

МІУ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ
МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
ПРОПЕДЕГОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ

ГРОЕНТЕРОЛОГІЯ



ЛІЖВІДОМЧИИ ЗБІРНИК

ВИДАЄТЬСЯ ЩОРІЧНО
І АСНОВАНИИ У 1969^{МУ} РОЦІ

ВІПУСК №44

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

Львів, вулиця Ф. ШОП, 20
17616-03022

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Міжвідомчий збірник

Видається щорічно

Заснований у 1969 році

ВИПУСК 44

Дніпропетровськ
Інновація
2010

УДК 616.35/34
ББК 54.132
Г 22

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

Редакційна колегія Мжвидомчого збірника "Гастроентерологія" при ДУ «Інститут гастроентерології АМН України» (м. Дніпропетровськ): О. Я. Вабак, Т. Й. Бойко, Н. Г. Гравровська (відп. секретар), Т. В. Майкова, Д. Я. Мельниченко, Л. М. Мосійчук (заст. відп. редактора), А. С. Свідницький, Ю. М. Степанов, Ю. О. Філіпцов (відп. редактор), Н. В. Харченко, Б. Ф. Шевченко, М. Б. Щербинина.

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 ДУ «Інститут гастроентерології АМН України» (м. Дніпропетровськ) і Українська гастроентерологічна асоціація. Збірник зареєстровано Державним Комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України. Свідцтво КВ №7633. Збірник включено до переліку видань, затверджених ВАК України.

Рецензенти: професор Звягінцева Т. Д., завідувача 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 978-966-8676-42-0 © ДУ «Інститут гастроентерології АМН України»,
(м. Дніпропетровськ)

і Українська гастроентерологічна асоціація, 2010 р.

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ
ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

УДК 616.366-003.7:616-036.22

Епідеміологічний аналіз поширеності та
нахворюваності на жовчокам'яну хворобу в
Україні за період 2006-2008 рр.

Ю. О. Філіпцов, І. Ю. Скарда

ДУ «Інститут гастроентерології АМН України» (Дніпропетровськ)

Однією з характерних соціально-гігієнічних та екологічних особливостей, притаманних сьогоденню, є суттєва зміна показників медико-демографічної ситуації — захворюваності, характеру патології, пов'язаної із зміною середовища мешкання людини, особобом життя та корінними економічними перетвореннями в країні. Саме внаслідок цих причин й виникає більшість нахворювань органів травлення, які за своєю етіологією є багифакторними. В останнє десятиріччя вони посіли третє місце в структурі хронічних захворювань, а найвища питома вага припадає на хвороби жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Жовчокам'яна хвороба (ЖКХ), або холелітіаз, є широко розповсюдженим хронічним захворюванням, обумовленим формуванням у жовчній системі і, в першу чергу, в жовчному міхурі конкрементів, що перешкоджають вільному відтоку жовчі та сприяють розвитку інфекційного процесу [1].

За даними багаточисельних публікацій утворюєв XX століття, особливо в другій його половині, відбувалось швидке збільшення поширеності ЖКХ, переважно в промислово розвинувтих країнах, в тому числі, й в Україні. Так, за даними різних авторів захворюваність ЖКХ в колишньому СРСР збільшувалась майже удвічі кожні 10 років [1, 2, 3]. Наприкінці XX століття в Німеччині було зареєстровано більше 5, а у США — більше 15 млн. дорослих осіб, хворих на жовчокам'яну хворобу.

© Ю. О. Філіпцов, І. Ю. Скарда

Є.М. Нейко, Н.Р. Матковська, Ю.В. Перюєнч
Зміни печінкової та серцевої гемодинаміки у хворих на хронічні захворювання печінки з проявами портальної гіпертензії 334

М.О. Овчаренко, Л.П. Пинський, Т.М. Овчаренко
Динаміка площі перекисіндукованої хеміліпоміограми у хворих на хронічний гепатит С, сполучний з опіoidною залежністю 339

Л.К. Пархоменко, Н.В. Вагайця, А.В. Рылова
Дерматоглифические показатели как генетический маркер предрасположенности к сахарному диабету 1-го типа у подростков 344

О.А. Пономаренко, А.І. Руденко
Морфо-функціональні особливості секреторної функції шлунка у хворих на гастроентерогастральну рефлюксну хворобу 351

О.П. Решетилков, Н.Н. Проценко, Е.Ю. Васильченко, Д.Ф. Кузнецова, Т.В. Богослов, Е.В. Пауценко, О.Ф. Царька
Абдоминальный ишемический синдром 357

А.І. Руденко, О.М. Хоменко, В.Б. Ягмур
Особливості кровообігу печінки при хронічному безкам'яному холециститі 365

В.І. Русин, Є.С. Сірчак, Х.В. Футько
Можливості застосування С¹³-метаболічного тесту у хворих на цироз печінки з гепаторенальним синдромом 373

О.І. Сергієнко, В.О. Краснокутська
Клінічні прояви гастроентерогастральної рефлюксної хвороби та їх взаємозв'язок із масою тіла хворих 379

О.І. Сергієнко, О.М. Коротких
Особливості розвитку синдрому подразненого кишечника у хворих із гострими кишковими інфекціями в анамнезі 384

Э.С. Сиваш
Роль традиционной рентгенодиагностики заболеланий толстой кишки 389

М. Степанов, Н.С. Федорова
Сравнительное содержание фекального кальпротектина у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника и функциональной патологией толстой кишки 401

Т.В. Фролова, Д.Я. Барська, О.В. Охалкіна, О.П. Медведєва
Мікроелементний дисбаланс у дітей при хронічній патології травної системи та порушенні кісткового моделювання 407

О.П. Шевченко
Рівень титру ринової кислоти у сироватці крові у хворих на вірусні гепатити та їх наслідках 414

С.С. Ягмур, В.Б. Ягмур, Д.Я. Мельниченко, В.Є. Курявцева, Н.П. Дементий
Скорочувальна функція жовчного міхура – причини порушення та можливості їх діагностики 420

С.С. Ягмур, В.Б. Ягмур, Д.Я. Мельниченко, С.П. Меланіч, Н.П. Дементий
Спосіб визначення скорочувальної функції жовчного міхура у хворих з поєднаною гастроентерологічною патологією 428

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА 434

Е.Й. Архип, О.М. Москвіт, Є.С. Сірчак, В.Ю. Ковалів, М.А. Дербак
Гепатогенні ерозивно-виразкові ураження шлунка: особливості секреторної функції шлунка, частота виявлення Helicobacter rułogi та можливості ерадикації 434

Э.И. Архип
Влияние разгрузочно-диетической терапии на иммунитет и процессы пищеварения при аллергических осложнениях сочетанной патологии органов пищеварения 440

6. Gawdrous M.N. Persistence of impaired hepatic microcirculation after nonarterIALIZED liver transplantation in the rat / M.N. Gawdrous, A. Zimmertam, X.U. Zhang // Microcirculation. – 2002. – 9(5). – P. 363–375.
7. Ермолов С.Ю., Добкев А.Л. Полигепатография – метод оценки гемодинамики печени // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2004. – №1. – С.57–60.
8. Ермолов С.Ю. Полигепатография – метод оценки гемодинамики печени / С.Ю. Ермолов, А.Л. Добкев // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2004. – №1. – С. 57–60.
9. Ниванг Т.Л. The changes of hepatic sinusoidal microcirculation and effects of nitric oxide synthase inhibitor during sepsis / Т.Л. Ниванг, М.Л. Нан // Hepatogastroenterology. – 2003. – №50(49). – P. 213–216.
10. Андреева Н.Я. Исследование механизма формирования компонентов реоплегиограммы и их изменений при хронических поражениях печени: автореф. дис. На соискание науч. степени канд. мед. наук / Н.Я. Андреева. – М., 1977. – 21 с.
11. Шерлок Ш. Заболевание печени и желчевыводящих путей: практич. рук. / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.

CIRCULATION OF BLOOD IN A LIVER AT A CHRONIC CHOLECYSTITIS

A.I. Rudenko, O.M. Khomenko, V.V. Yagmur
State Institution "Institute of Gastroenterology of AMS of Ukraine"
(Dnipropetrovsk)

O. Gonchar Dnipropetrovsk National University
Microcirculation of liver was studied for 20 patients with acalculous gallbladder disease. Patients were rated on groups depending on the level of cholelucystokinin of blood. The changes of indexes of circulation of blood and elasticity of vascular wall are set. The level of cholelucystokinin of blood did not influence on the indexes of Microcirculation of liver.

УДК 616.36-004-06:616.1+612.131 Можливості застосування C^{13} -металетинового дихального тесту у хворих на цироз печінки з гепаторенальним синдромом

В.І. Русин, Є.С. Стрчак, Х.В. Фурько
Ужгородський національний університет

Протягом останніх років відзначається збільшення частоти виникнення хронічних хвороб печінки, зокрема в Україні за останні 5 років зросли захворюваність на хронічні гепатити і цирози печінки (ЦП) [1].

Гепаторенальний синдром (ГРС) зустрічається у кожного п'ятого пацієнта із декомпенсованим ЦП і є однією із головних несприятливих прогностичних ознак. Якщо у хворого із ЦП діагностується портальна гіпертензія, у 20% з них ГРС може розвинутися протягом першого року, в 40% – через 5 років [2, 3].

Не дивлячись на значні успіхи в розробці сучасних аспектів патогенезу, діагностики та лікування захворювань органів травлення, в клінічній практиці часто зустрічаються випадки запізньої діагностики, недооцінки важкості стану хворого, недостатнє знання питань реабілітації та методів лікування [4].

Ведеться пошук нових ефективних неінвазивних методів діагностики хронічних уражень печінки. Перспективним методом в діагностиці захворювань печінки являються дихальні тести (ДТ), які вже застосовуюються для дослідження гелікобактерної інфекції В західних країнах використовуються такі ДТ для діагностики хвороб печінки, як C^{13} -амінопіриновий та C^{13} -металетиновий. Неінвазивність, безпечність, чутливість, специфічність, відсутність протипоказів до проведення ДТ робить його високо затребуваним. За результатами тесту можна зробити висновок не тільки про наявність або відсутність печінковокилітинної недостатності, але і класифікувати її на нециротичну і циротичну, при цьому одночасно встановити її ступінь. Крім того, тест дозволяє визначити процент або масу функціонуючих гепатоцитів (МФГ), що є нездійсненою

задачею для інших методів дослідження функції печінки, які використовуються у вітчизняній клінічній практиці [4, 6].

Мета роботи. Оцінити ефективність та діагностичні можливості ^{13}C -металетинового дихального тесту (МДТ) у хворих на ШІ із ГРС II типу.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходились 47 хворих на ШІ, ускладнений ГРС II типу, які лікувалися у хірургічній клініці, відділенні анестезіології та інтенсивної терапії і відділенні гастроентерології ЗОКЛ ім. А.Новака м. Ужгорода.

Серед 47 обстежених хворих чоловіків було 31 (66,0%), віком $(47,7 \pm 6,1)$ р., жінок було – 16 (34,0%), віком $(48,3 \pm 9,6)$ р.

Діагноз ШІ виставлявся з урахуванням скарт, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів вірусу гепатиту В і С) та інструментальних методів дослідження (УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС верхніх відділів шлунково-кишкового тракту).

ГРС виставлявся згідно діагностичних критеріїв по V. Антоу і ін., 1996р., в модифікації L. Dagenet, K. Moore, 2001 (зменшення клубочкової фільтрації, підвищення рівня сироваткового креатиніну, наявність рефрактерного асцити, протейнурії).

Для визначення ступеня ураження печінки всім хворим проводили C^{13} -МДТ. Принцип методу полягає в тому, що C^{13} -металетин в печінці підлягає ферментативному деметилюванню і декарбоксилюванню при взаємодії мікросомальних ферментів цитохрома Р450. Кінцевим продуктом метаболізму ^{13}C -металетина є $^{13}\text{CO}_2$, інтенсивність елімінації якого через легені і дозволяє робити висновок про функціональний стан мікросомальних ензимних систем гепатоцитів. Під час проведення тесту отримуюмо 10 дихальних проб: вихідну, до прийому тестового сніданку (75 мг ^{13}C -металетина, який розчинювали у 200 мл фруктового чаю без цукру, температура якого складала $35-40^\circ\text{C}$), та ще 6 проб на протязі першого часу (по одній кожні 10 хвилин) і 3 проби – на протязі другого часу (по одній кожні 20 хвилин). Дихальні проби аналізували на інфрачервоному спектроскопі IRIS (фірма IZINTA, Угорщина). Результати, отримані при аналізі, представлені у трафічній формі. Висновки про наявність або відсутність порушень функції печінки робляться на основі співвідношення кривої сумарної концентрації $^{13}\text{CO}_2$ до виходу 120 хвилин дослідження із

кривими, які отримані при обслідуванні здорових добровольців, що відображають верхню і нижню границі норми.

У хворих із печінковою недостатністю сумарна концентрація $^{13}\text{CO}_2$ суттєво знижена на протязі всього дослідження. Оцінка результатів за даною методикою наведена у табл. 1.

Таблиця 1 – Оцінка результатів ^{13}C -МДТ

Сумарна концентрація $^{13}\text{CO}_2$ до 120 хвилин, %	$\text{MV}_{\text{max}} 40/\text{SUM}40$	Інтерпретація результатів
Більше ніж 35%	1,20 or more	стимульована функція печінки
20-35%	0,80 to 1,20	нормальна функція печінки, МФГ 100%
10-20%	0,25 to 0,50 (Child A)	помірне зниження функції печінки, МФГ 50-100%
2-10%	0,15 to 0,25 (Child B)	виражене зниження функції печінки, МФГ 20-50%
менше ніж 2%	0 to 0,15 (Child C)	важке зниження функції печінки, МФГ <20%

Чутливість і специфічність ^{13}C -МДТ досить висока і складає більше 99% [6].

Результати дослідження та їх обговорення. Клінічно у 100% обстежених хворих виявили ознаки астеновегетативного синдрому. Диспептичний синдром проявлявся печію у 40 (85,0%) хворих, відрижкою кислим у 32 (68,0%) хворих, нудотою у 36 (77,0%) хворих, блювотою у 17 (36,0%) хворих. Болі та важкість в правому підребер'ї та епігастральній ділянці різної ступені вираженості спостерігали у 44 (94,0%) хворих.

При ендоскопічному обстеженні у всіх пацієнтів спостерігали варикозно розширені вени (ВРВ) стравоходу та запальні зміни верхніх відділів травного каналу.

У 100% хворих виявили ВРВ стравоходу. У кожного пацієнта не спостерігали ВРВ стравоходу I ступені. Частіше спостерігали

ВРВ стравоходу III ступені 21 (45,0%) та ВРВ шлунок 15 (32,0%). ВРВ стравоходу II ступені діагностували у 11 (23,0%) хворих.

У всіх хворих на ЦП із ГРС діагностовано артеріальну гіпотензію або тенденцію до зниження АТ. Середній систолічний артеріальний тиск складав (74 ± 8) мм рт.ст., середній діастолічний артеріальний тиск $-(52 \pm 6)$ мм рт.ст. Паралельно з цим спостерігали підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) до (98 ± 4) за 1 хвилини. Результати представлені в табл. 2.

Таблиця 2 – Характеристика хворих на ЦП із ГРС II типу

Показник	Хворі на ЦП із ГРС
Середній добовий діурез (мл/добу)	$576,4 \pm 38,6$
Навантність напруженого ациду	32
Середній систолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.)	74 ± 8
Середній діастолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.)	52 ± 6
ЧСС (за 1 хвилину)	98 ± 4

Рефрактерний ацид діагностували у 32 пацієнтів, при цьому середній добовий діурез у обстежених хворих складав $(576,4 \pm 38,6)$ мл/добу. Зменшення діурезу паралельно супроводжувалося підвищення рівня креатиніну та сечовини у крові в середньому до $(252,6 \pm 4,2)$ мкмоль/л та до $(22,4 \pm 0,67)$ ммоль/л відповідно, що вказує на погіршення функції нирок у хворих на ЦП із ГРС.

Погіршення функції нирок було пов'язано з неконтрольованою діуретичною терапією 18 (38,0%) та кровотечею з ВРВ стравоходу та шлунок 14 (30,0%) хворих.

У обстежених хворих також виявили лабораторні ознаки холестазичного, цитолітичного і мезенхімно-запального синдромів (табл. 3).

Після проведення клініко-лабораторних обстежень хворих на ЦП розподілили по класам важкості за Child-Pugh. В клас А не віднесено жодного обстеженого хворого. В клас В ввійшло – 18 (38,0%) хворих, в клас С – 29 (62,0%) хворих.

Показники лабораторних аналізів в залежності від ступеня важкості захворювання за Child-Pugh у хворих на ЦП із ГРС наведено в таблиці 3.

Таблиця 3 – Лабораторні показники крові у хворих на ЦП із ГРС II типу в залежності від класу важкості по Child-Pugh

Показник	Клас В	Клас С
Загальний білірубін (ммоль/л)	$36,52 \pm 2,24$	$68,56 \pm 3,26$
АлТ (ммоль/год/л)	$1,9 \pm 0,18$	$2,2 \pm 0,18$
АсТ (ммоль/год/л)	$1,7 \pm 0,22$	$2,0 \pm 0,19$
Загальний білок (г/л)	$57 \pm 0,76$	$51 \pm 1,4$
Альбуміни (%)	$30,5 \pm 1,2$	$26,7 \pm 0,9$
Рівень креатиніну (мкмоль/л)	$224,2 \pm 8,6$	$265,2 \pm 3,4$
Рівень сечовини (ммоль/л)	$20,2 \pm 0,84$	$23,1 \pm 0,46$
Протромбінновий індекс (%)	$72 \pm 2,0$	$56 \pm 1,8$

При проведенні ^{13}C -МДТ встановили, що 18 хворих на ЦП віднесені до класу В по Child-Pugh, МФГ в цій групі хворих складала $(43,6 \pm 5,4)\%$. До класу С по Child-Pugh за даними ДТ було віднесено 29 пацієнтів на ЦП із ГРС, а МФГ для них складала $(18,6 \pm 4,2)\%$ (табл. 4).

Таблиця 4 – Визначення МФГ у хворих на ЦП за допомогою ^{13}C -МДТ

Розподіл хворих на ЦП із ГРС по класам Child-Pugh	Маса функціональних гепатоцитів (%)
Клас В (n=18)	$43,6 \pm 5,4$
Клас С (n=29)	$18,6 \pm 4,2$

Таким чином, практично у всіх хворих, клініко-лабораторні показники відповідності ступеню печінкової недостатності співпали з основними показниками дихального ^{13}C -МДТ. Крім того, з'явилась можливість про ствердження процентного відношення МФГ у кожного конкретного хворого в залежності від приналежності його до певного функціонального класу.

Використання ^{13}C -МДТ у хворих на ЦП із ГРС виявилась чутливим, неінвазивним, ефективним методом для діагностики важкості ураження печінки і співпадає з даними клініко-лабораторних методів обстеження у даного контингенту хворих.

Висновки. Застосування неінвазивного ^{13}C -МДТ являється ефективним методом визначення ступеня печінкової недостатності у конкретного обстеженого пацієнта та дає змогу виявити

процентне співвідношення МФГ у хворих на ЦП із ГРС, що можна використовувати для вибору оптимального методу та об'єму лікування.

1. Декомпенсований цироз печінки / [В.І. Русин, В.О. Силивий, А.В. Русин та ін.]. – Ужгород, 2006. – 229 с.
2. Кузнецов Н.И. Вирусный гепатит С / Н.И. Кузнецов // Российский семейный врач. – 2004. – Т. 8, №3. – С 4-8.
3. Степанов Ю.М. Рациональна гепатологія: Навчальний посібник для лікарів / Ю.М. Степанов, М.Я. Доценко, В.П. Мирошниченко – Дніпропетровськ: Свідлер. – 2005. – 184 с.
4. Morgan R. Review article: hepatorenal syndrome – definitions and diagnosis / R. Morgan, D. Levrer. – Aliment Pharmacol Ther. – 2004. – Suppl. 3. – P. 24-8.
5. Retolati. ¹³C-methacetin breath test for monitoring hepatic function in cirrhotic patients before and after liver transplantation // *Retolati, D. Festi, G. De Vergadinis [et al.]*. – *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. – 2003. – P. 785-790.
6. Sen S. The pathophysiological basis of acute-on-chronic liver failure / S. Sen, R. Williams, R. Jalan. – *Liver*, 2002. – 22 (Suppl. 2). – P. 5-13.

APPLICATION OF C¹³-METACETIN BREATH TEST AT PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND HEPATORENAL SYNDROME

V.I. Rusin, E.S. Sirchak, H.V. Fuzko

Uzhgorod nationali universiti, medical department

In the article are inspected the results of 47 patients with liver cirrhosis and hepatorenal syndrome. Set the high diagnostic informing of application of C¹³-metacetin breath test at these patients.

Клінічні прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та їх взаємозв'язок із масою тіла хворих

О.І. Сергієнко, В.О. Краснокутська

Харківська медична академія післядипломної освіти

На сьогоднішній день відомо, що головна роль в патогенезі гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) належить гастроєзофагеальному рефлюксу та пошкодуючій дії його складових на слизову оболонку стравоходу. Серед факторів ризику виникнення гастроєзофагеального рефлюксу вчені розглядають ожиріння. Увага до проблеми ожиріння пов'язана із значним збільшенням кількості людей з надлишковою масою тіла (НМТ) [1, 2]. Результати досліджень, які присвячені вивченню взаємозв'язку ожиріння та ГЕРХ є досить протирічливими. Ряд авторів вважають, що ожиріння у 1,5-2 рази збільшує ризик розвитку ерозивного езофагіту та у 2,0-2,5 рази збільшує ризик аденокарциноми стравоходу у порівнянні з людьми з нормальним індексом маси тіла (ІМТ) [3]. Спостерігали прямий зв'язок між збільшенням маси тіла та виникненням гастроєзофагеального рефлюксу у жінок без зайвої ваги (в межах нормального ІМТ) [4]. Разом з цим інші дослідники не отримали підтвердження впливу ожиріння на виникнення гастроєзофагеального рефлюксу та розвитку ГЕРХ [5], так саме не спостерігали зв'язку між наявністю ожиріння та формуванням стравоходу Барретта (СБ) [6]. Підтвердження залежності виникнення рефлюксу від НМТ відкриває перспективи розглядання корекції маси тіла як одного з можливих методів лікування [2]. Найменш дослідженим є взаємозв'язок ожиріння з ендоскопічно негативною формою хвороби (НЕРХ) [6]. Вивчення особливостей клінічних симптомів у хворих на неерозивну та ерозивну форми хвороби, СБ з різною масою тіла дозволить уточнити значення ожиріння у формуванні цих станів. Метою дослідження було вивчення особливостей основних клінічних проявів ГЕРХ у хворих із різною масою тіла.