

особого подхода к использованию и контролю техники выполнения ингаляций пациентом, что требует дополнительного времени и определенного настроя от врача для достижения партнерского отношения с пациентом. Количество побочных эффектов (табл. 7), развившихся у пациентов различных лечебных учреждений на один и тот же препарат, отражает особенности субъективного восприятия врачей и больных БА процесса лечения.

Таблица 7

**Частота встречаемости побочных эффектов у пациентов различных лечебных учреждений**

Учреждение	Кол-во больных, у которых развились побочные эффекты	% от числа пролеченных в данном ЛПУ
ОКБ (стационар)	8	80
МУЗ «ОГКБ № 1»	(стационар)	1
	(поликлиника)	10
ГБ № 11 (стационар)	1	9

**Заключение.** Данные, полученные в результате проведенного исследования, показывают эффективность и безопасность использования комбинированного препарата биастен (будесонид+сальбутамол) отечественного производства в качестве единого ингалятора для базисной и симптоматической терапии БА. Различные варианты дозировок иГКС и  $\beta_2$ -агониста короткого действия в комбинированном препарате биастен удобны для подбора дозы при проведении ступенчатой терапии согласно рекомендациям GINA. Субъективные пристрастия врачей могут иметь значение в оценке эффективности и безопасности применения конкретного препарата.

**ЛИТЕРАТУРА**

- Архипов, В.В. Насколько безопасны современные агонисты  $\beta_2$ -адренорецепторов? / А.Н. Цой, В.В. Архипов // *Бронхиальная астма. Новые решения.* — М., 2007. — С.133—147.
- Архипов, В.В. Новые концепции терапии бронхиальной астмы: применение одного ингалятора для базисной терапии и устранения симптомов заболевания / А.Н. Цой, В.В. Архипов // *Бронхиальная астма. Новые решения.* — М., 2007. — С.103—132.
- Белевский, А.С. По следам публикации / А.С. Белевский // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2005. — № 2 (17). — С.40—41.

- Белевский, А.С. Проблемы контроля бронхиальной астмы у больных, получающих регулярную базисную терапию / А.С. Белевский, Н.А. Вознесенский // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2005. — № 4 (19). — С.42—44.
- Биличенко, Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы / Т.Н. Биличенко // *Бронхиальная астма: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина.* — М., 1997. — Т. 1. — С.400—424.
- Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 / пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. — М.: *Атмосфера*, 2007. — 103 с.
- Голевцова, З.Ш. Проблема аллергических пневмомикозов в практике врача-интерниста / З.Ш. Голевцова, Л.В. Овсянникова, Н.В. Овсянников // *Омский научный вестник.* — 2000. — № 10. — С.124—126.
- Овсянников, Н.В. Исследование эффективности безфреонового бекламетазона дипропионата в форме ингалятора Легкое Дыхание у больных бронхиальной астмой / Н.В. Овсянников, Н.В. Багишева, Т.А. Проскура // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2006. — № 3 (22). — С.56—60.
- Овсянникова, Л.В. Оппортунистические микозы у больных бронхиальной астмой на фоне базисной терапии / Л.В. Овсянникова, З.Ш. Голевцова, Н.В. Овсянников // *Проблемы медицинской микологии.* — 2003. — Т. 5, № 2. — С.32—33.
- Овсянников, Н.В. Оценка уровня контроля бронхиальной астмы в практике участкового терапевта / Н.В. Овсянников [и др.] // *Пульмонология.* — 2007. — № 1. — С. 100—105.
- Смоленов, И.В. Безопасность ингаляционных глюкокортикостероидов: новые ответы на старые вопросы / И.В. Смоленов // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2002. — № 3. — С.10—14.
- Соколов, А.С. Биастен — комбинированный отечественный препарат для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, Т.Н. Гаркавая // *Пульмонология.* — 2003. — № 5. — С.97—99.
- Соколов, А.С. Эффективность и безопасность Биастена — комбинированного препарата для базисной терапии бронхиальной астмы / А.С. Соколов, В.М. Павлов // *Атмосфера. Пульмонология и аллергология.* — 2004. — № 2 (13). — С.58.
- Федосеев, Г.Б. Бронхиальная астма / Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов. — СПб.: *Нордмедиздат*, 2006. — 308 с.
- Barnes, P.J. Scientific rationale for using a single inhaler for asthma control / P.J. Barnes // *Eur.Respir. J.* — 2007. — Vol. 29. — P.587—595.
- O'Byrne, P.M. Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma. The OPTIMA randomized trial / P.M. O'Byrne, P.J. Barnes, R. Rodrigues-Roisin [et al.] // *Amer. J. Respir. Crit. Care. Med.* — 2000. — Vol. 164. — P.1392—1397.

© Р.Г.Сайфутдинов, З.М.Галеева, З.А.Шайхутдинова, Д.Г.Исхакова, А.Р.Гилязова, 2009

УДК 616.33-002.44

## К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА

**РАФИК ГАЛИМЗЯНОВИЧ САЙФУТДИНОВ**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»  
**ЗАРИНА МУНИРОВНА ГАЛЕЕВА**, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»  
**ЗУЛЬФИЯ АНАСОВНА ШАЙХУТДИНОВА**, зам. гл. врача по медицинской части МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани», главный внештатный гастроэнтеролог Управления здравоохранением г. Казани  
**ДИЛЯРА ГАБДРАШИТОВНА ИСХАКОВА**, заведующая отделением гастроэнтерологии МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Казани»  
**АЛЬБИНА РАШИДОВНА ГИЛЯЗОВА**, клинический ординатор кафедры терапии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

**Реферат.** В данной статье описывается клинический случай длительно незаживающей язвы желудка, тактика обследования и ведения данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** длительно незаживающие язвы желудка, диагностика, лечение, цитопротекторы.

## TO THE QUESTION OF NON-HEALING GASTRIC ULCERS

R. G. SAYFOUDINOV, Z. M. GALEYEVA, Z. A. SHAIKHOUDINOVA, D. G. ISKHAKOVA, A. R. GILYAZOVA

**Abstract.** In the article the clinical case report of long not healing stomach ulcer, tactics of examination and treating these category of patients is described.

**Key words:** it is long not healing stomach ulcers, diagnostics, treatment, cytoprotectors.

На сегодняшний день, несмотря на совершенствование диагностических алгоритмов, применение современных схем эрадикационной терапии, язвенная болезнь желудка продолжает оставаться одной из наиболее частых патологий желудочно-кишечного тракта. Особый интерес представляют так называемые длительно незаживающие язвы желудка. Несмотря на кажущееся решение большинства вопросов, связанных с хроническими язвами желудка, ко многим из них приходится возвращаться в связи с накоплением новых данных по диагностике и лечению такого рода больных, у которых заживление происходит длительно или не происходит вообще на протяжении продолжительного времени.

Определенный интерес представляют сведения о том, какие язвы необходимо считать длительно незаживающими, т.е. раскрывающие сущность термина «длительно незаживающая язва». Проведенные исследования с использованием эндоскопического метода позволяют серьезно обсуждать реальные сроки заживления язвенных поражений желудка. Например, средние сроки рубцевания язв желудка согласно данным исследованиям составляют: язва кардиального отдела — 30—60 дней; язва тела желудка — 70—90 дней. Таким образом, большинство язв желудка заживает за 2 мес, что можно рассматривать как обычные сроки. Но, по данным некоторых авторов [1, 2, 3, 4], до 85% язв желудка заживает за 6 мес. Эти язвы с позиций этих авторов нельзя рассматривать как длительно незаживающие, правильнее их считать медленно заживающими, так как нередко заживление язв желудка не укладывается в сроки до 2 мес. Таким образом, говоря о сроках заживления язв желудка целесообразно придерживаться следующей терминологии:

- язвы, заживающие в обычные сроки (на протяжении 2 мес);
- длительно заживающие язвы (на протяжении 2—6 мес);
- длительно незаживающие язвы (на протяжении 6 мес и более).

В отечественной литературе крайне мало данных об особенностях длительно незаживающих язв, поэтому в данной статье мы решили подробнее осветить данный вопрос на основании обзора имеющихся источников литературы. Для длительно незаживающих язв желудка характерны следующие особенности:

- преобладают пациенты мужского пола;
- возраст чаще 30—40 лет и старше;
- язвы имеют преимущественно средние и большие размеры, различной глубины; чаще всего располагаются в теле желудка и в антрально-пилорическом отделе;
- в основном язвы одиночные, округлой или полигональной формы;
- размеры от 1,5—2 см и более; преобладают язвы округлой формы;
- изъязвления преимущественно глубокие;
- края язвы в большинстве случаев ровные, белесоватого цвета, возвышающиеся над окружающей сли-

зистой оболочкой, отмечается подрытость и пологость краев, консистенция краев плотная;

- дно язвы гладкое, покрыто толстым слоем некротического налета, сосуды не видны;
- стенка органа деформирована, отмечаются множественные перигастральные спайки;
- осложняются кровотечением, редко трансформируются в рак;
- кислотообразующая функция желудка в основном сохранена, реже повышена или понижена;
- у 8,5% пациентов возникновению язвы желудка предшествует язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК);
- поражение желудка протекает на фоне сопутствующих заболеваний: атеросклероза различной локализации, ИБС, гипертонической болезни, эмфиземы легких, пневмосклероза, ГПОД, дискинезии желчного пузыря.

Данные язвы также имеют особенности болевого синдрома в зависимости от локализации. При язве проксимального отдела желудка (кардиальный или субкардиальный отделы, верхняя и средняя треть желудка) интенсивность боли и диспептических расстройств бывает менее выражена по сравнению с язвами, локализующимися в дистальном отделе желудка (верхняя треть тела желудка, антральный и пилорический отделы), где болевой синдром и диспептические расстройства носят выраженный характер. Чаще всего боль локализуется в эпигастральной области (76,5%), реже под мечевидным отростком (12,5%) и в правом и левом подреберье (11,0%). Среди эндоскопических особенностей данных язв можно отметить:

- бледность слизистой оболочки с просвечиванием мелких сосудов, преимущественно в дистальной трети органа;
- сохранность ширины складок слизистой оболочки;
- язвы чаще средних и больших размеров;
- язвы имеют достаточно большую глубину и длительно сохраняющееся периульцерозное воспаление различной степени выраженности;
- часто сочетаются с регургитацией содержимого двенадцатиперстной кишки;
- часто язвам сопутствуют острые или хронические эрозии;
- конвергенция складок слизистой оболочки выражена в различной степени.

При гистологическом исследовании выявляются черты классической язвы, но с рядом особенностей: на дне язвы, помимо экссудата, широкой и глубокой зоны фибриноидного некроза и грануляционной ткани, имеются зоны резко выраженного склероза, распространяющегося за пределы изъязвления до серозной оболочки, мощные фиброзные перигастральные сращения, мышечный слой обычно разорван и склерозирован, отмечаются эндартерииты, эндофлебиты с облитерацией просвета мелких и крупных сосудов, а также образование большого количества артериовенозных анастомозов. В пилорическом отделе, как правило, у всех больных выявляется атрофический гастрит, в фундальном отделе — структура клеток чаще сохранена.

Необходимо отдельно отметить вклад отечественных ученых в изучение особенностей длительно незаживающих язв. Так, В.М. Майоров и соавт. (1999) при изучении желудочной секреции у ряда больных с незаживающими язвами на протяжении 10 лет, затем зажившими, показали некоторое уменьшение показателей секреторной функции желудка при их заживлении. Н.И. Белостоцкий (1999) установил снижение активности пепсинов желудочного сока при язвенной болезни желудка (ЯБЖ), наиболее выраженную у пациентов с длительно незаживающими язвами. Автор отмечает снижение удельной активности пепсинов в зонах локализации желудочных протеаз на фоне повышенного количества ферментного белка фракций пепсинов. А.Ю. Барановский (1998) разработал универсальную программу прогнозирования течения ЯБЖ, позволяющую с высокой достоверностью предвидеть возможность формирования длительно незаживающих язв (в 78,8% случаев). Автором сформулировано положение об определяющем значении функционально-морфологического состояния и уровня метаболических процессов периульцерозной зоны и края язвы желудка. Предикторами длительного заживления язвы, по А.Ю. Барановскому, являются:

- наличие симптомокомплекса предъязвенного состояния (58,2%);
- постепенное нарастание симптомов (90,2% случаев) с наличием болей ноющего характера (89,1%) и локализацией в эпигастральной области (69,4%);
- большое число случаев (53,6%) с высокими значениями показателя соотношения стимулированной и базальной кислотной продукции;
- прогрессирующий иммунодефицит в виде снижения Т-лимфоцитов;
- большие размеры кратера, превышающие 1,0 см в диаметре, глубокие язвы (73,6%);
- асимметрия периульцерозной зоны по отношению к краю язвы, достоверное существенное увеличение площади периульцерозной зоны, длительно сохраняющееся выраженное периульцерозное воспаление (повышение содержания лимфоцитов, плазматических клеток, нейтрофилов, понижение эозинофилов — 59,9%);
- выраженное угнетение муцинообразования по результатам гистологического исследования, падение адгезивной способности слизи в виде неравномерного распределения в периульцерозной зоне (66,2%);
- снижение тучных клеток более чем в 2 раза в крае язвы и качественное их изменение: представлены незрелыми и слабогранулированными клетками;
- снижение содержания в слизистой оболочке желудка креатинфосфата более чем на 50%, НАД-Н и окисленных форм флавопротеидов в периульцерозной зоне, отражающие глубокие тканевые метаболические расстройства.

#### К л и н и ч е с к и й с л у ч а й.

Пациент С., 52 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение ГКБ № 7 8 сентября 2009 г. с жалобами на отсутствие аппетита, на похудание (на 20 кг за последние 8 лет), на боли ноющего характера в эпигастрии умеренной интенсивности, не связанные с приемом пищи; на рвоту желудочным содержимым; на бессонницу, раздражительность, подавленность настроения; на онемение в пальцах рук; на периодические болезненные стягивания в мышцах ног; на повышение артериального давления максимально до 190/110 мм рт.ст., рабочее — 120/80 мм рт.ст.

История развития настоящего заболевания. Больным себя считает с начала ноября 2007 г., когда впервые

появились боли в эпигастральной области, интенсивные, неиррадирующие, возникающие независимо от приема пищи; рвота «кофейной гущей» от 2 до 3 раз в день на высоте болевого синдрома; резко похудел (на 5 кг за 2 мес). Обратился к участковому терапевту. Был направлен в городскую онкологический диспансер, где было проведено обследование. При проведении ФГДС была обнаружена язва в области угла желудка, ассоциированная с *Helicobacter pylori*. Проходил стационарное лечение в ГКБ № 7 с 30.11.07 г. по 17.12.07 г. с диагнозом: язвенная болезнь желудка, ассоциированная с *Helicobacter pylori* (язва угла желудка 1,0×0,4 см), впервые выявленная. Анемия легкой степени тяжести. Проведен курс тройной эрадикационной терапии, были даны рекомендации по изменению образа жизни.

После выписки на амбулаторном этапе пациент рекомендации не соблюдал. Ухудшение самочувствия — через 3 нед после выписки в виде возобновления болевого синдрома и рвоты. Повторная госпитализация в ГКБ № 7 с 31.01.2008 г. по 12.02.2008 г., где принимал антисекреторную терапию, антациды, витаминотерапию.

С февраля по июнь 2008 г. боли не беспокоят, самочувствие хорошее. В июле 2008 г. — обострение заболевания. Вновь находится на стационарном лечении в ГКБ № 7 (03.07.2008.—16.07.2008). Получаемая терапия: ингибиторы протонной помпы, спазмолитики, витамин В<sub>12</sub>, препараты железа. После выписки наступает ремиссия, следующее обострение — в сентябре 2009 г. Таким образом, у данного пациента за период с 2007 г. по 2009 г. регистрируется четыре госпитализации.

Перенесенные заболевания: перелом нижней челюсти (1994), травма позвоночника (2005), артериальная гипертензия (с 2006). Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственность отягощена: язвенная болезнь желудка со стороны матери.

История жизни: образование среднее; жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Семейное положение: женат, 2 детей. Работает сборщиком-клепальщиком на «КАПО им. Горбунова». Имеются профессиональные вредности: шум, вибрация. Питается нерегулярно, не завтракает, пьет очень мало жидкости. В армии не служил. Вредные привычки: курит более 20 лет около 20 сигарет в день; алкоголь не употребляет в течение последних 10 лет, до этого злоупотреблял. Принимаемые ЛС: лизиноприл — нерегулярно.

Данные объективного исследования: при беседе с пациентом обращает на себя внимание повышенный уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость настроения. Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, астеническое, рост 170 см, вес 52 кг, ИМТ — 17,9. Отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная система: сильно деформирован позвоночный столб на протяжении, при пальпации безболезненный. Органы дыхания: перкуторно легочной звук; при аускультации дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются; ЧДД — 19 в мин. Сердечно-сосудистая система: границы сердца не расширены; тоны приглушены, ритмичные; АД — 150/90 мм рт.ст.; пульс — 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Система органов пищеварения: обращает на себя внимание отсутствие множества зубов; язык влажный, густо обложен белым налетом; живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный при пальпации в области эпигастрия; печень не увеличена; селезенка не пальпируется. Система мочевыделения: при осмот-

ре поясничной и надлонной областей патологические изменения не выявляются; симптом Пастернацкого отсутствует с обеих сторон.

На основании жалоб пациента, данных анамнеза заболевания и данных объективного исследования выставлен предварительный диагноз: язвенная болезнь желудка, часто рецидивирующее течение, обострение. Артериальная гипертензия I стадии, риск 2.

Динамика некоторых лабораторно-инструментальных методов обследования за период с 2007 г. по 2009 г. представлены в (табл. 1, 2, 3, 4).

Таблица 1

Динамика показателей общего анализа крови за период с 2007 г. по 2009 г.

Показатели	2007, декабрь	2008, январь	2008, июль	2009, сентябрь
Hb, г/л	69	76	85	109
Eg, $\times 10^{12}$ /л	3,23	3,41	3,52	4,23
ЦП	0,64	0,67	0,72	0,78
Leu, $\times 10^9$ /л	6,0	9,8	9,7	4,6
СОЭ, мм/ч	48	36	25	28

Таблица 2

Динамика показателей биохимического анализа крови 2007—2009 гг.

Показатель	2007, декабрь	2008, январь	2008, июль	2009, сентябрь
Ві, мкмоль/л	10,0	10,0	10,0	12,0
Общий белок, г/л	68,9	81	74	69
ПТИ, %	83%	94%	94%	67%
Глюкоза, ммоль/л	5,3	4,0	4,0	3,4
FE сыворотки	5,1	5,8	6,9	6,5

Таблица 3

Лабораторно-инструментальные исследования в стационаре при последней госпитализации

Общий анализ крови

Показатель	09.09.09 (при поступлении)	25.09.09 (при выписке)
Hb, г/л	109	114
Eg, $\times 10^{12}$ /л	4,23	4,12
ЦП	0,78	0,83
Leu, $\times 10^9$ /л	4,6	5,0
L-формула, %	П-1, С-75, Э-0, М-1, Л-23%	П-2, С-72, Э-0, М-2, Л-24%
СОЭ, мм/ч	28	28

Биохимическое исследование крови в динамике

Показатель	09.09.09 (при поступлении)	25.09.09 (при выписке)
Билирубин общий, мкмоль/л	12	15
АЛТ, усл. ед.	23	38,5
АСТ, усл. ед.	40,5	41,1
Мочевина, ммоль/л	9,9	6,7
Креатинин, мкмоль/л	113	83
ЩФ, усл. ед.	204	235
Амилаза, г/ч*л	76	78
Холестерин, ммоль/л	3,9	4,1

Общий анализ мочи: моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, удельный вес — 1031, белок — 0,03%, сахар отрицательный; при микроскопии: эпителий плоский — 3—4 в поле зрения, лейкоциты — 1—2 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — 200, эритроциты — 0.

Таблица 4

Динамика ФГДС за период с 2007 г. по 2009 г.

Отдел ЖКТ	2007, декабрь	2008, январь	2008, июль	2009, сентябрь
Пищевод	Проходим	Проходим, в нижней трети — эрозии с наложением фибрина	Проходим, в нижней трети — эрозии с наложением фибрина	Проходим
Кардиальный жом	Сомкнут, гипотоничный	Зияет, гипотоничный	Зияет, гипотоничный	Сомкнут, гипотоничный
Желудок	Атрофический гастрит, в области угла язва 1,0×0,4 см	Атрофический гастрит, в области угла язва 1,5×1,0 см	Атрофический гастрит, в области угла язва 3,0×1,0 см	Атрофический гастрит, на большой кривизне язва 2,0×2,0 см, гиперплазия слизистой вокруг язвы
Привратник	Циркулярно изъязвлен	Непроходим, рубцово деформирован	Непроходим, стенозированный	Деформирован; непроходим для аппарата 9,8 мм; язва 2,5×2,0 см, циркулярно поражающая привратник

Во время проведения контрольной ФГДС была взята множественная биопсия для исключения признаков злокачественной неоплазии. Часть биопсийного материала была исследована морфологическим методом, часть для более точного анализа направлена на проточно-цитологический анализ. Морфологическое заключение: хронический, глубокий *Helicobacter pylori* (*Нр*), ассоциированный гастрит в стадии эрозивно-язвенного обострения с участками фовеоальвеолярной гиперплазии, кишечной метаплазии и легкой степени дисплазии эпителия; *Нр* — отрицательный (при амбулаторном исследовании до поступления в стационар *Нр* обнаруживались).

При исследовании биопсийного материала методом проточной цитофлуометрии (метод, позволяющий оценить количественное содержание клеток в различные фазы клеточного цикла) было обнаружено: увеличение фракции клеток в S-фазу клеточного цикла, которая составила 21,16%. В норме слизистая желудка содержит не более 10% клеток в S-фазу митоза. Таким образом, у пациента имеется повышенная регенераторная активность клеток в S-фазе митоза.

Ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы при поступлении: печень с чет-

кими, ровными контурами; правая доля — 133 мм, левая — 65 мм. Паренхима с явлениями диффузного стеатоза, изоэхогенная. Желчный пузырь: 51×23 мм, перегиб в области тела; стенки гиперэхогенные, содержимое гомогенное. Конкрементов нет. Холедох 5 мм, v.portae 9 мм. Поджелудочная железа: контуры ровные, границы четкие, структура неоднородная, изогиперэхогенная. Размер в области головки 23 мм, тела 16 мм.

Ультразвуковое исследование почек при поступлении: контуры ровные, границы четкие, положение не изменено, дыхательная экскурсия не нарушена. Размеры: левая почка — 103×44 мм, правая почка — 78×45 мм. Дифференциация слоев паренхимы не нарушена, эхогенность ЧЛС повышена. В проекции ЧЛС с обеих сторон гиперэхогенные структуры до 2—3 мм. Пирамидки с обеих сторон до 9—10 мм.

Ввиду наличия у пациента повышенного уровня тревожности, эмоциональной лабильности, раздражительности, подавленности настроения была назначена консультация невролога. Заключение: ЦВБ, хроническая ишемия головного мозга с рассеянной микроорганической симптоматикой, астеновегетативным синдромом. Рекомендованная терапия: амитриптилин 1/4 табл. на ночь, пираретам, трентал; показана консультация психиатра.

Таким образом, у нашего пациента имелись все классические признаки, характерные для длительно незаживающих язв желудка. На основании всех вышеописанных клиничко-инструментальных методов исследования был выставлен клинический диагноз: язвенная болезнь желудка (язва на большой кривизне 2,0 ×2,0 см, язва привратника 2,5 ×2,0 см), ассоциированная с *Нр*, осложненная стенозом выходного отдела желудка в стадии декомпенсации. Анемия легкой степени тяжести. Гипертоническая болезнь I стадии, риск 2. ЦВБ. Хроническая ишемия головного мозга с рассеянной микроорганической симптоматикой, астеновегетативным синдромом.

Проведенное лечение: флемоксин солютаб 1,0 г 2 раза в день; де-нол 240 мг 2 раза в день; фуразолидон 400 мг 2 раза в день; ультоп 40 мг 2 раза в день; курс лечения 14 дней. Также пациент получал дротаверин 2,0 мг 2 раза в день в/м; лизиноприл 5 мг 2 раза в день. За время лечения пациент отметил улучшение общего самочувствия, уменьшение болевого синдрома. При выписке даны следующие рекомендации: соблюдение диеты; прием ингибиторов протонной помпы; консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении; ультразвуковое исследование желудка с послойным изучением характера поражений; консультация онколога.

Рассматривая вопросы лечения длительно незаживающих язв желудка, следует учитывать:

- степень выраженности болевого синдрома;
- величину и глубину язвы;
- локализацию язвы;
- продолжительность отсутствия заживления язвы;
- уровень желудочной секреции;
- характер предшествующей терапии;
- сопутствующие заболевания;
- необходимость исключения опухолевого роста.

Уместным будет вспомнить цитату Л.И. Аруина о том, что «качество заживления язв связано не только с состоянием новообразованной слизистой оболочки, но и, главным образом, с состоянием подлежащей ткани,

так как именно оно определяет трофику слизистой оболочки и создает условия для возникновения рецидивов». Кроме того, Л.И. Аруин подчеркивает, что особенно при локализации язвы на малой кривизне всегда имеется недостаточное кровоснабжение зоны изъязвления и отмечается усиленная пролиферация эпителиальных клеток в краях длительно незаживающих язв. В связи с этим пути совершенствования терапии данной категории пациентов мы считаем следующие:

- индивидуальный подход к лечению, часто выходящий за пределы «стандартов» лечения;
- учитывать ранее использованную терапию;
- раннее назначение цитопротекторов;
- учитывать наличие дуоденогастрального рефлюкса;
- оценивать вклад сопутствующих заболеваний в течение язвенного процесса;
- проводить оценку иммунного статуса пациентов;
- повышать приверженность пациентов к лечению.

Среди всех используемых цитопротекторов особого внимания заслуживает препарат *де-нол*, так как именно цитопротекторы стабилизируют защитные свойства слизистой оболочки ЖКТ за счет снижения факторов агрессии и/или повышения факторов защиты, способствуют заживлению эрозий и язв с формированием качественного рубца. Кроме того, *де-нол* воздействует многогранно и имеет множество точек приложения на различных уровнях, а именно:

- на уровне предэпителиального барьера:*
  - увеличивает секрецию слизи и ионов гидрокарбоната, затрудняя проникновение кислоты к эпителию, защищая здоровую слизистую;
  - селективно связывается со слизью и белками дна язвы и создает защитный слой на поверхности поврежденной слизистой;
  - способен связывать желчные кислоты;
- на уровне эпителиального барьера:*
  - снижает продукцию и активность пепсина, предохраняя эпидермальные факторы роста от распада;
  - усиливает регенерацию эпителия и улучшает ультраструктуру слизистой оболочки;
  - увеличивает синтез простагландинов;
- на уровне постэпителиального барьера:*
  - стимулирует ангиогенез;
  - усиливает кровоток в слизистой оболочке и улучшает трофику тканей;
  - обладает антиоксидантным действием;
  - подавляет продукцию цитокинов клетками воспалительного инфильтрата;
  - уничтожает *H.pylori*;
  - связывается с некротизированными участками и образует пленку.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Салупере, В.П. Сроки и условия заживления язвы при язвенной болезни / В.П. Салупере, Х.И.Г. Маароос, А.П. Калликорм // Терапевтический архив. — 1998. — Т. 53, № 2. — С.19—20.
2. Майоров, В.М. Длительно незаживающие язвы желудка / В.М. Майоров, Т.С. Сверчкова, Б.Г. Степанян. — М.: Наука, 1998. — 72 с.
3. Аруин, Л.И. Регенерация слизистой оболочки желудка и ее клиническое значение / Л.И. Аруин // Клиническая медицина. — 1999. — Т. 59, № 2. — С.55—63.
4. Барановский, А.Ю. Прогнозирование течения, исходов и осложнений язвенной болезни желудка: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Ю. Барановский.