптомы заболевания	ЯБЖ	ЯБДПК
1. Боль	14 (83%)	92 (98%)
1.1 Локализация:		
1.1.1. эпигастрий	12 (70,6%)	55 (58,5%)
1.1.2. в эпигастрии и правом подреберье	3 (17,6%)	13 (13,8%)
1.1.3. только в правом подреберье	-	4 (4,3%)
1.1.4. левое подреберье	-	2 (2,1%)
1.1.5. околопупочная область	-	12 (12,8%)
1.1.6. отсутствует	2 (11,8%)	8 (8,5%)
1.2. Иррадиация болей:		
1.2.1. в правую лопатку	2 (11,8%)	9 (9,6%)
1.2.2. в поясницу	-	16 (17%)
1.2.3. за грудину, левую лопатку и область сердца	6 (35,3%)	-
1.3. Интенсивность боли:		
1.3.1. тупая, давящая, ноющая	3 (17,7 %)	24 (25,5%)
1.3.2. тупая, на высоте боли острая	8 (47%)	28 (29,8%)
1.3.3. режущая, пронизывающая	6 (35,3%)	42 (44,7%)
1.4. Ритм боли:		
1.4.1. постоянная	9 (53%)	36 (38,3%)
1.4.2. пульсирующая	8 (47%)	62 (61,7%)
1.5. Характер возникновения боли:		
1.5.1. ночная, голодная	78 (70%)	92 (98%)
1.6. Связь боли с приемом пищи:		
1.6.1. ранняя	12 (70,5%)	-
1.6.2. поздняя	3 (17,7%)	89 (94,6%)
1.6.3. отсутствует	2 (11,8%)	5 (5,3%)
2. Диспепсические расстройства:	15 (88,2%)	89 (94,6%)
2.1. Тяжесть после еды	6 (35,3%)	28 (29,8%)
2.2. Тошнота	8 (47%)	53 (56,4%)
2.3. Рвота	7 (41%)	23 (24,4%)
2.4. Отрыжка	10 (58,8%)	68 (72,3%)
2.5. Изжога	13 (76,5%)	49 (52,1%)
3. Анорексия	2 (11,8%)	5 (5,3%)
4. Кишечные расстройства:		
4.1. диарея	2 (11,8%)	4 (4,3%)
4.2. запор	5 (29,4%)	16 (17%)
5. Язык:		
5.1. обложен белым налетом	15 (88,25)	56 (59,6%)
5.2. нет изменений	2 (11,8%)	38 (40,4%)
6. Состояние живота при физикальном исследовании:		
6.1. болезненность в эпигастральной области	15 (88,2%)	43 (45,7%)
6.2. болезненность у основания мечевидного отростка	1 (5,9%)	10 (10,6%)
6.3. болезненность в околопупочной области	1 (5,9%)	41 (43,6%)
7. Положительный симптом Менделя	16 (94,1%)	29 (30,9%)
8. Метеоризм	4 (23,5%)	18 (19,1%)
9. Снижение массы тела	3 (17,6%)	9 (9,6%)
10. Астеновегетативный синдром	3 (17,6%)	15 (16%)

В зависимости от локализации язвенного дефекта слизистой при эндоскопическом исследовании (задняя стенка желудка, тело, пилорический отдел, луковица двенадцатиперстной кишки) характер боли был разный.

При ЯБЖ у 53% пациентов боль была постоянной или возникала через 10-20 минут после еды (37,5%). Иной характер боли был при язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки. У этих больных боль была пульсирующей (61,7%), возникала через 2-3 часа после еды (голодные боли) - 94,6%. В 98% случаев боль возникала натощак и проходила после приема пищи, у этих больных также наблюдались ночные боли. Абдоминальный болевой синдром зарегистрирован у 56 пациентов (28%) с впервые выявленной ЯБ с дебютом болезни в виде голодных, ночных болей, болей после приема пищи - ранних и поздних. При этом боль у этих больных возникала одновременно с образованием язвенного дефекта. Нашей исследовательской группой также было выявлено, что у Н.рyлогi-негативных больных обострение ЯБ сопровождалось стойким болевым и диспепсическим синдромом без отчетливой связи с приемом пищи. У женщин реже отмечалось острое начало заболевания и, напротив, чаще постепенное. Были характерны сопутствующие боли в области правого подреберья, редко встречались поздние, голодные боли. Появление боли обусловлено несколькими факторами, среди которых наибольшее значение имеют нарушение двигательной функции желудка, а также усиленная секреция и повышение кислотности желудочного сока, ишемия слизистой оболочки (СО) вследствие спазма сосудов вокруг язвы или сдавления их при спастическом сокращении гладкой мускулатуры; снижение порога болевой чувствительности при воспалительных изменениях СО. Следует учитывать также роль сопутствующих воспалительных процессов (перигастрит, перидуоденит), определенное значение могут иметь, по-видимому, некоторые гуморальные факторы: повышение в крови адреналина, ацетилхолина (пока еще не выяснена роль кининов), а также периодически наступающая в ряде случаев у лиц с желудочной гиперсекрецией гипогликемия, объясняющая происхождение у части больных голодных болей.

Боли при ЯБ имеют четкую ритмичность (время возникновения и связь с приемом пищи), периодичность (чередование болевых ощущений с периодами их отсутствия) и сезонность обострений. Характерно, что боли при ЯБ уменьшаются или исчезают после приема пищи, антацидов, антихолинергических средств, а также после рвоты.

В исследовании у 94,6% пациентов боль сопровождалась диспепсическими явлениями в виде изжоги, отрыжки воздухом, пищей, тошнотой. Тошнота и рвота являются характерными симптомами обострений ЯБ. Тошнота чаще сочетается с рвотой, хотя рвота может возникать без предшествующей тошноты. Рвота у больных ЯБ отличается некоторыми специфическими чертами: во-первых, она возникает на высоте болей, являясь своеобразной кульминацией болевого синдрома; во-вторых, она приносит значительное облегчение. Нередко для устранения болевых ощущений больные сами искусственно вызывают рвоту. Рвотные массы обычно имеют кислое содержимое, с примесью недавно съеденной пищи. В механизме такой рвоты основное значение имеет повышение тонуса блуждающего нерва, приводящее к резким нарушениям желудочной секреции и моторики.

Другой характерный симптом ЯБ - это изжоги. Нередко предшествуя появлению боли (так называемая инициальная изжога), в последующие периоды болезни изжога часто сочетается с болевым синдромом или чередуется с ним, повторяя типичные черты, свойственные этому последнему: поздняя, голодная, ночная изжога. Иногда диспепсические явления начинаются с изжоги, которая сменяется жгучей болью, изжога как бы перерастает в боль. Эти два симптома имеют тесную зависимость, и некоторые больные с трудом их дифференцируют. В более поздние периоды заболевания изжога может исчезнуть. Механизм возникновения изжоги при ЯБ сложен и связан с рефлюксом желудочного содержимого в пищевод, что обусловлено понижением тонуса кардиального сфинктера и иногда приводит к развитию эзофагита.

Отрыжка - неспецифический симптом. Он свидетельствует о нарушении эвакуации содержимого желудка вследствие длительного спазма и выраженного воспалительного отека привратника или луковицы двенадцатиперстной кишки, а их сохранение в фазе ремиссии - о рубцовом стенозе привратника. Отрыжка тухлым, как и изжога, может сопровождаться срыгиванием и саливацией.

Аппетит при ЯБ обычно сохранен или даже повышен, так называемое «болезненное чувство голода». Снижение аппетита при неосложненной форме заболевания встречается, как правило, только при выраженном болевом синдроме. В нашем исследовании у 10,9% больных при обострении заболевания отмечалось снижение массы тела, поскольку, несмотря на сохраненный аппетит, больные ограничивали себя в еде, опасаясь усиления болей.

Из кишечных расстройств преобладали запоры (19%). Запоры обычно усиливались у больных в периоды обострения заболевания и бывали порой настолько упорными, что беспокоили больных даже больше, чем непосредственно болевые ощущения при неосложненной форме ЯБ. Запоры при ЯБ обусловлены рядом причин: рефлекторной дискинезией со спастическим сокращением кишечника вагусного происхождения, щадящей диетой, бедной грубоволокнистой клетчаткой, стимулирующей работу кишечника, ограничением физической активности, а также приемом некоторых лекарственных средств (карбонат кальция, гидроокись алюминия и др.). Диарея ЯБ не свойственна, однако при длительных запорах могут присоединиться раздражение и воспаление толстой кишки, что проявляется неустойчивым стулом, сменяющимся запорами, этому же способствует осложненное течение ЯБ, различные заболевания пищеварительной системы (холецистит,

панкреатит, дискинезии желчевыводящих путей, дисбактериоз). В нашем случае исследования диарея была только у 6 пациентов (5,4%) с сопутствующей патологией ЖКТ (она подтверждена рентгенологическими исследованиями, эзофагогастродуоденоскопией).

Все полученные данные обработаны с помощью методов статистического анализа и являются достоверными и репрезентативными. Достоверность рассчитывалась с помощью статистических пакетов для ПК «Biostat» и «Statgraf-2008» методом Стьюдента.

На основе проведенного исследования создана электронная база данных пациентов, имеющих данные нозологические формы наиболее распространенных и социально значимых заболеваний, которая внедрена в деятельность практического звена здравоохранения Ставропольского края.

## К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАНОМАТЕРИАЛОВ В СТРОИТЕЛЬСТВЕ

*Цымбал Мария Владимировна, Юшкевич Любовь Сергеевна  
Академия маркетинга и социально-информационных технологий*

По данным российских ученых две тысячи десятый и последующие годы могут быть ознаменованы большим количеством техногенных и экологических катастроф. Анализ современных тенденций внедрения новых строительных технологий и материалов в экономически развитых странах мира позволяет утверждать, что основой динамичного внедрения в практику на ближайшие 10-20 лет станут материалы и технологии, полученные на основе достижений и разработок в области нанотехнологии.

По прогнозам ученых-экономистов, к 2015 году стоимость нанотехнологической продукции в общемировом промышленном производстве должна составить 1 трлн. долларов.

В работе [1] нами был проведен сравнительный анализ некоторых характеристик наноматериалов пригодных для дизайн-производства с их аналогами, получаемыми по традиционным технологиям.

Цель этой работы заключалась в сравнении физических, экономических и экологических характеристик широко распространенных строительных материалов, с аналогичными по назначению наноматериалами.

**Табл. 1.** Сравнительный анализ физических, экономических и экологических характеристик строительных материалов

Материалы	Физические характеристики	Экономическая характеристика	Экологическая характеристика
Бетон	Морозостоек, водонепроницаем, истираем, коррозионно стоек	Доступен	Экологически чистый материал
Нанобетон [2]	Механическая прочность на 150% выше, чем у обычного, а морозостойкость - 50%. Вес конструкции снижается в 6 раз. Прочен, сейсмостоек, пластичен	Дороже обычного	
Волокно	Подвержено окислению и разрушению	Доступен	Безопасен при соблюдении правил эксплуатации
Нановолокно [3]	Высокопрочно и устойчиво к окислению	Незначительно дороже	
Грунтовка	Обеспечивает надежное сцепление покрытия с окрашиваемой поверхностью, обладает высокой адгезией	Содержит более дешевые пигменты и стоит дешево, низкая адгезия	Имеет очень резкий специфический запах при нанесении
Наногрунтовка [4]	Повышает качество и срок службы покрытий. Обеспечивает равномерное нанесение краски. Обеспыливает поверхность. Содержит эффективный антисептик	Уменьшает расход финишных красок	В финишном состоянии экологична
Древесина	Прочность зависит от направления приложенной силы	Самый дешевый материал	Экологически чистый материал
Нанодревесина [5]	Обладает высокой прочностью и не зависит от направления предложенных сил	Использование в качестве сырья отходы осины	
Клей (гель)	Содержит летучие органические соединения	Недорогой	Экологически опасен
Наноклей [6]	Требуется в чрезвычайно малых количествах, выдерживает температуры (до 700 <sup>0</sup> С)	Недорогой (около 3\$ за 100 г)	Менее экологически опасен
Краска	Огромнейший ассортимент. Разрушается под действием температуры	Недорогая	Неэкологичен
Нанокраска [7]	Нанокраски на основе оксида титана ионов серебра обладают бактерицидным действием	Чуть дороже обычной	Менее экологически опасен