

доминирующим увеличением молочной кислоты по сравнению с пируватом. Применение мексидола в комплексном лечении родильниц, перенесших кровотечение в родах, способствует нормализации гликолитической активности и устраняет гиперлактатемию.

Summary

EFFECT OF MEXIDOL UPON GLYCOLYTIC PROCESSES IN WOMEN IN CHILDBIRTH WITH PERINATAL HEMORRHAGE OF VARIOUS SEVERITY Hudyma Ye.A.

Key words: perinatal hemorrhage, hypoxia, glycolys, mexidol

The purpose of the present study was to raise the effectiveness of rehabilitation treatment in women who had perinatal hemorrhages in labors by screening indices of glycolytic activity in postnatal period as well as proving the possibility of mexidol correction. 116 were examined to determine index of glycolytic process activity by lactate / pyruvate ratio. The results have shown that under the increase of blood loss capacity the level of suboxidated substances in the blood of women in childbirth increases as well with dominating increase of lactate in comparison with pyruvate. Mexidol introducing into the complex therapy of women who had perinatal hemorrhages results in normalisation of glycolytic activity and eliminates hyperlactatemia.

УДК: 616.523:612.017

ІМУННИЙ СТАТУС ОСІБ ІЗ РЕЦИДИВУЮЧИМ ПРОСТИМ ГЕРПЕСОМ

Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Грінченко Н.В., Ониськів Т.М.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія"
м. Полтава

Аналіз показників клітинного та гуморального імунітету в осіб з простим герпесом показав, що імунологічні параметри різняться залежно від клінічної форми, стадії та перебігу хвороби. Зміни показників імунітету реєструються як в ремісії, так і при рецидиві простого герпесу, залежать від частоти рецидивів останнього протягом року та найбільш виражені при частоті рецидивів 4 і більше за рік.

Ключові слова: простий герпес, латентна форма, рецидивуючий перебіг, імунологічні показники.

Численні дослідження доводять, що порушення імунної відповіді є провідною ланкою патогенезу рецидивуючого простого герпесу (ПГ) [4,7]. З огляду на багатофакторність і складність, імуногенез хвороби представляється замкнутим колом, в якому ПГ виступає одночасно індуктором, наслідком та маркером імунологічної дисфункції [1,5,8].

Незважаючи на численні дослідження, імунологічні фактори, що впливають на перебіг ПГ, вивчені недостатньо, а дані щодо характеру, ступеню вираженості імунологічних змін, часто різняться і є неоднозначними. Висловлюється думка, що ступінь імунологічних зрушень при герпетичній інфекції залежить від частоти рецидивів та їх тривалості: при рідких рецидивах вони є слабовираженими і транзиторними, при частих - більш суттєвими й стійкими [3,4]. Але питання про комплексне дослідження імунних показників у осіб з різними клінічними формами ПГ залишається не вивченим.

Мета нашої роботи - дослідити імунологічні показники в осіб з ПГ залежно від клінічної форми, стадії та перебігу хвороби.

Матеріали і методи

Для досягнення поставленої мети обстежені 80 осіб (жіночої статі - 46, чоловічої - 34) віком

від 18 до 52 років. Обстежені були поділені на групи - основну та контрольну залежно від наявності в анамнезі типових проявів ПГ. В основну включені 48 осіб (жіночої статі - 27, чоловічої - 21), в яких клініко-анамнестично діагностували ПГ з ураженням шкіри та слизових оболонок, в контрольну - 32 особи (жінок - 19, чоловіків - 13), які заперечували наявність клінічних проявів ПГ в анамнезі. Вік обстежених основної групи - від 18 до 48, контрольної - від 20 до 52 років. В обох групах переважали особи молодого віку: 72,90% - в основній і 81,25% - в контрольній. В залежності від частоти рецидивів ПГ за рік обстежені основної групи були розподілені на три підгрупи: I - з частотою рецидивів 1 раз в 2 роки і менше, II - від 1-го до 3-х за рік, III - 4 і більше за рік.

Діагноз ПГ встановлювали на підставі анамнестичних даних, скарг, даних об'єктивного обстеження (типова везикулярна висипка, що супроводжується свербінням, відчуттям печії, характерною динамікою висипних елементів з утворенням болючих ерозій, іноді - проявами інтоксикації, лихоманкою, лімфаденопатією та ін.) та підтверджували даними лабораторних досліджень: визначенням специфічних антитіл класу IgM та IgG до вірусу простого герпесу

* Фрагмент наукової теми Української медичної стоматологічної академії "Вірусні гепатити В і С сполучені з вірусом простого герпесу: клініко-патогенетичні особливості, підходи до діагностики та лікування", № Державної реєстрації 0103U001313.

Актуальні проблеми сучасної медицини

(ВПГ У) методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою тест-систем НВК "Діапроф-Мед" (Україна), ЗАТ "Вектор-Бест" (Росія), НВО "Диагностические системы" (Росія) та виділенням у зішкрябах із місць уражень та крові ДНК ВПГ У методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) (набір реагентів "Ампли-Сенс", Росія). За МКХ-10 (ВООЗ, 1985) клінічними формами ПГ були: герпетичний гінгівостоматит (В00.2) - 4,80%, герпетичний везикульозний дерматит (В00.1) з ураженням слизових оболонок та шкіри: губ - 93,53%, носа - 10,50%, обличчя - 7,40%, герпетична уrogenітальна інфекція (А60.0) - 8,90%, поєднання гінгівостоматиту з уrogenітальним герпесом - 4,80% обстежених. Клінічних проявів інших герпетичних інфекцій в обстежених нами осіб не було.

Всім було проведено комплексне загальноклінічне обстеження, проаналізовані дані амбулаторних карт, виконані лабораторні та додаткові дослідження залежно від діагностованої патології із залученням консультантів. Обстежені спостерігалися в динаміці протягом двох років.

Дослідження імунологічних показників проводили за стандартними методиками [6]. Для оцінки клітинної ланки імунітету визначали загальну кількість лейкоцитів, абсолютний та відносний вміст лімфоцитів та їх субпопуляцій шляхом імунофенотипування моноклональними антитілами з подальшим аналізом зразків на поточному цитофлюориметрі EPIC LX-MCL (Beckman Coulter, США) за допомогою програми System IITM Software з використанням для збудження флуоресценції аргонного лазера. Визначали вміст основних субпопуляцій лімфоцитів - CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, співвідношення CD4+/CD8+ і CD3+/CD20+. Для визначення фагоцитарної активності поліморфноядерних нейтрофілів (ПЯН) використовували метод інкубації клітин з часточками латексу. За фагоцитуючий вважали

лише часточок латексу. Кисеньактивуючу здатність нейтрофілів визначали за НСТ-тестом. Активність лізосомальних катіонних білків визначали забарвленням у синій колір лізосом ПЯН бромфеноловим синім. Стан гуморальної ланки імунітету аналізували за вмістом імуноглобулінів класів А, М, G у сироватці, які визначали за допомогою специфічних антиглобулінових кон'югатів методом ІФА. Концентрацію циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) оцінювали спектрофотометрично за зміною оптичної щільності плазми в реакції преципітації з 3,75% розчином поліетиленгліколю з молекулярною масою 6000. Визначення імунологічних показників проводили в динаміці в стадії ремісії та при рецидиві ПГ. Осіб контрольної групи обстежували одночасно з основною. Отримані дані піддавали статистичному аналізу з використанням параметричного t-критерію Ст'юдента.

Результати та їх обговорення

Аналіз показників клітинного та гуморального імунітету в осіб з ПГ показав, що імунологічні параметри різняться залежно від клінічної форми, стадії та перебігу хвороби. Серед осіб з рецидивуючим ПГ не було жодної з незмінними імунологічними показниками. Ця закономірність спостерігалася як у період ремісії, так і при рецидиві ПГ.

Так, зіставлення імунних показників обстежених основної та контрольної груп показало, що в стадії ремісії рецидивуючого ПГ вірогідно вищими, порівняно з латентною формою цієї інфекції, виявлялися вміст лейкоцитів, лімфоцитів, абсолютна кількість CD20+ та абсолютні й відносні показники CD8+ - лімфоцитів у периферичній крові. При цьому вміст CD3+лімфоцитів, як абсолютний, так і відносний, визначався на рівні показників контрольної групи, а відносний показник CD4+ реєструвався нижчим (табл. 1).

Таблиця 1
Імунологічні показники в осіб з ПГ, М±m

Показники	Контрольна група	Основна група	
		ремісія	рецидив
Лейкоцити, тис/мкл	5,10±0,46	6,83±0,7*	8,97±0,78* **
Лімфоцити, %	30,00±0,30	30,57±3,96	30,00±1,86
Лімфоцити, тис/мкл	1,45±0,12	1,95±0,12*	2,61±0,21* **
CD3+, %	68,00±4,10	59,14±2,58	54,00±2,08*
CD3+, тис/мкл	1,20±0,20	1,15±0,11	1,37±0,11
CD4+, %	48,00±2,80	39,00±2,10*	32,89±3,20*
CD4+, тис/мкл	0,71±0,09	0,79±0,12	0,82±0,09
CD8+, %	18,40±2,10	24,71±1,76*	21,33±1,81
CD8+, тис/мкл	0,27±0,07	0,64±0,1*	0,55±0,09*
CD16+, %	16,10±2,01	17,71 ±1,94	12,25±1,39**
CD16+, тис/мкл	0,23±0,05	0,34±0,04	0,29±0,07
CD20+, %	14,60±2,40	14,29±1,56	9,11±0,50* **
CD20+, тис/мкл	0,23±0,02	0,28±0,02*	0,17±0,01* **

Примітка: * - $p < 0,05$ порівняно з контрольною групою, ** - $p < 0,05$ порівняно з стадією ремісії.

В осіб основної групи імунологічні показники, визначені в стадію ремісії ПГ, різнилися залежно від частоти рецидивів протягом року. В 1-ій підгрупі переважна більшість досліджених параметрів знаходилася на рівні аналогічних показників контрольної групи. В II-ій - визначалися нижчими загальний вміст лейкоцитів, вищими - відносна та абсолютна кількість лімфоцитів, реєструвалися зміни переважно Т-клітинної ланки імунітету: нижчими визначалися абсолютний і відносний вміст CD3+ та відносний вміст CD4+лімфоцитів. В обстежених III-ої підгрупи спрямованість змін імунологічних показників виявилася іншою: вищими визначалися загальний вміст лейкоцитів, абсолютна кількість лімфоцитів, CD16+, відносний й абсолютний вміст CD8+клітин, нижчими - відносний вміст CD4+лімфоцитів.

При рецидиві ПГ імунологічні показники відрізнялися від тих, що визначалися в осіб з латентною формою інфекції та у хворих в стадію ремісії рецидивуючого герпесу. Так, при рецидиві ПГ вірогідно вищими визначалися вміст лейкоцитів - в 1,8 та абсолютна кількість лімфоцитів - в 1,3 рази. Аналіз вмісту основних субпопуляцій лімфоцитів показав, що відносна кількість CD3+, CD4+, CD20+ при рецидиві ПГ реєструвалася нижчою, ніж у осіб контрольної групи. Абсолютні величини CD8+лімфоцитів у цих хворих, навпаки, визначалися вищими.

При зіставленні імунних показників визначених у стадії ремісії та при рецидиві ПГ з'ясувалося, що при рецидиві вищими визначалися вміст лейкоцитів та абсолютна кількість лімфоцитів у

периферичній крові, нижчими - відносна кількість CD16+, абсолютний та відносний вміст CD20+лімфоцитів. При аналізі індивідуальних показників вмісту основних субпопуляцій лімфоцитів у хворих з рецидивом ПГ встановлено, що, порівняно із стадією ремісії, співвідношення підвищених та знижених показників протилежно змінювалося: підвищені - зменшувалися, знижені - збільшувалися. При цьому найбільш суттєво змінювалися показники CD4+, CD16+ і CD20+ лімфоцитів. Так, при рецидиві ПГ кількість хворих із підвищеним вмістом CD4+лімфоцитів становила 14%, а в ремісії визначалася на рівні 27%. Низькі показники вмісту субпопуляції лімфоцитів при рецидивуючому ПГ також реєструвалися частіше, ніж у ремісію: CD4+ - в 2,8, CD16+ - в 2,2 і CD20+ - в 3,1 рази.

Зіставлення імунологічних показників визначених при рецидиві і в ремісію ПГ в обстежених різних підгруп показало, що в 1-ій - абсолютна кількість лімфоцитів та показники абсолютного і відносного вмісту CD3+ визначалися вищими, порівняно із стадією ремісії; в II-й - вищими визначалися вміст CD3+ і CD4+, а абсолютна кількість CD8+ нижчою; в III-ій - нижчими реєструвалися відносні показники всіх досліджених субпопуляцій лімфоцитів - CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+.

Дослідження гуморальної ланки імунітету показало, що в стадію ремісії ПГ вміст IgA та IgM у сироватці визначався нижчим, а концентрація ЦІК - вищою, ніж у осіб з латентною формою інфекції (табл. 2).

Таблиця 2
Вміст імуноглобулінів та ЦІК в осіб із ПГ, М±п.

Показники	Контрольна група	Основна група	
		ремісія	рецидив
Імуноглобуліни кл. А, г/л	1,80±0,14	1,36±0,16*	1,52±0,15
Імуноглобуліни кл. G, г/л	11,10±2,10	10,40±1,88	11,45±1,23
Імуноглобуліни кл. М, г/л	2,35±0,19	1,82±0,17*	1,22±0,12* **
ЦІК, од.опт. щільності	0,06±0,01	0,20±0,06*	0,13±0,03*

Примітка: * - $p < 0,05$ порівняно з контрольною групою; ** - $p < 0,05$ порівняно із стадією ремісії.

При цьому показники гуморального імунітету різнилися залежно від частоти рецидивів ПГ (табл.3).

Таблиця 3
Вміст імуноглобулінів та ЦІК в осіб з ПГ в стадії ремісії залежно від частоти рецидивів, М±п.

Показники	Контрольна група	Основна група		
		I підгрупа	II підгрупа	III підгрупа
Імуноглобулін А, г/л	1,80±0,14	1,77±0,12	1,36±0,14* **	1,39±0,12 * **
Імуноглобулін G, г/л	11,10±2,1	11,40±1,93	12,46±1,06	10,1±0,6***
Імуноглобулін М, г/л	2,35±0,19	2,48±0,21	2,78±0,3	1,48±0,19* ** ***
ЦІК, од.опт. щільності	0,06±0,01	0,08±0,02	0,38±0,08* **	0,11±0,05***

Примітка: * - $p < 0,05$ порівняно з контрольною групою,

** - $p < 0,05$ порівняно з I-ю підгрупою; *** - $p < 0,05$ порівняно з II-ю підгрупою.

В ремісію ПГ в осіб 1-ої підгрупи досліджені параметри реєструвалися на рівні показників контрольної групи, в II-ій - вміст IgA визначався нижчим, а ЦІК - вищим, в III-ій - виявлялися ни-

жчими вміст IgA та IgM. Найнижчі показники сироваткових імуноглобулінів визначалися в осіб III-ої підгрупи.

Актуальні проблеми сучасної медицини

Зіставлення вмісту основних класів імуноглобулінів у сироватці осіб з рецидивуючим ПГ показав, що при рецидиві вміст IgA та IgG визначався на рівні осіб з латентною формою і в ремісію ПГ, а вміст IgM був нижчим: в 1,9 рази порівняно з латентною формою і в 1,5 рази - із стадією ремісії. Концентрація ЦІК при рецидиві ПГ виявилася вищою за показники осіб з латентною

формою і реєструвалася на рівні показників стадії ремісії.

Аналіз основних класів імуноглобулінів при рецидиві ПГ у хворих різних підгруп показав, що вміст IgA та IgM в 1-й та II-й підгруп мав тенденцію до зниження, але утримувався на рівні показників стадії ремісії, а в III-й - концентрація IgA визначалася вірогідно вищою, IgM - нижчою, ніж у 1-й та II-й підгрупах (табл.4).

Таблиця 4
Вміст імуноглобулінів та ЦІК в осіб з ПГ в стадії ремісії залежно від частоти рецидивів, М±m

Показники	Ремісія	Рецидив ПГ		
		1 підгрупа	II підгрупа	III підгрупа
Імуноглобулін А, г/л	1,36±0,16	1,23±0,12	1,11 ±0,19	1,72±0,20 ** ***
Імуноглобулін G, г/л	10,40±1,88	10,12±1,3	11,03±1,76	11,67±1,44
Імуноглобулін М, г/л	1,82±0,17	1,57±0,18	1,47±0,13	1,10±0,11* ** ***
ЦІК, од.опт. щільності	0,20±0,07	0,08±0,02	0,04±0,005*	0,15±0,02** ***

Примітка:* - $p < 0,05$ порівняно зі стадією ремісії;

- $p < 0,05$ порівняно з 1-ю підгрупою; *** - $p < 0,05$ порівняно з II-ю підгрупою.

Аналіз фагоцитарної активності ПЯН в осіб з ПГ не виявив вірогідних відмінностей показників в обстежених різних груп.

Таким чином, імунологічні показники в осіб з ПГ різняться залежно від клінічної форми, стадії та перебігу хвороби. Зміни показників імунітету реєструються як в стадії ремісії, так і при рецидиві ПГ та залежать від частоти рецидивів останнього протягом року. В осіб із рецидивуючим ПГ в стадії ремісії реєструються наступні зміни імунних показників: при частоті рецидивів 1-3 рази за рік вищим визначається вміст лімфоцитів у периферичній крові, нижчими - показники CD3+ і CD4+, концентрація IgA у сироватці; при рецидивах 4 і більше за рік зазначені зміни доповнюються підвищенням вмістом CD8+ і CD16+ та зниженням - у сироватці IgM. При рецидиві ПГ у осіб з їх частотою 1 раз за рік і менше реєструються підвищеними вміст лімфоцитів і CD3+-клітин; при рецидивах від 1 до 3 разів за рік виявляються такі ж зміни та з'являються ознаки дисбалансу субпопуляцій лімфоцитів; при частоті 4 і більше за рік - спостерігається супресія всіх субпопуляцій лімфоцитів та реєструються низькі показники IgM у сироватці.

Література

1. Бутов Ю.С., Малиновская В.В., Полеско И.В. Показатели хемотаксиса и интерферонового статуса у больных герпетической инфекцией в комплексной терапии противовирусными препаратами и иммуномодуляторами // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. - 2000. - №6. - С. 32-35.
2. Максимова Т.А. Оптимизация диагностики и иммунокорригирующей терапии генитального герпеса II типа у женщин: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук: 14.00.01., 14.00.36. - СПб., 2005. - 21 с.
3. Мокеева М.В. Клинико-иммунологическое обоснование применения иммуномодуляторов в комплексной этапной терапии хронического рецидивирующего гениталь- ного герпеса: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук: 14.00.10. - СПб., 2003. - 17с.
4. Полеско И.В., Бутов Ю.С., Малиновская В.В., Халдин А.А. Иммунологический статус при простом герпесе // Рос. мед. журнал. - 2001. - №6. - С. 37-38.
5. Посібник з експериментальних досліджень в біохімії та медицині./ Беркало Л.В., Бобович О.В. та ін. Під ред. Кайдашева І.П.-Полтава, 1997.-103 с.
6. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. Эффективность применения полиоксидония в комплексном лечении герпетических поражений ротовой полости // Иммунология. - 2005.- №4. - С. 211-213.
7. Самгин М.И., Халдин А.А. Простой герпес (Дерматологические аспекты). - М.:МЕДпресс-информ. - 2002. - 160 с.
8. Чернишова Л.И. Герпетична інфекція у дітей //Педіатрія, акуш-во та гінекологія. - 1998. - №2. - С. 5-8.

Реферат

ИММУННЫЙ СТАТУС ЛИЦ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПРОСТЫМ ГЕРПЕСОМ

Дубинская Г.М., Изюмская Е.М., Гринченко Н.В., Оныськив Т.М.

Ключевые слова: простой герпес, латентная форма, рецидивирующее течение, иммунологические показатели.

Анализ показателей клеточного и гуморального иммунитета у лиц с простым герпесом показал, что иммунологические параметры отличаются в зависимости от клинической формы, стадии и течения заболевания. Изменения показателей иммунитета регистрируются как в ремиссии, так и при рецидиве простого герпеса, зависят от частоты рецидивов последнего в течение года и максимально выражены при частоте рецидивов 4 и больше за год.

Summary

IMMUNE STATUS OF PERSONS WITH RELAPSING HERPES CATARRHALIS

Dubinskaya G.M., Isiumskaya Ye.M., Hryntchenko N.V., Onys'kiv T.M.

Key words: herpes catarrhalis, latent form, relapsing course, immunological indices.

Analysis of cellular and humoral immunity indices in persons with herpes catarrhalis has revealed that immunological parameters may differ depending on clinical form, stage, and course of the disease. Changes in immunity indices are recorded under the remission and relapse of herpes catarrhalis as well and depend on the frequency of herpes relapses per year and are the most pronounced when the relapse frequency is more than 4 cases per year.

УДК 616.72-002.77:616.33/.34-002.44-085.243

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ЛАНЗАПУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ НПЗП-ГАСТРОПАТІЙ У

РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

**Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Ярмола Т.І., Крачек Г.О., Стародубцев С.Г.,
Кітура Є.М., Гурина А.І., Жуков В.І.**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
Медичний центр «Платона», м. Полтава

Мета роботи - дослідження ефективності застосування Ланзапу в комплексній терапії НПЗП-гастропатій у ревматологічних хворих та його імуномодулюючої дії. Прийом препарату дозволяє швидко купувати больовий та диспепсичний синдроми, сприяє нормалізації імунорегуляторного індексу, покращує показники гуморальної та клітинної ланки імунітету.

Ключові слова: НПЗП-гастропатії, Ланзап, виразкова хвороба, ерозивний гастрит, імуномодулююча дія

За останні роки спостерігається зріст відсотку хворих із дегенеративно-запальними процесами опорно-рухового апарату [12]. Для лікування ревматичних захворювань поширене використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) як в гострий період так і для стабілізації досягнутого ефекту [10]. Це зумовлює не тільки терапевтичні, але й побічні ефекти терапії НПЗП. У світі щодня біля 30 мільйонів людей приймають НПЗП [1].

Епідеміологічні дані свідчать, що 8-16 % пацієнтів мають побічні гастроінтестинальні симптоми. Серед ревматологічних хворих, що приймають НПЗП, поширеність виразок шлунка складає приблизно 13%, а дуоденальних виразок - біля 11% [2, 4, 7, 16]. У 1-3% хворих виникають такі важкі ускладнення, як перфорація і кровотеча. Причому біля 58% із них не мають попередніх гастроінтестинальних симптомів [5, 12].

Антисекреторні препарати є суттєвим компонентом сучасних методів патогенетичного лікування запальних захворювань гастродуоденальної зони. Вони також використовуються для лікування та профілактики НПЗП-гастропатій [3, 8, 9, 13, 14]. На Україні для лікування НПЗП-гастропатій зареєстрований та рекомендований до застосування препарат **ЛАНЗАП** (діюча речовина ланзопразол) виробництва компанії «Д-р Реддіс Лабораторіє Лтд» (Індія). Він має значно менше недоліків порівняно з першими ІПП та більш виразний антисекреторний ефект, *пряму антихелікобактерну активність* тобто

більш швидке заживлення пептичних виразок, краще переноситься хворими [6, 15, 17].

З'ясовано, що ланзопразол має виражений *кислотоінгібуєчий ефект* при застосуванні 1 раз на добу незалежно від того, приймають препарат уранці чи ввечері [18]. Останніми роками широко обговорюють клінічні можливості, що визначаються плейотропними властивостями ІПП та препарату Ланзап [6, 11, 14].

Важливим ефектом лікування Ланзапом є реалізація антиоксидантної та імуномодулювальної дії ІПП, а також цитопротективна дія на слизову оболонку [10]. Поряд із перевагами результатів прямого призначення, порівняно, наприклад, з H₂-блокаторами, визначає їхнє реальне лідерство.

Мета роботи - дослідження ефективності застосування Ланзапу для лікування НПЗП-гастропатій у ревматологічних хворих та його імуномодулюючої дії.

Матеріал та методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилось 30 хворих: жінок - 21 (70%), чоловіків - 9 (30%), які проходили стаціонарне лікування у терапевтичному відділенні Полтавської відділової клінічної лікарні станції Полтава-південна з приводу ревматологічного захворювання. Вік хворих складав 20-45 років. Середній вік хворих -32+5 років. У всіх хворих була зафіксована НПЗП-гастропатія після лікування з приводу ревматологічних захворювань. З них у 9 хворих (30%) виявлена виразкова хвороба 12-палої кишки, у 5-ти