

Література

1. Баев В.М. Синдром неспецифических гемореологических нарушений (феномены высокой и низкой вязкости крови) / В.М. Баев // Тромбоз, гемостаз и реол. – 2001. – №2. – С. 39–42.
2. Быстрый способ оценки реологических свойств крови / С.И. Моисеев, В.К. Осипов, К.В. Ефимов, Е.В. Морозова // Гематол. и трансфузиол. – 1990. – Т.35, №10. – С. 36–37.
3. Козинец Г.И. Реологические свойства крови и их значение в клинической практике / Г.И. Козинец, В.А. Макаров // В кн. Исследование системы крови в клинической практике. М.: Триада-Х, 1997. – С. 94–105.
4. Ройтман Е.В. Клиническая гемореология / Е.В. Ройтман // Тромбоз, гемостаз и реол. – 2003. – №3 (15). – С. 13–28.
5. Соловьева Т.И. Микрогемореологические нарушения: характеристика и клиническое значение / Т.И. Соловьева, Е.И. Лукина // Терапевт. архив. – 2006. – №2. – С. 87–91.

Резюме

ПОКАЗАТЕЛИ АГРЕГАЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У ДОНОРОВ КРОВИ

Дерпак Ю.Ю.

В статье изложено результаты исследования реологических свойств периферической венозной крови доноров путем изучения показателей агрегации эритроцитов, коэффициента агрегации тромбоцитов. Сделано предположение о том, что выявленные изменения могут отображать физико-химические и морфологические особенности клеток крови и особенности эритропоэза у активных доноров в условиях формирования латентного дефицита железа.

Ключевые слова: реология, доноры, латентный дефицит железа.

Стаття надійшла 12.04.10

PLATELET AND ERYTHROCYTE AGGREGATION INDICATORS OF PERIPHERAL VENOUS BLOOD IN BLOOD DONORS

Derpak J.J.

The article presents the results of the study of rheological properties of the peripheral venous blood of donors by examining indicators of erythrocyte aggregation and the coefficient of platelet aggregation. We assumed that revealed changes may reflect the physical, chemical and morphological features of blood cells and features of erythropoiesis of active donors under formation of latent iron deficiency.

Key words: rheology, donors, latent iron deficiency.

УДК: 616-08+616.34-002+616.342+616.366-002

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БЕЗКАМ'ЯНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ЛІПНОМ

В.В. Дзвонисовська, І.Я. Масбила
ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Дослідження проведено згідно із планом науково-дослідних робіт Івано-Франківського державного медичного університету на тему “Вплив мінеральних вод Прикарпаття та використання вітчизняних лікарських препаратів при захворюваннях сполучної тканини і шлунково-кишкового тракту” (шифр 0103V004147).

Проведено лікування 120 хворих з ураженням дуодено-білярної зони. Виявлено позитивний вплив препарату ліпін на клінічну симптоматику, показники кислотності шлункового вмісту, кінетичні властивості жовчевого міхура та жовчовивідних шляхів, показники перикисного окислення ліпідів, антиоксидантного захисту, цитокіновий профіль.

Ключові слова: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, хронічний безкам'яний холецистит, лікування.

Погіршення екологічних умов, стресові фактори, нераціональне харчування –сприяють неухильному росту патології органів травлення, яка вданий час, за даними ВООЗ, займає третє місце [4]. Статистичні дані свідчать про наявність чіткої тенденції до зростання частоти уражень органів гепатодуоденальної зони. Незважаючи на схильність до зниження поширеності виразкових уражень ДПК, що намітилась на протязі останніх років, аналіз по регіонах засвідчив ріст захворюваності в Західному (Закарпатська, Івано-Франківська області) регіоні. Зокрема, в Івано-Франківській області за 2005-2010 роки вона зросла на 7,0% [5].

Спільність онтогенезу, крово-, лімфопостачання, інервації інтестинального і біліарного трактів, сприяє одночасному втягненню в патологічний процес різних органів цієї зони [3]. Частота поєднання декількох гастроентерологічних захворювань у одного пацієнта складає за клінічними даними 8,3-80,0% а за результатами аутопсії – 80,0% [6, 7, 8, 12]. Стертість клінічної картини, при втягненні в патологічний процес жовчевого міхура (ЖМ) утруднює діагностику та вимагає терапевтичної корекції [1, 13, 15]. Сучасна фармакотерапія ВХ ДПК в поєднанні з хронічним безкам'яним холециститом (ХБХ) має певні досягнення, зокрема, в галузі антихелікобактерного лікування [18], однак корекція основних патогенетичних механізмів розвитку: гіпоксії, оксидантно-антиоксидантних залишається незадовільною [9, 11, 14, 17].

Одним з вітчизняних препаратів, який володіє широким спектром дії є ліпін [2, 10, 16, 19]. Він на 95% складається з яєчного фосфатидил-холіну, який є природним компонентом біомембран та на 5 % з фосфатидилетеноламіну. Препарат проявляє антигіпоксичну дію, пригнічує процеси перикисного окислення ліпідів, підвищує неспецифічний імунітет, а при комбінованому застосуванні сприяє кращому проникненню активних компонентів медикаментів в уражену патологічним процесом клітину.

Метою роботи була розробка та патогенетичне обґрунтування оптимальної методики лікування з включенням ліпину хворих на ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням і лікуванням знаходилось 120 хворих, серед яких було 43 жінки та 77 чоловіків. Вік хворих від 19 до 74 років. Пацієнти, в залежності від виявленої патології, були розподілені на три групи. Перша група - 30 хворих на ВХ ДПК; друга група – 30 хворих на ХБХ; третя група – 60 хворих на ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ. З метою визначення показників норми було обстежено 22 практично здорових осіб віком 19-49 років. Діагноз встановлювали на основі скарг, лабораторних та інструментальних методів. Езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС) з біопсією слизової пілоричного відділу шлунку проводили апаратом „Olimpus”. Визначення рівня обсіменіння слизової оболонки (СО) шлунку *Helicobacter pylori* (Hр) з використанням гістологічного методу за яким виділяли три ступені заселеності хелікобактеріями: слабкий – до 20, середній – до 30, високий – понад 50 мікробних тіл у полі зору; та швидкого уреазного тесту (ШУТ) за яким виділяли (++++) - різко позитивний, (+++) – позитивний, (++) – слабо позитивний; (+) – сумнівний результати.() За даними комп'ютерної інтрагастральної рН-метрії визначали стан кислотопродукуючої функції шлунку, стан гепатобіліарної системи та приєднання до ВХ ДПК ХБХ визначали за результатами ультразвукової локації органів. Хворим 2-ї та 3-ї груп проводили фракційне багатомоментне дуоденальне зондування (БФДЗ) (Скрипн 1,5), вивчаючи об'єм ЖМ, час та швидкість жовчовиділення, макро- та мікроскопічні показники жовчі. Вивчення цитокинового профілю проводили методом імуноферментного аналізу на аналізаторі “Stat Fax 303 Plus” за допомогою реагентів „ПроКон” (ТЗОВ „Протеїновий контур”, Росія) за вмістом інтерлейкінів: інтерлейкіну-1бета (ІЛ-1β), інтерлейкіну-4 (ІЛ-4) інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та туморнекротичного фактора-альфа (TNF-α). Активність системи ПОЛ – АОЗ вивчали за показниками активних продуктів тіобарбітурової кислоти (ТБК), дієнових кон'югатів (ДК), каталази (К), церулоплазміну (Ц) та насичення трансферину залізом (НТЗ).

Відповідно до отриманого лікування, хворі були розподілені на шість підгруп. Підгрупа I-A отримувала дієту № 1 та потрійну терапію, що включала: омепразол по 40 мг на добу 14 днів, амоксицилін по 500 мг 2 рази на добу, метронідазол по 250 мг 3 рази на добу. Підгрупа I – Б на фоні базисної терапії отримувала препарат ліпін довенно 1 раз через день тривалістю курсу 5 введень. Підгрупа II – А отримувала дієту №5, амоксицилін 500 мг 2 рази на день, алохол 1 т 3 рази на день, вітамін В1 дом'язево через день, вітамін В6 дом'язево через день, но-шпу дом'язево. Підгрупа II – Б на фоні базисної терапії отримувала препарат ліпін довенно через день, 5 введень на курс. Підгрупа III – А отримувала лікування ідентичне підгрупі I-A та II-A. Підгрупа III – Б на фоні базисної терапії отримувала ліпін довенно через день, 5 введень на курс.

Обробку отриманих результатів проводили за допомогою комп'ютерної програми Exel 2006. При визначенні інформативності різниці середніх величин використовували критерій Ст'юдента (t).

Результати дослідження та їх обговорення. Редукція клінічної картини свідчить про те, що більшість симптомів зазнали позитивної динаміки під впливом проведеної терапії.

У пацієнтів I-A групи біль нівелювався у 73,3% випадків, диспепсія у – 60,0% випадків а астено-невротичні прояви у – 26,7% випадків. Натомість, включення в терапевтичну схему ліпину привело до повного зникнення астено-невротичного синдрому та суттєвого нівелювання болевого (93,3%) і диспепсичного (86,7%) синдромів

Використання ліпіну в схемі терапії хворих на ХБХ привело до зникнення больового синдрому та синдрому кишкової диспепсії у 100,0% хворих II-Б підгрупи. Спостерігалась виражена позитивна динаміка астено-вегетативного синдрому. У II-А підгрупі нівелювання больового та диспептичного синдромів відмічалось у 66,7% хворих, а невротичні прояви зберігались у половини пацієнтів. Для коморбідної патології характерно зменшення клінічних проявів в усіх підгруп пацієнтів. Проте використання апробаційного препарату приводило до практично повної нормалізації клінічних показників.

Результати сонографічного дослідження хворих на ВХ ДПК засвідчили відсутність динаміки показників в порівнянні з результатами, які отримали до лікування. У одного хворого включеного, в схему базисної терапії, зберігались ознаки хронічного запального процесу ЖМ та збільшення розмірів печінки. Базисна терапія у пацієнтів на ХБХ сприяла зменшенню товщини стінок та зникненню подвійного контуру ЖМ у 73,3% випадків та у 53,3% випадків відповідно. Використання ліпіну привело до повної нормалізації сонографічних показників. Осад у ЖМ виявлявся у 33,3% пацієнтів II-А підгрупи та лише у 6,7% осіб II-Б підгрупи. Нормалізація розмірів печінки, на фоні базової терапії, відбулась у 4 з 7 обстежених, при використанні ліпіну – у 7 з 8 осіб. У III-А підгрупі нормалізація товщини стінки відбулась у 73,4% обстежених і у 93,4% хворих III-Б підгрупи. Подвійний контур стінки ЖМ зник у 100,0 % пацієнтів III-Б підгрупи та у 66,7% осіб III-А підгрупи. Осад у ЖМ після використання апробаційної терапії візуалізувався у 1 випадку 86,7%, до лікування, а розміри печінки та її ехогенність нормалізувались у 36,7% та 23,3% випадків. В осіб III-А підгрупи осад в просвіті ЖМ зник у половини пацієнтів, а гепатомегалія – у 26,7% випадків.

Аналіз результатів отриманих при ЕФГДС свідчить про рубцево-виразкову деформацію цибулини ДПК без ознак запалення у всіх пацієнтів в схему лікування котрих входив препарат ліпін. Прояви дифузного гастродуоденіту, на фоні апробаційної терапії, нівелювались у 93,3% випадків, ерозивні зміни СО шлунка не встановлено у жодного хворого. Базова терапія привела до рубцювання виразкового дефекту у 80,0% осіб з ВХ ДПК та у 76,7% пацієнтів з ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ. Гастродуоденіт виявлений у 40,0% пацієнтів I-А і у 43,3% обстежених III-А груп. Зміни СО ДПК у вигляді “манної крупи” в III-А підгрупі після лікування нівелювались лише у 43,3% випадків, а в III-Б підгрупі у 80,0% хворих. У жодного пацієнта, що отримувал ліпін ознак гастроєзофагального (ГЕР) та дуодено-гастрального (ДГР) не виявлено. У хворих I-А і III-А підгруп ДГР утримувався 6,7% та 10,0% випадків відповідно. ГЕР спостерігався у 13,3% осіб при ВХ ДПК і у 6,7% при ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ.

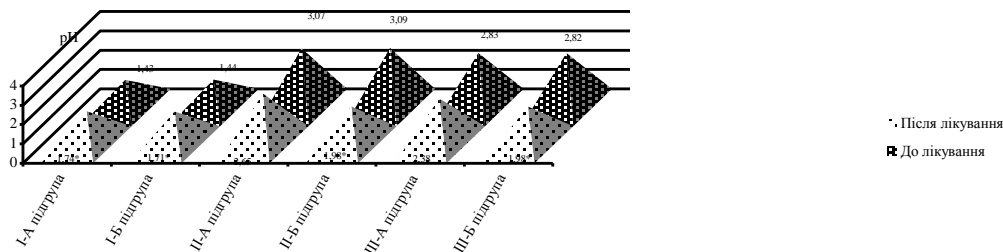


Рис. 1. Динаміка показників рН у пацієнтів залежно від отриманого лікування; * - $p < 0,01$

У всіх пацієнтів на ВХ ДПК відбулась достовірна нормалізація кислотопродукуючої функції шлунка (рис.): $1,74 \pm 0,08$ та $1,71 \pm 0,07$. Динаміка показників рН у пацієнтів II та III груп продемонструвала, що включення в лікувальний комплекс ліпіну сприяє вірогідній нормалізації гіпоацидного стану ($p < 0,01$). Базова терапія також володіє тенденцією до нормалізації шлункової секреції, проте показник рН не сягає фізіологічної норми, а знаходиться в межах ФІ рН2 помірної гіпоацидності. Динаміка хелікобактерної контамінації свідчить про вірогідну ефективність антибактеріальних середників в порівнянні з вихідними значеннями у всіх підгрупах не залежно від вибраної терапевтичної схеми. У хворих, які отримували ліпін, показники негативного результату достовірно не відрізнялись від показників груп котрі отримували тільки базову терапію.

Аналіз показників ПОЛ-АОЗ в динаміці виявив, що базова терапія не дозволила досягнути їх нормалізації. Включення в схему лікування ліпіну, який володіє антиоксидантними властивостями, сприяло статистично достовірному ($p < 0,001$) зниженню показників ПОЛ та підвищенню активності компонентів АОЗ. Так, кількість активних продуктів ТБК у хворих на ВХ ДПК зменшилась у 1,5 раз до $3,17 \pm 0,10$ нмоль/мл, практично досягнувши нормативного рівня, вміст ДК також вірогідно не відрізнявся від контролю і становив $1,50 \pm 0,05$ умов од/мл. На фоні пригнічення процесів пероксидації

ліпідів активізувався АОЗ: підвищення рівня каталази у 1,3 рази до $13,10 \pm 0,34$ мгH₂O₂/мл, НТЗ у 1,2 рази до $0,182 \pm 0,002$ умов. од. Схожість динаміки спостерігається і у хворих на ХБХ, котрі отримували апробаційну терапію. Досліджувані параметри нормалізувались, сягаючи меж норми. При поєднанні ВХ ДПК з ХБХ призначене лікування позитивно впливало на вищевказані процеси, проте потрібно відмітити більш кволу динаміку досліджуваних параметрів на фоні базової терапії. Зниження показників ПОЛ та зростання рівня АОЗ, після лікування базовою терапією були статистично недостовірними. Використання апробаційної терапії привело не тільки до вірогідної позитивної динаміки всіх показників, але значимо різнилось з результатами базового лікування.

Спостерігалась позитивна динаміка імунологічних показників, яка проявлялась зниженням концентрації прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , TNF- α , ІЛ-6) та підвищенням вмісту протизапального цитокіну ІЛ-4. Включення в терапію ліпіну сприяло вірогідній нормалізації прозапальних показників: TNF- α знизився в 1,8 раз у пацієнтів І-Б та ІІІ-Б підгруп сягнувши $93,06 \pm 4,18$ пг/10 клітин і $90,22 \pm 4,73$ пг/10 клітин відповідно, в ІІ-Б підгрупі – у 1,5 раз та становив $89,45 \pm 4,25$ пг/10 клітин; ІЛ-1 β зменшився в 1,3 у пацієнтів І-Б і ІІІ-Б підгруп сягнувши $33,02 \pm 1,78$ пг/10 клітин, $33,77 \pm 1,69$ пг/10 клітин, в ІІ-Б підгрупі – у 1,1 рази і становив $33,01 \pm 1,41$ пг/10 клітин; ІЛ-6 знизився в 2,1 рази в підгрупах І-Б і ІІ-Б та рівнявся $17,63 \pm 2,39$ пг/10 клітин і $13,36 \pm 1,73$ пг/10 клітин відповідно, у ІІІ-Б підгрупі зменшення відбулось у 3,2 рази сягнувши $15,63 \pm 1,88$ пг/10 клітин. У пацієнтів на ВХ ДПК та на ХБХ на фоні базисної терапії рівень ІЛ-1 β був в 1,25 рази ($37,64 \pm 1,11$ пг/10 клітин) та в 1,18 рази ($36,94 \pm 1,15$ пг/10 клітин) відповідно вище норми. TNF- α залишався в 1,27 рази ($108,49 \pm 6,15$ пг/10 клітин) вище норми при ВХ ДПК та в 1,32 рази ($112,53 \pm 6,11$ пг/10 клітин) при ХБХ. ІЛ-6 залишався у 1,9 раз ($23,97 \pm 1,29$ пг/10 клітин) та 1,63 вище ($20,51 \pm 2,65$ пг/10 клітин) норми при ВХ ДПК і при ХБХ відповідно. Концентрація протизапального цитокіну ІЛ-4 підвищувалась у всіх пацієнтів проте не сягала достовірної норми. Схожість динаміки показників відмічалась і у пацієнтів з ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ.

Висновки

1. У хворих на ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ включення в традиційну схему терапії ліпіну сприяє вираженій позитивній динаміці клінічних ознак та нормалізації сонографічних показників гепатобіліарної зони
2. Ліпін володіє позитивним ефектом на кислотопродукуючу функцію шлунку, нормалізуючи гіпоацидний стан.
3. Ліпін, як антиоксидант, сприяє достовірному зниженню показників ПОЛ та підвищенню активності компонентів АОЗ і нормалізую рівень прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , ІЛ-6, TNF- α , ІЛ-4) при ВХ ДПК, ХБХ та їх поєднанні.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку полягатимуть у порівнянні антиоксидантних властивостей ліпіну з іншими препаратами з мембраностабілізуючою дією.

Література

1. Бабак О. Я. Лікування кислотозалежних захворювань: що ми сьогодні про це знаємо? / О. Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2003. – № 4 (6). – С. 4–8.
2. Басистюк І. І. Вплив ліпіну та тималіну на перебіг гострої стресової виразки шлунку / І. І. Басистюк, М. С. Гнатюк. // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 4. – С. 72–74.
3. Белоусов Ю. В. Секреторно-моторные взаимосвязи гастродуоденальной зоны / Ю. В. Белоусов, О. Ю. Белоусова // Врачебная практика. – 2002. – № 1. – С. 84–88.
4. Віс-нол у лікуванні дискінезій жовчного міхура у хворих із виразкою дванадцятипалої кишки та хронічним гастродуоденітом / О. Ганич, Л. Коцюбиняк, Т. Ганич, Н Розумник // Ліки України. – 2003. – № 9. – С. 55.
5. Гриценко І. І. Хронічні хвороби жовчовивідної системи - проблеми діагностики / І. І. Гриценко, С. В Косинська // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – № 3 (5). – С. 37–42.
6. Даминова Н. М Билярные осложнения язвенной болезни / Н. М. Даминова, К. М. Курбонов // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164, № 4. – С. 68–70.
7. Дегтярёва И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И. Дегтярева – М.:Мед. информ. Агентство.– 2004.– 616 с.
8. Зайченко Г. В. Експериментальне вивчення фетопротекторної дії препарату «Ліпін» на моделі плацентарної недостатності у щурів, що викликана гемодинамічними розладами / Г. В. Зайченко, О. В. Кудіна // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2008. – № 5–6 (6–7). – С. 45–48.
9. Передерий В. Г. От Маастрихта 1-1996 до Маастрихта 3-2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний / В. Г. Передерий, С. М. Ткач, Б. Г. Марусанич // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 6 (26). – С. 4–8.
10. Проказники поширеності та вперше виявленої патології органів травлення у міського населення / Н. Г. Гравіровська, Л. М. Петричук, І. Ю. Скирта [та ін] // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 1 (39). – С. 4–6.

11. Рішко В. В. Хірургічна тактика при лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в поєднанні з захворюваннями інших органів черевної порожнини / В. В. Рішко // Клінічна хірургія. – 2006. – № 7. – С. 21–23.
12. Саламех Сулейман Саламех Абу Хаматтах Клінічні особливості перебігу коморбідної патології: хронічного некалькульозного холециститу, сполученого з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки / Саламех Сулейман Саламех Абу Хаматтах // Український медичний альманах. – 2006. – Т. 9, №2. – С. 152 – 154.
13. Скрипник І. М. Патогенетичні механізми, особливості клінічного перебігу та сучасні підходи до лікування хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки в поєднанні з хронічним холециститом / І. М. Скрипник // Врачебная практика. – 2002. – №3. – С. 23–31.
14. Сучасний погляд на виникнення окисного стресу у патогенезі *Helicobacter pylori*-асоційованих хвороб гастродуоденальної зони / О. П. Єлісеєва, Х. О. Семен, А. П. Черкас [и др.] // Сучасна гастроентерологія. – 2008. – № 1 (39). – С. 38–43.
15. Толстикова Т.Н. Функциональное состояние желудка и желчного пузыря при пептической язве двенадцатиперстной кишки и хроническом бескаменном холецистите у больных ожирением / Т.Н. Толстикова // Сучасна гастроентерологія. – 2005. - №6 (26). – С. 10 – 14.
16. Черний В. И. Состояние окислительной и антиоксидантной систем у больных раком толстой кишки при предоперационной подготовке с использованием липина / В. И. Черний, О. И. Килимниченко, Г. Е. Полуниин // Вісник морської медицини. – 2000. – № 2 (10). – С.23–25.
17. Anderson K. M. Free radicals and reactive oxygen species in programmed cell death/ K. M.Anderson, T.Seed, J. T. Harris // Med. Hypotheses. – 1999. – Vol. 52. – P.451–463.
18. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. Trier Maastricht 2-2000 Consensus Report, September, Rome, 2000 // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – № 16 (2). – P. 167–180.
19. Jain K. K. Applications of nanobiotechnology in clinical diagnostics / K. K. Jain // Clin. Chem. – 2008. – № 53 (11). – P. 2002–2009.

Реферати

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕЗКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ЛИПИНОМ

Дзвонковська В.В., Макойда І.Я.

Проведено лікування 120 хворих з патологією дуодено-біліарної зони. Виявлено позитивне впливання препарату ліпін на клінічну симптоматику, показники кислотності шлунка, кінетичні властивості жовчного бульбашки, показники перекисного окислення ліпідів, антиоксидантної захисти, цитокіновий профіль.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический некаменный холецистит, лечение.

THE EFFICIENCY OF TREATMENT ULCER DISEASES OF DUODENUM WITH CHRONIC NON-STONE CHOLECYSTITIS OF LIPINI

Dzvonkovskaya V.V., Makoyda I.Y.

Treatment of 120 patients with a pathology duodeno-billiar zones is spent. Determined positive influence of Lipini on clinical semiology, indicators acidity of stomach, kinetic properties of a bilious bubble, indicators of oxidations of lipids, atioxidant protection, cytocines.

Key words: ulcer diseases of duodenum, chronic non-stone cholecystitis, treatment.

Стаття надійшла 26.03.10

УДК 616.329:615

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ АНТАЦИДОВ И H2-БЛОКАТОРОВ ГИСТАМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В.П. Ждан, М.Ю. Бабошчина, Б.М. Кичура, Л.П. Гурліна, М.В. Дкаченко.
ВГУЗУ «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Поділля

В работе представлены данные исследования эффективности применения антацида – Маалокса и блокатора H2-рецепторов Кваматела в комплексном лечении больных ГЭРБ 0-А ст. Применение данной комбинированной терапии есть эффективным и безопасным методом лечения, который позволяет сократить сроки лечения, улучшить качество жизни больных, достигнуть клинико-эндоскопической ремисии.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная, рефлюксная, болезнь, лечение, антацид, блокатор H2-рецепторов.

Одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительного тракта является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Последними международными рекомендациями (Монреальский консенсус, 2006) было предложено рассматривать ГЭРБ как состояние, развивающееся, когда рефлюкс содержимого желудка вызывает появление беспокоящих пациента