

25 років Львівській науковій гастроентерологічній школі (1986—2011)

Формування Львівської наукової гастроентерологічної школи припало на період зміни соціально-економічного ладу в Україні, що зумовило занепад практичної медицини і втрату можливості проводити фундаментальні дослідження. В цих складних умовах відбувалось як руйнування, так і відродження медичних закладів, а також формування наукових пріоритетів. Однак клінічна гастроентерологія і наука не припиняли свого розвитку, і 25-річна історія Львівської гастроентерологічної школи свідчить про тісний взаємозв'язок науки і клінічної практики.

Пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

У 50—80 роки ХХ ст. важливе місце в лікуванні пептичної виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (ПВШ і ПВДПК) посідав хірургічний метод. Щороку в Україні виконували 60—80 тис. оперативних втручань. При цьому дедалі більшого поширення набували органозберігаючі операції з використанням ваготомії. Великим ентузіастом і організатором цього напрямку був головний хірург України академік О.О. Шалімов. Навіть велика кількість ускладнень після ваготомії і насамперед рецидив виразки не змусили його зменшити хірургічну активність. На той час не існувало програми відновлення здоров'я оперованих і способів прогнозування рецидиву виразки. Вирішенню цієї проблеми була присвячена докторська дисертація автора статті [4]. Установлено, що активна диспансеризація в перших 3 роки (раннє комплексне обстеження після операції, а потім щороку, підтримувальне лікування порушень після ваготомії та супутніх захворювань) забезпечує повне видужання 44,1 % та стійку компенсацію травлення 42,5 % оперованих. Частота рецидиву виразки становить 20,6 % і значно зростає через 3—5 років після операції. У кожного третього хворого виразка має безсимптомний характер. Було розроблено спосіб прог-

нозування рецидиву виразки (авторське свідоцтво СРСР № 1425543 від 16.06.1986 р.).

Учні В.І. Вдовиченка зробили спробу встановити причину рецидивів виразки після операцій. Так, С.А. Ішмуратовою [9] встановлено, що кількість хворих з дуоденогастральним рефлюксом (ДГР) в перших 5 років після проведення ваготомії збільшується з 30,6 % до 52,6 % незалежно від виду операції. ДГР спотворює (знижує) показники титраційної оцінки шлункової кислотності на 35 %. При рецидиві виразки фактори «агресії» переважають над факторами «захисту» через зниження секреції лугів і слизу внаслідок денервації антрального відділу шлунка.

В.Й. Кімакович [10] виявив, що загоєння виразок після ваготомії відбувається через 3—4 тиж, а зменшення запальних змін у слизовій оболонці — через 2 міс. Несприятливий перебіг пептичної виразки після операції пов'язаний з персистенцією *Helicobacter pylori*. Впродовж 5 років після ваготомії у 0,73 % оперованих розвивається рак шлунка.

О.О. Бондаренко [3] створила оригінальну дослідну установку для цілодобової внутрішньошлункової рН-метрії з метою оцінки фармакодинаміки та індивідуального вибору ефективного антисекреторного препарату і його дози. При цьому встановлено факт резистентності частини хворих з пептичною виразкою до антисекреторних препаратів: «Гастроцепіну» (15 %), фамотидину (10 %), мізопростолу (20 %), проглюміду (24 %) хворих. Кислотоблокувальний потенціал гастрцепіну становив 25 %, атропіну — 30 %, мізопростолу — 35 %, фамотидину — 50 %, омепразолу — 70 %.

Львівською гастроентерологічною школою складено перелік нерозв'язаних питань щодо пептичної виразки станом на 2000 рік та сформульовано завдання для досліджень на наступних 10 років:

- 1) вивчити поєднання пептичної виразки з дуоденогастральним та/або гастроєзофагеальним рефлюксом;

2) дослідити регіональну (у Львівській області) та індивідуальну резистентність штамів *H. pylori* до антибіотиків;

3) вивчити динаміку резистентності штамів *H. pylori* у мешканців Львівської області;

4) дослідити побічну дію антигелікобактерної терапії;

5) вивчити вплив професійних чинників на перебіг та лікування пептичної виразки;

6) проводити лікування сімей, заражених *H. pylori*-інфекцією;

7) вивчити післяерадикаційний синдром та доцільність підтримувальної терапії;

8) розробити методи лікування пептичної виразки при високих ступенях обсіменіння *H. pylori*.

На жаль, останнє завдання не вдалося розв'язати, оскільки на той час не було інфрачервоного аналізатора («дихальний» тест), який дає змогу кількісно визначати щільність колонізації бактерією слизової оболонки шлунка.

А.В. Острогляд [14] установила, що ДГР має місце у 65 % хворих з пептичною виразкою і визначає характерну гістологічну картину змішаного (гелікобактер-жовчного) гастриту. Неповну кишкову метаплазію виявляють у кожного третього хворого з пептичною виразкою, але в групі хворих з ДГР вона розвивається в середньому на 16 років швидше, що дає підстави зарахувати цих хворих до групи ризику раку шлунка. ДГР в 2,2 разу погіршує результати ерадикаційної терапії. Розроблено ефективний метод лікування пептичної виразки без використання антибіотиків (патент № 43213 А Україна від 10.04.2001 р.).

М.А. Бичков [1] визначив поширеність поєднання пептичної виразки і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), яка зросла з 1990 р. до 2000 р. вдвічі при збереженні рівня поширеності пептичної виразки, що свідчить про незалежний перебіг обох захворювань. Антигелікобактерна терапія не збільшує частоти ГЕРХ у хворих з пептичною виразкою (до лікування 25 %, після — 29 %). Наявність ГЕРХ у хворих з пептичною виразкою не впливає ні на ефективність ерадикації *H. pylori*, ні на темп загоєння виразок.

Г.І. Ковальчук [11] розробила метод одночасної діагностики ДГР та гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) під час щодобової рН-метрії (патент України № 60905 А від 15.10. 2003 р.). При поєднанні пептичної виразки з ДГР та ГЕР частота ерозій шлунка зростала в 3,7 разу, а ерозій ДПК — у 9,1 разу порівняно з класичним варіантом пептичної виразки. Наявність ДГР та ГЕР зменшує ефективність ерадикації *H. pylori* до 76,0 %, а додаткове призначення урсодезоксихолевої кислоти збільшує її до 95 %.

Б.Б. Бодревич [2] виявив, що у 2000—2002 рр. у Львівському регіоні повна резистентність штамів *H. pylori* становила: до метронідазолу — 25,5 %, тинідазолу — 19,5 %, кларитроміцину — 1,4 %, амоксициліну — 0,7 %. Ці дані свідчать про достатню ефективність комплексів для ерадикації інфекції, передбачених Маастрихтським консенсусом II (2000).

За даними А.Л. Демидової [7], з 1996 по 2006 р. частота повторних звернень хворих з пептичною виразкою у Львівському регіоні збільшилася: через реінфекцію — з 5,8 % до 24,7 % та через неефективність ерадикаційної терапії — з 20,7 % до 38,8 %. Достовірно зросли показники повної резистентності штамів *H. pylori* в культурі до всіх антибіотиків, які використовували в лікувальних комплексах, передбачених Маастрихтськими консенсусами I і II. Вивчено ефективність режимів, рекомендованих Маастрихтським консенсусом III (2005), в умовах Львівського регіону. Автором розроблено спосіб визначення індивідуальної резистентності штамів *H. pylori* у хворих з пептичною виразкою з невдалим лікуванням в анамнезі для корекції антигелікобактерних режимів, що збільшує ефективність ерадикації до 91,7 % (патент України № 10420 А від 20.09.2007 р.). Ці результати висвітлено у доповіді на Європейському гастроентерологічному тижні (Париж, 2007).

О.С. Івахненко [8] встановила, що в сім'ях дітей з *H. pylori*-асоційованими хронічними захворюваннями гастродуоденальної зони частота подібних захворювань у дорослих становить 81,7 % (підтверджено імуноферментним аналізом у 78,3 % випадків), що свідчить про наявність сімейного вогнища інфекції. Показано, що передумовою успішного лікування хворої дитини є одночасне обстеження всіх членів сім'ї, які проживають з дитиною, та їхнє лікування у разі підтвердження носійства *H. pylori*.

За даними І.В. Тихоненко [17], перебіг пептичної виразки у хворих з хронічною інтоксикацією сполуками хрому характеризується малосимптомним початком захворювання, частими шлунково-кишковими кровотечами, відсутністю сезонності загострень. Цим хворим властивий атрофічний гастрит з перебудовою слизової оболонки за кишковим типом і транслокацією *H. pylori* в шлунок, що погіршує ефективність ерадикаційної терапії. Розроблено лікувальний комплекс, застосування якого дало змогу збільшити ефективність ерадикації до 91,4 %.

Я.Б. Швидкий [20] показав, що через 4—6 тиж після успішної антигелікобактерної терапії повне загоєння виразок відбувається у 86,2 %, ерозій — у 75,7 % випадків; при невдалій еради-

кації — у 50,0 % та 30,3 % випадків відповідно. Через 1 рік після лікування частота реколонізації інфекції становила 49,1 %, в тому числі з пептичною виразкою — 10,5 %, з ерозіями шлунка — 12,3 %, ДПК — 26,3 %. За відсутності інфекції пептична виразка з безсимптомним перебігом спостерігається у 4,9 %, ерозія шлунка — у 12,2 %, ПВДПК з безсимптомним перебігом — у 14,6 %. Факторами ризику виразково-ерозивних уражень у віддалений період у хворих без *H. pylori* є дефекти слизової оболонки через 4 тиж після ерадикації, виражена атрофія в тілі шлунка, сповільнена позитивна динаміка гістологічної картини гострого запалення в тілі та хронічного — в антральному відділі шлунка.

Вивчаючи ефективність курортного лікування захворювань гастродуоденальної зони, В.П. Перченко [16] встановив, що мінеральна вода «Нафтуса» підвищує знижену густину ендокриноцитів астральної слизової оболонки, нормалізує рівень гастрину, глюкагону та інсуліну, що сприяє ефективному загоєнню ерозій і виразок гастродуоденальної зони.

У 2008 р. А.В. Острогляд [15] захистила докторську дисертацію, в якій вперше наведено дані про епідеміологію та фактори ризику ГЕРХ. За даними анкетування, поширеність ГЕРХ у дорослій популяції становить 30 %, масових ендоскопічних досліджень — 12,1 %, серед померлих з різних причин — 10 %. Факторами ризику ГЕРХ є: вік пацієнта, індекс маси тіла, харчові зловживання, куріння, супутні захворювання.

Гепатологія

Ураховуючи труднощі диференційної діагностики жовтяниць в ургентній хірургії, О.О. Ястремська [21] розробила метод верифікації різних варіантів жовтяниць на підставі спектрофотометричних характеристик різних фракцій білірубіну.

О.Г. Ходосевич [19] виявила якісні і кількісні зміни мікрофлори товстої кишки у хворих на хронічні гепатити і цирози печінки, які дають підстави схарактеризувати мікробіоценоз кишок як дисбактеріоз. Гепатопротектори позитивно впливають на клініко-біохімічні показники, але

при цьому не усувають дисбіозу товстої кишки на відміну від лактулози.

Нині на фармацевтичному ринку представлені десятки препаратів, які належать до гепатопротекторів, і обґрунтований вибір їх становить певні труднощі для практичного лікаря. Г.В. Данилова [6] розробила диференційне лікування хронічних гепатитів та цирозів печінки різними препаратами на підставі регресивного аналізу факторіальних взаємозв'язків біохімічних тестів.

Клінічна вітамінологія

Вивчаючи динаміку рівня водорозчинних вітамінів у плазмі крові та сечі впродовж останніх 40 років, А.В. Вдовиченко [5] виявив загальну тенденцію до зниження їхнього вмісту у здорових людей, встановив фізіологічну норму на теперішній час, розробив методику діагностики полігіповітамінозу та рекомендації щодо корекції дефіциту вітамінів «Ундевітом».

Т.І. Маркова [13] виявила виражений дефіцит водорозчинних вітамінів у 86 % працівниць взуттєвого виробництва в усі сезони року, особливо у тих, які працюють у шкідливих умовах понад 10 років. Автор розробила рекомендації з усунення полігіповітамінозу у цих хворих.

За даними Я.С. Ковальчук [12], дефіцит водорозчинних вітамінів є раннім об'єктивним тестом для розпізнавання алкогольної хвороби печінки. Нею розроблено рекомендації з використання різних гепатотропних препаратів, зокрема полівітамінівних засобів у лікуванні цих пацієнтів.

Досліджуючи хворих на синдром подразненої кишки, Хальді Хатем [18] встановив, що, крім дисбактеріозу, у них наявний полігіповітаміноз (дефіцит вітамінів С, РР, В₁, В₂). Він розробив комплексну індивідуальну терапію таких хворих, яка включає полівітамінівні препарати, протидіарейні та протиконстипаційні засоби.

Перспективи

Сьогодні молода генерація учнів Львівської наукової гастроентерологічної школи активно займається вивченням епідеміології, діагностикою та розробкою програм лікування ускладнень цукрового діабету з боку органів травлення.

В.І. Вдовиченко

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Список літератури

1. Бичков М. А. Особливості діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, поєднаної з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.0136 — гастроентерологія. — Дніпропетровськ, 2005.
2. Бодревич Б.Б. Регіональні та індивідуальні особливості вибору антигелікобактерної терапії хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. ...к. мед. н.

- за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Івано-Франківськ, 2003.
3. Бондаренко О.О. Фармакодинаміка деяких антисекреторних препаратів за даними цілодобової внутрішньо-шлункової рН-метрії у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Львів, 1997.
 4. Вдовиченко В.И. Диспансеризация и реабилитация больных язвенной болезнью после операций с применением ваготомии: Автореф. дис. ...д. мед. н. за спеціальністю 14.00.05 — внутренние болезни.— К., 1989.
 5. Вдовиченко А.В. Фізіологічні аспекти оцінки та корекції забезпеченості водорозчинними вітамінами (С, РР, В₁, В₂) практично здорових людей: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.03.03 — нормальна фізіологія.— Львів, 2007.
 6. Данилова Г.В. Патогенетичне обґрунтування терапії гепатопротекторними препаратами хронічних гепатитів та цирозів печінки: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Івано-Франківськ, 2000.
 7. Демидова А.Л. Динаміка резистентності штамів *Helicobacter pylori* до антибіотиків та ефективність лікування пептичної виразки дванадцятипалої кишки у мешканців Львівщини: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.36 — гастроентерологія.— Івано-Франківськ, 2008.
 8. Івахненко О.С. Особливості перебігу, лікування і профілактика гастродуоденальної патології, асоційованої з *Helicobacter pylori*, у дітей шкільного віку: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.10 — педіатрія.— Львів, 2005.
 9. Ишмуратова С.А. Исследования желудочной секреции при дуоденогастральном рефлюксе у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, перенесших ваготомию: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.00.16 — патологическая физиология.— Львов, 1991.
 10. Кімакович В.Й. Діагностична та лікувальна ендоскопія у хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, які перенесли різні види ваготомії: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.00.05 — внутрішні хвороби.— Львів, 1993.
 11. Ковальчук Г.І. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, обтяжена дуоденогастральним та гастроєзофагеальним рефлюксами: поширеність, особливості клінічної картини і лікування: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.36 — гастроентерологія.— Івано-Франківськ, 2006.
 12. Ковальчук Я.С. Забезпеченість організму водорозчинними вітамінами (В₁, В₂, В₆, РР, С) як критерій діагностики та ефективності лікування алкогольного захворювання печінки: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Івано-Франківськ, 2000.
 13. Маркова Т.І. Забезпеченість вітамінами В₁, В₂, В₆, РР та С робітників взуттєвого виробництва: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Львів, 1996.
 14. Острогляд А.В. Особливості лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої дуоденогастральним рефлюксом: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Івано-Франківськ, 2002.
 15. Острогляд А.В. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: діагностика, поширеність, фактори ризику: Автореф. дис. ...д. мед. н. за спеціальністю 14.01.36 — гастроентерологія.— Івано-Франківськ, 2008.
 16. Перченко В.П. Фізіологічні обґрунтування лікування водою «Нафтуса» хворих з поєднаною гастродуоденально-біліарною патологією: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.00.17 — нормальна фізіологія.— Львів, 1993.
 17. Тихоненко І.В. Клініко-морфологічні особливості уражень гастродуоденального відділу і роль *Helicobacter pylori* у їх розвитку в осіб, які контактували зі сполуками хрому: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— К., 2004.
 18. Хальді Хатем. Обґрунтування вітамінотерапії і корекції у хворих на синдром подразненої кишки: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.36 — гастроентерологія.— Дніпропетровськ, 2007.
 19. Ходосевич О.Г. Клініко-бактеріологічний стан товстої кишки у хворих на хронічні гепатити і цирози печінки та його корекція: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.02 — внутрішні хвороби.— Львів, 1997.
 20. Швидкий Я.Б. Діагностичне і прогностичне значення та лікування запально-деструктивних змін слизової оболонки гастродуоденальної зони хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки після антигелікобактерної терапії: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.01.36 — гастроентерологія.— Івано-Франківськ, 2008.
 21. Ястремська О.О. Спектральна характеристика пігментів сироватки крові у диференційній діагностиці жовтяниць: Автореф. дис. ...к. мед. н. за спеціальністю 14.03.05 — патологічна фізіологія.— Львів, 1995.