



**А. Л. Демидова<sup>1</sup>, О. Є. Скляр<sup>2</sup>,  
А. В. Четаїкіна<sup>2</sup>**

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

<sup>1</sup> Кафедра терапії № 1 та медичної діагностики ФПДО

<sup>2</sup> Кафедра сімейної медицини ФПДО

## Ефективність ребаміпиду в комплексному лікуванні хворих на пептичну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки

**Вступ.** Більшість (70,0–90,0 %) пептичних виразок шлунка і дванадцятипалої кишки виникає через інфікування *Helicobacter pylori* (Hр), однак основну роль у патогенезі виникнення виразкових дефектів відіграє кислотно-пептичний фактор. А тому всі сучасні схеми лікування Hр-асоційованих захворювань включають антигелікобактерійні засоби та інгібітори протонної помпи (ІПП) (омепразол, пантопрозол, рабепразол) [6].

Вважається, що ІПП завдяки блокуванню Н/К – АТФази гальмують кислотоутворення як у базальну, так і в стимульовану фази шлункової секреції, сприяючи загоєнню виразок [7, 10]. ІПП широко застосовуються у сучасних схемах лікування пептичної виразки. У багатьох випадках ці лікувальні засоби призначають на тривалий термін або «за вимогою» пацієнта, причому контроль рН внутрішньошлункового середовища здійснюється лише в поодиноких випадках. Водночас комбіноване лікування (ІПП + антибіотик) не завжди ефективне, із огляду на різну антигелікобактерійну активність лікувальних засобів та мінливість штамів Hр, тривалість активації ІПП за умов зміненого рН, біодоступність повторних доз, тривалість епітелізації під час загоєння великих дефектів слизової оболонки (СО) у дванадцятипалій кишці (ДПК) та шлунку [5, 9]. Тому останнім часом привертає увагу включення до традиційних схем лікування лікувальних засобів із гастроцитопротекторною дією, зокрема ребаміпиду.

Ребаміпід демонструє супресивний ефект на персистенцію та хронічне запалення гастритно зміненої СО шлунка в ділянці виразкового ураження після ерадикації Hр [4]. Ребаміпід зменшує продукцію запальних цитокінів і хемокінів (IL-1, IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ ), пригнічує нейтрофілну активацію та здатний гальмувати канцерогенез [3, 8].

Механізм цитопротекторної дії ребаміпиду пояснюють головною його здатністю впливати на продук-

цію факторів захисту СО через посилення синтезу простагландину Е та відповідно компонентів мукозного глікопротеїну [1, 9].

Є повідомлення про прискорення загоєння ерозій та виразок; ребаміпід включено до стандартних схем лікування. Комбінація ІПП та ребаміпиду більш ефективна, ніж стандартне лікування (ІПП + антибіотики), у загоєнні виразок діаметром більше 20,0 мм [2]. Ребаміпід є гастроцитопротекторним і протизапальним чинником, покращує загоєння виразок після проведення ерадикаційного лікування [2, 5]. Водночас не до кінця з'ясовано ефективність застосування ребаміпиду в комплексному лікуванні ерозивно-виразкових Hр-асоційованих захворювань шлунка та ДПК.

**Мета дослідження.** З'ясувати ефективність ребаміпиду в комплексному лікуванні хворих на пептичну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки.

**Матеріали й методи дослідження.** У рандомізований спосіб із намаганням попередньо стратифікувати хворих за наявністю пептичної виразки шлунка і ДПК на базі гастроентерологічних відділень 5-ї МКЛ м. Львова обстежено 106 хворих. Виявлено 62 хворих із діагнозом «пептична виразка ДПК у фазі загоєння» або «пептична виразка шлунка та ДПК у фазі загоєння», які включені в дослідження [43 чоловіки (69,4 %), 19 жінок (30,6 %), середній вік хворих  $42,3 \pm 2,47$  року, 46 (74,2 %) пацієнтів працездатного віку]. Обстеження проведено згідно з наказом МОЗ України № 613 від 03.09.2014 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки».

Суб'єктивні скарги хворих оцінювали за наявністю больового синдрому в епігастральній ділянці, печії, відригування кислим, повітрям або гірким, нудоти, блювання, порушень випорожнення; об'єктивні ознаки хвороби – наявність болю в епігастрії під час пальпації.

Усім пацієнтам перед лікуванням проводили езофагогастроуденофіброскопію (ЕГДФС) апаратом Pentax EG-34 JA (Японія) за загальноприйнятою методикою з біопсією СО антрального відділу шлунка і наступним гістологічним дослідженням біоптатів. Гелікобактерійний статус (Нр-статус) до лікування визначали за допомогою швидкого уреазного тесту в біоптатах СО та за допомогою stool-test.

Хворих стратифікували за лікувальним комплексом, розподіливши на дві групи. Хворих 1-ї групи (30 осіб) лікували за загальноприйнятою потрійною схемою. Вони вживали амоксицилін 1000,0 мг і кларитроміцин 500,0 мг двічі на день, а також блокатор протонної помпи омепразол 20,0 мг двічі на добу впродовж 10 днів. Хворі 2-ї групи (32 особи) на додаток до антигелікобактерійного лікування (АГБЛ) за стандартною схемою (амоксицилін 1000,0 мг і кларитроміцин 500,0 мг двічі на день, а також омепразол 20,0 мг двічі на добу, 10 днів) додатково вживали ребаміпід (по 100,0 мг тричі на добу) впродовж 10 днів. Групи були однорідні за статтю, віком, важкістю і тривалістю захворювання, частотою ускладнень.

Стан хворих під час лікування та його ефективність оцінювали за допомогою щоденного опитування, об'єктивного огляду, а також аналізу щоденника хворого. Пацієнтам, у яких утримувались клінічні ознаки хвороби, продовжено лікування ППП (для пацієнтів 1-ї групи) та комбінації ППП і ребаміпіду (для пацієнтів 2-ї групи) на 10 днів, після чого повторно проводили клінічне обстеження. Для контролю макроскопічних ознак ефективності лікування через 4 тижні після завершення лікування проводили повторну ЕГДФС з біопсією СО антрального відділу шлунка. Ефективність ерадикації визначали за допомогою швидкого уреазного тесту в біоптатах СО та за допомогою stool-test.

Отримані результати підлягали статистичному опрацюванню на персональному комп'ютері з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Excel 2007 (Microsoft), Statistica® 6.0 (StatSoft Inc., США).

Аналіз результатів до і після лікування здійснювали на основі тесту Мак Немора (McNemar's test, 1947) для залежних вибірок. Для визначення статистичної розбіжності між групами використовували критерій Р. Фішера (Fisher Ronald, 1935). Вірогідними вважали відмінності за рівнем значимості  $p < 0,05$ . Якісні номінальні ознаки описували абсолютними та відносними частотами.

Методика проведення дослідження відповідала Гельсінкській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р. і погоджена з Етичною комісією ЛНМУ.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У всіх хворих перед початком лікування зафіксовано больовий синдром, який у 55 (88,7 %) осіб мав «голодний, сезонний» характер, у 7 (11,3 %) осіб був слабо виражений (табл. 1).

У частини пацієнтів були наявні прояви диспепсичного синдрому: печія – у 45 (72,5 %), відригування кислим – у 27 (43,5 %), повітрям – у 6 (9,7 %), гірким

– у 13 осіб (21,0 %), нудота – у 32 (51,6 %), блювання – у 6 (9,7 %). Із проявів порушення моторики кишки у 9 (14,5 %) осіб зафіксовано закрепи. Діарею відзначали 6 (9,7 %) пацієнтів. Під час об'єктивного обстеження пальпаторно у всіх пацієнтів виявлено біль у епігастральній ділянці.

Розподіл клінічних проявів хвороби у групах до лікування показано в табл. 1.

Таблиця 1

Клінічні прояви ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки до лікування

Клінічні ознаки хвороби	Усі хворі, $n = 62$ $n (%)$	1-ша група, $n = 30$ $n (%)$	2-га група, $n = 32$ $n (%)$
Больовий синдром «голодний, сезонний»	55 (88,7)	27 (90,0)	28 (87,5)
Больовий синдром не виражений	7 (11,3)	3 (10,0)	4 (12,5)
Печія	45 (72,5)	23 (76,7)	22 (68,8)
Відригування кислим	27 (43,5)	18 (60,0)	9 (28,1)
повітрям	6 (9,7)	2 (6,7)	4 (12,5)
гірким	13 (21,0)	10 (33,3)	3 (9,4)
Нудота	32 (51,6)	20 (66,7)	12 (37,5)
Блювання	6 (9,7)	4 (13,3)	2 (6,3)
Закрепи	9 (14,5)	6 (20,0)	3 (9,4)
Проноси	6 (9,7)	2 (6,7)	4 (12,5)
Біль у епігастральній ділянці під час пальпації	62 (100,0)	30 (100,0)	32 (100,0)

Під час об'єктивного обстеження у всіх пацієнтів пальпаторно виявлено біль у епігастральній ділянці. У частини пацієнтів наявні прояви диспепсичного синдрому: печія – у 45 (72,5 %), відригування кислим – у 27 (43,5 %), повітрям – у 6 (9,7 %), гірким – у 13 осіб (21,0 %), нудота – у 32 (51,6 %) та блювання – у 6 (9,7 %). Щодо проявів порушення моторики кишки 9 (14,5 %) осіб скаржилися на закрепи, 6 (9,7 %) – на діарею. Розподіл клінічних проявів хвороби у групах до лікування показано в табл. 1.

Усі хворі до лікування мали позитивний Нр-статус.

Під час ЕГДФС у 21 (33,9 %) хворого виявлено езофагіт і недостатність кардії, у 85,5 % – антральний гастрит, у 93,5 % хворих на час обстеження діагностовано виразково-ерозивні ураження стінок цибулини ДПК, які у 62,9 % поєднувалися з виразками та ерозіями шлунка. У всіх пацієнтів виявлено бульбіт, 30,6 % хворих мали дуоденогастральний рефлюкс (ДР).

Через 3-4 доби після початку лікування більшість пацієнтів констатували покращення стану завдяки значному зменшенню больового синдрому, деякі хворі заявили про відсутність болю. Через 7 днів больовий синдром зник повністю у 17 (56,7 %) хворих 1-ї групи та у 20 (62,5 %) пацієнтів 2-ї групи. Через 10 днів

після початку лікування 22 (73,3 %) і 30 (93,8 %) осіб 1-ї та 2-ї груп відповідно не мали скарг на біль і дискомфорт у епігастральній ділянці. Незначний дискомфорт у епігастральній ділянці турбував 8 (26,7%) пацієнтів 1-ї і 2 (6,2 %) пацієнтів 2-ї груп. Статистичне опрацювання показало, що додаткове призначення ребаміпіду позитивно впливає на регресію больових відчуттів хворих ( $p < 0,05$ ) (табл. 2). Біль у епігастрії під час пальпації був ще у 3 (10,0 %) пацієнтів, яким застосовували стандартну схему АГБЛ, та у 2 (6,2 %) пацієнтів, яким лікували за схемою з додаванням ребаміпіду.

Таблиця 2

**Клінічні ознаки ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки після лікування**

Клінічні ознаки хвороби	1-ша група $n = 30$ , %	2-га група $n = 32$ , %
Відсутність скарг на больовий синдром через 7 днів	17 (56,7)	20 (62,5)
Відсутність скарг на больовий синдром через 10 днів	22 (73,3)	30 (93,8)*
Скарги на незначний дискомфорт	8 (26,7)	2 (6,2)*
Печія	2 (6,7)	1 (3,1)
Нудота	1 (3,3)	0 (0,0)
Закрепи	2 (6,7)	1 (3,1)
Прони	1 (3,3)	1 (3,1)
Біль у епігастрії під час пальпації	3 (10,0)	2 (6,2)

**Примітка.** \*  $p < 0,05$  – порівняння між 1-ю і 2-ю групами.

Печія турбувала 2 (6,7%) пацієнтів 1-ї та 1 (3,1 %) пацієнта 2-ї групи. Ознаки шлункової диспепсії (нудота) виявлено у 1 (3,3 %) пацієнта 1-ї групи. У більшості хворих випорожнення нормалізувались, але у 3 (10,0 %) пацієнтів 1-ї групи та у 2 (6,2 %) 2-ї групи зберігались прояви порушення моторики кишки (див. табл. 2).

Таким чином, додавання ребаміпіду до стандартної схеми АГБЛ сприяло регресії клінічних проявів хвороби.

Пацієнтам (10 осіб), що на час завершення основного курсу лікування мали клінічні прояви хвороби, продовжено призначення омепразолу (по 20,0 мг двічі на добу) (для 1-ї групи) або комбінації омепразолу (по 20,0 мг двічі на добу та ребаміпіду 100,0 мг тричі на добу) (для 2-ї групи) впродовж 10 днів. Після додаткового курсу лікування усі пацієнти констатували відсутність печії, болю та дискомфорту в епігастральній ділянці.

Через 4 тижні після лікування зроблено контрольну ЕГДФС і повторне дослідження Нр-статусу. Результати ЕГДФС показали, що ерозивно-ульцерозні дефекти загоювалися нерівномірно залежно від діаметра uszkodжень СО, вираженості набряку та гіперемії. Найшвидше загоєння і зменшення ознак запалення спостерігалось за наявності малих виразок.

Ерадикація Нр відбулася у 76,7 % пацієнтів 1-ї групи та у 81,3 % пацієнта 2-ї групи, яким до лікування додавали ребаміпід (табл. 3).

Під впливом АГБЛ у пацієнтів 1-ї групи зменшилися явища езофагіту на 55,6 %, ознаки гіперемії та набряку СО антрального відділу шлунка – на 53,6 %, бульбіту – на 86,7 % (див. табл. 3). У разі застосування стандартного потрійного АГБЛ загоювалися виразки ДПК у 78,6 % випадків та ерозії – у 81,8 %. Водночас ерозивно-ульцерозні дефекти шлунка загоїлися лише у 66,7 %, кількість випадків ДГР під впливом лікування зросла майже вдвічі (на 88,9 %).

Під час повторної ЕГДФС у пацієнтів 2-ї групи, що вживали потрійне АГБЛ із додаванням ребаміпіду, явища езофагіту зменшилися тільки на 25,0 %, ознаки гіперемії та набряку СО антрального відділу шлунка – на 20,0 %, бульбіту – на 37,5 %, що істотно менше, ніж у пацієнтів 1-ї групи.

Таблиця 3

**Ендоскопічні зміни та Нр-статус до і після лікування, ефективність лікування**

Ендоскопічні зміни, Нр-статус	1-ша група ( $n = 30$ )			2-га група ( $n = 32$ )		
	до лікування, $n$	після лікування, $n$	ефективність, %	до лікування, $n$	після лікування, $n$	ефективність, %
Езофагіт, недостатність кардії	9	4	55,6	12	9	25,0
Гіперемія і набряк СО антрального відділу шлунка	28	13	53,6	25	20	20,0
Виразки шлунка	10	3	70,0	12	3	75,0
Ерозії шлунка	5	2	60,0	12	3	75,0
Виразки ДПК	14	3	78,6	15	2	86,7
Ерозії ДПК	11	2	81,8	18	3	83,3
Бульбіт	30	4	86,7	32	20	37,5*
ДГР	9	17	-88,9	10	13	-30,0
Позитивний Нр-статус	30	7	76,1	32	6	81,3

**Примітка.** \*  $p < 0,01$  – порівняння результатів лікування між 1-ю та 2-ю групами.

Ерозивно-ульцерозні дефекти у пацієнтів 2-ї групи гоїлися краще. Так, вдалося досягти епітелізації виразок ДПК у 86,7 % та ерозій ДПК у 83,3 % хворих, частота загоєння виразок і ерозій шлунка становила 75,0 %.

Кількість випадків ДГР за комбінації АГБЛ з ребаміпідом зросла на 30,0 %. Частота утримання макроскопічних ознак бульбіту під час повторної ЕГДФС у пацієнтів 2-ї групи порівняно з 1-ю вища ( $p < 0,01$ ).

Водночас частота ерадикації суттєво не відрізнялася у групах і становила 76,6 і 81,3 % у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп відповідно.



Таким чином, призначення стандартної потрійної схеми АГБЛ сприяло загоєнню виразок у 79,2 % випадків, поєднання АГБЛ з ребаміпідом – у 85,2 %. Загоєння ерозій ДПК у пацієнтів 1-ї групи становило 81,3 %, 2-ї групи – 83,3 %. Епітелізація ерозій і виразок у пацієнтів обох груп відбувалася під впливом таких несприятливих чинників, як наявність ознак антрального гастриту, езофагіту, бульбіту. Достовірно частіше явища бульбіту утримувалися у пацієнтів 2-ї групи через 4 тижні після завершення лікування ( $p < 0,01$ ).

Ерадикація Нр відбулася у 76,7 % пацієнтів 1-ї групи та у 81,3 % пацієнтів 2-ї групи. Додавання ребаміпиду до АГБЛ на ерадикацію суттєво не вплинуло.

Крім цього, під впливом лікування ІПП та пригнічення кислотої секреції зросла частота ДГР в обох групах. Але у хворих, що отримували ребаміпід у складі АГБЛ, частота ДГР зросла на 30,0 % порівняно з 88,9 % у пацієнтів, що лікувалися за стандартною потрійною схемою АГБЛ.

Серед позитивних моментів поєданого лікування із включенням ребаміпиду слід відзначити краще усу-

нення больового синдрому, позитивний вплив на епітелізацію ерозій і виразок шлунка та ДПК, меншу частоту виникнення ДГР після лікування. Серед негативних моментів виокремимо зменшення частоти езофагіту й недостатності кардії у хворих тільки на 25,0 % і збереження ознак бульбіту у понад 60,0 % пацієнтів.

**Висновки.** Включення ребаміпиду в лікувальний комплекс пацієнтів із пептичними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки є ефективним. Так, доведено позитивний вплив ребаміпиду на регресію больового синдрому, загоєння ерозій і виразок гастродуоденальної ділянки. Дуоденогастральний рефлюкс у хворих, що лікувалися за стандартною антигелікобактерійною схемою із додаванням ребаміпиду, виникав істотно рідше (у 30,0 % випадків порівняно з 88,9 % після лікування за стандартною схемою). Додавання ребаміпиду до антигелікобактерійних лікарських засобів суттєво не вплинуло на ерадикацію Нр та супроводжувалося збереженням явищ бульбіту через 4 тижні після лікування.

#### Список літератури

1. Бісярін Ю. В. Ультраструктура слизової оболонки антрального відділу шлунка у хворих з пептичною виразкою після завершення противорецидивного лікування з застосуванням омепразолу та ребаміпиду / Ю. В. Бісярін, О. Є. Склярєва // *Acta Medica Leopoliensia*. – 2011. – № 3. – С. 46–50 (Bisyrin Y. Ultrastructure mucosa antrum in patients with peptic ulcer after antirecurrence treatment with the use of omeprazole and rebamipide / Y. Bisyrin, O. Sklyarova // *Acta Medica Leopoliensia*. – 2011. – N 3. – P. 46–50).
2. Вдовиченко В. І. Ефективність включення лікувального засобу «мукоген» до стандартних схем лікування ерозивно-виразкових захворювань шлунка і дванадцятипалої кишки / В. І. Вдовиченко, О. Є. Склярєва // *Буковинський медичний вісник*. – 2011. – № 2. – С. 196–198 (Vdovychenko V. Efficiency inclusion remedy “mukohen” to standard treatment regimens erosive and ulcerative diseases of the stomach and duodenum / V. Vdovychenko, O. Sklyarova // *Bukovina Medical Journal*. – 2011. – N 2. – P. 196–198).
3. Сучасні вимоги до проведення ерадикації *Helicobacter pylori* у хворих з ерозивно-виразковими пошкодженнями шлунка та дванадцятипалої кишки / І. Г. Палій, В. В. Вавринчук, І. О. Салабай, С. В. Заїка // *Сучасна гастроентерологія*. – 2010. – № 4. – С. 111–119 (Modern requirements for the eradication of *Helicobacter pylori* in patients with erosive and ulcerative lesions of the stomach and duodenum / I. Paly, V. Vavrynychuk, I. Salabai, S. Zaika // *Modern Gastroenterol.* – 2010. – N 4. – P. 111–119).
4. Пасієшвили Л. М. Пептическая язва и хронический гастрит : достижения и перспективы / Л. М. Пасієшвили // *Сучасна гастроентерологія*. – 2009. – № 4. – С. 94–99 (Pasieshvili L. Peptic ulcer and chronic gastritis : achievements and prospects / L. Pasieshvili // *Modern Gastroenterol.* – 2009. – N 4. – P. 94–99).
5. Передерий В. Г. Ингибиторы протонной помпы 1-го и 2-го поколения : омепразол и рабепразол в клинической практике – преимущества и недостатки / В. Г. Передерий, В. В. Чернявський, А. С. Ситников // *Медицина сьогодні*. – 2006. – № 5. – С. 20 (Perederiy V. Proton pump inhibitors 1 and 2nd generation, omeprazole and rabeprazole in the clinical practice – advantages and disadvantages / V. Perederiy V. Cherniavsky, A. Sitnikov // *Medicine Today*. – 2006. – N 5. – P. 20).
6. Передерий В. Г. Маастрихтский консенсус IV – 2010 : основные положения и их актуальность для Украины / В. Г. Передерий, С. М. Ткач // *Сучасна гастроентерологія*. – 2011. – № 6. – С. 133–136 (Perederiy V. Maastricht consensus IV – 2010 : Basic situation and urgency for Ukraine / V. Perederiy, S. Tkach // *Modern Gastroenterol.* – 2011. – N 6. – P. 133–136).
7. Ткач С. М. Современные подходы к оптимизации терапии инфекции *Helicobacter pylori* / С. М. Ткач // *Сучасна гастроентерологія*. – 2012. – № 5. – С. 83–90 (Tkach S. Modern approaches for optimization infection therapy *Helicobacter pylori* / S. Tkach // *Modern Gastroenterol.* – 2012. – N 5. – P. 83–90).
8. Blaser M. J. *Helicobacter pylori* – pro et contra? / M. J. Blaser, Yu. Chen, J. Reibman // *Gut*. – 2008. – Vol. 57. – P. 561–567.
9. Mearin F. Potent acid inhibition: summary of the evidence and clinical application / F. Mearin, J. Ponce // *Drugs*. – 2005. – Vol. 65, suppl. 1. – P. 113–126.
10. Malfertheiner P. Bismuth improves PPI-based triple therapy for the *H.pylori* eradication / P. Malfertheiner // *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* – 2010. – Vol. 7. – P. 538–539.

Стаття надійшла до редакції журналу 30 червня 2016 р.

## Ефективність ребаміпиду в комплексному лікуванні хворих на пептичну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки

А. Л. Демидова, О. Є. Склярова, А. В. Четайкіна

Досліджували ефективність ребаміпиду в комплексному лікуванні хворих на пептичну виразку шлунка і дванадцятипалої кишки.

Залежно від схеми лікування хворих розподілено на дві групи. Пацієнти 1-ї групи (30 осіб) вживали загальноприйнятту потрійну схему лікування впродовж 10 днів. Пацієнтам 2-ї групи (32 особи) до стандартної схеми антигелікобактерійного лікування (АГБЛ) додавали ребаміпід 100,0 мг тричі на добу впродовж 10 днів.

Призначення стандартної потрійної схеми АГБЛ сприяло загоєнню виразок у 79,2 % випадків, АГБЛ та ребаміпиду – у 85,2 %. Загоєння ерозій дванадцятипалої кишки у пацієнтів 1-ї групи становило 81,3 %, 2-ї – 83,3 %. Ерадикація *Нр* відбулася у 76,7 і 81,3 % пацієнтів 1-ї і 2-ї груп відповідно. Додавання ребаміпиду до АГБЛ на ерадикацію суттєво не вплинуло.

Поєднане лікування із включенням ребаміпиду забезпечило ефективніше усунення больового синдрому, позитивний вплив на епітелізацію ерозій і виразок шлунка та дванадцятипалої кишки, меншу частоту виникнення дуоденогастрального рефлюксу після лікування. Водночас зафіксовано зменшення частоти езофагіту і недостатності кардії у хворих лише на 25,0 % та збереження ознак бульбіту більш ніж у 60,0 % пацієнтів.

**Ключові слова:** пептична виразка, ребаміпід, епітелізація.

## The Effectiveness of Rebamipide in Combined Treatment of Patients with Peptic Ulcer of the Stomach and Duodenum

A. Demydova, O. Sklyarova, A. Chetaykina

**Introduction.** The place of rebamipide in treatment regimens of erosive and ulcerative *Helicobacter pylori*, associated with diseases of the stomach and duodenum, has not been fully investigated.

**The aim of the study** is to investigate the effectiveness of rebamipide in treatment of patients with peptic ulcer of the stomach and duodenum.

**Materials and methods.** Were examined and treated 62 patients with peptic ulcer of the duodenum. The patients were divided into 2 groups depending on the treatment regimen. Patients of the first group (30 people) received conventional triple therapy: amoxicillin 1000.0 mg, clarithromycin 500.0 mg twice daily and omeprazole 20.0 mg twice daily for 10 days. The patients of the second groups (32 people) were additionally given rebamipide 100.0 mg three times a day for 10 days to conventional AHBТ (amoxicillin 1000.0 mg, clarithromycin 500.0 mg twice daily and omeprazole 20.0 mg twice daily for 10 days).

The Statistical analysis of the results was performed on a PC using software packages license "Microsoft Excel 2007" (Microsoft), "Statistica® 6.0" (StatSoft Inc., USA).

**Results of the investigation and their discussion.** Thus the using of a standart AHBТ was resulted to healing ulcers in 79.2 % of cases, the AHBТ with the added rebamipide – in 85.2 %. The effectiveness at healing duodenal erosions in the treatment of a standart AHBТ was 81,3%, AHBТ with added rebamipide – 83,3 %.

*Helicobacter pylori* eradication occurred in 76,7 % of patients in the first group and in 81.3 % of patients in the second group. Adding rebamipide to AHBТ has not significantly affected ~~on~~ eradication.

On the other hand, the epithelization of erosions and ulcers is took place against the background of the impact of such adverse factors as the presence of the signs of antral gastritis, esophagitis, duodenitis in a significant number of patients of both groups.

It was found the increased frequency of duodenitis at control esophagogastroduodenofibroscopy in the patients of the second group ( $p < 0.01$ ). Also marked increase in the frequency of the duodenogastal reflux (DGR) during the AHBТ treatment with rebamipide at 30.0 % and standard AHBТ at 88.9 %.

**Conclusions.** The positive aspects of combined treatment with the inclusion rebamipide are: relief of pain, a positive impact on the epithelization of erosions and ulcers of the stomach and duodenum, lower incidence of DGR after treatment. Among the negative points are reducing the frequency esophagitis and insufficiency of cardia in patients only at 25.0 %, and presence of duodenitis more than 60.0 % of patients after treatment.

**Keywords:** peptic ulcer, rebamipide, epitalization.