**ЛІКУВАННЯ ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ**

*Орловський О.В., Орловський В.Ф.*

*СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики*

Наявність дуодено-гастрального рефлюксу (ДГР) у хворих на ерозивні ураження гастро-дуоденальної зони завжди розцінюється як обтяжливий фактор, який сприяє торпідному перебігу захворювання та затягує зворотній розвиток клінічної симптоматики та морфологічних змін з боку слизової оболонки (СО). Одним із провідних факторів пошкоджуючого впливу ДГР на СО гастродуоденальної зони є наявність у рефлюктаті первинних жовчних кислот (холевої та дезоксихолевої), які пошкоджують епітелій, знижують кількість фосфоліпідів у шлунковому слизу та сприяють формуванню вогнищ кишкової метаплазії. Зростання в складі жовчі частки третинної жовчної кислоти – урсодезоксихолевої – зменшує пошкоджуючу дію рефлюксату на СО та потенцює позитивний ефект базової терапії гастродуоденіту.

**Мета роботи**: Вивчити вплив використання в комплексному лікуванні ДГР при ерозивному гастродуоденіті урсодезоксихолевої кислоти на клінічну симптоматику та морфологічний стан СО гастродуоденальної зони.

**Матеріал і методи**. Обстежено 62 пацієнта з ерозивним гастродуоденітом в період загостення. Наявність ДГР підтверджувалась за даними інтрагастральної рН-метрії та фіброгастродуоденоскопії (ФЕГДС). Відкритим когортним методом хворі були розділені на 2 групи: І група (основна, 32 пацієнта) – хворі, які, крім нозоспецифічної терапії (інгібітори протонної помпи, прокінетики, цитопротектори) отримували Урсолізин («Magis», Італія) в дозі 300 мг двічі на добу (після сніданку та ввечері) на протязі 4 -х тижнів. ІІ група (контролю, 30 пацієнтів) отримували лише базисну терапію. Обидві групи були рівноцінними за віком та статтю. Результати лікування оцінювали через 2 та 4 тижні від початку лікування за вираженістю клінічної симптоматики та результатами ФЕГДС. Математичну обробку даних виконували за допомогою пакета статистичних програм «Statistica».

**Результати та їх обговорення.** Через 2 тижні від початку лікування клінічна симптоматика зберігалася серед 34,4% пацієнтів основної групи та серед 53,3 % - контрольної групи (р<0,05). За даними ФЕГДС ерозії та ДГР спостерігались відповідно у 62,5% та 83,3% пацієнтів (р<0,05). Через 4 тижні клінічні симптоми були відсутні у всіх хворих основної групи та зберігалися у 2 пацієнтів контрольної групи. Ерозії та ДГР спостерігалися лише у 12,5% (4) пацієнтів основної групи та у 26,7%(8) пацієнтів контрольної групи (р<0,01). У хворих, що мали ерозії та ДГР після 4-х тижнів лікування, воно було продовжене ще на 2 тижні.

**Висновки.** Використання Урсолізину у комплексному лікуванні загострення хронічного ерозивного гастродуоденіту з наявністю ДГР достовірно прискорює редукцію клінічної симптоматики та загоєння ерозій. Отримані дані підтверджують доцільність використання Урсолізину в комплексному лікуванні уражень СО гастродуоденальної зони при наявності ДГР.