

Реферати

**ЕХОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ З СПАДКОВИМИ ХВОРОБАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Гречаніна О.Я., Озерова Л.С., Здибська О.П.,  
Гречаніна Ю.Б., Васильєва О.В.**

У статті представлений опис УЗ-характеристик хворих з проявами екзокринної недостатності підшлункової залози та симптомами панкреатиту. Наведений опис змін стану підшлункової залози та гепатобіліарної системи, що виявлені при різних нозологічних формах спадкової патології. Розглянуте питання взаємозв'язку панкреатичної дисфункції та енергетичного дефіциту. Запропоновані напрямки патогенетичної терапії знайдених метаболічних порушень.

Ключові слова: ультразвукове дослідження, спадкова хвороба обміну, підшлункова залоза, мітохондріальна недостатність.

Стаття надійшла 12.04.10

**ULTRASOUND CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH INHERITED DISEASES OF THE PANCREAS**

**Grechanina O.Ya., Ozerova L.S., Zdybskaya E.P.,  
Grechanina Yu.B., Vasylieva O.V.**

In article were described US-characteristics of patients with exocrine deficiency of pancreas and pancreatitis symptoms. The describing of detected changes of pancreatic gland and hepatobiliary system in different nosologic forms of inherited pathology is showed. The question of interaction of pancreatic dysfunction and energetic deficiency is discussed. The directions of pathogenetic therapy of found metabolic disorders are proposed.

Key words: ultrasound diagnostic, inherited metabolic diseases, pancreas, mitochondrial deficiency.

УДК 616.33 /36

**СИНДРОМ ВЗАЄМНОГО ОБТЯЖЕННЯ: ПОЄДНАНА ПАТОЛОГІЯ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА СУПУТНИЙ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС**

**Ю.О.Гудаленко**  
ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”, м. Поділля

Вивчені особливості клінічного перебігу захворювань у хворих з поєднаною патологією органів травлення та супутнім дуоденогастральним і дуоденогастроезофагеальним рефлюксами. Встановлено, що клінічна картина поєднаної патології за наявності дуоденогастрального рефлюксу характеризується широким поліморфізмом скарг і більш значною їх інтенсивністю; частіше спостерігаються деструктивні форми патології гастродуоденальної зони (ерозії, виразки) з вираженими ознаками соматоформних розладів, що значно обтяжує перебіг патології органів травлення та призводить до погіршення якості життя цих пацієнтів.

**Ключові слова:** дуоденогастральний рефлюкс, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-езофагіт, психосоматичні розлади.

За даними публікацій останніх років [2,5] та власних клінічних спостережень в Україні серед дорослого населення збільшується кількість хворих на хвороби органів травлення (ХОТ). Основними нозологіями, що формують розповсюдженість і захворюваність ХОТ, в Україні є хронічний гастродуоденіт (ХГД), виразкова хвороба (ВХ), хронічний холецистит (ХХ), хвороби підшлункової залози [5]. ХОТ посідають друге місце за звертаннями до медичних закладів після серцево-судинної патології, рівень їх розповсюдженості та смертності з кожним роком зростає, ускладнюється та обтяжується перебіг захворювань, значно збільшується кількість хворих із поєднаною патологією.

Згідно літературних даних в останні роки патологія гастродуоденальної зони (ГДЗ) все частіше супроводжується рефлюксами: гастроезофагеальним (ГЕР) та дуоденогастральним (ДГР) або дуоденогастроезофагеальним (ДГЕР) [1,6,8,9]. І якщо патологічний ГЕР на сьогодні виділено в окрему нозологічну одиницю – гастроезофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), то ДГР часто залишається «непоміченим» клініцистами як такий, що не вимагає додаткового лікування. Дослідження останніх років довели, що жовчний (лужний, або біліарний) рефлюкс є важливим компонентом ГЕРХ, спричиняючи навіть тяжчі форми езофагіту, ніж ізольований кислотний рефлюкс, обтяжує перебіг рефлюксної хвороби та є незаперечним фактором канцерогенезу [3,4,6-8]. Значне поширення патології ГДЗ, прогресування та залучення до патологічного процесу сусідніх ОТ та інших систем організму, частий розвиток ускладнень, недостатня ефективність консервативних методів лікування привертає увагу до цієї проблеми не лише як до медичної, але й як до соціальної. Доцільним було б провести аналіз та оцінку впливу ДГР і ДГЕР на клінічний перебіг захворювань у хворих з поліпатією ОТ.

**Метою** роботи було вивчення впливу ДГР і ДГЕР на клінічний перебіг захворювань у хворих з поєднаною патологією ОТ.

**Матеріал та методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети було відібрано та проаналізовано 180 історій хвороб осіб із наявними ознаками поєднаної патології ОТ, яка розвивалася внаслідок тривалого перебігу та частого загострення ВХ чи ХГД, які розцінювалися у пацієнтів як основне захворювання. Середній вік хворих складав  $42,3 \pm 13,2$  роки. Всі хворі розподілені на дві групи: основну групу склали 106 чол. із супутнім ДГР або ДГЕР; групу порівняння склали 74 чол. із поєднаною патологією ОТ без наявного супутнього ДГР. У основній групі в 77 (72,64%) хворих діагностовано ДГР, у 29 (27,36%) - ДГЕР. Чоловіки склали 38(35,85%), а жінки 68(64,15%). Діагностика захворювань ОТ ґрунтувалася на ретельному клініко-анамнестичному обстеженні хворих із застосуванням загальноклінічних, біохімічних, інструментальних (ФЕГДС, рН-метрія, рентгенологічне обстеження шлунка та кишечника, УЗД органів черевної порожнини) та лабораторних досліджень (результати морфологічного дослідження слизової оболонки ГДЗ, інфікованості Нр морфологічним методом, бактеріологічного дослідження калу). Більшість хворих була оглянута невропатологом та психотерапевтом, а жінки - гінекологом. Психоемоційний статус пацієнтів оцінювали з урахуванням скарг, даних клінічного спостереження та нейропсихологічного тестування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** ГЕР є переважно кислотозалежним захворюванням. Соляна кислота та пепсин є головними агресивними чинниками, їхня роль у патогенезі ГЕРХ достатньо добре вивчена. Проте, крім кислото рефлюксу, значну ушкоджувальну дію на слизову оболонку стравоходу виявляє так званий лужний рефлюкс. ДГР – це регургітація дуоденального вмісту в шлунок. Склад лужного рефлюксату може бути різним – жовч, панкреатичний сік, дуоденальний секрет. У хворих з поєднанням ГЕРХ та ДГР частіше спостерігаються лужні і слабокислі рефлюкси, переважає ерозійна форма ГЕРХ, що значно обтяжує перебіг рефлюксної хвороби [6,7].

За даними ФЕГДС у основній групі в 68 (64,15 %) хворих виявлено наявність виразкового дефекту і запально-дистрофічних змін слизової оболонки ГДЗ, у 38 (35,85 %) хворих – ознаки ХГД, із них у 19 (17,92%) - ерозивного гастриту, а у 9 (8,49%) – ерозивного бульбіту. Тривалість захворювання до 5 років виявлена у 34 чол., від 5 до 10 років – у 48 чол., більше 10 років – у 24 чол. У групі порівняння наявність виразкового дефекту і запально-дистрофічних змін виявлено у 35 (47,30%) хворих, ознаки ХГД - у 39 (52,70%), із них у 6 (8,11%) – ерозивний гастрит, а у 4 - (5,40%) ерозивний бульбіт. Тривалість хвороби становила до 5 років у 24, до 10 років – у 38, а у 12 чол. більше 10 років. У 13 обстежених осіб (44,83%) із супутнім ДГЕР діагностовано ерозії стравоходу, тоді як у групі порівняння та осіб із ізольованим ДГР виразкові ураження стравоходу не виявлялися. Грижу стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) виявлено у 5 хворих основної групи, а у групі порівняння таких випадків не спостерігали. Цікаво, що у одного пацієнта з ГСОД діагностовано наявність виразки Кея у поєднанні з неопластичним процесом сигмовидної кишки. Таким чином, у основній групі значно частіше діагностували деструктивні форми патології (ерозії, виразки), що є свідченням більш тяжкого перебігу захворювань за наявності ДГР і ДГЕР. Відмічено, що збільшення тривалості хвороби та частоти її загострень сприяє залученню у патологічний процес інших ОТ, а поява ознак ДГР, і особливо ДГЕР, суттєво обтяжують перебіг основного захворювання, у зв'язку з розвитком у них рефлюкс-гастриту та рефлюкс-езофагіту. Компоненти рефлюксату, а саме жовч і панкреатичний сік, спричиняють хімічне запалення слизової оболонки шлунка та стравоходу, а згодом дистрофічні зміни епітелію, що обумовлює розвиток рефрактерних форм захворювання до базисної терапії [7] та суттєво ускладнюють процес лікування таких хворих з метою досягнення позитивного терапевтичного ефекту. Наявність у пацієнтів супутніх ДГР і ДГЕР негативно впливають на психоемоційний статус хворих, що в свою чергу сприяє формуванню та поглиблює симптоми вторинних психопатологічних проявів і погіршує якість життя цих хворих.

При УЗД органів черевної порожнини в основній групі у 98 (92,45%) хворих виявлена наявність ознак ХХ ( у 35 хворих на фоні ЖКХ) та хронічного панкреатиту; ознаки гіпомоторної дискінезії жовчного міхура виявлені у 94 (88,68%) хворих. Вторинна гіпомоторна дискінезія кишечника виявлена у 48 (45,28%) хворих, у 22 (20,75 %) - ознаки коліту, у 38 (35,85 %) – ознаки гепатиту, у 16 (15,09%) - жирового гепатозу. У 18 (16,98%) хворих при ірігоскопії виявлена доліхосигма, а у 6 (5,66 %) – доліхоколон. У 16 (15,09%) хворих діагностовано кишковий дисбіоз. У групі порівняння ХХ виявлених у 58 (78,38%) хворих, із них у 16 на фоні ЖКХ, у 56 (75,68%) – хронічний панкреатит, а ознаки гіпомоторної дискінезії жовчного міхура у 34 (45,95%) хворих. Ознаки гепатиту діагностовано у 24 (32,43%), стеатозу – у 12 (16,22%), коліту – у 16 (21,62%) хворих групи порівняння. У 9 (12,16%) хворих виявлена доліхосигма, у 4 (5,40%) – доліхоколон, у 28 (37,84%) – синдром подразненої товстої кишки, у 14 (18,92%) – дисбіоз кишечника.

Виявлені певні особливості клінічних проявів захворювань ОТ за наявності ДГР та без нього. У основній групі у більшості хворих (88) провідними були прояви диспепсичного синдрому (нудота, печія, відрижка (повітрям, кислим, гірким), зниження апетиту, гіркий присмак у роті, тяжкість та відчуття дискомфорту або переповнення після їжі в епігастрії, здуття живота). Серед скарг диспепсичного характеру у хворих з ДГР домінували нудота та знижений апетит, значно рідше хворі скаржилися на печію, відрижку кислим, тоді як при ДГЕР переважно хворі відмічали скаргу на відрижку гірким чи гіркий присмак у роті. Диспепсичний синдром (ДС) обумовлений як залученням у патологічний процес переважної більшості ОТ, оскільки є характерним для самостійних захворювань дуоденопанкреато-біліарної зони та кишечника, так і внаслідок порушення моторно-евакуаторної функції шлунка, 12-ти палої кишки, жовчного міхура та кишечника. У меншій частини хворих (18) основної групи домінував больовий синдром без наявності ознак ДС. У пацієнтів з поєднаним ДГЕР окрім типових (езофагеальних) симптомів спостерігали більшу частоту екстраезофагеальних (атипових симптомів). Останні були представлені некардіальним загруднинним болем, симптомами ураження оторіноларингофарингіальної зони (ларингіт з характерною захриплістю голосу вранці, хронічний фарингіт тощо), бронхо-легеневої системи (кашель), серцево-судинної системи (аритмії), ротової порожнини (карієс). Також у хворих мали місце больовий, дискінетичний синдроми, прояви соматоформних (психосоматичних) порушень.

Стосовно больового синдрому в обох групах достовірно виражених відмінностей не виявлено. У пацієнтів основної групи переважав пізній та «голодний» біль, тоді як у групі порівняння приблизно однаково зустрічався як ранній, пізній, «голодний» біль, так і не пов'язаний з прийомом їжі. Приблизно у третини хворих з ДГР больовий синдром був відсутнім узагалі. У всіх хворих основної групи соматичні синдроми поєднувалися з різноманітними розладами невротичного кола. Встановлено збільшення тривожності та емоційної напруги у хворих з ДГР і ДГЕР, причому більш виражена ступінь змін відмічалася у хворих з тривалим анамнезом захворювання (прямо пропорційно корелювала із терміном тривалості хвороби). Астеноневротичний синдром (роздратованість, підвищена стомлюваність, нездарність до концентрації уваги, слабкість, емоційна лабільність, підвищена чутливість до шуму, зниження працездатності) спостерігався у 66 (62,26%) пацієнтів. У 17 (16,04%) хворих виявлені ознаки іпохондричного синдрому, який проявлявся занепокоєнням, внутрішньою напругою, тривогою, страхом. У 23 хворих (21,70%) були астеноневротичний і тривожно-депресивний синдроми (пригнічений настрій, відчуття немотивованої тривоги, туги, печалі, безнадійності, підвищена стомлюваність, в'ялість, порушення сну). У групі порівняння частка хворих із ознаками соматоформних розладів була суттєво меншою (41,89%), як-правило, обмежувалася проявами астено-невротичного синдрому. Крім цього, такі розлади були менш вираженими за ступенем тяжкості. Скарги астеничного характеру спостерігалися у всіх хворих приблизно з однаковою частотою. Відомо, що поєднання психопатологічних порушень із соматичними розладами ускладнює як процес діагностики, так і лікування та негативно впливає на перебіг і прогноз як психічних, так і соматичних захворювань, значно погіршуючи якість життя цих хворих.

#### Дискусія

Супутні ДГР і ДГЕР є чинниками, що обтяжують перебіг поєднаної патології шлунково-кишкового тракту. За наявності ДГР і ДГЕР частіше спостерігаються деструктивні форми патології гастродуоденальної зони (ерозії, виразки), що обумовлює більш тяжкий перебіг захворювань ОТ і погіршує якість життя цих хворих. Клінічна картина поєднаної патології ОТ у хворих з ДГР і ДГЕР є малоспецифічна та характеризується широким поліморфізмом скарг і більш значною їх інтенсивністю, а також появою атипичних проявів. У групі хворих із супутнім ДГР і ДГЕР частіше спостерігаються різноманітні невротичні розлади, а виявлені порушення були більш вираженими за ступенем тяжкості. За умови відсутності їх психосоматичні розлади обмежувалися лише проявами астено-невротичного синдрому та були менш вираженими за ступенем тяжкості.

**Перспективи подальших розробок у даному напрямку.** Суттєве збільшення кількості хворих із поєднаною патологією ОТ за наявності ДГР і ДГЕР свідчить про доцільність подальших досліджень з метою підбору найбільш ефективних схем медикаментозного лікування та усунення провідних синдромів і поліпшення якості життя цих пацієнтів.

#### Література

1. Белоусов С.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и дуоденогастральный рефлюкс / С.С. Белоусов, С.В. Муратов. - Н. Новгород: НГМА, 2005. - С. 16-21.
2. Показники поширеності та вперше виявленої патології органів травлення у міського населення / Н.Г. Гравіровська, Л.М.Петречук, І. Ю. Скирда, [та ін.] // Сучасна гастроентерологія. – 2008. - №1. – С. 4 – 6.

3. Соломенцева Т.А. Клініко-ендоскопічні особливості гастроєзофаге-альної рефлюксної хвороби із супутнім дуоденогастральним рефлексом / Т.А.Соломенцева, І.Е.Кушнір, В.Б. Жукова // Сучасна гастроентерологія. - 2009. - №2. - С. 34-37.
4. Старостин Б.Д. Неэрозивная рефлюксная болезнь / Б.Д. Старостин., Г.А. Старостина //Русский медицинский журнал. - 2004. - Т. 6, №2. –С.1 –4.
5. Філіппов Ю.О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України / Ю. О.Філіппов, І.Ю.Скирда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія. – 2007. – Вип. 38. – С. 3 – 15.
6. Pr valenz eines pathologischen duodeno-gastro-esophageal Refluxes (DGER) bei patienten mit klinischen Beschwerden einer Refluizerkrankung /S. Kunsch, T. Linhart, H. Fensterer et al. //Z. Gastroenterol. - 2008. - Bd.46. - S. 409-414.
7. Prevalence of bile reflux in gastroesophageal reflux disease patients not responsive to proton pump inhibitors / L. Monaco, A. Brilliantino, F. Torelli et al. // World J. Gastroenterol. -2009. - V.15, №3. - P. 334-338.
8. The role of acid and alkaline reflux in laryngeal squamous cell carcinoma / J. Galli, G. Cammarota, L. Galo et al. // Laryngoscope. - 2002. - V. 112. - 1861 -1865.
9. Vaezi M.F., Richter J.E. Duodenogastro-oesophageal reflux // Baillieres Best Pract Res Clin. Gastroenterol. – 2000. - Vol. 14, № 5. – P. 719 – 729.

**Резюме**

**СИНДРОМ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ: СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И СОПУТСТВУЮЩИЙ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС**

**Гуцаленко О.А.**

Изучены особенности клинического течения заболеваний у больных с сочетанной патологией органов пищеварения и сопутствующим дуоденогастральным и дуоденогастроэзофагеальным рефлюксами. Установлено, что клиническая картина сочетанной патологии при наличии дуоденогастрального рефлюкса характеризуется широким полиморфизмом жалоб и более значительной их интенсивностью, чаще выявляются деструктивные формы патологии гастродуоденальной зоны (эрозии, язвы) с выраженными признаками соматоформных расстройств, что значительно утяжеляет течение патологии органов пищеварения и обуславливает ухудшение качества жизни этих пациентов.

Ключевые слова: дуоденогастральный рефлюкс, рефлюкс-гастрит, рефлюкс-эзофагит, психосоматические расстройства.

Статья надійшла 26.03.10

**SYNDROME MUTUAL BURDEN: COMBINED PATHOLOGY OF THE DIGESTIVE SYSTEM AND RELATED DUODENOGASTRIC REFLUX**

**Gutsalenko O.A.**

Studied the clinical course of disease in patients with combined pathology of the digestive system and accompanying duodenogastric and duodenogastroesophageal reflux. Established that the clinical picture combined pathology in a presents of duodenogastric reflux is characterized by extensive polymorphism of complaints and their intensity more significantly, there are often destructive form of gastroduodenal pathology (erosion, ulcer) with pronounced signs of somatoform disorders, it significantly hindering the progress of diseases of the digestive system and leads to deterioration quality of life for these patients.

Key words: duodenogastric reflux, reflux-gastritis, reflux-esophagitis, somatoform disorders.

УДК 616.36 + 616.052 + 616.071 + 616-08 + 616-089.882

**КОРЕКЦІЯ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ГЛУТАРГІНОМ ПРИ ПЕСТИЦИДНІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ 2,4-Д**

**О.Л. Дельцова, С.В. Герашенко, Г.В. Кулинич**  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м.Івано-Франківськ

При введенні пестициду 2,4-Д 22 щурам у печінці в динаміці розвиваються дистрофічні зміни гепатоцитів, зменшення активності сукцинатдегідрогенази і збільшення - кислої фосфатази. У крові зростають активність аспартатамінотрансферази, аланінамінотрансферази, лужної фосфатази.

Глутаргін позитивно впливає на гепатоцити, які були пошкоджені пестицидом 2,4-Д, при його внутрішньошлунковій (22 тварини, протягом 30 діб) і внутрішньоочеревинній (24 тварини, протягом 60 діб) корекції. Стан гепатоцитів стабілізується, активність сукцинатдегідрогенази зростає, активність кислої фосфатази зменшується, біохімічні показники крові поліпшуються.

**Ключові слова:** гепатоцити, гістохімія, біохімія, пестицид 2,4-Д, глутаргін.

У сучасному світі, зважаючи на зростаючі потреби людства, виникла проблема інтенсифікації виробництва продуктів харчування. Використання пестицидів у сільському господарстві є необхідною умовою отримання високих урожаїв зернових культур, що призвело до поширення використання пестицидів та агрохімікатів. Діючі речовини пестицидів мають властивості до