

8. Сумин С.А. Неотложные состояния / 5-е изд.- М.: ООО «МИА». - 2005. – 752 с.
9. Тимчасові стандарти надання медичної допомоги при невідкладних станах. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицина невідкладних станів». Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 24 від 17.01.2005 р.- Київ, 2005. – 59 с.

**Резюме**

**ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ НА ТРАНСПОРТІ ПРИ ТЕРМІНАЛЬНОМУ СТАНІ**

*Зарицька Л.П., Свірський А.А., Панов Б.В., Пономаренко О.М.*

Робота присвячена актуальній проблемі невідкладної допомоги постраждалим, які перебувають в несвідомому стані при термінальних станах в умовах віддаленості від спеціалізованих медичних установ. Представлені основні реанімаційні заходи для вирішення конкретних діагнос-

тичних завдань і швидкої ліквідації критичного стану потерпілого на транспорті в екстремальних умовах.

*Ключові слова: термінальні стани, травматичний шок, кровотечі, невідкладні заходи*

**Summary**

**PREHOSPITAL EMERGENCY AID FOR VICTIMS OF TERMINAL STATES IN TRANSPORT**

*Zaritskaya L.P., Svirsky A.A., Panov B.V., Ponomarenko A.N.*

Current issue of emergency assistance to victims who are unconscious during the terminal stages in remoteness from specialized health care was discussed. Basic life support for specific diagnostic problems and the rapid elimination of the critical state of the affected transportation in extreme conditions are presented.

*Keywords: terminal condition, traumatic shock, bleeding, urgent measures*

*Впервые поступила в редакцию 12.01.2012 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 616.33-002.27-085.243

**ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕЗОМЕПРАЗОЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ**

***Бабенко Д.Л., Кальчук О.В., Місюна А.В.***

*Клінічний санаторій «Аркадія» Державної прикордонної служби України, Клінічний госпіталь Державної прикордонної служби України, м. Одеса.*

Стаття присвячена розгляду сучасних схем антихелікобактерної терапії з застосуванням езомепразолу. Дослідження, що проведено серед 29 хворих на хронічний атрофічний гастрит дозволило визначити більшу ефективність езомепразолу за динамікою клінічних (зниження больового синдрому, зменшення виразності диспептичного та астено-вегетативного синдромів) та інструментальних (ЕГДФС з послідуєчим морфологічним дослідженням СОШ) даних. Отримані результати обґрунтовують доцільність застосування запропонованої схеми антихелікобактерної терапії з використанням езомепразолу у хворих на хронічний атрофічний гастрит.

*Ключові слова: хронічний атрофічний гастрит, антихелікобактерна терапія, Helicobacter pylori.*

У багатьох країнах не проводять статистичні дослідження та не збирають аналітичні дані щодо різних форм гас-

ритів. В тих країнах, де така статистика є, хронічний гастрит фіксується у 80 – 90 % хворих гастритами, при цьому

найбільш небезпечна форма гастриту, яка відноситься до так названих «передракових станів» – атрофічний гастрит, який виявляється у пацієнтів молодше 30 років у 5 % випадків, у віці від 31 до 50 років – у 30 % випадків, у пацієнтів старше 50 років – в 50 – 70 % випадків [2, 5]. Атрофічний гастрит – прогресуючий запальний процес слизової оболонки шлунку, який характеризується втратою шлункових залоз. Клініко-морфологічною особливістю атрофічного гастриту є зменшення числа спеціалізованих гранулоцитів, що забезпечують секреторну функцію шлунку, і заміщення їх клітинами, більш простими, в тому числі такими, що виробляють слиз. Обширна (рясна) атрофія слизової оболонки тіла шлунку, як правило асоціюється з гіпосекрецією соляної кислоти і порушенням утворення пепсиногену [1].

За світовими стандартами лікування усім хворим з атрофічним гастритом потрібно проводити тестування на *H. pylori*. При позитивному результаті – необхідно обов'язково проводити антихелікобактерну терапію для знищення бактерій *H. pylori*, як і в – Маастрихтському консенсусі 2 (2000) так і в Маастрихтським консенсусі -3 (2005) [6], рекомендовані трьох, і чотирьохкомпонентні схеми проведення антихелікобактерної терапії, ІПП у сполученні з антибактеріальними препаратами (ІПП + амоксицилін + кларитроміцин та ІПП + тетрациклін + метранідазол (фуразолідон) + колоїдний вісмут), тобто обов'язковим компонентом якої є інгібітори протонної помпи (ІПП) та антибіотики [1, 6].

Позитивний ефект ерадикації інфекції *H. pylori* на перебіг та прогноз асоційованих з нею захворювань доведений у численних рандомізованих клінічних дослідженнях, відображений в мета-аналізах цих досліджень. У випадках коли рН більше чи дорівнює 6.0 при обстеженні до початку проведення лікування, застосування ІПП недоцільне, тобто не обґрунтовано враховуючи механізм дії препаратів [4].

Особливості лікувальних ефектів ЕЗОМЕПРАЗОЛУ на сьогодні викликають особливий інтерес. Він представлений на фармацевтичному ринку України оригінальним препаратом НЕКСІУМ, особливістю та унікальністю якого є те, що це перший чистий оптичний ізомер серед ІПП (S-стереоізомер омепразолу), всі інші представники цієї групи є сумішшю S- та R-ізомерів [8]. Завдяки цьому досягається покращення фармакокінетичного профілю та значне підвищення біодоступності препарату, а під дією кислото середовища відбувається процес переходу езомепразолу в його активну форму – сульфенамід, що забезпечує зв'язування його з тіловими групами цистеїну у складі протонної помпи та пригнічення цього ферменту.

Мета дослідження: Вивчити ефективність застосування езомепразолу в оригінальному препараті нексіум, при комплексному застосуванні схеми антихелікобактерної терапії в лікуванні хронічного атрофічного гастриту.

#### **Матеріали та методи дослідження**

На базі клінічного госпіталю та клінічного санаторію «Аркадія» Держприкордонслужби України (м. Одеса) проведено дослідження 29 пацієнтам у віці 35 – 65 років (середній вік становив  $50,34 \pm 10,6$ ), у яких був діагностований хронічний атрофічний гастрит (ХАГ). Давність захворювання складала від 3-х до 5-ти років, 15 чоловіків та 14 жінок.

Усім пацієнтам діагноз було виставлено на підставі обстеження, що включало в себе збір анамнезу, огляд, результати загально-клінічних та біохімічних досліджень (загально клінічний аналіз крові та сечі, білірубін, АЛТ, АСТ, амілаза, тимолова проба), інструментальних методів дослідження: езофагогастродуоденофіброскопія (ЕГДФС), комп'ютерна рН-метрія, та гістологічним дослідженням із взяттям біоптатів згідно вимог Сіднейських рекомендацій (по 2 біоптати з тіла та антрального відділу шлунку і 1 біоптат з ділянки кута шлунку). Комп'

ютерну рН-метрію проводили за методом В.М. Чернобрового [7].

Для визначення ступеню обсіменіння слизової оболонки шлунку (СОШ) Н.ріологи використовували гістологічний метод. Для оцінки біоптатів СОШ тіла шлунку, антрального відділу та кута шлунку використовували візуально-аналогову шкалу згідно вимогам Сіднейської класифікації. Біоптати фіксували в 10 % нейтральному формаліні, заливали в парафін після спиртової проводки за загальноприйнятою методикою, зрізи фарбували за Романовським-Гімзе, або гематоксилін-еозіном, після чього визначали ступінь контамінації Н.ріологи та ступень клітинної інфільтрації СОШ.

У групі обстежених хворих до лікування найчастіше зустрічалася супутня патологія панкреатобіліарної зони: хронічний панкреатит у 18 випадках (62 %), хронічний безкам'яний холецистит – 10 (34 %), хронічний калькульозний холецистит – 3 (17 %). Гастроезофагеальну рефлюксну хворобу було діагностовано в 7 (24 %), у 18 (62 %) випадках встановлено дисбіоз кишечника.

Усі хворі були рандомізовано розподілені на 2 групи. Пацієнти I групи (15 осіб) отримували антихелікобактерну терапію, до складу якої був включений ІПП нексіум по 20 мг per os два рази на добу, амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу, кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу, II група пацієнтів (14 хворих, група контролю) отримувала омепразол 20 мг 2 рази на добу, амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу, кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу. Антихелікобактерна терапія обом групам хворих проводилась на протязі 10 діб.

### Результати та їх обговорення

Перед початком лікування у клінічній картині захворювання домінували суб'єктивні прояви больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів. Порушення функції кишківника.

Згідно завдань дослідження усім

хворим проводили опитування, збір скарг, найбільш хворі пацієнти скаржились на: біль в епігастрії 18 (62,06 %), біль у правому підребер'ї 12 (41,37 %), біль у лівому підребер'ї 5 (17,24 %), важкість у надчеревній ділянці 25 (86,20 %), печію 7 (24,13 %), нудоту 10 (34,48 %), відригування повітрям 17 (58,62 %), метеоризм 10 (34,48 %), послаблення стула 7 (24,13 %), загальну слабкість 15 (51,72 %).

При об'єктивному дослідженні найчастіше виявляли: болісність в епігастрії та пілородуоденальній зоні 25 (86,20 %), болісність у правому підребер'ї 12 (41,37 %), болісність у лівому підребер'ї 7 (24,13 %), болісність при пальпації товстої кишки 8 (27,58 %), обкладеність язика 17 (58,62 %).

Перед початком проведення антихелікобактерної терапії усім пацієнтам проводили ЕГДФС. При дослідженні візуально оцінювались зміни СОШ, що проявлялись у вираженій гіперемії, яка спостерігалась у 19 (65,51 %) випадках, зниження кровообігу – збіднення судинної сітки – 26 (89,65 %), набряк слизової оболонки шлунку – у 23 (79,31 %) обстежених. Блідість слизової оболонки шлунку, нерівність її поверхні 27 (93,10 %), також потрібно відмітити, що у 17 (58,62 %) випадків було зниження хвиль перистальтики. Запалення слизової оболонки ДПК було характерним для 17 (58,62 %) хворих хронічним атрофічним гастритом.

При дослідженні біоптатів СОШ у всіх хворих відзначено наявність запально-клітинної інфільтрації як поліморфно-ядерними лейкоцитами так і мононуклеарними клітинами. У обстежених на фоні запально-клітинної інфільтрації відмічалось зменшення кількості залоз, вогнищеві розростання фіброзної тканини, при ендоскопічному і гістологічному дослідженні біоптатів слизової оболонки шлунку виявлялися її атрофічні ураження.

Після проведення курсу антихеліко-

бактерної терапії ми відзначили, що у хворих зменшилась інтенсивність болю в епігастрії, у 15 (51,74 % випадків  $p < 0,05$ ) зникли повністю, зменшилися прояви астено-вегетативного та диспептичного синдромів ( $p < 0,05$ ), відмічено поліпшення загального самопочуття ( $p < 0,05$ ). При об'єктивному дослідженні при пальпації гастродуоденальної зони відмічалась незначна чутливість, при пальпації кишківника болісності не відмічено, зникла обкладеність язика і тільки у 5 (17,24 % випадків) ( $p < 0,05$ ) відмічалась обкладеність язика біля кореня. При проведенні ЕГДФС – візуально було відмічено зменшення набряку СОШ, гіперемії, поліпшення моторно-евакуаторної функції. Такі зміни слизової оболонки як витончення, шерохуватість, а також блідість достовірно не зменшились, що на нашу думку підтверджує сформовані атрофічні зміни СОШ.

Проведене лікування в I групі сприяло значному поліпшенню клінічної картини захворювання, перш за все, практично повній ліквідації ознак больового, диспептичного та астено-вегетативного синдромів, відсутності болю при пальпації в епігастрії, в правому підребер'ї, відділів товстої кишки.

Опираючись на результати проведеного дослідження, слід відзначити, що за ефективністю лікувальні схеми антихелікобактерної терапії відрізнялись згідно динаміки клінічної картини, без достовірної різниці у морфологічних проявах після проведення лікування. Так при прийомі потрійної схеми антихелікобактерної терапії до складу якої був включений ІПП нексиум I група (15 пацієнтів) та схеми до якої був включений ІПП омепразол II група (14 хворих) був різним вплив на прояви больового абдомінального синдрому. Кращого терапевтичного ефекту досягнуто у пацієнтів I групи, достовірність якого складала ( $p < 0,05$ ) – який був відображений у значному зниженні болю у верхніх відділах живота на 4 – 5 добу, його повній відсутності на прикінці лікування, на відміну від

пацієнтів II групи, де відмічалось зниження больового синдрому ( $p > 0,05$ ) тільки наприкінці лікування.

Ефективність лікування проявлялась також у виразності диспептичного, та астено-вегетативного синдромів. Так пацієнти I групи відмічали значне зменшення 12 (80,0 %) проявів нудоти, відригання повітрям, важкості в епігастральній ділянці, загальної слабкості вже на 5 – 7-му добу лікування, а на прикінці проведення терапії залишилися незначні прояви цих скарг. В порівнянні з цим у пацієнтів II групи відмічається зменшення цих симптомів наприкінці лікування у 10 хворих (71,42 %), а у 4 (28,57 %) хворих ці симптоми продовжували зберігатися і після проведення лікування.

При проведенні пальпації в епігастральній області у більшості пацієнтів I групи на 5 добу відмічалось значне зменшення болю, а наприкінці лікування повна відсутність болю при пальпації, і тільки у 3 (20,0 %) пацієнтів відзначалась незначна чутливість в цій ділянці. У контрольній групі було відмічено незначне зменшення болю в епігастрії при пальпації у всіх пацієнтів на фоні лікування, а у 7 (50,0 %) ( $p < 0,05$ ), з них зберігалась чутливість при пальпації на 10 добу проведення антихелікобактерної терапії, тоді як до лікування у всіх пацієнтів був біль при пальпації в епігастрії.

Внаслідок проведення лікування ерадикація *H. pylori* у хворих I групи була досягнута у 14 (93,33 %) випадків, тоді як в групі контролю у 11 (78,57 %) хворих. Отримані результати збігаються з результатами досліджень в яких стандартна комбінована потрійна терапія на основі нексиуму (з проведенням в подальшому монотерапії ІПП чи без неї) демонструє високу ефективність щодо знищення інфекції викликаної *H. pylori* [3].

Досягнутий клінічний ефект зберігався протягом всього періоду лікування та після нього.

Аналіз даних гістологічних дослід-

жень свідчив про зменшення активності гастриту що проявлялось у зниженні ступеню запально-клітинної інфільтрації як поліморфноядерними лейкоцитами, так і мононуклеарними клітинами в двох групах, позитивна динаміка була більшою у хворих I групи, які отримували у складі антихелікобактерної терапії препарат нексіум.

Таким чином відсутність побічних ефектів за даними спостереження, дає можливість призначати нексіум в складі антихелікобактерної терапії I лінії при ХАГ і визнати його препаратом, доцільним до використання при проведенні потрібної схеми антихелікобактерної терапії у хворих на ХАГ, що розширює можливості вибору схем лікування обраної категорії хворих.

#### Висновки:

1. Застосування препарату нексіум в комплексній потрібній антихелікобактерній терапії ХАГ, дозволило отримати ранній клінічний ефект вже на п'яту добу (зниження больового синдрому, зменшення виразності диспепсичного та астено-вегетативного синдромів, зменшення болю в епігастрії при пальпації), більш виразний у порівнянні з омепразолом, це свідчить про ефективність лікувального засобу і доводить можливість його застосовування у схемі антихелікобактерної терапії I лінії.
2. В результаті використання у схемі терапії ХАГ нексіуму ерадикація *H. pylori* досягнута у 93,33 % хворих, що супроводжувалося зменшенням клінічних проявів захворювання, ендоскопічних ознак запалення та зменшенням запально-клітинної інфільтрації СОШ.
3. Для обґрунтування застосування нексіуму в якості препарату вибору першої та другої лінії ерадикації для даної категорії пацієнтів, доцільно провести аналіз відстрочених та

віддалених результатів антихелікобактерної терапії.

#### Література

1. Бабак О. Я. Атрофический гастрит: прогнозы и перспективы / Бабак О. Я. // Здоров'я України – 2006. – № 21/1. – С. 35 – 37.
2. Минушкин О. Н. Хронический гастрит / Минушкин О. Н., Зверков И. В. // Лечащий врач. – 2003. – № 5. – С. 24 – 31.
3. Лапіна Т. Л. Две цели лечения язвенной болезни-заживление язвы и эрадикация *H. pylori* / Лапіна Т. Л. // Сучасна гастроентерологія. – 2010. - №3. - С. 48 – 53.
4. Костюкевич О. И. Атрофический гастрит: что мы понимаем под этим состоянием. Современные подходы к диагностике и лечению / Костюкевич О.И. // Российский медицинский журнал – 2010. – Т. 18 – № 28.– С. 17 – 23.
5. Малиновская Н. К. Антихеликобактерные эффекты мелатонина / Н. К. Малиновская, С. И. Рапопорт, Н. И. Жернакова // Клиническая медицина. – 2007. – Т. 85. – № 3. – С. 40 – 43.
6. Родонезская Е. В. Хронический гастрит: применение ферментных препаратов в лечебных комплексах / Родонезская Е. В // Здоров'я України. – 2007.– № 20/1. – С. 60 – 61.
7. Чорнобровий В. М. Експрес - методика внутрішньошлункової рН-метрії / В. М. Чорнобровий // Лаб. справа. - 1990. – N 1.- С. 113 – 117
8. Бабак О. Я. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов: В 2-х томах.- М.: Медицина, 2009.-Том II.- С. 289 - 296

**Резюме**

**ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ  
ЭЗОМЕПРАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ  
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ  
АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ**

*Бабенко Д.Л., Кальчук О.В., Мисюна А.В.*

Статья посвящена рассмотрению современных схем антихеликобактерной терапии с применением эзомепразола. Исследование, проведенное среди 29 больных хроническим атрофическим гастритом, позволило определить высокую эффективность эзомепразола на основании динамики клинических (снижение болевого синдрома, уменьшение выраженности диспепсического и астено-вегетативного синдромов) и инструментальных (ЕГДФС с последующим морфологическим исследованием слизистой оболочки желудка) данных. Полученные результаты обосновывают целесообразность применения предложенной схемы антихеликобактерной терапии с использованием эзомепразола у больных хроническим атрофическим гастритом.

*Ключевые слова: хронический атрофический гастрит, антихеликобактерная терапия, Helicobacter pylori*

**Summary**

**PRACTICAL EXPERIENCE OF  
ESOMEPRAZOLE USE IN THE COMPLEX  
TREATMENT OF THE PATIENTS WITH  
CHRONIC ATROPHIC GASTRITIS**

*Babienko D.L., Kal'chuk O.V., Misiuna A.V.*

The schemes of *H. pylori* therapy with the use of ezomeprazole are discussed. In the research presented 29 chronic atrophic gastritis patients has been examined. High efficiency of nexium has been established on the basis of clinical dynamics (reduced pain, reduced expression of dyspeptic and asthenovegetative syndromes) and instrumental data (EGDFS followed by morphological examination of the gastric mucosa). The results obtained substantiate the expediency of the scheme of *H. pylori* therapy with nexium in the patients with chronic atrophic gastritis.

*Key words: chronic atrophic gastritis, H. pylori therapy, Helicobacter pylori*

*Впервые поступила в редакцию 25.01.2012 г.  
Рекомендована к печати на заседании  
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 616.517-002.47

**ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ В НОРМЕ  
И ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

***Котюжинская С.Г., Гоженко Е.А.***

*Одесский национальный медицинский университет  
Украинский НИИ медицины транспорта, г. Одесса*

Показано, что нарушение транспортной системы липидов у больных сахарным диабетом 2 типа напрямую зависит от уровня гликемии крови. Нормализация гликемии приводит к уменьшению уровня общего холестерина крови и других звеньев липидтранспортной системы. Доказано, что гипергликемия является основным фактором риска нарушений липидного обмена и развития атеросклероза у больных сахарным диабетом 2 типа.

*Ключевые слова: липидтранспортная система, гипергликемия, атеросклероз.*

В настоящее время в экономически развитых странах чрезвычайно большую актуальность имеют две медико-социальные проблемы: это сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), прочно

удерживающие лидирующие позиции среди всех причин смертности, и сахарный диабет (СД), распространенность которого неуклонно растет, причем в первую очередь за счет СД 2-го типа (инсу-