



О.П. Гнатенко, Н.В. Харченко

Госпіталь ГУ МВС України в місті Києві
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Використання препарату «Урсофальк» у лікувальних схемах при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі

Ключові слова

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, дуоденогастральний рефлюкс, добовий внутрішньостравохідний рН-моніторинг, лікувальні схеми, «Урсофальк».

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є однією із поширених патологій травної системи й охоплює від 10 до 15 % дорослого населення [1, 2]. Найважливішими причинами цієї недуги є порушення моторики травного каналу, ожиріння, малорухомий спосіб життя, стреси, порушення харчування тощо [3].

Питання особливостей перебігу та лікування хворих на ГЕРХ лишається актуальним, про що свідчать публікації як у вітчизняній [4], так і зарубіжній літературі [5].

Особливістю перебігу ГЕРХ є розвиток взаємопов'язаних уражень інших органів травлення (зокрема, шлунка), що ускладнює клінічну картину, а також діагностику і лікування як основної, так і супутніх хвороб [6]. Взаємне обтяження захворювань свідчить про потребу в розробці ефективних методів діагностики та терапевтичної корекції з урахуванням супутньої патології.

Більшість дослідників вважають «золотим стандартом» у діагностиці ГЕРХ ендоскопічне дослідження стравоходу [7–11]. За допомогою цього методу легко виявити езофагіт, оцінити його характер і ступінь тяжкості, діагностувати пролапс слизової оболонки шлунка в стравохід, ускладнення ГЕРХ (виразки, стриктури, диференціювати стравохід Барретта і кардіоезофагеальний рак). Діагноз підтверджується за допомогою хромоендоскопії, біопсії та дає змогу вилу-

чити симптоматичний рефлюкс унаслідок інших уражень верхнього відділу травного каналу [12].

У разі ендоскопічно негативної картини доречно провести добовий рН-моніторинг стравоходу [13–15]. Цей метод дає змогу встановити збільшення загальної кількості епізодів шлунково-стравохідного рефлюксу протягом доби (понад 50) та їхньої загальної тривалості, визначити висоту гастроєзофагеального рефлюксу та підібрати індивідуальне лікування.

Своєчасне призначення лікування ГЕРХ веде не тільки до зменшення симптомів хвороби, поліпшення якості життя пацієнтів, але й запобігає прогресуванню патології та таким тяжким ускладненням, як пептична стриктура, кровотеча та рак стравоходу [16]. Головними напрямками в лікуванні ГЕРХ є зменшення частоти шлунково-стравохідного рефлюксу (ШСР), нейтралізація рефлюктату, поліпшення стравохідного кліренсу та протективних властивостей слизової оболонки стравоходу [17].

За даними літератури, першим кроком у лікуванні ГЕРХ є зміна способу життя та дотримання певної дієти [18,19].

Принциповим у лікуванні ГЕРХ є призначення кислотосупресивної терапії та підтримання належного рН у дистальній частині стравоходу [20, 21]. Ефективність лікування залежить від тривалості періоду, протягом якого у стравоході рівень рН перевищує 4,0.

Прийнято градацію лікарських препаратів за ступенем ефективності [22]: ІПП в половинній, стандартній та високій дозах та блокатори H_2 -рецепторів гістаміну в стандартній дозі.

З метою нейтралізації руйнівної дії токсичних жовчних кислот на слизову оболонку стравоходу при жовчному рефлюксі рекомендовано застосовувати «Урсофальк» по 500–1000 мг (залежно від маси тіла). Урсодезоксихолева кислота — третинна жовчна кислота, яка сповільнює створення і виведення з жовчю токсичних жовчних кислот і заміщує їх нетоксичною високогідрофільною жовчною кислотою [23].

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебували 93 хворих на ГЕРХ: 74 (89,2 %) чоловіки, 9 (10,8 %) жінок. Середній вік — $(48,2 \pm 1,3)$ року.

Пацієнтів розподілена згідно з *H. pylori* статусом.

Після клініко-лабораторних досліджень, фіброезогастроуденоскопії (ФЕГДС) з хромо-езофагоскопією, добового внутрішньостравохідного рН-моніторингу, визначення *H. pylori* (швидким уреазним тестом, за допомогою ди-хального тесту з ^{13}C -міченою сечовиною, серологічного методу, бактеріологічного з визначенням чутливості штамів *H. pylori* до антимікробних препаратів мератину (орнідазолу, метронідазолу, амоксициліну, кларитроміцину, тетрацикліну, фуразолідону) хворих розподілено на підгрупи.

Лікували хворих на ГЕРХ з хелікобактерпозитивним тестом у кілька етапів. Після добового езофаго-рН-моніторингу:

- проводили ерадикаційну терапію протягом 7 діб залежно від чутливості штамів *H. pylori* до антимікробних препаратів із уведенням ІПП омепразолу;
- на 10–12-ту добу робили повторний внутрішньостравохідний рН-моніторинг та коректували дозу препарату.

Із 53 (33,5 %) неінфікованих хворих були чоловіки і жінки віком від 22 до 72 років. З них

26 (49 %) — з основної групи, середній вік яких становив $(52,5 \pm 1,6)$ року, та 27 (51 %) — з контрольної, де цей показник дорівнював $(47,4 \pm 2,9)$ року.

Усім пацієнтам з хелікобактеронегативним тестом після проведення рН-моніторингу незалежно від виду рефлюксу призначали омепразол у добовій дозі 20 мг в 2 прийоми. На 5-ту — 7-му добу проводили повторний внутрішньостравохідний рН-моніторинг та залежно від змін рефлюксу дозу коригували.

Огляд хворих проводили через 7–10 діб, 1 та 2 міс. Керувалися такими критеріями ефективності лікування:

- клінічна динаміка (питома вага хворих без симптомів хвороби);

- динаміка ендоскопічної картини стравоходу, за даними ФЕГДС (питома вага хворих без запальних змін у стравоході).

Добовий внутрішньостравохідний-рН-моніторинг виконували за допомогою комп'ютерної системи аналізу внутрішньопорожнинного рН (ацидогастрограф АГ-1рН-М).

Статистичний аналіз результатів езофаго-рН-моніторингу передбачав вивчення динаміки наступних показників:

- середнє значення всього масиву замірів рНХ;
- середня величина мінімальних значень $pH_{\min}X$;
- середня величина максимальних значень $pH_{\max}X$;
- середня кількість рефлюксів з $pH < 4$ ($nW\uparrow 4$), середня кількість таких рефлюксів тривалістю понад 5 хвилин ($n1W\uparrow 4$);
- середня кількість рефлюксів з $pH > 7$ ($nW\downarrow 7$), середня кількість таких рефлюксів тривалістю більше 5 хв ($n1W\downarrow 7$);
- відсоток часу, коли рівень рН був менше 4.

Для статистичної обробки результатів використовували: середню арифметичну і стандартну похибку середньої арифметичної. Статистичну вірогідність розбіжностей середньої арифме-

Таблиця 1. Наявність симптомів у хворих на ГЕРХ у динаміці терапії (n = 93), %

Симптом	До лікування	10-та доба лікування	Після лікування
Печія	67,7	15,1*	0
Біль у надчеревній ділянці	74,2	22,6*	4,8*
Нудота	32,3	14,0*	1,2*
Гіркота	31,2	9,7*	2,4*
Відрижка	74,2	12,9*	4,8*
Дисфагія	6,5	0	0

Примітка. * Різниця зі станом клінічної ознаки до лікування вірогідна ($p < 0,05$).

Таблиця 2. Динаміка даних ФЕГДС у хворих на ГЕРХ до та після лікування

Ознака ФЕГДС	До лікування	Після лікування	p	
Езофагіти:	еритематозний;	29 (31,2 %)	6 (6,5 %)	< 0,05
	ерозивний	67 (72,0 %)	0	
Гастропатія:	еритематозна;	49 (52,7 %)	11 (11,8 %)	< 0,05
	ерозивна	32 (34,4 %)	0	
Дуоденопатія:	еритематозна;	44 (47,3 %)	9 (9,7 %)	< 0,05
	ерозивна	19 (20,4 %)	0	
Дуоденогастральний рефлюкс	36 (38,7 %)	3 (3,2 %)	< 0,05	
Кила стравохідного отвору діафрагми	24 (25,8 %)	19 (20,4 %)	> 0,05	
Функціональна недостатність кардії	29 (31,2 %)	23 (24,7 %)	> 0,05	

Примітка. p < 0,05 — вірогідність різниці даних ФЕГДС до та після лікування.

Таблиця 3. Питома вага ДГР у хворих на ГЕРХ різних ступенів тяжкості

Показник	Ступінь РЕ			
	0 (n = 29)	A (n = 38)	B (n = 19)	C, D (n = 10)
Кількість хворих з ДГР	5 (17,2 %)	10 (26,3 %)	12 (63,2 %)	9 (90,0 %)

тичної і її стандартну похибку обчислювали за t-критерієм Стьюдента.

Аналіз й обробку статистичних даних клінічних досліджень виконували з використанням та прикладних програм Statistica та Excel.

Результати та їхнє обговорення

Під час ФЕГДС було виділено 16 (17,2 %) хворих з ендоскопічно негативною ГЕРХ та 77 (82,8 %) з виявами рефлюкс-езофагіту (РЕ) ступенів А–С, за Лос-Анджелеською класифікацією.

У 36 хворих з *H. pylori*(-) ГЕРХ та у 57 з *H. pylori*(+) ГЕРХ основними були скарги на біль у надчеревній ділянці у 69 (74,2 %) осіб, на печію — у 63 (67,7 %), на нудоту — у 30 (32,3 %), на гіркоту у роті — у 29 (31,2 %), на дисфагію — у 6 хворих. Лікувальні схеми вибирали залежно від результатів тесту на *H. pylori*.

Вияви симптомів у хворих на ГЕРХ у динаміці лікування наведено в табл. 1.

На 10-ту добу лікування біль у надчеревній ділянці виявляли лише у 23 (22,6 %) хворих, відрижку — у 17 (12,9 %), печія спостерігалася у 15 (15,1 %) хворих, нудота — у 13 (14,0 %), гіркота у роті — у 10 (9,7 %), дисфагії не було. Після лікування стан хворих значно поліпшився. Біль у надчеревній ділянці й відрижка спостерігалися у 4 хворих, гіркота у роті — у 2, нудота — у одного хворого.

Під час ендоскопічного дослідження у хворих на ГЕРХ виявили: езофагіти еритематозні — у 29 (31,2 %), езофагіти ерозивні — у 67 (72,0 %), еритематозну гастропатію — у 49 (52,7 %) і дуоденопатію — у 44 (47,3 %), ерозивну гастропа-

тію — у 32 (34,4 %), ерозивну дуоденопатію — у 19 (20,4 %), дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) — у 36 (38,7 %), функціональна недостатність кардії (ФНК) — у 29 (25,8 %), кила стравохідного отвору діафрагми — у 24 (25,8 %; табл. 2).

Після лікування ерозії слизової оболонки стравоходу, шлунка і ДПК епітелізувалися, килу стравохідного отвору діафрагми спостерігали у 20,4 %, функціональна недостатність кардії — у 24,7 %, у невеликій кількості хворих — еритематозну гастропатію, дуоденопатію, дуоденогастральний рефлюкс.

У процесі обстеження спостерігали ДГР у хворих на ГЕРХ при різних ступенях тяжкості і виявили, що ДГР частіше буває у хворих з РЕ ступеня В, С і D. Це може свідчити про те, що він впливає на ступінь тяжкості РЕ (табл. 3).

У табл. 4 представлено показники основних параметрів добового внутрішньостравохідного рН-моніторингу у хворих залежно від стану стравоходу. Таким чином, вірогідної різниці між показниками хворих з ендоскопічно негативною та ендоскопічно позитивною формами ГЕРХ не виявлено.

Під час 24-годинного езофаго-рН-моніторингу у 93 хворих виявлено: кислий рефлюкс — у 30, лужний — у 15 та змішаний — у 48.

Залежно від результатів рН-моніторингу хворих до лікування було розподілено на три групи. Ті, що мали кислий рефлюкс, склали I групу, лужний — II та змішаний — III.

Після повторного рН-моніторингу на 5-ту — 7-му добу лікування *H. pylori*(-) хворих з ГЕРХ та на 10–12-ту добу лікування *H. pylori*(+) хворих з ГЕРХ після ерадикації *H. pylori*. Отримано такі

Таблиця 4. **Результати добової рН-метрії стравоходу у хворих на ГЕРХ з ендоскопічно негативними та позитивними формами (n = 93; M ± m)**

Показник	Ендоскопічно негативний тест	Ендоскопічно позитивний тест
pH _{min} x	2,0 ± 0,2	1,7 ± 0,1
pH _{max} x	7,6 ± 0,09	7,8 ± 0,08
pH x	5,9 ± 0,11	5,8 ± 0,12
n↑W4	62,3 ± 6,1	76,1 ± 7,2
n1↑W4	2,0 ± 0,49	2,69 ± 0,4
nW↓7	106,0 ± 18,9	114,0 ± 20,0
n1W↓7	8,3 ± 1,5	5,6 ± 1,8

Примітка. Різниця значень усіх показників для позитивного та негативного тесту недостовірна.

результати: в I групі кислий рефлюкс у 18 хворих (60,0 %) зникав, але вони продовжували приймати омепразол по 20 мг двічі на добу та додатково їм призначали домперидон. У 12 із 30 хворих з кислим рефлюксом (40,0 %) з'явився лужний рефлюкс. Їм залишали в схемі лікування омепразол (по 20 мг/добу) та вводили домперидон і «Урсофальк». У хворих II групи лужний рефлюкс зменшувався, тому їм відміняли омепразол, але додавали домперидон, «Урсофальк» і «Білосорб». У III групі зі змішаним рефлюксом кисла компонента рефлюксу зникала, у 16 із 48 хворих (33,3 %) лужна компонента зменшувалася. Їм продовжували давати домперидон, призначений ще на початку лікування, та зменшували дозу омепразолу до 20 мг/доба. У 32 осіб із 48 (66,6 %)

лужна компонента рефлюксу дещо збільшувалася, тому, крім домперидону, омепразолу додавали ще й «Урсофальк» у дозі 20 мг/добу.

Отримані дані ілюструє таке клінічне спостереження.

Хворий Ц., 52 роки, звернувся зі скаргами на печію, що усувається прийомом антацидів і їжею, але посилюється при нахилах тулуба вперед, а також на відрижку повітрям, гірким, нудоту зранку, метеоризм. Під час об'єктивного обстеження: язик обкладений біло-жовтим нальотом, живіт здутий, болочий в надчеревній ділянці, пілородуоденальній зоні, правому підребер'ї, за ходом кишечника. Під час ендоскопії виявлено: стравохід у нижній третині гіперемований, вкритий фібрином, з однічною ерозією до 5 мм, слизова оболонка в нижній третині тьмяна, кардія змикається не повністю. У шлунку каламутний слиз, секрет та домішки жовчі. Слизова оболонка гіперемована, більше в антральному відділі, еластична. Воратар зяє. Швидкий уреазний тест негативний. За даними УЗД органів черевної порожнини, є ознаки хронічного холециститу, хронічного панкреатиту.

Проведено добовий рН-моніторинг і виявлено змішаний рефлюкс.

Клінічний діагноз: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба з езофагітом ступеня А; хронічний неатрофічний гастрит у стадію загострення; *H. pylori*(-); дуоденіт; дуодено-гастральний рефлюкс.

Лікування: омепразол по 20 мг 2 рази на добу, домперидон по 10 мг 3 рази на добу. На 7-му добу лікування хворий скарг не пред'являв. Пальпаторно: живіт м'який, чутливий в надчеревній ділянці, правому підребер'ї. Проведений повторний добовий внутрішньостравохідний рН-моні-

Аналіз рН-грами стравоходу хворого Ц.

	Мін.	Макс.	n↑W4	n1 ↑W4	nW↓7	n1 W↓7
pH до застосування препарату	1,16	7,69	69	2	81	10
pH на тлі застосування препарату	1,86	7,72	3	0	325	1

Функціональні інтервали рН стравоходу хворого Ц.

ФІ рН	n1	%	n2	%
5 (0,86–1,29)	63	0,58	0	0,00
4 (1,30–1,59)	131	1,21	1	0,01
3 (1,60–2,29)	54	0,50	3	0,03
2 (2,30–3,59)	669	6,19	6	0,06
1 (3,60–6,99)	8609	79,71	9418	88,18
0 (7,00–8,50)	1272	11,78	1252	11,72

n1 — до лікування; n2 — на 7-му добу лікування.

торинг. Кисла компонента рефлюксу зникала, лужна дещо збільшувалася. Дозу омепразолу зменшили до 20 мг/добу та додали «Урсофальк» по 250 мг 2 рази на добу.

Через 8 тиж хворого повторно обстежено: клінічно, ендоскопічно. Спостерігали позитивну динаміку.

Після повторного добового езофаго-рН-моніторингу та залежно від результатів формували комплекси лікування:

- омепразол по 20 мг 2 рази на добу, домперидон по 10 мг 3 рази на добу;
- омепразол по 20 мг 2 рази на добу, домперидон по 10 мг 3 рази на добу, урсодезоксихолева кислота («Урсофальк» фірми «Д-р Фальк», Німеччина) по 250 мг 2 рази на добу;
- домперидон по 10 мг 3 рази на добу, «Урсофальк» по 250 мг 2 рази на добу, «Білосорб» по 1 болюсу 3 рази на добу — за 2 год до та через 2 год після їди.

Лікування продовжували всім хворим протягом 2 міс з використанням омепразолу.

Додатково призначали домперидон по 10 мг 3 рази на добу за 20–30 хв до вживання їди протягом 6–8 тиж.

У разі лужного, змішаного рефлюксу та супутньої патології гепатобіліарної системи використовували «Урсофальк» по 250 мг 2 рази на добу до 2 міс та «Білосорб».

Висновки

Ефективність лікування ГЕРХ підвищується у разі індивідуального визначення рефлюксу (кислий, лужний чи змішаний) та підбору терапевтичних комплексів, а також при проведенні контролю їхнього впливу.

«Урсофальк» виявляє достатній ефект як щодо лужних, так і змішаних гастроєзофагеальних рефлюксів, нівелюючи наслідки негативного впливу жовчі і панкреатичних ферментів на слизову оболонку шлунка та стравоходу.

«Урсофальк» може бути препаратом вибору при ГЕРХ із супутньою патологією гепатобіліарної системи.

Список літератури

1. Авраменко А.А., Гоженко А.І. Хелікобактеріоз.— О.: ЧП «Фотосинтетика».— 2004.— 324 с.
2. Бабак О.Я., Фадєєнко Г.Д. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.— К.: Інтерфарма-Київ, 2000.— 350 с.
3. Белоусов С.С., Муратов С.В. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба и дуоденогастральный рефлюкс.— Нижний Новгород: Изд. НГМА, 2005.— С. 16–20.
4. Будзинский А.А., Белова Г.В., Садоков В.М. Современные возможности эндоскопической диагностики забелеваний пищевода // Альманах эндоскопии.— 2002.— № 1.— С. 6–7.
5. Вдовиченко В.І. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: нерозв'язані питання і перспективи в світлі Консенсусу «GERD 2003» // Сучасна гастроентерол.— 2004.— № 3.— С. 18–21.
6. Вискребенцева С.А., Алферов В.В. Нарушения моторики желудка при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // РЖ гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2005.— № 6.— С. 35–39.
7. Дзяк Г.В., Грищенко І.І., Степанов Ю.М. та ін. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: сучасний погляд на проблему.— Дніпропетровськ, 2003.— С. 26–28.
8. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // РЖ гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2003.— № 6.— С. 18–25.
9. Ильченко А.А., Селезнева Э.Д., Чикунова Б.З. 24-часовой рН мониторинг в оценке функциональных и морфологических расстройств пищевода у пациентов с дуоденальными язвами // Рос. гастроэнтерол. журн.— 2001.— № 2.— С. 31–37.
10. Кононов А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: взгляд морфолога на проблему // РЖ гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.— 2004.— № 1.— С. 71–77.
11. Острогляд А.В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 1.— С. 30–32.
12. Тельнов В.Л., Тельнова О.И., Ковальчук П.П. Патогенетические приоритеты в терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сучасна гастроентерол.— 2002.— № 3 (9).— С. 13–17.
13. Ткач С.М., Кузенко Ю.Г. Современные подходы к диагностике, классификации, лечению и профилактике пищевода Барретта // Сучасна гастроентерол.— 2006.— № 1.— С. 75–80.
14. Cheer S.M., Prakash A., Faulds D., Lamb H. Pantoprazole: an update of its pharmacological properties and therapeutic use in the management of acid — related disorders // Drugs.— 2003.— Vol. 1, N 63.— P. 101–133.
15. Dean B.B., Siddique R.M., Yamashita B.D. et al. Cost-effectiveness of proton pump inhibitors for maintenance therapy of erosive reflux esophagitis // Am. J. Health-Syst. Pharm.— 2001.— Vol. 58.— P. 1338–1346.
16. Dent J., Talley N.J. Overview: initial and long-term management of gastro-oesophageal reflux disease // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2003.— Vol. 17 (suppl. 1).— P. 53–57.
17. Falk G.W. Reflux disease and Barrett's esophagus // Endoscopy.— 1999.— Vol. 31, N 15.— P. 9–16.
18. Fink S.M., McCallum R.W. The role of prolonged esophageal pH monitoring in the diagnosis of gastroesophageal reflux // JAMA.— 2004.— Vol. 9, N 252.— P. 1160–1164.
19. Lundell L.R., Dent J., Bennet J.R. et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification // Gut.— 1999.— Vol. 45.— P. 172–180.
20. Madan K., Ahuja V., Gupta S.D. et al. Impact of 24-h esophageal pH monitoring on the diagnosis of gastroesophageal reflux disease: Defining the gold standard // Gastroenterol. Hepatol.— 2005.— N 20 (1).— P. 30–37.
21. Moayyedi P., Foral A. Последние достижения в гастроэнтерологии // Новые мед. технол.— 2003.— N 1.— С. 25–29.
22. Nehra D., Howell P., Williams C.P. et al. Toxic bile acids in gastroesophageal reflux disease: influence of gastric acidity // Gut.— 1999.— Vol. 44, N 3.— P. 598–600.
23. Thomson A.M., Barcun A., Armstrong D. et al The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadin Adult Dyspepsia Empiric treatment — prompt endoscopy (CADET-PE) study // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2003.— Vol. 17.— P. 1481–1491.

О.П. Гнатенко, Н.В. Харченко

Использование препарата «Урсофальк» в лечебных схемах при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Необходимое условие эффективного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни —кислото-супрессивная терапия и поддержание необходимого рН в дистальной части пищевода. Препаратом выбора для щелочных и смешанных гастроэзофагеальных рефлюксов является «Урсофальк», который эффективно устраняет последствия негативного влияния желчи и панкреатических ферментов на слизистую оболочку желудка и пищевода.

O.P. Gnatenko, N.V. Kharchenko

The use of *Ursofalk* preparation in therapeutic schemes for gastroesophageal reflux disease

The necessary condition of the effective treatment of gastroesophageal reflux disease is acid suppressive therapy and maintenance of necessary pH in the distal part of the oesophagus. The preparation of choice for alkaline and mixed gastroesophageal refluxes is *Ursofalk* which effectively eliminates the consequences of the negative effect of gall and pancreatic enzymes on the mucous membrane of the stomach and esophagus.

Контактна інформація

Гнатенко Оксана Петрівна, начальник гастроентерологічного відділення
04108, м. Київ, пров. Квітневий, 8, кв. 61

Стаття надійшла до редакції 12 лютого 2009 р.