

- Земцовский Э.В. Малые аномалии сердца и диспластические фенотипы / Э.В.Земцовский, Э.Г.Малев. - СПб.: Изд-во "ИВЭСЭП", 2011. - 160 с.
- Кононов А.В. Морфогенез атрофии слизистой оболочки желудка как основа фенотипа хронического гастрита / А.В.Кононов, С.И.Мозговой, М.В.Маркелова, А.Г.Шиманская // Арх. пат. - 2011. - Вып. 3. - С. 26-31.
- Наследственные нарушения соединительной ткани. Российские рекомендации, разработанные комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. - Москва, 2012. - 76 с.
- Ткач С.М. Внепищеводные и атипичные проявления ГЭРБ. Монография / Ткач С.М., Кляритская И.Л., Балабанцева А.П. - Киев, 2013. - 175 с.
- Ehlers-Danlos syndromes: Revised nosology, Villefranche, 1997 / P.Beighton, A. De Paepe, B.Steinmann [et al.] //Am. J. of Medical Genetics. - 1998. - Vol.77, №1. - P. 31-37.
- Grahame R. The revised (Brighton, 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS) / R.Grahame, H.A.Bird, A.Child // Journal of Rheumatology. - 2000. - Vol.27, №7. - P. 1777-1779.
- Goldenring J.R. Oxyntic atrophy, metaplasia, and gastric cancer /J.R.Goldenring, K.T.Nam //Prog. Mol. Biol. Transl. Sci. - 2010. - Vol.96. - P. 117-131.
- OLGA staging for gastritis: a tutorial / M.Rugge, P.Correa, F. Di Mario [et al.] // Dig. Liver Dis. - 2008. - Vol.40, №8. - P. 650-658.

**Чернуха С.М.**

#### ЦИТОПРОТЕКТОРНОЕ ВЛИЯНИЕ КОЛЛОИДНОГО ВИСМУТА ПРИ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Резюме.** В работе приведены данные о цитопротекторном действии коллоидного висмута при антихеликобактерной терапии у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). На основе полученных данных рекомендовано проводить антихеликобактерную терапию всем больным с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с хроническим гастритом (ХГ) на фоне НДСТ с использованием висмута субцитрата по 120 мг 4 раза в день, ампициллина по 1000 мг 2 раза в день, кларитромицина по 500 мг 2 раза в день, омепразола по 20 мг 2 раза в день и с обязательным применением препаратов коллоидного висмута субцитрата в других антихеликобактерных схемах. При этом необходимо проводить контроль эрадикации инвазивными методами с обязательной дифференциацией истинных и неопределенных атрофий слизистой оболочки желудка (СОЖ) после проведенного лечения.

**Ключевые слова:** коллоидный висмут, цитопротекторное действие, атрофия, гастрит, *H. pylori*.

**Chernukha S.N.**

#### CYTOPROTECTIVE EFFECT OF COLLOIDAL BISMUTH DURING H. PYLORI THERAPY OF PATIENTS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DISORDERS

**Summary.** The work reports the findings on the cell protective effect of colloidal bismuth in *Helicobacter* therapy in the patients with undifferentiated connective tissue dysplasia (NDCT). Based on the data *Helicobacter* therapy is recommended to all the patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) with chronic gastritis (CG) on the background of undifferentiated connective tissue dysplasia (NDCT) using bismuth subnitras 120 mg 4 times a day, amoxicillin 1000 mg 2 times day, klarytromicin 500 mg 2 times a day, omeprazol 20 mg twice daily and compulsory introduction of bismuth subnitras colloid other *Helicobacter* scheme. Thus assess eradication *Helicobacter pylori* (*Hp*) invasive methods of differentiating obligatory truth and uncertain atrophy of the mucosa of the stomach (the gastric mucosa) after treatment.

**Key words:** colloid bismuth, cytoprotective effect, atrophy, gastritis, *H. pylori*.

Стаття надійшла до друку 05.12.2013 р.

Чернуха Сергій Миколайович - асистент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб ДУ "Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського"; +38 098 469-81-97; chernik1975@list.ru

© Герич І.Д., Ващук В.В.

УДК: 616.14-036.12:615.015.2

**Герич І.Д., Ващук В.В.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії №1 і загальної хірургії (вул. Пекарська 69, м. Львів, Україна, 79005)

#### КОМПЛЕКСНА КОНСЕРВАТИВНА КОРЕКЦІЯ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ ХВОРОБИ: ВЕНОСМІН І ЛІОГЕЛЬ ЯК СКЛАДОВІ КОМПОНЕНТИ ТЕРАПІЇ

**Резюме.** У роботі наведено результати дослідження ефективності і безпечності лікування хронічної венозної хвороби (ХВХ) препаратами Веносмін і Ліогель. Доведено, що консервативне лікування може бути не тільки етапом доопераційної підготовки, але й основним методом лікування у деяких категорій хворих. Веносмін, як один із представників МОФФ, характеризується високою клінічною ефективністю і може застосовуватися як препарат вибору. За критерієм загальної ефективності Веносмін терапевтично еквівалентний оригінальним препаратам закордонного виробництва при лікуванні пацієнтів із ХВХ, не призводить до серйозних побічних реакцій, добре переноситься хворими.

**Ключові слова:** хронічна венозна хвороба, веноактивні препарати, мікронізована очищена фракція флавоноїдів, веносмін.

#### Вступ

Хронічна венозна хвороба (ХВХ) є загальним захворюванням і проявляється широким спектром пору-

шень, які вимагають хірургічної та консервативної корекції. Консервативна терапія ХВХ ґрунтується на дот-

риманні трьох кардинальних принципів: I) зміна способу життя та корекція функціональних порушень фізичними методами; II) фармакологічна терапія; III) компресійна терапія.

Консервативного лікування потребують приблизно 90% пацієнтів, у т.ч. 1/3 хворих, яким показане оперативне втручання (доопераційна підготовка / післяопераційна реабілітація). У світі відомо про понад 100 веноактивних препаратів (ВАП), які застосовуються для лікування ХВХ, приблизно 20 з них зареєстровані в Україні. Тому виникає необхідність стандартизації алгоритму лікування хворих з ХВХ згідно світових рекомендацій і довідників, особливо в контексті використання ВАП.

Відомо, що фундаментальне підґрунтя для вирішення подібних завдань, зазвичай, лежить у площині належного патогенетичного розшифрування особливостей перебігу цих патологічних процесів. З огляду на це, один з напрямків поліпшення лікувально-тактичних підходів до ХВХ повинен базуватися на трактуванні субтелного патофізіологічного процесу - лейкоцитарно-ендотеліальної взаємодії як важливої ланки патогенезу цього захворювання. Послідовність адгезії лейкоцитів, ендотеліальних взаємодій, активації та міграції, їх зв'язок із пошкодженням клапанів зосереджує увагу на можливості раннього впливу на патологічний ланцюг, шляхом застосування мікронізованої очищеної флавоноїдної фракції (МОФФ), до складу якої входить 90% діосміну і 10% інших флавоноїдів (гесперидин, діосметин, лінарин, ізороіфолін). На сучасному етапі наведена фармакологічна комбінація має оптимальний профіль, який зменшує взаємодію лейкоцитів з ендотелієм за наявності гострої венозної гіпертензії, пригнічує запалення і найчастіше використовується в клініці для лікування ХВХ. Завдяки передовій технології процесів, таких як мікронізація, ефективність деяких препаратів суттєво покращилася. Одним з таких прикладів є МОФФ, в якій кожний з активних інгредієнтів діє синергічно з діосміном. Водночас, процес мікронізації, який знижує частинки активної речовини до розміру 2 мкм, збільшує поглинання і дозозалежну ефективність МОФФ у порівнянні з немікронізованими формами, для яких збільшення дози не сприяє зростанню ефективності лікування. Мета - вивчити ефективність і безпечність консервативного лікування ХВХ із залученням у терапевтичну програму Веносміну, як представника МОФФ вітчизняного виробництва, і Ліогелю.

### Матеріали та методи

Ми провели власне відкрите рандомізоване не порівняльне дослідження ефективності та безпечності комплексної терапії ХВХ зі застосуванням Веносміну та Ліогелю у 60 хворих (чоловіків - 19, жінок - 41) з ХВХ. Вік пацієнтів варіював від 32 до 83 років і в середньому становив  $43,5 \pm 9,6$  року. Під час залучення до дослідження проводили контрольну оцінку важкості захворювання згідно класифікації CEAP. С1 було виявлено у 3

пацієнтів, С2 - у 28, С3 - у 7, С4 - 5, С5 - у 12, С6 - у 5. Рандомізація проводилася методикою "сліпого конверта". Водночас, пацієнти досліджуваної групи отримували антиагреганти, антигістамінні препарати, протизапальні засоби, місцево - водорозчинні мазі з антибактерійними та протизапальними середниками. Веносмін застосовували по 2 таблетки на добу в 2 прийоми під час їжі протягом 1 міс, Ліогель - у вигляді щоденних аплікацій.

Ефективність застосованої терапії оцінювали за результатами аналізу динаміки клінічних виявів захворювання: відчуття важкості в ногах, судом, парестезії, болю, свербіння шкіри, і об'єктивними критеріями - виразності набряку гомілок (вимірювання об'єму гомілки за допомогою градуйованої стрічки на рівні кісточок), впливу лікування на загоєння і зменшення площі трофічних виразок та покращення мікроциркуляції кінцівок візуалізаційними методами (ультразвукова доплерографія). Основні клінічні прояви ХВХ оцінювали в контрольних точках лікування (через 5, 10 днів і 30 днів після початку лікування). Основними критеріями оцінки результатів були: а) визначення пацієнтом інтенсивності болю в ногах (за допомогою візуальної вертикальної аналогової шкали від 0 до 100 мм), яке ґрунтувалося на відчуттях болю або важкості в ногах і відзначались у щоденнику самооцінки; б) оцінка лікарем виразності функціональної симптоматики (методом інтерв'ювання до і після 1 місяця лікування). Цей показник є сумою оцінок виразності різних симптомів: біль і важкість у ногах; набряки нижніх кінцівок; парестезії. Кожний з цих симптомів оцінювався від 0 (відсутній) до 3 (виражений, погіршує якість життя пацієнта) балів. Додатковими критеріями оцінки ефективності були: а) загальна думка лікаря, який оцінював адекватність лікування в кожному клінічному випадку (дуже добре адаптоване, добре, середнє адаптоване і не адаптоване); б) загальна думка пацієнта, який оцінював ступінь своєї задоволеності лікуванням (дуже задоволений, задоволений, "так собі" і незадоволений) шляхом заповнювання анкети перед включенням у дослідження і після закінчення. Оцінку про переносимість фіксували у щоденнику впродовж дослідження, побічні ефекти спонтанно відзначалися пацієнтами. Самооцінка пацієнта проводилася за методикою судження, яка передбачала набір даних, що не залежав від стосунків "лікар-хворий", стимулював терапевтичне спостереження, і спонукав пацієнтів бути активними учасниками оцінювання процесу лікування.

### Результати. Обговорення

При оцінці клінічної ефективності застосування флеботропної терапії спостерігалось достовірне зниження інтенсивності клінічних проявів (у балах). Динаміка змін виразності больового синдрому, відчуття набрякості, тяжкості і судом впродовж лікування наведено в таблиці 1. Після курсу консервативного лікування через 30 днів у більшості випадків відзначалася позитивна дина-

**Таблиця 1.** Динаміка клінічних симптомів впродовж лікування (Веносмін + Ліогель).

Клінічні симптоми	До лікування	Через 10 днів	Через 30 днів
Біль (бали)	4,6±1,1	3,7±0,9	2,6±0,7
Важкість (бали)	6,1±1,4	5,8±0,8	3,7±0,6
Судоми (бали)	4,0±0,8	3,3±0,7	2,5±0,8
Об'єм нижніх кінцівок (см <sup>2</sup> )	28,2±4,1	27,1±2,7	26,3±2,8

міка, зниження відчуття важкості, зниження інтенсивності больового синдрому і судом, зменшення набряку нижніх кінцівок. Якщо до лікування відчуття важкості в ногах відзначили усі хворі (n=60, 100%), а біль 35 (58,3%) пацієнтів, то вже через 10 днів застосування комбінації Веносмін + Ліогель важкість у кінцівках відчували лише 32 (53,3%) хворих, а біль - 19 (31,7%) пацієнтів. До початку лікування нічні судоми фіксували у 33 (55%) хворих, а набряки у 48 (80%) хворих. Через 10 днів курсу лікування судоми та набряки відзначали у 18 (30%) та 29 (48,3%) хворих відповідно. А вже після 30 днів лікування зазначені скарги залишилися домінуючими у відносно невеликої кількості пацієнтів: відчуття тяжкості в ногах у 17 (28,3%), біль - у 11 (18,3%), нічні судоми у 8 (13,3%), набряки - у 13 (21,7%) пацієнтів.

Основним критерієм ефективності консервативного лікування у підгрупі хворих (n=17) з трофічними виразками гомілки стало їх загоєння або принаймні зменшення площі. В результаті проведеного консервативного лікування площа трофічних виразок зменшилася у всіх хворих, також спостережено ефективний вплив лікування на регенераційний процес. При використанні Веносміну протягом 30 днів трофічні виразки повністю епітелізувалися у 6 з 17 (35,3%) пацієнтів. Серед хворих з незагоєними трофічними виразками площа останніх зменшилася більш ніж на половину у 8 (47,1%) пацієнтів, у решти хворих (3 особи; 17,6%) відзначали позитивну динаміку, хоча площа виразок і зменшилася менше ніж на 50%.

За результатами ультразвукової доплерографії виявлено зменшення набряку навколо кісточок у середньому на 1,47 см. Отримані результати дозволили констатувати, що під впливом цього препарату зростає об'ємна швидкість кровоплину. Водночас, Веносмін призводить до зменшення індукованого набряку, зниження проникності та підвищення тонуусу капілярної стінки, нормалізації функції тромбоцитів, пригнічення адгезії, що виявлялося вщуханням симптоматики ве-

нозної недостатності і поліпшенням суб'єктивне самопочуття пацієнтів.

Після проведеного лікування у 32,2% пацієнтів спостерігалось виражене покращення, у 54,2% хворих констатовано помірне покращення і лише у 13,6% стан залишався без змін. Назагал, 52 (86,4%) пацієнти оцінили терапевтичну ефективність комбінації Веносміну і Ліогелю як хороший результат лікування.

Лікуючі лікарі оцінили ефект лікування як хороший у 96% випадків, як задовільний - у 3%. Впродовж лікування не виявлено жодних значущих побічних ефектів, які би вимагали відміни препаратів. Відзначено 5 випадків непереносимості (закрепи, метеоризм, нудота), у т.ч. - три випадки гастралгії, яка була успішно скорегована додатковою симптоматичною терапією.

Інтегральний аналіз отриманих даних засвідчив, що застосування в терапевтичній програмі ХВХ комбінації Веносміну і Ліогелю є ефективним і безпечним. Безпосереднім підтвердженням клінічної ефективності цих препаратів у пацієнтів з ХВХ є очевидна регресивна динаміка провідних суб'єктивних симптомів (біль, відчуття набрякості та важкості в ногах, судоми) і об'єктивних показників (зменшення об'єму нижньої кінцівки і площі трофічних виразок). Загалом, результати лікування пацієнтів з ХВХ підтверджують загально визнане твердження, що застосування ВАП у комплексному лікуванні цієї патології слід розглядати не тільки як патогенетично обґрунтоване, але й клінічно ефективно і безпечно.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Веносмін і Ліогель як складові компоненти терапії, характеризується високою клінічною ефективністю і можуть застосовуватися як засіб для лікування хворих з ХВХ різного генезу.

2. За критерієм загальної ефективності Веносмін + Ліогель терапевтично еквівалентні оригінальним препаратам зарубіжного виробництва і доступні за вартістю при лікуванні пацієнтів з ХВХ.

3. Наведена комбінація не призводить до серйозних побічних реакцій, добре переноситься хворими, що дозволяє їх рекомендувати до широкого медичного застосування.

Перспективи подальшого дослідження у даній царині будуть базуватись на збільшенні когорти пацієнтів з ХВХ і набряками на ґрунті лімфатичної недостатності.

### Список літератури

Потебня Г.П. Вплив флеботропної терапії на експресію судинного ендотеліального фактора росту /Г.П.Потебня, О.О.Литвиненко //Здоровье женщины. - 2013. - №8 (84). - С. 154-159.  
Роль фармакотерапії в лікуванні пацієнтів з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок /

О.О.Литвиненко, В.Ф.Коноваленко, С.Г.Бугайцов [и др.] //Український терапевтичний журнал. - 2013. - №2. - С. 116-123.  
Янушко В.А. Оценка клинической эффективности применения флеботропной терапии в комплексном лечении пациентов с хроническими заболеваниями вен /В.А.Янушко, Ю.С.Не-

былицин, И.П.Климчук //Новости медицины. - 2013. - №6. - С. 70-73.

Agus G.B. Conservative treatment of chronic venous disease: the Italian experience /G.B. Agus //Phlebology. - 2013. - Vol.20 (2). - P. 101-111.

Allaert F.A. Meta-analysis of the impact of the principal venoactive drugs agents

- on malleolar venous edema /F.A.Allaert //Int. Angiol. - 2012. - Vol.31 (4). - P. 310-5.
- Gillet J.-L. European and American guidelines on primary chronic venous disease: what's new? /J.-L. Gillet // Medicographia. - 2011. - Vol.33. - P. 285-291.
- Gloviczki P. Guidelines for the management of varicose veins /P.Gloviczki, M.L.Gloviczki //Phlebology. - 2012. - Vol.27 (Suppl. 1). - P. 2-9.
- Perrin M. Pharmacological Treatment of Primary Chronic Venous Disease: Rationale, Results and Unanswered Questions /M.Perrin, A.A.Ramelet // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2011. - Vol.41. - P. 117-125.
- The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum /P.Gloviczki, A.J.Comerota, M.C.Dalsing [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2011. - Vol.53 (5 Suppl). - 2S-48S.
- Veno-active drugs for chronic venous disease: A randomized, double-blind, placebo-controlled parallel-design trial / S.Q.Belczak, I.R.Sincos, W.Campos [et al.] // Phlebology. - 2013; ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23761871.
- Word R. Medical and surgical therapy for advanced chronic venous insufficiency //Surg. Clin. N. Am. - 2010. - Vol.90. - P. 1195-1214.

**Герич И.Д., Ващук В.В.**

**КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ВЕНОСМИН И ЛИОГЕЛЬ КАК СОСТАВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ТЕРАПИИ**

**Резюме.** В работе представлены результаты исследования эффективности и безопасности лечения хронической венозной болезни (ХВБ) препаратами Веносмин и Лиогель. Доказано, что консервативное лечение может быть не только этапом предоперационной подготовки, но и основным методом лечения у некоторых категорий больных. Веносмин, как один из представителей МОФФ, характеризуется высокой клинической эффективностью и может применяться как препарат выбора. По критерию общей эффективности Веносмин терапевтически эквивалентен оригинальным препаратам зарубежного производства при лечении пациентов с ХВБ, не вызывает серьезных побочных реакций, хорошо переносится больными.

**Ключевые слова:** хроническая венозная болезнь, веноактивные препараты, микронизированная очищенная фракция флавоноидов, веносмин.

**Gerych I.D., Vashchuk V.V.**

**INTEGRATED CONSERVATIVE CORRECTION OF THE CHRONIC VENOUS DISEASE: VENOSMIN AND LIOGEL AS A COMPONENTS OF THE TREATMENT**

**Summary.** In this article the results of studies on the use of the Venosmin and Liogel for the treatment of the chronic vein disease (CVD) are presented. Conservative treatment can not only preoperative preparation stage, but the main treatment in some categories of patients is proved. Venosmin as one of the representatives of MPFF, high clinical efficacy are proved - it can be used as the drug of choice. In terms of overall efficiency Venosmin therapeutically equivalent to the original foreign-made drugs in patients with CVD. Venosmin does not lead to serious side effects are well tolerated by the patients.

**Key words:** chronic venous disease, venoactive preparations, micronized purified flavonoid fraction, venosmin.

Стаття надійшла до друку 13.12.2013р.

Герич Ігор Діонісійович - д.м.н., проф., завідувач кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, голова товариства хірургів Львівської області; +38 050 674-97-71, +38 0322 75-05-80; igor.gerych@gmail.com

Ващук Всеволод Васильович - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 050 502-06-25, +38 0322 62-81-11; sevadoc@gmail.com

© Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Селиванов С.С., Ериця А.А.

УДК: 616-55-002-089

**Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Селиванов С.С., Ериця А.А.**

ГЗ"Луганский государственный медицинский университет", кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии (кв. 50 лет Оборона Луганска, 1, г. Луганск, Украина, 91045)

**ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 353 пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (острый аппендицит - 163 (с распространенным перитонитом - 4), острый холецистит - 175 (с распространенным перитонитом - 6), перфоративная язва двенадцатиперстной кишки - 15). С острым холециститом использовали пиобактериофаг поливалентный (секстафаг), с острым аппендицитом - колипротейный БФ. Для санации брюшной полости при перитоните применяли полипротейный бактериофаг, секстафаг, интенсифаг, смешанный бактериофаг. Место операции орошали раствором бактериофага объемом 20 - 40 мл. При перитоните, после санации брюшной полости физиологическим раствором NaCl, ее орошали бактериофагом в объеме 50 - 200 мл. Место извлечения контейнера с желчным пузырем и червеобразным отростком (троакарную рану) санировали бактериофагом в объеме 3 - 5 мл. Применение лечебных бактериофагов позволило предупредить возникновение гнойных осложнений со стороны раны и брюшной полости при выполнении лапароскопических вмешательств в неотложной хирургии.