

the mucosa ultrastructure in healthy subjects except for changes in surface epithelium. Based on the histoenzymologic studies it has been ascertained that in ChPGD there occurs a rise in lysosomal enzymes similar to that encountered in PU, reflecting the intensity of catabolic processes, decrease in the activity of enzymes of the capillary wall and mitochondria respiratory chain against the background of compensatory enhancement of the activity of the glycolytic enzyme lactatedehydrogenase. In ChAGD the activity of all the enzymes was low, while in ChSGD it did not differ significantly from that in healthy subjects.

УДК 616.33-002.44-08

Надійшла 07.04.95

І. П. КАТЕРЕНЧУК (Полтава)

ВПЛИВ ТАКТИВІНУ ТА ІНТРАДУОДЕНАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ СУМІШЕЙ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Кафедра госпітальної терапії (зав. – доц. І. П. Катеренчук)
Української медичної стоматологічної академії

Останнім часом завдяки застосуванню в терапії виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХДК) блокаторів H_2 -рецепторів гістаміну, блокаторів протонної помпи та сучасних цитопротективних засобів вдалось значно підвищити ефективність лікування [1, 4, 6]. Однак невирішеним залишається подовження клінічної ремісії, оскільки у більшості випадків виразки рецидивують майже у 100% хворих [1].

Серед причин рецидування ВХДК останнім часом все частіше називають персистенцію в слизовій оболонці антрального відділу шлунка і цибулини дванадцятипалої кишки мікроорганізму *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), а також зміни загального та місцевого імунітету [5, 7, 10, 11, 13]. Застосування антибактеріальних засобів підвищило ефективність лікування та зменшило кількість рецидивів [3, 8, 12], однак ці препарати не нормалізують порушення імунного стану, а їх тривале застосування неможливе внаслідок побічних ефектів (розвиток дисбактеріозу тощо), крім того, їхня дія обмежується порожниною шлунка [9].

З метою покращання ефективності лікування і подовження клініко-ендоскопічної ремісії ми у хворих на ВХДК, асоційованою з *H. pylori*, проводили лікування, до якого включали тактивін (1 мл внутрішньом'язово 1 раз на день протягом 10 днів) та інтрадуоденальне введення медикаментозних сумішей фармако- і фітопрепаратів.

Проведено комплексне обстеження і лікування 117 хворих на ВХДК віком від 17 до 69 років, у яких до початку лікування виявлено в слизовій оболонці антрального відділу шлунка і цибулини дванадцятипалої кишки *H. pylori*. Легкий перебіг захворювання (рецидиви захворювання 1 раз протягом 1–2 років) був у 65 (55,6%) хворих, середнього ступеня тяжкості (рецидиви захворювання 1–2 рази протягом року при відсутності ускладнень в анамнезі) – у 33 (28,2%) хворих, тяжкий (виражений больовий синдром, рецидиви 3 рази на рік і частіше) – у 19 (16,2%) хворих.

Діаметр виразкового дефекту до 0,5 см був у 41 (35%) хворого, 0,6–1 см – у 46 (39,3%), 1,1–1,5 см – у 25 (21,4%), 1,6–2 см – у 5 (4,3%) хворих. Усім хворим до початку лікування, після його завершення та через рік проводили езофагогастродуоденоскопію з біопсією слизової оболонки антрального відділу шлунка і цибулини дванадцятипалої кишки, визначали абсолютну та відносну кількість Т- і В-лімфоцитів, концентрацію імуноглобулінів (Ig) класів G, A і M та наявність *H. pylori* в слизовій оболонці. В біоптатах за експрес-методом П. Я. Григор'єва та співавторів [2] з уточненнями І. К. Тананаєвої та співавторів [14] визначали наявність і ступінь заселення слизової оболонки *H. pylori*.

Усі хворі залежно від терапії розподілені на п'ять груп: хворим І групи (38 чол.) проводили базисну терапію, що включала антациди, антисекре-

торні та покращувальні регенерацію слизової оболонки засоби; хворим II групи (21 чол.) додатково включали тактивін; хворим III групи – тактивін та інтрадуоденальне введення ротокану (Р); IV – тактивін та інтрадуоденальне введення суміші ротокану, олазолу і пропосолю (РОП); V – тактивін та інтрадуоденальне введення суміші ротокану, олазолу, пропосолю, метилурацилу та трихополу (РОПМТ).

Як показали наші дослідження, у хворих на ВХДК, асоційованою з *H. pylori*, у період загострення захворювання відмічається достовірне зменшення в крові абсолютної і відносної кількості Т-лімфоцитів ($44,18 \pm 0,92$)% та концентрації IgA ($1,84 \pm 0,02$) л/г, підвищення концентрації IgG ($17,17 \pm 0,35$) л/г і IgM ($1,99 \pm 0,03$) л/г.

Таблиця 1. Ступінь обсіменіння слизової оболонки *H. pylori* у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки

Характер лікування	n	Ступінь обсіменіння <i>H. pylori</i>			
		+++	+	+	-
Базисна терапія					
до лікування	38	12 (31,6)	18 (47,4)	8 (21,0)	-
після лікування	38	8 (21,0)	18 (47,4)	12 (31,6)	-
через 1 рік	36	10 (27,8)	16 (44,4)	10 (27,8)	-
Тактивін					
до лікування	21	8 (38,1)	7 (33,3)	6 (28,6)	-
після лікування	19	4 (21,0)	4 (21,0)	8 (42,2)	3 (15,8)
через 1 рік	18	7 (38,9)	8 (44,4)	2 (11,1)	1 (5,6)
Тактивін + Р					
до лікування	20	9 (45,0)	7 (35,0)	4 (20,0)	-
після лікування	18	2 (11,1)	4 (22,2)	7 (38,9)	5 (27,8)
через 1 рік	17	4 (23,5)	5 (29,4)	6 (35,3)	2 (11,8)
Тактивін + РОП					
до лікування	18	6 (33,3)	10 (55,6)	2 (11,1)	-
після лікування	18	-	7 (38,9)	7 (38,9)	4 (22,2)
через 1 рік	17	-	8 (47,1)	8 (47,1)	1 (5,8)
Тактивін + РОПМТ					
до лікування	20	7 (35,0)	8 (40,0)	5 (25,0)	-
після лікування	20	-	-	2 (10,0)	18 (90,0)
через 1 рік	18	-	1 (5,6)	3 (16,7)	14 (77,7)

Примітка. n – кількість хворих; в дужках – показник у відсотках.

Традиційна терапія не усуває порушень імунного стану та не забезпечує ефективної санації слизової оболонки від *H. pylori* (табл. 1), хоча у 71% хворих вдається досягнути загоєння виразкового дефекту (табл. 2). При цьому ступінь обсіменіння слизової оболонки *H. pylori* після лікування майже не змінюється. У цій групі рецидиви захворювання протягом року подальшого спостереження розвивались у 100% хворих.

Таблиця 2. Загоєння виразкового дефекту (ЗВД) та рецидивування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки залежно від характеру лікування

Характер лікування	Обстежено	Кількість хворих з ЗВД		Обстежено через 1 рік	Кількість хворих з РВДК	
		абс.	%		абс.	%
Базисна терапія	38	27	71	35	35	100
Тактивін	19	19	100	18	8	44,4
Тактивін + Р	18	18	100	17	7	41,2
Тактивін + РОП	18	18	100	17	3	17,6
Тактивін + РОПМТ	20	20	100	18	-	-

У хворих, яким до комплексу лікування включали тактивін, відмічали після лікування нормалізацію імунологічних показників, що зберігалось і через рік після лікування. Знижувався ступінь обсіменіння слизової оболонки *H. pylori* (див. табл. 1).

Після лікування загоєння виразкового дефекту досягнуто у 100% хворих, однак протягом року подальшого спостереження рецидиви захворювання виявлені у 44,4% хворих (див. табл. 2). Аналогічні результати отримані у хворих, яким до комплексу лікування включали тактивін та інтрадуоденальне введення ротокану.

У хворих, яким до комплексу лікування включали тактивін та інтрадуоденальне введення суміші РОП на фоні нормалізації імунологічних показників, відмічали більш ефективну санацію слизової оболонки від *H. pylori* як після лікування, так і через рік. Протягом року рецидиви захворювання розвинулись у 17,6% хворих (див. табл. 1, 2).

Однак найкращі результати лікування отримані в групі хворих, яким призначали тактивін у поєднанні з інтрадуоденальним введенням суміші РОПМТ. Після лікування і загоєння виразкового дефекту у 100% хворих санацію слизової оболонки від *H. pylori* на фоні нормалізації імунного стану відзначали у 90% хворих, однак уже через рік спостерігалось підвищення ступеня обмінення слизової оболонки *H. pylori*. Протягом року рецидивів виразкової хвороби не було.

Таким чином, результати проведених нами досліджень свідчать, що ВХДК, асоційована з *H. pylori*, супроводжується імунними порушеннями, нормалізації яких можна досягти призначенням хворим тактивіну. Однак для підвищення ефективної санації слизової оболонки від *H. pylori* доцільне інтрадуоденальне введення лікарських засобів, серед яких найефективнішою є суміш РОПМТ. Нормалізація імунного стану і санація слизової оболонки від *H. pylori* подовжують клініко-ендоскопічну ремісію у хворих на ВХДК, асоційовану з *H. pylori*.

Список літератури

1. Григорьев П. Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина, 1986. – 224 с.
2. Григорьев П. Я., Исаков В. А., Розенталь В. М. и др. // Лаб. дело. – 1989. – № 6. – С. 52–54.
3. Григорьев П. Я., Исаков В. А., Яковенко Э. П. // Терапевт. арх. – 1988. – № 8. – С. 118–126.
4. Десярева И. И., Лодяная Е. В., Хатиб З. // Новое в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения: Тез. докл. – Харьков, 1994. – С. 20–21.
5. Дударь Л. В. Клиническая оценка эффективности различных методов иммунокоррекции при язвенной болезни: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Симферополь, 1994. – 36 с.
6. Звартаву Э. Э., Рысс Е. С. Фармакотерапия гастродуоденальных язв. – СПб: Наука, 1992. – 174 с.
7. Ивашкин В. Т., Положенцев С. Д., Султанов В. К. и др. // Терапевт. арх. – 1993. – Т. 65, № 2. – С. 11–13.
8. Ильченко А. А., Зурабшвили Н. Г., Жуховский В. Г. // Там же. – 1991. – Т. 63, № 2. – С. 21–26.
9. Ильченко А. А., Зотина М. М. // Рос. мед. журн. – 1992. – № 1. – С. 6–9.
10. Логинов А. С., Аруин Л. Н., Смотровая И. А. // Клини. мед. – 1987. – № 8. – С. 20–25.
11. Малов Ю. С. Неспецифические факторы защиты и иммунные механизмы в развитии язвенной болезни: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1987. – 30 с.
12. Передезий В. Г., Рожавин М. А. // Клини. мед. – 1989. – № 1. – С. 44–48.
13. Рожавин М. А. // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 1989. – № 7. – С. 114–118.
14. Тананаева И. К., Петрова Т. С., Старобина А. Д., Павлова В. Д. // Язвенная болезнь, современные представления об этиологии, диагностике и лечении / Под ред. П. Я. Григорьева. – М., 1990. – С. 34–39.

ВЛИЯНИЕ ТАКТИВИНА И ИНТРАДУОДЕНАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СМЕСЕЙ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. А. Катеренчук (Полтава)

В комплекс лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) включали применение тактивина и интрадуоденальное введение медикаментозных смесей, в состав которых входили фармако- и фитопрепараты.

Контролем эффективности лечения были заживление язвенного дефекта, санация слизистой оболочки от *H. pylori* и продолжительность клинико-эндоскопической ремиссии.

Наилучший эффект лечения был достигнут сочетанием тактивина и интрадуоденальным введением смеси ротокана, олазоля, пропосола, метилурацила и трихопола.

EFFECTS OF TACTIVIN AND INTRADUODENAL ADMINISTRATION OF DRUG MIXTURES ON EFFICIENCY OF TREATMENT OF DUODENAL ULCER

I. P. Katerenchuk (Poltava)

Incorporated into the complex of therapeutic measures to treat duodenal ulcer associated with *Helicobacter pylori* (*H. p.*) were tactivin and intraduodenal administration of drug mixtures made up of pharmaco- and phytopreparations. Effectiveness of treatment was to be evidenced by healing of the ulcer defect, elimination of *H. p.* from the mucous membrane, and length of clinicoendoscopic remission.

The greatest benefit from treatment occurred when tactivin was used in combination with intraduodenal administration a mixture of rotocan, olazol, proposol, methiluracil, and trychopol.