

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЮ КИСЛОТОЮ НА КИСЛОТНІ ТА ЛУЖНІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІ РЕФЛЮКСИ У ХВОРИХ З БІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*І.Г. Палій
С.В. Зайка
С.О. Кавка*

*Вінницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова*

Резюме. Мета нашого дослідження — вивчення впливу урсодезоксихолевої кислоти на кислотні та лужні гастроєзофагеальні рефлюкси під час лікування осіб з жовчнокам'яною хворобою. За допомогою 24-годинного езофаго-рН-моніторингу нами обстежено 19 пацієнтів, які приймали урсодезоксихолеву кислоту в дозі 10 мг/кг маси тіла (основна група). Езофаго-рН-моніторинг проводили на 5-ту—7-му добу лікування. Групу контролю становили 23 особи з жовчнокам'яною хворобою, яким 24-годинний езофаго-рН-моніторинг проводили до початку лікування. Під час аналізу результатів проведеного дослідження нами не виявлено вірогідних відмінностей ($p > 0,05$) між групами обстежених за показниками внутрішньотравохідного рН за добу, денний та нічний період часу, що свідчить про відсутність негативного впливу урсодезоксихолевої кислоти на кислотні та лужні гастроєзофагеальні рефлюкси. Отримані дані слід враховувати під час планування консервативного лікування жовчнокам'яної хвороби.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, 24-годинний езофаго-рН-моніторинг, кислотні та лужні гастроєзофагеальні рефлюкси, урсодезоксихолева кислота.

ВСТУП

Проблема патології гепатобіліарної системи вкрай актуальна для гастроентерологів України. Так, за даними Центру медичної статистики МОЗ України, з 1992 по 1999 р. захворюваність на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) зростає в 2,1 раза (1992 р. — 31,2 на 100 тис. населення; 1999 р. — 64,9), на холецистит та холангіт — на 35,2% (Голубчиков М.В., 2000).

Проведений нами аналіз висновків ультразвукових обстежень за 2005 р., виконаних на базі Миської поліклініки № 2 м. Вінниці, показав, що ЖКХ виявляли у 3,39% пацієнтів, яким було проведено ультразвукове обстеження органів черевної порожнини (Палій І.Г. та співавт., 2007).

Не менш важлива ця проблема і для розвинутих країн світу. Зокрема поширеність ЖКХ у США становить від 7,9% (серед чоловіків) до 16,6% (серед жінок). Показники поширеності ЖКХ в Європі наближаються до американських. Такі дані отримано у великому скринінговому дослідженні ЖКХ, проведеному в США та Італії (Attili A.F. et al., 1995; Everhart J.E. et al., 1999).

Препаратом вибору при лікуванні неускладнених форм ЖКХ та біліарної патології є урсодезоксихолева кислота в дозі 10–15 мг/кг маси тіла на добу (Губергриц Н.Б., Бен Хмида Макрем Бен Мекки, 2005; Щербинина М.Б., Литвяк Э.И., 2005). Крім того, урсодезоксихолеву кислоту широко застосовують у лікуванні дискінезії жовчовивідних шляхів та при дуодено-гастральному рефлюксі жовчі, який виявляють у 75–80% пацієнтів з ЖКХ (Бабак О.Я., 2003; Щербинина М.Б., Литвяк Э.И., 2005).

Водночас в осіб з ЖКХ доволі часто (у 65,2% випадків) діагностують гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) (Чернобровий В.М. та співавт., 2007а).

Тому дуже важливо, щоб під час лікування урсодезоксихолевою кислотою в осіб з ЖКХ був відсутній негативний вплив цього фармакопрепарату на перебіг ГЕРХ. Це покращить виконання пацієнтами протоколу лікування та забезпечить кращий прогноз захворювання. Водночас у сучасній науковій літературі нами не виявлено результатів досліджень впливу урсодезоксихолевої кислоти на кислотні та лужні гастроєзофагеальні рефлюкси в осіб з ГЕРХ (Бабак О.Я., Фаденко Г.Д., 2000).

Мета дослідження — вивчити вплив урсодезоксихолевої кислоти на кислотні та лужні гастроєзофагеальні рефлюкси у осіб, які отримують планове консервативне лікування з приводу ЖКХ.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом 2004–2007 рр. у клініко-діагностичній гастроентерологічній лабораторії Вінницького національного медичного університету

ім. М.І. Пирогова нами проведено обстеження 19 пацієнтів (12 чоловіків та 7 жінок) з діагнозом ЖКХ I–II стадії, які отримували лікування урсодезоксихолевою кислотою (препарат Урсосан виробництва компанії «PRO.MED.CS Praha a.s.») з розрахунку 10 мг/кг маси тіла. Ці хворі становили основну групу. Урсодезоксихолеву кислоту пацієнти приймали 1 раз на добу о 22.00. Таке дозування вважається найбільш оптимальним для лікування ЖКХ в сучасних умовах (Бабак О.Я., 2003; Губергриц Н.Б., Бен Хмида Макрем Бен Мекки, 2005; Щербинина М.Б., Литвяк Э.И., 2005). Середній вік хворих становив $43,7 \pm 3,4$ року, середній зріст — $170,8 \pm 1,9$ см, середня маса тіла — $71,4 \pm 2,7$ кг.

Крім того, були обстежені 23 хворих (12 чоловіків та 11 жінок), яким діагностовано ЖКХ I–II стадії і які не отримували урсодезоксихолеву кислоту. Ці особи становили контрольну групу. Середній вік хворих — $41,8 \pm 2,51$ року, середній зріст — $167,7 \pm 1,7$ см, середня маса тіла — $68,2 \pm 3,3$ кг.

Різниця між групами за віком, зростом, масою та статтю була невірогідною ($p > 0,05$).

Діагноз ЖКХ верифікували під час проведення ультразвукового дослідження жовчного міхура на апараті Toshiba SSA-220A та Logiq 200.

З метою візуальної оцінки стану слизової оболонки хворим проводили фіброезофагогастроуденоскопію (ФЕГДС). Ерозивні ушкодження в стравоході оцінювали згідно з Лос-Анджелеською класифікацією діагностики рефлюкс-езофагіту (Бабак О.Я., Фадеєнко Г.Д., 2000; Передерий В.Г., Чернявський В.В., 2004).

З дослідження виключали пацієнтів, які потребували хірургічного лікування ЖКХ, осіб з аксіальною гризою стравохідного отвору діафрагми, пацієнтів з ерозивно-виразковими ушкодженнями шлунка і дванадцятипалої кишки, хворих, які приймали блокатори секреції хлористоводневої кислоти (блокатори $H^+ - K^+ - AT$ Фази і блокатори H_2 -рецепторів гістаміну) за 7 днів до проведення обстеження.

Усім учасникам дослідження проведено добовий езофаго-рН-моніторинг. У хворих контрольної групи езофаго-рН-моніторинг виконували до початку прийому урсодезоксихолевої кислоти.

З метою оцінки можливої антирефлюксної дії урсодезоксихолевої кислоти хворим основної групи проводили добовий езофаго-рН-моніторинг на 5-ту–7-му добу прийому цього препарату.

Добовий езофаго-рН-моніторинг виконували з використанням ацидогастрографа АГ-1рН-М та електродної системи гастроентерологічної, розробленої медико-інженерним колективом під керівництвом професора В.М. Чернобрового.

Перед дослідженням проводили градування мобільного накопичувача рН-метричної інформації та рН-мікрозонду в буферних розчинах з рН 1,68 і 6,86, підігрітих до температури $37^\circ C$.

рН-мікрозонд вводили пацієнтам у стравохід через ніс на глибину 35–37 см з таким розрахунком, щоб активний електрод був розташований на 5 см вище нижнього стравохідного сфінктера. Орієнтиром для вибору глибини введення рН-мікрозонда слугував зріст пацієнта і дані ФЕГДС про відстань від різців до

нижнього стравохідного сфінктера. Мобільний накопичувач рН-метричної інформації проводив заміри внутрішньо-стравохідного рН з інтервалом 8 с (Чернобровий В.М. та співавт., 2006; 2007а, б).

Під час проведення дослідження хворим не рекомендовалось перебувати в горизонтальному положенні з 07.00 до 22.00.

Оцінку результатів добового езофаго-рН-моніторингу виконували за такими параметрами: визначення загальної кількості кислотних (внутрішньо-стравохідний рН < 4) і лужних (внутрішньо-стравохідний рН > 7) гастроєзофагеальних рефлюксів; визначення кількості таких рефлюксів тривалістю > 5 хв; сумарна оцінка відсотку вимірів внутрішньо-стравохідного рН < 4 і > 7 від загальної кількості вимірів, також оцінювали відсотки вимірів внутрішньо-стравохідного рН, розподілених за інтервалами рН (ІрН) від загальної кількості вимірів.

Дані добового езофаго-рН-моніторингу вивчались нами за 1 добу, денний (07.00–22.00) і нічний (22.00–07.00) період.

Додатково нами вивчалися показники мінімального (min рН), максимального (max рН), моди (Mo рН) і медіани (Me рН) внутрішньо-стравохідного рН. Для визначення норми результатів добового езофаго-рН-моніторингу використовували критерії, розроблені нами на основі досліджень практично здорових осіб (Чернобровий В.М. та співавт., 2006).

При статистичній обробці отриманих результатів використовували середню арифметичну і середню похибку середньої арифметичної, які розраховували за загальновідомими формулами. Обчислення статистичної вірогідності відмінностей середньої арифметичної виконували за критерієм Стьюдента з використанням спеціальних таблиць. Для виконання статистичної обробки використовували персональний IBM-сумісний комп'ютер Pentium S та програму Microsoft Excel 97.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів добового езофаго-рН-моніторингу в контрольній і основній групах свідчить, що за параметрами ці групи вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$) (табл. 1). Так, загальна кількість кислотних гастроєзофагеальних рефлюксів і кількість таких рефлюксів тривалістю > 5 хв до прийому урсодезоксихолевої кислоти становили $70,9 \pm 16,2$ і $3,6 \pm 1,2$ епізоду, а на 5-ту–7-му добу лікування цим фармакопрепаратом — $87,5 \pm 28,3$ і $5,3 \pm 1,7$ відповідно ($p > 0,05$).

Загальна кількість лужних гастроєзофагеальних рефлюксів і кількість таких рефлюксів тривалістю > 5 хв до початку лікування становила $85,2 \pm 19,2$ і $6,2 \pm 1,8$ епізоду, а на 5-ту–7-му добу прийому Урсосану — $99,3 \pm 20,2$ і $10,9 \pm 3,1$ відповідно ($p > 0,05$).

За показниками min рН, max рН, Mo рН, Me рН контрольна і основна групи вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$) між собою (див. табл. 1).

Враховуючи можливість відмінностей між основною та контрольною групами в денний та нічний час, ми провели порівняльний аналіз внутрішньо-стравохідного рН за цей період.

Встановлено, що протягом як денного, так і нічного часу в контрольній та основній групах параметри

внутрішньостравохідного рН також вірогідно не розрізнялися ($p > 0,05$) (табл. 2 і 3).

Загальна кількість рефлюксів за денний період в основній групі становила $48 \pm 14,4$ проти $42,34 \pm 10,9$ у контрольній ($p > 0,05$) (див. табл. 2). Кількість лужних рефлюксів як загальна, так і тривалістю > 5 хв також вірогідно не розрізнялася ($p > 0,05$) між групами і становила відповідно $62,7 \pm 13,2$ та $5,8 \pm 1,7$ для основної проти $51,1 \pm 11,2$ та $2,6 \pm 0,9$ для контрольної. Відсоток часу з внутрішньостравохідним рН < 4 за денний період на фоні прийому урсодезоксихолевої кислоти становив $9,4 \pm 3,4\%$ проти $9,5 \pm 4,1\%$ до початку лікування. Групи не відрізнялися ($p > 0,05$) і за показниками \min рН, \max рН, M_o рН і M_e рН внутрішньостравохідного рН за денний період (див. табл. 2).

За нічний період у групі прийому урсодезоксихолевої кислоти загальна кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів становила $20,5 \pm 7,1$, а кількість таких рефлюксів тривалістю > 5 хв — $2,0 \pm 0,6$ проти $12,2 \pm 3,9$ і $1,0 \pm 0,4$ у групі до початку лікування (див. табл. 3). Різниця між групами була невірогідною ($p > 0,05$). Загальна кількість лужних рефлюксів і кількість таких рефлюксів тривалістю > 5 хв також не відрізнялася між основною та контрольною групами ($p > 0,05$) і становили відповідно $14,5 \pm 4,9$ та $2,8 \pm 1$ проти $14,9 \pm 6,7$ та $2,2 \pm 0,9$.

Не виявлено вірогідних відмінностей ($p > 0,05$) між основною та контрольною групами і за іншими показниками добового езофаго-рН-моніторингу в нічний період (див. табл. 3). Так, відсоток з внутрішньостравохідним рН < 4 за нічний період для групи до лікування становив $10,1 \pm 4,6\%$, а для групи пацієнтів, які отримували лікування урсодезоксихолевою кислотою $17,9 \pm 4,6\%$ ($p > 0,05$).

Загалом на фоні прийому урсодезоксихолевої кислоти патологічний кислотний та лужний гастро-езофагеальний рефлюкс виявляли у 14 (73,7%) осіб з ЖКХ; у 5 (26,3%) не виявлено патологічних гастро-езофагеальних рефлюксів. До лікування рН-метричні прояви патологічних гастро-езофагеальних рефлюксів виявлено у 15 (65,2%) осіб, лише у 8 (34,8%) хворих не діагностовано таких змін. Різниця між групами була невірогідною ($p > 0,05$).

За результатами проведеного аналізу показників внутрішньостравохідного рН як до лікування, так і під час прийому Урсосану відзначено той факт, що в обох групах показники внутрішньостравохідного рН (загальна кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів, кількість таких рефлюксів тривалістю > 5 хв, загальна кількість лужних гастро-езофагеальних рефлюксів і кількість таких рефлюксів тривалістю > 5 хв, сумарна оцінка відсотку вимірів внутрішньо-

Таблиця 1
Характеристика параметрів добового езофаго-рН-моніторингу до початку прийому та на 5-ту–7-му добу лікування урсодезоксихолевою кислотою

Параметри езофаго-рН-моніторингу	Контрольна група (n=23)	Основна група (n=19)	p
Загальна кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів	$70,9 \pm 16,2$	$87,5 \pm 28,3$	$> 0,05$
Кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів тривалістю > 5 хв	$3,6 \pm 1,2$	$5,3 \pm 1,7$	$> 0,05$
Загальна кількість лужних гастро-езофагеальних рефлюксів	$85,2 \pm 19,2$	$99,3 \pm 20,2$	$> 0,05$
Кількість лужних гастро-езофагеальних рефлюксів тривалістю > 5 хв	$6,2 \pm 1,8$	$10,9 \pm 3,1$	$> 0,05$
% часу з внутрішньостравохідним рН < 4	$10,4 \pm 3,2$	$14,21 \pm 4,3$	$> 0,05$
% часу з внутрішньостравохідним рН > 7	$11,7 \pm 3,5$	$16,3 \pm 4,6$	$> 0,05$
\min рН	$2,1 \pm 0,1$	$2,3 \pm 0,2$	$> 0,05$
\max рН	$7,6 \pm 0,1$	$7,8 \pm 0,1$	$> 0,05$
M_o рН	$5,6 \pm 0,3$	$5,5 \pm 0,3$	$> 0,05$
M_e рН	$5,6 \pm 0,2$	$5,6 \pm 0,28$	$> 0,05$

Таблиця 2
Характеристика параметрів добового езофаго-рН-моніторингу до початку прийому та на 5-ту–7-му добу лікування урсодезоксихолевою кислотою за денний період (07.00–22.00)

Параметри езофаго-рН-моніторингу	Контрольна група (n=23)	Основна група (n=19)	p
Загальна кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів	$42,34 \pm 10,9$	$48,0 \pm 14,4$	$> 0,05$
Кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів тривалістю > 5 хв	$2,45 \pm 0,9$	$2,3 \pm 0,9$	$> 0,05$
Загальна кількість лужних гастро-езофагеальних рефлюксів	$51,1 \pm 11,2$	$62,7 \pm 13,2$	$> 0,05$
Кількість лужних гастро-езофагеальних рефлюксів тривалістю > 5 хв	$2,6 \pm 0,9$	$5,8 \pm 1,7$	$> 0,05$
% часу з внутрішньостравохідним рН < 4	$9,5 \pm 4,1$	$9,4 \pm 3,4$	$> 0,05$
% часу з внутрішньостравохідним рН > 7	$11,1 \pm 4,2$	$18,7 \pm 4,5$	$> 0,05$
\min рН	$2,46 \pm 0,18$	$2,5 \pm 0,2$	$> 0,05$
\max рН	$7,3 \pm 0,1$	$7,5 \pm 0,1$	$> 0,05$
M_o рН	$5,7 \pm 0,2$	$5,7 \pm 0,3$	$> 0,05$
M_e рН	$5,7 \pm 0,2$	$5,7 \pm 0,3$	$> 0,05$

Таблиця 3
Характеристика параметрів добового езофаго-рН-моніторингу до початку прийому та на 5-ту–7-му добу лікування урсодезоксихолевою кислотою за нічний період (22.00–07.00)

Параметри езофаго-рН-моніторингу	Контрольна група (n=23)	Основна група (n=19)	p
Загальна кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів	$12,2 \pm 3,9$	$20,5 \pm 7,1$	$> 0,05$
Кількість кислотних гастро-езофагеальних рефлюксів тривалістю > 5 хв	$1,0 \pm 0,4$	$2,0 \pm 0,6$	$> 0,05$
Загальна кількість лужних гастро-езофагеальних рефлюксів	$14,9 \pm 6,7$	$14,5 \pm 4,9$	$> 0,05$
Кількість лужних гастро-езофагеальних рефлюксів тривалістю > 5 хв	$2,2 \pm 0,9$	$2,8 \pm 1,0$	$> 0,05$
% часу з внутрішньостравохідним рН < 4	$10,1 \pm 4,6$	$17,9 \pm 4,6$	$> 0,05$
% часу з внутрішньостравохідним рН > 7	$11,6 \pm 5,2$	$13,6 \pm 5,8$	$> 0,05$
\min рН	$2,98 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,3$	$> 0,05$
\max рН	$6,5 \pm 0,2$	$6,8 \pm 0,3$	$> 0,05$
M_o рН	$5,5 \pm 0,24$	$5,2 \pm 0,4$	$> 0,05$
M_e рН	$5,4 \pm 0,3$	$5,5 \pm 0,3$	$> 0,05$

стравохідного рН <4 і >7 від загальної кількості вимірів) перевищують показники норм, розроблених для стравоходу (Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д., 2000; Чернобровий В.М. та співавт., 2006; 2007а).

Таким чином, нами не було встановлено негативного впливу прийому препарату Урсосан на кислотні та лужні гастроєзофагеальні рефлюкси.

В той же час слід брати до уваги можливість наявності ГЕРХ у таких пацієнтів, тому рішення про потребу фармакологічної корекції для профілактики ушкоджень слизової оболонки стравоходу слід приймати щодо кожного хворого індивідуально (Attwood S.E. et al., 1993; Dixon M.F. et al., 2001; Чернобровий В.М. та співавт., 2007б).

ВИСНОВКИ

За даними добового езофаго-рН-моніторингу у хворих на жовчнокам'яну хворобу препарат Урсосан (урсодезоксихолева кислота) в дозі 10 мг/кг маси тіла не спричиняє негативного впливу ($p > 0,05$) на загальну кількість кислотних та лужних гастроєзофагеальних рефлюксів, кількість таких рефлюксів тривалістю >5 хв, сумарний відсоток вимірів внутрішньо-стравохідного рН <4 і >7, min рН, max рН, Mo рН і Me рН внутрішньо-стравохідного рН, що дозволяє широко застосовувати його в лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу.

ЛІТЕРАТУРА

Бабак О.Я. (2003) Желчный рефлюкс: современные взгляды на патогенез и лечение. Сучасна гастроентерологія, 2(11): 28–30.

Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. (2000) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Интерфарма, Киев, 175 с.

Голубчиков М.В. (2000) Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів. Сучасна гастроентерологія, 2: 53–55.

Губергриц Н.Б., Бен Хмида Макрем Бен Мекки (2005) Билиарный сладж: констатировать или лечить? Сучасна гастроентерологія, 4(24): 9–18.

Палій І.Г., Заїка С.В., Ясько Л.П. (2007) Актуальність ранньої діагностики жовчнокам'яної хвороби в амбулаторних умовах. Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя», 2(159): 51.

Передерий В.Г., Чернявский В.В. (2004) Изжога. Опасно ли это? Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пищевода Барретта и предупреждение рака пищевода в вопросах и ответах гастроэнтеролога врачу общей практики и пациенту. ОАО «ЛОТ», Луганск, 170 с.

Чернобровий В.М., Колісник С.П., Заїка С.В. (2006) Порівняльні дослідження показників добового езофаго-рН-моніторингу у практично здорових і хворих на ерозивну гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу. Вісник Вінницького національного медичного університету, 10(1): 119–122.

Чернобровий В.М., Палій І.Г., Заїка С.В. (2007а) Проблема гастроэзофагеальных рефлюксів у хворих на жовчнокам'яну хворобу (за даними добового езофаго-рН-моніторингу). Львівський медичний часопис, 2(12): 75–78.

Чернобровий В.М., Палій І.Г., Заїка С.В., Кавка С.О., Маркевич В.Г. (2007б) Особливості добового езофаго-рН-моніторингу у хворих на ерозивну (рефлюкс-езофагіт А та В) і неерозивну форми гастроэзофагеальной рефлюксної хвороби. Biomedical and Biosocial Antropology, 8: 127–132.

Щербинина М.Б., Литвяк Э.И. (2005) Отечественный препарат урсодезоксихолевой кислоты «Урсохол»: возмож-

ности терапии дискинезий желчевыводящих путей. Сучасна гастроентерологія, 4(24): 80–84.

Attili A.F., Carulli N., Roda E., Barbara B., Capocaccia L., Menotti A., Okoliksanyi L., Ricci G., Capocaccia R., Festi D., et al. (1995) Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (M.I.COL.). Am. J. Epidemiol., 141(2): 158–165.

Attwood S.E., Ball C.S., Barlow A.P., Jenkinson L., Norrish T.L., Watson A. (1993) Role of intragastric and intraoesophageal alkalisation in the genesis of complications in Barrett's columnar lined lower oesophagus. Gut, 34(1): 11–15.

Dixon M.F., Neville P.M., Mapstone N.P., Moayyedi P., Axon A.T. (2001) Bile reflux gastritis and Barrett's oesophagus: further evidence of a role for duodenogastro-oesophageal reflux? Gut, 49(3): 359–363.

Everhart J.E., Khare M., Hill M., Maurer K.R. (1999) Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. Gastroenterology, 117(3): 632–639.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ НА КИСЛОТНЫЕ И ЩЕЛОЧНЫЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ У БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

И.Г. Палий, С.В. Заика, С.А. Кавка

Резюме. Цель нашего исследования — изучение влияния урсодезоксихолевой кислоты на кислотные и щелочные гастроэзофагеальные рефлюксы во время лечения лиц с желчнокаменной болезнью. С помощью 24-часового эзофаго-рН-мониторинга нами обследованы 19 пациентов, которые принимали урсодезоксихолевую кислоту в дозе 10 мг/кг массы тела (основная группа). Эзофаго-рН-мониторинг проводили на 5–7-е сутки лечения. Группу контроля составили 23 человека с желчнокаменной болезнью, которым 24-часовой эзофаго-рН-мониторинг проводили до начала лечения. Во время анализа результатов проведенного исследования нами не выявлено достоверных отличий ($p > 0,05$) между группами обследованных по показателям внутрипищеводного рН за сутки, дневной и ночной период, что свидетельствует об отсутствии негативного влияния урсодезоксихолевой кислоты на кислотные и щелочные гастроэзофагеальные рефлюксы. Полученные данные следует учитывать во время планирования консервативного лечения желчнокаменной болезни.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, 24-часовой эзофаго-рН-мониторинг, кислотные и щелочные гастроэзофагеальные рефлюксы, урсодезоксихолевая кислота.

INFLUENCE OF THE URSODEOXYCHOLIC ACID THERAPY ON ACIDIC AND ALKALINE GASTROESOPHAGEAL REFLUXES IN PATIENTS WITH BILIAR PATHOLOGY

I.G. Paliy, S.V. Zaika, S.O. Kavka

Summary. The aim of our research was to study the influence of ursodeoxycholic acid on acidic and alkaline gas-

troesophageal refluxes in patients treated for gallstone disease. With the help of the esophago-pH-monitoring we examined 19 patients treated with 10 mg/kg ursodeoxycholic acid (main group). Esophago-pH-monitoring was performed on the 5–7-th day of the treatment. Control group was formed from 23 patients with gallstone disease examined with 24-hour esophago-pH-monitoring before the treatment. According to the obtained results analysis, there were no statistically significant differences ($p > 0.05$) between the observed groups regarding the parameters of intraesophageal pH during the day and the night-time, that testifies to the absence of negative influence of ursodeoxycholic acids on acidic and alkaline gastroesophageal refluxes. The received data should be taken into account

during planning the conservative treatment of gallstone disease.

Key words: *gallstone disease, 24-hour esophago-pH-monitoring, acidic and alkaline gastroesophageal refluxes, ursodeoxycholic acid.*

□

Адреса для листування:

Палій Ірина Гордіївна
21018, Вінниця, вул. Пирогова, 56
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, кафедра поліклінічної терапії
та сімейної медицини

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Превосходящая стоимость/эффективность Cervarix

*По материалам British Medical Journal;
The Times; GlaxoSmithKline*

Согласно данным редакционной статьи, опубликованной в «BMJ», правительство Великобритании может экономить 18,6 млн фунтов стерлингов ежегодно в результате решения предпочесть для программы иммунизации вакцину против папилломавирусной инфекции Cervarix/Церварикс («GlaxoSmithKline») вакцине Gardasil («Merck&Co.»; «sanofi-aventis»). Редакционная статья была опубликована одновременно с описанием математической модели, использованной правительством для принятия решения о стоимости/эффективности вакцинации против папилломавирусной инфекции.

На основании расчетов авторы статьи подтвердили благоприятное соотношение стоимость/эффективность программы иммунизации, которой планируется охватить 80% всех девочек в возрасте 12 лет, а также вакцинации по обращению девочек до 18 лет. В отношении стоимость/эффективность иммунизации мальчиков заключение отрицательное. Бивалентная вакцина (Cervarix) с той же эффективностью против вируса папилломы человека 16-го и 18-го типов, что и у четырехвалентной вакцины (Gardasil), стоит на 13–21 фунт (за дозу) дешевле и, возможно, столь же экономична как последняя, хотя и менее эффективна, поскольку не предотвращает развития аногенитальных остроконечных кондилом.

Представитель Департамента здравоохранения Великобритании (Department of Health) отметил, что контракт заключен в отношении вакцины с лучшими показателями по заранее оговоренным критериям и более ценной для Национальной службы здравоохранения (National Health Service). Кольм О'Махони (Colm O'Mahony), консультант по сексуальному здоровью Честерского благотворительного фонда (Chester Foundation Trust), отметил, что все клинические доказательства указы-

вают на Gardasil, при этом выбирают вакцину, подходящую для третьего мира.

«GlaxoSmithKline» отмечает, что данные о Cervarix демонстрируют выраженный иммунный ответ, сохраняющийся на протяжении 6,4 года, сообщая, что это самая продолжительная защита, отмеченная у вакцин против вируса папилломы человека 16-го и 18-го типов.

Программа вакцинации девочек, достигших 12 лет, должна начаться в сентябре.

В США Diovan НСТ® и Exforge® — препараты первой линии

По материалам www.novartis.com; Bloomberg

4 августа компания «Novartis» объявила об одобрении Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США (Food and Drug Administration— FDA) двух комбинированных препаратов — Diovan НСТ®/Ко-Диован® (вальсартан; гидрохлортиазид) и Exforge® (амлодипин; вальсартан) в качестве терапии первой линии у пациентов, которым с высокой вероятностью понадобится комбинированное лечение для достижения целевых показателей артериального давления.

Это одобрение согласуется с терапевтическими подходами, изложенными в современных рекомендациях, действующих на территории США (JNC-VII). Как свидетельствуют результаты исследования ASCOT-BPLA, отмечает «Novartis» в своем пресс-релизе, назначение нескольких лекарственных средств для достижения целевых показателей артериального давления может потребоваться у свыше 80% пациентов.

До этого Diovan НСТ® был одобрен в качестве второй линии терапии, а Exforge® получил разрешение на маркетинг в 2007 г. для лечения артериальной гипертензии у пациентов, которые неадекватно отвечают на другие препараты или не могут их принимать. Объем продаж препаратов семейства Diovan во II кв. этого года составил 1,5 млрд дол. США, а Exforge — 173 млн дол., сообщает «Bloomberg».