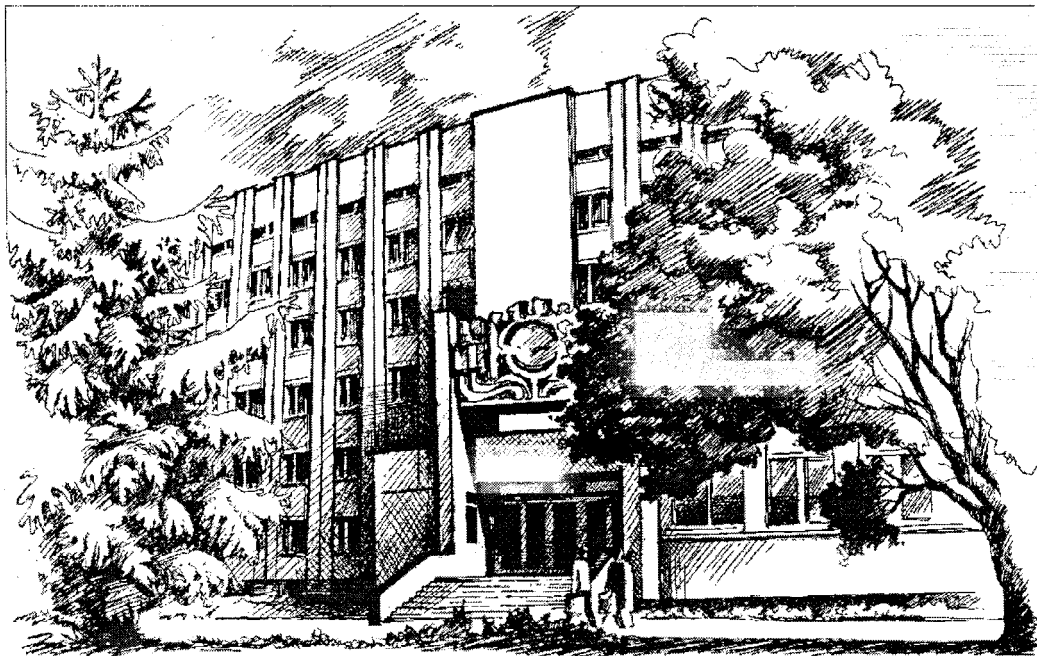


Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"Українська медична стоматологічна академія"



АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний корпус УМСА

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 7, Випуск 4 (20) 2007 ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

Зміст

СТОМАТОЛОГІЯ

- С Т А Т Т І -

ВЛИЯНИЕ КАРИЕСА НА СТАБИЛЬНЫЕ СВОБОДНЫЕ РАДИКАЛЫ В ЭМАЛИ ЗУБОВ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОННОГО ПАРАМАГНИТНОГО РЕЗОНАНСА <i>Антощук Н.Л., Брик А.Б., Розенфельд Л.Г., Клименко А.П., Щербина О.И.</i>	10
ОСОБЕННОСТИ КОНСТРУКЦИИ ПОКРЫВНОГО ПРОТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТИРАНИЯ ЗУБОВ, ОСЛОЖНЕННОГО ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ <i>Баля Г.Н.</i>	14
ТЕСТ «БОФСАЗ» ОЦІНКИ ЯКОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ ПОВНИХ ЗІМНИХ ПРОТЕЗІВ І ПРОЦЕСІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ (КЛІНІКО-ТЕХНІЧНІ ПАРАМЕТРИ) <i>Беліков О.Б., Лугова Л.О., Єрис Л.Б., Семененко І.П.</i>	16
ТРОМБОЦИТОАКТИВНЫЕ, ПРОКОАГУЛЯЦИОННЫЕ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ПУЛЬПЫ В ИНТАКТНЫХ ЗУБАХ И ПРИ ЕЕ ВОСПАЛЕНИИ <i>Геранин С.И., Кайдашев И.П., Николишин А.К.</i>	18
АНТИОКСИДАНТНА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГВІТУ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА НІТРАТНОЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ <i>Годованець О.І.</i>	20
ФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖУВАЛЬНОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ З ПОВНОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ ТА ЗНИЖЕННЯМ ВИСОТИ ПРИКУСУ <i>Дворник В. М.</i>	24
ЗМІНИ СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ КОМПЛЕКСІВ <i>Каськова Л.Ф., Абрамова О.Е.</i>	27
ІНТЕНСИВНІСТЬ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСБАКТЕРІОЗОМ КИШЕЧНИКА, СПРИЧИНЕНОГО АНТИБІОТИКОТЕРАПІЄЮ <i>Каськова Л.Ф., Акжитова Г. О.</i>	30
ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМПОЗИЦІЇ «ДЮЦІНКОХІМ» <i>Ковальов Є.В., Назаренко З.Ю.</i>	32
ВІДНОВЛЕННЯ ЖУВАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОРИЗОНТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЧНОЮ СТЕРТІСТЮ ЗУБІВ ЗА ДАНИМИ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ <i>Козак Р.В.</i>	35
ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТИЧНИМИ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ <i>Ліштва В.Г., Ніколішина Е.В., Струк В.І., Дорубець А.Д.</i>	38
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИКО - ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ БЕЗМЕТАЛЛОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ <i>Мартыненко И.Н.</i>	40
ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХРОНІЧНИЙ ПЕРІОДОНТИТ У МЕШКАНЦІВ ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ <i>Митченко О.В.</i>	42
АНАЛІЗ ПРИЧИН ПОЛОМКИ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ И ИХ КЛИНИЧЕСКАЯ ТРАКТОВКА <i>Острооголов Д.Ф.</i>	45
СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧЕЛОВЕКА В МЕСТАХ ОТСУТСТВИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ ЗУБОВ <i>Петренко Р.В.</i>	47

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРОКТОСЕДИЛ И ТРИДЕРМ В ТЕРАПИИ ГЛАНДУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА С ЭКЗЕМАТИЗАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Романенко И.Г., Белоглазов В.А., Галкина О.П.</i>	49
САЛИВАЦІЯ У ХВОРИХ З КАНДИДОЗОМ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ <i>Ступак О.П.</i>	52
ТЕЗИ ТА КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ	
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ПЕРИФЕРІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЯК УМОВА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ <i>Іваницька О.С.</i>	54
ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ НА КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ <i>Карасюнок А.Є.</i>	55
СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИГОДОВУВАННЯ <i>Каськова Л.Ф., Шепеля А.В.</i>	55
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ПАЦИЕНТОВ 6-9 ЛЕТ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ <i>Куроедова Е.Л.</i>	56
ВИЗНАЧЕННЯ ПРОПОРЦІЙНОСТІ РОЗМІРІВ РІЗЦІВ ПРИ ГЛИБОКОМУ ПРИКУСІ <i>Рибась А.В.</i>	57
ДИНАМІКА МОРФО – ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ 6 – 9 РОКІВ В ПРОЦЕСІ ОРТОДОНТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЙ ЯЗИКА. <i>Смаглюк Л.В., Трофименко М.В.</i>	58
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕТЕНЦИИ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Фетисова А.Л.</i>	58
СТЕРЕОЛІТОГРАФІЧНИЙ МЕТОД ВИГОТОВЛЕННЯ МОДЕЛЕЙ ЩЕЛЕП В ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТОЛОГІЇ <i>Чертов С.О.</i>	59
МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. <i>Якименко Д.О.</i>	60
КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА №1 (терапія, педіатрія, неврологія, психіатрія, інфекційні хвороби, загальна гігієна, соціальна медицина)	
- С Т А Т Т І -	
ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ <i>Алексеева Ю.І.</i>	61
ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ВІТАМІНАМИ В ₁₂ , В ₆ , В ₂ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ ГОМОЦИСТЕЇНУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ <i>Безсмертна Г.В.</i>	64
КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ПОЄДНАНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С І ХРОНІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЕПШТЕЙНА-БАРР <i>Боднар В.А.</i>	66
КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ <i>Григорова І.А., Куфтеріна Н.С.</i>	70
МЕТОДИКА ПЕРВИННОГО КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО СКРИНІНГУ ДОНОРІВ ЩОДО МОЖЛИВОГО ІНФІКУВАННЯ НВU І НСV <i>Дубинська Г.М., Пінський Л.Л., Кузь Т.В., Котелевська Т.М., Боднар В.А.</i>	74
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГАСТРОМАКСА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Крачек А.А., Матлаш Л.Н., Севидова М.В. Гурина Л.И.</i>	78
СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Ждан В.М., Кітура Є.М., Волченко Г.В., Кітура О.Є.</i>	80
КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДАХ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ <i>Животовська Л.В.</i>	87
РОЛЬ АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ У ВИЗНАЧЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ДИСМЕТАБОЛІЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ДІТЕЙ. <i>Зубаренко О.В., Стоєва Т.В., Колійка Г.К.</i>	90
ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ ТА ГЛЮКОЗИ КРОВІ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ТА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЦИХ ПОКАЗНИКІВ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ <i>Іваницький І.В.</i>	94
РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДОРОСЛИХ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ ОСІБ У ВИДАЛЕНІ ТЕРМІНИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ <i>Литвиненко Ю.В.</i>	99
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИСОКАРДА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. <i>Клименко Л.В., Перепельченко Н.А., Бобров В.А., Давыдова И.В., Боброва Е.В.</i>	101
СЕКСУАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ СУПРУЖЕСЬКОЇ ПАРИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИН <i>Кожекару Л.В.</i>	103
ОСОБЛИВОСТІ МІКРОЕКОЛОГІЇ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ВГА <i>Колійченко Я.І.</i>	106
ВИДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В У ОСІБ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ПРОСТИМ ГЕРПЕСОМ <i>Котелевська Т.М.</i>	109

Резюме

МЕТОДИКА ПЕРВИЧНОГО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ДОНОРОВ ОТНОСИТЕЛЬНО ВОЗМОЖНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ

Дубинская Г.М., Пинский Л.Л., Кузь Т.В., Котелевская Т.М., Боднар В.А.

Ключевые слова: эпидемический процесс, доноры, эпидемиологические и клинические признаки возможного инфицирования доноров HBV и HCV, система дискриминантных уравнений.

Установлены эпидемиологические и клинические признаки, на основании которых можно прогнозировать возможное инфицирование доноров HBV и HCV. Разработана система дискриминантных уравнений для первичного клинико-эпидемиологического скрининга, который необходимо проводить на этапе отбора доноров. Данная методика проста и не требует экономических затрат.

УДК 616.32/33-002-085.244

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГАСТРОМАКСА В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Крачек А.А., Матлаш Л.Н., Севидова М.В. Гурин Л.И.

Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава
Отделенческая клиническая больница ст. Полтава-Южная

В работе представлены данные исследования эффективности препарата гастромакса в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью 0-А ст. Применение гастромакса в терапии данной категории пациентов является эффективным и безопасным методом лечения, который позволяет сократить сроки лечения, улучшить качество жизни больных, достигнуть клинико-эндоскопической ремиссии.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастромакс, лечение.

Ученые и практикующие врачи многих стран мира называют гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) заболеванием XXI века [4]. У 10% пациентов с симптомами ГЭРБ развивается пищевод Баретта, что увеличивает риск развития аденокарциномы пищевода в 30-125 раз. Основными симптомами ГЭРБ является изжога, острая боль в гортани, кислые и воздушные отрыжки, жжение и чувство давления в подложечной области [3]. 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].

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]. Для достижения оптимального эффекта рекомендуется применять комбинированные препараты, содержащие антациды и H₂-блокаторы [3]. Гастромакс — препарат, содержащий блокатор H₂-рецепторов III поколения фамотидин и антациды — кальция карбонат и магния гидроксид. Гастромакс оказывает двойное действие за счет уменьшения желудочной секреции и нейтрализации соляной кислоты, устраняет

проявления гиперацидности (боль, изжогу). Входящий в состав препарата фамотидин угнетает как базальную секрецию соляной кислоты, так и ее секрецию, стимулированную гистамином, гастрином и ацетилхолином, снижает активность пепсина. Оптимальное соотношение активных компонентов в составе препарата обеспечивает снижение кислотности до нормального уровня [3,7].

Целью нашего исследования стало изучение эффективности клинического применения гастромакса в лечении больных ГЭРБ 0-А ст.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе терапевтического отделения Полтавской отделенческой клинической больницы ст. Полтава-Южная. Всего исследовано 40 больных (25 мужчин, 15 женщин) в среднем возрасте 44,6±14,5, 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 язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, полипы желчного пузыря, хронический гастрит, желчно-каменная болезнь, хронический бескаменный холецистит, хронический панкреатит, остеохондроз различных отделов

позвоночника, ишемическая болезнь сердца. Сопутствующая патология в момент исследования ни в одном случае не требовала медикаментозной коррекции.

плохое самочувствие → отличное самочувствие

Таблица 1
Характеристика исследуемых больных.

Показатель	Величина
Средний возраст, лет	44,6±14,5
Грыжа пищеводного отдела диафрагмы, n(%)	6 (15)
Курение, n(%)	9 (22,5)
Анамнез >2 лет, n(%)	26 (65)

Диагностика ГЭРБ проводилась путем оценки субъективного состояния больных, основанная на анализе их жалоб. Основные симптомы заболевания – изжогу, 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.

Все больные ОГ получали терапию гастромаксом по 1 таблетке 2 раза в сутки через 1 час после еды в течение 2-х недель. Пациенты контрольной группы получали альмагель Нео по 1 дес. ложке 3 раза в день через 1 час после еды и перед сном в течение 2-х недель.

Критериями эффективности лечения считали: эндоскопический (динамика эндоскопической картины слизистой оболочки пищевода); клинический (динамика основных симптомов болезни) и оценку динамики КЖ [5]. Безопасность и переносимость лечения оценивалась на основе изучения частоты возникновения побочных эффектов и изменения лабораторных показателей.

Результаты и их обсуждение.

Проведенное исследование показало, что лечение с применением гастромакса является достоверно более эффективным и безопасным.

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.

По результатам исследования через 2 недели клиническая ремиссия была отмечена у 24 больных (80%) ОГ и лишь у 6 (60%) – КГ (p<0,01). Скорость наступления клинического эффекта также оказалась достоверно выше у больных, которым проводилось лечение гастромаксом. Так, через 3 и 7 дней у пациентов ОГ клиническое улучшение отмечалось у 20(66,6%) и 23 (76,6%) больных соответственно по сравнению с 3(30%) и 6(60%) пациентами КГ (p<0,01). Побочные эффекты в виде запоров, метеоризма, отрыжки отмечены у 2 больных ОГ (6,6%) и у 4(40%) – КГ. Отклонений лабораторных показателей зафиксировано не было.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от степени эзофагита, n=40

Степень эзофагита	Число больных	
	Абс.	%
0	24	60
A	16	40

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].

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 6,9 до 2,1 балла, более в эпигастрии - с 5,4 до 1,2 балла, отрыжки – с 5,1 до 1,4 балла в течение 2-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)	6,9±0,6	2,1±0,2*	5,4±0,9	1,2±0,2*	5,1±0,6	1,4±0,3*
Частота, абс. Число, %(основная группа)	26(86,6)	4(13,3)	18(60)	3(10)	16(53,3)	6(20)
Интенсивность, баллы(контрольная группа)	6,7±1,3	5,7±1,9	5,6±1,3	4,9±0,9	5,2±2,1	3,8±0,8
Частота, абс. число, % (контрольная группа)	9(90)	6(60)	6(60)	4(40)	5(50)	3(30)

*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 отсутство-

вали признаки эзофагита. Соотношение больных с 0 и А ст. ГЭРБ представлена в табл.4.

Таблиця 4

Динамика ендоскопічної картини у больних 0 і А степеню ГЭРБ

Група	Степень ГЭРБ	Курсовая терапия	
		До	После
ОГ, n=30	0	18(60%)	28 (93,3%)
	A	12(40%)	2(6,7%)
КГ, n=10	0	6(60%)	7 (70%)
	A	4(40%)	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 гастромакса отмечался более выраженный эффект.

Таблиця 5

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

група	До лечения	После лечения
ОГ	5,6±0,25	9,7±0,3*
КГ	5,5±0,3	7,9±0,6*

* P<0,05

Выводы

Применение гастромакса в комплексной терапии пациентов с ГЭРБ является эффективным и безопасным методом лечения, что позволяет сократить сроки лечения, улучшить качество жизни данной категории больних, добиться кли-

нико-эндоскопической ремиссии. Клинические преимущества применения гастромакса в комплексном лечении ГЭРБ связаны с фармакокинетическим профилем этого препарата, со сбалансированным содержанием компонентов в нём, что обеспечивает его высокую кислотонейтрализующую способность.

Література

1. Алексеева О.П. Эндоскопически негативная гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как причина болей в левой половине груди: дифференциальная диагностика с ишемической болезнью сердца // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. - №6. – С. 81-83.
2. Ермолова Т.В., Шабров А.В. и др. Роль современных антацидов в гастроэнтерологической практике // Doctor. Журн. для практикующих врачей. – 2004. - №3. – С. 68-69.
3. Ивашкин В.Т., Труханов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – Т.13, №6. – С. 18-26.
4. Калинин А.В. Кислотозависимые заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медикаментозная коррекция секреторных расстройств // Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2001. - №2. – С.16-22.
5. Мишушкин О.Н., Масловский Л.В. и др. Поддерживающая терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни 0-1 степени после достижения клинико-эндоскопической ремиссии //Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол. – 2006. - №1. – С.15-22.
6. Старостин Б.Д. Спорные вопросы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2005. – Т. 15, №5, прил. №26. – С. 15.
7. Voeckxstaens G.Y., Tytgat G.N.J. Pathophysiology, diagnosis, and treatment of gastroesophageal reflux disease // Curr. Opin. Gastroenterol. -1996.-12.-P.365-372.

Реферат

КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ГАСТРОМАКСУ У ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Крачек Г.О., Матлаш Л.М., Сєвідова М.В., Гурина Л.І.

Ключові слова: гастроэзофагеальна рефлюксна хвороба, гастромакс, лікування

У роботі представлені дані дослідження ефективності препарату гастромаксу у комплексному лікуванні хворих на гастроэзофагеальну рефлюксну хворобу 0-А ст. Застосування гастромаксу у терапії даної категорії пацієнтів є ефективним і безпечним методом лікування, який дозволяє скоротити строки лікування, покращити якість життя хворих, досягти клініко-ендоскопічної ремісії.

УДК 616.12.-039-053.9

СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ждан В.М., Кітура Є.М., Волченко Г.В., Кітура О.Є.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

В статті розглянуті особливості серцевої недостатності людей похилого віку. Зроблений висновок, що можливості ефективної терапії ХСН в старшій віковій групі дозволяють переглянути традиційний погляд на безуспішність і виключно «витратність» цієї категорії хворих і можуть повністю «окупити» витрати завдяки їх активній участі в житті суспільства. З цієї позиції розробка і впровадження принципів раціонального ведення хворих з ХСН, що за визначеною закономірністю розвивається в старості і розглядається традиційно як «захворювання з поганим прогнозом», набуває нового змісту.

Ключові слова: серцева недостатність, похилий вік

Серцева недостатність і вік

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією із актуальних і драматичних проблем геріатрії [5]. З віком, частота розвитку ХСН істотно збільшується. За даними Фремінгемського дослід-

ження (1988), імовірність її виявлення подвоюється з кожним десятиріччям життя, а середній вік пацієнтів із ХСН знаходиться в межах 74 років.