

## ДИНАМІКА КЛІНІЧНИХ ОЗНАК ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ФОНІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТУ МЕЛАТОНІН

Сірчак Є.С., Кидибиц С.С., Архій Е.Й., Барані В.Є.,  
Безименник Д.І.

*Ужгородський національний університет, медичний факультет,  
Ужгород, Україна*

*e-mail: [sirchakliza777@gmail.com](mailto:sirchakliza777@gmail.com)*

**Вступ.** У хворих після холецистектомії (ХЕ) часто визначається патологічний дуоденогастральний рефлюкс (ДГР). Факторами ризику розвитку ДГР є дуоденальна дисмоторика. Частою причиною ДГР стає дуоденостаз і пов'язана з ним дуоденальна гіпертензія. Це пояснює високу частоту розвитку ДГР і дуоденогастроезофагеального рефлюксу після ХЕ. Через втрату скорочувальної функції жовчного міхура порушується гастродуоденальна моторика. Отже, для ХЕ характерні гастроезофагеальний рефлюкс (ГЕР), ДГР і навіть дуоденогастроезофагеальний рефлюкс [1].

Патогенез розвитку гастроезофагеальної хвороби (ГЕРХ) на сьогодні пов'язують із функціональною недостатністю нижнього стравохідного сфінктера, причиною якої є низка факторів. Але на сьогодні є важливим розглядати проблему розвитку ГЕРХ у комплексному розумінні проблем клапанного апарату верхнього відділу шлунково-кишкового тракту [2, 3].

Вивчення ефективних методів лікування ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, в тому числі і ГЕРХ у хворих після ХЕ є важливою задачею сучасної гастроентерології.

**Мета роботи.** Вивчити особливості динаміки клінічних симптомів ГЕРХ у хворих після холецистектомії (ХЕ) на фоні комплексної терапії із застосуванням препарату мелатоніну, метіоніну, L-триптофану, вітамінів групи В6, В9, В12.

**Матеріали і методи.** Обстежено 88 хворих після ХЕ. У всіх обстежених хворих діагностовано ГЕРХ (після проведення ендоскопічного дослідження). Серед обстежених хворих після ХЕ чоловіків було 31 (35,2 %), жінок – 57 (64,8 %). Середній вік становив  $44,8 \pm 6,4$  років. Холецистектомія в середньому проводилась  $7,9 \pm 2,6$  років тому. В контрольну групу ввійшло 30 практично здорових осіб (чоловіків було 11 (36,7 %), жінок – 19 (63,3 %). Середній вік склав  $43,2 \pm 5,8$  років.

Усі обстежені пацієнти підлягали антропометричним, загальноклінічним, лабораторно-інструментальним методам дослідження. Діагноз ГЕРХ установлювали згідно з критеріями

уніфікованого клінічного протоколу (наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943). Хворим після ХЕ виконано фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС), а також проведено добовий рН-моніторинг (за методикою проф. В.Н.Чернобрового). *Helicobacter pylori* діагностували за допомогою швидкого уреазного тесту (CLO-test) з отриманого біопсійного матеріалу під час ФЕГДС, а також C<sup>13</sup> – уреазного дихального тесту (IZINTA, Угорщина).

Хворих після ХЕ розподілено на дві групи залежно від методу лікування ГЕРХ. В 1 групу (n=44) ввійшли пацієнти, які отримували інгібітор протонної помпи (ІПП) рабепразол (Барол, фірми Мега) по 20 мг 2 рази на добу до їжі за 30 хв та препарат урсодезоксихолієвої кислоти (УДХК) по 250 мг 1 раз на добу перед сном (Урсіс, фірми Київський вітамінний завод (КВЗ)). 2 групу склали 44 хворих на ГЕРХ після ХЕ, яким призначено наступне лікування: вітамінний комплексний, до складу якого в тому числі входить і вітаміни В6, В9, В12 та метіонін (Квадевіт кардіо, фірми КВЗ) по 1 таблетці 2 рази на добу після вживання їжі; Стреснол, що містить L-триптофан (фірми Базкід фарм груп) по 1 таблетці 2 рази на добу після вживання їжі; Бергін (ТОВ «Ворфартс Фарма») по 10 мл 1 раз на добу зранку після прийому їжі; препарат мелатоніну (Віта-мелатонін, фірми КВЗ) в дозуванні 6 мг на добу за 30 хвилин перед сном, а також УДХК по 250 мг 1 раз на добу перед сном. Даний лікувальний комплекс також призначено хворим протягом 1 місяця.

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми Statistics for Windows v.10.0 (StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Після детального аналізу скарги, характерні для ГЕРХ встановлено у 54 (61,4 %) ознаками ураження верхніх відділів травного тракту у обстежених хворих після ХЕ була відрижка кислим, печія, та дисфагія. Після детального аналізу скарг виявлено, що у 15,9 % хворих, які проконсультовані кардіологом, нами виявлено скарги на за грудинні болі (по ходу стравоходу), перебої в роботі серця, що частіше виникали після вживання жирної, смаженої їжі, газованих напоїв, кави, алкоголю. У 11,4 % хворих встановлено першіння у горлі, осиплість голосу, а також скарги на сухий, лаючий кашель. ГЕРХ у хворих після ХЕ також часто проявляється такою атипичною клінічною симптоматикою, як ураження ЛОР-органів, стоматологічними ознаками (стоматит, пародонтоз, карієс зубів).

Оцінено динаміку клінічних симптомів ГЕРХ у хворих після ХЕ на фоні проведеного лікування – таблиця 1.

Таблиця 1

**Динаміка клінічних ознак ГЕРХ в обстежених хворих після ХЕ на фоні проведеного лікування**

Симптоми ГЕРХ	Хворі на ГЕРХ після ХЕ			
	I група (n=44)		II група (n=44)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
<b>Стравохідні</b>	<b>27/61,4 %</b>	<b>14/31,8 %**</b>	<b>27/61,4 %</b>	<b>17/38,6 %**</b>
<b>Позастравохідні</b>	<b>17/38,6 %</b>	<b>7/15,9 %**</b>	<b>17/38,6 %</b>	<b>8/18,2 %**</b>
<i>кардіологічні</i>	7/41,2 %	3/15,9 %**	7/41,2 %	2/11,8 %***
<i>отоларингологічні</i>	5/29,4 %	3/17,6 %*	5/29,4 %	4/23,5 %
<i>стоматологічні</i>	3/17,6 %	1/5,9 %	3/17,6 %	2/11,8 %
<i>бронхолегеневі</i>	2/11,8 %	-	2/11,8 %	-

Примітка: різниця між показниками у хворих I та II до та після лікування достовірна: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

Отже, лікування хворих після ХЕ при використанні запропонованого нами комплексу у хворих II групи призводить до достовірного покращення клінічних ознак ГЕРХ, незалежно від клінічної її форми навіть без призначення препаратів із групи ІПП.

**Висновки:** Комплексна терапія із використанням препарату мелатоніну, метіоніну, L-триптофану, вітамінів групи B6, B9, B12 є ефективним методом для зменшення вираженості клінічних проявів ГЕРХ у хворих після ХЕ.

## ЛІТЕРАТУРА

- Gubergic NB, Agibalov OM, Steshenko AO Comorbid patient with chronic pancreatitis. Health of Ukraine. 2021; 3: 19-21.
- Mosiychuk LM, Kushnirenko IV, Demeshkina LV et al. Features of clinical picture in patients with GERD combined with Oddi's sphincter dysfunction. Gastroenterology. – 2015; 3(57): 34-39.
- Chernobrovoy VM, Melashchenko SG, Ksenchyn OO Gastroesophageal reflux disease: functional diagnostics, selection of proton

pump inhibitors and evaluation of the effectiveness of their acid-suppressive action. *Modern gastroenterology*. 2015; 3 (83): 50-58.

## **SUMMARY**

**DYNAMICS OF CLINICAL SIGNS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS UNDERGOING COMPLEX TREATMENT WITH MELATONIN**

**Sirchak Ye.S., Kydybyts S.S., Arhij E.Yo., Barani V.Ye., D.I. Bezimennik D.I.**

88 patients after cholecystectomy (ChE) were examined. The peculiarities of the dynamics of clinical symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) in patients after ChE on the background of complex therapy with the use of melatonin, methionine, L-tryptophan, vitamins B6, B9, B12 were studied. Complex therapy using melatonin, methionine, L-tryptophan, vitamins B6, B9, B12 is an effective method for reducing the severity of clinical manifestations of GERD in patients after ChE.

## **ДИНАМІКА РІВНЯ АМІАКУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ НА ФОНІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ПРИ COVID-19**

**Сірчак Є.С., Марошан М.Т., Сірчак С.С., Фабрі З.Й.**

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, Ужгород, Україна*

*e-mail: [sirchakliza777@gmail.com](mailto:sirchakliza777@gmail.com)*

**Вступ.** Перебіг COVID-19 при хронічних захворюваннях печінки вивчали в багатьох дослідженнях. Наразі відомо, що печінка є одним з органів, які серйозно уражаються при цьому захворюванні, проте вплив SARS-Cov-2 на печінку до кінця не з'ясований. Хоча проведені різні дослідження підтверджують гепатотропну дію вірусу, отримані докази є обмеженими [1].

Цироз печінки (ЦП) - це поширене захворювання печінки, що загрожує життю [2] і є одним з найбільших вагомих проблем в медицині. Відповідно статистичних даних у світі за рік до одного мільйону смертей пов'язано із ЦП та до 31 мільйонів осіб втрачають працездатність внаслідок ускладнень ЦП. Цироз печінки значно знижує якість життя, що погіршується в міру прогресування захворювання. Клінічні прояви та ускладнення ЦП дуже варіабельні і включають асцит, жовтяницю, шлунково-кишкові кровотечі та печінкову енцефалопатію (ПЕ) [2, 3].