

ДУ „Інститут гастроентерології  
Академії медичних наук України”,  
УКРАЇНСЬКА 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

УДК 616.33/34  
ББК 54.132  
Г22

Відповідальний редактор Ю.О. Філіппов, чл.-кор. АМН України,

Заслужений діяч науки та техніки України, професор

Редакційна колегія Міжвідомчого збірника "Гастроентерологія" при ДУ „Інститут гастроентерології АМН України" (м. Дніпропетровськ): О.Я. Бабак, Т.М. Бойко, Н.Г. Гравіровська, Т.Д. Звягінцева, С.М. Нейко, Л.Я. Мельниченко, І.М. Мосійчук (заст. відп. редактора), В.Г. Переярій, А.С. Свініцький, (відп. секретар), Ю.М. Степанов, Ю.О. Філіппов (відп. редактор), Н.В. Харченко, Б.Ф. Шевченко.

УДК 616.3-036.2-08.039.71

## Стан амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на виразкову хворобу

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

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 зареєстровано Державним Комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України. Свидотво КВ №7633. Збірник включено до переліку видань, затверджених ВАК України.

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

Видано в авторській редакції.

Основними напрямками в уdosконаленні організації надання медичної допомоги є розвиток первинної медико-санітарної ліпомоги, 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 складистістю до хронізації та комплексності.

Зміна поширеності певних видів патології обумовлює заліпливість перегляду відповідних нормативних показників обсягу медичної допомоги [6].

Виразкова хвороба (ВХ) шлуника 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 перебіг, значна частота розвитку ускладнень (у тому числі й смертельних), триває непралездатність дозволяє 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

## СОЦІАЛЬНО-ГІПЕСІЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

ISBN 966-8125-62-2

©

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

*Ю.І. Решетілоз, С.М. Дмитрієва, О.Ю. Васильченко,*

*Л.П. Кузнецова, М.М. Сурмилло, Н.М. Проценко,*

*Т.В. Бозуслав*

*Аероіонні технології діагностики та контролю лікування захворювань травної системи . . . . . 257*

*Э.С. Сиваки,*

*С.В. Лебченко, А.А. Комовицько*

*Рентгенодіагностика дивертикулов тонкої кишки..... 262*

*Е.В. Симонова, А.А. Пономаренко, Л.Н. Мосийчук*

*Особливості эндоскопіческих і функціональних проявлень гастрозфагеальної рефлюксної хвороби, сочеваної з пептическої язвою дванадцятиперстної кишки .....*

*270*

*O.B. Сорочак, Т.Й. Бойко*

*Порушення мінерального обміну у хворих на хронічні неспецифічні запальні захворювання кишок та їх корекція .....*

*278*

*T.M. Толстикова, I.B. Кушніренко*

*Стан факторів агресії та захисту шлункового вмісту у хворих на кислотозалежні захворювання .....*

*285*

*I.H. Христич*

*Хронічний панкреатит в пожилому віці ..... 291*

*И.В. Шлапака*

*Психосоматические особенности у больных хроническим панкреатитом .....*

*295*

*A.B. Юр'єва*

*Особливості клініческих проявлень хронічного панкреатита як компонент постхоледистектомічного синдрома .....*

*299*

**ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА .....** 304

*Е.Й. Архій, О.М. Горленко, О.М. Москаль, Н.І. Брич,*

*В.Ю. Кованів, Є.С. Сірчак, М.М. Очеретіна*

*Основні напрямки впливу урохолу на біохімічні показники при хронічній патології печінки, ускладнений гепатогенного виразкою .....*

*304*

*E.Й. Архій, В.І. Русин, Є.С. Сірчак, М.А. Дербак,*

*О.Ю. Кошмар*

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

*311*

*Т.І. Бойко, Н.Г. Гравіровська, А.І. Старий*

*Впливання минеральної води "Південно Східна" на кислотообразуючу функцію желудка .....*

*316*

*V.I. Вдовиченко, А.Л. Демидова*

*«Терапія порятунку» в лікуванні виразкової хвороби в зв'язку із зростанням резистентності Helicobacter pylori до антибіотиків .....*

*322*

*M.Ю. Зак, Л.Н. Мосийчук, Л.В. Тромко, Л.В. Деменікана,*

*І.В. Кушніренко*

*Клініко-мікробіологіческая ефективность «Біойогурта - 5 Печавського» в сравнении с «Лінексом» и «Йогуртом» в терапии дисбіоза кишечника у пациентов с заболеваниями гастроуденальної зони .....*

*331*

*M.M. Козачок*

*Досвід фармакотерапії хронічних токсичних ліофізних захворювань печінки при наявності кишкового дисбіозу .....*

*343*

*O.B. Костинський*

*Стан медичної реабілітації пацієнтів після хірургічного лікування виразкової хвороби .....*

*351*

## ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА

УДК 616.36-04:615.015.4+547.932

### Основні напрямки впливу урсохолу на біохімічні показники при хронічній патології печінки, ускладненій гепатогенного виразкою

Е. Й. Архій, О. М. Гвордяно, О. М. Москаль, Н. І. Брич, В. Ю. Кобаль,  
С. С. Сірчак, М. М. Очертена  
Ужгородський національний університет

Внутрішньопечінковий холестаз може бути одним із синдромів хронічного захворювання печінки (гепатити та цирози різної стадії, метаболічні розлади, пухлинні процеси печінки, первинний біларний цироз і ін.), або самостійним процесом (медикаментозний холестаз, доброкісний рецидивуючий сімейний холестаз, холестаз вагітних і ін.). Відокремлюється гостра і хронічна, а також жовтушина і безжовтушина форми холестазу [1, 7]. Клінічні прояви холестазу досить однотипні, незалежно від еtiології і механізмів його розвитку. В основі їх формування лежать три фактори: а) надлишкове поступлення елементів жовчі в кров; б) зменшення кількості або відсутність жовчі в кишківнику; в) дія компонентів жовчі на печінкові клітини та канальці.

Надлишковий вміст білірубіну в гепатоцитах понижує потребу мітохондрій у  $O_2$ , розмежовує окислювальне фосфорилювання, що приводить до дегенерації печінкових клітин, посилює і підтримує на високому рівні пероксидацію ліпідів, яка викликає цитотоксичний ефект.

При регургітації жовчі в кров з'являються такі симптоми, як шкірний свербіж, жовтянина, ксантоми, ксантелазми, темна сеча, а також системні ураження: гостра печінкова недостатність, розвиток гострих виразок та ерозій шлунка, кровотечі, підвищений ризик розвитку єндотоксемії і септичних ускладнень [2, 4].

Лабораторна діагностика холестазу ґрунтується на виявленні в крові підвищеного вмісту лужної фосфагази (ЛФ) [6, 7], інагальногого білірубіну і його фракцій, холестерину, амінотрансфераз. Це мінімальний перелік біохімічних тестів, які дозволяють не тільки підтвердити, але в певній мірі достовірності встановити його рівень і механізм розвитку.

Кон'югована гіперблірубінемія є специфічною для холестазу в тому випадку, якщо одночасно відмічається підвищений рівень ЛФ [6, 7].

Гіперхолестеринемія є досить частою, але непостійною ознакою холестазу. Крім холестазу, вона свідчить про забереження синтетичної функції гепатоцитів. При виражених паренхіматозних ураженнях печінки, а особливо при розвитку цирозу, вміст холестерину в крові падає. Низький рівень холестерину при холестатичних ураженнях печінки є несприятливим прогностичною ознакою. При внутрішньопечінковому, так і при непечінковому холестазі відмічається гіперліпідемія за рахунок ліпопротеїдів низької шільнності ( $\alpha_2$  – і  $\beta$  – фракції) і особливих Х-ліпопротеїдів.

Рівень сироваткових амінотрансфераз при внутрішньопечінковому холестазі залишається нормальним або його збільшення не перевищує нормальних показників в 2-2,5 рази. Активність цих ферментів залежить, головним чином, від патологічного процесу в печінці, який лежить в основі холестазу.

У останні роки все більше для лікування різних захворювань печінки, особливо тих, які супроводжуються холестатичним синдромом, застосовують препарати урсоледезоксихолевої кислоти (УДХК).

УДХК – третина жовчна кислота, яка утворюється в гепатоцитах та в кишківнику, з гідрофільною нетоксичною. УДХК стимулює при холестазі екзоцитоз із гепатоцитів гідрофільних токсичних жовчних кислот (холевої, літхохолевої, дезоксихолевої і ін.) шляхом активації  $Ca^{2+}$  – залежної альфа-протеїнкінази, гальмує всмоктування ліпофільних жовчних кислот у кишківнику, чим зменшує їх ентерогепатичну циркуляцію, а також індукує холерез, чим збільшує пасаж жовчі і стимулює виведення токсичних жовчних кислот через кишківник. Все це попереджує токсичний ефект останніх на мембрани гепатоцитів і на епітелій жовчників [3, 5, 7].

Крім того, УДХК має унікальну здатність відштовхуватись у фосфоліпідній бішаровій мембрани гепатоцитів, стабілізуючи її структуру і захищаючи печінкову клітину від пошкоджуючих факторів.

Виходячи із механізму дії, показаннями до призначення УДХК є такі ураження печінки, як гострий і хронічний вірусний гепатит, хронічний аутомунний гепатит, токсичні (в т.ч. алкогольні, медикаментозні) пошкодження печінки, неалкогольний склерозуючий холангіт, первинний біларний цироз, первинний ураженнями печінки, гепатопатії вагініх.

Багатьма рандомізованими дослідженнями доведено багатофакторність впливу препаратів УДХК, зокрема, це крім антихолестатичного, гепатопротекторний, імуномодулюючий, антиапоптичний і антихолестеринемічний ефекти, однак ці дослідження проведени переважно по вивченю препаратів УДХК – урсофальку і в меншій мірі урсосану, які до 2004 року були єдиними представленими на ринку препаратами УДХК. У 2004 році ЗАО фармацевтичного фірмою «Дарница» в клінічну практику впроваджено вітчизняний препарат УДХК – урсохол, собіваргість якого значно більша доступна для пересічного пацієнта при збереженні його безпечності і різнонаправленості позитивного впливу при патології жовчовивідних шляхів та печінки, що супроводжується холестазом.

Мета дослідження: вивчення основних напрямків впливу урсохолу на біохімічні показники крові при хронічних захворюваннях печінки.

Характеристика хворих та методи обстеження.

У групу обстежених увійшли 20 хворих на цироз печінки (ЦП) в стадії субкомпенсації з мінімальною активістю, ускладнений портальною гіпертензією (ПГ) I-II ст. та геліобактерасоційованою гастропатією, характеру ерозій і гепатогенних виразок шлунка та гепатоцелюлярного недостатності II ст.

Враховуючи вказаний фірмю антихолестатичний, гепатопротекторний, антиапоптичний, імуномодулюючий та гіпохолестеринемічний напрямки дії урсохолу, він дає можливість уникати поліпрагмазії при досить багатокомпонентному базисному лікуванні ЦП з ознаками ПГ та портальної гастропатії.

Етіопатогенетичний напрям лікування теж забезпечувався призначеним урсохолу, оскільки УДХК показана при гепатитах будь-якої етіології з ознаками холестатичного синдрому.

Зручним є для хворих і прийом препарату: одноразово ввечері з розрахунку 10 мг/кг ваги пацієнта. Курс лікування обмежувався періодом стаціонарного перебування хворих ЦП на лікуванні, тобто складав 4-5 тижнів.

Діагноз ЦП встановлювався на основі анамнестичних та об'єктивних даних, біохімічного та імунологічного аналізів крові, визначені маркерів вірусних гепатитів В і С, визначені сумарних антиплідо Н.р.улогі у сироватці крові (набір Т-систем фірми «Вектор-Бест», Росія) методом ІФА та інструментальних методів обстеження, зокрема, УЗО, ФГДС, комп'ютерної pH-метрії, біопсії печінки.

Група хворих була однорідного за перебіgom хвороби і важкістю патологічного процесу по Чайлд-П'ю (клас II), але відрізнялася за статтю та віком, зокрема, групу обстеження склало 9 жінок у віці 40 – 60 років та 11 чоловіків віком 35 – 65 років. Цироз печінки мав алкогольну природу у 44,0%, вірусну – у 36,0%, змішану – у 20,0% хворих ЦП.

При ФГДС ВРВ справоходу I ступеня виявлено у 26,0% хворих, II ступеня – у 74,0% обстежених хворих, крім того, запальні зміни слизової оболонки (СО) справоходу I недостатність кардальній розетки спостерігалися у 52,0%, запальні зміни СО шлунку – у 97,0%, множинні ерозії переважно антравального відділу – у 78,0%, виразки шлунку – у 37,0% пацієнтів. Дуоденогастроальний рефлюкс спостерігався у 54,0% обстежених хворих ЦП. Геліобактерасоційована гастропатія була у 89,0% обстежених хворих. При УЗО обстеженні ознаки ЦП: зміна розмірів печінки (спочатку гепатомегалія, потім – атрофія), зміна структури паренхіми печінки (пливлення ехогенності, зернистість, неоднорідність), бугристість поверхні печінки за рахунок вузлив регенерації, первіна стінка печінкових судин, спленомегалія, портальна гіпертензія, асцит та деякі ін. виявлені у 100% хворих.

При проведенні внутрішлункової експрес рН-метрії у хворих на ЦП із ПГ частіше виявляли нормоацидність, а саме – у 58% хворих, гіпоацидність реєстрували у 27,0% хворих, помірний гіперцидний стан спостерігали у 15,0% пацієнтів.

Результати обстеження. За даними біохімічного аналізу крові під впливом лікування урсохолом отримано достовірно позитивну динаміку біохімічних показників холестатичного синдрому, синдромів циголізу та мезенхімно – запального, що наведено у табл. 1.

Таблиця 1 – Зміни показників біохімічних досліджень у хворих на ЦП з портальною гастропатією під впливом лікування урсохолом

Біохімічні показники	До лікування	Після лікування
Холестерин (ммоль/л)	9,98±1,05	7,88±0,79*
β-ліппротеїди (ФО)	1305±427,5	875,7±127,3*
Білрубін заг. (мкмоль/л)	175,6±15,9	85,3±2,87*
Білрубін прямий (мкмоль/л)	155,0±27,3	80,9±14,7*
Лужна фосфаза (нмоль/л)	2637,8±128,9	2183,0±98,5*
АЛТ (ммоль/гол.л)	2,49±0,49	1,54±0,31*
AST (ммоль/гол.л)	1,72±0,47	1,14±0,29*
Тимолова проба (ОЛ)	12,8±0,7	5,4±0,3*

Примітка. \* – p<0,05.

Таблиця 2. Показники загального білка та білкових фракцій при лікуванні урсохолом хворих з ЦП з гепатогенним виразком

Заг. білок (г/л)	90,6±3,8	81,2±2,3*
Альбумін (%)	29,7±2,05	32,9±1,52*
01 - глобулін (%)	6,6±2,8	3,6±2,01*
α2- глобулін (%)	9,6±1,8	6,4±1,2*
β-глобулін (%)	21,9±1,06	17,4±1,92*
γ-глобулін (%)	43,7±3,12	32,7±1,52*

Примітка. \* – p<0,05.

Враховуючи зміни біохімічних показників холестазу в сироватці крові, зокрема, загального і кон'югованого білрубіну та лужної фосфатази, урсохол на фоні традиційного базисного лікування достовірно впливає на їх зниження.

Достовірно покращуються також показники трансаміназ, що свідчить на користь мембрanoстабілізуючої дії урсохолу і зменшення циголізу гепатоцитів. Покращується білково-синтезуюча функція печінки та спостерігається достовірне зниження ознак мезенхімальної синдрому, а саме – достовірні зміни тимолової проби, трансаміназ, α1- і α2- та γ-глобулінів.

За показниками холестерину і β-ліппротеїдів синтезуюча функція печінки у обстежених хворих ЦП збережена, а під впливом лікування спостерігається покращення показників ліпідного обміну. Крім того, підтверджується також і антихолестеринемічний ефект урсохолу.

На основі проведеного аналізу змін біохімічних показників крові урсохол є одним з кращих препаратів гепатопротекторної дії навіть при такій важкій патології як цироз печінки, ускладнений гастропатією.

#### Висновки.

1. Вітчизняний препарат урсохол ЗАО фармацевтичної фірми «Дарниця», крім антихолестатичної дії, має добре виражені гепатопротекторні, антикатаральні, антихолестеринемічні властивості.

2. Урсохол, як препарат багатофакторного лікувального впливу на скомпрометовану печінку, має ряд переваг у порівнянні з іншими гепатопротекторами при хронічних ураженнях печінки з холестатичним синдромом.

3. Урсохол має всі показання для призначення при цирозах печінки, в тому разі при таких позапечінкових проявах ЦП, як гастропатія.

- Григор'єв П.Я., Яковенко Э.П. Внутрипеченочная холестаз: диагностика и лечение. Российский государственный мед. ун-т, каф. гастроэнтерологии ФУВ, // Южно-Российский медицинский журнал, 2000. – № 1-2. – С. 15–25.

2.

Концептация первичных желчных кистот в сыворотке крови больных первичным билиарным циррозом печени Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Сяйнина Е.С. с соавт. // Санкт-Петербург: Новые направления в гепатологии, 1996. – 305 с.

3. De Caestecker J.S., Jazzarri R.P., Petroni M.U. Ursodeoxycholic acid in chronic liver disease // Cut. – 1991. Vol. 38. – P. 644–649.

4. Jones E.A., Bergasa N.V. Why do cholestatic patients itch // Gut. – 1996 – Vol. 38. – P. 644–649.

5. Reichen J. Pharmacologic Treatment of cholestasis // In seminars in liver disease. Thieme 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.

УДК 616.36 : 316.244

## Вплив глутаргіну на спектр вільних амінокислот сироватки крові у хворих на цироз печінки із гастропатією

Е.Й.Архій, В.І.Русин, С.С.Сірчак, М.А.Дербак, О.Ю.Кочмар  
Ужгородський національний університет

Вступ. На сьогодні захворювання печінки посадають важоме місце серед причин ранньої втрати працездатності і смертності осіб підліткового віку [1]. В якості неспеціфичної терапії для лікування захворювань печінки застосовують гепатопротекторні лікарські препарати, які мають опосередковану детоксикаційну дію, зокрема і аміаккорегуючу.

В якості високоекфективних і безпечних гіпоамоніемічних засобів перспективними є препарати деяких амінокислот, а саме аргініну і глутамінової кислоти [2,3].

Мета роботи. Вивчити вплив глутаргіну на рівень вільних амінокислот сироватки крові (BАСК) 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 скар, анамнестичних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Контрольну групу склали 30 здорових осіб.

Гелікобактерну інфекцію хворим визначали імунологічним методом (Т.системи фірма "Вектор-Бест" (Росія), а також проводили дихальний тест із  $^{13}\text{C}$ -міченого фірми IZINTA (Угорщина).

Кількісне визначення ВАСК проводили за методом одномірної нисхідної хроматографії на папері (I.M.Хайс, K.Машек, 1962; T.C.Пасхіна, 1964) і на автоматичному аналізаторі ААА-339 (Чехія) за I.Муру в модифікації М.А.Хазан і співавторів (1982). Виконувана нами наукова робота є фрагментом держбуджетної теми 530, № ДР – 0103 У001704.