

ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ

# ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ



*Міжвідомчий збірник*

Видається щорічно  
Заснований у 1969 році

**Випуск 37**

ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ

## ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

*Міжвідомчий збірник*

Видається щорічно  
Заснований у 1969 році

**ВИПУСК 37**

Дніпропетровськ  
Журфонд  
2006

И  
н  
т  
н  
я  
3  
1  
1

УДК 616.33/34  
ББК 54.132  
Г 22

Виповідальний редактор Ю.О. Філіпов, 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. Гравіровська, Т.Д. Звягінцева, Є.М. Нейко, Л.Д. Мельниченко, Л.М. Мосійчук (заст. відп. редактора), В.Г. Перелерій, А.С. Свиницький, (відп. секретар), Ю.М. Степанов, Ю.О. Філіпов (відп. редактор), Н.В. Харченко, Б.Ф. Шевченко.

У наукових працях збірника розглянуто соціально-гігієнічні питання захворювань органів травлення, проблеми організації лікувально-діагностичного процесу, етіології, патогенезу, а також клінічні 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. Свидітство КВ №7633. Збірник включено до переліку видань, затверджених ВАК України.

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

Видано в авторській редакції.

ISBN 966-8125-42-8

© Інститут гастроентерології АМН України,  
(м. Дніпропетровськ)  
і Українська гастроентерологічна  
асоціація, 2006 р.

## СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

УДК 616.3-036.2

### Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні

Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петручук  
Інститут гастроентерології АМН України (Дніпропетровськ)

Стан здоров'я населення є надзвичайно важливим критерієм рівня соціально-економічного розвитку суспільства. Ці дані необхідні для планування охорони здоров'я та здійснення мір з покращення роботи медико-санітарних служб [1, 3].

Сьогодні хвороби органів травлення посідають третє місце в загальній структурі хронічної захворюваності населення України та друге – в структурі первинної хронічної захворюваності [2].

Мета дослідження – проаналізувати поширеність та захворюваність на хвороби органів травлення – ХОТ (весь клас), виразкову хворобу (ВХ), хронічний гастрит і дуоденіт (ХГПД), хронічний холецистит і холангіт (ХХХХ), жовчокам'яну хворобу (ЖКХ), хронічний гепатит (ХГ), цироз печінки (ЦП), хвороби ниркової залози (ХПЗ) шляхом вивчення офіційних показників Центру медичної статистики МОЗ України та їх динаміки в період 1997-2004 рр.

Предмет дослідження: поширеність і захворюваність на хвороби органів травлення.

Методи дослідження: структурно-логічний аналіз, клініко-статистичний метод.

Вивчення рівня захворюваності та поширеності проводилося непрямым методом на підставі аналізу матеріалів офіційної статистики. Було здійснено вивчення показників в динаміці 1997-2004 рр. в Україні та в розрізі адміністративних територій на 100 тис. дорослого населення. Для виявлення характеру змін щодо визначення загальної тенденції використовувався темп приросту. Матеріал, який

© Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петручук

*О.І. Сергієчко*  
Патогенетичне значення порушень процесів енергетичного синтезу у слизовій оболонці товстої кишки при неспецифічному виразковому коліті..... 135

*Л.А. Страшок*  
Свободнорадикальне окислення і іммунологічні змієнення при гастроудоденальній патології у дітей подросткового возраста..... 140

*О.М. Татарчук, В.Є. Кудрявцева, К.Г. Гиркава, Л.М. Мосійчук, А.І. Руденко*  
Функціональна активність нейтрофілів у хворих на виразкову хворобу під дією вихового імпульсного магнітного поля..... 146

*Т.Н. Толстикова, Л.П. Аверьянова*  
Особливості обмена липидов у пацієнтов с ожирєнням в сочетании с заболєваннями органов пищеварения..... 151

*Ю.А. Филиппов, Л.А. Пономаренко, Е.А. Лихолет, А.И. Руденко, А.А. Пономаренко, Л.Р. Гирева*  
Состояние системы антиоксидантной защиты под влиянием вихового импульсного магнитного поля при экспериментальных эрозивно-язвенных поражениях..... 157

**КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА..... 163**

*Е.Й. Арухій, В.І. Русин, Є.С. Сіряк, О.М. Москаль*  
Дослідження кислотоутворюючої функції шлунка у хворих на цироз печінки із гастропатією..... 163

*В.С. Березенко*  
Клініко-параклінічна характеристика аутоімунного гепатиту у дітей..... 167

*Н.Г. Вірстюк, О.Є. Черкашина*  
Вплив глютаргіну на функціональний стан печінки у хворих із хронічною серцевою недостатністю..... 174

*Н.Г. Вірстюк*  
Особливості перебігу первинного біліарного цирозу..... 178

*Т.М. Галич, О.М. Ганяч, В.Ю. Коваль, Ю.М. Добош, О.Т. Галич, Н.В. Бобинєць, Н.В. Маркуш, Є.С. Павлик*  
Скринінг-діагностика захворювань органів травлення у практиці сімейного лікаря..... 183

*Н.Г. Гравиrowsка*  
Рентгєнологическая диагностика язвенной болезни желудка..... 190

*Н.Г. Гравиrowsка*  
Сонографические особенности печени и сопредельных органов при билиарной гипертензии и холестазах..... 194

*Н.Б. Губєрщиц, Бен Хмида Макрем Бен Мекки*  
Варианты дисфункции желчного пузыря у больных холестєрозом..... 200

*Н.Б. Губєрщиц, П.Г. Фоменко*  
Состояние резервуарной и сократительной функции желчного пузыря у больных хроническим холециститом, протекающим на фоне хеликобактериоза и ожирения..... 205

*Г.В. Дзяк, Ю.М. Степанов, І.Я. Будзак*  
Проблема загроудинного болю в практиці гастроентєролога..... 208

*І.Е. Довганюк*  
Обгрунтування диференційованого підходу до діагностики, прогнозу перебігу та перспектив лікування пєптичної виразки шлунка..... 216

*Н.О. Домашнева, Л.П. Аверьянова, Л.Я. Мельниченко, О.В. Лєпохіна, І.А. Клинина, В.Б. Язмур*  
Оцінка ліпідного спектру крові та жєвчі хворих після холецистєктомії в залежності від віку..... 221

12. *Olinescu R., Nita S.* Influence of hemoproteins on glutation peroxidase activity // *Rev. Roum. Biochem.* – 1973. – Vol 247. – P. 3100–3107.

CONDITION OF SYSTEM OF ANTIOXIDANT PROTECTION UNDER  
INFLUENCE OF VORTICAL IMPACT MAGNETIC FIELD IN GASTRIC  
ULCERATION OF EXPERIMENTAL ANIMALS

Уч. Filirrov, L. Ronomarenko, E. Lykhovlat, A. Rudenko, A.

Ronomarenko, L. Gurevay

Institute of Gastroenterology of Academy Medical Science of Ukraine  
(Dnipropetrovsk),

Ukrainian State Scientific Research Institute of Medical and Social Problems of  
Disability (Dnipropetrovsk)

Investigation of oxidant-prooxidant status of rats' blood by introduction of  
bile in the stomach resulted in intensification of free radical process in the blood  
of the animals. Application of vortical impact magnetic field promoted activation  
metal dependent enzymatic system of antioxidant protection and to inhibited  
processes of lipid peroxidation.

## КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА

УДК 616.36-004:616.33-008-579.835.12

### Дослідження кислотоутворюючої функції шлунка у хворих на цироз печінки із гастропатією

*Е.Й. Архін, В.І. Русин, Є.С. Сірчак, О.М. Москаль*

Ужгородський національний університет

Залишається актуальним уявлення, що кислотно-пептичний фактор є провідним у механізмах розвитку гелікобактерзалежних захворювань [1, 3]. Відомо, що бактерія *Helicobacter ruoi* (Нр) відіграє суттєву роль у складному каскаді порушень секреторної функції шлунка. Встановлено, що у 81%-94% хворих на цироз печінки (ЦП) виявляють гелікобактерну інфекцію [2, 4, 5]. Тому, практичний інтерес мають питання визначення стану кислотоутворюючої функції шлункових залоз у хворих на ЦП.

Мета роботи. Визначити стан кислотоутворюючої функції шлунка у хворих на ЦП з ознаками портальної гастропатії (ПГ). Виконувана нами наукова робота по вивченню кислотоутворюючої функції шлунка у хворих на ЦП є фрагментом держбюджетної теми 530 "Розв'язання гліпертензивного харчування та інші нерадіційні методи у лікуванні гіпертензивних станів в клініці внутрішніх хвороб (зокрема портальної гіпертензії, енцефалопатії, нейроциркуляторної дистонії) з розробкою альтернативних схем їх профілактики і лікування" № державної реєстрації ДР – 0103 У001704.

Матеріал і методи. Під нашим спостереженням знаходились 35 хворих на ЦП із проявами ПГ, які лікувалися в гастроентерологічному та хірургічному відділеннях Обласної клінічної лікарні м. Ужгород за 2003-2005 рр. Діагноз ЦП виставлявся на основі скарг, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз, визначення маркерів вірусів гепатитів В, С, D) та інструментальних (УЗД органів черевної порожнини, фіброезофагогастрооденоскопії (ФЕГДС), радіоізотопних та ангиографічних) методів дослідження. Нр у хворих на ЦП визначали

за допомогою імунологічного методу, визначаючи антитіла до антигенів бактерії за допомогою тест-систем фірми "Вектор-Бест" (Росія). Результат імунологічного методу оцінювали за титрами сумарних антигін класу (IgM, IgA, IgG) до антигенів Нр. Титр менше 1:10 – результат негативний, титр 1:10 – результат сумнівний, титр 1:20 – результат слабопозитивний, титр 1:40 – результат позитивний, титр від 1:80 до 1:320 – результат сильнопозитивний.

Для дослідження кислотоутворюючої функції шлунок хворим проводили внутрішньошлунокову комп'ютерну експрес рН-метрії, за допомогою методиці проф. В.Н. Чернобрового. Дослідження проводили ранком (7.00-9.00 годин), коли пацієнти перебували у стані натщесерце. Для вірної оцінки базальної кислотності за 24 години до дослідження виключили прийом будь-яких антацидних препаратів. Кожному пацієнту рН-мікросонд вводився через рот, початок вимірювання рН здійснювали на рівні переходу стравоходу у шлунок. По протязу шлунка (від кардії до пілоруса) вимірювання рН здійснювали через 1 см, кожний раз на протязі 15-20 сек. При комп'ютерному відображенні результатів враховували функціональний інтервал рН (ФІ рН) від 0 до 5 (у напрямку зростання кислотності шлунка):

- рН 7,0-7,5 (ФІ рН0 – ацидність);
- рН 3,6-6,9 (ФІ рН1 – гіпоацидність виражена);
- рН 2,3-3,5 (ФІ рН2 – гіпоацидність помірна);
- рН 1,6-2,2 (ФІ рН3 – нормоацидність);
- рН 1,3-1,5 (ФІ рН4 – гіперацидність помірна);
- рН 0,9-1,2 (ФІ рН5 – гіперацидність виражена).

Охарактеризували розподіл (у процентах) по протязу шлунок функціонального інтервалу (ФІ) рН, у який ввійшов індивідуальний функціональний максимум кислотності шлунка. На цій підставі ацидність шлунка поділяли на:

- мінімальну (до 25% загальної кількості вимірювань рН);
- селективну (26%-50% загальної кількості вимірювань рН);
- абсолютну (51%-75% загальної кількості вимірювань рН);
- субтотальну (76%-99% загальної кількості вимірювань рН);
- тотальну (100% вимірювань рН).

Результати та їх обговорення. Нр виявили у 26 (74%) хворих на ЦП. У двох хворих титри антитіл до антигенів Нр складали 1:40, тому результати оцінювали як позитивний. В інших випадках титри

антитіл до антигенів Нр складали 1:80 та 1:160 і результат вважали сильнопозитивним.

Серед обстежених пацієнтів переважали чоловіки – 14 (54%), віком (41±2,15) років, жінок було – 12 (46%), віком (38±3,28) років. Після проведення клініко-лабораторних обстежень, хворих на ЦП розподілено за класами важкості Child-Pugh. До класу А ввійшло 10 (38%) хворих (ЦП у стадії компенсації), до класу В – 16 (62%) хворих (ЦП у стадії субкомпенсації).

У 100% хворих виявили ознаки астеновегетативного синдрому. Диспептичний синдром проявлявся печію у 21 (81%) хворих, відрижкою кислим у 17 (65%) хворих, нудотою у 16 (62%) хворих, блювотою у 10 (38%) хворих. Біль та важкість в правому підребер'ї та епігастральній ділянці різної ступені вираженості спостерігали у 24 (92%) хворих.

При ендоскопічному обстеженні у всіх хворих на ЦП спостерігали в тій чи іншій мірі вираженості ознаки портальної гастропатії, а саме: гастроэзофагальний рефлюкс виявили у 24 (92%) хворих, дуоденогастральний рефлюкс – у 15 (58%) хворих, езофагіт – у 22 (85%) хворих, гастрит – у 18 (69%) хворих, дуоденіт – у 12 (46%) хворих, виразку шлунок та дванадцятипалої кишки – у 5 (19%) хворих.

При проведенні внутрішньошлунокової експрес рН-метрії у хворих на ЦП із ГП частіше виявляли нормоацидність, а саме у 16 (62%) хворих, помірний гіперацидний стан реєстрували у 6 (23%) хворих. Виражений гіперацидний стан спостерігали у 4 (15%) хворих. При розподілі хворих із нормоацидним станом по ФІ, частіше реєстрували субтотальну нормоацидність – у 44% хворих. Абсолютну нормоацидність спостерігали у 25% хворих, тотальну нормоацидність – у 19% хворих, а селективну та мінімальну нормоацидність – у 6% хворих, відповідно. Кислотність в середньому для цієї групи хворих складала (2,0±0,23), (р<0,05).

У хворих із помірним гіперацидним станом ФІ частіше відповідав селективному та абсолютному (33% відповідно), субтотальну та тотальну помірну гіперацидність реєстрували у 17% хворих. У жодного хворого не спостерігали мінімальну помірну гіперацидність. Кислотність для цієї групи хворих в середньому складала (1,3±0,21), (р<0,05).

У хворих із вираженим гіперацидним станом частіше ФІ відповідав субтотальному – у 50% хворих. Селективну та абсолютну виражену гіперацидність реєстрували у 25% хворих відповідно. У жодного хворого не спостерігали мінімальну та тотальну виражену гіперацидність. Кислотність в середньому для цих хворих становила  $(0,92 \pm 0,2)$ ,  $(p < 0,05)$ . Результати наведені в таблиці.

Таблиця – Розподіл хворих на цироз печінки залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка

Функціональні інтервали	Нормоацидність (n=16)		Гіперацидність помірна (n=6)		Гіперацидність виражена (n=4)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мінімальна	1	6	–	–	–	–
Селективна	1	6	2	33	1	25
Абсолютна	4	25	2	33	1	25
Субтотальна	7	44	1	17	2	50
Тотальна	3	19	1	17	–	–

Висновки. У хворих на ЦП із ГП, асоційованою із Нр при проведенні експрес рН-метрії частіше спостерігали нормоацидний стан шлункової секреції. Це підтверджує провідну роль Н-рулоти у виникненні уражень верхніх відділів ШКТ у хворих на ЦП та виникненні ознак ГП на фоні вираженої печінкової недостатності, а кислотно-пептичний фактор має лише другорядне значення.

13. Оцінка впливу внутрішньошлункового рН на ареал розселення та ступінь обміненія *Helicobacter pylori* слизової оболонки при хронічному атрофічному гастриті, ерозиях, виразках шлунка / *I.I. Гриценко, М.Б. Щербанія, Ю.М. Степанов, І.Я. Будзьяк* // Гастроентерологія: Міжвід. зб. – Вип 30. – 2000. – С. 240–247.
1. Генікобактерна інфікованість хворих на цироз печінки / *Є.С. Сіряк, Д.Л. Варга, О.М. Москаль та ін.* // Галицький лікарський вісник. – 2004. – Т. 11, № 2. – С. 87–89.
2. *Adachi K.* SUR2C19 genotype status and intragastric pH during dosing with lansoprazole or rabeprazole // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2000. – Vol. 14, № 10. – P. 1259–1266.
3. *Helicobacter pylori seroprevalence in cirrhotic patients with hepatitis B virus infection* / *A. Polzella, R. Pellicano, N. Leone et al.* // Neth. J. Med. – 2000. – № 56 (6). – P. 206–210.

4. *Zullo A., Nassan S., Morini S.* Helicobacter pylori infection in patients with liver cirrhosis: facts and fictions // Dig. Liver Dis. – 2003. – № 35 (3). – P. 197–205.

#### RESEARCH OF ACIDPRODUCTION OF STOMACH IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND GASTROPATHY

*E.J. Arhij, V.I. Rusin, E.S. Stryhak, O.M. Moskal*

*Uzhgorod national university*

35 patients with liver cirrhosis were investigated. At 26 patients with liver cirrhosis have revealed *Helicobacter pylori* infection. In group of inspection have switched only Нр-positive patients. Acidproductive function of stomach was determined by intragastral pH-metry. It was established, that the patients with liver cirrhosis more often comes to light peptociditas condition.

УДК 616.36-002.1-053.2

#### Клініко-параклінічна характеристика автоімунного гепатиту у дітей

*В.С. Березенко*

*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України (Київ)*

Автоімунний гепатит (АГ) – хронічне захворювання печінки, включене в сучасну класифікацію хронічних гепатитів, за патогенетичним принципом. За даними світової статистики, серед дорослих з хронічними дифузними захворюваннями печінки частота АГ складає 5,0%-20,0% залежно від регіону проживання [3]. В структурі хронічних захворювань печінки у дітей АГ складає 2,0% [6]. Актуальність проблеми АГ визначається прогресуючим перебігом захворювання та швидким формуванням цирозу печінки. Доведена генетична схильність до розвитку АГ, про що свідчить висока частота у цих хворих гаплотипів HLA D8, DR3, DR4 основного комплексу гістосумісності. Саме генетичний дефект імунорегуляції і лежить в основі патогенезу даного захворювання. Це стосується насаперед клітинних імунних реакцій [2, 4]. Для реалізації автоімунного процесу необхідні тригери, серед яких розглядають віруси, ліки, фактори навколишнього середовища. Однак у значної частини хворих визначаючими є поява і персистенція заборонених клонів автореактивних клітин без