

УДК 616.33-002.44

Л.Д. ХУПЕНИЯ

Медицинский центр «Medical Assistance Group», г. Алматы

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ



Проблема XXI века. В настоящее время в мире и Казахстане резко выросла заболеваемость населения разными инфекционными болезнями, в том числе инфекцией хеликобактер пилори, которая вызывает язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Инфекция одинаково поражает все возрастные группы населения, от детского (5-6 лет) до пожилого возраста. Сложность лечения заключается в правильном выборе антисекреторного препарата и антибиотикотерапии при эрадикации НР. До появления в фармацевтике ингибитора протонной помпы – ПАРИЕТ 20 мг, лечение проводилось Н₂-блокаторами, которые не были высокоэффективными для заживления язвенного дефекта и требовали длительных курсов терапии. Кроме этого, часто проявлялся рецидив повторного обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. С появлением на фармацевтическом рынке препарата ПАРИЕТ 20 мг сократились сроки терапевтического лечения (приблизительно на 50%), отмечается полное заживление язвенного дефекта и исключились рецидивы повторного обострения заболевания. Таким образом, ПАРИЕТ 20 мг является «золотым стандартом» в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, инфекция хеликобактер пилори, осложнение и течение язвенной болезни, обследование, эрадикационная терапия НР, препарат ПАРИЕТ 20 мг, эффективность терапии.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) – хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, основное проявление которого – формирование достаточно стойкого язвенного дефекта в желудке и/или двенадцатиперстной кишке (ДПК).

В международной классификации болезней (МКБ-10) ЯБ соответствует название «пептическая язва» (peptic ulcer disease). ЯБ – хроническое и рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию вовлечения в патологический процесс, кроме желудка, других органов пищеварения и всего организма. Неадекватное лечение ЯБ приводит к осложнениям, которые угрожают жизни больного.

До 6-10 лет ЯБ поражает мальчиков и девочек приблизительно с одинаковой частотой, а после 10 лет мальчики болеют значительно чаще. Этот факт, вероятно, объясняется антиульцерогенным действием эстрогенов. Следует подчеркнуть, что в последнее время отмечается значительное омоложение ЯБ. Нередко это заболевание диагностируется уже в возрасте 5-6 лет. Заболевание встречается и у взрослых.

На протяжении последних десятилетий мы можем наблюдать коренные изменения точки зрения на этиологию и патогенез ЯБ. На смену парадигме «нет кислоты, нет язвы» пришло убеждение «нет *Helicobacter pylori* (НР) – нет язвы». С инфекцией НР связывают развитие и рецидивирование ЯБ в более чем 90% случаев, а хронического гастрита – в 75-85% случаев. Так, по данным [4] 95% дуоденальной язвы в Соединенных Штатах, Европе и Австралии связаны с НР. Несмотря на очевидный максимализм такой точки зрения, все же следует считать доказанным, что абсолютное большинство случаев ЯБ хеликобактер-ассоциированы. Вместе с тем, бесспорно, что ульцерогенность НР зависит от значительного количества эндогенных и экзогенных фак-

торов риска. Учитывая высокий уровень инфицированности отдельных популяций НР, следовало бы ждать значительно более высоких показателей заболеваемости ЯБ.

Таким образом, ЯБ полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Среди неблагоприятных преморбидных факторов, которые повышают риск развития ЯБ, важное место занимает наследственность. Вероятно, наследуется не само заболевание, а только склонность к нему. Без определенной наследственной склонности тяжело представить возникновение ЯБ.

Реализуется наследственная склонность при неблагоприятных влияниях: психоэмоциональных стрессах, грубых погрешностях в питании, вредных привычках (курении, злоупотреблении алкоголем, избыточном употреблении кофе). Важную роль в реализации наследственной склонности к ЯБ отводят нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС).

В крайне упрощенном виде патологическую цепь возникновения ЯБ можно представить следующим образом:

1. При наличии ряда вышеперечисленных факторов риска происходит пероральное инфицирование НР с пищей, при эндоскопических манипуляциях, зондировании. Проникая через защитные пласты слизи, бактерия прикрепляется к эпителиальным клеткам, проникает в крипты и железы желудка, разрушает защитный пласт слизи и обеспечивает доступ желудочного сока к тканям. Основным фактором вирулентности НР считают фермент уреазу, которая расщепляет мочевины, присутствующую в интерстициальной жидкости и секрете желудка. При гидролизе мочевины образуются углекислый газ и аммиак. Аммиак повреждает эпителий, ощелачивает среду вокруг НР, создавая тем самым для него оптимальные условия. Ощелачивание эпителия

Контакты: Хупения Лали Джемаловна, врач-гастроэнтеролог, Медицинский центр «Medical Assistance Group», г. Алматы. Тел.: + 7 701 203 3532, e-mail: lali1512@rambler.ru

Contacts: Laly Djemalovna Hupeniya, Doctor Gastroenterologist of «Medical Assistance Group», Almaty c. Ph.: + 7 701 203 3532, e-mail: lali1512@rambler.ru

приводит к повышению секреции гастрина, повышению агрессивных свойств желудочного сока и повреждению слизистой оболочки желудка (СОЖ).

По С. Goodwin (1990) антральный НР гастрит и желудочная метаплазия в ДПК есть первая стадия развития ЯБ ДПК.

Вторая стадия – нарушение механизма отрицательной обратной связи секреции гастрина, что ведет к гипергастринемии и гиперпродукции НСІ.

Третья стадия – колонизация метаплазированного эпителия, дуоденит, разрушение защитного слоя муцина, язва.

Четвертая стадия характеризуется чередующимися процессами язвообразования и репаративной регенерации, которая приводит к формированию новых участков метаплазии.

От язвенной болезни следует отличать симптоматические язвы (СЯ).

- Стрессовые СЯ при физических и психических травмах, ожогах, обморожениях, черепно-мозговых травмах – язвы Кушинга (Cushing ulcers), при ожогах – язвы Курлинга (Curling ulcers), шока. Для таких симптоматических язв характерны перфорация, кровотечения без боли.

- Медикаментозные язвы СЯ – осложнение терапии НПВС, кортикостероидами, цитостатиками, резерпином.

- Гепатогенные СЯ при циррозе печени, хроническом гепатите, при нарушениях кровотока в воротной вене.

- Панкреатогенные СЯ вследствие нарушения поступления бикарбонатов в кишечник при одновременном повышении выброса кининов и гастрина.

- Эндокринные СЯ при гиперпаратиреозе (наблюдаются в 10%).

- Язвы при синдроме Золлингера – Эллисона – гастринпродуцирующей опухоли в поджелудочной железе.

Клинические проявления ЯБ зависят от возраста больного, локализации язвы, стадии болезни, индивидуальных особенностей.

1. Болевой синдром – ведущий клинический синдром. В период обострения ЯБ двенадцатиперстной кишки больные жалуются на боль в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Характер боли – приступообразный или же ноющий. Боль возникает натощак или через 2-3 часа после приема пищи (так называемые поздние боли). Почти половина больных жалуется на ночные боли.

Классический Мойнингановский ритм: «голод > боль > прием пищи > облегчение» нам приходилось наблюдать сравнительно редко. Иррадиация болей в спину или в поясницу характерна для осложнений со стороны поджелудочной железы. Пальпаторно в период обострения ЯБ преобладает болезненность в эпигастрии, где часто обнаруживаются положительный симптом Менделя, локальное напряжение мышц. Немного реже указанные симптомы обнаруживаются в пилородуоденальной зоне.

2. Диспептический синдром включает изжогу (ведущий симптом), тошноту, отрыжку кислым, рвоту. В определенной мере к диспептическому синдрому можем отнести и тенденцию к запорам, которая часто наблюдается у больных с гиперацидностью желудочного сока в период обострения болезни.

Болевой и диспептический синдромы имеют сезонный характер (усиливаются осенью и весной).

3. Синдром неспецифической интоксикации и нейроциркуляторной дистонии: эмоциональная лабильность, астено-невротический синдром, вегетативные расстройства, головная боль, нарушения сна, потливость. Аппетит с ЯБ, как правило, не страдает и даже усиливается, что может быть проявлением гиперацидности и эквивалентом голодных болей.

Указанные выше клинические проявления характерны для периода обострения болезни. С началом эпителизации язвенного дефекта, как правило, уменьшается интенсивность болей, которые приобретают малоинтенсивный ноющий характер, исчезает иррадиация болей. Постепенно исчезает рвота и уменьшается интенсивность изжоги, хотя на протяжении длительного времени сохраняются поздние боли. При поверхностной пальпации значительно уменьшается или исчезает болезненность, хотя может сохраняться локальное напряжение мышц. В стадии заживления и в период ремиссии язвы перестают жаловаться на боли в животе, но еще отмечается умеренная болезненность в гастродуоденальной зоне при глубокой пальпации.

Ни в коем случае не надо забывать о том, что часто отсутствует соответствие между субъективным улучшением самочувствия больного, клинической и эндоскопической картиной.

Следует подчеркнуть, что отсутствие болевого или диспептического синдрома не свидетельствует о заживлении язвы – обязательно нужен эндоскопический контроль!!!

Осложненное течение ЯБ наблюдается в 10-15% случаев, вдвое чаще у мужчин.

Кровотечение – наиболее частое осложнение ЯБ (80% осложнений). Клинические признаки острого кровотечения при ЯБ: рвота «кофейной гущей», сосудистый коллапс и признаки анемизации организма – бледность, общая слабость. Нередко на фоне развития кровотечения наблюдается ослабление болевого синдрома, что может усыпить бдительность врача.

Перфорация (7-8%). Перфорация язвы обычно начинается с приступа острой «кинжальной боли», которая сопровождается клиникой острого живота, напряжением в области эпигастрия, брюшной стенки, симптомами раздражения брюшины. Обращает внимание ослабление или отсутствие перистальтики. Данные клиники подтверждаются рентгенологическим обследованием – наличие свободного газа под печенью при рентгенологическом обследовании органов брюшной полости.

Пенетрация (1-1,5%). Язвы ДПК пенетрируют в головку поджелудочной железы, печень, желчные ходы, печеночно-дуоденальную связку. Язвы желудка пенетрируют в малый сальник и тело поджелудочной железы. Основные клинические проявления – резкие боли, которые отдают в спину, рвота, которая не приносит облегчения, беспокоит изжога. Для пенетрации характерны постоянность боли, потеря четкой связи с приемом пищи. Характерный рентгенологический симптомом пенетрации – дополнительная тень контрастного вещества рядом с обследуемым органом.

Деформация и пилородуоденальный стеноз (10-12%). Больные ощущают переполнение желудка, тошноту, отрыжку. В тяжелых случаях наблюдается рвота застойным содержимым желудка. Рвоту пациент может провоцировать

сам для получения ощущения облегчения. Больной худеет. В типичных случаях наблюдается перистальтика по типу песочных часов, феномен плеска при пальпации в зоне эпигастрия.

Различают:

1. Воспалительно-спастический (функциональный стеноз), который носит непостоянный характер и появляется на фоне обострения ЯБ.

2. Рубцовый стеноз, который формируется медленно, постепенно, но носит постоянный характер.

Параклинические методы обследования при ЯБ

1. Лабораторные исследования.

1.1 Обязательные (на современном этапе развития гастроэнтерологии):

- Общий клинический анализ крови.
- Общий клинический анализ мочи.
- Анализ кала на яйца глистов.
- Копроцитограмма.
- Общий белок на белковые фракции крови.
- Гистологическое (цитологическое) исследование во время эндоскопии.

• Тесты на НР: быстрый уреазный, бактериологический, дыхательный уреазный тесты, серологический (ИФА), ИФА анализ концентрации антигена НР в кале, полимеразная цепная реакция (ПЦР).

• Интрагастральная рН-метрия

1.2 По показаниям:

- Анализ кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).
- Анализ крови на уровень гормонов для выявления гипергастринемии, гиперсоматотропинемии.
- Иммунограмма.

2. Инструментальные исследования и критерии диагностики:

Исследование желудочной секреции:

Внутрижелудочная рН-метрия.

Фиброзофагогастроуденоскопия (ФГДС) с прицельной биопсией, диагностика НР-инфекции проводятся с целью диагностики и через 3-4 недели после начала курса лечения при полной эпителизации язвы.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Исследование проводится однократно для скрининг-диагностики сопутствующей патологии.

Объем лечебных мероприятий зависит от локализации язвы (желудок или ДПК), фазы заболевания, тяжести течения, наличия осложнений, связи с НР, ведущих патогенетических механизмов и клинико-эндоскопического симптомокомплекса. Лечение больного с впервые выявленной ЯБ и при её обострении осуществляется в стационаре. В то же время многие зарубежные врачи более сдержаны в отношении рекомендации стационарного лечения.

1. Режим. Постельный или полупостельный режим.

2. Питание. Назначаются последовательно диетические столы №№1а, 1б, а потом №5. Учитывая маленькую калорийность вариантов диеты №1, выбор двигательного режима зависит от продолжительности её назначения. В основе диетотерапии ЯБ лежит принцип предотвращения термического, химического и механического раздражающего воздействия на язву. То есть, исключается очень горячая

или холодная пища, экстрактивные, пряные, блюда, грубая пища, богатая пищевыми волокнами.

При НР-ассоциированной язвенной болезни официально рекомендованы следующие схемы терапии, которые базируются на положениях 2 Маастрихтского Консенсуса 2000 г. При лечении НР-ассоциированных форм гастритов и ЯБ последовательно применяется комбинированная терапия первой и второй линии.

В комплексное лечение язвенной болезни желудка и луковицы 12-перстной кишки входят ингибитор протонной помпы париет, активное вещество – рабепразола натрия 20 мг (эквивалентно рабепразолу 18,85 мг).

Рабепразол натрия выпускается в форме таблеток с кишечнорастворимой оболочкой. Такая форма выпуска объясняется неустойчивостью рабепразола натрия в кислой среде. Поэтому всасывание лекарственного вещества начинается только в кишечнике. Рабепразол натрия имеет высокую скорость всасывания, а максимальные его уровни в плазме определяются примерно через 3,5 ч после приема дозы 20 мг.

Максимальная концентрация рабепразола натрия в плазме (C_{max}) и показатель AUC изменяются линейно в дозовом диапазоне от 10 до 40 мг. Абсолютная биодоступность пероральной дозы 20 мг (по сравнению с внутривенной дозой) составляет около 52%. Кроме того, биодоступность препарата не возрастает после повторного приема.

Под наблюдением была **больная Д., 62 лет**. Она обратилась в поликлинику 13 марта 2012 года с жалобами на нарушение стула, склонность к поносу, вздутие живота, боли в эпигастриальной области после приема пищи, ночные голодные боли.

При поступлении у больной взяты следующие анализы:

Общий анализ крови

Гемоглобин – 137 г/л

Эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}/л$

Тромбоциты – $255 \cdot 10^9/л$

Лейкоциты – $5,9 \cdot 10^9/л$

Сегментоядерные – 53%

Эозинофилы – 2%

Моноциты – 9%

Лимфоциты – 36%

СОЭ – 22 мм/мл.

Сахар – 4,6 мм/л

Холестерин – 5,7 мм/л

АЛТ – 0,24 мм/л

АСТ – 0,38 мм/л

Билирубин общий – 9,3 мм/л

Билирубин прямой – 2,6 мм/л

Щелочная фосфатаза – 1,54 мм/л

Амилаза общая – 100 ед/л

Копрограмма – форма – кашицеобразный, цвет – коричневый, конституция – мягкий, реакция на кровь – отрицательная, мышечные волокна-+++ , слизь-+, лейкоциты – 1-2,

УЗИ органов брюшной полости от 13.03.2012. Заключение: эхо-признаки умеренных изменений в паренхиме головки поджелудочной железы, желчный пузырь удален в 2004 г.

Эзофагогастродуоденоскопия 13.03.12 г:

Акт глотания: не нарушен

Пищевод: проходим, слизистая розовая, разрыхлена, в н/3 отмечается гастроэзофагеальный рефлюкс, кардия полностью не смыкается.

В желудке:

1. Содержимое: слизь, желчь в большом количестве;
2. Перистальтика не нарушена, активная;
3. Складки среднего калибра, воздухом расправляются;
4. Слизистая розовая, очагово гиперемирована;
5. Эрозии – множественные в антральном отделе 0,1-0,2 см.

Привратник округлой формы, смыкается вяло, зияет, у привратника язвенный дефект 0,4 см под фибрином.

Луковица 12 п/к: не деформирована, отёчна, эрозирована, в просвете кишки желчь, выражен дуоденогастральный рефлюкс.

Заключение: поверхностный рефлюкс – эзофагит. Язвенная болезнь желудка – обострение (язва привратника). Эрозивно-язвенный гастрит. Недостаточность привратника – эрозивный бульбит. Признаки ДЖВП.

Хелик-тест 13.03.2012 – положительный.

Проведено лечение:

1. Париет 20 мг по 1 таблетке 2 раза в день 14 дней, затем париет 20 мг по 1 таблетке 1 раз в день 28 дней.
2. Де нол 120 мг по 2 таблетки 2 раза в день 28 дней.
3. Итомед 50 мг по 1 таблетке 3 раза в день 20 дней.
4. Флемоксинсолутаб 1000 мг по 1 таблетке 2 раза в день 10 дней.
5. Клеримед 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день 10 дней.
6. Лунизол 150 мг по 1 таблетке 1 раз в день на 3-й и на 7-й день.
7. Креон 25000 по 1 таблетке 3 раза в день 28 дней.

При выписке 11.05.2012 г. общий анализ крови в норме, ВАК в норме.

Эзофагогастродуоденоскопия 11.05.12 г:

Акт глотания: не нарушен

Пищевод: проходим, слизистая розовая, разрыхлена, кардия полностью не смыкается.

В желудке:

1. Содержимое: слизь, желчь мутная в небольшом количестве;
2. Перистальтика не нарушена, активная;
3. Складки среднего калибра, воздухом расправляются;
4. Слизистая розовая, местами истончена, очагово гиперемирована;
5. Эрозии – нет.

Привратник округлой формы, смыкается вяло, зияет.

Луковица 12 п/к: не деформирована, отёчна, без дефектов.

Заключение: поверхностный эзофагит. Смешанный гастрит. Недостаточность привратника – поверхностный бульбит.

Хелик-тест 11.05.2012 г. – отрицательный.

Большая пролечилась в течение 45 дней.

Улучшение состояния наступило на 3-й день.

При лечении язвенной болезни желудка в комбинации были назначены париет 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней и первая линия эрадикационной терапии НР. В динамике отмечалось улучшение общего самочувствия, уменьшение болевых синдромов, и при контроле ФГЭДС отмечалась полная эпителизация язвенного дефекта.

ВЫВОД

Таким образом, Париет является «золотым стандартом» лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Автор не получал гонорар за статью.

Статья опубликована при поддержке ООО «Джонсон & Джонсон».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: руководство для врачей / под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 848 с.
- 2 Ивашкина В.Т. Справочник по гастроэнтерологии. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 472 с.
- 3 Российский терапевтический справочник / Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 880 с.
- 4 Borody T.J., George L.L., Brandl S. Helicobacter pylori-negative duodenal ulcer // Am J Gastroenterol. – 1991. – Vol. 86(9). – P. 1154-1157
- 5 Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства париет, утвержденная приказом председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РК от 11.03.2015 г. №190. <http://studydoc.ru/doc/2743442/utverzhdna--prikazom-predsdatelya-komiteta-kontrolya-medic>

REFERENCES

- 1 *Gastroenterologiya i gepatologiya: diagnostika i lechenie: rukovodstvo dlya vrachei / pod red. AV. Kalinina, AF. Loginova, AI. Khazanova. – 3-e izd., pererab. i dop.* [Gastroenterology and Hepatology: Diagnosis and Treatment: A Guide for Physicians / Ed. AV. Kalinina, AF. Loginova, AI. Hazanova – 3rd ed., Revised. and ext.]. Moscow: MEDpress-inform; 2013. P. 848
- 2 Ivashkina VT. *Spravochnik po gastroenterologii* [Handbook of Gastroenterology]. Moscow: Medical News Agency; 2011. P. 472
- 3 *Rossiiskii terapevticheskii spravochnik, glavnyi redactor akad. RAMN AG. Chuchalin* [Russian therapeutic guide, editor in chief of Acad. RAMS AG Chuchalin]. Moscow: GEOTAR Media; 2005. P. 880
- 4 Borody TJ, George LL, Brandl S. Helicobacter pylori-negative duodenal ulcer. *Am J Gastroenterol.* 1991;86(9):1154-7

5 *Instrukciya po medicinskomu primeneniю lekarstvennogo sredstva pariet, utverzhennaya prikazom predsedatelya komiteta kontrolya medicinskoj I farmaceuticheskoj deyatel'nosti Ministerstva zdravookhraneniya I social'nogo razvitiya RK ot 11.03.2015 g. №190* [Instruction for medical use of the drug Pariet, approved by order of the Chairman of the Committee monitoring the medical and pharmaceutical activity of the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan №190 from 11.03.2015] Available from: <http://studydoc.ru/doc/2743442/utverzhdena--prikazom-predsdate-lya-komiteta-kontrolya-medic>

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Л.Д. ХУПЕНИЯ

«Medical Assistance Group» медицина орталығы,
Алматы қ.

АСҚАЗАННЫҢ ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК (ҰЛТАБАРДЫҢ) ОЙЫҚ ЖАРАЛЫ АУРУЫ

Бұл ХХІ ғасырдың мәселесі болып отыр. Қазіргі уақытта әлемде және Қазақстанда халықтың түрлі жұқпалы індеттерге, соның ішінде асқазан мен он екі елі ішек жарасын дамытатын хеликобактерпилори індетіне шалдығу үрдісі кенет өсті. Індет балалық жастан (5-6 жас) ересек жасқа дейін халықтың барлық жас топтарына бірдей жұғады. Емнің күрделілігі антисекрециялық құралдар мен НР приэрадикациялық антибиотикалық емді дұрыс таңдауға тіреліп отыр. Фармацевтикада Протондық помпа баяулатқышы – ПАРИЕТ 20мг пайда болғанға дейін, ем Н2 тежегіштерімен жүргізілген, олардың жараны емдеуде әсері төмен болып, ұзақ мерзімді емдеу курсы талап еткен. Сондай-ақ, асқазан мен он екі елі ішек жаралары рецидивінің қайта асқынуы орын алған. Фармацевтикалық нарықта ПАРИЕТ 20мг құралының пайда болуымен терапевтік емдеу мерзімдері

айтарлықтай қысқарды (шамамен 50%-ға), жараның толық жабылып кетуі байқалған және аурудың қайта асқыну рецидивтері жойылды. Осылайша, ПАРИЕТ 20мг асқазан мен он екі елі ішек жараларын емдеудегі алтын стандарт болып табылады.

Негізгі сөздер: асқазанның және он екі елі ішек (ұлтабардың) ойық жаралы ауруы, хеликобактерпилори инфекциясы, ойық жара ауруының асқынуы және өрбуі, зерттеу, НР эрадикациялық терапиясы, ПАРИЕТ препараты 20мг, терапияның тиімділігі.

S U M M A R Y

L.D. KHUPENIYA

“MedicalAssistanceGroup” medical center, Almaty c.
PEPTIC ULCER AND 12 DUODENAL ULCER

The Problem of the XXI Century. Currently, the people's incidence of various infectious diseases, including Helicobacter pylori infection which causes gastroduodenal ulcer has dramatically increased in the world and in Kazakhstan. Infection equally affects all age groups of population from childhood (5-6 years) to the elderly. The treatment complexity consists in selection of antisecretory medicine and antibiotic therapy in the process of HP eradication. Before the occurrence of PARIET 20mg, a Proton Pump Inhibitor, in the pharmaceuticals industry, the treatment was conducted by using H2 blockers which were not highly effective for the ulcerous defect healing and required a long course of therapy. In addition, there often was a relapse of the repeated active gastroduodenal ulcer. With the occurrence of PARIET 20mg medicine in the pharmaceutical market, the terms of therapeutic treatment were reduced (approximately by 50%). The complete ulcerous defect healing was noted, and relapses of the repeated active disease were excluded. Therefore, PARIET 20mg is the gold standard in the gastroduodenal ulcer treatment.

Key words: peptic ulcer, Helicobacter pylori infection, complication and progress of peptic ulcer disease, examination, eradication therapy HP, PARIET medication 20 mg, therapy efficiency.

Для ссылки: Хупения Л.Д. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 10 (172). – P. 60-64

Статья поступила в редакцию 15.06.2016 г.

Статья принята в печать 17.10.2016 г.