

Easter O.M., Kovtun K.V IPC 61V 17/50 (2006.01). Application Number 06402. u 2016 Filing Date 06.13.2016 year. Publication:s 12.26.2016.- Bull. №24. - 4 p. (Ukr.)

7. Emergency War Surgery (Borden Institute). Fourth united states revision / Office of the Surgeon General, United States Army edition. – Falls Church, Virginia, USA, 2013. – 384 p.

Работа поступила в редакцию 23.02.2017 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 615.32:549.456.1.03:616.33-002.2

¹Н. О. Шевченко, ¹О. І. Панюта, ²Г. І. Кульчицька

ВНУТРІШНЄ ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІЄВМІСНОГО ПОЛІМІНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

¹Одеський національний медичний університет;

²Жіноча консультація № 1 КУ «Пологовий будинок № 5», м. Одеса

Summary. Shevchenko N., Panuta A., Kulchytska G. **INTERNAL USE OF MAGNIFEROUS POLYMINERAL COMPLEX IN THE TREATMENT OF CHRONIC NONATROPHIC GASTRITIS PATIENTS.** – *Odessa National Medical University, Ukraine; e-mail: profpap@ukr.net.* On the basis of comprehensive clinical, laboratory and instrumental examination of 46 patients with chronic nonatrophic gastritis proved that the internal use of the aqueous solution "Poltava bishofit" significantly reduces subjective and objective manifestations of the disease, promotes alleviation of endoscopic and morphological inflammation and healing of erosions in the lining of the esophagus and stomach to reduce background contamination gastric mucosa of Helicobacter pylori infection in patients with chronic nonatrophic gastritis. Analysis of the immediate and remote results of rehabilitation of patients with chronic hepatitis showed the best performance oral administration of an aqueous solution "Poltava bishofit" in comparison with mineral water, due to its pathogenetic action aimed at eliminating inflammation in the gastric mucosa, the thus contributing to the achievement of quality of life and prevention of complication of chronic gastritis.

Key words: gastric mucosa, inflammation, chronic nonatrophic gastritis, aqueous "Poltava bishofit".

Реферат. Шевченко Н. А., Панюта А. И., Кульчицкая Г. И. **ВНУТРЕННЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИЕВОСОДЕРЖАЩЕГО ПОЛИМИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ.** На основании результатов комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования 46 больных хроническим неатрофическим гастритом доказано, что внутреннее применение водного раствора «Полтавский бишофит» способствует достоверному уменьшению субъективных и объективных признаков заболевания, существенно уменьшает эндоскопические и морфологические признаки воспалительного процесса и заживления эрозий в слизистой оболочке пищевода и желудка на фоне уменьшения контаминации слизистой инфекцией Helicobacter pylori.

Ключевые слова: слизистая оболочка желудка, воспаление, хронический неатрофический гастрит, водный раствор «Полтавский бишофит».

Реферат. Шевченко Н. О., Панюта О. І., Кульчицька Г. І. **ВНУТРІШНЄ ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІЄВМІСНОГО КОМПЛЕКСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ.** На підставі результатів комплексного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження 46 хворих на хронічний неатрофічний гастрит доведено, що внутрішнє застосування водного розчину «Полтавський бішофіт» вірогідно зменшує суб'єктивні та об'єктивні прояви захворювання, сприяє вірогідному зменшенню ендоскопічних та морфологічних ознак запального процесу, а також загосенню ерозій у слизовій оболонці стравоходу та шлунку на тлі зменшення контамінації слизової оболонки шлунка інфекцією *Helicobacter pylori* у хворих на хронічний неатрофічний гастрит. Аналіз безпосередніх та віддалених результатів відновлювального лікування хворих на хронічний гастрит продемонстрував найкращу ефективність внутрішнього застосування водного розчину «Полтавський бішофіт» у порівнянні з мінеральною водою, що обумовлено його патогенетичною дією, спрямованою на усунення запального процесу у слизовій оболонці шлунка, тим самим сприяючи досягненню високої якості життя та профілактики ускладнень хронічного гастриту.

Ключові слова: слизова оболонка шлунка, запалення, хронічний неатрофічний гастрит, водний розчин «Полтавський бішофіт».

Вступ: Незважаючи на успіхи у діагностиці та лікуванні злоякісних новоутворень, проблема онкопатології залишається вкрай актуальною. Рак шлунку (РШ) займає четверте місце серед причин смертності від онкологічних захворювань. Щорічно на Україні реєструють близько 11 тис нових випадків цього захворювання, суттєво, що у 61,8 % хворих – вже на III та IV стадіях. В світі щорічно реєструють щонайменше 1 млн нових випадків, від яких помирає понад 700 000 хворих на РШ [1, 3, 5, 6]. На сьогодні суттєве зниження захворюваності на РШ спостерігається тільки у Японії та Південній Кореї [3].

У сучасній медичній науці, зокрема в гастроентерології, основою канцеропревенції є своєчасне виявлення та лікування передпухлинної патології [2]. Різні форми хронічного гастриту (неатрофічний та атрофічний) являють собою єдині стадії процесу прогресування хронічного запалення від поверхневого до атрофічного та є фоновим захворюванням для таких серйозних станів, як виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки та РШ [2, 3, 4, 6]. Тому задля профілактики раку важливе значення мають своєчасна діагностика та лікування хронічного гастриту (ХГ).

Останніми роками проблема встановлення зв'язку між розвитком різноманітних патологічних станів та дефіцитом мікроелементів стає актуальною, тому проблема забезпечення фізіологічних потреб організму у мінеральних речовинах стала предметом посиленої уваги науковців. У монографії «*Drinking Water Mineral and Mineral Balance*», що була видана у Швеції у 2015 р. [13], відмічено, що навіть надходження 10 % мікроелементів водного походження є корисними за для організму людини.

Одним із таких засобів є бішофіт, розчин природних мінеральних солей, унікальний хімічний склад якого обумовлює широкі можливості його використання в фармації та медицині [8, 13].

Магній, що входить до його складу, відіграє важливу роль у реалізації фізіологічних, метаболічних, імунологічних процесів в організмі, насамперед як каталізатор ферментів, які беруть участь у реакціях окислювального фосфорилування, в утворенні й розщепленні сполук АТФ і креатинінфосфату, тобто в енергозабезпеченні життєдіяльності всіх систем організму [7, 12].

В ряді експериментальних досліджень встановлено, що дефіцит Mg^{2+} сприяє розвитку імунозапальних процесів, показником чого при магній-дефіцитних станах тварин відбувається підвищення кількості лейкоцитів та медіаторів запалення. Це супроводжується розвитком окислювального стресу та активацією утворення протизапальних цитокінів, що в свою чергу сприяє більш тяжкому перебігу захворювань [7, 11].

За публікаціями ряду авторів, велике значення при лікуванні ХГ, набувають питні мінеральні води (МВ), використанню яких, приділяється незаслужено мало уваги, як на Україні, так і в світі в цілому. За результатами досліджень авторів, під дією МВ значно покращується нейрогуморальна регуляція обмінних процесів в організмі, стимулюються трофічні й регенеративні процеси, проявляється протизапальна дія, покращується

морфологічний і функціональний стан органів травного тракту [6, 10].

Метою нашого дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на хронічний неатрофічний гастрит шляхом внутрішнього застосування водного розчину «Полтавський бішофіт» на санаторно-курортному етапі лікування.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 46 хворих на ХГ у віці від 19 до 59 років, які надійшли на санаторно-курортне лікування до Одеського клінічного гастроентерологічного санаторію ім. Горького. Співвідношення за статтю було майже однаковим: 24 (52,17±7,36 %) жінок, та 22 (47,83±7,36 %) чоловіка.

Діагноз встановлено на підставі клінічного спостереження (об'єктивні та суб'єктивні дані), результатів лабораторних (клінічних та біохімічних) та інструментальних (ЕГДФС з морфологічним дослідженням біоптатів, комп'ютерної рН-метрії, хелік-тесту, ультрасонографічного дослідження органів травлення), тестування (визначення насиченості організму магнієм та оцінка якості життя).

Проведення статистичної обробки матеріалів досліджень було здійснено методами варіаційних рядів: розраховували середнє арифметичне (М) та помилку середньої арифметичної (m). Тип розподілення параметрів у варіаційному ряді було встановлено за критерієм Шапіро-Уїлка. Обробка даних дослідження виконувалася за допомогою програмного продукту Statistica 5.5 [9].

Усім хворим на ХНГ, що увійшли в дослідження із наявністю у СОШ *H. pylori* (згідно Маастрихтському консенсусу-III, 2005) спочатку призначали стандартну антихелікобактерну терапію, що включала: ІПП по 40 мг 1 раз на день, амоксицилін по 1000 мг 2 рази на день, кларитроміцин по 500 мг 2 рази на день, тривалість лікування — 10 днів. Через 1 місяць після завершення курсу антихелікобактерної терапії було розпочато санаторно-курортне лікування.

На початку лікування всіх пацієнтів на ХНГ було розподілено на дві лікувальні групи.

Контрольна група (22 пацієнта) на фоні лікувального харчування отримували внутрішньо маломінералізовану гідрокарбонатно-хлоридно-натрієву магнієву мінеральну воду (МВ) по 200 мл за 30 — 40 — 60 хвилин до їжі в залежності від вихідного рівня кислотоутворення три рази на день.

Пацієнти основної групи (24 хворих) на тлі лікувального харчування отримували внутрішньо «Полтавського бішофіту» концентрацією 1:39 — 1:72, який було отримано шляхом розведення розчину бішофіта у 200 мл дистильованої води, тричі на день за 30—40—60 хвилин до їжі в залежності від вихідного рівня кислотоутворюючої функції шлунка. Термін лікування в обох групах спостереження склав 30 днів.

До початку лікування, за даними ЕГДФС з подальшою морфометрією біоптатів, у 100 % обстежених були присутні ознаки поверхневого запалення СОШ, супутнє запалення стравоходу та дванадцятипалої кишки (ДПК) визначалося у (45,65 %) хворих та (76,09 %) обстежених відповідно, порушення моторної функції шлунка у вигляді гастро-езофагеального рефлюксу (ГЕР) спостерігалось у (39,13 %) хворих, дуодено-гастральний рефлюкс (ДГР) — (47,83 %) пацієнтів. У 10 обстежених було відмічено наявність множинних ерозій шлунка та стравоходу.

Морфологічно у СОШ більшості пацієнтів виявлено: наявність лімфоплазмоцитарної інфільтрації власної пластинки СОШ на рівні поглиблених шлункових ямок. Епітеліальні клітини були кубічної форми з гіперхроматичними ядрами. Строма, як правило, характеризувалася набряклістю, пухкістю з помірно розширеними і повнокровними судинами.

Загальна контамінація *H. pylori* різного ступеню обсіменіння СОШ становила — 54,35 %.

За даними комп'ютерної рН-метрії встановлено, що лише у (26,08 %) пацієнтів при надходженні на санаторно-курортне лікування спостерігались нормальні значення рН, у половини хворих було відмічено підвищення кислотоутворюючої функції шлунка, та у 11 осіб середні значення рН відповідали показникам гіпоацидності.

Результати. По закінченні курсу лікування із застосуванням розроблених нами комплексів було визначено позитивну динаміку на клінічний перебіг ХГ, що виражалось зменшенням виразності скарг та підтверджувалося об'єктивними даними у значної кількості пацієнтів. Однак, застосування різних комплексів відновлювального лікування

продемонструвало за ефективністю суттєві відрізнєння на перебіг ХНГ у хворих.

Відмічено, що вірогідного зменшення основних клінічних ознак захворювання ми не спостерігали ($p > 0,05$), чим можна пояснити недостатній вплив цього лікувального комплексу щодо нівеляції запального процесу (за даними ФЕГДС з морфологічним дослідженням) в гастродуоденальній зоні на фоні незначного поліпшення якості життя у пацієнтів контрольної групи ($p > 0,05$) табл. 1.

Таблиця 1

Динаміка показників ФГДС у хворих на ХНГ під впливом базисного комплексу санаторно-курортного лікування, $n=22$ ($M \pm m$), %

Показник	Кількість хворих, абс. ($M \pm m$, %)		P
	до лікування	після лікування	
Езофагіт	14 (63,64 \pm 10,26)	6 (40,00 \pm 12,65)	>0,05
Неатрофічний гастрит	22 (100,00 \pm 0,00)	19 (86,36 \pm 7,32)	>0,05
Ерозії	4 (18,18 \pm 8,22)	3 (13,64 \pm 3,32)	>0,05
Дуоденіт	20 (90,91 \pm 6,13)	17 (77,27 \pm 8,93)	>0,05
Дуоденогастральний рефлюкс	11(50,00 \pm 10,66)	7 (31,82 \pm 9,93)	<0,05
Гастроезофагеальний рефлюкс	6 (27,27 \pm 9,49)	5 (22,73 \pm 8,93)	>0,05

Примітка. Величину P розраховували між показниками до та після лікування

Після проведеної антихелікобактерної терапії I лінії у 8 хворих основної групи вдалося досягти елімінації *H. pylori* (до початку лікування *H. pylori* визначався у 41,67 % обстежених), на відміну від пацієнтів групи контролю, де вдалося досягти ерадикаційного ефекту у 40,91 % осіб (до початку лікування загальна контамінація *H. pylori* в групі становила – 68,18 %).

Терапевтичні властивості бішофіту, що проявляються у протизапальному, антиспастичному, анальгезуючому, протекторному та антидепресивному ефектах було підтверджено результатами клінічного спостереження у пацієнтів основної групи.

Аналіз ендоскопічного дослідження підтвердив терапевтичні ефекти бішофіту, що виражалося у ліквідації ендоскопічних та морфологічних ознак запального процесу впродовж травного каналу: відбувається загоєння ерозивних ушкоджень ($p < 0,01$), відновлюється моторно-евакуаторна функція ГДЗ ($p < 0,02$), що більш стосується ліквідації ГЕР з наявністю езофагіта (катарального та ерозивного) табл. 2.

Таблиця 2

Динаміка показників ФГДС у хворих на ХНГ під впливом внутрішнього прийому розчину «Полтавський бішофіт», $M \pm m$, $n=24$

Показник	Кількість хворих, абс. ($M \pm m$, %)		P
	до лікування	після лікування	
Езофагіт	7 (29,17 \pm 9,28)	—	<0,001
Неатрофічний гастрит	24 (100,00 \pm 0,00)	18 (75,00 \pm 8,84)	<0,02
Ерозії	6 (25,00 \pm 8,84)	—	<0,01
Дуоденіт	15 (62,50 \pm 9,88)	3 (12,50 \pm 6,75)	<0,001
Дуоденогастральний рефлюкс	11 (45,83 \pm 10,17)	5 (20,83 \pm 8,30)	<0,05
Гастроезофагеальний рефлюкс	12 (50,00 \pm 10,21)	4 (16,67 \pm 7,61)	<0,02

Примітка. Величину P розраховували між показниками до та після лікування.

Суттєво, що застосований метод лікування суттєво не впливає на порушення внутрішньошлункового кислотоутворення.

Через рік після проведення лікувального курсу було досліджено результати віддаленого лікування. Суттєво, що у половини пацієнтів на ХНГ через рік після отриманого базисного курсу лікування зберігалися клінічні прояви основного захворювання. При проведенні ФЕГДС із подальшою морфометрією у (62,5 %) обстежених спостерігалася збереження запального процесу СО ГДЗ.

Таким чином, висока ефективність безпосередніх результатів лікування хворих на

ХНГ після внутрішнього призначення розчину «Полтавський бішофіт» зумовила стійкі позитивні ефекти віддалених результатів, що підтверджувалось даними ФЕГДС з морфометрією.

Висновки:

1. Призначення бішофіту у питному режимі призводить до вірогідного зменшення ендоскопічних та морфологічних ознак запального процесу ГДЗ ($p < 0,02$).

2. Внутрішнє застосування полімінерального комплексу у хворих на хронічний неатрофічний гастрит сприяло ліквідації ерозивних станів шлунка та стравоходу ($p < 0,01$) на фоні зменшення загальної контамінації СОШ інфекцією *H. pylori* та відсутності суттєвого впливу на середні показники рівня внутрішньошлункового рН.

3. Проведені клінічні дослідження щодо питного застосування розчину «Полтавський бішофіт» у хворих на ХНГ, за даними безпосередніх та віддалених результатів лікування, підтверджують позитивний вплив його на клінічні прояви основного захворювання, що пов'язане з ліквідацією запального процесу у СО гастродуоденальної зони у переважній більшості пацієнтів, виявляють протекторні та ерадикаційні властивості цього розчину. Наведені дані обґрунтовують доцільність використання цього полімінерального комплексу у лікуванні хворих на ХНГ задля підвищення ефективності лікування даної категорії пацієнтів.

Література:

1. Циммерман Я.С. Проблема хронического гастрита / Я. С. Циммерман // Клиническая медицина. — 2008. — № 5. — С. 29—32.

2. Checuriany Z. G., Caluilashvily A.R., Checuriany K. G. Frequency of met of Helicobacter pylori at the cancer of stomach // Questions of oncology. — 2006. — № 4 (52). — P. 462 — 464.

3. Correa P. Chemoprevention of gastric dysplasia: Randomized trial of antioxidant supplements and anti-Helicobacter pylori therapy / P. Correa, E.T.H. Fontham, J.C. Bravo // J. Natl. Cancer. Inst. — 2010. — Vol. 4, № 92. — P. 1881—1888.

4. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht 2-2005 consensus report / P. Malferthermer, F. Megraud, C. O'Morain [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2010. — Vol. 16. — P. 167—180.

5. Diagnostic of Atrophic Gastritis from Serum Samples / O. Suovaniemi, M. Harkonen, L.I. Paloheimo, P. Siponnen // Jordan Med. J. — 2011. — Vol. 36 (2). — P. 117—121.

6. Gisbert J. P. Helicobacter pylori-related diseases / J. P. Gisbert // Gastroenterol. Hepatol. — 2012. — Vol.35. — P.12 — 25.

7. Горячковский А. М. Клиническая биохимия / А. М. Горячковский. — Одесса: Экология, 2005. — 616 с.

8. Иежица И.Н. Фундаментальные аспекты создания на основе минерала бишофит магнийсодержащих лекарственных средств : автореф. дис. на соиск. учен. степени д-ра биол. наук : спец. 14.00.25 «Фармакология, клиническая фармакология» / И.Н. Иежица. — Волгоград, 2008. — 45 с.

9. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К. : Морион, 2009. — 315 с.

10. Родонежская Е. В. Хронический гастрит: применение ферментных препаратов в лечебных комплексах / Е. В. Родонежская // Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. — 2007. — № 20/1. — С. 60—61.

11. Rodriguez C. Therapeutic Effect of fermented milk on chronic Gastritis / C. Rodriguez, M. Medici, F. Mozzi, G. FontdeValdez // World Gastroenterol. — 2010. — Vol. 16 [13]. — P. 1622 —1630.

12. Скальный А. В. Химические элементы в физиологии и экологии человека / А. В. Скальный. — Москва: ОНИКС XXI век. Мир, 2007. — 120 с.

13. Скринінг передракових змін та раку шлунка / М.П. Захараш, В.Д. Парій, В.О. Яковенко [та ін.]: Метод. рекомендації. — К., 2009. — 33 с.

References:

1. Cimmerman Y. S. Problem of chronic gastritis / Cimmerman Y. S. Clinical medicine. — 2008. — №5. — P. 29 — 32.
2. Checuriany Z. G., Caluilashvily A. R., Checuriany K. G. Frequency of met of Helicobacter pylori at the cancer of stomach // Questions of oncology. — 2006. — № 4 (52). — Vol. 462 — 464.
3. Correa P. Chemoprevention of gastric dysplasia: Randomized trial of antioxidant supplements and anti-Helicobacter pylori therapy / P. Correa, E.T.H. Fontham, J. C. Bravo // J. Natl. Cancer. Inst. — 2010. — Vol. 4, № 92. — P. 1881—1888.
4. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht 2-2005 consensus report / P. Malferthermer, F. Megraud, C. O'Morain [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2010. — Vol. 16. — P.167—180.
5. Diagnostic of Atrophic Gastritis from Serum Samples / O. Suovaniemi, M. Harkonen, L.I. Paloheimo, P. Sipponen // Jordan Med. J. — 2011. — Vol. 36 (2). — P. 117—121.
6. Gisbert J.P. Helicobacter pylori-related diseases / J. P. Gisbert // Gastroenterol. Hepatol. — 2012. — Vol.35. — P. 12 — 25.
7. Goryachovsky A.M. Clinical biochemistry / A. M. Goryachovsky. Odessa : Ecology, 2005. — 616 p. (Rus.)
8. Iejica I. N. Fundamental aspects of creation on the basis of mineral bishofit of magniferous medicinal facilities: synopsis. of the candidate thesis on biology : spec. 14.00.25 25 «Pharmacology, clinical pharmacology» / Iejica I. N.— Volgograd, 2008. — 45 p. (Rus.)
9. Lapach S. N. Statistical methods are in medical-biology researches Exel / S.N. Lapach, A.V. Chubenko, P.N. Babich. — K.: Morion, 2009.— Vol.408 — 415 p. (Rus.)
10. Rodonegska E. V. Chronical gastritis: application of enzymic preparations is in curative complexes / E. V. Rodonegska // Gastroenterology, hepatology, colonoproctology. — 2007. — №20/1. — P. 60— 61 (Rus.).
11. Rodriguez C. Therapeutic Effect of fermented milkon chronic Gastritis / C. Rodriguez, M. Medici, F. Mozzi, G. FontdeValdez // World Gastroenterol. — 2010. —Vol. 16 [13]. — P. 1622 —1630.
12. Skalnyi A.V. Chemical elements are in physiology and ecology of a man / A.V. Skalnyi. — Moscow: ONIX XXI century. World, 2007. — 120 p. (Rus.).
13. Screening of pre-cancer changes and cancer of stomach / M. P. Zaharash, V. D. Pariy, V. O. Yakovenko [et all.]: Method. Guide-lines. — K., 2009. — 33 p. (Ukr.)

Работа поступила в редакцию 28.02.2017 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования