

ДУ "ІНСТИТУТ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"
УКРАЇНСЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ
ДЗ "ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ"

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Міжвідомчий збірник

Видається щорічно
Заснований у 1969 році

ВИПУСК 45

Дніпропетровськ
"Пороги"
2011

УДК 616.35/34
ББК 54.132
Г 22

Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» протокол №8 від 18.10.2011 р.

Редакційна колегія Міжвідомчого збірника "Гастроентерологія" при ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» (м. Дніпропетровськ):
О.Я. Бабак, Т.Й. Бойко, Н.Г. Гравіровська, Т.В. Майкова, Л.Я. Мельниченко,
Л.М. Мосійчук, А.С. Свінціцький, Ю.М. Степанов, Ю.О. Філішов,
Н.В. Харченко, Б.Ф. Шевченко, М.Б. Щербиніна.

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 НАМН України» (м. Дніпропетровськ) і Українська гастроентерологічна асоціація. Збірник зареєстровано Державним Комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України. Свідоцтво КВ №7633. Збірник внесено до переліку видань, затверджених ВАК України. Перереєстровано ВАК України, постановою №1 - 0,5/7 від 10.11.2010 р.

Видано в авторській редакції

ISBN 978-617-518-169-0 © ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
(м. Дніпропетровськ)
і Українська гастроентерологічна асоціація, 2011

Ендотеліальна дисфункція судин у хворих на цироз печінки з явищами дисбіозу кишечника

Є.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко, М.М. Івачевський

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Актуальність проблеми. Широко вивчається роль ендотеліальних факторів у патогенезі багатьох хронічних захворювань, але не з'ясованим залишається вплив ендотеліальної дисфункції (ЕД) на стан гемодинаміки печінки та формування порталльної гіпертензії.

Встановлено, що тривалий перебіг порталльної гіпертензії може призводити не тільки до кількісних і якісних порушень мікробіоценозу кишечника, але і до пошкодження постепітеліального бар'єру сітки кровоносних капілярів з можливою транслокацією бактерій за межі стінки кишечника. Зміни мікрофлори сприяють посиленню процесів бродіння і гниття, що, у свою чергу, підсилює прояви ендотоксемії та клінічних проявів печінкової енцефалопатії. Також є повідомлення про те, що ендотоксини грамнегативних бактерій викликають зміни в ендотелії судин, зокрема – у варикозно розширених венах стравоходу і шлунку, що призводить до зростання частоти їх розривів і кровотеч [1, 2, 3].

Отже, зміни мікробіоценозу кишечника, у свою чергу призводять до погіршення перебігу захворювань печінки, появи ускладнень і незадовільних результатів лікування.

Мета роботи: дослідити залежність між показниками дисфункції ендотелію та ступенем дисбіозу кишечника у хворих на цироз печінки (ЦП).

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 197 хворих на ЦП, які лікувались у гастроентерологічному відділенні, хірургічній клініці та відділенні анестезіології і інтенсивної терапії ЗОКЛ ім. Андрія Новака м. Ужгорода.

Серед обстежених хворих чоловіків було 105 (53,0%), віком (53,4±7,6) років, жінок було - 92 (47%), віком (49,3±6,2) років. Контрольну групу склали 20 фактично здорових осіб у віці від 23 до 58 років, середній вік яких складав (38,2±1,6) років. Серед них чоловіків було 11 (55%), жінок 9 (45%).

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

Ультразвукове дуплексне сканування плечової артерії виконувалося на апараті HDI-1500 (США), з використанням імпульсно-хвильового доплерівського датчика 2,5 МГц і 5-10 МГц - „Zonare” (США). Ендотеліальну вазодилатацію (ЕЗВД) плечової артерії вивчали по методу, запропонованому D. Seletiafet. Дослідження проводили в режимі двомірного сканування з синхронним записом ЕКГ; діаметр артерії вимірювали у фазу діастолу у В-режимі, в доплер-режимі оцінювали зміну швидкості кровотоку до і під час пробя з реактивною гіперемією. Стимулом ЕЗВД була реактивна гіперемія, що створюється манжетною накладеною на ділянку дистальніше проведеного дослідження. Діаметр плечової артерії вимірювали у стані спокою (через 10-15 хв відпочинку). У манжеті створювали тиск 200-300 мм рт. ст. на 5 хв, після чого тиск усували, діаметр і швидкість кровотоку вимірювали відразу після зняття манжети протягом 5 хвилин з інтервалом в 30 секунд. Збільшення діаметру плечової артерії через 60-90 секунд на тлі реактивної гіперемії на 10% і більше вважали нормальною реакцією. Менший ступінь дилатації або вазоконстрикцію оцінювали як патологічну реакцію.

Після відновлення діаметру артерії через 15 хв хворий приймав 0,5 мг нітрогліцерину сублінгвально. У даній методиці нітрогліцерин використовували як ендотеліально незалежний (ЕНВД) стимул, що викликає релаксацію периферичних судин. Вимірювання повторювали через 2 і 5 хв після прийому нітрогліцерину. Реакцію на посилення кровотоку розраховували як різницю діаметру на тлі реактивної гіперемії і початкового, реакцію на нітрогліцерин як різницю діаметру на 2-й хвилині після прийому нітрогліцерину і початкового. Нормальною реакцією плечової артерії умовно прийнято рахувати її розширення на тлі реактивної гіперемії на 10% і більш від початкового діаметру.

© Є.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко,
М.М. Івачевський

Менший ступінь вазодилатації або вазоконстрикції вважається патологічною реакцією. Дисфункція ендотелію верифікувалась при розширенні судини на реактивну гіперемію достовірно менше, ніж на прийом нітратів [4].

Всім хворим також було проведено детальне дослідження крові з акцентом на визначення основних гемореологічних і гемостатичних показників, а також маркеру ЕД – фактору фон Віллебранда (ФВ) [5]. Фактор фон Віллебранда, як один із лабораторних маркерів ендотеліальної дисфункції визначали за допомогою хромогенного аналізу на апараті Sysmex 500 та 560 (Японія), використовуючи реактиви фірми Siemens.

Для виявлення дисбіозу проводили кількісне визначення мікроорганізмів, які виростили на поживному середовищі агару, Сабуро, Ендо і 5% кров'яному агарі з перерахунком на 1 г фекалій, враховуючи дозу досліджуваного матеріалу і ступінь його розведення. На чашці з 5% кров'яним агаром визначали наявність гемолітичних форм як кишкової, так і кокової мікрофлори, відсоток їх від загальної кількості колоній, що виростили, співвідношення кишкової і кокової мікрофлори. Наявність біфідобактерій визначали по характеру зростання на середовищі Блаурокка і мікроскопіі мазків, забарвлених по Граму. Кількість біфідобактерій і лактобацил в одному грамі фекалій визначали по граничному розведенню, при якому спостерігалось їх зростання. Результати та їх обговорення. Після проведення клініко-лабораторних обстежень хворих на ЦП розподілили по класам важкості за Child-Pugh, враховуючи рівень білірубіну, альбуміну, протромбінового індексу та наявність або відсутність асцити і печінкової енцефалопатії [6]. В клас А ввійшло 58 (29,5%) хворих (стадія компенсації), в клас В – 75 (38,0%) хворих (стадія субкомпенсації), в клас С – 64 (32,5%) хворих (стадія декомпенсації).

Мікробіологічні зміни мікрофлори товстої кишки виявилися у 100% хворих на цироз печінки. Вони були зумовлені змінами як аеробної, так і анаеробної флори. Зміни аеробної флори характеризувалися зниженням загальної кількості *E.coli*, а саме – у 11 (19,0%) хворих класу А за Child-Pugh, у 74 (98,0%) хворих класу В, та у 100% хворих класу С, а також появою *E.coli* зі зміненими властивостями, зокрема виявили біовари зі слабоферментативними та гемолітичними властивостями. Слабоферментативну *E.coli* висіяли у 14 (24,0%) хворих класу А

та у 100% хворих класу В і С за Child-Pugh. Гемолітичну кишкову паличку виявили у 6 (10,0%) хворих класу А, у 18 (24,0%) – класу В та у 36 (56,0%) хворих класу С (табл. 1).

У більшості хворих висілася умовно-патогенна мікрофлора, переважно *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter freundii*, зокрема у 29 (50,0%) хворих класу А, у 74 (98,0%) хворих класу В та у всіх хворих класу С.

Зміни анаеробної флори характеризувалися зниженням рівня біфідобактерій та лактобактерій у 100% хворих на ЦП. У жодного хворого класу А не висіяли *Staphylococcus aureus* у титрі 10⁵, тоді як цей збудник спостерігали у 7 (9,0%) хворих класу В та у 17 (27,0%) хворих класу С. Гриби роду *Candida* виявили тільки у одного (2,0%) пацієнта класу С за Child-Pugh.

Таблиця 1 - Зміни мікрофлори товстої кишки у хворих на цироз печінки в залежності від важкості захворювання по Child-Pugh.

Показник	Норма	Хворі на ЦП (n=197)		
		Клас А (n=58)	Клас В (n=75)	Клас С (n=64)
біфідобактерії < 10 ⁷	10 ⁷ і вище	58 (100%)	75 (100%)	64 (100%)
лактобактерії < 10 ⁶	10 ⁶ і вище	58 (100%)	75 (100%)	64 (100%)
загальна кількість <i>E.coli</i>	300-400 млн/г	11 (19,0%)*	74 (98,0%)	64 (100%)
слабоферментативні <i>E.coli</i>	до 10%	14 (24,0%)*	75 (100%)	64 (100%)
гемолітичні кишкові палички	немає	6 (10,0%)**	18 (24,0%)	36 (56,0%)
умовно-патогенні ентеробактерії	немає	29 (50,0%)*	74 (98,0%)	64 (100%)
гриби роду <i>Candida</i>	до 10 ³	-	-	1 (2,0%)
золотистий стафілокок	до 10 ³	-	7 (9,0%)	17 (27,0%)

Примітки:

- * - $p < 0,05$ - виявлена достовірна різниця між показниками у хворих на ЦП класу А та класів В і С за Child-Pugh;
- ** - $p < 0,05$ - виявлена достовірна різниця між показниками у хворих на ЦП класу А та класу С за Child-Pugh.

© С.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко,
М.М. Івачевський

Порівнюючи показники бактеріологічного дослідження калу між групами хворих по Child-Pugh, бачимо, що зміни мікрофлори товстої кишки наявні у всіх трьох класах пацієнтів, але у хворих класу В (стадія субкомпенсації) та класу С (стадія декомпенсації), спостерігаються більш глибокі зміни мікробіоценозу товстого кишечника. Що стосується анаеробної флори, то у всіх трьох класах хворих мало місце зниження рівня біфідобактерій нижче 107 та лактобактерій нижче 106 у 100 % хворих (табл. 1).

У пацієнтів на ЦП дисбіоз I ступеня виявлено у 28 (48,0%) хворих класу А та у 19 (25,0%) класу В і не спостерігали у жодного хворого класу С. Дисбіоз II ступеня діагностували у 27,0% хворих класу В і С та у 31,0% хворих класу А за Child-Pugh. Дисбіоз III ступеня частіше виявили у хворих класу С (59,0%) та класу В (47,0%), тоді як у хворих класу А – тільки у 21,0% пацієнтів. Дисбіоз IV ступеня не спостерігали у жодного хворого класу А, і тільки у 1,0% хворих класу В та у 14,0% пацієнтів класу С за Child-Pugh. Результати наведені у таблиці 2.

Таблиця 2 - Розподіл хворих на ЦП по ступеням важкості дисбіозу кишечника.

Хворі на ЦП	Ступінь дисбіозу			
	I (n = 47)	II (n = 55)	III (n = 85)	IV (n = 10)
Клас А (n = 58)	28 (48%)	18 (31%)	12 (21%)	-
Клас В (n = 75)	19 (25%)	20 (27%)	35 (47%)	1 (1%)
Клас С (n = 64)	-	17 (27%)	38 (59%)	9 (14%)

Аналізуючи інструментальні та лабораторні показники встановили наявність ЕД у хворих на ЦП, що проявилася зменшенням ЕЗВД та ЕНВД, а також збільшенням рівня ФВ у порівнянні з контрольною групою (табл. 3).

Таблиця 3 - Зміна показників ендотеліальної дисфункції залежно від розподілу хворих на цироз печінки по класам важкості за Child-Pugh.

Показник	Контрольна група (n = 20)	Хворі на цироз печінки		
		клас А (n = 58)	клас В (n = 75)	клас С (n = 64)
ЕЗВД (%)	14,3±2,3	8,1±1,7*	6,5±2,1*	5,7±1,9*
ЕНВД (%)	25,4±5,4	17,3±2,2*	14,8±3,2*	11,2±3,1*
ФВ (%)	98±14,5	211±62*	227±58*	234±68*

Примітка. * - $p < 0,05$ - виявлена достовірна різниця між показниками контрольної групи та групою хворих на цироз печінки.

© С.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко,
М.М. Івачевський

Із наведених результатів бачимо, що показники ЕД найбільш виражені у хворих на ЦП у стадії суб- та декомпенсації захворювання. Показники ЕЗВД та ЕНВД були найнижчі у хворих на ЦП класу С (5,7±1,9%) та (11,2±3,1%), тоді як у хворих класу А за Child-Pugh спостерігали найвищі показники ЕЗВД та ЕНВД у порівнянні із контрольною групою ((8,1±1,7%) та (17,3±2,2%), відповідно). Аналогічні зміни отримали і при характеристиці показників фактору фон Віллебранда, а саме, у хворих на ЦП класу А за Child-Pugh ФВ був меншим ((211±62%) ніж при стадії субкомпенсації ((227±58%) та декомпенсації ((234±68%) циротичного процесу.

Таблиця 4 - Зміна показників ендотеліальної дисфункції у хворих на цироз печінки залежно від важкості дисбіозу кишечника.

Хворі на ЦП	Ступінь дисбіозу			
	I (n = 47)	II (n = 55)	III (n = 85)	IV (n = 10)
ЕЗВД (%)	8,4±2,7	6,8±1,2	5,8±3,1	5,2±2,4
ЕНВД (%)	18,4±3,3	17,6±2,4	15,0±2,2	10,8±2,7
ФВ (%)	207±38	213±65	225±71	237±42

Також встановили залежність між показниками ЕД та ступенем дисбіозу кишечника у хворих на ЦП. Характеризуючи динаміку показників ЕД при прогресуванні порушень стану мікробіоценозу кишечника встановили наявність наступних змін: показники ЕЗВД та ЕНВД у хворих на ЦП із дисбіозом I ступеня були найвищими і становили (8,4±2,7)% та (18,4±3,3)%, тоді як найнижчі показники зареєстрували у хворих на ЦП із дисбіозом IV ступеня, а саме (5,2±2,4)% та (10,8±2,7).

При аналізі зміни рівня ФВ – як одного із лабораторних показників ендотеліальної дисфункції, встановили ідентичні зміни, а саме найнижчим цей показник виявився у хворих на ЦП із дисбактеріозом кишечника I та II ступенів ((207±38%) та (213±65%), а найвищим із глибокими порушеннями мікробіоценозу кишечника (при III ступені ФВ складав (225±71)%, а при IV ступені – (237±42)%).

© С.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко,
М.М. Івачевський

Ліра ЛТД, 2004. – 200 с.

2. Фадєєнко Г.Д. Дисбіотичні порушення кишечника і шляхи її корекції / Г.Д. Фадєєнко, І.Е. Кушнір // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – №2(28). – С. 30–33.
3. Циммерман Я.С. Дисбиоз (дисбактериоз) кишечника и/или синдром избыточного бактериального роста / Я.С. Циммерман // Новости медицины и фармации. – 2008. – №364. – С. 111–119.
4. Endothelium-dependent dilation in the systemic arteries of asymptomatic subjects relates to coronary risk factor and their interaction / D.S. Celermajer, K.E. Sorensen, C. Bull, [et al.] // *J.Am. Coll. Cardiol.* – 1994. – № 24 (6). – P. 1468–1474.
5. *Vischer U.M. Von Willebrand factor, endothelial dysfunction, and cardiovascular disease / U.M. Vischer // J. of Thrombosis and Haemostasis.* – 2006. – №4. – P. 1186–1193.
6. Декомпенсований цирроз печінки / [В.І. Русин, В.О. Сипилівий, А.В. Русин та ін.]. – Ужгород, 2006. – 229 с.

ENDOTHELIUM DISFUNCTION OF VESSELS AT PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS WITH THE PHENOMENA OF INTES-TINE DISBIOSIS

E.S. Sirchak, V.I. Rusin, O.I. Petrichko, M.M. Ivachevskij
Uzhgorod nationali universiti, medical department

Results of inspection at 197 patients with liver cirrhosis are represented. Found out intercommunication between the degree of intestine disbiosis and disfunction of endothelium at patients with liver cirrhosis, namely, at deep by violation of intestine microbiocenoses there are more expressed changes of endothelium disfunction of vessels.

© Е.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко,
М.М. Івачевський

Отже, чітко можна прослідкувати, що у хворих на ЦП із збільшенням частоти дисбіозу III і IV ступенів спостерігаються більш виражені зміни показників ендотеліальної дисфункції судин.

У хворих на цироз печінки доказана схильність до надмірного бактеріального росту в кишечнику, що сприяє порушенню його моторики, збільшенню проникності кишечної стінки та разом веде до бактеріальної транслокації. Бактеріальна транслокація є не тільки механізмом для розвитку більшості інфекційних ускладнень у хворих на цироз печінки, як, наприклад спонтанний бактеріальний перитоніт, але і джерелом бактеріальних продуктів (ендотоксинів), які сприяють погіршенню функції печінки і гемостазу. З одного боку, поргосистемне шунтування дозволяє ендотоксинам кишечного бактеріального походження прямо проникати в системний кровообіг, у зв'язку із наявністю структурних порушень кишечника у хворих з портальною гіпертензією при цирозі печінки, а з другого боку, порушення функції ендотелію судин внаслідок ендотоксемії при дисбіозі кишечника, на нашу думку, є предиктором у формуванні та розвитку ускладнень портальної гіпертензії у даного контингенту пацієнтів.

Висновки.

1. У хворих на цироз печінки спостерігається порушення вазорегуляторної активності судинного ендотелію, що проявляється зменшенням показників ендотелійзалежної та ендотелійнезалежної вазодилатації і підвищенням рівня фактору фон Вільбранда у сироватці крові.
2. Існує пряма залежність між ступенем дисбіозу кишечника у хворих на цироз печінки та погіршенням показників ендотеліальної дисфункції: при збільшенні частоти дисбіозу III-IV ступенів виявляються більш виражені зміни лабораторних та інструментальних показників ендотеліальної дисфункції.

1. Дзяк Г.В. Функціональні захворювання кишечника / Г.В. Дзяк, В.І. Залєвський, Ю.М. Степанов // Дніпропетровськ :

© Е.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко,
М.М. Івачевський

характерно: підвищення рівня γ -глобулінів сироватки, білково-осадкових проб (тимолової, сулемової), підвищення рівня IgG, IgM, IgA.

В діагностиці та лікуванні застосовуються наукові дослідження працівників: завідуючого кафедрою сімейної медицини НМАПО імені П.Л.Шупика професора Лисенка Г.І., доктора медичних наук професора Бабиніної Л.Я., професора Мамчи, якими за останній час зроблено значний внесок в гастроентерологічну службу.

Лікування в гастроентерологічному відділенні обласної лікарні та районах області проводиться відповідно до європейських стандартів лікування, вітчизняних рекомендацій. Широко застосовуються препарати інтерферонового ряду, інгібіторів протенової помпи, гастроцитопротекторів та антихелікобактерні препарати, багатьом хворим проводиться плазмозферез та багато інших методів лікування. Основним завданням терапії печінкової недостатності є створення оптимальних умов функціонування печінки та інших органів і тканин, шляхом проведення детоксикації, корекції порушень гомеостазу, плазмозферезу.

В 1914 році І. Abel разом з L.G. Rowntree і B.B. Turner надрукували роботу «Отделение плазмы с возвращением телец», яка поклала початок направленню в методах екстракорпорального очищення крові – плазмозферезу.

Існує два види плазмозферезу – донорський та лікувальний. За рекомендацією Ради Європи за рік від одного донора можна отримати до 15л плазми, на протязі тижня – до 1л. Між процедурами плазмозферезу повинно бути щонайменше 48-72 годин. Плазмозферез займає значне місце у інтенсивній терапії серед патологічних процесів різних захворювань, в тому числі і гепатобілярної системи.

Враховуючи широке розповсюдження захворювань шлунко-кишкового тракту серед населення Київської області, перед гастроентерологічною службою стоять важливі завдання спрямовані на раннє виявлення, лікування та диспансеризацію хворих.

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ 3

Т.М. Ганич, М.І. Фатула, С.І. Скаканді
Основні показники стану здоров'я та травної системи людей через 25 років після аварії на ЧАЕС..... 3

Д.О. Гончарюк, О.І. Федів, Т.М. Христин, Я.М. Телекі
Якість життя у хворих на хронічний панкреатит за сукупної серцевої недостатності..... 8

Н.Б. Губергеріч, К.О. Воронін
Білярні дисфункції у хворих похилого віку на тлі функціональних закретів та атеросклерозу черевної аорти та її гілок..... 12

Л.В. Журавльова, Л.Р. Боброннікова
Особливості біоелементних порушень у хворих на хронічний холецистит та варіанти їх корекції..... 17

А.Е. Клочков
Динамика показателів фекального злазастного теста в процесі етапного лічення лікарственого панкреатита у больних с туберкулезом легких..... 26

В.Ю. Коваль, Е.Й. Архій, Н.І. Брич, Я.Ф. Рішко
Показники гастроентерологічної патології у Закарпатській області..... 31

Л.М. Мосійчук, Л.В. Демешкіна
Фактори ризику розвитку орального кандидозу у хворих з гастродуоденальною патологією..... 37

Ю.І. Решилово, С.Л. Меланіч, О.Ю. Васильченко
Деякі аспекти якості медичної допомоги хворим з патологією білярної системи за результатами анкетування лікарів України..... 48

ЗМІСТ

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ	3
<i>Т.М. Ганич, М.І. Фатула, С.І. Скаланді</i>	
Основні показники стану здоров'я та травної системи людей через 25 років після аварії на ЧАЕС.....	3
<i>Д.О. Гончарюк, О.І. Федів, Т.М. Христинч, Я.М. Телекі</i>	
Якість життя у хворих на хронічний панкреатит за супутньої серцевої недостатності.....	8
<i>Н.Б. Губергрін, К.О. Воронін</i>	
Біліарні дисфункції у хворих похилого віку на тлі функціональних закресів та атеросклерозу черевної аорти та її гілок.....	12
<i>Л.В. Журавльова, Л.Р. Боброннікова</i>	
Особливості біоелементних порушень у хворих на хронічний холецистит та варіанти їх корекції.....	17
<i>А.Е. Клочков</i>	
Динаміка показателів фекального еластазного теста в процесі згашного лікування лікарственого панкреатита у больних с туберкулезом легких.....	26
<i>В.Ю. Коваль, Е.Й. Архій, Н.І. Брич, Я.Ф. Рншко</i>	
Показники гастроентерологічної патології у Закарпатській області.....	31
<i>Л.М. Мосійчук, Л.В. Демешкіна</i>	
Фактори ризику розвитку орального кандидозу у хворих з гастродуоденальною патологією.....	37
<i>Ю.І. Решетілов, С.Л. Меланіч, О.Ю. Васильченко</i>	
Деякі аспекти якості медичної допомоги хворим з патологією біліарної системи за результатами анкетування лікарів України.....	48

<i>Є.С. Сірчак, В.І. Русин, О.І. Петричко, М.М. Івачевський</i> Ендотеліальна дисфункція судин у хворих на цироз печінки з явищами дисбіозу кишечника.....	54
<i>Ю.М. Стеланов, І.Н. Кононов, І.А. Васильєва, Дин Яньли, Азиз Альхельм</i> Експериментально-психологіческие исследования личности больных с различными формами синдрома раздраженной кишки.....	62
<i>М.Б. Щербиніна, Т.М. Толстикова</i> Медико-соціальна характеристика пацієнтів з блідарною патологією в Україні за даними амбулаторно-поліклінічних закладів.....	67
ЕТИОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ.....	74
<i>Т.Й. Бойко, О.В. Сорочан, М.В. Стойкевич, Н.М. Мосалова, Т.М. Толстикова, С.Ю. Єгорова</i> Ендотеліальна дисфункція та запалення у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями кишечника.....	74
<i>Н.Г. Вірстюк, О.Є. Черкашина</i> Взаємозв'язок порушень функціонального стану печінки і змін імунної системи при хронічній серцевій недостатності.....	81
<i>В.Б. Гоциньський, І.О. Боровик, Н.І. Корильчук, С.С. Рябоконь, Н.Є. Боцюк</i> Патоморфологічні особливості загосення гострих експериментальних стресових виразок.....	86
<i>Н.Б. Губергеріч, Е.С. Зыкова</i> Регуляторные индексы вегетативной нервной системы при хроническом панкреатите в сочетании с хроническим бронхитом.....	92
<i>М.Ю. Зак</i> Стан процесів перекисного окислення ліпідів і антиоксидантного захисту у пацієнтів з передраковими змінами слизової оболонки шлунка.....	97
<i>В.Є. Кудрявцева, А.І. Руденко, О.М. Татарчук, С.Ю. Єгорова</i> Імунологічна реактивність у шурів з патологічно зміненою печінкою (експериментальна робота).....	105
<i>Л. М. Мосійчук, І. В. Кушніренко, О. М. Татарчук, В. Є. Кудрявцева, С. Ю. Єгорова</i> Особливості клітинного та гуморального імунітету у пацієнтів з кандидозом слизових оболонок верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.....	110
<i>Г.В. Осьода, К.О. Атихтін</i> Особливості варіабельності серцевого ритму при кислотозалежних захворюваннях у військовослужбовців.....	119
<i>Л.К. Пархоменко, Л.А. Страшок, О.А. Бударейко, Н.В. Філіпова, О.В. Бузницька</i> Функціональний стан печінки та показники ліпідного спектру крові у дітей і підлітків з ожирінням.....	125
<i>Л.К. Пархоменко, А.В. Рылова, Е.А. Бударейко</i> Нейрогуморальная регуляция внешнесекреторной функции печени и поджелудочной железы у детей с сахарным диабетом 1-го типа.....	132
<i>О.В. Резуненко</i> Стан мінеральної щільності кісткової тканини у хворих на хронічний безкам'яний холецистит, поєднаний із гіпертонічною хворобою.....	141
<i>Ю.И. Решетилов, Л.Ф. Кузнецова, Т.В. Богослав, В.В. Медведев, О.А. Кузнецов, Е.Ю. Васильченко, Н.Н. Проценко</i> Стеатоз поджелудочной железы и нарушения углеводного обмена у больных с артериальной гипертензией на фоне метаболического синдрома.....	147

<i>Е.И. Залюбовская</i>	Топографические особенности эрозивного поражения гастродуоденальной зоны у больных с тиреоидной дисфункцией	216
<i>Т.В. Майкова</i>	Особливості моторно-евакуаторної функції шлунка при ураженні слизової оболонки <i>Candida albicans</i>	227
<i>С.Г. Мелашенко, В.М. Чернобровий, Н.А. Ляховченко</i>	Дослідження газових гастрозофагеальних рефлюксів та заковтування повітря за допомогою мультиканального інтралюмінального імпеданс-рН-моніторингу стравоходу та шлунка у хворих на функціональну шлункову диспепсію та рефлюкxену хворобу	233
<i>Л.М. Мосійчук, А.І. Руденко, Л.В. Демешкіна, Н.В. Плотніченко, Л.Р. Гірева, О.М. Петішко</i>	Особливості функціональної діяльності секреторних залоз шлунка у хворих передраковим станом шлунка	240
<i>О.Е. Самогальська, Т.Б. Лазарчук, О.В. Баб'як</i>	Особливості перебігу цирозу печінки залежно від індексу маси тіла	247
<i>О.І. Сергієнко, В.О. Краснокутська</i>	Клінічні прояви та показники якості життя у хворих на гастрозофагеальну рефлюкxену хворобу в динаміці лікування інгібіторами протонної помпи	253
<i>Е.В. Симонова, Т.И. Бойко, С.И. Феценко</i>	Особенности эндоскопической картины толстой кишки у больных с конституциональным синдромом	258
<i>О.В. Симонова</i>	Ендоскопічні особливості верхніх відділів шлунково-кишкового тракту у хворих на хронічні неспецифічні захворювання товстої кишки	269

<i>О.Л. Самотуга, Ю.М. Степанов</i>	Взаємозв'язки дуоденогастрального рефлюксу, <i>Helicobacter pylori</i> та морфологічних змін слизової оболонки шлунка у хворих на хронічний рефлюкс-гастрит	156
<i>І.М. Скрипник, О.Ф. Гошко</i>	Психосоматичні порушення і стан слизового бар'єра гастродуоденальної зони у хворих на виразкову хворобу та шляхи їх корекції	167
<i>О.М. Татарчук</i>	Активність нейтрофілів у хворих на гастрозофагальну рефлюкxену хворобу	174
<i>И.Е. Трубирина, Т.Ф. Федотова, Л.Б. Лазебник, Л.Д. Лагутина, И.В. Михалева, Н.Б. Крюкова</i>	Привыкание белых крыс к энергетическим и слабоалкогольным напиткам	179
КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА		185
<i>М.О. Бабак</i>	Особливості перебігу та лікування хворих на гастрозофагальну рефлюкxену хворобу з супутнім ожирінням та дуоденогастральним рефлюкxом	185
<i>Н.Г. Вірстюк, О.І. Дельцова, А.Д. Захараш, С.Б. Герашенко</i>	Діагностичне значення показників фіброзування печінки хворих на алкогольну хворобу печінки	195
<i>Ю.А. Гайдар, М.С. Овчаренко, И.Н. Кононов</i>	Гистопатологические особенности аутоиммунного панкреатита	201
<i>Н.Г. Гравировская, А.М. Бабий</i>	Двигательные расстройства билиарного тракта: проблемы диагностики и трактовки результатов	206

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА	351
<i>О.М. Бабій, Б.Ф. Шевченко, В.М. Ратчик</i>	
Досвід використання різних способів органозберігаючої операції в хірургії холецистолітаза	351
<i>М.А. Бичков</i>	
Досвід лікування печії у хворих ревматологічного профілю	358
<i>Т.И. Бойко, Е.В. Сорочан, М.В. Стойкевич, З.И. Шевцова</i>	
Оптимізація лічення больных с синдромом раздраженного кишечника	363
<i>О.А. Бондаренко</i>	
Оптимізація внешнесекреторной функции поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения	371
<i>Т.В. Бондаренко</i>	
Обоснование длительности проведения антихеликобактерной терапии	376
<i>О.М. Ганич, Ш. Кошлик, Н.В. Маркуш, О.Т. Ганич</i>	
До питання можливості профілактики хронічного алкогольного гепатиту, поєданого з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та хронічним дуоденітом, природними засобами	383
<i>В.А. Гирман</i>	
Купирование проявлений желудочной и кишечной диспепсии при хроническом панкреатите	387
<i>О.М. Горленко, Г.Б. Коссей</i>	
Синдром функциональной диспепсии у дітей раннього віку, фактори ризику та шляхи корекції	400
<i>О. М. Горленко, А.І. Томей</i>	
Корекція порушень гомеостазу кальцію у дітей з пагологією жовчовивідних шляхів	405

<i>І.А. Сиротенко</i>	
Особливості синдромологічної характеристики ерозивного гастродуоденіту у хворих з ожирінням	279
<i>Ю.М. Степанов, И.Я. Буюзак, Сунь Бейбей</i>	
Оценка степени закисления слизистой оболочки пищевода при наличии и отсутствия грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	287
<i>Ю.М. Степанов, О.Н. Власова, Чжу Линной</i>	
Кандидоз толстого кишечника в гастроэнтерологической практике: оптимізація діагностики и лечения	293
<i>Ю.О. Філіттов, І.Ю. Скірда</i>	
Ресурсне забезпечення ультразвукових та ендоскопічних досліджень гастроентерологічного профілю в Україні	300
<i>О.Ю. Філіттова</i>	
Дисфункціональні порушення біліарного тракту у пацієнтів з неалкогольного жировою хворобою печінки	311
<i>Ю.О. Філіттов, Л.Я. Мельниченко Н.О. Домашнева, І.А. Кленіна, С.Л. Меланіч</i>	
Порівняльна характеристика біохімічних показників крові при хронічному гепатиті та цирозі печінки	318
<i>М.І. Швед, Т.В. Лихачька, Г.В. Лихачька, В.О. Фуртель</i>	
Динамика клінічних та денситометричних показників кісткової тканини у хворих на хронічні запальні захворювання гастродуоденопанкреатичної зони і печінки з остеопенією та їх корекція	326
<i>В.Б. Ягмур, А.В. Шевченко</i>	
Показники доплерограми хворих на хронічний гепатит та цироз печінки вірусного походження	332
<i>С.С. Ягмур, О.В. Сімонова, В.Б. Ягмур, Л.Я. Мельниченко, Н.П. Дементій, Н.В. Недзвечька, Н.О. Скудна*</i>	
Клініко-інструментальна характеристика хворих на хронічні дифузні захворювання печінки	341

<i>М.М. Рябушко, О.Є. Кітура, Н.Г. Третьяк, В.П. Петренко, О.А. Кир'ян</i>	Ефективність препаратів янтарної кислоти в лікуванні Нр-позитивної виразкової хвороби.....	484
<i>Ю.М. Степанов, Л.М. Шендрик, Ван Юнь</i>	Оптимізація спазмолитической терапії у больних с болевым абдоминальным синдромом.....	490
<i>Ю.М. Степанов, С.В. Косинська, А.О. Алексеєнко</i>	Ефективність міотропного спазмолітика для корекції моторних розладів у лікуванні абдоминального больового синдрому.....	499
<i>Ю.А. Филипов, В.М. Тютюнник</i>	Оптимізація лечения больних раком желудка путем применения специальных методов диагностики и терапии.....	512
<i>М.Б. Щербиніна, І.Ю. Скірда</i>	Якість диспансеризації пацієнтів на біліарну патологію у амбулаторно-поліклінічних закладах.....	520
<i>М.Б. Щербиніна, В.М. Гладун, В.Б. Ягмур</i>	Питання диспансеризації при біліарній патології: погляди лікарів та пацієнтів молодого віку.....	527
<i>Л.А. Ярошенко</i>	Клиническая эффективность патогенетического подхода к лечению хронического панкреатита в сочетании с хроническим бронхитом.....	536
ЮВІЛЕЇ		541
<i>Є.П. Вакулєнко, Л.Д. Заводій, А.О. Кармезіна, Т.Є. Лобода, М.В. Метєнко, О.Г. Луценко, Т.Н. Будько</i>	45 років гастроентерологічної служби Київської області.....	541

<i>Н.В. Драгомирецька, Г.М. Іжа, Т.І. Малихіна, І.Б. Заболотна, Н.О. Шевченко, М.В. Калініченко</i>	Перспективи використання урсодезоксіхолісової кислоти на санаторно-курортному етапі лікування хворих на цукровий діабет II типу із супутнім неалкогольним стеатогепатитом.....	412
<i>Э.В. Зыгало, В.Б. Ягмур, С.С. Ягмур, Т.В. Майкова</i>	Влияние комплексной терапии на качество жизни больных вирусным циррозом печени.....	421
<i>О.А. Лобунец</i>	Коррекція ендотеліальної дисфункції при гастрофагальній рефлюксною болєзни с супутствующей нейродіркуляторной дистонией у студентів.....	428
<i>Л.Я. Мельниченко, С.Л. Меланіч, В.М. Гладун, Д.В. Полок</i>	Ефективність L-Орнітину-L-Аспартату в терапії печінокової енцефалопатії.....	434
<i>В.Ф. Орловський, Н.М. Кириченко</i>	Ефективність L-аргініну у комплексному лікуванні загострення хронічного панкреатиту.....	441
<i>Л.М. Пасиєвичи, Л.Н. Бобро, В.Є. Шапкин, Е.В. Карає</i>	Лечение больных остеоартрозом на фоне нестероидиндуцированных гастропатий.....	448
<i>Л.Б. Приличенко</i>	Побочные проявления антигеликобактерной терапии кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной зоны.....	455
<i>В.М. Ратчик, Б.Ф. Шевченко, Ю.А. Гайдар, О.М. Бабій, Д.В. Орловський, О.О. Крилова</i>	Тактика хірургічного лікування фіброзних форм хронічного панкреатиту.....	465
<i>Ю.И. Решетилов, Н.Н. Проценко, С.Н. Дмитриева, Е.Ю. Васильченко, Л.Ф. Кузнецова, Т.В. Богослав</i>	Современная диагностика и коррекция нарушения и функционального метаболического синдрома в практике гастроэнтеролога.....	472