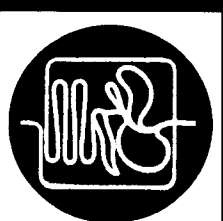


ДУ «ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»  
УКРАЇНЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ

# ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ



*Міжвідомчий збірник*

Видається щорічно  
Заснований у 1969 році

Випуск 42

ДУ «ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»  
УКРАЇНЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ  
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА  
АКАДЕМІЯ

## ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

*Міжвідомчий збірник*  
Видається щорічно  
Заснований у 1969 році

**ВИПУСК 42**

Дніпропетровськ  
Пороги  
2009

УДК 616.35/34  
ББК 54.13  
Г 22

Відповідальний редактор Ю.О. Філіпшов, чл.-кор. АМН України,  
заслужений діяч науки та техніки, професор.

Редакційна колегія Міжвідомчого збірника "Гастроентерологія" при  
Інституті гастроентерології АМН України (м. Дніпропетровськ): О.Я. Бабак,  
Т.Й. Бойко, Н.Г. Травіровська, Т.Д. Звягінцева, Є.М. Нейко, Д.Я. Мельниченко,  
Л.М. Мосійчук (заст. відп. редактора), В.Г. Передерій, А.С. Свінціцький (відп.  
секретар), Ю.М. Степанов, Ю.О. Філіпшов (відп. редактор), Н.В. Харченко, Б.Ф.  
Шевченко.

### Присвячений 30-річчю створення кафедри гастроентерології та терапії Дніпропетровської державної медичної академії

У наукових працях збірника розглянуто соціально-гігієнічні питання  
захворювань органів травлення, проблеми організації лікувально-діагностичного  
процесу, етіології, патогенезу, а також аспекти лікування, діагностики й  
профілактики гастроентерологічних захворювань.

Засновниками збірника є Інститут гастроентерології АМН України  
(м. Дніпропетровськ) і Українська гастроентерологічна асоціація. Збірник  
зареєстровано Державним Комітетом інформаційної політики, телебачення та  
радіомовлення України. Свідоцтво КВ №7633. Збірник вкрито до переліку  
видань, затверджених ВАК України.

Рецензенти: професор Звягінцева Т.Д., завідувач кафедри гастроентерології  
Харківської медичної академії післядипломної освіти і професор Курята О.В.,  
завідувач кафедри госпітальної терапії №1 та профілактології Дніпропетровської  
державної медичної академії.

Видано в авторській редакції

ISBN 978-611-518-004-2

© ДУ «Інститут гастроентерології АМН  
України»,  
(м. Дніпропетровськ)  
і Українська гастроентерологічна  
асоціація, 2009

### СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

УДК 616.3-001.8:615

### ШЛЯХОМ ПЛІДНОЇ ПРАЦІ ТА НАУКОВИХ ПОШУКІВ – до 30-річчя створення кафедри гастроентерології та терапії

Ю.М. Степанов, В.І. Залевський, І.Я. Бурдак  
Дніпропетровська державна медична академія

Хвороби органів травлення викликали увагу з глибокої  
давнини, про що свідчать численні праці корифеїв медицини  
Гіппократа, Авіценни, Галена та інших. Значним вкладом в  
осмислення та обґрунтування захворювань послужили наукові  
дослідження з фізіології травлення, одержані в другій половині XIX  
століття та на початку XX століття. Подальший розвиток технічних  
засобів (рентгенологія, ендоскопія, ультразвук) та інші методи  
дослідження) дозволили підняти діагностику та лікування до  
сучасних висот. Швидко зростає об'єм знань та методів лікування  
доказової медицини. Вони викликали необхідність виділити  
гастроентерологію в окрему спеціальність. Широкому  
впровадженню гастроентерології в охорону здоров'я в Україні  
сприяло відкриття в 1965 р. науково-дослідного інституту  
гастроентерології в Дніпропетровську, як науково-організаційного  
центру. В свою чергу потреба кадрового забезпечення та  
подальшого нарощування кількості спеціалістів-гастроентерологів  
привела до відкриття ряду кафедр гастроентерології в системі  
післядипломної освіти лікарів.

Кафедра гастроентерології Дніпропетровської державної  
медичної академії була створена у травні 1979 р. в складі факультету  
удосконалення лікарів. Базою кафедри став науково-дослідний  
інститут гастроентерології. Очолює її професор П.А. Канішев.

© Ю.М. Степанов, В.І. Залевський, І.Я. Бурдак

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ  
ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ..... 3

*Ю.М. Степанов, В.І. Залесевський, І.Я. Будзак*  
Шляхом плідної праці та наукових пошуків — до 30-річчя  
створення кафедри гастроентерології та терапії..... 3

*Ю.О. Філіптов, Н.Г. Граєвська, Л.М. Петручук,  
А.М. Вуренко*

Аналіз показників поширеності і захворюваності  
виразковою хворобою, хронічним гастритом та уоденієм  
у населення крупного промислового міста..... 10

*Ю.І. Решетілов, С.М. Дмитрієва, О.Ю. Васильченко,  
Л.П. Кузнецова, Н.М. Проценко, М.М. Сурмило, Т.В. Богослав*  
Інноваційні розробки кафедри терапії та гастроентерології  
ЗМАПО як змістовна компонента післядипломної  
підготовки лікарів..... 19

*О.В. Сергієні, С.С. Панича, Н.О. Гондурленко, Т.С. Ізюмова*  
Характеристика первинної інвалідності дорослого населення  
України та у працездатному віці по класу хвороб органів  
травлення..... 24

*Г.Д. Фадєєнко, І.Е. Кушнір, В.М. Чернова, М.О. Бабак,  
Н.А. Фруна, О.Л. Оларін*  
Розповсюдженість гастроєзофагеальної рефлюксної  
хвороби в Харківському регіоні..... 30

*М.Б. Щербиніна, І.Ю. Скарда*  
Сучасні питання організації гастроентерологічної  
практики в умовах первинної медико-санітарної допомоги..... 39

## ЕТИОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ..... 47

*Е.Й. Архій, В.Ю. Коваль, В.В. Бондаренко, Н.І. Брич, Л.О. Ізай,  
Я.Ф. Рішко*  
Ерозивно-виразкові ускладнення шлунка, дванадцятипалої  
кишки та Нейсрабастет рудіті..... 47

*Л.С. Бабінець, О.І. Круськів, Б.М. Демутат, Т.В. Войчихівська,  
Р.П. Дучь*  
Патогенетичні аспекти обґрунтування включення  
антиомотоксичних методик у комплексне лікування  
хронічного панкреатиту..... 51

*Е.Н. Барышников, В.Н. Дроздов, И.Е. Трубицына,  
А.В. Петраков, Б.З. Чижурнова*  
Сниження продукції оксида азота асоціюється с  
уменшенням вираженості запалення при  
експериментальному коліте..... 58

*Т.М. Ганич, М.І. Фатула, О.Т. Ганич, Н.В. Маркуш, О.М. Ганич*  
Фактори ризику поєднаної патології органів травлення з  
есенціальною гіпертензією..... 67

*Є.С. Тручак, О.М. Москаль, М.А. Дербак, Т.Я. Пивоварова*  
Зміни цитокінової ланки імунітету, перекисного окислення  
ліпідів та біохімічних показників крові при  
гемікобактерасоційованих ерозивно-виразкових ураженнях  
слизової оболонки шлунка у хворих із хронічним  
ураженням печінки..... 71

*Л.В. Глушко, В.М. Кулиєв*  
Стан вегетативної регуляції та психосоматичний статус  
хворих з різними клінічними варіантами функціональної  
диспепсії..... 76

*Н.Б. Губерґріц, К.О. Воронін*  
Функціональний стан печінки та ліпідний спектр крові у  
хворих з хронічним ішемічним панкреатитом..... 83

що у 2001 році алкоголь вживали 44,7%, а на сьогоднішній день спиртні напої вживають 46,6% студентів (чоловіків 57,3%, жінок 42,6%). Зловживання алкоголем серед досліджуваного контингенту не спостерігалось.

Стресові ситуації відзначались у 70,7% студентів (у 2001 році – у 22,9%), найчастіше у жінок – 67,7%. Основною причиною стресових ситуацій у студентів була екзаменаційна сесія, на другому місці – побутові причини.

27,8% студентів (67,0% жінок і 33,0% чоловіків) пред'являли ті чи інші скарги зі сторони шлунково-кишкового тракту: нудота зранку, болі в епігастрії, зниження апетиту, загальна кволіть, непереносимість молочних продуктів. Це пов'язано із нерегулярним харчуванням студентів, вживанням низькокалорійної їжі. 12,3% опитаних студентів мали скарги зі сторони серцево-судинної системи.

Якщо порівняти результати проведеного дослідження із даними за 2001 рік, де шлунково-кишкові захворювання спостерігались у 26,7% студентів, серцево-судинні 11,8%, то на сьогодні у студентів відзначається тенденція до збільшення цих захворювань.

#### Висновки.

1. Серед хворих з поєднаною патологією органів травлення з есенціальною гіпертензією курить 69,8% і 100% вживають алкоголь.

2. На сьогодні кількість курців серед студентів збільшилась з 22,9% у 2001 році до 27,0% (чоловіків – 39,1%, жінок – 19,2%); алкоголь вживають 46,6%, а у 2001 році – 44,7%.

3. Серед захворювань у студентів провідне місце займають шлунково-кишкові (27,9%) та серцево-судинні (12,3%).

4. Для профілактики захворювань і для збереження здоров'я необхідно проводити лікувально-профілактичні заходи та санітарно-просвітницьку працю як для хворих, так і для здорових.

1. *Сейницький А.С.* Діагностика та лікування поширених захворювань органів травлення / *А.С. Сейницький* – К., 2007. – С. 65–72.

2. *Андреева Т.И.* Табак и здоровье / *Т.И. Андреева, К.С. Красовский* – К., 2004. – 238 с.

3. *Храмов А.В.* Про дорогу людську слабкість / *А.В. Храмов, О.М. Ганич* – Ужгород, 1997. – 96 с.

4. *Пирів Л.* Скільки нас, які ми і як живемо в Україні // XII Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств. – Івано-Франківськ – Київ – Чикаго, 2008 – С. 4–23.

#### RISK FACTORS OF COMBINED PATHOLOGY OF DIGESTIVE ORGANS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION

Т.М. Науш, М.І. Фатіла, О.Т. Ганич, Н.В. Маркуш, О.М. Науш

Phytotherapy Scientific Research Institute of Uzhgorod National University. There were examined 194 patients with combined pathology of digestive organs followed by essential hypertension and 352 students of Uzhgorod National University. It was established that 59,8% of patients smoke and all patients consume alcohol.

44,7% of students consume alcohol in 2008 and 46,6% – nowadays (men – 57,3%, women – 42,6%).

27% of students smoke (women – 19,2%, men – 39,8%). In comparison 22,9% of students smoke in 2001.

УДК: 616.36-002.2:616.33-002.44]-07:612.397.015.11:612.017

**Зміни цитокінової ланки імунітету, перекисного окислення ліпідів та біохімічних показників крові при гелікобактераційованих ерозивно-виразкових ураженнях слизової оболонки шлунка у хворих із хронічним ураженням печінки**

Є.С. Гіряк, О.М. Москаль, М.А. Дербак, Т.Я. Пивоварова  
Ужгородський національний університет

Актуальність проблеми. В основі розвитку багатьох патологічних процесів, в тому числі і поєднаної патології шлунку та гепатобіліарної системи знаходяться процеси, що відбуваються на клітинному рівні. Особливо важливе місце посідає перекисне окислення ліпідів (ПОЛ) у патогенезі даних захворювань [1, 2, 3].

Маркерами гострої фази при захворюваннях органів травлення є показники інгерлейкінів (П), а саме П-1В, П-2, П-8, які максимально високі в ранні терміни загострення при хронічно-рецидивуючих варіантах перебігу хвороби, тоді як хронічний безперервно прогресуючий запальний процес веде до зростання фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ) [4, 5].

Мета дослідження: вивчити динаміку цитокінової ланки імунітету, ПОЛ та біохімічних показників крові під впливом лікування у Нейросклер руді (НР)-асоційованих хворих з ерозивно-виразковими ураженнями шлунку (ЕВУШ) на фоні хронічного ураження печінки (ХУП).

Матеріали і методи. Нами обстежено 58 хворих з ХУП (30 хворих з хронічним активним гепатитом (ХАГ) та 28 хворих на цироз печінки (ЦП)). Діагноз ХАГ та ЦП виставляли з урахуванням скарт, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження (УЗД органів черевної порожнини, фіброскопостроудоденоскопії, визначення маркерів вірусних гепатитів В і С методом ІФА). НР визначали за допомогою ІФА з використанням тест систем фірми Вектор-Бест (Росія). В групу обстеження ввійшли тільки НР-інфіковані хворі з ЕВУШ на фоні ХАГ та ЦП. У всіх хворих перед початком лікування визначали рівень цитокінів: П-1В, П-2, П-8, ФНП- $\alpha$ , методом ІФА на апараті "Nimbleader", використовуючи набір реагентів "ІФА-БЕСТ" фірми "Вектор-БЕСТ" та фірми РтoСоп ООО "Протейновий контур". Проміжні продукти перекисного окислення ліпідів визначали по кількості малонового дильдетиду (МДА) в реакції з тіобарбітуровою кислотою по методиці ЛІ Андреевої, Л.А. Кожемякіна.

Для ерадикації НР у хворих з ЕВУШ на фоні ХАГ та ЦП застосовували кларитроміцин по 500 мг 2 рази на добу, амоксицилін по 1000 мг 2 рази на добу та омепразол по 20 мг 2 рази на добу на протязі 7 днів. Лікування омепразолом продовжували ще на протязі 1 місяця. Антигелікобактерну терапію у хворих проводили на фоні базисного лікування ЦП та ХАГ. Всі хворі отримували гепатопротектори (глутаргін 40% по 5 мл на 200 мл фізіологічного розчину в/в краплинно 7 днів з подальшим переходом на таблетований прийом препарату по 2 табл. 3 рази на добу на протязі 1 місяця). Також призначали ліпотропні, спазмолітичні та сечогінні засоби, дезінтоксикаційну терапію, вітамінні групи В і С, та  $\beta$ -адренблокатори (у хворих на ЦП).

Результати дослідження. Під впливом лікування спостерігали позитивну динаміку клінічної симптоматики. Синдроми: диспепсичний, больовий та жовтяниці до лікування спостерігалися у всіх хворих. Після лікування диспепсія залишилася у 20% хворих І групи та у 30% – II групи, больовий синдром залишився у 15% хворих І групи та у 25% – II групи, синдром жовтяниці залишився у 10% хворих І групи та у 25% – II групи. Хворі обох груп відмітили суб'єктивне покращення настрою та самопочуття.

Також до лікування у 100% хворих виявили синдром порушення пігментного обміну, що проявлялося збільшенням рівня загального білірубіну (ЗББ), синдром холестазу визначався підвищеним рівнем лужної фосфатази (ЛФ) та загального холестерину (ЗХ), синдром цитолізу – збільшенням показників аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспаратамінотрансферази (АСТ), мезенхімально-запальний синдром – збільшенням показників тимолової проби та  $\gamma$ -глобулінів.

Під впливом лікування у хворих обох груп спостерігали значне покращення біохімічних показників, зокрема у I групі виявили достовірне зниження показників ЗББ: з  $(52,95 \pm 5,14)$  до  $(32,29 \pm 2,86)$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ), ТП: з  $(8,19 \pm 1,01)$  до  $(4,58 \pm 0,32)$  ОД ( $p < 0,001$ ), ЛФ: з  $(1201,51 \pm 101,59)$  до  $(895,83 \pm 50,79)$  ммоль/с х л ( $p < 0,01$ ), ЗХ: з  $(9,98 \pm 0,35)$  до  $(6,67 \pm 0,27)$  ммоль/л ( $p < 0,001$ );  $\gamma$  – глобуліну: з  $(34,33 \pm 1,72)$  до  $(25,05 \pm 1,23)\%$  ( $p < 0,001$ ). АСТ зменшилось: з  $(0,9 \pm 0,07)$  до  $(32,29 \pm 2,86)$  ммоль/год х л ( $p < 0,001$ ); АЛТ: з  $(1,11 \pm 0,14)$  до  $(0,61 \pm 0,06)$  ммоль/год х л ( $p < 0,001$ ). У II групі також виявили достовірне зниження ЗББ: з  $(52,68 \pm 8,61)$  до  $(30,28 \pm 4,40)$  мкмоль/л ( $p < 0,05$ ), ТП: з  $(5,67 \pm 0,60)$  до  $(3,75 \pm 0,44)$  ОД ( $p < 0,05$ ), ЛФ: з  $(1074,13 \pm 92,72)$  до  $(746,65 \pm 50,40)$  ммоль/с х л ( $p < 0,01$ ), ЗХ: з  $(8,65 \pm 0,24)$  до  $(5,86 \pm 0,15)$  ммоль/л ( $p < 0,001$ );  $\gamma$  – глобуліну: з  $(28,9 \pm 2,40)$  до  $(21,26 \pm 1,91)\%$  ( $p < 0,05$ ); АСТ: з  $(1,15 \pm 0,09)$  до  $(0,69 \pm 0,08)$  ммоль/год х л ( $p < 0,001$ ); АЛТ: з  $(1,61 \pm 0,2)$  до  $(0,91 \pm 0,12)$  ммоль/год х л ( $p < 0,01$ ). Отже, під впливом проведеного лікування у хворих з ЕВУШ на фоні ХУП спостерігали достовірне зниження ознак синдрому холестазу, покращення показників пігментного обміну, мезенхімально-запального та цитолітичного синдромів.

У пацієнтів як І так і ІІ групи до лікування виявили підвищення рівня прозапальних цитокінів (ІІ-1 $\beta$ , ІІ-2, ІІ-8, ФНП- $\alpha$ ), про що свідчать дані наведені в таблиці 1.

Таблиця 1 – Динаміка цитокінового профілю під впливом лікування у обстежених хворих з НР-асоційованими ЕВУШ на фоні ХУП

| Показник (пг/мл)         | І група (n=30)    |                   | ІІ група (n=28)   |                   |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                          | до лікування      | після лікування   | до лікування      | після лікування   |
| ІІ-1 $\beta$ (Мдо 11,2)  | 42,38 $\pm$ 4,95  | 15,55 $\pm$ 2,54* | 40,27 $\pm$ 6,84  | 10,5 $\pm$ 1,74*  |
| ІІ-2 (N5-25)             | 160,96 $\pm$ 48,6 | 89,30 $\pm$ 19,34 | 72,43 $\pm$ 19,67 | 37,21 $\pm$ 9,43  |
| ІІ-8 (N до 30)           | 80,96 $\pm$ 18,8  | 55,44 $\pm$ 13,77 | 128,79 $\pm$ 31,0 | 71,44 $\pm$ 22,09 |
| ФНП- $\alpha$ (N до 5,9) | 10,6 $\pm$ 1,64   | 6,82 $\pm$ 1,45   | 8,46 $\pm$ 2,04   | 5,7 $\pm$ 1,52    |

Примітка. \* –  $p < 0,001$ .

З вище наведених даних бачимо, що у пацієнтів І групи під впливом лікування достовірно знизилася концентрація ІІ-1 $\beta$ : з (42,38  $\pm$  4,95) до (15,55  $\pm$  2,54) пг/мл ( $p < 0,001$ ). У хворих ІІ групи спостерігали нормалізацію концентрації ІІ-1 $\beta$ : з (40,27  $\pm$  6,84) до (10,5  $\pm$  1,74) пг/мл ( $p < 0,001$ ) та концентрації ФНП- $\alpha$ : з (8,46  $\pm$  2,04) до (5,7  $\pm$  1,52) пг/мл.

Отже, в результаті комплексної терапії з включенням глутаргіну, відбулося достовірне зниження концентрації прозапального ІІ-1 $\beta$ , нормалізація концентрацій ФНП- $\alpha$ , ІІ-2 та ІІ-8. Це вказує на зменшення інтенсивності запальних процесів в печінці, що підтверджено біохімічними показниками крові. Рівень МДА у обох груп досліджуваних хворих був значно підвищений в порівнянні з практично здоровими донорами. Результати наведені в таблиці 2.

Таблиця 2 – Динаміка показників ПОЛ під впливом лікування у обстежених хворих з НР-асоційованими ЕВУШ на фоні ХУП

| Показник     | Практично здорові | І група (n=30)   |                 | ІІ група (n=28) |                  |
|--------------|-------------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
|              |                   | до лікування     | після лікування | до лікування    | після лікування  |
| МДА нмоль/мл | 7,3 $\pm$ 0,1     | 10,71 $\pm$ 0,54 | 7,5 $\pm$ 0,51* | 14,34 $\pm$ 2,1 | 8,09 $\pm$ 0,48* |

Примітка. \* – ( $p < 0,05$ ).

Під впливом лікування рівень МДА у хворих І групи знизився з (10,71  $\pm$  0,54) до (7,5  $\pm$  0,51) нмоль/мл ( $p < 0,05$ ). У ІІ групи – з (14,34  $\pm$  2,1) до (8,09  $\pm$  0,48) нмоль/мл ( $p < 0,05$ ).

Отже, комплексна-терапія хворих з НР-асоційованою ЕВУШ на фоні ХУП із застосуванням глутаргіну, поряд із нормалізацією біохімічних показників крові має виражену антиоксидантну дію, що проявляється у зниженні в крові продуктів ПОЛ, а саме МДА.

1. При ХУП ускладнених НР-асоційованими ЕВУШ поряд із порушеннями біохімічних показників крові спостерігаються значні зміни цитокінової ланки імунітету та ПОЛ.

2. Проведення антигепатобактерного лікування на фоні терапії глутаргіном у хворих з ХАГ і ЦП, сприяє значній позитивній динаміці клінічної картини, біохімічних показників крові, ІІ-1 $\beta$ , ФНП- $\alpha$  та МДА.

1. Гринев О.Є. Перекисне окислення ліпідів і печінка / О.Є. Гринев // Сучасна гастроентерологія. – 2005. – № 5. – С. 80–82.
2. Губершиц Н.В. Клиническая панкреатология / Н.В. Губершиц, Т.Н. Хрустич – Донецк: Лебедь, 2000. – С. 91–97.
3. Скворцов В.В. Peroксидация липидов и антиоксидантная система в гепатологии / В.В. Скворцов // Гепатология. – 2003. – № 3. – С. 7–13.
4. Царегородцева Т.М. Цитокини в гастроентерологии / Т.М. Царегородцева, Т.И. Серова – М.: Анахарсис, 2003. – 96 с.
5. Чужий С.Н. Интерлейкины / С.Н. Чужий, А.А. Перевислав – Львов: Литга-Пресс, 2005. – 481 с.

CHANGES OF CYTOKIN LINK OF IMMUNITY, LIPID  
PEROXIDATION SYSTEM AND BIOCHEMICAL INDICES IN  
PATIENTS ON CHRONIC LIVER DISEASES WITH  
HELICOBACTER-ASSOCIATED EROSIC-ULCERATIVE  
DYSURBANSES OF STOMACH MUCOSE

E.S. Sirehak, O.M. Moskal, M.A. Derbak, T.J. Pivovaryova

Uzhgorod national university

The results of complex treatment at 58 patients on chronic liver diseases with Helicobacter-associated erosic-ulcerative dysurbaneses of stomach mucose are submitted. At the patients on chronic liver diseases have revealed a desbalances of cytokine link of immunity, lipid peroxidation system and biochemical indices of blood serum. The essence of use glutargin in complex treatment of the patients on chronic liver diseases is proved, as it conducts to normalization the biochemical indices, products of lipid peroxidation system and cytokine link of immunity.

УДК 616.33-002+616-071+616-084+616-08

**Стан вегетативної регуляції та психосоматичний  
статус хворих з різними клінічними варіантами  
функціональної диспепсії**

*Л.В. Грешко, В.М. Кулаєць*

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність проблеми. На сьогоднішній день у структурі гастроентерологічних захворювань важливе місце займає функціональна диспепсія (ФД) [1]. Чисельні сучасні дослідження в країнах Західної Європи та Північної Америки доводять, що 30-50% населення індустріально розвинених країн мають диспепсичні розлади. Диспепсичні скарги є причиною 4-5% звернень до лікарів загальної практики – сімейної медицини і 40% звернень до гастроентеролога [2]. У 60% пацієнтів диспепсія є

функціональною [3]. За статистичними даними України скарги на диспепсичні розлади пред'являє кожний третій-четвертий житель [4, 5]. Більшість пацієнтів можуть ефективно лікуватись у закладах первинної медичної ланки і лише невелика їх частина потребує спеціалізованої допомоги гастроентеролога та психотерапевта [6].

ФД належать до типових психосоматичних захворювань [2, 7, 8]. Доведено роль нервово-психічного чинника в розвитку ФД. У таких хворих спостерігаються високі рівні тривожності, депресії, загальна психопатологія, низька працездатність, схильність до хронічних стресів. Крім того, при ФД відмічається дисфункція ланок вегетативної нервової системи (ВНС), що проявляється вегетативними симптомами з боку різних органів та систем, підвищеною індивідуальною чутливістю до екзогенних факторів: температури повітря, підвищеного атмосферного тиску, вібрації, іонізуючого випромінювання. Доведено також, що довготривала активація вегетативної нервової системи на фоні хронічного стресу веде до порушення біологічного ритму шлункового кислотоутворення і дезорганізації моторної функції дигестивного тракту [9]. Порушення вегетативної регуляції та психосоматичні розлади при ФД виходять на перший план і можуть зумовлювати певну «резистентність» до стандартної терапії ФД [10].

Патогенез психосоматичних розладів та вегетативної дисфункції при ФД на сучасному етапі до кінця не вивчено, що утруднює лікування.

Така ситуація вимагає, з одного боку, проведення досліджень з вивченням стану вегетативного забезпечення, психосоматичного статусу пацієнтів з ФД, з іншого – удосконалення системи гастроентерологічної допомоги, створення точніших та доступніших методів діагностики захворювання та ефективніших способів лікування хворих саме на етапі первинної медичної допомоги.

Метою дослідження є підвищення ефективності діагностики та лікування хворих на ФД в умовах амбулаторних закладів на підставі вивчення стану вегетативної регуляції та психосоматичного статусу таких пацієнтів, обґрунтування диференційованої корекції цих порушень залежно від варіанту ФД.

Матеріали і методи дослідження.

Нами обстежено 60 пацієнтів з ФД у віці 18-28 років: 36 хворих з епігастральним більшовим синдромом (ЕБС) та 24 – з постпрандіальним