

ження продукції ХК в організмі і внаслідок цього до порушень скорочувальної функції ЖМ. В стадії ремісії ВХДПК ультраструктурні зміни органел І-клітин не носили деструктивного напрямку. Однак рівень секреторної можливості клітин в умовах ремісії, судячи за станом ультраструктур, залишався низьким.

**Висновок.** Виявлені порушення ультраструктури І-клітин СОДПК у хворих на ВХДПК з супутніми дискінезіями ЖМ можуть призводити до зниження продукції ХК та впливати на скорочувальну функцію ЖМ та ППЖВЩ.

## **ЛІКУВАННЯ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У КЛІНІЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Орловський Ф.В., гр.606

Керівник – асистент., к.м.н. Климанська Н.В.

В структурі захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту рефлюксна хвороба (РХ) має високу питому вагу. Так частота рефлюкс-езофагіта при хронічному гастродуоденіті та виразковій хворобі дванадцятипалої кишки (ВХДПК) коливаються від 13 до 60%. Корекція симптомів РХ є суттєвим компонентом лікування цих хворих.

Під нашим наглядом знаходились 63 хворих з хронічним гастродуоденітом – 34 чол., виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК) – 29 чол., у яких у період загострення спостерігались симптоми рефлюксної хвороби (РХ). Найбільш розповсюдженими були скарги на відрижку (95%), печію (92%), біль за грудниною (52%), гіркоту у роті (48%).

У 88% хворих ендоскопічно були виявлені симптоми недостатності кардії та наявність різних ступенів вираженості рефлюкс езофагіта: гіперемія та набряк слизової в області кардіального відділу стравоходу, недостатність змикання кардії.

У 4-х пацієнтів виявлені ерозії. У 28% хворих наявність гастро-езофагального рефлюксу підтверджено рентгенологічно. При ендоскопічному дослідженні у 75% обстежених виявлені ознаки дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР) – наявність жовчі у шлунковому вмісті, видимий рефлюкс у процесі дослідження, зіяння пілоруса.

Для корекції вищевказаних симптомів хворим рекомендувалось: сон з припіднятим головним кінцем ліжка, зменшити об'єм одноразового прийому їжі, відмовитись від паління, схуднути.

Медикаментозне лікування: 1. Антациди: альмагель по 1-2 мірній ложці 3-4 рази на день або фосфалюгель по 1-2 пакетики через 30-40 хвилин після їжі. 2. Ранітідін – 150 мг вранці та на ніч. 3. Церукал – по 1 таб. 2 рази на день.

На кінець першого тижня лікування симптоми РХ були відсутні у 87% хворих, на 10 день лікування – у всіх хворих, які лікувались.

Таким чином, включення антацидів, гістаміноблокаторів та прокінетиків (церукалу) є ефективним в лікуванні РХ.

## **ПОРУШЕННЯ МЕТОДИКИ ВИКОНАННЯ ЕКСКРЕТОРНИХ УРОГРАФІЙ НА МАТЕРІАЛІ ПОЛІКЛІНІКИ 3-ДУ ІМ. ФРУНЗЕ**

В.М. Лихман, 6 курс, В.І. Бочаров, 5 курс,  
керівник доц. С.О. Кондрачук

**Вступ:** Екскреторна урографія вважається одною з основних методик променевого обстеження нирок. Ця процедура має досить високу вартість для пересічного пацієнта та супроводжується певним променевим навантаженням. Почасти через це в останні роки спостерігається тенденція виконання екскреторної урографії у неповному об'ємі, що неминуче призводить до діагностичних втрат.