

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 оксидантной и антиоксидантной систем у больных раком толстой кишки при предоперационной подготовке с использованием липина / В. И. Черний, О. И. Килимнченко, 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 перикисного 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. Китура, Л.П. Гурля, М.В. Дкаченко.
ВГУзу «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Подпілля

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

симптомов и/или развитие осложнений. Ученые и практикующие врачи многих стран мира называют ГЭРБ заболеванием XXI века [3,8,9]. При этом наиболее характерными симптомами заболевания являются изжога и регургитация (кислая отрыжка, срыгивание), а наиболее распространенным осложнением – рефлюкс-эзофагит. У 50-70% пациентов с классическими клиническими признаками заболевания достоверные изменения пищевода при эндоскопии не выявляются, исходя из этого наиболее часто встречающейся формой является эндоскопически негативная ГЭРБ [1,5].

Новые рекомендации по лечению ГЭРБ недавно сформулированы на международном собрании экспертов-гастроэнтерологов, которое состоялось в городе Гштад (Швейцария). Выбор метода лечения зависит от этиологии и особенностей течения ГЭРБ. Согласно стратегии «Step up», принято начинать лечение изжоги с антацидных препаратов, прокинетиков, при недостаточной эффективности назначают H₂-блокаторы, ингибиторы протонной помпы [2,6].

Кислотонейтрализующий эффект антацидов хорошо известен не только врачам, но и пациентам. Однако мы привыкли ассоциировать действие этой группы препаратов с симптоматическим лечением кислотозависимых заболеваний, при котором важно добиться быстрого купирования боли. Вместе с тем, точки приложения антацидов и возможности их патогенетического воздействия при курсовом лечении заболеваний пищевода и гастродуоденальной зоны гораздо более широки [4,5]. В основе лечебного действия антацидов лежит нейтрализация соляной кислоты: при повышении pH до 3,5 на 99% связываются свободные ионы водорода, что ведет к прекращению их ретроdiffузии и исключает прямое повреждающее действие кислоты на слизистую оболочку желудка. Антациды способны адсорбировать пепсин, желчные кислоты, лизолецитин, обладают свойством обволакивать слизистую оболочку, обеспечивая цитопротективный эффект [6,7]. Одним из таких препаратов является Маалокс – один из наиболее используемых невсасывающихся антацидов. Препарат представляет собой сбалансированную комбинацию гидроокиси алюминия и магния, что обеспечивает его высокую кислотонейтрализующую способность, быстрый продолжительный эффект. Механизмами его эффективности при ГЭРБ являются высокая кислотонейтрализующая способность (40,5 мэкв в 15 мл суспензии или 18,5 мэкв в 1 таблетке), цитопротективное действие за счет связывания желчных кислот, цитотоксинов, лизолецитина, активации синтеза простагландинов и гликопротеидов, стимуляции секреции бикарбонатов и защитной мукополисахаридной слизи [4]. Применение комбинированного лечения ГЭРБ с включением антацида Маалокса и блокатора H₂-рецепторов гистамина III поколения фамотидина (Квамател) оказывает двойное действие за счет уменьшения желудочной секреции и нейтрализации соляной кислоты, устраняет проявления гиперацидности (боль, изжогу). Входящий в комплексное лечение препарат квамател (фамотидин) угнетает как базальную секрецию соляной кислоты, так и ее секрецию, стимулированную гистамином, инсулином, кофеином, гастрином и ацетилхолином, снижает активность пепсина. В настоящее время в Украине квамател является наиболее перспективным H₂-блокатором гистамина. Отличительными чертами кваматела являются способность увеличивать интрагастральный pH выше 4 в течение 10-12 ч, особенно ночью, а также отсутствие взаимодействий с печеночной системой цитохрома P450. Оптимальное соотношение активных компонентов в комплексном лечении ГЭРБ обеспечивает снижение кислотности до нормального уровня [3,5].

Целью работы было изучение эффективности комбинированного применения антацида – Маалокса и блокатора H₂-рецепторов Кваматела в комплексном лечении больных ГЭРБ 0-А ст.

Материал и методы исследования. Всего исследовано 40 больных (19 мужчин, 21 женщина) в среднем возрасте 41,3±12,5, с продолжительностью болезни от 4 месяцев до 5 лет. Их характеристика представлена в табл. 1. Основную группу (ОГ) составили 30 больных, контрольную группу (КГ), репрезентативную по возрасту и полу, составили 10 больных.

Из сопутствующих болезней отмечались полипы желчного пузыря, хронический гастрит, желчно-каменная болезнь, хронический бескаменный холецистит, хронический панкреатит, ишемическая болезнь сердца. Сопутствующая патология в момент исследования ни в одном случае не требовала медикаментозной коррекции.

Таблица 1

Характеристика исследуемых больных.

Показатель	Величина
Средний возраст, лет	41,3±12,5
Грыжа пищеводного отдела диафрагмы, n(%)	8 (20)
Курение, n(%)	12 (30)
Анамнез >2 лет, n(%)	29 (72,5)

Диагностика ГЭРБ проводилась путем оценки субъективного состояния больных, основанная на анализе их жалоб. Основные симптомы заболевания – изжога, боль в эпигастрии (за грудиной) и отрыжку – рассматривали с учетом их частоты, времени возникновения, интенсивности и продолжительности. Общий показатель каждого симптома определяли как сумму показателей частоты, времени возникновения, интенсивности и продолжительности эпизодов. Минимальный общий показатель – 0 баллов, максимальный – 10 баллов.

Всем больным оценку состояния слизистой оболочки пищевода при первом визите проводили во время эзофагогастродуоденоскопии согласно критериям Лос-анжелесской классификации рефлюкс-эзофагитов (1998г.). Распределение больных в зависимости от степени эзофагита представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от степени эзофагита, n=40

Степень эзофагита	Число больных	
	Абс.	%
0	28	70
A	12	30

Также при проведении внутрипищеводной рН-метрии было установлено - рН<4 у 100% больных. Для оценки качества жизни (КЖ) использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) в сантиметрах: от 0 (плохое самочувствие) до 10 (отличное самочувствие) [5]. Все больные ОГ получали лечение: антацид – Маалокс по 1 таблетке 3 раза в сутки через 1 час после еды и блокатор Н2-рецепторов Квамател 40 мг перед сном в течение 4-х недель. Пациенты контрольной группы - Квамател 40 мг перед сном в течение 4-х недель. Критериями эффективности лечения считали: эндоскопический (динамика эндоскопической картины слизистой оболочки пищевода); клинический (динамика основных симптомов болезни) и оценку динамики КЖ [6]. Безопасность и переносимость лечения оценивалась на основе изучения частоты возникновения побочных эффектов и изменения лабораторных показателей.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что комбинированное лечение с применением антацида – Маалокса и блокатора Н2-рецепторов Кваматела является достоверно более эффективным и безопасным.

По результатам исследования через 4 недели клиническая ремиссия была отмечена у 27 больных (90%) ОГ и лишь у 5 (50%) – КГ (p<0,01). Скорость наступления клинического эффекта также оказалась достоверно выше у больных, которым проводилось комбинированное лечение. Так, через 3 и 7 дней у пациентов ОГ клиническое улучшение отмечалось у 22(73,3%) и 26 (86,6%) больных соответственно по сравнению с 3 (30%) и 5(50%) пациентами КГ (p<0,01). Побочные эффекты в виде запоров, метеоризма, отрыжки, головная боль отмечены у 1 больного ОГ (3,3%). и у 1 (10%) – КГ. Отклонений лабораторных показателей зафиксировано не было.

Динамика интенсивности и частоты основных клинических проявлений рефлюкс-эзофагита на фоне терапии в разных группах представлена в табл.№3. У пациентов ОГ выявлено достоверное уменьшение интенсивности изжоги – с 6,4 до 2,2 балла, боли в эпигастрии - с 5,2 до 1,1 балла, отрыжки – с 5,4 до 1,2 балла в течение 4-х недель наблюдения. У пациентов контрольной группы видна лишь тенденция к снижению показателей.

Таблица 3

Интенсивность и частота основных клинических проявлений рефлюкс-эзофагита

Симптом	Изжога		Боль в эпигастрии (за грудиной)		Отрыжка	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интенсивность, баллы, (основная группа)	6,4±0,5	2,2±0,1*	5,2±0,8	1,1±0,2*	5,4±0,4	1,2±0,2*
Частота, абс. Число, %(основная группа)	27(90)	4(13,3)	20(66,6)	2(6,6)	18(60)	5(16,6)
Интенсивность, баллы(контрольная группа)	6,5±1,2	5,8±1,8	5,6±1,2	4,8±0,9	5,3±2,1	3,9±0,9
Частота, абс. число, %(контрольная группа)	9(90)	7(70)	5(50)	3(30)	7(70)	5(50)

*различия по сравнению с исходными данными внутри группы статистически достоверны (P<0,05).

После проведенного лечения у пациентов ОГ также отмечалась положительная динамика эндоскопической картины, у 93,3% ОГ отсутствовали признаки эзофагита. Соотношение больных с 0 и А ст. ГЭРБ представлена в табл.4.

Таблица 4

Динамика эндоскопической картины у больных 0 и А степенью ГЭРБ

Группа	Степень ГЭРБ	Курсовая терапия	
		До	После
ОГ, n=30	0	22(73,3%)	28(93,3%)
	А	7(23,3%)	1 (3,3%)
КГ, n=10	0	6(60%)	7 (70%)
	А	5(50%)	3 (30%)

Оценку качества жизни после проведенного лечения проводили по данным ВАШ (табл. 5). Из данных табл. 5 видно, что качество жизни пациентов после лечения достоверно улучшилось в обеих группах, однако при применении комбинированного лечения отмечался более выраженный эффект.

Таблица 5

Динамика данных визуальной аналоговой шкалы у больных разных групп, в см

Группа	До лечения	После лечения
ОГ	5,3±0,29	9,6±0,2*
КГ	5,4±0,21	7,8±0,5*

* P<0,05

Заключение

Таким образом, при применении комбинированного лечения антацидами и блокаторами H₂-рецепторов гистамина у пациентов с ГЭРБ отмечен более выраженный клинический эффект. Переносимость оценена как хорошая.

Использование комбинации антацида Маалокса и блокатора H₂-рецепторов Кваматела у данной категории больных позволяет сократить сроки лечения, улучшить качество жизни, добиться клинико-эндоскопической ремиссии. Клинические преимущества данной терапии связаны с сбалансированным содержанием компонентов в нём, что обеспечивает его высокую кислотонейтрализующую способность. Эту комбинацию можно использовать для курсового лечения больных ГЭРБ без эзофагита и с эзофагитом ст. А в качестве инициального курса терапии в рамках стратегии «Step up».

Перспективы дальнейших разработок по данному направлению. Изучение влияния длительной поддерживающей терапии ГЭРБ с эзофагитом с помощью комбинации антацидов и блокаторов H₂-рецепторов гистамина на частоту возникновения рецидивов данного заболевания.

Литература

1. Алексеева О.П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца / О.П. Алексеева // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. - №6. – С. 81-83.
2. Ивашкин В.Т. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – Т.13, №6. – С. 18-26.
3. Кляритская И.Л. Антацидные препараты в современной клинической практике / И.Л. Кляритская, Т.А. Цапак // Здоров'я України. – 2009. - №7 (212). – С.1-3.
4. Лазебник Л.Б. Современное понимание гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: от Генваля к Монреалу / Л.Б. Лазебник, Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Эксп. Клин. Гастроэнтерол. – 2007. - № 5. – С. 4-10.
5. Поддерживающая терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 0-1 степени после достижения клинико-эндоскопической ремиссии / О.Н. Минушкин, Л.В. Масловский [и др.] // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2006. - №1. – С.15-22.
6. Роль современных антацидов в гастроэнтерологической практике / Т.В. Ермолова, А.В. Шабров [и др.] // Doctor. Журн. для практикующих врачей. – 2004. - №3. – С. 68-69.
7. Циммерман Я.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: состояние проблемы и дискуссионные вопросы / Я.С. Циммерман // Эксп. Клин. Гастроэнтерол. – 2004. - № 2. – С. 70-78.
8. Vaeckxstaens G.Y. Pathophysiology, diagnosis, and treatment of gastroesophageal reflux disease / G.Y. Vaeckxstaens, G.N.J. Tytgat // Curr. Opin. Gastroenterol.-1996.-12.-P.365-372.
9. Vakil N. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus / N. Vakil, S.V. van Zanden, P. Kahrilas [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – 101. – 1900-1920.

Реферати

**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ АНТАЦИДІВ ТА
H₂-БЛОКАТОРІВ ГІСТАМІНА ПРИ ЛІКУВАННІ
ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ
ХВОРОБИ**

**Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Китуря Е.М., Гурина Л.І.,
Ткаченко М.В.**

У роботі представлені дані дослідження ефективності антациду – Маалокса та блокатора H₂-рецепторів Кваматела у комплексному лікуванні хворих на ГЕРХ 0-А ст. Застосування даної комбінованої терапії є ефективним і безпечним методом лікування, який дозволяє скоротити строки лікування, покращити якість життя хворих, досягти клініко-ендоскопічної ремісії.

Ключові слова: гастроєзофагеальна, рефлюксна, хвороба, лікування, антацид, блокатор H₂-рецепторів.

Стаття надійшла 12.04.10

**PERFORMANCE OF COMBINATIONS
ANTACIDS AND HISTAMINE H₂-
BLOCKERS IN THE TREATMENT OF
GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

**Zhdan V.N., Babanina M.Y., Kitura E.M., Gurina,
L.I., Tkachenko, M.V.**

This paper presents the trial of an antacid - Maalox and the H₂-receptor blocker Kvamatel in the complex treatment of patients with GERD 0-A st. The application of this combination therapy is effective and safe method of treatment, which reduces the treatment time, to improve the quality of life of patients achieved clinical and endoscopic remission.

Key words: gastroesophageal, reflux,disease, treatment, antacids, H₂-receptor blocker

УДК: 616.72-002-008.9:616.13-004.6

**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З
МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

**В.М. Ждан, Л.І. Китуря, М.В. Ткаченко,
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава**

Робота є фрагментом науково-дослідної теми: „Розробка методів профілактики та лікування хвороб, які походять із метаболічного синдрому препаратами, що стимулюють рецептори, які активують проліферацію пероксисом (PPAR-γ) шляхом удосконалення критеріїв діагностики.” (державна реєстрація № 0107U001555).

В статті наведені результати вивчення впливу розувастатину на основні ланки патогенезу остеоартрозу у поєднанні із метаболічним синдромом і коронарним атеросклерозом. Доведений позитивний вплив комплексної терапії на показники ліпідного профілю (зниження концентрації холестерину, тригліцеридів, індексу атерогенності), зменшення товщини комплексу інтими-медіа, пригнічення активності ендогенного запалення, що сприяло покращенню клінічного перебігу захворювання.

Ключові слова: остеоартроз, метаболічний синдром, атеросклероз, розувастатин

Серед ревматичних захворювань остеоартроз (ОА) посідає перше місце у світі, а в країнах Європи – друге після ішемічної хвороби серця (ІХС) і цереброваскулярних захворювань і виявляється у 10-20% дорослих, а в похилому і старечому віці – у 70-80%, в Україні на дану патологію хворіє 3,5 млн населення. Значна поширеність захворювання, рання інвалідизація на тлі зниження якості життя надає проблемі ОА особливої актуальності [5].

Протягом останнього десятиріччя проблемі ожиріння і пов'язаного з ним метаболічного синдрому (МС) присвячена велика кількість досліджень, що зумовлено розповсюдженістю та прогресуванням даних патологічних станів. На тлі превентивних заходів у 65% населення Північної Америки, 40% жителів Великої Британії та 50% Германії спостерігається ожиріння чи надмірна маса тіла [10]. В 2008 році доля українців старше 45 років з надмірною масою тіла склала близько 82%, а осіб з ожирінням – 52%. МС характеризується абдомінальним ожирінням, порушеннями вуглеводного обміну, артеріальною гіпертензією, дисліпідемією, в основі розвитку яких лежить інсулінорезистентність (ІР) [6]. МС – кластер метаболічних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань атерогенного генезу.

Особливостями порушення ліпідного спектру крові за МС є поєднання «традиційних» (підвищений рівень загального холестерину (ЗХС), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), зниження вмісту ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) з «нетрадиційними» (висока концентрація тригліцеридів (ТГ), модифікованих щільних частинок ЛПНЩ, низький рівень ЛПВЩ) маркерами високого ризику розвитку ІХС на тлі гуперінсулінемії. По мірі збільшення «нетрадиційних»