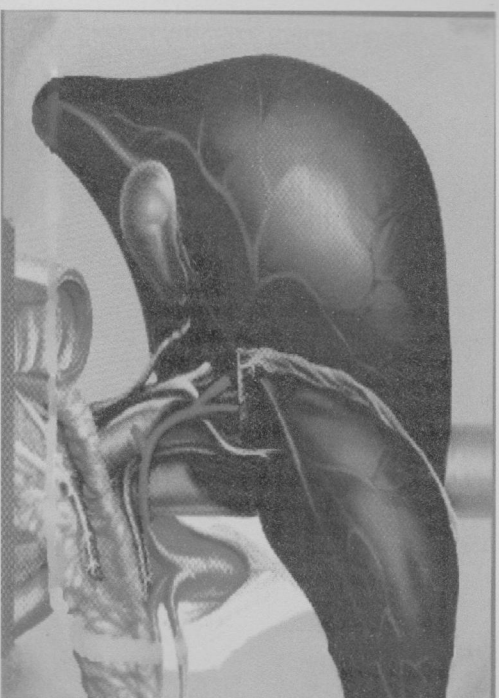


Міністерство освіти і науки України  
Міністерство охорони здоров'я  
Медичний факультет  
Ужгородського національного університету  
Управління охорони здоров'я Закарпатської ОДА

Матеріали науково-практичної  
конференції з міжнародною участю,  
присвяченої 60-річчю УжНУ



*„Сучасні методи діагностики та  
лікування хронічних гепатитів,  
цирозів, гепатогенної виразки, нормальних  
гастропатій та енцефалопатій у клініці  
внутрішніх та хірургічних хвороб”*

Ужгород

14 – 16 жовтня 2005 року

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Ректор Ужгородського національного університету

- *доктор історичних наук, професор Везені М.М.*

Проректор з наукової роботи

- *доктор фізико-математичних наук, професор Смирденяк І.І.*

Завідувач кафедрою госпітальної хірургії

- *доктор медичних наук, професор Русин Я. І.*

Завідувач кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб з

курсами "Основи медичних знань" та "Вища сестринська

освіта"

- *доктор медичних наук, професор Архій Е.Й.*

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю УжНУ "Сучасні методи діагностики та лікування хронічних гепатитів, цирозів, гепатогенної виразки, нормальних газстроніти та енцефалопатій у клініці внутрішніх та хірургічних хвороб" затверджено на засіданні № 8 Вченої Ради університету 29 вересня 2005 року.

## Рецензенти:

- *Галич Т.М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою факультетської терапії;*

- *Кущик М.М. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою госпітальної терапії*

## ВИПАДОК ГЕПАТОГЕННОЇ ГОСТРОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

**В.П. АНДРУЩЕНКО, Ю.Ф. КУШТА**

*Дзвізвський національний медичний університет імені Данила*

*Галицького, кафедра загальної хірургії*

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки перебуває під прицільною увагою науковців, а також лікарів – практиків: інтернастів, хірургів, представників нетрадиційної медицини, оскільки дана патологія за частотою займає перше місце серед осіб з хворобами шлунково-кишкового тракту, уражує людей юного, молодого, головним чином працездатного віку, характеризується високим відсотком інвалідизації. Певна кількість хворих піддається оперативним втручанням. За останні роки у пацієнтів все частіше трапляються випадки гепатогенної (холецистогенної) виразки.

**Мета дослідження:** продемонструвати випадок гепатогенної виразки дванадцятипалої кишки, який мав місце в клініці загальної хірургії ЛНМУ імені Данила Галицького.

**Матеріали і методи.** Матеріалом дослідження був хворий М., 48 років, який лікувався у клініці з 23.04. по 16.05. 2005 року. В роботі був використаний аналітичний метод- проведений ретельний аналіз всіх етапів перебування пацієнта у стаціонарі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Пацієнт М. був госпіталізований у клініку в ургентному порядку через 3 – 4 дні після виникнення жорстоких болів у верхніх відділах живота, нудоти. Декілька разів була блювота застійним шлунковим

**ЗМІСТ:**

|  |    |
|--|----|
| 1. Андрущенко В.П., Кушта Ю.Ф. ВИПАДОК ГЕПАТОГЕННОЇ ГОСТРОЇ ВИРАЗКИ ДІВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ.....   | 3  |
| 2. Архій Е.Й., Коптебняк Л.А., Вішак В.Е., Канчій В.М., Боднар В.М. ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ НЕРАФ СОМПОЗИТУМ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРОВАНИХ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧНОГО МІХУРА .....  | 7  |
| 3. Архій Е.Й., Русніч В.І., Сірчак С.С., Москваць О.М. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ АНТИГЕЛІКО-БАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ.....   | 9  |
| 4. Беліченко Т.А., Паненко А.В., Крылова Т.Г., Николаєва Т.Н., Подвійсоцький А.В., Серафимова Э.В. КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧЕСКІЕ ПОДХОДИ К РЕАБИЛІТАЦІИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНИХ ГЕПАТИТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БОЛЕЗНИ..... | 13 |
| 5. Вакалюк І.І., Іжницька Н.В. КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ РОЗВИТКУ СКОРОТЛИВОЇ ДИСФУНКЦІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ.....   | 15 |
| 6. Вдовиченко В.І., Іжницька Н.В., Денисюк Я.С., Острогляд А.В. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛЕВАСИЛІУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.....  | 17 |
| 7. Волошин О.І. МІКСТ-ПАТОЛОГІЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ ЗАХВОРОВАНИХ ІНШИХ ОРГАНІВ І СИСТЕМ: ФІТОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ.....   | 19 |
| 8. Ганич Т.М., Свистак В.В., Січка А.С., Рибиньш Н.В. ДИНАМІКА ЗАХВОРОВАНОСТІ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ ПАЦІЄНТІВ М. УЖГОРОДА ВПРОДОВЖ 1999-2003 РОКІВ.....  | 21 |
| 9. Деденко І.К., Самодумова І.М. ПЕРСПЕКТИВИ ПРИМЕНЕННЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИМЕТИДИСІЛЛОК-САНОВ (ПМС) ПРИ ЛЕЧЕННІ ОСТРИХ І ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАННІЙ ПЕЧІНКИ І ЇХ ОСЛОЖНЕННІЙ.....  | 25 |
| 10. Дербак М.А. ОСОБЛИВОСТІ НСВ-ІНФЕКЦІЇ У ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....  | 30 |
| 11. Дікий Б.М., Пришляк О.Я., Андрущенко Д.І., Бурдєвнич Д.І. ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....  | 33 |
| 12. Дікий Б.М., Пришляк О.Я., Остаєв Р.С., Нікіфорова Т.О., Кучер А.В. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРІОДУ ФУЛЬМІНАНТНИХ ФОРМ ВИРУСНИХ ГЕПАТИТІВ.....  | 36 |
| 13. Зайцев І.А., Кириченко В.Т., Чебакина Е.А., Бабаєв Ю.Я., Домашенко О.Н., Заплоготная А.А. АНАЛІЗ РАННЬОГО ВИРУСОЛОГІЧЕСЬКОГО ОТВІТА НА ДАФЕРОН (ИНТЕРФЕРОН α-2b) У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С.....                         | 40 |
| 14. Зайцев І.А., Мірошніченко В.А., Кириченко В.Т. ОПТИМІЗАЦІЯ СКРИНІНГ НА ПАРЕНТЕРАЛЬНЬОМУ ВИРУСНЬОМУ ГЕПАТИТУ.....   | 43 |
| 15. Калита Н.Я., Когенко О.Г., Бурый А.Н., Кондрацюк В.А., Васильев О.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....   | 46 |
| 16. Коваль В.Ю., Ганич О.М., Ганич Т.М., Терещенко Н.І. РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ В ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ.....   | 50 |
| 17. Лебедева О.Д. ПРИНЦИПИ ЛЕЧЕННЯ ПЕЧЕНОЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ДІТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ.....   | 52 |
| 18. Лебедева О.Д. ОСНОВНЬОМУ НАПРАВЛЕННЯ І ВАРИАНТЫ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНИХ ГЕПАТИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....   | 54 |
| 19. Дульдов В.И. АКТУАЛЬНЬОМУ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ И ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....   | 57 |
| 20. Матвійчук В.О., Михайлович В.В. ПЕЧІНКОВА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, УСКЛАДНЕННИЙ СТРАВОВОДНО-ШЛУНКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ.....  | 60 |
| 21. Нікіфорова Т.О., Дікий Б.М., Андрущенко Д.І., Пришляк О.Я. ЛІКУВАННЯ ХОЛЕСТАТИЧНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОЇ НСВ-ІНФЕКЦІЇ.....  | 63 |
| 22. Новохатний П.В. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЦИРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ В КЛІНІКЕ НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....   | 67 |
| 23. Оніщенко Т.С., Тютюншиков Б.Г. АНАЛІЗ ЛЕГДАЛЬНИХ ВИПАДКІВ У ХВОРИХ НА ЛЕГТОСПИРОЗ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ЗАПОРЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ.....   | 69 |
| 24. Паненко А.В., Підвисоцький А.А., Данильчук Г.О., Романчук О.І. ОСОБЛИВОСТІ РЕОГЕПАТОГРАФІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ДІСКІНЕЗІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ.....  | 73 |
| 25. Паненко А.В., Романчук О.І., Підвисоцький А.А. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНОРЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ.....   | 71 |
| 26. Панчишин М.В., Панчишин Ю.М. КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ СТЕАТОЗУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ГЕПАТИТАМИ.....  | 77 |
| 27. Пічкар Й.І.*, Голубка Т.В.*, Крафчик О.М., Басараб С.Ф., Олексик О.Т., Шніцер С.М. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ α-ЛІПООЄВОЇ КИСЛОТИ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ГЕПАТОПАТІЇ.....  | 81 |
| 28. Розумик Н.В., Архій Е.Й., Кручаняця В.В. ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.....   | 84 |
| 29. Ромаш Н.І., Нейко В.С., Дзвонковська В.В., Дзвонковська Т.Т. ВИКОРИСТАННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО ПРЕПАРАТУ ТЮТРИАЗОЛІН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ.....   | 87 |
| 30. Рябоконь О.В. ПОКАЗНИКИ ІМУНО-НЕЙРОЕНДОКРИННОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЕПАТИТІ С ТА ЇХ РОЛЬ В ЕФЕКТАХ ІНТЕР-ФЕРОНОТЕРАПІЇ.....   | 92 |

гіпотонічному типу. Діагноз підтверджений проведенням загальнооприйнятих клінічних, біохімічних та інструментальних методів обстеження. Знаходячись на стаціонарному лікуванні всі хворі поряд з базисною терапією одержували Нераг sompositum (по 2,2 мг внутрішньом'язево 1 раз на тиждень - № 5).

Контрольну групу складали 20 хворих, що поряд з базисною терапією отримували відвари фітозборів. Останні у порівнянні з антигомотоксичним препаратом давали значно слабший ефект.

Після проведеного курсу лікування, у хворих, які одержували Нераг sompositum покращилось самопочуття, зникла загальна слабкість, відновився сон, зменшились диспептичні явища з боку жовчного міхура і кишківника, у половини з них нормалізувався стілець. У 85 % хворих спостерігалась нормалізація показників ліпідного і піментного обміну, відмічалась тенденція до нормалізації лужної фосфатази у порівнянні з попередніми показниками.

В той же час у хворих контрольної групи ефект від лікування (базисна терапія + фітотерапія) був менше вираженим.

Негативної реакції на введення препарату не зафіксовано в жодного хворого.

Таким чином антигомотоксична терапія завдяки своїй безпечності і високій ефективності є добрим доповненням та має позитивний вплив на нормалізацію функції печінки та усунення дискінетичних порушень жовчного міхура поряд з базисною терапією. Продовження досліджень у напрямку виявлення нових лікувальних властивостей у антигомотоксичних препаратів при

захворюваннях внутрішніх органів є нагальною потребою сьогодні.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СХЕМ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

*Архій Е.Й., Русин В.І., Сірчак Є.С., Москаль О.М.*

*Ужгородський національний університет, медичний факультет*

**Мета роботи.** Вивчити ефективність різних схем проведеної ерадикаційної терапії при інфікуванні Н.рулої у хворих на цироз печінки.

**Матеріали та методи.** Обстежено 48 хворих на ЦП, які лікувались в ОКЛ м.Ужгород за 2003-2005 рр.

Діагноз цирозу печінки виставлявся з урахуванням скарп, анамнестичних, лабораторних (біохімічний) аналіз крові, визначення маркерів вірусів гепатиту В і С) та інструментальних (УЗД, ФЕГДС) методів дослідження [2].

Наявність гелікобактерної інфекції визначалась за допомогою імунологічного методу, досліджуючи наявність сумарних антитіл до Н. рулої у сироватці крові, а також проводили дихальний тест за допомогою <sup>13</sup>С-міченої сечовини.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Із 48 хворих на ЦП інфікування Н.рулої було діагностовано у 45 (94%) пацієнтів. В подальшому в групу спостереження вийшли тільки 45 гелікобактеріопозитивні хворі.



Хворих розподілили на три групи, по 15 у кожній, залежно від призначених схем антигелікобактерної терапії. Хворим 1-ї групи крім лікування ЦП традиційним методом, назначали потрійну ерадикаційну терапію Н. руйоті, а саме: 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. Лікування омепразолом продовжували ще на протязі 3-х тижнів по 20 мг 1 раз на добу. В якості природнього антациду була призначена гідрокарбонатна нагрієва мінеральна вода "Поляна Квасова" по 200 мл тепла, не газована за 20-30 хвилин до їжі на протязі 1 місяця. Хворі 2-ї та 3-ї груп отримували ідентичне антигелікобактерне лікування. Поряд з цим хворі 2-ї групи додатково отримували вітчизняний препарат на основі двох амінокислот глутаргін: 25 мг — 2 раза на добу на 150 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно (40-60 крапель за хвилину) — на протязі 7 діб з подальшим переходом на таблетований прийом препарату по 250 мг тричі на добу на протязі тижня. Хворі 3-ї групи додатково отримували синтетичний антихолінергічний засіб но-спазм по 30 мг тричі на день на протязі 14 діб.

При поступленні у стаціонар у всіх хворих ендоскопічно виявляли ознаки портальної гастропатії: гастроезофалальний рефлюкс спостерігався у 100% хворих всіх груп, який супроводжувався проявами гастриту у 14 (93%) хворих 1-ї групи і у 12 (80%) хворих 2-ї та 3-ї груп; езофагіту у 13 (87%) хворих 1-ї групи, у 15 (100%) хворих 2-ї групи та у 14 (93%) хворих 3-ї групи. Дуоденогастральний рефлюкс був наявний у 9 (60%) хворих 1-ї

групи, у 10 (67%) хворих 2-ї групи та у 8 (53%) хворих 3-ї групи; дуоденіт — у 10 (67%) хворих 1-ї і 3-ї груп та у 7 (47%) хворих 2-ї групи; виразка дванадцятипалої кишки — у 5 (33%) хворих 1-ї групи, у 6 (40%) хворих 2-ї групи та у 4 (27%) хворих 3-ї групи.

Клінічно ендоскопічні ознаки портальної гастропатії проявлялись відрижкою кислим, печією, нудотою, дискомфортом та болями різної інтенсивності у верхніх відділах черева. До лікування відрижка кислим була наявна у 100% хворих 2-ї групи та у 93% хворих 1-ї та 3-ї груп; печія — у 93% хворих 1-ї, у 87% хворих 2-ї та у 73% хворих 3-ї групи; нудота — 67% хворих 1-ї, у 87% хворих 2-ї та у 47% хворих 3-ї груп. Дискомфорт у верхніх відділах черева спостерігали у 100% хворих всіх груп. Більший синдром у верхніх відділах черева діагностований у 100% хворих 3-ї групи та у 87% хворих 1-ї та 2-ї груп.

На фоні проведеного лікування у хворих на ЦП спостерігали в тій чи іншій мірі вираженості позитивну динаміку клінічної симптоматики. У хворих 2-ї групи, які в комплексному лікуванні отримували глутаргін, вже під кінець 1-го тижня спостерігали зникнення ознак диспептичного синдрому (нудота та печія зникла у всіх хворих, відрижка кислим залишилась лише у 13% хворих). Зменшення інтенсивності більового синдрому та дискомфорту у верхніх відділах черева спостерігається від 10-го дня лікування. У хворих 3-ї групи, які додатково отримували но-спазм вже на 4-5-й дні лікування спостерігали зменшення дискомфорту та болі у верхніх відділах черева, диспептичний синдром мав тенденцію до зменшення лише на 10-й день лікування.

У хворих 1-ї групи зменшення або повне зникнення диспептичного та більового синдромів спостерігається тільки на 10-14-й дні лікування.

Ефективність ерадикаційної терапії оцінювали через 4 тижнів після її закінчення за допомогою <sup>13</sup>C-дихального тесту. Успішна ерадикація спостерігалась у 14 (93%) хворих 1-ї та 2-ї груп та у 13 (87%) хворих 3-ї групи.

#### Висновки:

1. Ерадикаційна терапія з використанням омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну із використанням гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води "Толіана Квасова" являється ефективною схемою для хворих на ЦП.

2. Допільно застосовувати но-спазм та глутаргін у складі антибіотикотерапії у хворих на ЦП для зменшення ознак більового та диспептичного синдромів.

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БОЛЕЗНИ

Т.А.БЕЛИЧЕНКО, А.В. ПАНЕНКО, Т.Г. КРЫЛОВА, Т.Н. НИКОЛАЕВА,

А.В. ПОДВЫСОЦКИЙ, Э.В. СЕРАФИМОВА

Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии, г.

Одесса,

Клинический санаторий им. В.П. Чкалова, г. Одесса

По современным представлениям исход вирусных гепатитов (ВГ) - выздоровление, развитие затяжных, рецидивирующих либо хронических форм течения болезни, вовлечение в патологический процесс других органов пищеварения, во многом определяется состоянием иммунной системы. Установлено, что дисфункция системы иммунитета, формирование вторичных иммунодефицитных состояний, является фактором риска развития неблагоприятных исходов заболевания. Целью выполненных исследований явилось изучение факторов, способствующих развитию неблагоприятных исходов у реконвалесцентов ВГ и патогенетическое обоснование дифференцированных методов их восстановительной терапии. С использованием клинико-биохимических, бактериологических и иммунологических методов исследования были обследованы 575 реконвалесцентов ВГ. Выявлены анамнестические, профессиональные, наследственные, этиологические и клинические факторы риска хронизации патологического процесса в печени. В первую очередь, это