

ДУ „ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ”
УКРАЇНЬСЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ



Міжвідомчий збірник

Видається щорічно
Заснований у 1969 році

Випуск 39

ДУ „ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ”
УКРАЇНСЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Міжвідомчий збірник

Видається щорічно
Заснований у 1969 році

ВИПУСК 39

Дніпропетровськ
Журфонд
2007

Виповідальний редактор Ю.О. Філіпов, чл.-кор. АМН України,
Заслужений діяч науки та техніки України, професор.

Редакційна колегія Міжвидомчого збірника "Гастроентерологія" при
ДУ „Інституті гастроентерології АМН України" (м. Дніпропетровськ): О.Я. Бабак,
Т.И. Войко, Н.Г. Гравіровська, Т.Д. Звягінцева, С.М. Нейко, Л.Я. Мельниченко,
Л.М. Мосійчук (заст. видп. редактора), В.Г. Передерій, А.С. Свініцький, (видп.
секретар), Ю.М. Степанов, Ю.О. Філіпов (видп. редактор), Н.В. Харченко,
Б.Ф. Шевченко.

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

Засновниками Збірника є ДУ „Інститут гастроентерології АМН України"
(м. Дніпропетровськ) і Українська гастроентерологічна асоціація. Збірник
зарєєстровано Державним Комітетом Інформаційної політики, телебачення та
радіомовлення України. Свидогтво КВ №7633. Збірник вклучено до переліку
видань, затверджених ВАК України.

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

Видано в авторській редакції.

ISBN 966-8125-62-2

© ДУ „Інститут гастроентерології АМН України",
(м. Дніпропетровськ)
і Українська гастроентерологічна
асоціація, 2007 р.

СОЦІАЛЬНО-ПІТІЄНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

УДК 616.3-036.2-08.039.71

Стан амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на виразкову хворобу

Ю.О. Філіпов, Н.Г. Гравіровська, Л.М. Петречук
ДУ «Інститут гастроентерології АМН України» (Дніпропетровськ)

Основними напрямками в удосконаленні організації надання
медичної допомоги є розвиток первинної медико-санітарної
допомоги, перерозподіл частини обсягів допомоги із стаціонарного
сектора в амбулаторний [1-4].

Об'єм амбулаторного обслуговування хворих має тенденцію
подальшого зростання, що збільшує вимоги до лікарів і потребує
покращення їх забезпеченості, у першу чергу, новими медичними
технологіями [5].

Змінилася і структура патології, вона стала більш складною із
скхильністю до хронізації та комплексності.

Зміна поширеності певних видів патології обумовлює
кондиційність нерезкого видловидних нормативних показників обсягу
медичної допомоги [6].

Виразкова хвороба (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки
(ДПК) у багатьох країнах, у тому числі й нашій, є одним з
найпоширеніших захворювань і виявляється у 6,0%-10,0%
дорослого населення. Висока захворюваність, рецидивуючий
перейбг, значна частота розвитку ускладнень (у тому числі й
смертельних), тривала непрацездатність дозволяють віднести
вивчення і лікування цього захворювання до числа важливих
медичних і соціальних проблем [7-9].

Мета дослідження — проаналізувати поширеність,
захворюваність, інвалідність на ВХ шляхом вивчення офіційних
показників Центру медичної статистики МОЗ України та їх

Ю.І. Решетілов, С.М. Дмитрієва, О.Ю. Васильченко, Л.П. Кузнецова, М.М. Сурмило, Н.М. Проценко, Т.В. Бозуєла	Аероїонні технології діагностики та контролю лікування захворювань травної системи	257
Э.С. Сиваш, С.В. Левченко, А.А. Котовицькова	Рентгенодіагностика дивертикулов тонкої кишки.....	262
Е.В. Симонова, А.А. Пономаренко, Л.Н. Мосийчук	Особенности эндоскопических и функциональных проявлений гастрозоофагальной рефлюксной болезни, сочетанной с пептической язвой двенадцатиперстной кишки	270
О.В. Сорочан, Т.Й. Бойко	Порушення мінерального обміну у хворих на хронічні неспецифічні запальні захворювання кишок та їх корекція	278
Т.М. Толстикова, І.В. Кушніренко	Стан факторів агресії та захисту шлункового вмісту у хворих на кислото залежні захворювання	285
Т.Н. Христищ	Хронический панкреатит в пожилом возрасте.....	291
И.В. Шалаева	Психосоматические особенности у больных хроническим панкреатитом	295
А.В. Юрєва	Особенности клинических проявлений хронического панкреатита как компонент постхолецистэктомического синдрома	299

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА	304	
Е.Й. Архій, О.М. Горленко, О.М. Маскаль, Н.І. Брич, В.Ю. Коваль, Є.С. Сірюк, М.М. Очеретна	Основні напрямки впливу урсохолу на біохімічні показники при хронічній патології печінки, ускладненій гепатогенною виразкою.....	304
Е.Й. Архій, В.І. Русин, Є.С. Сірюк, М.А. Дербак, О.Ю. Кочмарь	Вплив глутаргіну на спектр вільних амінокислот сироватки крові у хворих на цироз печінки із гастропатією	311
Т.И. Бойко, Н.Г. Гравировская, А.И. Старый	Влияние минеральной воды "Пилденно Східна" на кислотообразующую функцию желудка.....	316
В.І. Вдовиченко, А.Л. Демидова	«Терапія прорятунку» в лікуванні виразкової хвороби в зв'язку із зростанням резистентності <i>Neisseraester рұлоті</i> до антибіотиків.....	322
М.Ю. Зак, Л.Н. Мосийчук, Л.В. Тронко, Л.В. Демешкина, И.В. Кушніренко	Клинико-микробиологическая эффективность «Биойогурта - 5 Печавєського» в сравнении с «Линексом» и «Йогуртом» в терапии дисбиоза кишечника у пациентов с заболеваниями гастроудоденальной зоны.....	331
М.М. Козачок	Досвід фармакотерапії хронічних токсичних дифузних захворювань печінки при наявності кишкового дисбіозу.....	343
О.В. Косинський	Стан медичної реабілітації пацієнтів після хірургічного лікування виразкової хвороби	351

2. Концентрація первинних желчних кислот в сироватке крови больных первичным билируным циррозом печени *Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Саяпина Е.С. с соавт.* // Санкт-Петербург: Новые направления в гепатологии, 1996. — 305 с.
3. *De Caestecker J.S., Jazrawi R.P., Petroni M.U.* Ursodeoxycholic acid in chronic liver disease // *Gut.* — 1991. Vol. 38. — P. 644—649.
4. *Jones E.A., Bergasa N.Y.* Why do cholestatic patients itch // *Gut.* — 1996 — Vol. 38. — P. 644—649.
5. *Reichen J.* Rheumatologic Treatment of cholestasis // In seminars in liver disease. Theme Med. Publishers Inc. New York, 1993 — Vol. 13, №3. — P. 302—315.
6. *Schaffner F.* Cholestasis. In: Millward-Sadler G.H. Wright R., Arthur M. J. P., eds. Liver and biliary disease. Pathophysiology, diagnosis and management // WB Saunders Co. Ltd. London — 1992 — P. 371—396.
7. *Sherlock S., Dooley J.* Diseases of the liver and biliary system, 10th Blackwell Sci. Publications. — Oxford, 1997. — P. 217—238.

**THE MAIN ASPECTS OF INFLUENCE OF "URSOLICOL"
ON BIOCHEMICAL INDICES IN PATIENTS WITH THE
CHRONIC LIVER PATHOLOGY COMPLICATED**

HEPATOGENIC ULCER

E.I. Arhiy, O.M. Gorlenko, O.M. Moskal, N.I. Bryuch, V.I. Koval,

E.S. Stichak, M.M. Ocheretna

Uzhgorod national university

Biochemical indices were studied in 20 patients with the liver cirrhosis complicated hepatogenic ulcer before and after treatment by ursocol. Have revealed, that biochemical indices were improved by ursocol therapy and that ursocol had many advantages among other hepatoprotectors because of its multifactor influence in patients with the chronic liver pathology.

УДК 616.36 : 316.244

**Вплив глютаргіну на спектр вільних амінокислот
сироватки крові у хворих на цироз печінки із
гастропатією**

Е.Й. Архій, В.І. Русин, Є.С. Сіряк, М.А. Дербак, О.Ю. Кошмар
Ужгородський національний університет

Вступ. На сьогодні захворювання печінки носідають вагоме місце серед причин ранньої втрати працездатності і смертності осіб працездатного віку [1]. В якості неспецифічної терапії для лікування захворювань печінки застосовують гепатопротекторні лікарські препарати, які мають опосередковану детоксикаційну дію, зокрема і амінокорегуючу.

В якості високоєфективних і безпечних гіпоамоніємічних засобів перепективними є препарати деяких амінокислот, а саме аргініну і глютамінової кислоти [2,3].

Мета роботи. Вивчити вплив глютаргіну на рівень вільних амінокислот сироватки крові (ВАСК) у комплексному лікуванні хворих на цироз печінки (ЦП) із портальною гастропатією (ПГ).

Матеріали та методи. Обстежено 120 хворих на ЦП із ПГ. Діагноз ЦП виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Контрольну групу склали 30 здорових осіб.

Гепікобактерну інфекцію хворим визначали імунологічним методом (Т.системи фірми "Вектор-Бест" (Росія), а також проводили дихальний тест із ¹³C-міченою сечовиною фірми IZINTA (Угорщина).

Кількісне визначення ВАСК проводили за методом одномоментної нисхідної хроматографії на панері (І.М.Хайс, К.Малець, 1962; Т.С.Пасхіна, 1964) і на автоматичному аналізаторі ААА-339 (Чехія) за І.Муру в модифікації М.А.Хазан і співавторів (1982).

Виконувана нами наукова робота є фратментом держбюджетної теми 530, № ДР — 0103 У001704.

Результати досліджень та їх обговорення. Хворих на ЦП із III розподілили на дві групи, залежно від наявності НР-інфекції. В I групу ввійшло 82 НР-позитивних хворих, в II групу – 38 НР-негативних хворих. Хворих розподілили за ступенями важкості циротичного процесу за класами Child-Pugh. 25,6% хворих I-ї та 29% хворих II-ї групи віднесено до класу А, та 74,4% хворих I-ї і 71,1% хворих II-ї групи віднесено до класу В.

Всі хворі крім дієтичного харчування, дезінтоксикаційної, сечогінної терапії додатково отримували глютаргін: 25 мг – 2 рази на добу на 150 мг фізіологічного розчину в/в краплинно на протязі 5 днів, з подальшим переходом на таблетований прийом препарату 750 мг на добу – 14 днів. НР-позитивним хворим додатково призначали, антигелікобактерну терапію (амоксацилін, кларитроміцин, омепразол) протягом 7 днів.

При визначенні білкових фракцій сироватки крові у обстежених хворих виявляли ознаки диспротеїнемії, що проявлялося зменшенням рівня альбумінів та збільшенням рівнів γ - та α_2 -глобулінів. Результати наведені у таблиці 1.

Таблиця 1 – Показники білкового обміну сироватки крові у обстежених хворих

Показники	I група (82 хворих)	II група (38 хворих)
Загальний білок (Г/л)	64 ± 1,2*	63,6 ± 1,5
- альбуміни (%)	36,6 ± 1,1*	37,2 ± 1,3
Глобуліни:		
- α_1 (%)	5,5 ± 0,3*	10,2 ± 0,5
- α_2 (%)	9,7 ± 0,4*	13,6 ± 0,6
- β (%)	14,6 ± 0,6*	33,6 ± 1,4
- γ (%)	33 ± 1,2*	

Примітка. * – статистично достовірної різниці між групами не виявлено ($p > 0,05$).

Диспротеїнемія паралельно супроводжувалась розбалансуванням рівнів ВАСК. Результати наведені у таблиці 2.

Таблиця 2 – Резерви вільних амінокислот сироватки крові у хворих на цироз печінки до лікування та у фактично здорового контингенту населення

Амінокислоти (мг %)	Контрольна група (n = 30)	I група хворих (n = 82)	II група хворих (n = 38)
	M ± m	M ± m	M ± m
Цистейн	1,25 ± 0,06*	1,32 ± 0,03**	1,41 ± 0,01
Орнітин	0,45 ± 0,02*	0,41 ± 0,05**	0,34 ± 0,04
Лізин	0,54 ± 0,02*	1,44 ± 0,08**	1,49 ± 0,12
Гістидин	0,86 ± 0,04*	1,01 ± 0,06**	1,12 ± 0,04
Аргінін	0,71 ± 0,02*	1,44 ± 0,08**	1,36 ± 0,03
Аспарагін	1,69 ± 0,09*	1,52 ± 0,02**	1,50 ± 0,07
Серин	1,04 ± 0,07*	0,98 ± 0,05**	1,01 ± 0,02
Гліцин	0,82 ± 0,17*	0,65 ± 0,02**	0,71 ± 0,02
Глютамін	0,70 ± 0,03*	1,45 ± 0,05**	1,48 ± 0,08
Треонін	0,63 ± 0,03*	1,22 ± 0,11**	1,31 ± 0,08
Аланин	0,88 ± 0,05*	0,82 ± 0,02**	0,80 ± 0,05
Пролін	0,99 ± 0,03*	0,79 ± 0,03**	0,75 ± 0,01
Тирозин	0,41 ± 0,02*	0,89 ± 0,05**	0,92 ± 0,02
Триптофан	1,32 ± 0,06*	2,56 ± 0,04**	2,78 ± 0,08
Метіонін	0,82 ± 0,04*	1,25 ± 0,05**	1,18 ± 0,04
Валін	0,55 ± 0,04*	0,76 ± 0,06**	0,72 ± 0,05
Фенілаланін	1,02 ± 0,03*	1,06 ± 0,05**	1,10 ± 0,02
Дейцин ізолейцин	+ 0,70 ± 0,04 *	0,75 ± 0,02**	0,81 ± 0,05

Примітка: показники у хворих I та II груп достовірно відрізняються від показників контрольної групи – * ($p < 0,05$). Достовірної різниці між показниками хворих I та II групи не виявлено – ** ($p > 0,05$).

Виявляли розбалансування ВАСК з переважним накопиченням (лізину, гістидину, аргініну, глутаміну, треоніну, тирозину, триптофану, метіоніну, валіну, фенілаланіну), що пояснюється вираженим зниженням індивідуальної деградації амінокислот, введенням їх в біосинтез білку у тканинах, особливо – в синтез альбумінів у тканинах печінки. Зниження рівня ВАСК (орнітину,

серину, аспарагину, гліцину, аланіну, проліну) у сироватці крові, вірогідно, пов'язане із зменшенням ролі аргініну у сечовинотворенні, про що свідчить зниження рівня сечовини у сироватці крові до (3,4±0,2) ммоль/л у хворих I групи, та до (3,2±0,18) ммоль/л у хворих II групи.

Після проведення комплексного лікування у хворих на ЦП з III із застосуванням глютаргліну, на фоні тенденції до нормалізації білкових фракцій сироватки крові, спостерігали нормалізацію рівня ВАСК, що наведено у таблиці 3.

Таблиця 3 – Рівень резервів вільних амінокислот сироватки крові у хворих на цироз печінки з гіпертензивною портальною гастропатією після лікування

Амінокислоти (mg %)	I група хворих (n=82) M ± m*	II група хворих (n=38) M ± m*
Цистейн	1,63 ± 0,04	1,52 ± 0,02
Орнітин	0,44 ± 0,03	0,42 ± 0,02
Лізин	0,72 ± 0,02	0,63 ± 0,04
Гістидин	0,85 ± 0,04	0,82 ± 0,06
Аргінін	0,76 ± 0,06	0,88 ± 0,05
Аспарагін	1,73 ± 0,07	1,70 ± 0,02
Серин	1,02 ± 0,02	1,06 ± 0,05
Гліцин	0,79 ± 0,06	0,84 ± 0,03
Глютамін	0,81 ± 0,06	0,79 ± 0,09
Треонін	0,69 ± 0,03	0,71 ± 0,04
Аланін	0,86 ± 0,04	0,92 ± 0,03
Пролін	0,92 ± 0,03	0,95 ± 0,05
Тирозин	0,54 ± 0,07	0,41 ± 0,03
Триптофан	1,38 ± 0,09	1,46 ± 0,12
Метіонін	0,80 ± 0,02	0,86 ± 0,05
Валін	0,63 ± 0,01	0,59 ± 0,02
Фенілаланін	1,03 ± 0,01	1,00 ± 0,04
Лейцин + ізолейцин	1,01 ± 0,03	0,99 ± 0,06

Примітка. * означає, що різниця показників після лікування достовірна у порівнянні з показниками до лікування – (p<0,05).

У хворих на ЦП із III, які в комплексній терапії отримали глютаргін, після лікування спостерігали достовірну нормалізацію рівня ВАСК, що проявилось зниженням змісту лізину, гістидину, аргініну, глютаміну, треоніну, тирозину, триптофану, метіоніну, валіну, фенілаланіну, позаяк до лікування визначали збільшення рівнів цих амінокислот. Паралельно з цим рівень орнітину, серину, аспарагину, гліцину, аланіну, проліну збільшувався у сироватці крові (до лікування спостерігалося зменшення рівнів цих амінокислот).

Висновки. У хворих на ЦП із III спостерігається розбалансування резервів ВАСК. Застосування глютаргліну в комплексному лікуванні хворих на ЦП із III сприяє нормалізації рівня ВАСК.

1. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В. Хірургічне лікування портальної гіпертензії: (Атлас): Навч. посіб./М-во освіти і науки України: Ужгород: Нац. ун-т. мед. ф-т, 2003. – С. 92.
2. Харченко Н.В. Сучасні гепатопротектори в лікуванні хворих із хронічними ураженнями печінки // Ліки України. – 2004. – №3. – С. 14–18.
3. Lertip is essential for the hepatic fibrogenic response to chronic liver injury / *Leclercq I.A., Farrell G.C., Schiøtner R., Robertson G.R.* // *J. Hepatol.* – 2002. – № 37. – P. 206–213.

INFLUENCE OF GLUTARGIN ON A SPECTRUM AT FREE AMINOACIDS OF BLOOD SERUM IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS COMBINED WITH GASTROPATHY

E.I. Arhij, V.I. Rusin, E.S. Siryak, M.A. Derbak

O.Y. Kochmar

Uzhgorod national university, medical department

The results of complex treatment at 120 patients on liver cirrhosis with gastropathy are submitted. At the patients on liver cirrhosis have revealed to debalances of reserves at free aminoacids of blood serum. The essence of use glutargin in complex treatment of the patients on liver cirrhosis is proved, as it conducts to portnalization aminoacids of structure serum of blood and preventive maintenance of development liver encephalopathy.