

**КЛЕКСАН®**  
энксаларин

надежная защита  
от тромбозов и тромботических  
осложнений



**КОГДА УГРОЖАЮТ  
ТРОМБОЗ...**

**НЕЛЬЗЯ  
ТЕРЯТЬ  
НИ МИНУТЫ!**

**КЛЕКСАН™**

- Доказанная эффективность
- Высокий уровень безопасности
- Неоспоримые фармакодинамические преимущества
- Простота и удобство применения
- Наиболее широкий спектр действия на низкомолекулярный гепарин

Регистрационное свидетельство № 010/010/01-01/01-01  
Производитель: Авентис Фарма, Франция. Сайт: [www.klexan.com](http://www.klexan.com)

**Тяжелая грамположительная инфекция...?**

**ТАРГОЦИД!**

**точно в цене**

**Новый мощный**

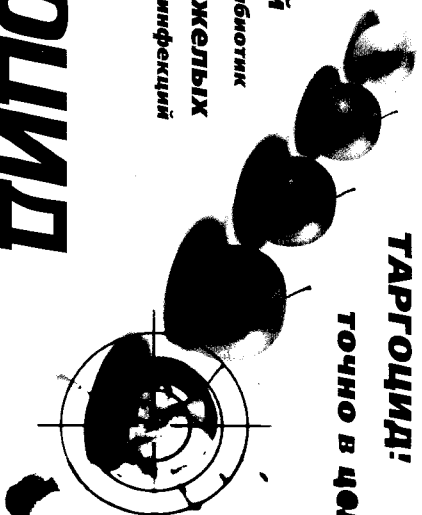
**гликопептидный антибиотик**

**для лечения тяжелых**

**грамположительных инфекций**

**ОДИН РАЗ В СУТКИ**

**ТАРГОЦИД**  
ТЕЙКОПЛАНИН



Регистрационное свидетельство № 010/010/01-01/01-01/01-01  
Производитель: Авентис Фарма, Франция. Сайт: [www.klexan.com](http://www.klexan.com)

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЬМАДІПЛОМНОЇ ОСВІТИ

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

Випуск 68

Книга 1

Запоріжжя  
2005

**Редакційна колегія:**

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР - О.С. Никоненко, д.мед.н., професор, заст. дир. науки та техніки України, ректор Запорізької медичної академії післядипломної освіти;  
ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА - С.Д. Шаповал, д.мед.н., професор, проректор з учбової роботи ЗМАЛО;  
ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА - І.М. Фухштейн, д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи ЗМАЛО;  
ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР - С.М. Дмитривева, д.мед.н., професор.

**Члени редколегії:**

Н.Я. Доценко, д.мед.н., професор;  
Н.С. Луценко, д.мед.н., професор;  
Л.С. Овчаренко, д.мед.н., професор;  
Ю.В. Прохвєтов, к.мед.н., доцент;  
А.В. Кліменко, д.мед.н., професор;  
А.Н. Побєл, д.мед.н., професор;  
В.Г. Ярєшко, д.мед.н., професор;  
М.М. Милгиця, д.мед.н., професор;  
Ю.І. Решєтєлов, д.мед.н., професор;  
Н.Г. Баранник, д.мед.н., професор;  
О.Д. Гусаков, д.мед.н., професор;  
С.М. Грищенко, д.мед.н., професор;  
В.Г. Дєйнего, д.мед.н., професор;  
Н.Г. Завгородня, д.мед.н., професор;  
О.О. Ковальов, д.мед.н., професор;  
В.І. Кошля, д.мед.н., професор;  
І.В. Кочін, д.мед.н., професор;  
О.О. Люлька, д.мед.н., професор;  
В.П. Мирошніченко, д.мед.н., професор;  
Р.М. Портус, д.мед.н., професор;  
В.Г. Бужа, к.мед.н., доцент;  
О.П. Микєв, к.мед.н., доцент.

**Рецензенти:**

В.Г. Дєйнега, д.мед.н., професор.  
О.В. Губка, д.мед.н., професор кафедри шпитальної хірургії ЗДМУ.

**Відповідальний редактор**

Н.Г. Завгородня, д.мед.н., професор.

Матеріали збірника друкуються згідно з рішенням  
Вченої Ради Запорізької медичної академії післядипломної освіти  
(протокол №3 від 29.04.05р.)

**С 23**      Збірник наукових праць ЗМАЛО. - Запоріжжя: Діже Голе. 2005. - 452 стор.  
ISBN 966-7037-85-1

© Запорізька медична академія післядипломної освіти

Відповідність за вірогідність фактів, цитат, приписів, імен та інших даних несуть автори

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

## Розділ I

Актуальні питання гастроентерології є однією з найбільш важливих і динамічно змінюваних галузей медицини. Це пов'язано з тим, що в останні роки спостерігається зростаюча частота захворювань на гастрит, вишкіркову хворобу, вишкірковий рак, захворювання жовчного міхурця та дванадцятипалої кишки. Крім того, зростає частота захворювань на гастроентеральні інфекції, в тому числі на хронічний гепатит В та С, а також на гастроентеральні паразитарні захворювання. У зв'язку з цим актуальними є питання діагностики, лікування та профілактики цих захворювань. У даній статті розглядаються деякі з цих питань, а саме: діагностика вишкіркової хвороби, вишкірковий рак та гастроентеральні інфекції.

Вишкіркова хвороба є одним з найбільш поширених захворювань шлунка. Її діагностика здійснюється за допомогою ендоскопії та біопсії. Лікування вишкіркової хвороби здійснюється за допомогою медикаментозної терапії, яка включає в себе прийом протисекреторних препаратів, антибіотиків та інших лікарських засобів. Профілактика вишкіркової хвороби полягає в уникненні стресу, куріння та вживання алкоголю.

Вишкірковий рак є одним з найбільш поширених видів раку в Україні. Її діагностика здійснюється за допомогою ендоскопії та біопсії. Лікування вишкіркового раку здійснюється за допомогою хірургічної операції, яка включає в себе видалення шлунка та частини дванадцятипалої кишки. Профілактика вишкіркового раку полягає в уникненні куріння та вживання алкоголю.

Гастроентеральні інфекції є однією з найбільш поширених груп захворювань. Їх діагностика здійснюється за допомогою аналізу фекалій та крові. Лікування гастроентеральних інфекцій здійснюється за допомогою антибіотиків та інших лікарських засобів. Профілактика гастроентеральних інфекцій полягає в дотриманні правил особистої гігієни та уникненні вживання неочищеної води.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ  
ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ  
Степанов Ю.М., Залевський В.І., Кононов І.М.,  
Косицька С.В., Будаєв І.Я..... 183

ВОЗДЕЙСТВИЕ НИЗКОЧАСТОТНЫХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ  
ИМПУЛЬСОВ НА ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ  
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ.  
Токаренко А.И., Сквирская С.В., Ковалева О.В., Галчи В.М..... 190

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО  
БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ  
ИНФИЦИРОВАНИЯ НЕЛСОВАСТЕР РУЛОРИ  
Фоменко П.Г..... 196

СТИМУЛЬОВАНА КІНЕТИЧНА ДІЯЛЬНІСТЬ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ  
ТА ЇЇ ВЕГЕТАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
Щербиніна М.Б., Пштяк Е.І..... 201

ВИКОРИСТАННЯ ГЛУТАРГІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ  
АНТИГЕЛКОБАКТЕРНОМУ ЛІКУВАННІ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ  
ПЕЧІНКИ ІЗ ПРОЯВАМИ ПОРТАЛЬНОЇ ГАСТРОПАТІЇ  
Архїв Е.И., Русин В.І., Сірчак С.С., Москаль О.М., Варга Л.П..... 208

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО  
СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ  
Баранник Н.Г., Манухина О.Н., Кокарь О.А.,  
Кущенко М.А., Дементьева Е.В..... 214

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДИСЕМІНОВАНИХ ФОРМ МІКОЗІВ  
ПРЕПАРАТОМ ОРУНГАЛ З ДОДАТНЯМ ЗАСОБІВ  
ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ  
Берегова О.Г., Ланкіна І.О..... 217

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОГО  
ІМУНОГЛОБУЛІНУ ПРИ УРАЖЕННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ  
Т.Г. Берестова..... 223

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ  
ЭНЦЕФАЛИТОВ  
А.А. Боробин..... 226

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ  
ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ МЕНИНГОКОККОВОЙ  
ИНФЕКЦИИ  
Георгиевич М.А., Корсунев В.А., Кухарь Д.И., Пороша Н.С..... 231

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА "РЕОСОРБИЛАКТ" ДЛЯ СТАРТОВОЙ  
ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ГИПОВОЛЕМИЕЙ,  
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
Георгиевич М.А., Корсунев В.А., Одинец И.Ю., Кухарь Д.И..... 239

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЯ НА ОСНОВЕ  
СУКЦИНИРОВАННОГО ЖЕЛАТИНА ("ТЕЛФОУЗИН®") ПРИ  
ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ С  
ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ  
Георгиевич М.А., Корсунев В.А..... 247

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ  
ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ  
Горенштейн М.Л..... 255

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ  
ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ  
ПЕПТОСПИРОЗА  
С.Н. Гривченко, С.Н. Корогод, Т.А. Семенова..... 259

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ У  
ВЗРОСЛЫХ  
С.Н. Гривченко, С.Н. Корогод, Т.А. Семенова..... 263

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ  
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ  
С.Н. Гривченко, Н.А. Когулт..... 269

ПРИМЕНЕНИЕ АМЛОДИПИНА ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА  
Доценко Н.Я., Боев С.С., Шехунова И.А., Богослава Т.В..... 273

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА СТРУКТУРНЫЕ И  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ  
СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
Доценко С.Я., Бессарабов Н.С., Медведев В.В..... 276

## ВИКОРИСТАННЯ ГЛУТАРГІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОМУ ЛІКУВАННІ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ІЗ ПРОЯВАМИ ПОРТАЛЬНОЇ ГАСТРОПАТІЇ

Архій Е.Й., Русин В.І., Сіряк Є.С. Москва  
 О.М., Варга Л.Л.  
*Кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та госпітальної хірургії;*

*Ужгородський національний університет,  
 медичний факультет*

**Ключові слова:** цироз печінки, портальна гастропатія, Нейсобастер руюлі, антигелікобактерне лікування, глютаргін.

Цироз печінки відноситься до найбільш частих причин летальності серед непухлинних захворювань органів травлення. Зростання кількості хворих з вірусними і алкогольними захворюваннями печінки залишають актуальною проблему вивчення особливостей клініки та прогнозу цирозу печінки.

Найбільш вагомою ознакою декомпенсації циротичного процесу печінки є синдром портальної гіпертензії. Важкість її основних клінічних проявів, як правило, визначає прогноз і тактику лікування.

По даними статистики, у 30% хворих із вперше виявленим цирозом печінки діагностують портальну гіпертензію, ще у 30% - виникають кровотечі в строки до 2 років з моменту розширення вен, у 70% хворих з кровотечею виникають рецидиви на протязі 18-24 місяців, а летальність при гострій кровотечі складає від 20 до 50% [4,9].

Портальна гастропатія є одним із проявів портальної гіпертензії. "Портальна гастропатія" поняття, яке включає порушення мікроциркуляції у слизовій оболонці травного каналу застійного походження та внаслідок порушень метаболізму в печінці. Проявами портальної гастропатії вважають езофагіт, варикозне розширення вен стравоходу та шлунка, телеангіктазії, гастрит, дуоденіт, порушення моторики з утворенням гастроєзофагіального та дуоденогастрального рефлюксів, васкулопатію нижніх відділів кишківника. Крім того, часто це гострі чи хронічні виразки шлунка або дванадцятипалої кишки [8].

За літературними даними ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у хворих на цироз печінки зустрічаються із різною частотою. В роботах Агібалова А.Н. і співавт. ця цифра складає 44,9% і залежить від стадії циротичного процесу. Краснова М.В. вказує, що у 38,2% ерозивно-виразкові ураження ускладнювались кровотечею різного ступеня вираженості [1,7]. Слід відміти-

ти, що виникнення і важкість кровотеч залежить від ступеню вираженості печінково-клітинної недостатності.

На даний час загальновідомою пріоритетна роль Н.руюлі у розвитку загально-дирегенераторних змін слизової оболонки шлунку. Н.руюлі це етіопатогенетичний фактор більшості гастритів і виразкової хвороби. Цей мікроб виявляється більше ніж у 95% хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки і у 70-80% хворих виразковою хворобою шлунку [5].

Безпосереднє значення Н. руюлі у хворих на цироз печінки у виникненні уражень верхніх відділів шлунково кишкового тракту є маловивченим. Також залишається не вивченим питання про ерадикацію цієї інфекції у данного контингенту пацієнтів. Призначаючи антигелікобактерне лікування хворим на цироз печінки слід врахувати значно скомпроментовану печінку і печінкову недостатність і призначати їх під прикриттям гепатопротекторів.

У цьому плані перспективним є використання препаратів амінокислот, а саме аргініну і глутамінової кислоти. Саме таким препаратом являється глютаргін, розроблений фармацевтичною фірмою "Здоров'я" (Україна). Крім вираженої гіпоамоніємічної дії, ці амінокислоти проявляють цілий ряд властивостей, спрямованих на нормалізацію функцій печінки. Це виражена антиоксидантна, антигіпоксична дія, а також стимульована обмін у речовин в печінці і нормалізація процесів енергозабезпечення в гепатоцитах [3,6].

Виконувана нами наукова робота є фрагментом держбюджетної теми № 530 "Розвантажувально-дієтичне харчування та інші нетрадиційні методи у лікуванні гіпертензивних станів в клініці внутрішніх хвороб (зокрема портальної гіпертензії, енцефалопатії, нейроциркуляторної дистонії) з розробкою альтернативних схем їх профілактики і лікування" На державної реєстрації ДР – 0103У001704.

**Мета дослідження** - вивчення ефективності використання глютаргін у комплексному антигелікобактерному лікуванні у хворих на цироз печінки із проявами портальної гастропатії.

### **Матеріали і методи**

Нами стаціонарно обстежено 34 хворих на цироз печінки із проявами портальної гастропатії, для виявлення частоти інфікованості Н.руюлі. В групу спостереження в подальшому увійшли лише 30 гелікобактерпозитивних хворих на цироз печінки, які отримали однакове базисне лікування, а саме: дієтичне харчування (стіл №5), сечогінні препарати, лактулозу, ербісол, вітаміни та детоксикаційну терапію (нео-гемодез). Також всім гелікобактерпозитивним хворим призначено ідентичне антигелікобактерне лікування: омепразол 20 мг 2 рази на добу, кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу, амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу на протязі 7

днів. В якості природнього антациду хворим паралельно призначали гідрокарбонатно-натрієву мінеральну воду "Топляна квасова" по 150-200 мл, теплу, не газовану за 20-30 хвилин до їжі на протязі 1 місяця.

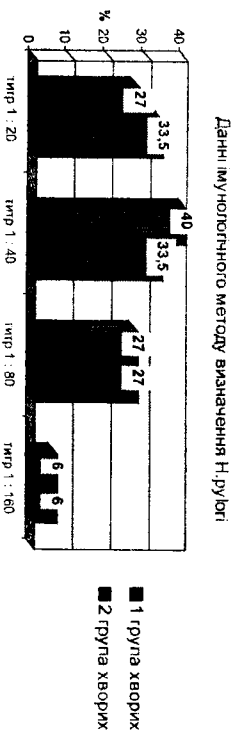
Хворі розподілені на дві групи по 15 пацієнтів в кожній. Хворі першої групи додатково отримували глутаргін: 25 мг – 2 раза на добу на 150 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно (40-60 крапель за хвилину) – на протязі 7 діб. Друга група глутаргін не отримувала.

### Результати та їх обговорення

Діагноз цирозу печінки виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів вірусів гепатиту В, С, D за допомогою імуноферментного аналізу ELISA) та інструментальних (ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, фіброскопагастроудоденоскопії, радіоізотопних та ангіографічних) методів дослідження.

Для діагностики Н.рулої хворим визначали наявність сумарних антитіл (IgM, IgA, IgG) до Н. рулої у сироватці крові за допомогою набору тест-систем фірми "Вектор-Бест" (Росія). Результати імунологічного методу оцінювали по титрам сумарних антитіл до антигенів Н.рулої. Титр менше 1 : 10 – результат негативний, титр 1 : 10 – результат сумнівний, титр 1 : 20 – результат слабопозитивний, титр 1 : 40 – результат позитивний, титр від 1 : 80 до 1 : 320 – результат сильнопозитивний.

Н.рулої із 34 хворих на цироз печінки був діагностований у 30 хворих, що складає 88%. Розподіл хворих залежно від титрів сумарних антитіл представлено на мал.1.



Малюнок 1. - Розподіл хворих залежно від титрів сумарних антитіл

У всіх хворих спостерігали суб'єктивні ознаки портальної гастропатії, що проявлялося печією у 15 (100%) хворих 1-ї групи та у 14 (93%) хворих 2-ї групи; відрижкою гірким у 12 (80%) хворих 1-ї групи та у 10 (67%) хворих 2-ї групи; дискомфортом в епігастрії у 14 (93%) хворих 1-ї групи та у 13 (87%) хворих 2-ї групи; болями в епігастрії у 10 (67%) хворих 1-ї групи та у 9 (60%) хворих 2-ї групи; нудотою у 11 (73%) хворих 1-ї групи

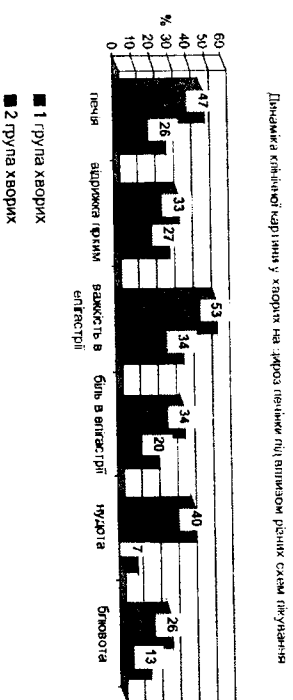
та у 9 (60%) хворих 2-ї групи; блювотою у 5 (33%) хворих 1-ї групи та у 6 (40%) хворих 2-ї групи.  
Ендоскопічно спостерігали варикозно розширені вени (ВРВ) стравоходу та шлунку, ознаки рефлюксної хвороби та запальні зміни верхніх відділів травного каналу, що представлено в табл. 1.

Таблиця 1. - Ендоскопічні ознаки портальної гастропатії

Ознаки	1 група (15 хворих) ангітелікобактерне лікування + шлутаргін	2 група (15 хворих) ангітелікобактерне лікування без глутаргіну
ВРВ стравоходу III ст.	12 (80%)	13 (87%)
ВРВ шлунку	9 (60%)	8 (53%)
Езофагіт	13 (87%)	13 (87%)
Гастроэзофагальний рефлюкс	15 (100%)	15 (100%)
Гастрит	11 (73%)	12 (80%)
Дуоденіогастральний рефлюкс	8 (53%)	6 (40%)
Дуоденіт	4 (27%)	8 (53%)
Вирозка шлунку	10 (67%)	2 (13%)
Вирозка 12-палої кишки	6 (40%)	7 (47%)

Перед призначенням лікування всім хворим проведено біохімічне дослідження крові, а саме: визначення рівня загального білірубіну та його фракцій, тімолової проби, трансаміназ (АСТ,АЛТ), загального білка, білкових фракцій.

Хворі звернулись у стаціонар у стадії компенсації або субкомпенсації, а саме 47% хворих 1-ї групи та 53% хворих 2-ї групи віднесені до класу "А" по Child-Pugh і 53% хворих 1-ї групи та 47% хворих 2-ї групи віднесені до класу "В" по Child-Pugh.



Малюнок 2.

Побічних ефектів, завдяки яким треба було б відказатись від подальшої ерадикаційної терапії не спостерігалося у жодного хворого 1-ї групи. У одного хворого 1-ї групи на 2-й день з'явилася нудота, яку він пов'язував з прийомом антигелікобактерної терапії, що зникла самостійно. У одного хворого 2-ї групи на 2-й день лікування виникли болі навколо



пупка та блювота, що зумовило припинення подальшого антигелікобактерного лікування. Також у двох хворих 2-ї групи спостерігалась транзиторна діарея на 3-4-й день лікування. Під кінець антигелікобактерного лікування більшість хворих 2-ї групи не спостерігали суттєвої різниці в динаміці клінічної симптоматики, тоді як у хворих 1-ї групи, яким в комплекс антигелікобактерного лікування був включений глутаргін, вже на 4-5-день відмічалась виражена тенденція зменшення основних скарі, що представлено на мал.2.

Хворі, які отримали глутаргін в комплексному лікуванні, на багато краще переносять ерадикацію *H. pylori*, що проявляється зменшенням усіх клінічних симптомів майже у двічі вираженіше, порівняно з 2-ю групою, де динаміка скарі до покращення повільніша і менш суттєва.

#### ВИСНОВКИ

1. 88% хворих на цироз печінки із ознаками портальної гастропатії інфіковані *H. pylori*.

2. Щадне антигелікобактерне лікування в комплексі із застосуванням глутаргину добре переноситься хворими на цироз печінки із ознаками портальної гастропатії та сприяє швидкому покращенню самопочуття пацієнтів.

3. Хворим на цироз печінки з гелікобактерзалежною гастропатією в комплекс антигелікобактерної терапії рекомендується включати глутаргін по 25 мг – 2 рази на добу на 150 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно на протязі 7 діб з метою попередження ускладнень від ерадикаційної терапії при значно скопроментованій печінці.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Агбагов А.Н., Чубенко С.С., Гайдуків В.О. Опыт применения нормазе в терапии печеночной энцефалопатии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 1, № 1, прил. № 18. - С. 17, № 47.
2. Аксенов О.С., Молчанов В.В., Хибин Л.С. Эрадикационная терапия *Helicobacter pylori* при язвенной болезни и ее влияние на структуру и состояние слизистой оболочки желудка // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2000. - №3. – С.17-19.
3. Бабак О.Д. Перспективы применения нового отечественного препарата глутаргина в гастроэнтерологии // Применение нового украинского препарата глутаргина в клинической практике - Пособие для практических врачей – ИПЦ ООО "Элтон-2" Киев-Харьков-Луганск 2003. – С. 21-29.
4. Борисов А.Е., Каменко В.А., Васюкова Е.Л., Распереза Д.В. Эндоскопическая склеротерапия и лигирование врикозно-разширенных вен пищевода и кардии // Хирургия –2002. –№8, С. 36-38.

5. Гриценко І.І., Будаць І.Д. Роль пілоричного гелікобактеріозу у генезі ерозивно-виразкових роз'ятрень слизової оболонки гастродуоденальної зони // Сучасна гастроентерологія – 2002 р. - №1. – С. 10-14.

6. Дзяк Г.В., Степанов Ю.М., Кононов І.Н. Ефективність глутаргіна в ліценні цирроза печени // Збірник робіт науково-практичної конференції "Глутаргін – нові принципи фармакотерапії захворювань печінки". Харків: "Здоров'я". - 2003. – С. -29-30.

7. Краснова М.В., Бєдин В.В., Баранова Е.Н., Гафнер І.Ф. Опыт применения зеффикса при циррозе печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – Т. 1, № 1, прил. № 18. - С. 34, № 111.

8. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В. Хірургічне лікування портальної гіпертензії: (Атлас): Навч. посіб./М-во освіти і науки України; Ужгород. Нац. ун-т; Мед. ф-т – Ужгород, 2003. - 92 с.

9. Raynard V., Vailan A., Falik D., Sarlon F., Vedossa P., Charut J. C. et al., Risk factors of fibrosis in alcohol-induced liver disease / *Hepatology*. – 2002. - №35. –Р. 635-638.

#### Summary

#### USE OF GLUTARGIN IN COMPLEX ANTIHELICOBACTER TREATMENT IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS DISPLAYS PORTAL GASTROPATHY

*Arshij E. J., Rusin V.I., Sychak E.S., Moskal O.M., Varga L.L.*

*H. pylori* infection was determined at 30 (88%) cirrhotic patients with serology test. The patients have divided into 2 groups, on 15 in everyone. By the patient of the first group in complex of antihelicobacter treatment have switched on glutargin. The second group received same antihelicobacter treatment but without glutargin. Comes to light, that the patients of 1 group transferred more easy treatment and the complaints disease have disappeared or have decreased on the end of the first week. It is recommended to include glutargin in complex antihelicobacter treatment at the patients with liver cirrhosis the purpose to reduce complications from eradication treatment.

**Key words:** liver cirrhosis, portal gastropathy, *Helicobacter pylori*, antihelicobacter treatment, glutargin.