

Ретроспективні результати дослідження показали, що середня вартість лікування сімейним лікарем складає 23,92 грн при середньообласному значенні 32,05 грн. Перше рангове місце в лікуванні сімейним лікарем складає рубрика J20.9 (гострий бронхіт) – 36 хворих (39,9 %), друге – M42.1. (остеохондроз хребта) – 22 пацієнти (21,3 %), третє – I11.0 (гіпертонічна хвороба) – 13 (12,6 %), четверте – I67.4. (інші цереброваскулярні хвороби) – 8 пацієнтів (7,7 %).

В структурі середньої вартості лікування перше рангове місце зайняла нозологічна форма флебіт та тромбофлебіт

(I80.9) – 35,08 грн, друге місце – інші цереброваскулярні хвороби (I67.4) – 33,50 грн, третє – остеохондроз хребта (M42.1) – 28,46 грн, і четверте – хронічна ішемічна хвороба серця (I25.1) – 27,35 грн.

При порівнянні затрат на лікування сімейним лікарем з середньообласними показниками відзначено, що в цілому середня вартість лікування сімейним лікарем на 8,13 грн нижча (на 25 %), в тому числі за окремими нозологічними формами. Детальний аналіз показаний на таблиці 1.

Таблиця 1. Порівняльний аналіз середньої вартості лікування окремих нозологічних форм в амбулаторно-поліклінічних умовах сімейним лікарем із середньообласними значеннями

Нозологія	Шифр за МКХ10	Кількість пролікованих пацієнтів	Витрати на лікування, грн	Середня вартість лікування, грн	Середньообласна вартість лікування, грн	Відхилення від середньообласного значення, грн.
Розлади вегетативної нервової системи	G90.9	3	80,32	26,77	35,45	-8,68
Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба	I11.0	13	297,85	22,91	27,54	-4,63
Стенокардія (грудна жаба)	I20.8	2	14,09	7,05	41,89	-34,85
Хронічна ішемічна хвороба серця	I25.1	2	54,69	27,35	30,21	-2,87
Інші цереброваскулярні хвороби	I67.4	8	268,01	33,50	45,88	-12,38
Флебіт та тромбофлебіт	I80.9	3	105,24	35,08	26,42	8,66
Гострий ларингіт та трахеїт	J04	6	104,65	17,44	22,61	-5,17
Гострий бронхіт	J20.9	36	815,53	22,65	33,11	-10,46
Холестит	K81.1	4	45,91	11,48	40,85	-29,37
Інші хвороби підшлункової залози	K86.1	4	51,36	12,84	60,05	-47,21
Остеохондроз хребта	M42.1	22	626,28	28,47	23,44	5,03
Разом		103	2463,929	23,92	32,05	-8,13

ВИСНОВКИ 1. В нинішніх соціально-економічних умовах функціонування закладів охорони здоров'я ЛК є найбільш альтернативним джерелом залучення позабюджетних коштів для надання медичної допомоги населенню Житомирської області.

2. Тісна співпраця ЛК з сімейними лікарями, побудована на договірних засадах, дає можливість більш раціонально та ефективно використовувати наявні матеріальні ресурси, відпрацювати нові організаційні форми співпраці сімейних лікарів з закладами охорони здоров'я та іншими інституціями.

3. Запропонована організаційна модель співпраці сімейних лікарів з обласною лікарняною касою є передумовою

формування сімейного лікаря як провідної фігури в організації медичної допомоги сільському населенню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Матеріали першого Українського з'їзду сімейних лікарів. – Київ-Львів: Факт, 2001. – 243 с.
2. Парій В.Д. Із досвіду діяльності обласної лікарняної каси як образу добровільного медичного страхування // Охорона здоров'я України. – 2001. – №1(1). – С. 27-30.
3. Підаєв А.В. Пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. – 2002. – №4. – С. 5-8.
4. Пономаренко В.М. Розвиток сімейної медицини в Україні: стан, здобутки, перспективи // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – №3. – С. 5-10.

УДК 616.33/.342-002.44-078.7

Дуць Р.П.

“IMMUNOCOMB II” – ДОПОМІЖНИЙ НЕІНВАЗИВНИЙ СЕРОЛОГІЧНИЙ МЕТОД У КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

“IMMUNOCOMB II” – ДОПОМІЖНИЙ НЕІНВАЗИВНИЙ СЕРОЛОГІЧНИЙ МЕТОД У КОМПЛЕКСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ – У роботі досліджено діагностичну цінність серологічного методу діагностики гелікобактеріозу за допомогою “ImmunoComb II”. З цією метою обстежено 34 хворих на виразкову хворобу. Доведено, що даний метод імуноферментного аналізу дозволяє визначити титр специфічних антигелікобактерних анти-тіл у НР-інфікованих хворих, що можна використовувати як для скринінгової діагностики гелікобактерій, так і для прогнозу ефективності антимікробного лікування у хворих на виразкову хворобу.

“IMMUNOCOMB II” – ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ – В работе представлены результаты исследования диагностической ценности серологического метода определения Helicobacter pylori с помощью “ImmunoComb II”. С этой целью обследовали 34 больных язвенной

болезнью. Доказано, что данный метод иммуноферментного анализа позволяет определить титр специфических антигелікобактерных анти-тел у НР-инфицированных больных. Метод можно использовать как для скрининговой диагностики гелікобактерий, так и для прогноза эффективности антимікробного лечения язвенной болезни.

“IMMUNOCOMB II” IS AN AUXILIARY NON-INVASIVE SEROLOGICAL METHOD IN COMPLEX DIAGNOSTICS OF ULCER DISEASE – The article shows the diagnostic value of serological method of helicobacteriosis diagnostics by means of “ImmunoComb II”. 34 patients with ulcer disease were examined with this purpose. It was proved that this method of immuno-fermentative analysis allows to determine the titre of specific antihelicobacterial antibodies in HP-infected patients. It can be used both for the screening diagnostics of helicobacteria and for the prognosis of antimicrobial treatment efficacy in patients with ulcer disease.

Ключові слова: виразкова хвороба, гелікобактеріоз, гелікобактер пілори, індикація НР-інфекції, "ImmunoComb II".

Ключевые слова: язвенная болезнь, геликобактериоз, геликобактер пилори, индикация НР-инфекции, "ImmunoComb II".

Key words: ulcer disease, helicobacteriosis, Helicobacter pylori, indication of infection НР, "ImmunoComb II".

ВСТУП. До сьогодні виразкова хвороба (ВХ) є досить поширеною патологією з тенденцією до зростання захворюваності, рецидивування, виникнення ускладнень, що суттєво погіршує якість життя людства. Тому, маючи сучасні знання про етіологію, патогенез, клініку ВХ, для інтерніста важливе значення має також і своєчасна комплексна діагностика та раціональне лікування цього захворювання [6].

Відомо, що однією з головних причин гастродуоденальних виразок (ГДВ) є персистенція бактерій *Helicobacter pylori* (НР) на слизовій оболонці шлунка (СОШ) та кислотопептична агресія шлункового соку, тому в діагностиці ерозивно-виразкового ураження шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), насамперед, є суттєвим вчасне виявлення інфекції НР [4].

Методики індикації НР поділяють на інвазивні, які потребують проведення фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС) із взяттям біопатів з СОШ (цитологічне, морфологічне обстеження, швидкий уреазний тест (ШУТ), полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), культуральний метод) та неінвазивні: серологічний та дихальний тести (ДТ) [3].

Кожен із названих методів має свої переваги та недоліки, тому використання їх має бути диференційованим залежно від конкретних завдань дослідження. Так, швидким та економічно вигідним є цитоскопічне дослідження мазків-відбитків, проте даний метод не дозволяє оцінити характер мікроскопічних змін, викликаних персистенцією НР, що є досить важливим для діагностики захворювань шлунково-кишкового тракту. Морфологічне дослідження, як і культуральний метод, є складним і клопітким, крім того, виготовлення гістологічних препаратів займає тривалий проміжок часу (до 7 днів), що значно обмежує його використання в повсякденній роботі лікаря-терапевта. ПЛР – єдиний метод, що ідентифікує штами НР, проте його застосування обмежене високою вартістю апаратури, задіяної до даного обстеження. Крім того, слід зазначити, що значущим недоліком усіх перелічених методів дослідження є високий ризик зараження неінфікованих хворих, що вимагає обережного ставлення для призначення інвазивних методів діагностики НР, особливо у випадку контролю ерадикації гелікобактеріозу.

З цих позицій оптимальними є неінвазивні методи діагностики, однак, такі методики передбачають деякі незручності для пацієнта. Так, ДТ є досить чутливим, специфічним та зручним в діагностиці гелікобактеріозу, проте він потребує спеціального дорогого обладнання, що обмежує його широке використання. Крім того, на сьогодні апаратура для такого дослідження є лише в кількох містах України. Тому, звичайно, ДТ є недоступним для більшості населення України.

Згідно з даними літератури, імунологічні методи рекомендуються для скринінгової діагностики гелікобактерної інфекції, проте з появою нових методик, що забезпечують кількісний контроль рівня антитіл до НР, питання про доцільність використання серологічних методів діагностики для визначення елімінації НР після проведення антимікробної терапії потребує перегляду і уточнення.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення діагностичної цінності неінвазивного серологічного методу "ImmunoComb II" для виявлення гелікобактеріозу у хворих на виразкову хворобу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ Обстежено 34 хворих на ВХ, віком від 16 до 62 років (29 чоловіків і 5 жінок), з тривалістю захворювання від 1 до 15 років. Серед них у 2 хворих діагностована активна виразка шлунка (ВШ), у 32 – виразка дванадцятипалої кишки (ВДПК).

Діагностику гелікобактеріозу проводили з допомогою гістологічного дослідження біопатів із слизової оболонки

ДПК, антрального відділу та тіла шлунка при забарвленні депарфіненованих зрізів гематоксилін-еозином, залізімом гематоксиліном за Генденгаймом та елективним методом за В.А. Самсоновим [2]; цитоскопії мазків-відбитків при фарбуванні їх за методом Гімзи та швидкого уреазного тесту.

Ступінь обсіювання СОШ НР оцінювали згідно з рекомендаціями Л.Й Аруїна і співавт. [1] за наступними параметрами: слабкий (I) – наявність менше 20 мікробних тіл (МТ) в полі зору; середній ступінь обсіювання (II) – від 20 до 50 МТ; сильне обсіювання (III) – більше 50 МТ в полі зору. ШУТ оцінювали за зміною кольору індикатора згідно з загальноприйнятими методами.

Також для діагностики гелікобактеріозу використовували серологічний неінвазивний метод "ImmunoComb II", який базується на визначенні рівня антитіл Ig G до НР в сироватці обстежених хворих за допомогою твердофазного аналізу [5]. При цьому титр антитіл оцінювали шляхом порівняння інтенсивності забарвлення досліджуваних сироваток з контрольними за допомогою кольорової шкали, яка додається до набору.

Визначення титру антигелікобактерних антитіл проводилось у хворих на ВХ до антимікробного лікування та через 6 тижнів і 6 місяців після нього. Отримані дані порівнювалися з результатами морфологічних і цитологічних досліджень, проведених у цих пацієнтів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Морфологічним та цитологічним дослідженням встановлено, що у хворих на ВХ до антигелікобактерного лікування високий ступінь колонізації слизової оболонки гастродуоденальної зони (СОГДЗ) НР спостерігався у 26 (76,47 %); середній – у 8 (23,53 %) обстежених.

В результаті проведеного серологічного дослідження за допомогою методу "ImmunoComb II" у 100 % обстежених були виявлені антитіла IgG до НР. При цьому у 28 (82,35 %) хворих титр антитіл IgG склав (121,0±4,3) МО/мл і, власне, це були всі обстежувані з високим ступенем колонізації НР (за даними цитологічного і морфологічного дослідження); у 6 (17,65 %) – (74,0±5,3) МО/мл, що відповідало середньому ступеню інфікування.

Отже, більша напруженість імунітету спостерігалася у хворих з високим рівнем інфікування НР.

При обстеженні хворих через 6 тижнів після антимікробного лікування виявлено, що у більшості із них – 30 (88,24 %) виразковий дефект зарубцювався, у 2-х (5,88 %) був у стадії рубцювання, а ще у 2-х (5,88 %) – залишався попередніх розмірів і локалізації.

Згідно з даними морфологічних і цитологічних досліджень повна ерадикація НР зафіксована у 28 (82,35 %) пацієнтів (це були хворі I-ої групи з виразкою, що загоїлась); у 4-х (11,76 %) НР перемістились із антрального відділу у тіло шлунка (у 2-х хворих з виразкою в стадії рубцювання та у 2-х із зарубцюваним виразковим дефектом (II група)). Разом з тим, у 2-х (5,88 %) інших хворих антимікробна терапія виявилась неефективною, оскільки достовірної різниці між рівнем та локалізацією гелікобактеріозу до і після антигелікобактерної терапії не спостерігалася (III група). При цьому найвищий титр антитіл IgG до НР спостерігався у I групі обстежених (146,0±8,1) МО/мл. У II групі ці показники були незначно нижчими (128,0±7,4) МО/мл і статистично не відрізнялись від показників до лікування. У III групі обстежених рівень антигелікобактерних IgG був найнижчим – (62,0±9,2) МО/мл, що свідчило про виснаження сил імунного захисту у цих хворих.

Таким чином, при загоєнні виразкового дефекту у обстежених нами хворих на ВХ спостерігалася достовірне підвищення титру антигелікобактерних антитіл, що можна трактувати як зростання реактивності організму таких пацієнтів. Крім того, при зіставленні цих даних із результатами гістологічного і цитологічного досліджень, такі дані можна вважати прогностично доброю ознакою як відносно ерадикації НР, так і заживлення виразки. Збереження

попереднього (визначеного до антимікробного лікування) титру антигелікобактерних IgG може свідчити про недостатню елімінацію НР із СО ГДЗ, що вказує на неефективність антимікробного лікування.

Через 6 місяців після антигелікобактерної терапії виявлено, що у більшості хворих I групи 24 (70,50 %) рівень антигелікобактерних IgG зменшився на 35 %, морфологічно і цитологічно це були НР-негативні особи. У решти хворих – 4 (11,76 %) титр IgG зменшився лише на 5 %. При морфологічному і цитологічному дослідженні біоптатів СО ГДЗ цих хворих в антральному відділі шлунка був виявлений гелікобактеріоз сильного ступеня, що, очевидно, можна пояснити реінфікуванням успішно пролікованих хворих. У II групи обстежених титр антигелікобактерних IgG статистично достовірно не відрізнявся від попередніх величин (124,0±5,3) МО/мл. Разом з тим, було виявлено у цих хворих через 6 місяців після антимікробного лікування переміщення НР у звичне для них місце локалізації – антральний відділ шлунка, що супроводжувалося наростанням запальних змін в даній ділянці ГДЗ.

В III групі обстежених відмічалось зниження титру антигелікобактерних антитіл до (54,0±6,4) МО/мл, а ендоскопічно були виявлені виразкові дефекти. Очевидно, формування виразкового дефекту у цих хворих відбувалося на фоні виснаження специфічної гуморальної імунної відповіді, що, на нашу думку, визначає необхідність додаткового призначення імуномодуляторів у комплексних схемах антимікробної терапії пацієнтам із низькою реактивністю організму.

Таким чином, на основі зіставлення між показниками, отриманими за допомогою інвазивних методів та серологічного моніторингу антигелікобактерних IgG, використання тест-системи "ImmunoComb II" є альтернативним методом віддаленого контролю за ерадикацією та реінфікуванням НР.

ВИСНОВКИ 1. "ImmunoComb II" – новий метод імуноферментного аналізу, який дозволяє визначити титр специфічних антигелікобактерних антитіл у НР-інфікованих

хворих, що можна використовувати як для скринінгової діагностики НР, так і для прогнозу ефективності антимікробного лікування у хворих на ВХ.

2. Динамічний контроль за показниками "ImmunoComb II" у пролікованих хворих на ВХ протягом тривалих проміжків часу (через 6 тижнів та 6 місяців) дозволяє оцінити ефективність антимікробної терапії, застосованої у вказаного контингенту хворих.

3. Через 6 тижнів після антимікробного лікування зростання титру антигелікобактерних антитіл свідчить про іммобілізацію захисних сил організму і є доброю прогностичною ознакою в плані повного знищення НР із СО ГДЗ. Збереження або зменшення рівня антигелікобактерних антитіл свідчить про виснаження імунітету і може вказувати на неповну елімінацію даного мікроорганізму.

4. Через 6 місяців після антимікробної терапії зменшення титру антигелікобактерних антитіл слід вважати опосередкованою ознакою відсутності НР в організмі обстежених. Збереження або різке зростання рівня антигелікобактерних антитіл свідчить про недостатню ефективну ерадикаційну терапію, яка використовувалася, або про раннє реінфікування успішно пролікованих хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Исаков В.А. Оценка обсемененности слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori и активности хронического гастрита // Арх. патологии. – 1995, №3. – С. 75-76.
2. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – Москва. – 1998. – 496 с.
3. Бабак О.Я., Фадеенко Г.Д. Алгоритм диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Метод. рекомендации. – Х., 1997. – 25 с.
4. Диагностика и лечение инфекции Helicobacter pylori: современные представления // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2000. – №6. – С. 105-107.
5. Диагностические тест-системы. Ассоциация врачей Украины. Кооперативное объединение "Медицина". – Одесса. – 2001 р.
6. Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В. Язвенная болезнь / прошлое, настоящее, будущее. – К., 2001. – С. 130-198.

УДК 616.33/.342-002.44-089.168.1-06:616.71-003.85]-085.272.2

Гоцинський В.Б., Боровик І.О., Рябоконт-Гранківська С.С., Творко В.М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ "КАЛЬЦІЙ-Д₃ НИКОМЕД" В ЛІКУВАННІ ОСТЕОПЕНОЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ, ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ "КАЛЬЦІЙ-Д₃ НИКОМЕД" В ЛІКУВАННІ ОСТЕОПЕНОЧНОГО СИНДРОМУ В ХВОРИХ, ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ – У роботі наведено короткий огляд літератури з проблеми лікування вторинного остеопорозу та власні дослідження щодо ефективності препарату "Кальцій-Д₃ Нікомед" у лікуванні порушень мінеральної щільності кісткової тканини у хворих, прооперованих з приводу виразкової хвороби. Зроблено висновки про те, що застосування препарату "Кальцій-Д₃ Нікомед" не лише забезпечує достатнє надходження кальцію в організм, але й попереджає втрату кісткової маси, покращує якість життя таких хворих.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА "КАЛЬЦИЙ-Д₃ НИКОМЕД" В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПЕНОЧНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ – В работе приведен краткий обзор литературы по проблеме лечения вторичного остеопороза при язвенной болезни, а также собственные исследования относительно эффективности препарата "Кальций-Д₃ Никомед" в лечении нарушений минеральной плотности костной ткани у больных, прооперированных по поводу язвенной болезни. Сделано вывод о том, что применение препарата "Кальций Д₃-Никомед" не только обеспечивает достаточное поступление кальция в организм, но и предупреждает утрату костной массы, улучшает качество жизни таких больных.

EFFECTIVENESS OF THE USING OF DRUG "CALCIUM-D₃ NYCOMED" IN THE OSTEOPENIC SYNDROME TREATMENT AFTER PEPTIC ULCER SURGERY – Short

review of the literature on a problem of secondary osteoporosis treatment at a peptic ulcer and own researches of effectiveness of the using of drug "Calcium-D₃ Nycomed" in the osteopenic syndrome treatment after peptic ulcer surgery is given in the work. The conclusion about using "Calcium-D₃ Nycomed" provides not only calcium supplementation but also decreases bone mass and improves quality of life.

Ключові слова: мінеральна щільність кісткової тканини, виразкова хвороба, лікування.

Ключевые слова: минеральная плотность костной ткани, язвенная болезнь, лечение.

Key words: mineral density of osteal tissue, peptic ulcer, treatment.

ВСТУП Посилена увага до остеопорозу (ОП) пов'язана із значним його поширенням серед населення різних країн, високою тимчасовою та стійкою непрацездатністю внаслідок остеопоротичних переломів, що визначає велику соціальну роль даної патології. Особливого значення набули рання діагностика та своєчасне лікування, що, в свою чергу, істотно впливає на прогноз життя та працездатності [1].

Останніми роками почали надавати особливу увагу вторинному ОП, що супроводжує хронічну патологію