

*О.І. Федів
Н.М. Паліброда
М.Ю. Коломоєць*

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ЕРОЗИВНО- ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Ключові слова: цироз печінки,
ерозивно-виразкові ураження
шлунка, карведилол, антигомо-
токсична терапія.

Резюме. У статті наведені особливості клінічного перебігу ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки. Показана ефективність лікування таких уражень шляхом призначення на тлі базисної терапії карведилолу та антигомотоксичних препаратів (Мукоза композитум, Убіхінон композитум, Галіум-Хель).

Вступ

Тісний анатомо-фізіологічний зв'язок печінки з іншими органами черевної порожнини зумовлює, зокрема, ураження слизової оболонки шлунка (СОШ) у хворих на ЦП. Ще у 1946 р. Jahn увів © О.І. Федів, Н.М. Паліброда, М.Ю. Коломоєць, 2008

термін "гепатогенна виразка" та описав чітку етіологічну та патогенетичну залежність між ЦП та гастродуоденальним виразкуванням [3]. З тих пір опубліковані результати лише нечисельних досліджень стосовно гепатогенних гастропатій та

ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на ЦП [1]. Ця проблема впродовж багатьох років залишається остаточно не вирішеною, що обумовлено складністю патогенезу, діагностики та лікування уражень СОШ у таких хворих. Водночас ЕВУШ, які виникають внаслідок ЦП, призводять до прогресування основної патології, погіршують якість життя хворих та прогноз захворювання.

Мета дослідження

Вивчення клінічних особливостей ЕВУШ у хворих на ЦП та удосконалення методики їх лікування шляхом додаткового призначення карведилолу та антигомотоксичної терапії.

Матеріали і методи

Для реалізації поставленої мети за допомогою сучасних біохімічних та інструментальних методів дослідження було обстежено 49 хворих на ЦП: 1-а група (19 осіб) - без ЕВУШ, 2-а група (30 осіб) - пацієнти з ЕВУШ. Тривалість захворювання з моменту встановлення діагнозу становила від 1 до 7 років. Головними етіологічними чинниками, що викликали захворювання, були вплив алкоголю та інших токсичних речовин. Групу для порівняння результатів досліджень склали 25 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі.

Частина хворих на ЦП з ЕВУШ (основна група - 13 осіб) на тлі традиційного лікування отримувала карведилол в дозі 25 мг на день одноразово зранку, Галіум-Хеель по 10 крапель 3 рази на день під язик за 15 хв до прийому їжі, Мукозу композитум по 2,2 мл в/м 1 раз на 3 дні № 5, Убіхінон композитум по 2,2 мл в/м 1 раз на 3 дні № 5 впродовж 3-4 тижнів. Прийом Галіум-Хеель починали за 5 днів до початку введення композитних препаратів з дренажною метою.

Контрольну групу склали 17 хворих на ЦП з ЕВУШ, яким проводилась загальноприйнята базисна терапія, в тому числі інгібітори протонної помпи, протихелікобактерна терапія - за наявності хелікобактеріозу.

Обговорення результатів дослідження

У групі хворих на ЦП без ЕВУШ найбільш характерними були скарги на важкість та розпирання в правому підребер'ї (17 чоловік), диспепсичні явища (15), схуднення (11), астенизацію (19), зниження апетиту (15), здуття живота (12), свербіж шкіри (4). Найбільш поширеними об'єктивними симптомами були субіктеричність шкіри та слизових оболонок (11 осіб), збільшення, чутливість, ущільнення печінки (19), спленомегалія (12).

В групі хворих на ЦП з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка основні скарги були такі ж, проте більш вираженими були метеоризм, пастозність гомілок, асцит. Частина хворих (11 осіб) скарг з боку шлунка не мали. У більшості хворих виявляли слабо позитивні симптоми Менделя та Образцова I, помірну розливу болючість при пальпації у надчеревній ділянці.

Перебіг ЦП в 3 випадках був ускладнений виникненням кровотечі з верхніх відділів ШКТ.

Таким чином, клінічна картина гепатогенних гастропатій та ерозивно-виразкових уражень шлунка характеризується малосимптомністю, часто нагадує прояви хронічного гастриту, функціональної диспепсії: ниючий малоінтенсивний біль у надчеревній ділянці, що виникає натще або після їжі; диспепсичні прояви, спричинені вторинними порушеннями моторики шлунка та дванадцятипалої кишки (відчуття важкості в епігастрії, швидке насичення, відрижка та ін.). Клінічні прояви гастропатій та виразок у хворих на ЦП часто "ховаються" за проявами основного захворювання, тому пацієнти, а інколи й лікарі не надають їм належного значення.

Отримані нами дані збігаються з даними літературних джерел, де вказується, що нерідко першими проявами гепатогенних гастропатій стають шлунково-кишкові кровотечі [2, 3]. Відомо, що ерозивно-виразкові ураження шлунка обумовлюють розвиток кровотеч у 5-24% хворих на ЦП, тобто є другою за частотою (після варикозно розширених вен стравоходу) причиною кровотеч у таких пацієнтів. Летальність при гострій кровотечі у хворих на ЦП за наявності виразкового ураження СОШ становить понад 75%. Перфорація виразки у хворих на ЦП призводить до смерті у понад 80% випадків, що обумовлено, насамперед, розвитком гепатаргії [2].

Отже, лікарі повинні активно виявляти ураження СОШ у хворих на ЦП для запобігання розвитку ускладнень та покращення прогнозу захворювання.

Призначення антигомотоксичної терапії та карведилолу на тлі базисної терапії призводило до поліпшення самопочуття, сну та апетиту, зменшення роздратованості та загальної слабкості, диспептичних і больових проявів у пацієнтів 2-ї групи на 5-7 день від початку лікування, тоді, як у хворих контрольної групи - лише на 10-12 день. Після проведеного курсу лікування астеничний синдром зберігався лише у 2 осіб (14,3%) основної групи, тоді як в контрольній групі він спостерігався у 5 хворих (35,71%). В ці ж терміни у більшості хворих основної групи зникали свербіння шкіри (80%), виражені диспептичні явища (85,7%),

болючість в епігастральній ділянці (92,8%), пастозність гомілок (100%).

Призначення антигомотоксичної терапії та карведилолу на тлі базисної терапії призвело до істотного покращання мікроциркуляції в СОШ: зменшення повнокров'я і набряку, стази крові та сладжу еритроцитів; відсутніми були діapedезні крововиливи та мікрогематоми. Після лікування виявлене суттєве ($p < 0,05$ - за критерієм знаків) зменшення вираженості каріопікнозу та десквамації клітин епітелію всіх відділів шлунка, дистрофічних змін. Крім того, в основній підгрупі хворих під кінець стаціонарного етапу лікування у СОШ зростала інтенсивність PAS-реакції.

У хворих контрольної групи вищезазначені зміни були менш значними ($p < 0,05$), хоча і відзначалося зменшення інтерстиціального набряку та альтеративних процесів, проте вираженими залишалися повнокров'я, стаз еритроцитів, наявні були діapedезні крововиливи у частини хворих.

Вивчення ендоскопічної картини СОШ у всіх пацієнтів з ЕВУШ показало, що після проведеного курсу лікування загосення ЕВУШ відбулося в 92,3% хворих основної групи проти 58,8% - у контрольній групі (в т.ч. не загосілися 3 гепатогенні виразки шлунка).

Висновки

1. Клінічна картина ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки характеризується малосимптомністю, часто "ховається" за проявами основного захворювання.

2. Лікарі повинні активно виявляти ураження СОШ у хворих на ЦП для запобігання розвитку ускладнень та покращання прогнозу захворювання.

3. Призначення карведилолу та антигомотоксичної терапії при лікуванні ЕВУШ у хворих на ЦП призводить до швидшого покращання клінічної картини захворювання.

4. Призначення карведилолу та антигомотоксичної терапії при лікуванні ЕВУШ у хворих на ЦП призводить до істотнішого покращання стану СОШ, що сприяє кращому загосенню ерозивно-виразкових уражень шлунка у таких пацієнтів.

Література. 1. Губергриц Н.Б., Лукашевич Г.М., Загоренко Ю.А. Гепатогенные гастропатии и гепатогенные язвы: старая история, которая остается вечно новой // Мистецтво лікування. - 2005. - №3. - С.12-18. 2. Лапшин А.В., Павлов Ч.С. Желудочно-кишечные кровотечения у больных циррозом печени // Лечение циррозов печени: Метод. рекомендации / Под ред. В.Т. Ивашкина. - М., 2003. - С. 40-48. 3. Пономарев А.А., Куликов Е.П. Необычные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. - Рязань: Узорчье, 2003. - 154с.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

О.И. Федив, Н.М. Палиброда, М.Ю. Коломоец

Резюме. В статье освещены особенности клинической картины эрозивно-язвенных поражений желудка у больных циррозом печени. Показана эффективность карведилола и антигомотоксических препаратов (Мукоза композитум, Убихинон композитум, Галиум-Хеель) в лечении таких поражений.

Ключевые слова: цирроз печени, эрозивно-язвенные поражения желудка, карведилол, антигомотоксическая терапия.

PECULIARITIES OF CLINICAL PRESENTATION AND TREATMENT OF EROSIIVE-ULCERATIVE DAMAGES OF THE STOMACH IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS

O.I. Fediv, N.M. Palibroda, M.U. Kolomoets

Abstract. Peculiarities of clinical presentation and treatment of erosive-ulcerous damages of the stomach in patients with cirrhosis have been elucidated in the article. The efficacy of Carvedilol and antihomotoxic therapy (Mucosa compositum, Ubichinon compositum, Galium-Heel) in the treatment of such damages has been shown.

Key words: liver cirrhosis, erosive-ulcerous damages of the stomach, carvedilol, antihomotoxic therapy.

Bucovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2008. - Vol.7, №2. -P.113-115.

Надійшла до редакції 18.03.2008

Рецензент - проф. Т.М. Христич