

УКРАЇНСЬКИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ЖУРНАЛ

№ 4 (84)
2015

СУЧАСНА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

CONTEMPORARY
GASTROENTEROLOGY

UKRAINIAN
SCIENTIFIC AND PRACTICAL
SPECIALIZED JOURNAL

Ерадикація *H. pylori* в умовах
зростання антибіотикорезистентності

Роль кишкової мікробіоти
при неалкогольній жировій
хворобі печінки

Порушення функції кишечника
при метаболічних захворюваннях



www.sgastro.com.ua
www.vitapol.com.ua

ВІТ-А-ПОЛ
ВИДАВНИЧА ГРУПА

УКРАЇНСЬКИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ЖУРНАЛ

№ 4 (84)
2015

СУЧАСНА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

CONTEMPORARY
GASTROENTEROLOGY

UKRAINIAN
SCIENTIFIC AND PRACTICAL
SPECIALIZED JOURNAL

ЗАСНОВАНИЙ У СЕРПНІ 2000 РОКУ
ВИХОДИТЬ 6 РАЗІВ НА РІК

Журнал зареєстровано в міжнародних
наукометричних системах Science Index та Google Scholar

КИЇВ // ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ» // 2015

www.sgastro.com.ua

www.vitapol.com.ua

ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»

Державна установа «Інститут гастроентерології НАМН України»

ПП «ІНПОЛ ЛТМ»

Реєстраційне свідоцтво
КВ № 16647-5119 ПР від 21.05.2010 р.

Журнал внесено
до переліку фахових видань
з медичних наук

Постанова Президії ВАК України
№ 1-05/7 від 10.11.2010 р.

Рекомендовано
Вченою радою
Національного інституту
терапії імені Л. Т. Малої
НАМН України

Протокол № 6 від 19.06.2015 р.

Видавець

ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ»

Свідоцтво суб'єкта видавничої
справи ДК № 4757 від 05.08.2014 р.

Керівник проекту

А. В. Поліщук

Відповідальний секретар

О. М. Берник

Літературний редактор

О. Г. Молдованова

Друк

ТОВ «ВБ «Аванпост-Прим»

03035, м. Київ, вул. Сурикова, 3/3

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи

ДК № 1480 від 26.03.2003 р.

Підписано до друку 02.09.2015 р.

Формат 60 × 84/8

Папір крейдований. Друк офсетний

Ум. друк. арк. 15,36

Замовлення № 0415SG

Наклад 2000 прим.

Адреса редакції та видавця

01030, м. Київ,

вул. М. Коцюбинського, 8а

Телефони: (44) 465-30-83,

278-46-69, 309-69-13

E-mail: journals@vitapol.com.ua

http://www.sgastro.com.ua

http://www.vitapol.com.ua

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР Г. Д. ФАДЕЄНКО

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

О. Я. БАБАК
(науковий редактор)

О. М. БІЛОВОЛ

Т. П. ГАРНИК

Н. Б. ГУБЕРГРІЦ

Г. В. ДЗЯК

І. ДИКУН (Німеччина, Ессен)

В. І. ДІДЕНКО

М. Ю. ЗАК

Т. Д. ЗВЯГІНЦЕВА

В. А. ІГНАТОВ

О. В. КОЛЕСНІКОВА
(заступник
головного редактора)

О. В. КОРКУШКО

О. О. КРАХМАЛОВА

С. А. КУРИЛОВИЧ (Росія)

Л. В. МОРОЗ

Л. М. МОСІЙЧУК

В. Г. ПЕРЕДЕРІЙ

В. М. РАТЧИК

Ю. І. РЕШЕТЛОВ

Ю. С. РУДИК

А. С. СВІНЦІЦЬКИЙ

І. М. СКРИПНИК

Ю. М. СТЕПАНОВ

С. М. ТКАЧ

Є. І. ТКАЧЕНКО (Росія)

Ю. О. ФІЛІПОВ

Н. В. ХАРЧЕНКО
(заступник
головного редактора)

В. П. ЧЕРНИХ

В. М. ЧЕРНОБРОВИЙ

О. В. ШВЕЦЬ

Відповідальність за зміст, добір та викладення фактів у статтях несуть автори, за зміст та оформлення інформації про лікарські засоби — замовники. Передрук опублікованих статей можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело.

Знаком □ позначена інформація про лікарські засоби для медичних працівників.

Матеріали зі знаком © друкуються на правах реклами.

За зміст рекламних матеріалів відповідають рекламодавці.

ЗМІСТ

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 7 Chronic systemic inflammation in nonalcoholic fatty liver disease
О. Н. Kurinna
- 15 Сравнительная клиничко-биохимическая характеристика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и ее коморбидности с гипертонической болезнью
А. Е. Гриднев
- 22 Клініко-лабораторні та інструментальні ознаки хронічного панкреатиту при цукровому діабеті 2 типу
Ю. О. Шеховцова
- 28 Особливості клінічного перебігу синдрому подразненого кишечника в осіб молодого віку, хворих на нейроциркуляторну дистонію
А. А. Заздравнов, О. В. Супрун

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

- 32 Ефективність препарату «Еслідин» у хворих на неалкогольний стеатогепатит
Г. Д. Фадеєнко, І. Е. Кушнір
- 43 Современные возможности метаболической терапии в комплексном лечении пациентов с хроническим токсическим гепатитом
Н. В. Харченко, Г. А. Анохина, И. А. Коруля, И. Н. Червак
- 51 Хронические дерматозы в практике гастроэнтеролога
Э. Г. Манжалий, С. С. Дудка, М. О. Дашко
- 61 Динаміка показників дисфункції ендотелію у хворих із хронічним панкреатитом після холецистектомії під впливом препарату «Глутаргін»
В. І. Русин, Є. С. Сірчак, Н. Ю. Курчак, О. М. Москаль
- 66 Ефективність лікування неалкогольної жирової хвороби печінки гепатопротекторами рослинного походження на прикладі препарату «Гепаназе»
Є. П. Вакуленко, А. О. Кармазіна, Т. М. Будько, Т. Є. Лобода, М. В. Обремський, М. В. Метенько, О. Г. Луценко
- 73 Захворювання підшлункової залози та *Helicobacter pylori*: чи є зв'язок?
Н. Б. Губергріц, Н. В. Беляєва, П. Г. Фоменко, О. М. Агібалов, І. В. Василенко

ОГЛЯДИ

- 86 Эрадикационная терапия *Helicobacter pylori* в условиях растущей антибиотикорезистентности
Г. Д. Фадеевко, К. А. Сытник
- 90 Патогенетическая роль нарушений кишечной микробиоты в развитии неалкогольной жировой болезни печени
С. М. Ткач, Т. Л. Чеверда, А. В. Казнодий
- 99 Нарушения функциональной активности кишечника у пациентов с метаболически-ассоциированными заболеваниями: как улучшить прогноз?
Е. В. Колесникова
- 109 Гастрозофагеальна рефлюксна хвороба та ішемічна хвороба серця: сучасні погляди та невирішені питання коморбідності
Г. Д. Фадеевко, О. В. Ізмайлова
- 118 Тромбоцитопенія при хронічних захворюваннях печінки
Е. Г. Манжалій, О. М. Бака, В. Є. Кондратюк

ЮВІЛЕЙНА ДАТА

- 125 Кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії
НМАПО імені П.Л. Шупика — 50 років

З'ЇЗДИ, КОНГРЕСИ, КОНФЕРЕНЦІЇ

- 127 Як підвищити рівень знань дерматологів, пульмонологів та лікарів інших спеціальностей з питань здорового харчування та нутріофармакології?

ОГОЛОШЕННЯ

- 130 **ДО УВАГИ АВТОРІВ**

рапії ЕД у хворих з хронічними захворюваннями внутрішніх органів. Останнім часом особливу увагу звертають на препарати L-аргініну та можливості застосування їх у складі комплексної терапії хронічних захворювань внутрішніх органів.

L-аргінін — амінокислота, яка належить до класу умовно незамінних амінокислот і є активним клітинним регулятором багатьох життєво важливих функцій організму, а також субстратом для NO-синтази — ферменту, який каталізує синтез NO в ендотеліоцитах. Результати численних досліджень свідчать про те, що у місцях ураження судинної стінки синтез і біодоступність NO суттєво знижені. Це змінює баланс чинників, які впливають на тонус судин, і провокує розвиток вазоконстрикції [4]. NO відіграє важливу роль у біорегуляції організму, будучи однією з найдрібніших відомих молекул — біологічних месенджерів. Фізіологічна роль NO полягає в релаксації кровеносних судин, гладенької мускулатури трахеї, шлунка, кишечника, сечового міхура, матки тощо, поліпшує мікроциркуляцію у внутрішніх органах [1, 2]. На нашу думку, перспективними засобами комплексної терапії для профілактики формування хронічного панкреатиту (ХП) у хворих після холецистектомії (ХЕ) можуть бути препарати L-аргініну.

Мета — визначити вплив препарату «Глутаргін» (L-аргініну L-глутамат) на динаміку показників ендотеліальної дисфункції у хворих на хронічний панкреатит ХП після ХЕ.

Матеріали та методи

Обстежено 96 хворих на ХП після ХЕ, які перебували на лікуванні у хірургічній клініці та гастроентерологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака (м. Ужгород), а також у терапевтичному відділенні лікарні з поліклінікою СОЗ УМВС України в Закарпатській області. Всі дослідження проведено за згодою пацієнтів, а методика їх проведення відповідає Гельсінській декларації 1975 р. та її перегляду 1983 р.

Хворі були віком від 20 до 68 років, середній вік — $(41,9 \pm 7,7)$ року. Чоловіків було 30 (31,3%), жінок — 66 (68,7%). ХЕ проведено в середньому $(5,9 \pm 2,7)$ року тому. В контрольну групу залучено 20 практично здорових осіб віком від 20 до 63 років, середній вік — $(40,1 \pm 4,6)$ року. Чоловіків було 11 (55,0%), жінок — 9 (45,0%).

Усім хворим до і після лікування виконано загальноклінічні дослідження. Діагноз загострення ХП установлювали з урахуванням скарг, анамнестичних даних, результатів лабораторних досліджень (загальний аналіз крові та сечі, біо-

хімічний аналіз крові, копрологічне дослідження). Усім хворим виконано ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (апарат Philips HDI-1500).

Проведено детальне дослідження крові, зокрема визначення основних гемореологічних і гемостатичних показників, а також одного з маркерів ЕД — фактора Віллебранда за допомогою хромогенного аналізу на апараті Sysmex 500 та Sysmex 560 (Японія) з використанням реактивів фірми Siemens.

Ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД) плечової артерії (ПА) вивчали за методом D. Celermajer [6]. Ультразвукове дуплексне сканування ПА виконували на апараті HDI-1500 (США) з використанням імпульсно-хвильового доплерівського датчика 2,5 і 5–10 мГц Zonare (США). ПА досліджували на 3–10 см вище за ліктьовий згин. Дослідження проводили в режимі двомірного сканування із синхронним записом ЕКГ; діаметр ПА вимірювали у фазу діастолі у В-режимі, в доплер-режимі оцінювали зміну швидкості кровотоку до і під час проби з реактивною гіперемією. Стимулом ЕЗВД була реактивна гіперемія, яку створювали манжетною, накладеною на ділянку, розташовану дистальніше за місце проведення дослідження. Діаметр ПА вимірювали у стані спокою (через 10–15 хв відпочинку). У манжеті створювали тиск 200–300 мм рт. ст. впродовж 5 хв, після чого тиск усували, діаметр і швидкість кровотоку вимірювали відразу після зняття манжети протягом 5 хв з інтервалом 30 с. Збільшення діаметра ПА через 60–90 с на тлі реактивної гіперемії на 10% і більше вважали нормальною реакцією, менший ступінь дилатації або вазоконстрикцію — як патологічну реакцію. Через 15 хв після відновлення діаметра ПА хворий приймав 0,5 мг нітрогліцерину сублінгвально. Нітрогліцерин використовували як ендотелійнезалежний (ЕНВД) стимул, який спричиняв релаксацію периферичних судин. Вимірювання повторювали через 2 і 5 хв після прийому нітрогліцерину. Реакцію на посилення кровотоку розраховували як різницю діаметра на тлі реактивної гіперемії і початкового діаметра, реакцію на нітрогліцерин — як різницю діаметра на 2-й хвилині після прийому нітрогліцерину і початкового діаметра. Нормальною реакцією ПА прийнято вважати розширення її діаметра на тлі реактивної гіперемії на 10% і більше від початкового значення. Менший ступінь вазодилатації або вазоконстрикцію вважають патологічною реакцією. ЕД верифікували при розширенні судини у відповідь на реактивну гіперемію достовірно менше, ніж при прийомі нітратів [6].

Таблиця. Динаміка показників ендотеліальної дисфункції у хворих на хронічний панкреатит після холестекстому під впливом комплексної терапії із застосуванням «Лугартину», %

Показник	Група		
	Контрольна	1-ша група (n = 30)	2-га група (n = 66)
Ендотеліальна вазодилатація	15,6 ± 1,1	10,3 ± 0,8	11,5 ± 1,1
Ендотеліальна вазодилатація	26,2 ± 2,4	17,3 ± 1,2	18,1 ± 0,9
Фактор Вілбранда	95,2 ± 4,1	158,7 ± 7,0*	139,7 ± 5,7
		155,0 ± 4,7*	115,4 ± 4,9*

Примітка. * Різниця щодо показників до лікування статистично значуща (p < 0,05).
 * Різниця щодо показників контрольної групи статистично значуща (p < 0,05).

стіжок дисбалансу ендотеліального гомеостазу, на

що вказує ЕД у хворих з ХП.

Отже, поліпшуючи біосинтез NO, Л-аргінін

стимулює ендотеліальну вазодилатацію у

пацієнтів з порушеною функцією ендотелію.

Використання препаратів Л-аргінину («Лугарт-

ін») має важливе значення у профілактиці та

лікуванні захворювань, в основі патогенезу яких

лежить ЕД. Логічно припустити, що терапія

Л-аргініном є найбільш ефективною у разі вира-

женої ЕД — він значно зменшує її вияви, таким

чином впливаючи на «динамічний компонент»

формування судинних патологій при хронічних

захворюваннях внутрішніх органів. У хворих на

ХП після ХЕ комплексна терапія із використанням

препарату «Лугартину» значно поліпшувала функцію

ендотелію.

Лікування Л-аргініном є безпечним, поліпшує

лабораторно-інструментальні показники ЕД, по-

зитивно впливає на клінічний перебіг у хворих

Висновки

Застосування Л-аргінину Л-лугартину («Луг-

артин») у комплексній терапії хворих на хроніч-

ний панкреатит після холестекстому сприяє

вираженій достовірній позитивній динаміці ла-

бораторно-інструментальних показників ендो-

теліальної дисфункції.

«Лугартин» (Л-лугартин Л-лугартин) є ефек-

тивним засобом для корекції ендотеліальної дис-

функції та профілактики хронічного панкреати-

ту у хворих після холестекстому.

Перспективи досліджень полягають у подаль-

шому вивченні механізмів формування хроніч-

ного панкреатиту у хворих після холестекстому

та оптимізації методів їх корекції.

Надання медичної допомоги хворим на ХП

після ХЕ здійснювали згідно з клінічним прото-

колом лікування МОЗ України № 271 від

13.06.2005 р. та локальних протоколів. Базисне

лікування хворих передбачало призначення ін-

дивідуально підібраної замісної ферментної те-

рапії, спазмолітиків, прокінетиків, за потреби —

ненаркотичних анальгетиків.

Хворих розподілили на дві групи: 1-ша —

30 хворих на ХП після ХЕ, які отримували лише

базисну терапію, 2-га — 66 пацієнтів, котрі дола-

ково отримували Л-аргінину Л-лугартин («Луг-

артин», «Здоров'я») 20% розчин по 5,0 мл

внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом

10 днів з переходом на пероральний прийом пре-

парату по 750 мг тричі на добу протягом 2 тиж.

Аналіз і обробку отриманих результатів здій-

нювали за допомогою комп'ютерної програми

Результати та обговорення

Розподіл хворих у групах був однорідним. Під

впливом комплексного лікування із застосуван-

ням «Лугартину» у хворих на ХП після ХЕ опі-

новали динаміку клінічної і лабораторної симп-

томатики (таблиця).

У 2-й групі виявлено тенденцію до нормаліза-

ції ЕЗВД та ЕНВД ПА, тоді як у 1-й групі ці по-

казники після лікування змінювались незначно.

Подібну картину спостерігали і щодо динаміки

фактора Вілбранда.

У розв'язку і хронізації ураження внутрішніх

органів встановлено участь судинного русла, що

виявлялося порушенням функції ендотелію.

Про це свідчить підвищення синтезу ендотелі-

фактора Вілбранда. Таким чином, запальні

зміни у підшлунковій залозі у хворих після ХЕ

індукуються порушенням мікроциркуляції вна-

Список літератури

1. Головченко Ю.И., Трещинская М.А. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции // *Consilium medicum Ukraina*. — 2008. — № 11. — С. 38–40.
2. Гуревич М.А., Стуров Н.В. Дефицит оксида азота и поддержание сосудистого гомеостаза: роль мононитратов и проблемы цитопротекции // *Трудный пациент*. — 2006 — № 3. — С. 23–29.
3. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Шевченко А.О. и др. Метаболический синдром. — М.: Реафарм, 2004. — 141 с.
4. Шестакова М.В. Дисфункция эндотелия — причина или следствие метаболического синдрома? // *Рус. мед. журн.* — 2001. — № 9 (2). — С. 68–76.
5. Boger R.H. The pharmacodynamics of L-arginine // *J. Nutr.* — 2007. — Vol. 137. N 6. suppl. 2. — P. 1650–1655.
6. Celermajer D.S., Sorensen K.E., Bull C. et al. Endothelium-dependent dilation in the systemic arteries of asymptomatic subjects relates to coronary risk factor and their interaction // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 1994. — N 24 (6). — P. 1468–1474.
7. Endemann D.H., Schiffman E.L. Endothelial dysfunction // *J. Am. Soc. Nephrol.* — 2004. — N 14. — P. 1983–1992.

В. И. Русин, Е. С. Сирчак, Н. Ю. Курчак, О. М. Москаль

Ужгородский национальный университет

Динамика показателей дисфункции эндотелия у больных хроническим панкреатитом после холецистэктомии под воздействием препарата «Глутаргин»

Цель — определить влияние препарата «Глутаргин» (L-аргинина L-глутамат) на динамику показателей эндотелиальной дисфункции у больных хроническим панкреатитом (ХП) после холецистэктомии (ХЭ).

Материалы и методы. Обследованы 96 больных на ХП после ХЭ, которые находились на лечении в хирургической клинике и гастроэнтерологическом отделении Закарпатской областной клинической больницы имени Андрея Новака (Ужгород), а также в терапевтическом отделении больницы с поликлиникой СОЗ УМВД Украины в Закарпатской области. Возраст больных — от 20 до 68 лет, средний возраст — $(41,9 \pm 7,7)$ года. Мужчин было 30 (31,3%), женщин — 66 (68,7%). ХЭ проведено в среднем $(5,9 \pm 2,7)$ года назад. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 63 лет, средний возраст — $(40,1 \pm 4,6)$ года. Всем больным до и после лечения выполнены общеклинические исследования. Диагноз обострения ХП устанавливали с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов лабораторных исследований. Всем больным выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, проведено определение основных гемореологических и гемостатических показателей, а также одного из маркеров эндотелиальной дисфункции — фактора Виллебранда. Больных распределили на две группы: 1-я — 30 больных, которые получали лишь базисную терапию, 2-я — 66 пациентов, которые дополнительно получали L-аргинина L-глутамат («Глутаргин», «Здоровье») 20% раствор по 5,0 мл внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней с переходом на пероральный прием препарата по 750 мг трижды в сутки в течение 2 нед.

Результаты. Применение L-аргинина L-глутамата («Глутаргин») в комплексной терапии больных на ХП после ХЭ способствует выраженной достоверной позитивной динамике лабораторно-инструментальных показателей эндотелиальной дисфункции.

Выводы. «Глутаргин» (L-аргинина L-глутамат) является эффективным средством для коррекции эндотелиальной дисфункции и профилактики хронического панкреатита у больных после холецистэктомии.

Ключевые слова: холецистэктомия, хронический панкреатит, эндотелиальная дисфункция, L-аргинина L-глутамат.

V. I. Rusin, E. S. Sirchak, N. Yu. Kurchak, O. M. Moskal
Uzhhorod National University

Dynamics of indicators of endothelial dysfunction in patients with chronic pancreatitis after cholecystectomy under the influence of Glutarargin preparation

Objective — to define the effects of *Glutarargin* preparation (L-arginine L-glutamate) on the dynamics of endothelial dysfunction parameters in patients with chronic pancreatitis (ChP) after cholecystectomy (ChE).

Materials and methods. The investigations involved 96 patients with ChP after ChE, who were hospitalized in the surgical hospital and Gastroenterological Department of Zakarpatskaya Regional Clinical Hospital in a. Andrey Novak (Uzhhorod), as well as in the Therapeutic Department of the Hospital with Polyclinics of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine in Zakarpatskaya Region. The patients' age was 20 to 68 years, the mean age (41.9 ± 7.7) years. From them 30 patients were men (31.3%), and 66 women (68.7%). ChE was performed (5.9 ± 2.7) years ago at average. The control group consisted of 20 practically healthy people aged 20 to 63 years, the mean age (40.1 ± 4.6) years. All patients were undergone routine clinical investigations before and after the treatment. The diagnosis of ChP exacerbation was established based on the complaints, medical history, and results of laboratory investigations. All patients passed ultrasound investigation of the abdominal cavity organs, determination of the basic hemorheologic and hemostatic indices, as well as one of the endothelial dysfunction markers — Wilhelbrand factor. Patients were distributed into 2 groups: the first consisted of 30 patients, who received basic therapy only; the 2nd group included 66 patients, who received additional L-arginine L-glutamate (*Glutarargin, Zdotovye*), 20% solution in a dose of 5.0 ml intramuscular 1 time a day during 10 days with subsequent switchover on the oral intake in a dose of 750 mg three times a day during 2 weeks.

Results. The use of L-arginine L-glutamate (*Glutarargin*) in the complex therapy of patients with ChP after ChE promoted the pronounced significant dynamics of the laboratory and instrumental indices of endothelial function.

Conclusions. *Glutarargin* (L-arginine L-glutamate) proved to be effective remedy for correction of the endothelial dysfunction and prophylaxis of the chronic pancreatitis in patients after cholecystectomy.

Key words: cholecystectomy, chronic pancreatitis, endothelial dysfunction, L-arginine L-glutamate.

Контактна інформація

Русин Василь Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедрою
88018, м. Ужгород, вул. Капушанська, 22
E-mail: khosphir@univ.uzhgorod.ua

Стаття надійшла до редакції 8 червня 2015 р.