

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

ПЛОСКІНА Василь Юрійович

УДК 616.366-002-085.838.97+612.357.1

ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ
ПРЕПАРАТІВ ЖОВЧНИХ КИСЛОТ У КОМПЛЕКСНОМУ ЕТАПНОМУ
ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧНОГО МІХУРА, ЩО
СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ПОРУШЕННЯМ КОЛОЇДНОЇ СТАБІЛЬНОСТІ
ЖОВЧІ.

14.01.36 - гастроентерологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Івано-Франківськ – 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Ужгородському національному університеті Міністерство освіти і науки України

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор ЧОПЕЙ Іван Васильович, Ужгородський національний університет МОН України, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, завідувач кафедри

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор НЕЙКО Василь Євгенович, Івано-Франківська державна медична академія МОЗ України, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор СТАРОДУБ Євген Михайлович, Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії і сімейної медицини, завідувач кафедри

Провідна установа: Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедра гастроентерології і дієтології

Захист відбудеться “_4_” лютого 2005 року о 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 20.601.01 Івано-Франківської державної медичної академії (76000, м. Івано-Франківськ, вул.Галицька, 2).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Івано-Франківської державної медичної академії за адресою: м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 7.

Автореферат розісланий “_4_” січня 2005 року.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради
Д 20.601.01, доктор медичних наук, професор

Оринчак М.А.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. У структурі гастроентерологічної патології хвороби жовчовивідних шляхів відіграють провідну роль і спостерігається стійка тенденція до зростання їх частоти та омолодження контингенту. За даними Міністерства охорони здоров'я України, частота жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), холециститу та холангіту за період з 1971 по 1985 рік зросла в 1,6 рази і при збереженні існуючих тенденцій збільшиться до 2010 року ще у два рази (В.Ф. Москаленко, В.М. Коваленко, 2001).

Незадовільний рівень профілактики, пізні розпізнавання та несвоєчасний початок лікування не дозволяють у багатьох хворих зупинити розвиток хвороби на ранніх її стадіях (Г.А. Анохіна, 2003). Це призводить до зростання чисельності ускладнень, найчастішим з яких є формування жовчних каменів. Холелітіаз викликає обмеження трудової та суспільної активності, скорочення тривалості та якості життя (И.И. Дегтярева, 2000). Необхідність постійного диспансерного спостереження з використанням складних і дорогих діагностичних методик, тривалих повторних курсів лікування, в тому числі й хірургічного, призводить до значних матеріально-фінансових витрат.

За даними останніх досліджень більше 70% дорослого населення на Україні є інфікованим *Helicobacter pylori* (Hр) (Н.В. Харченко, 2000; И.Л.Кляритская, В.В. Тищенко, 2001). Життя в умовах, сприятливих для трансмісії даної інфекції, може виявитися визначальним для розвитку захворювань, асоційованих з Hр (P.Dominici et al., 1999; В.Г.Передерий и соавт., 2003). Тому необхідним є вивчення інфікованості та ролі цієї інфекції у хворих із патологією жовчного міхура.

Однією з актуальних проблем гастроентерології є вивчення умов, механізмів та клінічних факторів ризику виникнення холелітіазу, опрацювання та клінічна апробація методик його консервативного лікування. Вивчення впливу патології жовчного міхура на функції шлунка, кишечника, психоемоційний стан людини дало б змогу своєчасно корегувати процес лікування. Із численних методик консервативного лікування холестеринового холелітіазу, хронічного холециститу перспективним, клінічно ефективним є використання у комплексній, етапній терапії препаратів жовчних кислот та мінеральних вод (К.Д. Бабов и соавт., 1998; Ю.Х. Мараховский, 2003).

Оцінці та аналізу діагностичних міроприємств, ефективності лікувальних заходів, реабілітації хворих з даною патологією присвячена наша робота.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є частиною науково-дослідної роботи кафедри терапії та сімейної медицини факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету МОН України з тематики: "Дослідження метаболічних змін та механізмів компенсації при захворюваннях органів травлення та серцево-судинної системи, асоційованих з гелікобактеріозом, у родинах населення Закарпаття", номер державної реєстрації 0101U004548.

Мета роботи. Підвищення ефективності лікування хворих на хронічний холецистит, холестериновий холелітіаз та деяких інших захворювань гастродуоденальної зони шляхом визначення оптимальної діагностичної тактики та вивчення можливостей використання у комплексній етапній терапії препаратів жовчних кислот та вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води (ВГНМВ) середньої мінералізації “Лужанська-7”.

Задачі дослідження:

1. Вивчити ефективність застосування монотерапії препаратами жовчних кислот та в комбінації з іншими посередниками і ВГНМВ середньої мінералізації “Лужанська-7” у хворих на хронічний холецистит із сладж-синдромом, холестериновий холелітіаз, токсичний гепатит, що супроводжується холестазом.
2. Дослідити стан кислотоутворення (КП) та кислотонейтралізації (КН) у хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз за допомогою комп'ютерного рН-моніторингу.
3. Вивчити частоту виявлення антигелікобактерних антитіл у хворих на хронічний холецистит, жовчнокам'яну хворобу.
4. Вивчити психологічні особливості особистості хворих на хронічний холецистит.
5. Дослідити можливості фотодинамічної діагностики та паралельного вимірювання пристінкового рН для виявлення диспластичних змін стравоходу, шлунка, кишечника хворих із захворюваннями жовчного міхура.

Об'єкт дослідження – 146 хворих на хронічний холецистит, холестериновий холелітіаз, токсичний гепатит з холестазом та 35 практично здорових осіб.

Предмет дослідження – клініко-лабораторне обстеження, жовч, венозна та капілярна кров, стан КП та КН шлунка, наявність інфікування Нр, психоемоційний стан хворих на хронічний холецистит, холестериновий холелітіаз, токсичний гепатит з холестазом за психологічним тестом ММРІ та ефективність комплексної етапної терапії.

Методи дослідження. Для верифікації діагнозу проводили загальноклінічне обстеження хворих; використали інвазивні методи діагностики: дуоденальне зондування, внутрішньошлункову рН-метрію та нічний моніторинг рН, топографічну рН-метрію, фотодинамічну діагностику, швидкий уреазний тест з біоптатом; неінвазивні – ультразвукову діагностику, імуноферментний аналіз для визначення титру специфічних антигелікобактерних IgG; анкетні - для оцінки психо-емоційного статусу та віддалених результатів лікування; статистичні - для аналізу та оцінки достовірності отриманих даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Доведено ефективність різних строків використання монотерапії препаратами жовчних кислот, а також в комбінації з аспірином, ловастатином, розвантажувально-дієтичною терапією (РДТ) при хронічному холециститі, та препаратів жовчних кислот при холестериновому холелітіазі. Обґрунтована методика відбору хворих для лікування жовчними

кислотами та вуглекислою гідрокарбонатною натрієвою мінеральною водою “Лужанська-7” з метою корекції порушень шлункової секреції і колоїдного стану жовчі.

Встановлено, що розлади кислотоутворюючої функції залоз шлунка при хронічному холециститі та холестериновому холелітіазі носять різнонаправлений характер.

Доведено, що інфекція *Helicobacter pylori* виявляється у 66,7% хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз з підвищеною кислотоутворюючою функцією залоз шлунка.

Встановлено, що у хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз наявні зміни психологічного стану, а для їх корекції запропоновано включати в лікувальний комплекс еглоніл.

Вперше запропоновано і апробовано методику виявлення диспластичних процесів слизової шлунково-кишкового тракту за допомогою фотодинамічної діагностики з паралельним вимірюванням пристінкової рН.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблена і апробована методика відбору для терапії препаратами жовчних кислот хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз, а комплексний етапний підхід до лікування сприяє швидшому регресу клінічних проявів і більш тривалій ремісії хвороби.

Враховуючи виявлені різнонаправлені зміни кислотоутворюючої функції шлунка при патології жовчного міхура обґрунтовано доцільність проведення рН-метрії та нічного моніторингу рН.

Показана доцільність вивчення ступеню психологічних зрушень у хворих з захворюваннями гепатобіліарної системи за методикою ММРІ з метою корекції лікування.

При виявленні Нр-інфекції у хворих із патологією жовчного міхура доцільно призначати ефективну ерадикаційну терапію, особливо у пацієнтів з підвищеною кислотоутворюючою функцією залоз шлунка.

Показана практична цінність фотодинамічної діагностики, як скринінгового тесту для виявлення диспластичних змін слизової оболонки шлунково-кишкового тракту.

Впровадження результатів дослідження. Результати роботи впроваджені в практику у терапевтичному відділенні відділкової клінічної лікарні станції “Ужгород”, а також використовуються в лікувально-профілактичній діяльності лікарів поліклініки, терапевтичного відділення центральної клінічної лікарні міста Ужгорода, у практичній діяльності лікарів санаторію гастроентерологічного профілю “Квітка полонини” об’єднання “Закарпаткурорт”.

Основні положення дисертації використовуються в лекційному курсі та на практичних заняттях кафедри терапії та сімейної медицини факультету

післядипломної освіти, госпітальної терапії, пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського Національного Університету, кафедри поліклінічної терапії та сімейної медицини Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Видані (у співавторстві) методичні рекомендації “Алгоритми діагностики та лікування гастроентерологічних захворювань” (Ужгород, 2000), навчальний посібник з грифом МОН України ”Ультразвукова діагностика органів черевної порожнини в практиці сімейного лікаря (Тернопіль, 2001) які використовуються як в вузах України, так і в лікувально-профілактичних закладах. Результати впровадження в практику доводять їх високу ефективність та практичну цінність.

Особистий внесок здобувача. Внесок автора є основним і полягає у виборі об’єму і методів дослідження, в постановці мети та формулюванні завдань, в проведенні клінічних, інструментальних та спеціальних лабораторних досліджень, в аналізі та узагальненні результатів роботи, обґрунтуванні методів лікування, підготовці наукових матеріалів до друку. Особисто сформульовані висновки роботи, розроблені практичні рекомендації і забезпечено їх впровадження в практику та відображено в опублікованих роботах.

Апробація роботи. Матеріали дисертаційної роботи доповідалися на 53-54-55-56-й підсумкових наукових конференціях професорсько-викладацького складу медичного факультету та факультету післядипломної освіти УжНУ (Ужгород, 1999, 2000, 2001, 2002), на V з’їзді Всеукраїнського лікарського товариства “Сучасні проблеми медико-санітарної допомоги” (Київ, 1999), на ювілейній підсумковій науковій конференції студентів і молодих учених ОдМУ (Одеса, 2000), III Українській науково-практичній конференції з міжнародною участю “Актуальні питання сімейної медицини” (Одеса, 2000), 9-му Інтернаціональному конгресі з інфекційних хвороб (Буенос Айрес, 2000), міжнародній науково-практичній конференції “Проблеми післядипломної освіти у класичному університеті України та актуальні питання сімейної медицини.” (Ужгород, 2001), науково-практичній конференції ”Наука і практика – сімейній медицині” (Харків, 2003), матеріалах X конгресу світової федерації українських лікарських товариств (Чернівці, 2004).

Апробацію дисертації було проведено на спільному засіданні кафедр терапії та сімейної медицини, хірургічних дисциплін та охорони материнства і дитинства факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету 20 травня 2004 року.

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 10 наукових праць (в тому числі 5 статей у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 5 - у матеріалах конференцій, одна з яких проводилася за кордоном).

Структура та обсяг дисертації. Дисертація викладена українською мовою на 143 сторінках машинописного тексту і складається із вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, 6 розділів результатів власних досліджень, аналізу та обговорення результатів, висновків, практичних

рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Дисертація ілюстрована 24 таблицями, 13 рисунками. Показчик літератури містить 259 джерел, з яких кирилицею 153 та латиною 106.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Загальна кількість клінічних спостережень становить 146 хворих та 35 практично здорових осіб, що спостерігалися в клініці факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету (відділкова клінічна лікарня станції „Ужгород”), відділі лазерної діагностики та терапії клініки внутрішніх хвороб Сілезької медичної академії м. Бітом, Польща, санаторії “Квітка полонини” за період 1997-2003 роки.

Пацієнтів розподілено на чотири групи: I група - 92 хворих з хронічним некалькульозним холециститом (ХХ), II група – 39 хворих на холестериновий холелітіаз (ХЛ), III група – 15 пацієнтів на токсичний гепатит, що протікав із симптомами холестази. Контрольну, IV групу склали 35 чоловік, у яких на момент дослідження не виявлено будь-яких скарг з боку печінки і жовчного міхура.

Хворі пройшли комплексне клініко-біохімічне, інструментальне, морфологічне обстеження. Враховуючи поєднаний характер захворювання жовчного міхура з патологією інших органів та систем, першочергова увага приділялася дослідженням функціональних проб печінки (рівнів білірубину, його фракцій, холестерину, загального білка та його фракцій, активності лужної фосфатази, аспартат-амінотрансферази, аланін-амінотрансферази, гама-глутаміл-транспептидази).

Дуоденальне зондування проводилось за Varela Lopez et al. (1950) з наступним біохімічним та бактеріологічним дослідженням жовчі. З показників зондування аналізувалися: об’єм I фази (дуоденальна жовч порції “А”), тривалість II фази (фаза закритого сфінктера Одді), тривалість, об’єм та напруження IV фази (час, об’єм та швидкість виділення міхурової жовчі “В”), напруження V фази (швидкість секреції печінкової жовчі “С”). Мікроскопічно визначалася величина сумарної жовчної дискринії (кількість кристалів холестерину та білірубінату кальцію в умовних балах від 0 до 5). Після проведення дуоденального зондування за стандартною методикою проводилося вимірювання показників рН жовчі у порціях А, В, С за допомогою апарату АГ 1Д-01 з одноканальним зондом ПЕ-рН-1.

УЗ дослідження проводилось за допомогою апаратів “Aloka-550”, “Superskan-1200”, “Logiq 100 PRO” з використанням лінійного та конвексного датчиків. При ультразвуковому обстеженні жовчного міхура та жовчовивідних шляхів використовували стандартну методіку дослідження. Критеріями діагнозу хронічний холецистит та холелітіаз служили загальновідомі ультразвукові ознаки цієї патології. При необхідності, для уточнення виду дискінезії жовчного міхура у хворих на хронічний холецистит використовувалась методіка

динамічного сонографічного спостереження на фоні “жовчогінного” сніданку.

Для оцінки функціонального стану шлунка і дванадцятипалої кишки пацієнтам проводилась комп'ютерна внутрішньошлункова рН-метрія (КВрНМ) та нічний моніторинг рН за методом В.М. Чернобрового (1989) за допомогою діагностичного комплексу: апаратами АГ 1Д-01 і АГ 1Д-02, персональною ЕОМ типу IBM PC AT/XT486 з периферією (дисплей, клавіатура, принтер) та використанням мікрозондів типу ПЕ-рН-1 і ПЕ-рН-2.

Ендоскопія стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки проводилась за допомогою фіброгастроскопа фірми “Olympus” (Японія). В процесі фіброезофагогастроуденоскопії (ФЕГДС) встановлювали локалізацію запалення слизової оболонки, наявність та ступінь вираження набряку, гіперемії, розрихлення, ексудації, ерозій, вузлуватості, гіперплазії складок, видимість судинної реакції, інтрамуральних крововиливів та гастроезофагеального рефлюксу (згідно вимог ендоскопічного розділу Сіднейської класифікації гастритів 1990 р.), а при наявності виразок – їх розмір, активність, фазу рубцювання. Для діагностики Нр-інфекції проводився швидкий уреазний тест з біоптатами за стандартною методикою.

З метою виявлення мета- та диспластичних змін слизової стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки використовували фотодинамічну діагностику (ФДД) з прицільною біопсією та топографічною рН-метрією за допомогою апарату фірми Xillix Lund Sistem та вмонтованого в освітлювач ендоскопа портативного He-Cd лазерного пристрою, що дозволяє досліджувати аутофлюоресценцію слизових у блакитному монохроматичному світлі з довжиною хвилі 410 нм.

Частина венозної крові, яка забиралась у пацієнтів під час обстеження, досліджувалась на антитіла до Нр, а саме анти-Нр IgG, з використанням тест-системи Immuno Comb II (виробництво Ізраїлю) за стандартною методикою.

У пацієнтів, що склали основну та контрольну групи, проводилось психологічне тестування на персональному комп'ютері за міннесотським анкетним тестом, який, за звичаєм, зветься ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), для визначення психологічного профілю особистості і його впливу на перебіг захворювання.

Віддалені результати лікування оцінено анкетно-поштовим методом – респондентам через визначений час після проведеного курсу терапії пропонувалось відповісти на певні запитання спеціальної анкети.

Для обробки отриманих даних в процесі роботи було використано загальноприйняті методи статистичної обробки матеріалу за допомогою пакету “Statistica for Windows”: варіаційно-статистичний аналіз кількісних та диференційованої динаміки якісних показників, оцінка достовірності різниці середніх величин та відсоткової частоти за коефіцієнтом Стюдента і ступенем вірогідності (р). Вірогідними вважалися зміни $p < 0,05$.

Результати власних досліджень та їх обговорення. Показники кислотопродукції та кислотонейтралізації слизової шлунка хворих на хронічний холецистит та

холелітіаз знаходилися в межах як нормацидності, гіпо- та гіперацидності. У відповідності до типу шлункової серкреції ми поділили пацієнтів на групи: хворі з гіперацидним типом серкреції (ПСФШ) – 1, хворі з гіпоацидним типом серкреції – 2, хворі з нормальним типом серкреції – 3, контролем служили хворі на хронічний гастрит В (ХГ В) та виразку дванадцятипалої кишки (ВДПК) – 4.

Середній показник рН у тілі шлунка хворих із гіперацидним типом серкреції становив $1,26 \pm 0,06$, у хворих із гіпоацидним типом серкреції – $3,58 \pm 0,15$, у хворих з нормацидним типом серкреції – $1,71 \pm 0,05$, у хворих на ХГ В та ВДПК – $1,37 \pm 0,08$ од. рН. Тобто, в першій і четвертій групах показники рН тіла шлунка можна охарактеризувати, як помірно гіперацидні, вони вірогідно відрізнялися від аналогічних показників практично здорових ($p < 0,001$), а у другій групі – помірно гіпоацидні ($p < 0,05$).

Середній показник рН у антральному відділі шлунка хворих з гіперацидним типом серкреції склав $2,05 \pm 0,16$, у хворих з гіпоацидним типом серкреції – $5,35 \pm 0,32$, у хворих з нормацидним типом серкреції – $4,57 \pm 0,38$, у хворих на ХГ В та ВДПК – $3,99 \pm 0,24$ од. рН. Аналізуючи отримані результати, слід наголосити, що існують значні зрушення показників базальної серкреції у хворих на ХХ+ХЛ як із ПСФШ, так і при гіпоацидних станах в порівнянні з практично здоровими ($p < 0,001$, $p < 0,05$). Це стосується як показників КП, так і КН. Не виявлено достовірної різниці при порівнянні даних рН у групі ХХ+ХЛ з ПСФШ та ХГ В і ВДПК ($p > 0,3$). Дані базальної рН-метрії використовувались нами для корекції основного лікування (при гіперацидних станах призначалися антисекреторні препарати, препарати урсодезоксихолевої кислоти, та в зв'язку з високим відсотком інфікованості Нр - схема ерадикації у відповідності з Маастрихтським конценсусом II).

У хворих ХХ та ХЛ з варіантом гіперацидності на протязі лікування характерні вірогідні зміни тільки для показників КН – $2,05 \pm 0,16$ проти $3,99 \pm 0,23$ ($p < 0,02$), а показники КП – $1,26 \pm 0,06$ і $1,38 \pm 0,08$ залишаються майже без змін ($p > 0,2$).

При дослідженні інфікованості Нр у хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз позитивна реакція відмічалася у 66,7% пацієнтів з високою кислотністю, в той час, як у хворих з нормальною та зниженою кислотністю - у 20%. Середній показник концентрації антитіл у цих груп становив 55,6 од/мл.

У контрольної групи ці показники становили: 34,5% у практично здорових осіб, середній показник IgG склав 53,3 од/мл; 88,2% у хворих на ХГ В та ВДПК середній показник IgG дорівнював 65,1 од/мл. Концентрація антитіл до Нр у цих групах вірогідно не відрізнялася ($p_{1-2} > 0,2$), за винятком хворих із підвищеною серкрецією залоз шлунка.

Таким чином кислотоутворююча функція шлунка має чітку залежність від Нр інфекції і може бути використана для диференційованого підходу до лікувальної тактики.

Хворим, у яких виявляли анти-Нр IgG концентрацією більше як 20 од/мл, з

метою ерадикації *Нр* інфекції, крім основної терапії, призначалася схема лікування, рекомендована Європейською групою по вивченню *Нр* (омепразол по 20 мг + кларитроміцин 500 мг + амоксицилін 500 мг по 2 рази на день протягом 7 днів).

При вивченні особливостей психологічного профілю у хворих із захворюваннями жовчного міхура нами доведено, що існує достовірна різниця між результатами профілів групи хворих із патологією жовчного міхура та групи здорових осіб по дев'яти з тринадцяти шкалам. Різниця стосується таких шкал: F, K, 1, 2, 4, 6, 7, 8, 0.

Особливо важливим моментом є існування суттєвої різниці між профілями груп хворих із патологією жовчного міхура і практично здорових у 1, 2 і 7 шкалах, які чітко відображають характер невротичних синдромів і вказують на підвищення внутрішньої напруги, тривоги, страхів, немотивованої боязні, песимістичної оцінки своїх перспектив, підвищеної турботи про стан свого фізичного здоров'я, скептицизм, недовіру до медичної допомоги, невпевненість у собі та в компетентності лікарів, в порівнянні із здоровими. Для корекції вивчених показників особистості хворим на ХХ був призначений сульпірид (еглоніл) по 0,02 два рази на добу протягом 21 дня.

З метою виявлення диспластичних процесів шлунково-кишкового тракту у хворих із патологією жовчовивідних шляхів нами використано фотодинамічне обстеження з паралельним вимірюванням пристінкового рН.

Серед обстеженого контингенту при ендоскопії у білому світлі, що підтверджено морфологічно було виявлено 27% хворих на гастрит В, 15% – на гастрит С, у 7% пацієнтів – поліп тіла шлунка, у 10% пацієнтів – гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), 12% – поліпи сигмального відділу товстої кишки. Візуальний огляд слизової оболонки в монохроматичному світлі блакитного спектру дав наступні результати: у хворих на гастрит В вогнищевих змін аутофлюоресценсії не виявлено; у 3 пацієнтів з гастритом С виявлені ділянки патологічної флюоресценсії в антральному та пілоричному відділі шлунка (гістологічно підтверджено високий ступінь дисплазії); у 1 хворого на ГЕРХ – вогнища в шлунку (кишкова метаплазія) та стравоході (стравохід Баррета). Всі поліпи шлунка змінювали інтенсивність та колір флюоресценсії. Поліпи сигмального відділу товстої кишки теж давали змінену аутофлюоресценсію. Дані прицільної рН-метрії з вогнищ зміненої аутофлюоресценсії виявили достовірні зміни пристінкової рН у місці патологічної аутофлюоресценсії у випадку гастриту С ($p < 0,05$), ГЕРХ ($p < 0,05$), поліпів товстої кишки ($p < 0,05$) і не достовірні - поліпів шлунка ($p > 0,5$). Корелятивного зв'язку між інтенсивністю аутофлюоресценсії (кольором зображення), показниками пристінкової рН і нозологічною одиницею не виявлено.

Хворих на хронічний холецистит було розділено на три підгрупи:

Ia група - пацієнти на ХХ, у яких виявлено запальні зміни жовчного міхура, крім стандартного лікування і препаратів жовчних кислот, отримували аспірин

по 0,5 один раз на день.

Iб група - хворі на ХХ, що мали порушений ліпідний обмін (підвищений рівень холестерину, ліпопротеїдів сироватки крові, ожиріння), у лікувальний комплекс включався ловастатін по 0,02 один раз на ніч.

Iв група - хворі на ХХ, що лікувалися коротким курсом розвантажувально-дієтичної терапії (14 днів). РДТ проводили відповідно до методики Ю.С. Ніколаєва (1979), О.М. Кокосова і співавт. (1980), П.П. Кузіва (1996). Курс лікування включав в себе два послідовні періоди: розвантажувальний (із вживанням води, але повною відмовою від їжі) та відновного дієтичного харчування, який полягав у поступовому переході організму на екзогенне харчування.

У хворих Iа групи, крім позитивної клінічної симптоматики, відмічено зменшення сумарної жовчної дискринії з 1,31 на початку до 0,56 в кінці лікування що свідчить про нормалізацію колоїдного стану жовчі внаслідок зниження насичення її холестерином та білірубінатом кальцію, зменшення кількості запальних елементів у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, але незначним закисленням рН жовчі з 5,65 до 5,24 од. рН по відношенню до Iб групи.

У хворих Iб групи рівень холестерину в сироватці крові склав $9,78 \pm 0,3$ ммоль/л на початку і $6,97 \pm 0,5$ ммоль/л в кінці лікування відповідно. Крім позитивної клінічної симптоматики у цих пацієнтів, отримані дані свідчать про нормалізацію в них ліпідного обміну.

У пацієнтів Iв групи після короткого курсу РДТ відмінні та добрі клінічні результати ми спостерігали у 70% обстежуваних. Погіршення стану двох пацієнтів після курсу РДТ ми могли зв'язати з перенесеною ГРВІ, оскільки у цих хворих спостерігалися клінічні прояви вірусної інфекції. Втрата маси тіла при короткому курсі лікувального голодування склала $6,20 \pm 0,54$ кг. Серед змін біохімічних показників крові в процесі РДТ слід відмітити зниження середнього рівня білка сироватки відповідно $78,2 \pm 1,4$ г/л проти $85,6 \pm 1,5$ г/л ($p < 0,05$), зниження рівня загального холестерину в кінці періоду лікування з $5,7 \pm 0,2$ до $4,5 \pm 0,2$ ммоль/л ($p < 0,05$), зниження рівня глюкози у розвантажувальному періоді з $4,45 \pm 0,13$ до $3,67 \pm 0,07$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Для об'єктивної оцінки результатів лікування різних підгруп хворих на хронічний холецистит ми проаналізували ультразвукові дані їх обстеження на початку та в кінці лікування і дійшли висновку, що достовірні зміни в результаті лікування відбулися по відношенню до вмісту жовчного міхура (сладж, вкраплення) і дисфункції сфінктера Одді у хворих перших двох підгруп. Інші зміни за результатами ультразвукового обстеження та біохімічного дослідження жовчі виявилися недостовірними.

З метою вивчення ефективності хенотерапії в комплексному консервативному лікуванні холелітазу нами спостерігалось 39 хворих на холестериновий холелітаз – II група.

В результаті ми отримали такі дані: у 59% хворих на холестериновий холелітіаз конкременти повністю розчинилися, у 20% - зменшилися в розмірах (початковий їх розмір становив 2 см і більше), 5% пацієнтів відмовились від подальшого лікування, а у 7,7% спостерігалася кальцифікація каменів. Під час лікування 12,8% пацієнтів відмічали у себе нудоту і транзиторну діарею, які пройшли після зменшення дози препарату. Рецидиву утворення каменів не спостерігалось.

На перший погляд ефективність розчинення досить низька і складає близько 59%. Але якщо хворих із холестериновим холелітіазом, що приймали препарати жовчних кислот розділити на групи по давності захворювання, величині і кількості конкрементів, то ефект від консервативної терапії значно вищий у пацієнтів з дрібними (до 1см) каменями (79%) і анамнезом хвороби до 1,5 року (повне розчинення в 75% випадків).

Виходячи з літературних повідомлень про вплив препаратів урсодезоксихолевої кислоти на основні симптоми холестазу, нами було досліджено показники білірубіну крові хворих на токсичний гепатит протягом місячного прийому урсофальку. Всі обстежені хворі з холестазом під час лікування відмітили у себе покращення загального стану, апетиту, зменшення свербіжу шкіри та показників загального (з $36,44 \pm 1,9$ на початку до $19,78 \pm 1,4$ ммоль/л в кінці) і прямого білірубіну (з $17,31 \pm 1,33$ на початку до $8,56 \pm 1,42$ ммоль/л і в кінці). Ці дані з високим ступенем достовірності свідчать про нормалізацію пігментного обміну печінки ($p < 0,001$ та $p < 0,05$ відповідно).

При аналізі дії мінеральної води протягом лікування в санаторії слід підкреслити, що відбулося вірогідне ($p < 0,001$) підвищення максимального рівня показників рН у хворих з гіперацидним типом порушення шлункової секреції (тіло шлунка – $1,38 + 0,08$ на початку і $3,56 + 0,29$ в кінці; антральний відділ – $3,99 + 0,23$ і $5,66 + 0,25$ відповідно). Зовсім по іншому діє мінеральна вода у пацієнтів з гіпоацидним типом порушення секреції. У них вона викликала зниження значень рН з показником вірогідності $p < 0,05$ (тіло шлунка – $3,9 + 0,25$ на початку і $2,44 + 0,40$ в кінці; антральний відділ – $5,9 + 0,32$ і $5,05 + 0,38$ відповідно).

Характер нічної секреції у хворих на ХХ та ХЛ, її динаміку протягом лікування в санаторії ми спостерігали, розділивши пацієнтів на групи в залежності від рівня базальної секреції на початку реабілітаційного етапу (1 – гіперацидний тип, 2 – гіпоацидний тип). Контрольну групу склали пацієнти без будь-яких скарг з боку органів травлення.

У хворих 1 групи порушення секреції (гіперацидний стан) спостерігалось у першу половину ночі (23.00-1.30) та ранком (5.00-5.30), решту часу відмічалась нормацидність. Вірогідне підвищення показників нічного рівня рН ($p < 0,05$) протягом ночі відбулося в кінці курсу лікування.

У пацієнтів 2 групи хоча і спостерігалася тенденція до зниження показників рН, особливо в першу половину ночі, але ці зміни носили недостовірний характер ($p > 0,5$). Погодинний аналіз показників нічної секреції хворих ХХ+ХЛ з ПСФШ

показав, що середній рівень значень рН становив 1,63 од. Виражена гіперацидність спостерігалась з 23.00 по 23.30, помірна гіперацидність – з 23.40 по 01.30, з 02.10 по 02.30, а також з 05.10 по 06.00, помірна гіпоацидність – 03.50. Слід наголосити, що при порівнянні середньогрупових показників хворих ХХ+ХЛ 1 і 2 груп виявлена достовірна різниця протягом всієї ночі ($p < 0,05$). У контрольній групі середні показники нічної КП шлунка становили 1,81 рН. Проведений аналіз за годинними інтервалами дав наступні результати: нормацидність спостерігалась практично протягом всієї ночі, за виключенням помірної гіпоацидності о 03.40 та з 04.20 по 04.40, короткочасна гіперацидність спостерігалась лише о 02.40 та о 05.30. Порівняльним аналізом хронологічних показників рН контрольної групи та хворих ХХ+ХЛ з ПСФШ встановлено, що існують достовірні зміни протягом інтервалу з 23.00 по 00.40. ($p < 0,05$).

Для оцінки впливу курсового прийому мінеральної води “Лужанська-7” на жовчоутворення та жовчовиділення нами на початку і в кінці санаторного етапу лікування у 33 хворих на ХХ проведено дуоденальне зондування з вимірюванням показників рН жовчі у порціях В і С. Сумарна жовчна дискринія зменшилася з 1,27 на початку лікування до 0,54 в кінці, що свідчить про зниження насичення жовчі холестерином та білірубінатом кальцію. Збільшення показників рН жовчі порцій В і С з 5,45 до 6,55 говорить про зменшення кількості запальних елементів у жовчному міхурі та жовчовивідних шляхах, які спричинюють більш кислу реакцію жовчі. Отже, курсовий прийом ВГНМВ має добру холеретичну та холекінетичну дію і приводить до стабілізації колоїдного стану жовчі.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено і дістало подальший розвиток питання про роль урсодезоксихолевої та хенодезоксихолевої кислот в етапній санації хворих на хронічний холецистит, холестериновий холелітіаз у взаємозв'язку з показниками кислотопродукції та кислотонейтралізації, наявності Нр інфекції, психологічними особливостями особистості та даними фотодинамічної лазерної діагностики. На основі цього розроблено диференційований підхід до комплексного лікування хронічного холециститу та холестеринового холелітіазу з використанням жовчних кислот, що в сукупності вирішує конкретне завдання гастроентерології і має істотне значення в галузі медицини.

1. Доведено, що призначення препаратів жовчних кислот з використанням мінеральної води „Лужанська-7” у комплексній терапії хронічного холециститу, холестеринового холелітіазу, хронічного токсичного гепатиту з вираженим холестатичним компонентом знижує літогенність жовчі, попереджує утворення і розчиняє конкременти, приводить до покращення загального стану, регресу патологічних клініко-лабораторних показників більше як у 2/3 пацієнтів.

2. Включення препаратів жовчних кислот у комплексне лікування захворювань жовчного міхура та печінки з порушенням колоїдної стабільності жовчі в поєднанні з аспірином, ловастатином підвищує ефективність курсового

лікування хворих за рахунок корекції показників рН жовчі, гіпохолестеринемічної дії, особливо у хворих з наявністю симптомів запалення та порушенням ліпідного обміну.

3. Доведено, що кислотоутворювальна функція залоз шлунка має чітку залежність від Нр інфекції та не залежить від фази основного захворювання. Нр інфекція виявляється у 66,7% хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз з високою шлунковою секрецією, а призначення ерадикаційної терапії підвищує ефективність лікування таких хворих.

4. Фотодинамічна діагностика є ефективним методом діагностики диспластичних процесів слизової шлунково-кишкового тракту, які супроводжуються змінами пристінкової рН по осі стравохід-шлунок-кишечник і виявляються в 23% хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз.

5. Для хворих з патологією жовчного міхура характерною є пряма залежність між ступенем вираженості змін у шкалах ММРІ та клінічною картиною захворювання. Комплексне призначення еглонілу та жовчних кислот сприяє покращенню психологічних та психопатологічних особливостей хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз із підвищеною кислотоутворюючою функцією залоз шлунка.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1.З метою профілактики виникнення жовчнокам'яної хвороби доцільно проводити раннє виявлення жовчної дискринії у хворих із захворюваннями жовчного міхура.

2.На стаціонарно-поліклінічному етапі хворим із холестериновим холелітіазом та значною жовчною дискринією рекомендовано призначати хенопрепарати з розрахунку 10 мг/кг маси тіла на добу урсодезоксихолевої кислоти з обов'язковим щомісячним УЗД контролем.

3.Хворим на хронічний холецистит, у яких виявлено запальні зміни жовчного міхура, крім стандартного лікування і препаратів жовчних кислот, у лікувальний комплекс рекомендується включати аспірин по 0,5 один раз на день, а пацієнтам, що мають порушений ліпідний обмін (підвищений рівень холестерину, ліпопротеїдів сироватки крові, ожиріння) – ловастатин по 0,02 один раз на ніч.

4.Хворим з патологією жовчного міхура доцільно визначати ступінь психологічних зрушень за допомогою тесту ММРІ з метою включення в схему лікування препаратів із психокорегуючою дією.

5.Для раннього виявлення диспластичних процесів у слизовій оболонці шлунково-кишкового тракту, а також вироблення відповідної тактики ведення хворого доцільно використовувати поряд з фіб्रोезофагогастроуденоскопією та колоноскопією фотодинамічну діагностику.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

- 1.Плоскіна В.Ю., Секереш В.М., Нестерчук О.О. Досвід консервативного лікування холелітіазу та деяких захворювань гепатобіліарної системи препаратами жовчних кислот. // Гастроентерологія. Дніпропетровськ, 1999. Випуск 29 (присвячений 20-річчю кафедри гастроентерології Дніпропетровської державної медичної академії).- С.165-169. Здобувачем здійснений підбір тематичних хворих, аналіз і статистична обробка отриманих результатів. Співавтор Секереш В.М. проводив корекцію висновків. Співавтор Нестерчук О.О. готував статтю до друку.
- 2.Плоскіна Ю.Ю., Плоскіна В.Ю., Терещенко Н.Л. Психологічний профіль особистості та його роль у перебігу захворювань шлунково-кишкового тракту. // Науковий вісник УжНУ.-1999.-№9. -С.126-127. Здобувачем здійснений підбір та тестування тематичних хворих, аналіз отриманих результатів. Співавтор Плоскіна Ю.Ю. проводив статистичну обробку отриманих результатів. Співавтор Терещенко Н.Л. допомагала у підготовці роботи до друку.
- 3.Чопей І.В., Плоскіна В.Ю., Ігнатко Л.В., Ганинець П.П., Молнар С.М. Досвід використання мінеральної води “Лужанська-7” в комплексній етапній терапії хворих на хронічний холецистит та холестериновий холелітіаз. // Український медичний часопис.-2000.- №6/20.-С.114-116. Здобувачем здійснений збір клінічного матеріалу, аналіз і статистична обробка отриманих результатів. Співавтор Чопей І.В. планував об’єм клінічних досліджень, проводив корекцію висновків. Співавтори Ганинець П.П. і Молнар С.М. допомагали в організації досліджень. Співавтор Ігнатко Л.В. готувала статтю до друку.
- 4.Русин І.С., Чопей І.В., Серонь А., Плоскіна В.Ю., Ігнатко Л.В. Результати використання фотодинамічного методу діагностики в поєднанні з прицільною пристінковою рН-метрією слизової оболонки при захворюваннях травного тракту. // Український медичний часопис.-2003.- №2/34. -С.137-139. Здобувачем проведені фотодинамічна діагностика та пристінкова рН-метрія тематичним хворим, аналіз і обробка отриманих результатів. Співавтор Русин І.С. проводив клінічні дослідження тематичних хворих, допомагав у підготовці статті до друку. Співавтори Чопей І.В. та Серонь А. планували об’єм досліджень, корегували висновки. Співавтор Ігнатко Л.В. готувала статтю до друку.
- 5.Русин І.С., Немеш І.І., Ганинець П.П., Плоскіна В.Ю., Колесник П.О., Плоскіна Ю.Ю. Вивчення патогенетичних механізмів при передвиразкових станах та пептичній виразці на різних етапах лікування. // Науковий вісник УжНУ.-2001.-№16.-С.143-149. Здобувач проводив клінічне обстеження тематичних хворих, готував статтю до друку. Співавтори Русин І.С. і Немеш І.І. проводили інструментальні дослідження хворих. Співавтори Колесник П.О. та Плоскіна Ю.Ю. проводили аналіз та статистичну обробку отриманих результатів.

6. Чопей І.В., Ілько А.В., Чижов П.В., Плоскіна В.Ю. Патогенетичне обґрунтування етапного лікування дуоденальної виразки асоційованої з *Helicobacter pylori*. // Матеріали конференції з міжнародною участю “Оздоровчі ресурси Карпат і прилеглих регіонів” Чернівці. -1999.-С.28-33. Здобувачем проводились рН-метричні дослідження обстежуваних хворих, підготовка статті до друку. Співавтору Чопей І.В. належить планування об’єму клінічних досліджень, корекція висновків. Співавтори Чижов П.В. та Ілько А.В. проводили підбір тематичних хворих, аналіз і статистичну обробку матеріалу.
7. Ганинець П.П., Сочка А.А., Плоскіна В.Ю., Молнар С.М. Реабілітація хворих на гастроентерологічну патологію із застосуванням мінеральної води Лужанська-7 (“Маргіт”) в практиці сімейного лікаря . // Тези ІІІ науково-практичної конференції “Актуальні питання сімейної медицини”. - Одеса, 2000.- С.118. Здобувачем проведений аналіз отриманих результатів, написаний текст тез. Співавтори Ганинець П.П. і Молнар С.М. допомагали в організації досліджень. Співавтор Сочка А.А. здійснив літературне оформлення роботи.
8. Плоскіна В.Ю. Результати застосування фотодинамічної діагностики у хворих з захворюваннями гепатобіліарної системи. // Матеріали науково-практичної конференції ”Наука і практика – сімейній медицині”. - Харків, 2003.- С.113-114.
9. Плоскіна В.Ю. Чопей І.В. Ілько А.В. Ефективність застосування розвантажувально-дієтичної терапії у хворих хронічним некалькульозним холециститом // Матеріали Х конгресу світової федерації українських лікарських товариств. - Чернівці, 2004.- С.269. Здобувачем проведено клінічне обстеження тематичних хворих, аналіз отриманих результатів, написаний текст тез. Співавтор Чопей І.В. планував об’єм досліджень, корегував висновки. Співавтор Ілько А.В. допомагав у літературному оформленні роботи.
10. Chopey I.V., Turianitsa S.M., Kolesnick P.O., Ilko A.V., Kuzmik V.N., Ploskina V.U., Rusin I.S. *Helicobacter pylori* antibody profile and occurrence of digestive disorders in household members of families of the patients with gastroduodenal disease. // 9-th International Congress on Infections Diseases. – Buenos Aires, April, 10-13, 2000.- P.233. Здобувачу належить збір клінічного матеріалу. Співавтор Чопей І.В. планував об’єм досліджень. Співавтор Туряниця С.М. підбирав тематичних хворих. Співавтори Колесник П.О. та Ілько А.В. проводили аналіз та обробку отриманих результатів. Співавтор Русин І.С. готував роботу до друку.

АНОТАЦІЯ

Плоскіна В.Ю. Особливості диференційованого призначення препаратів жовчних кислот у комплексному етапному лікуванні захворювань жовчного міхура, що супроводжуються порушенням колоїдної стабільності жовчі. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.36 – гастроентерологія. – Івано-Франківська державна медична академія; Івано-Франківськ, 2005.

В дисертації показано, що призначення препаратів жовчних кислот у комплексній терапії хронічного холециститу, холестеринового холелітіазу, хронічного токсичного гепатиту з вираженим холестатичним компонентом приводить до покращення загального стану, регресу патологічних клініко-лабораторних показників у близько 80% пацієнтів. Доведено, що для лікування хворих на холестериновий холелітіаз з малим розміром каміння та нетривалим анамнезом ефективним є короткострокове призначення препаратів жовчних кислот (менше 3 місяців). З'ясовано, що нормалізація рН шлунка повинна використовуватись в лікувальній тактиці як патогенетичний засіб керування роботою системи печінка-жовчовивідні шляхи-дванадцятипала кишка. Доведено, що особливості функціонування вищої нервової діяльності людини відіграють важливу роль в розвитку захворювань гепатобіліарної системи, але цей фактор не є специфічним. Встановлено, що фотодинамічна діагностика є ефективним засобом раннього виявлення диспластичних процесів у ШКТ. Курсовий прийом мінеральної води “Лужанська-7” є добрим природнім протирецидивним засобом у комплексній терапії жовчними кислотами.

Ключові слова: хронічний холецистит, холестериновий холелітіаз, препарати жовчних кислот, мінеральна вода “Лужанська-7”, фотодинамічна діагностика, рН-моніторинг, психологічне тестування.

АННОТАЦИЯ

Плоскина В.Ю. Особенности дифференцированного назначения препаратов желчных кислот в комплексном этапном лечении заболеваний желчного пузыря, которые сопровождаются нарушением коллоидной стабильности желчи. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук из специальности 14.01.36 – гастроэнтерология. – Ивано-Франковская государственная медицинская академия; Ивано-Франковск, 2005.

Диссертация посвящена повышению эффективности лечения больных хроническим холециститом, холестериновым холелитиазом, токсическим гепатитом с симптомами холестаза, изучению оптимальной диагностической тактики, а также исследованию возможностей использования в комплексной этапной терапии препаратов желчных кислот и углекислой гидрокарбонатной

натриевой минеральной воды средней минерализации “Лужанская-7”. Установлено, что назначение препаратов желчных кислот в комплексной терапии хронического холецистита, холестеринового холелитиаза, хронического токсического гепатита с выраженным холестатическим компонентом приводит к улучшению общего состояния, регрессу патологических клинико-лабораторных показателей у около 80% пациентов. Доказано, что для лечения больных холестериновым холелитиазом с камнями малых размеров и непродолжительным анамнезом эффективно кратковременное назначение препаратов желчных кислот (менее 3 месяцев). У больных холестериновым холелитиазом и хроническим холециститом выявлены значительные нарушения показателей базальной секреции тела и антрального отделов желудка по сравнению с практически здоровой группой. Выяснено, что нормализация рН желудка с помощью препаратов желчных кислот должна использоваться в лечебной тактике как патогенетическое средство управления работой системы печень-желчевыводящие пути-двенадцатиперстная кишка. Доказано, что особенности функционирования высшей нервной деятельности человека играют важную роль в развитии болезней гепатобилиарной системы, но этот фактор не является специфическим. Выявлено, что акцентуация личности, склонность к неврозам – существенная сторона патогенеза и других болезней, в том числе таких как болезни желудка и кишечника. Для больных с патологией желчного пузыря характерна прямая зависимость между степенью выраженности изменений по шкалам ММРІ и клинической картиной заболевания. Назначение в комплексном лечении эглонила и препаратов желчных кислот способствует улучшению психологических и психопатологических особенностей больных хроническим холециститом с повышенной кислотообразующей функцией желез желудка.

Установлено, что фотодинамическая диагностика является эффективным методом обнаружения диспластических состояний желудочно-кишечного тракта, которые сопровождаются изменениями пристеночной рН и обнаруживаются у 23% больных хроническим холециститом и холестериновым холелитиазом.

Минеральная вода “Лужанская-7” может эффективно использоваться в терапии хронического холецистита, холестеринового холелитиаза а курсовой ее прием в этапном лечении является эффективным природным противорецидивным средством в комплексной терапии желчными кислотами.

Ключевые слова: хронический холецистит, холестериновый холелитиаз, препараты желчных кислот, минеральная вода “Лужанская-7”, фотодинамическая диагностика, рН-мониторинг, психологическое тестирование.

ANNOTATION

Ploskina V.Yu. The peculiarity of differential prescription of bile acid preparations in complex staged treatment of gall bladder diseases, with disorders in cholesterol saturation of bile. –Manuscript.

The dissertation is submitted for the M.D. degree in specialty 14.01.36. -Gastroenterology. - Ivano-Frankivsk State Medical Academy, Ivano-Frankivsk, 2005.

The dissertation shows that the prescription of bile acid drugs occurs the improvement of general condition, the regress of pathologic clinical and laboratory indices in about 80% of treated patients with chronic cholecystitis, cholesterol lithiasis, chronic toxic hepatitis. It was found that short-term treatment with bile acid preparations (less than 3 months). It was revealed that the normalization of stomach pH with the help of bile acid drugs must be the pathogenetic remedy in liver and cholic ducts good functioning. It has been established that the peculiarity of higher nervous activity functioning has a great role in the development of liver diseases but this factor is not specific. It is known that gall-bladder diseases can provoke preahgnant states in stomach and duodenum, that's why the photodynamic diagnostics is a modern effective method for the early detection of these states. The positive effects of mineral water "Luzhanska-7" on stomach secretion, composition of bile, choleric and cholekinetic liver functions, cholic ducts are described. The course use of carbonaceous hydrocarbonate sodium mineral water after bile acid therapy has a high clinical effeciacy and can be recommended as a stage in conservative treatment of chronic cholecystitis and cholesterol cholelithiasis.

Key words: chronic cholecystitis, cholesterol lithiasis, bile acid preparations, mineral water "Luzhanska-7", photodynamic diagnostics, pH-metry, psychological tests.

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВГНМВ- вуглекисла гідрокарбонатна натрієва мінеральна вода

ВДПК - виразка 12-ти палої кишки

ЖКХ - жовчнокам'яна хвороба

КП - кислотопродукція

КН- кислотонейтралізація

ПСФШ - підвищена секреторна функція шлунка

ХГ В - хронічний гастрит типу В

ХГ С - хронічний гастрит типу С

ХЛ - холестериновий холелітіаз

ХХ - хронічний холецистит

ХДХК - хенодезоксихолева кислота

УДХК - урсодезоксихолева кислота

ММРІ - Міннесотський анкетний тест (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

Нр - Helicobacter pylori

РДТ - розвантажувально-дієтична терапія

КВрНМ - комп'ютерна внутрішньошлункова рН-метрія

ФДД - фотодинамічна діагностика

ГЕРХ - гастроєзофагальна рефлюксна хвороба

Бібліотека літератури по функціональній гастроентерології

www.gastroscan.ru/literature/

