

ОГЛЯД

УДК 616.33-002.44:615.838.98:614.876

М.М. ДАНИЛАШ

САНАТОРНО-КУРОРТНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ОСІБ, ЯКІ ПОТЕРПІЛИ В РЕЗУЛЬТАТІ АВАРІЇ НА ЧАЕС

Приведена сводка литературных данных о состоянии пищеварительной системы у лиц, потерпевших от последствий чернобыльской катастрофы, и ее санаторно-курортной реабилитации.

* * *

За роки, що минули після аварії на ЧАЕС, спостерігається значне зростання захворюваності на патологію органів травлення, у тому числі і на виразково-ерозійні ураження шлунка і дванадцятипалої кишки серед різних категорій потерпілих [42-44]. Розповсюдженість захворювань органів травлення у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС та мешканців регіонів з високим рівнем радіоактивного забруднення достовірно перевищує популяційний рівень [45,46]. Провідною патологією у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи є хронічний гастрит, хронічний холецистит, виразково-ерозійні ураження гастродуоденальної слизової оболонки [47,4]. За даними Г.З.Мороз [21], виразкова хвороба дванадцятипалої кишки верифікована у 12-24% представників різних категорій потерпілих і може супроводжуватись супутніми захворюваннями інших органів травлення. Однак, детальний аналіз частоти поєднання виразково-ерозійних уражень шлунка і дванадцятипалої кишки з патологією інших органів травлення у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС не проводився.

Літературні дані стосовно характеру змін секреторної функції шлунка у даної категорії хворих малочисельні та неоднорідні. Частіше в літературі зустрічаються дані про зниження секреції соляної кислоти і пепсину шлунковими залозами у осіб з виразково-ерозійними ураженнями гастродуоденальної зони, які зазнали дії іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи [8,9,94]. Проте, дослідження О.В.Сарканича [95], Г.З.Мороз [21] свідчать, що в стимульований період секреція соляної кислоти у хворих на ерозійний гастродуоденіт і виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, які потерпіли внаслідок аварії на ЧАЕС, практично не відрізняється від контролю. Тільки в поодиноких дослідженнях вивчалась у даної категорії осіб роль порушень моторно-евакуаторної функції пілородуоденального відділу (дуоденогастрального рефлюксу) в улцерогенезі [23].

Відомо, що залози внутрішньої секреції відіграють одну з провідних ролей в регуляції стану шлунка і дванадцятипалої кишки, а

порушення гормонального гомеостазу можуть призводити до розвитку її виразково-ерозійних уражень [96]. Тільки в поодиноких повідомленнях наводяться результати досліджень з вивчення ролі гормонів гіпофізу, щитовидної залози та гастроентероінсулярної осі в розвитку виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у осіб, які зазнали впливу чинників аварії на ЧАЕС [8,97].

Серед факторів захисту слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки у хворих з виразково-ерозійними її ураженнями, які зазнали дії іонізуючого випромінювання внаслідок аварії на ЧАЕС, найбільш вивченим є стан мікрогемодинаміки [98-100]. Виявлені порушення мікрогемодинаміки гастродуоденального відділу у даної категорії хворих стверджуються результатами морфологічних досліджень слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки: у 90-100% випадків констатується її обсіменіння *Helicobacter pylori* та зміни в судинах мікрогемодинамічного русла - звуження і запустіння передкапілярної та гіперемія венозної ланок, набухання і вакуолізація ендотелію, гемостаз та мікротромбоз [101, 102].

За даними Т.А.Беличенко і співавт. [103], у переважної більшості потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС осіб виявляються порушення кишкового біоценозу. Клініко-експериментальними дослідженнями Ю.Г. Антипкіна та співавт. [104] доведено, що у осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи, кишковий дисбактеріоз супроводжується значними порушеннями в системі гуморального імунітету, зокрема – зниженням рівня Ig A в сироватці крові та копрофільтратах, що обумовлює розвиток порушень локальної резистентності слизової оболонки шлунково-кишкового тракту.

Враховуючи наведені вище дані літератури про вплив секреторної функції шлунка, дуоденогастрального рефлюксу, мікрогемодинаміки та змін імунної системи на улцерогенез і клінічний перебіг виразково-

ерозійних уражень гастродуоденальної зони, проведення комплексних досліджень з вивчення факторів агресії та захисту слизової оболонки у хворих, які потерпіли в результаті Чорнобильської катастрофи, видається нам вельми актуальним.

Клінічний перебіг виразково-ерозійних уражень шлунка і дванадцятипалої кишки у переважній більшості випадків характеризується циклічністю: фаза загострення, як правило, з дефектом слизової оболонки, змінюється на фазу ремісії, коли хворі почуваються здоровими і ознак хвороби при ретельному клінічному обстеженні виявити не вдається [30, 48,105]. У типових випадках центральним у клінічній картині захворювання є больовий синдром. Поява болю у більшості випадків залежить від прийому їжі - так званій "голодний" біль, що появляється через 2-4 години після їди або вночі та зникає через 5-10 хвилин після чергового прийому їжі або розчину луґу, а також після блювоти. Вважається, що нічний біль обумовлений шлунковою гіперсекрецією та пілороспазмом внаслідок перезбудження блукаючого нерва [105]. Водночас, в літературі є дані про безбольові форми перебігу виразкової хвороби, яка клінічно проявляється тільки після розвитку ускладнень [106].

У клінічній картині загострень виразково-ерозійних уражень шлунка і дванадцятипалої кишки у частини пацієнтів на перший план виступає не больовий синдром, а диспепсичні розлади (відрижка кислим, печія, відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці черевної порожнини та ін.). В частині випадків печія у хворих появляється раніше, ніж больовий синдром, а іноді є єдиним клінічним проявом захворювання. В механізмі виникнення печії важлива роль належить порушенню нейрогуморальної регуляції, зокрема, дефіциту ендогенного секретину [30,48]. У 50-65% хворих спостерігається відрижка, яка не зменшує інтенсивності болю. У виникненні цього симптому має значення недостатність кардіального сфінктера стравоходу і антиперистальтика шлунка. Відрижка, як і печія, не є патогномонічним симптомом виразково-ерозійних уражень, оскільки зустрічається при недостатності кардіального сфінктера різного походження. Нудота як окремий симптом у хворих зустрічається рідко, однак у поєднанні з блювотою констатується у 46-75% осіб з локалізацією уражень слизової оболонки пілоричного відділу шлунка [30]. Нерідко захворювання гастродуоденальної зони супроводжуються порушеннями функції кишечника: у половини хворих - закрепи, рідше - проноси [51].

В останні десятиліття все більше уваги приділяється змінам нервової системи і психіки при виразково-ерозійних захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Різноманітні неврологічні порушення зустрічаються у переважній більшості хворих: у 58% випадків - у вигляді неврозоподібних станів і у 29% - у вигляді вегето-судинних зрушень, обумовлених ураженням гіпоталамо-ретикулярних структур [107-109]. Психологічні фактори не є етіологічними, але включаючись у патогенетичні механізми виразково-ерозійних уражень, змінюють перебіг основних захворювань [109,110]. Як правило, неврозоподібні та вегето-судинні зрушення спостерігаються при загостреннях, зникаючи або зменшуючись в інтенсивності при ремісії гастродуоденальної патології [110,111].

Зміни клінічного перебігу виразково-ерозійних уражень шлунка і дванадцятипалої кишки у осіб, які зазнали дії іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи, констатуються в цілому ряді досліджень [2,9,112,99,113,4,114].

Особливостями клінічного перебігу деструктивних уражень шлунка і дванадцятипалої кишки у даної категорії хворих, за результатами досліджень В.Г. Передерія та співавт. [2], А.С.Логінова і співавт. [12], Л.В.Демешкіної [115], є стійкі больовий і диспепсичний синдроми, які характеризуються частими рецидивами та резистентністю до традиційних методів лікування [116,20,114]. О.Я. Бабак і І.Є. Кушнір [13] основним клінічним проявом виразкової хвороби у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС вважають вегето-астенічний синдром, а частота больового і диспепсичного синдромів у них, за даними авторів, не перевищувала показників контрольної групи. Л.М.Пасієшвілі [14,113], І.В. Євстігнєв і співавт. [15] відмічають незначну інтенсивність болю, відсутність його залежності від прийому їжі, високу частоту безбольових форм виразкової хвороби та ерозійного гастродуоденіту у осіб, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи. Значні психосоматичні зміни у даної категорії хворих виявлені дослідженнями Г.В.Дзяка та співавт. [117], Л.В.Демешкіної [118], Л.М.Пасієшвілі [113]. Вивчаючи динаміку гастроентерологічної та психоневрологічної симптоматики у 108 учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС з виразковою хворобою і ерозійним гастродуоденітом упродовж 12 років, А.С.Свінцицький і співавт. [114] дійшли висновку, що наявність у 84% із них астено-

вегетативних зрушень ускладнює клінічний перебіг гастроентерологічної патології, що, зокрема, проявлялось неефективністю противиражкової терапії, а також розвитком у 8 чоловік ускладнень основних захворювань (кровотеч, перфорацій, стенозу рубцюво-виразкових деформацій). Дослідження Є.О.Губергріц і співавт. [119] стверджують, що наявність у даної категорії хворих вегето-судинних змін значно збільшує термін рубцювання у них виразок шлунка і дванадцятипалої кишки та зворотнього розвитку запальних змін гастродуоденальної слизової оболонки.

Клінічні прояви виразково-ерозійних уражень травного каналу у потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС осіб часто нівелюються наявністю у них супутньої патології інших органів і систем. Так, за даними І.М.Хомазюк і співавт. [10], виразкова хвороба при поєднанні із серцево-судинною патологією характеризується відсутністю типового больового синдрому і диспепсичних розладів. Дослідженнями В.О.Мойсеєнко [120], Т.Д.Никули і співавт. [121], проведеними в останні роки, у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС виявлено часте поєднання виразкової хвороби з хронічним гломерулонефритом, що автори пов'язують з наявністю однакової для гастродуоденальної системи і нирок функції, а саме – екскреторної, порушення якої при поєднаній патології двох систем призводить до взаємного погіршення клінічного перебігу їх захворювань. До цього часу в літературі приділяється недостатньо уваги клінічному перебігові деструктивних уражень гастродуоденальної системи у поєднанні із захворюваннями інших органів травлення, хоча, за даними досліджень Д.М.Якименка і співавт. [4], Г.З.Мороз [21], у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи поєднана гастроентерологічна патологія зустрічається частіше, ніж у популяції.

Несприятливий перебіг хронічних захворювань органів травлення і, в першу чергу, виразково-ерозійних уражень шлунка та дванадцятипалої кишки у потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС осіб спричинює зростання рівня інвалідності серед них. За даними Т.В.Сазонової та співавт. [122], серед усіх причин встановлення інвалідності у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи патологія органів травлення посідає третє місце. Основними інвалідизуючими захворюваннями є виразкова хвороба з рецидивуючим перебігом і ускладненнями та хронічні гепатити.

Таким чином, літературні дані стосовно патогенезу і клінічного перебігу виразково-ерозійних уражень гастродуоденальної зони, особливо, при їх поєднанні з хронічними

захворюваннями інших органів травлення у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС є малочисельними, а результати досліджень – суперечливими. Враховуючи наведене вище, проведення комплексних досліджень з вивчення цих проблем у даної категорії хворих є важливим науковим і практичним завданням.

Вважається, що з часів Другої світової війни захворюваність населення земної кулі на патологію гепатобіліарної системи запального характеру постійно зростає, кількість хворих кожних десять років подвоюється; а в останні десятиріччя збільшується питома вага їх ускладнень [123]. За даними В.Г.Радченка і співавт. [124], захворюваність тільки на хронічний гепатит і цироз печінки в С.-Петербурзі з 1979 по 1995 рік зросла з 14,0 до 29,3 на 100000 населення. В Україні з 1992 по 1995 р.р. частота розвитку жовчно-кам'яної хвороби зросла з 163,7 до 270,4 випадків на 100 тис. дорослих та підлітків (на 65,5%), холециститу та холангіту (гострого і хронічного) – з 1694,3 до 2127 випадків на 100 тис. (на 25,5%) [125]; а захворюваність на хронічний гепатит з 1992 по 1999 рік серед населення України зросла в 2,2 рази [126].

Хронічні запальні захворювання печінки у зв'язку з невинним ростом захворюваності, смертності та летальності є серйозною соціально-економічною і клініко-епідеміологічною проблемою. Основним етіологічним фактором розвитку хронічних гепатитів вважаються гемоконтактні віруси [127-129,124,130]. Зв'язок між гострим вірусним і хронічним гепатитом стверджується клінічними та патогістологічними дослідженнями в 57-85% випадків [131-134]. Значно рідше в розвитку хронічних запальних захворювань печінки етіологічними факторами визнають дію токсичних речовин (хлоровані вуглеводні, хлоровані нафталіни і дифеніли, бензоли, важкі метали та металоїди, яди неістівних грибів) [135], тривале вживання ліків (протитуберкульозні та сульфаніламідні препарати, антибіотики, антиметаболіти та ін.) [136,137]. Крім того, в структурі хронічних уражень печінки нерідко зустрічається реактивний гепатит, що обумовлений рядом ендо- і екзогенних факторів, серед яких провідну роль відіграють захворювання інших органів травлення (виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, післягастро-резекційні і постаготомічні синдроми, хронічні запальні захворювання жовчного міхура та кишечника) [135,138,128,139,130].

Що стосується алкоголю, який вважався другим після вірусів етіологічним фактором у

розвиткові хронічних гепатитів [140], то згідно з МКХ-10 він виключений з числа останніх, оскільки зумовлює не запальні ураження печінки, а балонну або жирову її дистрофію [141,130].

На сучасному етапі розвитку медичної науки хронічний гепатит визнається хронічним імунним запаленням печінки, переважно вірусної етіології, з можливим переходом у цироз [128-130]. Концепція імунного ураження печінки ґрунтується на результатах клінічних, серологічних та імуноморфологічних досліджень. Вважається, що під час гострого процесу вірус, проникаючи в гепатоцит, продукує там надлишок зовнішньої оболонки, яка містить антиген HbsAo. Імунна відповідь на надлишок антигена визначає одужання хворого або перехід процесу в хронічний. При нормальній імунній реакції відбувається проліферація імунокомпетентних Т-лімфоцитів, які впізнають антиген, прониклий у мембрану ураженого гепатоцита. При взаємодії з антигеном, лімфоцити продукують розчинний фактор, який призводить до деструкції гепатоцита разом з прониклим у нього вірусом. Надмірна імунна реакція спричинює розвиток тяжкої форми гострого гепатиту, а при відсутності реакції - людина стає вірусноносієм. При недосконалій відповідній реакції Т-лімфоцити здатні руйнувати інфіковані гепатоцити, але не можуть зашкодити ураженню вірусом здорових клітин. Мінімальний, помірний або виразний ступінь патологічного процесу в печінці залежить від вираженості некрозу гепатоцитів [142,131, 130].

В регуляції імунної відповіді організму особливу роль відіграють цитокіни (інтерлейкіни або ендогенні імуномодулятори), які синтезуються імунокомпетентними клітинами. Цитокінам властиві функції контролю над розмноженням і диференціацією попередників імунокомпетентних клітин, диференціацією В-лімфоцитів у продуценти імуноглобулінів, а Т-лімфоцитів та макрофагів - у цитотоксичні клітини. Крім того, імуномодулятори здатні до активації або гальмування запального процесу, участі в елімінації пухлинних клітин, модифікації функціонального стану нервової та ендокринної систем. Дія цитокінів частіше всього проявляється в місцях, де формується імунна відповідь, тобто, в місцях проникнення патогена. Зростання рівнів інтерлейкінів у крові обумовлює формування загальної реакції організму на патоген, яка характеризується як гострофазова відповідь [143,144]. За даними В.Г.Радченка і співавт. [124], у розвитку хронічних гепатитів важливу роль відіграє гіперпродукція групи протизапальних цитокінів – інтерлейкінів – 1,4,6,8.

Доведено, що інтерлейкін-1 володіє гальмівним впливом на синтез альбумінів у гепатоцитах [144]. Дослідження R.I.Goffman et

I.Carty [145], Douglas S. Robinson [146] показали, що інтерлейкін-4, який синтезується Т-лімфоцитами, тучними клітинами, фібробластиками стромы кісткового мозку, збільшує продукцію В-лімфоцитами імуноглобуліну Е в 100 разів, у той час, як імуноглобулінів інших класів - у 10-15 разів. Крім участі імуноглобуліну Е в стимуляції алергічних реакцій негайного типу, за даними С.Levo et M.Shalit [147], надлишок його в сироватці крові сприяє зниженню поглинаючої здатності печінки. Інтерлейкін-6, крім властивості цитокіна, здатного стимулювати розвиток імунної реакції в напрямку елімінації агента, що спричинив порушення гомеостазу, сприяє також індукції гепатоцитами білків гострої фази запалення [143,124]. Інтерлейкін-8, що синтезується макрофагами, лімфоцитами, епітеліальними клітинами нирок, ендотеліоцитами, крім стимулюючого впливу на функції нейтрофільних лейкоцитів, макрофагів, лімфоцитів і еозинофілів, володіючи дією, аналогічною дії тромбоцитарних факторів, сприяє внутрішньосудинному скупченню нейтрофілів і формуванню агрегатів. Біологічні його властивості відіграють роль однієї з патогенетичних ланок у розвитку хронічного запального процесу [148].

При змінах імунної відповіді виникають умови для утворення протипечінкових антитіл, які серологічними та імунохімічними методами виявляються у 64-93% хворих на хронічний активний гепатит і у 30-40% - при персистуючій його формі [130]. В результаті аутоімунних процесів розвивається некроз гепатоцитів, що сприяє активації сполучної тканини печінки. Порушення взаємодії між паренхімальними і мезенхімальними елементами вважається основною ланкою патогенезу хронічних гепатитів [149,150].

Упродовж останніх двох десятиліть проведено багато клінічних і експериментальних досліджень з вивчення ролі порушень клітинної та гуморальної ланок імунної системи в патогенезі хронічних запальних уражень печінки. Дослідниками виявлено різного ступеня зміни як клітинного, так і гуморального імунітету, в залежності від етіології, форми та клінічного перебігу хронічного гепатиту [151-154,129, 128,130]. В.В.Гавура [151], спостерігаючи в динаміці за 187 хворими на гострий вірусний гепатит В установив, що в групі осіб з наявністю різноманітних алергічних реакцій захворювання характеризується затяжним перебігом та достовірним збільшенням у сироватці крові протипечінкових антитіл, що

сприяє розвитку у них хронічного аутоімунного гепатиту. П.А.Канішев [152] вважає, що оскільки при хронічних гепатитах рівень ЦІК у сироватці крові зростає більше, ніж при інших захворюваннях органів травлення, то діагностичне їх значення для оцінки форми і ступеня тяжкості запальних уражень печінки перевищує інформативність визначення сироваткових Іg основних класів (А,М,С). За даними А.М.Петруні та І.М.Скалиги [155], рівень ЦІК у крові як при активному, так і при персистуючому гепатитах підвищений, а ступінь його зростання корелює зі ступенем мікрогемодинамічних порушень, що автори вважають суттєвим у патогенезі хронічних уражень печінки. Крім участі в розвитку розладів мікрогемодинаміки, надлишок ЦІК сприяє активації деструктивних процесів в епітеліальних клітинах жовчних каналців з формуванням гранулом, що може стимулювати трансформацію хронічного гепатиту в цироз [156].

Хронічний гепатит з мінімальним ступенем активності, що відповідає персистуючій його формі, вважається неспецифічним морфологічним ураженням печінки, яке нечасто переходить у хронічний активний гепатит [142]. Морфологічним його критерієм є помірна або незначна інфільтрація портальних полів, зерниста дистрофія гепатоцитів, що виявляється в третині пунктів, вогнищева жирова дистрофія клітин печінки у 50% випадків та ознаки регенерації у вигляді крупних, часто двоядерних гепатоцитів [157,158]. Одним з морфологічних варіантів хронічного персистуючого гепатиту є так званий "хронічний септальний гепатит", що супроводжується значним розширенням і фіброзуванням портальних полів та вогнищевою проліферацією купферових клітин [130].

Симптоматика персистуючої форми хронічного гепатиту менш виразна, ніж при активному гепатиті, тому захворювання у багатьох пацієнтів діагностується через багато років після появи перших його ознак. Наявність значної інтенсивності больового синдрому у хворих обумовлена гіпокінетичним станом жовчного міхура і запаленням його слизової оболонки, що також може бути причиною підвищення температури до субфебрильних цифр та нерізкої шкірної сверблячки [129]. Диспепсичні розлади (нудота, відчуття гіркоти і сухості в порожнині рота), за даними С.Д.Подимової [128], у 44% хворих на хронічний персистуючий гепатит можна віднести на рахунок супутніх уражень шлунково-кишкового тракту та жовчних шляхів. На думку автора [128], менш виразним і значно рідше проявляється при даній формі

захворювання, ніж при хронічному активному гепатиті, астено-вегетативний синдром.

Гепатомегалія констатується у 86% хворих на хронічний персистуючий гепатит. Пальпаторна болючість печінки при цьому визначається тільки в окремих випадках. Жовтяниця виявляється у 9% хворих, а субіктеричність склер – у 21%. Наявність у хворих жовтяниці та субіктеричності склер, особливо при відсутності змін інших функціональних проб печінки, часто трактується як доброякісна гіпербілірубінемія (синдром Жільбера). В окремих випадках диференціальна діагностика хронічного персистуючого гепатиту і синдрому Жільбера можлива тільки на підставі даних пункційної біопсії печінки [128].

Перебіг хронічного персистуючого гепатиту, як і активного, характеризується зміною періодів загострень і ремісій. При даній формі ураження печінки в період ремісії клінічні прояви у багатьох хворих відсутні, а загострення у більшості випадків пов'язані з активацією інфекції в жовчних шляхах, простудними захворюваннями та інтоксикацією хімічними речовинами. Спостереження упродовж 5-15 років з проведенням повторних морфологічних досліджень у 44 хворих на хронічний персистуючий гепатит дозволили С.Д.Подимовій [128] стверджувати, що активації процесу і трансформації даної форми захворювання в цироз печінки не буває. За даними інших авторів [158], у 10% хворих персистуючий гепатит переходить в активний і цироз. Оскільки, на відміну від гепатиту, цироз не є запальним процесом, то для диференціації двох захворювань пропонується використання показників наявності та активності запалення, зокрема - визначення загальної бактерицидної активності нейтрофільних гранулоцитів і катіонних білків у мазках крові [159].

Отже, дані літератури [142,131,128-130] свідчать, що найбільш інформативним критерієм наявності мінімального ступеня активності хронічного гепатиту є результати гістологічного дослідження біопсійного матеріалу печінки. Оскільки даний метод діагностики захворювання є доволі травматичним і нерідко його проведення супроводжується ускладненнями, тому актуальними є дослідження з виявлення інформативних біохімічних та імунологічних маркерів уражень печінки [132]. Мінімальний ступінь активності хронічного гепатиту характеризують збільшення в 1,5 рази вмісту в сироватці крові АлАТ, сорбітдегідрогенази, лактатдегідрогенази та її ізоферментів [130].

Паралельні дослідження пунктатів печінки та біохімічних показників сироватки крові F.Imbert-Bismut et al. [160] стверджують, що α -макроглобулін, гаптоглобін, аполіпропротеїн А, γ -глобулін, загальний білірубін відображають розвиток фіброзу. Крім того, маркерами мезенхімально-запального синдрому Є.І.Змушко та співавт. [130] вважають збільшення вмісту в сироватці крові Ig A, M, G і ЦК. Синдром холестазу, обумовлений порушенням екскреторно-біліарної функції печінки, характеризується підвищенням активності лужної фосфатази і γ -глутамілтранспептидази та вмісту білірубину, холестерину, β -ліпопротеїдів у сироватці крові [161,132].

З огляду на тісні анатомо-фізіологічні зв'язки, спільність крово- і лімфопостачання та інервації печінки і біліарної системи, патологічний процес у більшості випадків не обмежується одним органом. Особливо наглядно ці зв'язки спостерігаються при вірусних гепатитах, коли запальний процес із тканини печінки розповсюджується також на слизову оболонку жовчних проток і міхура [40,128]. Крім вірусів, збудниками запального процесу в біліарній системі можуть бути грампозитивні та грамнегативні бактерії, а найчастіше їх асоціації - кишкової палички з протеєм, стафілококом, ентерококом [162,163,40,164]. За даними А.П.Пелешука і співавт. [40], первинними вогнищами інфекції при холециститах і холангітах можуть бути запально-інфекційні процеси в різних органах - синусити, тонзиліти, каріозні зуби, піодермії, аднексити, кольпіти, інфекційні ентерити, коліти, аппендицит, панкреатит; а шляхи переносу інфекції - висхідний, гемато- і лімфогенний. Найчастіше хронізація процесу розвивається поступово, рідше внаслідок переходу гострого холециститу в хронічний [165]. Як розвиткові гострого холециститу, так і хронізації запального процесу сприяють порушення імунітету та евакуації жовчі з біліарної системи в порожнину дванадцятипалої кишки внаслідок розладів тонуса і моторики жовчного міхура та сфінктерного апарату [166-168].

Стан моторики і тонуса жовчного міхура та сфінктерного апарату не тільки визначає клінічну симптоматику хронічного холециститу, але й відіграє значну роль у патогенезі і перебігові запального процесу в біліарній системі. За даними Ф.І.Комарова і співавт. [169], порушення моторно-евакуаторної функції жовчного міхура призводить до підвищення тиску в порожнині поза- і внутрішньопечінкових проток, а біліарна гіпертензія спричинює зниження екскреторної та секреторної функцій гепатоцитів, наслідком чого є зниження вмісту

білірубину і холатів у жовчі. Солі жовчних кислот володіють бактеріостатичною дією відносно багатьох видів патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів [170]. Крім того, зниження вмісту холатів у жовчі обумовлює порушення співвідношення жовчні кислоти/холестерин та колоїдної стабільності жовчі, що є однією з основних ланок патогенезу калькульозного холециститу [170,172,171]. Це дало можливість деяким дослідникам [40,105] розглядати дискінезії жовчних шляхів, хронічний некам'яний і калькульозний холецистити стадіями одного патологічного процесу в біліарній системі.

Фізіологічна роль холатів в організмі не обмежується їх участю в процесах гідролізу харчових продуктів у порожнині тонкої кишки та всмоктування нутрієнтів слизовою оболонкою останньої. Експериментальними дослідженнями Я.В.Ганіткевича [173] доведено, що жовчні кислоти стимулюють продукцію гастроінтестинальних гормонів та моторику шлунково-кишкового тракту, регулюють проліферацію, міграцію і злушчування епітеліальних клітин тонкої та товстої кишок. З іншого боку, стан моторно-евакуаторної функції пілородуоденального відділу суттєво впливає на формування патологічних змін у біліарній системі. Вважається, що порушення тонуса жовчного міхура і евакуації його вмісту, які можуть спричинити розвиток як некам'яного, так і калькульозного холециститу, тісно пов'язані з розладами фазності міжтравної моторної активності дванадцятипалої кишки [174,175].

Отже, в патогенезі запальних захворювань біліарної системи та їх хронізації відіграють певну роль різноманітні фактори: інфекційні, імунологічні, гормональні, метаболічні та інші. Хронічні холецистити і холангіти можуть бути причиною поширення запального процесу на суміжні органи: печінку, дванадцятипалу кишку, підшлункову залозу, що, в свою чергу, змінює клінічну симптоматику і перебіг основного захворювання.

В типових випадках основною клінічною ознакою запального процесу жовчного міхура є больовий синдром. Локалізація, характер, інтенсивність, час появи та ірадіація болю в значній мірі визначається станом моторно-евакуаторної функції жовчного міхура і тонуса сфінктерного апарату біліарної системи [176,40,105]. При гіперкінетичній (гіпертонічній) дискінезії жовчних шляхів біль у правому підребер'ї колікоподібний, інтенсивний, здебільшого короточасний і може супроводжуватись нудотою, блювотою, прискоренням пульсу, загальною слабкістю.

Механізм появи болю при такій формі дискінезії обумовлений різким підвищенням тиску у жовчному міхурі внаслідок скорочення його в умовах раптового підвищення тону сфінктерів Одді та Люткенса. При гіпокінетичній (гіпотонічній) дискінезії біліарної системи біль постійний ниючий, пов'язаний з переповненням жовчного міхура і проток вмістом та збільшенням їх об'єму. Дуоденальне зондування у таких випадках призводить до зникнення або значного зменшення інтенсивності болю. При обидвох формах дискінезій у хворих на хронічний некам'яний холецистит поява або посилення інтенсивності болю пов'язані з порушенням дієти - вживанням масної або смаженої їжі, холодних і газованих напоїв, алкоголю.

Диспепсичні розлади при хронічному некам'яному холециститі зустрічаються у 60% хворих, які скаржаться на нудоту, відчуття гіркоти і сухості в порожнині рота, знижений апетит, метеоризм. Ці симптоми не є патогномонічними для захворювань біліарної системи, а свідчать про наявність супутніх рефлексорних розладів або запальних змін суміжних органів - шлунка, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози. Частими при захворюваннях жовчного міхура і проток є порушення функції кишечника: закрепи - у 40% випадків, рідше - проноси або чергування закрепів і проносів.

Захворюванням гепатобіліарної системи у потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС як при дозах іонізуючого випромінювання, здатних спричинити розвиток гострої променевої хвороби і, особливо, при дозах нижче 1 Зв, до цього часу присвячено значно менше досліджень, ніж виразково-ерозійним ураженням гастро-дуоденальної слизової оболонки. Недостатня увага до цієї проблеми в науковій літературі, очевидно, пояснюється тим, що хронічний гепатит вважається одним із пізніх патологічних процесів, які розвиваються через 10 і більше років після дії на організм людини іонізуючого випромінювання [177,178]. Крім того, печінка вважається резистентною до впливу іонізуючого випромінювання у зв'язку з низьким мітотичним індексом гепатоцитів [179,180]. Проте, за даними I.Herrmann u a. [181], I.K.Деденко і співавт. [182], D.I.Komarenko, Soboleva L.P. [183], іонізуюче випромінювання, особливо, дія радіонуклідів, здатне спричинити розвиток як гострих токсичних, так і хронічних запальних уражень печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози. О.М.Коваленко і співавт. [177] вважають, що в патогенезі хронічного гепатиту у потерпілих в результаті Чорнобильської катастрофи осіб, крім дії інкорпорованих радіонуклідів, необхідно

враховувати і вплив зовнішнього опромінення, оскільки печінка несе основний тягар по знешкодженню агресивних хімічних сполук, які утворюються внаслідок активації перекисного окислення ліпідів, радіолізу тощо. Крім того, згадані вище автори [177] надають у цьому процесі значення також нейро-вегетативним розладам і порушенням мікрогемодинаміки, які виявляються у переважній більшості осіб, що зазнали впливу іонізуючого випромінювання в результаті аварії на ЧАЕС.

Про роль посилення процесів пероксидації в патогенезі хронічних запальних захворювань гепатобіліарної системи у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи свідчать дослідження Т.А.Трибрат і співавт. [184]. Автори вважають, що дисбаланс у системі пероксидація/антиоксидантний статус обумовлює ураження гепатоцитів, наслідком якого є зміна складу жовчі та схильність до розвитку калькульозного холециститу у даної категорії хворих. В.М.Фролов і співавт. [22] вважають, що в патогенезі хронічного гепатиту у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС провідна роль належить розладам мікрогемодинаміки, ступінь яких корелює з порушеннями в імунній системі, зокрема - з підвищенням рівня в сироватці крові ЦІК. Значні порушення в системі клітинного і гуморального імунітету у даної категорії хворих виявили також А.С.Зверкова і співавт. [185].

Дослідженнями В.С.Ткачишина [186] доведено, що у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, померлих через різні захворювання, наявні деструктивно-дистрофічні зміни печінки, що формуються навколо специфічних маркерів опромінення - зерен псевдоамілоїду, індукованих впливом малих доз іонізуючого випромінювання. Ці зміни автором [186,178] розцінюються як морфологічні ознаки токсико-алергічного персистуючого гепатиту з вираженим запальним компонентом, для діагностики якого у даної категорії хворих пропонується використання комп'ютерної термографії. В.Ю.Коваль, Т.М.Ганич [187] виявили, що у хворих на хронічний гепатит, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи, достовірно, у порівнянні з контрольною групою, зростає вміст у сироватці крові рибонуклеїнової кислоти.

Відомо, що індикаторами цитолізу і деструктивних процесів у тканинах є зростання активності амінотрансфераз у сироватці крові. Більшістю досліджень, проведених у потерпілих в результаті Чорнобильської

катастрофи осіб із захворюваннями гепатобіліарної системи, констатується значне зростання активності АлАТ в сироватці крові [185,188,189,19]. Обстеживши різні категорії потерпілих, А.С.Зверкова і співавт. [185] виявили найбільше підвищення активності АлАТ в групі учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Авторами констатовано також зростання показників тимолової проби та рівня в сироватці крові β -ліпопротеїдів у даної категорії хворих, що розцінюється як порушення антитоксичної функції печінки і проникності мембран гепатоцитів та наявність розладів внутрішньопечінкової мікрогемодинаміки. В той же час, у поодиноких дослідженнях [190] зростання активності АлАТ в сироватці крові потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб, хворих на хронічний гепатит виявлялось значно рідше, ніж підвищення вмісту загального і прямого білірубину. Д.І.Комаренко і співавт. [191] вважають, що зростання активності амінотрансфераз є індикатором виражених деструктивних процесів, тому для ранньої діагностики уражень печінки у осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання в результаті аварії на ЧАЕС, пропонують використання більш чутливих методик – визначення активності в сироватці крові L-серин- і L-треоніндегідрогеназ та їх співвідношення.

Стосовно особливостей клінічного перебігу хронічного гепатиту у осіб, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи, більшістю досліджень констатується висока частота астено-вегетативного синдрому, що значно перевищує частоту больового [189,190,192]. За даними В.І.Панічкіної та співавт. [189], астено-вегетативний синдром у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС з хронічним гепатитом виявлявся у 98,0% хворих, а больовий – у 26,0%; при цьому загострення захворювання більше двох разів у році було в 1,4 разів частіше, а терміни нормалізації під впливом лікування клінічних і біохімічних ознак ураження печінки в 1,5 разів перевищували нормалізацію аналогічних показників у хворих контрольної групи (без дії чорнобильських чинників).

Хоча питома вага внутрішнього опромінення за рахунок надходження в організм радіонуклідів через шлунково-кишковий тракт по відношенню до зовнішнього випромінювання та інгаляційної компоненти вважається незначною [193], нехтувати її роллю в формуванні патології біліарної системи не можна, оскільки відомо, що значна частина цезію-137 виводиться з кровообігу через печінку і жовч [182,194]. Дослідженнями Л.М.Пасієшвілі [18] доведено, що у осіб із хронічним некам'яним холециститом, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання, у порівнянні

з ідентичними хворими без дії останнього, достовірно збільшені показники активації перекисного окислення ліпідів та достовірно знижені показники антиоксидантної системи, що, на думку автора, є ствердженням участі радіаційного фактора в патогенезі захворювання.

Дослідження, проведені у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб із хронічними запальними захворюваннями гепатобіліарної системи [195-198], свідчать про наявність у хворих органічних і функціональних змін жовчних міхура і проток, які сприяють розладам евакуації та порушенню колоїдної стабільності жовчі, що є важливими механізмами холелітіазу. За даними Д.І.Комаренка і співавт. [197], О.М.Кадюк [200], у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС з хронічним некам'яним холециститом суттєво знижені показники холатів, холестерину та ХХК як у міхуровій, так і печінковій порціях жовчі, що автори пов'язують із порушенням їх синтезу в печінці. Д.М.Якименко і співавт. [198], всебічно обстеживши працівників ЧАЕС, виявили у них достовірно вищу частоту випадків калькульозного холециститу, ніж у популяції.

Крім участі в стабілізації колоїдного стану жовчі, первинні жовчні кислоти володіють бактеріостатичною дією по відношенню до багатьох видів патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів, тому відіграють певну роль у формуванні кишкового біоценозу. Відомо, що під впливом порушеного кишкового біоценозу первинні жовчні кислоти здатні до перетворення у вторинні [201], які сприяють канцерогенезові переважно дистального відділу товстої кишки [202]. Актуальність цієї проблеми у осіб, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи, посилюється в результаті канцерогенної дії іонізуючого випромінювання [203]. Епідеміологічними дослідженнями В.М.Пономаренка і співавт. [204] виявлено зростання онкозахворюваності травного каналу серед учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС з 1988 по 1996 роки з 0,14 до 1,72%.

Наведені вище літературні дані свідчать, що тісний анатомо-фізіологічний взаємозв'язок у межах дігестивної системи сприяє поширенню патологічного процесу і на суміжні органи. Кількість хворих із поєднаною патологією органів травлення зростає з року в рік [205-207]. Н.В.Ельштейн [208] вважає, що поєднання декількох захворювань органів травлення і, особливо, при наявності у хворого також супутньої патології інших органів та систем, є основною причиною помилок у

практиці лікаря-гастроентеролога. У науковій літературі в багатьох дослідженнях констатується наявність у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб поєднаної хронічної патології органів травлення та супутніх захворювань інших органів і систем [10,6,22,21,120,209,198]. Але тільки в окремих із них аналізуються патогенетичні взаємозв'язки між основними і супутніми хворобами та їх клінічні взаємовпливи. Недостатня увага до цих питань негативно впливає на вибір оптимального комплексу лікування, його ефективність, а також на прогноз захворювань. Враховуючи наведені вище літературні дані про патогенетичні механізми уражень травного каналу у потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС осіб, важливим видається вивчення взаємозв'язків і взаємовпливів окремих хвороб при поєднаній патології органів травлення у даної категорії хворих.

Санаторно-курортне відновлювальне лікування хворих із патологією органів травлення, які зазнали впливу чинників аварії на ЧАЕС

Враховуючи багаторівневу системну організацію функцій, відновлювальні міроприємства при пошкодженні якої-небудь функціональної системи організму слід проводити з урахуванням її стану, етапності розвитку процесу і дією, по можливості, на всі рівні системи [210]. Незважаючи на досягнення фармакології, лікування і реабілітація потерпілих в результаті Чорнобильської катастрофи осіб є серйозною медико-соціальною проблемою у зв'язку із затяжним перебігом у них захворювань, у тому числі – і органів травлення, а також з їх резистентністю до традиційних методів терапії [2-4]. За даними В.М.Фролова і співавт. [22], І.П.Шмакової та співавт. [211], у більшості учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС виявляється поєднання захворювань органів травлення з церебро-васкулярними змінами і вторинним імунодефіцитом при поганій переносимості багатьох видів лікувальних засобів, що створює серйозні труднощі в процесі їх реабілітації. Окрім того, у зв'язку з поєднаною патологією і частими розладами регуляторних систем (нервової, імунної та ендокринної) у хворих, які зазнали дії іонізуючого випромінювання, тривале застосування фармакологічних препаратів може негативно впливати на діяльність деяких життєво важливих органів і систем [6,7].

У зв'язку з наведеним вище, більшість дослідників, які вивчають проблеми реабілітації осіб, що зазнали впливу іонізуючого випромінювання в результаті Чорнобильської

катастрофи, віддають перевагу лікувальним засобам природного походження – харчовим волокнам, лікарським рослинам, морським водоростям, продуктам бджільництва [212-217]. За даними цих авторів, названі вище лікувальні засоби природного походження володіють позитивним впливом на функціональний стан органів травлення, кишковий біоценоз, імунну систему, зрештою, на радіорезистентність організму, маючи при цьому суттєву перевагу над фармакологічними препаратами – їм притаманна незначна кількість побічних ефектів, завдяки чому можуть використовуватись і при тривалому лікуванні хворих.

Найширшого застосування в процесі реабілітації хворих лікувальні засоби природного походження знаходять в умовах санаторно-оздоровчих закладів, які вітчизняною курортологією за основним із фізичних факторів поділяються на кліматичні, бальнеологічні, грязьові [218,219]. Переважній більшості хворих із хронічною патологією органів травлення відновлювальне лікування проводиться на бальнеологічних курортах, де основним терапевтичним засобом є внутрішній прийом різного хімічного складу мінеральних вод. Згідно поширеної у вітчизняній курортології класифікації В.В.Іванова, Г.А.Неврасва [220], всі мінеральні води розподіляються на 8 основних бальнеологічних груп, у кожній з яких виділяються підгрупи за газовим, класи – за аніонним, підкласи – за катіонним складом. Крім того, в залежності від мінералізації, води розподіляються на слабомінералізовані, малої, середньої та високої мінералізації, росоли і міцні росоли. Провідні курортологи найбільш цінними в терапії хронічних захворювань органів травлення визнають групу середньомінералізованих вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих вод, а основним методом лікування – їх внутрішній прийом [24-27,221]. Маючи вулканічне походження, ця група мінеральних вод широко розповсюджена на території колишнього Радянського Союзу, а на території України їх родовища є тільки в Закарпатській області [222,223].

Наукові досягнення курортології з вивчення лікувальної дії внутрішнього прийому мінеральних вод свідчать, що останні є складними природними утвореннями, які володіють позитивним впливом як на весь організм, зокрема, на регулюючі системи – нервову, ендокринну, імунну, видільну, обмін речовин тощо, а також їм притаманна виражена місцева дія - на функціональний стан органів шлунково-кишкового тракту [221]. Оскільки

середньомінералізовані вуглекислі гідрокарбонатні натрієві води завдяки своїм високим показникам буферної ємності та нейтралізуючої здатності вважаються антацидними засобами, то переважна більшість досліджень стосується вивчення їх ефективності в лікуванні виразково-ерозійних уражень гастродуоденальної слизової оболонки. Хоча в науковій літературі є повідомлення про позитивний вплив курсового внутрішнього прийому даної групи вод на імунну систему, ерадикацію *Helicobacter pylori* та індукцію гастроінтестинальних гормонів [224-226] у хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки та ерозійний гастродуоденіт, до цього часу основним механізмом їх терапевтичної ефективності при вказаних вище нозологічних формах вважається антацидна (порожнинна) дія [24-26,227,228]. При цьому дискутується тільки питання щодо методик внутрішнього прийому мінеральних вод відносно вживання їжі. Г.Н.Кіпіані [24], Є.Б.Вигоднер [26] доводять, що найбільш ефективним при виразково-ерозійних ураженнях гастродуоденальної системи є прийом середньомінералізованих гідрокарбонатних натрієвих вод за 60-90 хвилин до вживання їжі, оскільки при такій методиці у повній мірі реалізується їх гальмівний дуоденальний рефлекс на шлункову кислотопродукцію. В той же час, В.М.Мавродій [229], М.О.Гайсак, К.І.Вагерич [230] пропонують внутрішній прийом цих мінеральних вод у процесі лікування і реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки і ерозійний гастродуоденіт наблизити до вживання їжі, враховуючи нетривалу (15-25 хвилин) їх антацидну (порожнинну) дію. Дослідження А.В.Ілька і співавт. [231] стверджують, що за рівнем зниження кислотності шлункового соку у хворих на виразкову хворобу та хронічний гастрит В 12-денний курс внутрішнього прийому середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої води "Поляна Квасова" практично не відрізняється від традиційного 24-денного. Звісно, що швидко наступаючий кислотознижуючий ефект даної групи мінеральних вод пояснити тільки їх короткочасною порожнинною антацидною дією неможливо, тому актуальним є проведення комплексних досліджень з вивчення впливу внутрішнього прийому гідрокарбонатних натрієвих вод на регулюючі шлункову кислотопродукцію механізми, мікрогемодинаміку гастродуоденальної слизової оболонки та інші фактори її захисту, оскільки до цього часу даній проблемі в науковій літературі присвячені тільки поодинокі повідомлення [27].

М.П.Лендел і співавт. [232] у 123 хворих з різними хронічними захворюваннями органів

травлення проводили клініко-фізіологічні дослідження з вивчення впливу разового прийому середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої води Поляна Купіль на функціональний стан шлунка шляхом введення її в його порожнину в процесі інтрагастральної рН-метрії. Автори виявили у 71,4% осіб з низькими показниками шлункової секреції (рН > 3,0) кислотостимулюючий ефект води з максимальною концентрацією соляної кислоти на 35-й хвилині з моменту її інтрагастрального введення. Отримані результати дозволили, всупереч традиційним уявленням про неефективність даної групи мінеральних вод при гіпосекреторних станах, розробити і обґрунтувати методики питного лікування хворих на хронічний гастрит із секреторною недостатністю.

Принцип жорсткої спеціалізації санаторно-оздоровчих закладів тривалий час до певної міри гальмував проведення досліджень з вивчення впливу гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод на гепатобіліарну систему і підшлункову залозу, оскільки ефективними в лікуванні хронічних їх захворювань вважались сульфатні магнієві та слабомінералізовані води, що містять органічні речовини [233-235]. Проте, клінічні спостереження науковців і лікарів-практиків стверджували позитивну динаміку суб'єктивної та об'єктивної симптоматики, клініко-лабораторних і біохімічних показників функціонального стану печінки, жовчевидільних шляхів та підшлункової залози у процесі курортної реабілітації хворих у санаторіях, що функціонують на базі родовищ гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод. І.В.Стахів [236], Н.С.Машкаринець [237] виявили позитивну динаміку клінічних проявів хронічного гепатиту, функціонального стану печінки і обміну мікроелементів під впливом комплексного лікування хворих із застосуванням внутрішнього прийому гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод Поляна Купіль та Поляна Квасова. Дослідженнями С.С.Долгоша [238] констатовано покращення стану здоров'я та функціонального стану печінки і екзокринної функції підшлункової залози в процесі реабілітації на курорті Поляна хворих після резекції шлунка з приводу виразкової хвороби. В.А.Цокало [239] виявив позитивний вплив середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої води Лужанська № 4 на функціональний стан біліарної системи у хворих на хронічний некам'яний холецистит. В той же час, дослідження В.І.Шманька [240] стверджують, що мінеральні води даної групи у

зв'язку з підвищеним у них вмістом бору не володіють позитивним впливом на холатоутворюючу функцію печінки, що знижує їх терапевтичну цінність у лікуванні хворих з патологією гепатобіліарної системи. Експериментальними дослідженнями Н.О. Алексєнко та С.Г. Гуші [241] доведено, що оптимальним вмістом бору в мінеральних водах стосовно позитивного впливу на холесекреторну функцію печінки та функціональний стан нирок піддослідних тварин є його концентрація 200,0 мг/дм³. Дослідженнями П.П.Добри [242] констатовано нормалізуючий вплив комплексного лікування із застосуванням внутрішнього прийому мінеральної води Поляна Купіль на екзо- та ендокринну функцію підшлункової залози у хворих на хронічний панкреатит.

Ствердити терапевтичну цінність середньомінералізованих вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих вод у лікуванні хронічних захворювань гепатобіліарної системи і підшлункової залози дозволили започатковані у 80-х роках клініко-фізіологічні дослідження з вивчення впливу їх одноразового прийому на функціональний стан органів травлення. Нашими попередніми дослідженнями [243], проведеними у хворих після холецистектомії з використанням дуоденокінезографії та дуоденоманометрії, виявлено, що введення в порожнину дванадцятипалої кишки 200,0 см³ теплої мінеральної води Поляна Купіль призводить до активації моторно-евакуаторної діяльності пілородуоденального відділу, що супроводжується суттєвим зниженням величини внутрішньодуоденального тиску і тривалості періоду закритого сфінктера Одді. Ці ефекти, в свою чергу, сприяють усуненню однієї з основних причин розвитку дуоденогастрального рефлюксу, а також створюють умови для нормалізації евакуації вмісту з біліарної системи і панкреатичних проток, що справляє позитивний вплив на функціональний стан печінки і підшлункової залози. Дослідження Т.В. Чайковської [244] стверджують, що дана вода, введена інтрадуоденально, у переважній більшості хворих стимулює збільшення об'єму панкреатичного соку, вмісту в ньому бікарбонатів, активності та дебітів трипсину, ліпази і амілази. Оскільки функціональний стан гепатобіліарної системи і екзокринна функція підшлункової залози регулюються в основному інтестинальними гормонами, то, очевидно, спазмолітичний, жовчогінний, холесекреторний та стимулюючий панкреатичну екзосекрецію ефекти внутрішнього прийому гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод реалізуються шляхом стимуляції виділення клітинами слизової оболонки дванадцятипалої кишки секретину, холецистокініну,

панкреозиміну. Адже відомо, що за ступенем гормонмодуючого ефекту іони гідрокарбонату та натрію переважають усі інші іони, що містяться в мінеральних водах [226].

У патогенезі багатьох захворювань органів травлення певну роль відіграє бактеріальний фактор, а тому терапевтичний ефект внутрішнього прийому середньомінералізованих вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих вод реалізується і завдяки їх антимікробній дії, що пов'язується з підвищеним вмістом у них бору та антагоністичним впливом їх аутохтонної мікрофлори [245]. Дослідженнями М.І.Завадяка [246] доведено, що 24-денний курс комплексного лікування із застосуванням внутрішнього прийому гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води Поляна Квасова хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та хронічний гастродуоденіт призводить до санації у них вогнищ хронічної неспецифічної інфекції в носо- і ротоглотці та позитивної динаміки складу мікрофлори товстої кишки. За даними Л.П.Киртич [247], нормалізуючий вплив мінеральної води Поляна Купіль на кишковий біоценоз є однією із складових частин ефективності комплексного санаторного із застосуванням внутрішнього прийому даної води лікування хворих на хронічний ентероколіт.

Крім позитивного впливу на функціональний стан органів травлення, внутрішній прийом гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод, за даними досліджень Т.В.Чайковської та Г.А.Вощепинець [248], стимулює острівцевий апарат підшлункової залози, що проявляється зростанням рівня інсуліну та зниженням вмісту глюкози в сироватці крові. Клінічні спостереження В.І.Шманька і співавт.[249] стверджують високу ефективність комплексного санаторно-курортного лікування із застосуванням внутрішнього прийому середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої води Поляна Квасова у хворих на цукровий діабет як за безпосередніми, так і віддаленими результатами.

Позитивний вплив внутрішнього прийому середньомінералізованих вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих вод на порушення ліпідного і мінерального обмінів, за даними С.О.Лінчевської та співавт. [250], обумовлює позитивну динаміку клінічних та електрокардіографічних ознак ішемічної хвороби серця. В.В. Петрецький, М.В. Петрецький [251] виявили високу ефективність даної групи мінеральних вод при застосуванні їх у вигляді інгаляцій в лікуванні хронічних запальних захворювань верхніх дихальних

шляхів. Експериментальними і клінічними дослідженнями А.М.Потапчука [252] доведена висока карієспрофілактична ефективність внутрішнього вживання гідрокарбонатних натрієвих середньої та високої мінералізації, з підвищеним вмістом бору і фтору, вод.

О.М.Ганич [253] рекомендує застосування даної групи вод у вигляді гінекологічних зрошень як ефективний метод лікування хронічних запальних процесів жіночих статевих органів. У зв'язку з частим поєднанням гастроентерологічної та урологічної патологій в останні роки дослідниками отримані результати, які свідчать про позитивний вплив курсового внутрішнього прийому середньомінералізованих вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих вод на функціональний стан нирок і сечовидільних шляхів [254,255].

Крім питного лікування та внутрішньопорожнинного введення, вуглекислі гідрокарбонатні натрієві мінеральні води на бальнеологічних курортах широко використовуються зовнішньо у вигляді загальних вуглекислих мінеральних ванн. Дія останніх на організм людини формується із впливу температурного, механічного і хімічного факторів. У результаті відбувається розширення периферійних артерій та артеріол, що призводить до перерозподілу циркулюючої в організмі крові. Об'єм циркулюючої крові збільшується в середньому на 30,0%, зменшується число серцевих скорочень із збільшенням тривалості діастолі, що спричинює покращення кровообігу і метаболічних процесів у міокарді [25,256,257]. За даними Л.О.Серебряної та співавт. [25], В.Т.Олефіренко [256], вуглекислі мінеральні ванни індивідуальної температури знижують артеріальний тиск, а прохолодні – підвищують. Через вплив на терморегуляційні механізми ванни обумовлюють значні зміни тісно пов'язаних із терморегуляцією окисно-відновлювальних процесів і обміну речовин в організмі.

Дослідженнями N.Tiedt und H.Jordan [258], W.Schnizer [259] доведено, що вуглекислі мінеральні ванни сприяють нормалізації реологічних властивостей крові, що, на думку авторів, у поєднанні з вазодилатацією обумовлює їх ефективність навіть у хворих з оклюзіями периферійних артеріальних судин.

Крім мінеральних вод, у процесі комплексної курортної реабілітації хворих з хронічною патологією органів травлення широко використовуються також інші природні та преформовані фізичні фактори – гідропатичні та фізіотерапевтичні процедури, пелоїдо- і озокеритолікування, кліматотерапія, ЛФК, психотерапія [25, 256,26,260], які через різні

механізми дії на організм посилюють ефективність бальнеотерапії.

Отже, наведені вище літературні дані свідчать, що внутрішнє, зовнішнє та застосування у вигляді внутрішньопорожнинних введень вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих вод різної мінералізації володіють широким спектром терапевтичних ефектів, які обумовлюють позитивні результати відновлювального лікування хворих із хронічною патологією органів травлення і супутніми захворюваннями інших органів та систем. Необхідно також враховувати ще одну суттєву перевагу мінеральних вод, а саме – природні біологічні механізми трансформації та елімінації їх з організму, що зводить до мінімуму ймовірність негативних ефектів при тривалому лікуванні хворих [212]. Ця якість мінеральних вод надзвичайно важлива для осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання в результаті аварії на ЧАЕС, клінічний перебіг патологічних процесів у яких крім певних особливостей, характеризується також резистентністю до традиційних методів лікування і високою частотою негативних реакцій на тривале застосування фармакологічних препаратів.

Вже в перші післяаварійні роки були розроблені основні принципи курортної реабілітації потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи, спрямовані на покращення з допомогою природних і преформованих фізичних факторів захисних реакцій організму, функціональних можливостей життєво важливих органів і систем, обміну речовин, терморегуляції у осіб, що перенесли гостру променеву хворобу та зазнали впливу малих доз іонізуючого випромінювання [261,262]. Недоліком перших методичних розробок було те, що для відновлювального лікування даної категорії хворих рекомендувались традиційні комплекси природних і преформованих фізичних факторів, без урахування особливостей клінічного перебігу у них соматичних захворювань та особливостей відповідних реакцій окремих органів і організму в цілому на застосування цих чинників у процесі реабілітації. В цей же період проводяться експериментальні дослідження з вивчення радіопротективної дії природних і преформованих фізичних факторів [263-267]. Зокрема, дослідженнями Н.Д.Полушиної та співавт. [264] доведено, що курсовий внутрішній прийом гідрокарбонатно-хлоридних натрієвих мінеральних вод у піддослідних тварин сприяє корекції порушених під впливом γ -опромінення гормональної регуляції та резистентності

слизової оболонки шлунка. Т.В.Фокіна і співавт. [265], В.К.Фролков і співавт. [266] виявили позитивний вплив даної групи мінеральних вод на спричинені у піддослідних тварин γ -опроміненням морфо-функціональні зміни острівців Лангерганса підшлункової залози та вмісту в гепатоцитах і сироватці крові енергетичних субстратів – циклічних нуклеотидів та неестерифікованих жирних кислот.

Важливе значення в процесі відновлювального лікування хворих, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської катастрофи, має застосування засобів, які володіють здатністю до елімінації з організму інкорпорованих радіонуклідів. Вважається, що мінеральні води, які містять групу лужно-земельних металів – калій, магній, натрій – конкуренти цезію; кальцій, фосфор – конкуренти стронцію; а також води, які володіють жовчо- та сечогінним ефектом, сприяють пришвидшенню звільнення організму людини від інкорпорованих радіонуклідів [261,212,267]. Т.П.Сиваченко [267] стверджує, що крім мінеральних вод декорпоруочим впливом володіють також деякі фізіотерапевтичні процедури – інгаляції гіпертонічного розчину хлористого натрію, електрофорез розчинів, що містять антагоністи радіонуклідів – калій, натрій, кальцій. Експериментальні дослідження Г.Г.Пухової та співавт. [268] свідчать, що 21-денний курс поїння піддослідних тварин маломінералізованою водою “Нафтуса” призводить до зниження питомої активності радіонуклідів у різних їх органах і тканинах на 1,5-2,0 порядки. Клінічні спостереження М.І.Радисюка та І.Т.Шимонко [269] над учасниками ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС з урологічною патологією, Є.В.Юник і співавт. [270] – при захворюваннях у них органів травлення та серцево-судинної системи, стверджують, що курортна реабілітація із застосуванням внутрішнього прийому води “Нафтуса” у даної категорії осіб супроводжується зниженням рівня інкорпорованого цезію-137 у 3,8 разів. У науковій літературі відсутні дані експериментальних чи клінічних досліджень стосовно декорпоруочої дії групи вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод.

Клінічні спостереження в процесі курортної реабілітації осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання внаслідок аварії на ЧАЕС, а також експериментальні дослідження у опромінених тварин дозволили виявити особливості відповідних реакцій їх окремих органів та організму в цілому на застосування природних і преформованих фізичних факторів [271-274]. За результатами цих досліджень були сформульовані завдання курортології, без вирішення яких неможливе підвищення

ефективності відновлювального лікування даної категорії хворих [271,273]. Серед цих завдань пріоритетним є вивчення змін відповідних реакцій на лікувальні фактори, що дозволить сформувати найбільш оптимальні та ефективні комплекси профілактики і відновлювальної терапії [271]. Актуальність для курортології даного завдання стверджують дослідження Ю.М.Грінзайда і співавт. [275], згідно з результатами яких, лікування 700 учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС в умовах П’ятигорського курорту за традиційними методиками було безуспішним більш, ніж у 50,0% випадків; при цьому у хворих часто спостерігались бальнеопатологічні реакції (серцево-судинні кризи, посилення явищ астенізації).

Для бальнеологічних курортів, де основним засобом реабілітації хворих із хронічною патологією органів травлення вважається внутрішній прийом мінеральних вод, найбільш актуальними є дослідження з вивчення особливостей відповідних реакцій органів шлунково-кишкового тракту у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб на питне лікування. В літературі тільки в поодиноких повідомленнях аналізуються результати досліджень з вивчення даної проблеми [28,29,276]. Дослідження М.О.Гайсак і співавт. [28], В.Г.Бешко та співавт. [276] свідчать, що у даної категорії осіб тривалість кислотної нейтралізуючої дії середньомінералізованих гідрокарбонатних натрієвих вод у порожнині шлунка достовірно коротша, ніж у хворих бех впливу чинників аварії на ЧАЕС. Результати досліджень цих авторів ставлять під сумнів традиційні уявлення про високі показники буферної ємності та нейтралізуючої здатності даної групи мінеральних вод як головний механізм їх терапевтичної ефективності в лікуванні та реабілітації хворих з виразково-ерозійними ураженнями гастродуоденальної слизової оболонки. Водночас, ці результати стверджують актуальність проведення комплексних досліджень з вивчення лікувальної дії гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод при хронічних захворюваннях органів травлення у потерпілих в результаті аварії на ЧАЕС.

На бальнеологічних курортах проводяться дослідження з вивчення ефективності комплексного відновлювального лікування хворих із хронічною патологією органів травлення, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи. Г.В.Кулинич і співавт. [277] констатували зменшення інфікованості гастродуоденальної слизової

оболонки *Helicobacter pylori* у процесі лікування в санаторії Рай-Оленівка учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та ерозійним гастродуоденітом. Г.І.Стеценко і співавт. [278] виявили позитивну динаміку показників клітинного і гуморального імунітету у даної категорії хворих під впливом комплексного лікування на курорті Трускавець. Покращення мікрогемодинаміки слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки при її виразково-ерозійних ураженнях у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи в процесі їх реабілітації на курорті Поляна констатували В.І.Урбан і співавт. [279]. Т.О.Задорожна [280] одним із механізмів терапевтичної ефективності відновлювального лікування із застосуванням внутрішнього прийому гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод у даної категорії хворих вважає позитивну динаміку вмісту гастроінтестинальних гормонів у сироватці крові. В поодиноких дослідженнях аналізується ефективність комплексної курортної реабілітації хворих з хронічною патологією запального характеру гепатобіліарної системи [190,281-283] та поєднаними захворюваннями органів травлення [284], які потерпіли в результаті аварії на ЧАЕС.

До цього часу не встановлено науково обгрунтованої тривалості курортної реабілітації осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання, хоча окремі дослідники [261,285] пропонують продовжити її до 30 і більше діб. З огляду на результати досліджень А.В.Ілька і співавт. [231], Н.М.Середюка [286], які стверджують, що терапевтичний ефект бальнеотерапії в основному реалізується упродовж першої половини 24-денного курсу санаторного лікування, збільшення тривалості курортної реабілітації потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб, очевидно, є недоцільним. У науковій літературі тільки в поодиноких

повідомленнях аналізуються віддалені результати відновлювального лікування із застосуванням внутрішнього прийому мінеральних вод хворих з хронічною патологією органів травлення, які потерпіли внаслідок аварії на ЧАЕС [287].

Таким чином, узагальнюючи дані літератури, можна зробити висновок, що проблеми патогенезу, клінічного перебігу, діагностики і лікування поєднаної хронічної патології органів травлення залишаються актуальними та недостатньо вивченими. Особливого значення вони набувають у осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання, у зв'язку із зростанням серед них захворюваності на гастроентерологічну патологію, зростанням ролі останньої в якості причини передчасної інвалідизації хворих та суперечливими даними літератури про особливості її клініки, діагностики і ефективності лікування. Практично невивченими залишаються питання взаємозв'язку і взаємовпливу окремих захворювань гастродуоденальної та гепатобіліарної систем у осіб, які потерпіли внаслідок Чорнобильської катастрофи, особливості відповідних реакцій їх органів травлення на застосування природних і преформованих фізичних факторів, не розроблено системи комплексного відновлювального лікування, його тривалості та критерії оцінки ефективності. Тому назріла необхідність проведення комплексних досліджень з вивчення цих проблем, а об'єктивна інформація буде сприяти розробці та обгрунтуванню ефективної системи відновлювального лікування із застосуванням природних і преформованих фізичних факторів хворих з поєднаною хронічною патологією органів травлення, які потерпіли в результаті аварії на ЧАЕС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Статистичний довідник: Показники здоров'я та надання медичної допомоги потерпілим від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (1998 рік). – Київ: Вид-во НДВП "Техмедкол", 1999.
2. Особенности клинического течения заболеваний органов пищеварения у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в результате аварии на ЧАЭС /В.Г.Передерий, Н.Г.Бычкова, А.А.Фомина и др.// Врач. дело. – 1991. – № 10. – С. 65-68.
3. Реабилитация больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, участвовавших в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС /О.Я.Бабак, И.Э.Кушнир, Л.И.Гончарова и др.//Лік. справа-Врач. дело. –1993.- № 4.– С.39-41.
4. Якименко Д.М., Мороз Г.З., Собчук Ю.А. Органы пищеварения // Медицинские проблемы производственного объединения «Чернобыльская атомная электростанция» и объекта «Укрытие» /под ред. В.Г.Бабешко, В.А.Базыки, В.Ф.Торбина. – К., 1996. – С. 35-40.
5. Результаты изучения инвалидности среди участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (по материалам Украинского национального регистра) /А.М.Нагорная, А.П.Картыш, А.В.Степаненко и др. // Лік. справа-Врач. дело. – 1995. - № 1-2. - С. 36-37.
6. Бабов К.Д., Литвиненко А.Г., Беличенко Т.А. Особенности перебігу захворювань органів травлення у ліквідаторів аварії на ЧАЕС // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. (19-21 вересня 1995 р.). – Дніпропетровськ, 1995. – С. 28.
7. Современные подходы к использованию физических факторов в восстановительном лечении лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС /А.Г.Литвиненко, И.П.Шмакова, Г.А.Дмитриева и др. // Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации: Матер. респуб. межрегион. научно-практ. конф. – Одесса, 1995. – С. 190-191.
8. Содержание гастрина в крови участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС /Е.Б.Дубинина, Р.С.Тишенина, П.Н.Любченко, О.Н.Гридякина //Четвертый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов: Матер. съезда. – М.-Л., 1990. – Т. II. - С. 625-627.
9. Течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС /А.М.Никифоров, А.В.Першин, С.Г.Щербак, Ю.И.Листопадов // Воен.-мед. журн. – 1993. - № 3. – С. 19-20.

10. Хомазюк И.Н., Дмитриева Н.А., Круглова В.А. Новые подходы к диагностике и лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при ее сочетании с заболеваниями системы кровообращения // Новое в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения: Тез. докл. научно-практ. конф. – Харьков, 1994. – С. 57-58.
11. Особенности клинического течения язвенной болезни в условиях радиационного воздействия /В.Г.Передерий, Н.Г.Бычкова, Л.В.Дударь и др. // Чернобыль и здоровье людей: Тез. докл. научно-практ. конф. – К., 1993. – С. 235.
12. Некоторые особенности морфологических изменений пищеварительного канала, клинического течения заболеваний органов пищеварения и иммунного статуса у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС /А.С.Логинов, В.Г.Передерий, Н.Г.Бычкова и др. // Терап. арх. – 1995. – Т. 67, № 2. – С. 44-47.
13. Бабак О.Я., Кушнир И. Э. Особенности течения язвенной болезни у лиц, находившихся в зоне аварии на ЧАЭС // Чернобыль и здоровье людей: Тез. докл. научно-практ. конф. – К., 1993. – С. 16.
14. Роль факторов внешней среды в формировании дисрегуляторного синдрома при язвенной болезни, возникшей вследствие воздействия ионизирующего излучения /Л.М.Пасиешвили, О.В.Сокруто, И.В.Летик, И.И.Косенко // Лік. справа-Врач. дело. – 2001. - № 5-6. – С. 162-163.
15. Євстігнєв І.В., Дзяк Г.В., Послайко О.І. Клінічний перебіг виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у ліквідаторів аварії на Чернобыльській АЕС // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 36.
16. Бриллиант М.Д., Воробьев А.И., Гогин Е.Е. Отдаленные последствия действия малых доз ионизирующей радиации на человека // Терап. арх. – 1987. - № 6. – С. 3-8.
17. Золотарева Т.А., Бондарчук Г.Ф., Николаева Т.Н. Изменение фармакометаболизующей функции печени при хроническом воздействии на организм малых доз ионизирующего излучения // Лік. справа-Врач. дело. – 1993. - № 5-6. – С. 45-47.
18. Пасиешвили Л.М. Коррекция свободнорадикальных процессов окисления у больных хроническим холециститом, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения // Лік. справа-Врач. дело. – 1993. - № 7-8. - С. 34-36.
19. Особенности энзимопатий при хронических реактивных гепатитах радиационного генеза /В.Н.Хворостинка, О.А.Ефремова, О.И.Москаленко, И.А.Нестерцова // Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матер. симпоз. - Чернівці, 1996. – С. 379.
20. Мирошниченко С.В. Диспепсический синдром у больных язвенной болезнью, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС и проблемы его устранения //Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матер. симпоз. – Чернівці, 1996. – С. 220.
21. Мороз Г.З. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у лиц, пострадавших в результате аварии на ЧАЭС: Частота выявления, клиника, патогенетические подходы в диагностике и лечении: Дисс. ... д-ра мед. наук: 14.01.02. – К., 1997. – 293 с.
22. Иммунные и микроциркуляторные нарушения и их коррекция у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС при нейросоматической патологии /В.М.Фролов, А.М.Петруня, Е.Ф.Сафонова, С.П.Чайкин // Лік. справа-Врач. дело. – 1995. - № 5-6. – С. 22-25.
23. Данилаш М.М. Деякі механізми улцерогенезу при патології печінки у осіб, які зазнали дії іонізуючого випромінювання // Лік. справа-Врач. дело. – 1997. - № 4. – С. 35-37.
24. Кипиани Г.Н. Минеральные воды и деятельность пищеварительной системы. - Л.:Наука, 1974. – 246 с.
25. Серебряна Л.А., Кеңс В.В., Горчакова Г.А. Водолечение. – К.: Здоров'я, 1983. – 168 с.
26. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
27. Кривобок Н.Г. Курортный этап медицинской реабилитации больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в системе всеобщей диспансеризации населения // IX Всесоюзный съезд физиотерапевтов и курортологов: Тез. докл. – М., 1989. – Т. 1. – С. 184-185.
28. Использование гидрокарбонатной минеральной воды в этапной реабилитации больных с патологией гастродуоденальной зоны, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения /М.А.Гайсак, А.В.Сарканич, Е.И.Вагерич, М.М.Данилаш // Актуальні питання медичної реабілітації: Тез. доп. респуб. наради-конф. – Одеса, 1994. – С. 29.
29. Гайсак М.О. Функціональні особливості шлунка при гастродуоденітах різної етіології // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 43.
30. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь (современные представления о патогенезе, диагностике, лечении). – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
31. Водолагин В.Д. Об эрозивно-язвенных поражениях желудка и двенадцатиперстной кишки // Клин. медицина. – 1997. - № 5. – С. 11-13.
32. Hunt R.H., Milton-Thompson G.J. The epidemiology and pathogenesis of gastric ulcer // Frontiers of gastrointestinal research / Ed. Van der Reis. – Basel, 1980. – P. 57-70.
33. Циммерман Я.С. Очерки клинической гастроэнтерологии. – Пермь, 1992. – 336 с.
34. Blum A.L. Ziele bei der Therapie der Ulcuskrankheit // Schweiz. Med. Wschr. – 1984. – Bd. 114. – S. 679-683.
35. Carey K.V. The management of chronic peptic ulcer disease // The office management of digestive disease. – London, 1992. – P. 18-29.
36. The Year book of digestive diseases / Ed. Miner P.B. – Chicago, 1993. – 510 p.
37. Kurata J.H. Ulcer disease // Epidemiology Current opinion. - 1988. – P. 993-998.
38. Звартау Э.Э., Рысс Е.С. Фармакотерапия гастродуоденальных язв. – СПб.: Наука, 1992. – 174 с.
39. Комаров Ф.И.Калинин А.В. Язвенная болезнь // Руководство по гастроэнтерологии /Под ред. Ф.И.Комарова, А.Л.Гребенева. – Том 1. – М.: Медицина, 1995. – С. 456-533.
40. Пелешук А.П., Передерий В.Г., Свиницкий А.С. Гастроэнтерология. – К.: Здоровья, 1995. – 304 с.
41. Показники захворюваності населення м. Дніпропетровська на пептичну виразку, гастрити та дуоденіти за останнє десятиріччя /Л.І.Гриценко, М.Б.Щербиніна, О.І.Тельнова, Ю.М.Степанов // Мед. перспективи. – 2001. – Т. 6. - № 4. – С. 138-141.
42. Романенко А.Е., Пятак О.А., Коваленко А.Н. Здоровье участников ликвидации последствий аварии // Чернобыльская катастрофа /Под ред. В.Г.Барьяхтара. – К.: Наукова думка, 1995. – С. 417-421.
43. Якименко Д.М. Пищеварительная система // Чернобыльская катастрофа /Под ред. В.Г.Барьяхтара. – К.: Наукова думка, 1995. – С. 468-469.
44. Статистичний довідник: Показники здоров'я потерпілих внаслідок аварії на Чернобыльській атомній станції (1987-95 р.р.). – К.: Техмедкол, 1996. – С. 96-98.
45. Якименко Д.М., Мороз Г.З., Гідзінська І.Н. Особливості стану системи органів травлення у осіб, які проживають на забрудненій радіонуклідами території // Лік. справа-Врач. дело. – 1994. - № 12. – С. 37-40.
46. Віддалені наслідки аварії на ЧАЕС та їх вплив на формування гастроентерологічної патології у постраждалих/В.Г.Зайцев, М.П.Брусніцина, Л.Г.Яновська, О.М.Тищенко // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 30-31.
47. Пирогова Е.А., Страпко Н.П., Бузунов В.А. Заболеваемость взрослого эвакуированного населения в послеаварийный период // Проблемы радиационной медицины. – К.: Здоров'я, 1992. – С. 136-140.
48. Дегтярева И.И., Харченко Н.В. Язвенная болезнь. – К.: Здоров'я, 1995. – 336 с.
49. Денисова М.Ф., Мягкая Н.М. Сучасні уявлення про систему захисту слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та її роль у патогенезі хронічних гастродуоденальних хвороб у дітей // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2000. - № 1. – С. 54-58.
50. Белова Е.В., Вахрушев Я.М. Характеристика агрессивно-протективных факторов при эрозивном поражении слизистой гастродуоденальной зоны // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. - № 2. – С. 17-20.
51. Богер М.М. К некоторым современным аспектам патогенеза язвенной болезни // Физиология и патология органов пищеварения. – Новосибирск: Наука, 1986. – С. 3-11.
52. Колобов С.В., Ярема И.В. Гастроиммунотерапия. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 176 с.

53. Панчев Г., Радивенска А. Детская гастроэнтерология. – София: Медицина и физкультура, 1986. – 392 с.
54. Hook-Nikkane J., Sistonen P., Kosunen T.U. Effect of ABO blood group and secretor status on the frequency of *Helicobacter pylori* antibodies // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1990. -Vol. 25, № 8. - P. 815-818.
55. Мыш В.Г. Секреторная функция желудка и язвенная болезнь. – Новосибирск: Наука, 1987. – 176 с.
56. Hanauer S., Shulman M. New therapeutic approaches // *Gastroenterol. Clin. North. Am.* – 1995. – Vol. 24. – P. 138-143.
57. Rythmes tri-annuels de la secretion acide basale et stimulee par la pentagastrine dans l'ulcere duodenal /M.Merrouche, I.P.Accary, D.Rigoud et al. // *Gastroenterol. Clin. Biol.* – 1989. – 13, № 10. – P. 793-798.
58. Seasonal variation of gastric acidity, acute duodenal ulcer occurrence and bleeding from duodenal ulcer in Bulgari / Z.A.Krastev, D.R.Popov, D.Monova et al. // *World Congresses Gastroenterology.* – Hollywood. – 1994. - № 1312.
59. Лея Ю.А. Современная оценка кислотообразования в желудке // *Клин. медицина.* – 1996. - № 3. – С. 13-16.
60. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – 483 с.
61. Глушко А.В., Маковецька Т.І. Виразкова хвороба: гендерні та вікові особливості кислотоутворення // *Сучасна гастроентерологія і гепатологія.* – 2000. - № 2. – С. 27-30.
62. Особливості інфікування *Helicobacter pylori*, наявність дуоденогастрального та гастроєзофагеального рефлюкса у хворих на ерозивний гастрит / А.С.Свиницький, К.М.Ревенко, Г.А.Соловйова, Л.Б.Бардах // *Лік. справа-Врач. дело.* – 2002. - № 8. – С. 42-46.
63. Данилов А.С., Решетников О.В., Курилович О.А. Особенности дуоденогастрального рефлюкса при язвенной болезни и хроническом гастрите // *Терап. арх.* – 1994. - № 2. – С. 43-45.
64. Bile reflux and intestinal metaplasia in gastric mucosa / G.M.Sobala, H.J.O'Connor, E.P.Dewar et al. // *J.Clin.Pathol.* – 1993. – Vol. 46. – P. 235-240.
65. Seymour Schwartz I., Shires Tom G., Frank Spencer C. Principles of Surgery 7-th edit. McGraw-Hill. Library of Congress. – New York; St. Louis; San Francisco, 1998. – 2162 p.
66. Колосович И.В. Выбор метода лечения пациентов с язвенной болезнью желудка
67. // *Укр. мед. часопис.* – 1999. - № 6 (14). – С. 39-44.
68. Борисов Ю.Ю. Реологические свойства желудочного секрета при язвенной болезни и детерминирующие их факторы // *Четвертый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов: Матер. съезда.* – М.-Л., 1990. – Т. 1. – С. 150-152.
69. Исакова М.Ю. Экскреция фукозы – критерий эффективности реабилитации подростков, больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матер. симпоз.* – Чернівці, 1996. – С. 151-153.
70. Ахмадходжаев А.М. Некоторые механизмы цитопротективного действия омепразола и низкоинтенсивного лазерного излучения на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // *Лік. справа-Врач. дело.* – 2002. - № 1. – С. 56-60.
71. Петров Е.Е. Антиоксидантная обеспеченность организма и перекисное окисление липидов у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1996. - № 7-9. – С. 13-18.
72. Влияние продектина и дипиридамола на состояние микроциркуляции у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки /Н.К.Александрова, И.В.Летик, О.В.Сокруто и др. // *Четвертый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов: Матер. съезда.* – М.-Л., 1990. – Т. 1. – С. 114-116.
73. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с эрозиями /Е.И.Ткаченко, В.Б.Гриневиц, Ю.П.Успенский и др. // *Врач. дело.* – 1991. - № 4. – С. 40-43.
74. Хоменко Т.А., Говоруха Т.М. Ульцерогенез та перекисне окислення ліпідів у слизовій оболонці шлунка під впливом серотоніну // *Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп.* – Дніпропетровськ, 1995. – С. 19-20.
75. Джулай Г.С., Ткачев В.А. Метаболизм гистамина и микроциркуляторные нарушения у больных с различными вариантами хронического гастрита // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 1998. - № 2. – С. 87.
76. Рак О.Л., Федів О.І., Мельничук З.А. Особливості морфофункціонального стану еритроцитів при виразковій хворобі залежно від характеру ускладнення // *Лік. справа-Врач. дело.* – 2000. - № 1. – С. 33-37.
77. Щербиніна М.Б. Стан микроциркуляторного русла слизової оболонки шлунка залежно від її секреторної активності у хворих з пептичною виразкою // *Лік. справа-Врач. дело.* – 2002. - № 5-6. – С. 24-26.
78. Mucosal blood flow in erosive duodenitis / M.Guslandi, M.Sorghi, A.Foppa et al. // *J. Clin. Gastroenterol.* – 1993. – Vol. 17, № 3. – P. 201-203.
79. Малов Ю.С., Куликов А.Н. Дефицит бикарбонатов и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки // *Тер. архив.* – 1998. - № 2. – С. 28-32.
80. Малов Ю.С., Куликов А.Н., Ивашкина П.Г. Взаимосвязь кислотно-основного состояния организма с желудочной секрецией гидрокарбонатных ионов у больных язвенной болезнью // *Тер. архив.* – 2001. - № 2. – С. 6-10.
81. Warren J.R., Marshall B.J. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis // *Lancet.* – 1983. V. 1. – P. 1273-1275.
82. Логинов А.С., Аруин Л.И., Ильченко А.А. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori*. Новые аспекты патогенетической терапии. – М., 1993. – 230 с.
83. Маев И.В., Орлов Л.Л., Нефедова Ю.В. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (этиология, патогенез, клиника и лечение) // *Клин. медицина.* – 1996. - № 6. – С. 57-61.
84. Purification of *Helicobacter pylori* superoxid dismutase and cloning and sequencing of the gene / C.Spielhalder, B. Gerstenecter, A.Kersten et al. // *Infect. Immunol.* – 1993. – Vol. 61. – P. 5315-5325.
85. Дударь Л.В. О патогенезе язвенной болезни (обзор литературы) // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1994. - № 7-8. – С. 14-16.
86. Megraud F. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection: where we are in 1995? // *Europ. J. Gastroenterol. and Hepatol.* – 1995. – V. 7. – P. 292-295.
87. Аруин Л.И. *Helicobacter pylori* в этиологии и патогенезе язвенной болезни // *Материалы 7-й сессии Российской группы по изучению Helicobacter pylori (27-28 мая 1998 г.).* – Нижний Новгород, 1998. – С. 6-11.
88. Соловйова Г.А. Оцінка ступеня обмінення слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* та активності гастриту і дуоденіту при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки в різних вікових групах // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1999. - № 5. – С. 41-43.
89. Hirschowitz B.I., Mohen J., Shaw S. High recurrence rate of duodenal ulcer despite *H. Pylori* eradication in a clinical subset rapidly recurring peptic ulcer // *Gastroenterology.* – 1994. – Vol. 106, № 4, suppl. 2. – P. 94.
90. Howden C.W., Hunt R.H. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection // *Amer. J. Gastroenterol.* – 1998. – Vol. 93, № 12. – P. 2330-2338.
91. Современные аспекты патогенеза и новые подходы к лечению заболеваний, ассоциированных с пилорическим хеликобактериозом / В.Г.Передерий, С.М.Ткач, Б.К. Рейнгардт и др. // *XIV з'їзд терапевтів України: Матер. з'їзду.* - К., 1998. – С. 407-409.
92. Андрусак В.О. Роль дисбактеріозу товстої кишки в патогенезі хворобливих виразкової хвороби // *Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матер. симпоз.* – Чернівці, 1996. – С. 16-20.
93. Дисбактеріоз товстої кишки і особливості гістопатологічних змін слизової оболонки попереково-ободової кишки при виразковій хворобі / І.С.Давиденко, О.В.Андрусак, О.М.Давиденко, А.М.Троян // *Досягнення і проблеми медичної реабілітації хворих: Зб. наук. праць.* – Ужгород: "Колір принт", 1998. – С. 66-67.
94. Применение энтерала при лечении заболеваний, сопровождающихся синдромом диареи / А.С.Свиницкий, Е.Н.Ревенко, Г.А.Соловьева и др. // *Лік. справа-Врач. дело.* – 2002. - № 2. – С. 106-111.

95. Особливості шлункової секреції у осіб з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, які потерпіли внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС /Л.Т.Кругликів, Л.М.Корнійчук, І.І.Грищенко, Л.В.Демешкіна // Актуальні проблеми курортної реабілітації потерпілих від іонізуючого опромінення: Зб. наук. праць. – Ужгород: Патент, 1996. – С. 14-16.
96. Сарканич А.В. Функциональное состояние желудка у больных с патологией гастродуоденальной зоны, подвергшихся действию ионизирующего излучения // Курортна реабілітація хворих з патологією внутрішніх органів: Матер. наук. конф. – К.: Знання, 1992. – С. 94-95.
97. Корепанов А.М., Мурашов В.С. Гормонально-белково-метаболический гомеостаз у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в процессе лечения этанолом // Четвертый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов: Матер. съезда. – М.-Л., 1990. – Т. 1. – С. 331.
98. Гормони гіпофізу, щитовидної залози і гастроентеральної системи при виразковій хворобі з різними екологічними умовами життя /Т.О.Задорожна, М.Л.Габор, З.Й.Фабрі, О.В.Сарканич // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія "Медицина". – 2001. – Вип. 15. – С. 54-58.
99. Морфофункціональні передумови змін клінічного перебігу захворювань органів травлення при променевому ураженні /Л.Ю.Полянський, Б.О.Лілько, Ф.В.Грінчук та ін. // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 31-32.
100. Деякі особливості виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у осіб, які зазнали дії іонізуючого випромінювання /М.М.Данилаш, М.Д.Горохтін, В.І.Урбан та ін. // Лік. справа-Врач. дело. – 1996. - № 5-6. – С. 64-66.
101. Якименко Д.М., Мороз Г.З., Мирошніченко С.В. К индивидуализации лечебно-реабилитационных мероприятий у больных язвенной болезнью пилородуоденальной зоны, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС // Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матер. симпоз. – Чернівці, 1996. – С. 413.
102. Дегтярева Л.В., Мороз Г.З. Патоморфологические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц, пострадавших от аварии на ЧАЭС: изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки вне дефекта // Лік. справа-Врач. дело. – 1998. - № 1. – С. 16-18.
103. Самусева О.С., Терещенко В.П. Морфогенез патологічних процесів у слизовій оболонці шлунка при хронічному гастриті у військовослужбовців-ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЭС // Лік. справа-Врач. дело. – 1998. - № 6. – С. 7-10.
104. Особливості течення хронічних захворювань кишечника у постраждалих після аварії на ЧАЭС /Т.А.Беличенко, Е.О.Косоверов, А.В.Паненко и др. // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 2001. - № 2 (26). – С. 54-55.
105. Патогенетичні особливості розвитку дисбактеріозу кишечника з підвищенням рівня *Candida albicans* у дітей, які постійно проживають на радіаційно забруднених територіях /Ю.Г.Антипкін, Т.О.Лисяна, К.О.Іванов та ін. / Журн. АМН України. – 1995. – Т. 1. - № 2. – С. 352-360.
106. Григорьев П.А., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. - М.: Медицина, 1996. – 515 с.
107. Деякі особливості перебігу виразкової хвороби та її ускладнень в залежності від пори року, віку та статі /В.М.Чернобровий, Л.В.Черешнюк, Д.С.Фостаковський та ін. // Вісн. Вінницького держ. мед. ун-ту. – 2003. - № 1/1. – С. 97-99.
108. Мироничев Г.Н., Логинов А.Ф., Калинин А.В. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колонопроктол. – 1996. - № 3. – С. 35-40.
109. Глушко Л.В., Головач І.Ю., Позур Н.З. Використання тесту Люшера при прогнозуванні реабілітації хворих на виразкову хворобу і хронічний гастродуоденіт // Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матер. симпоз. – Чернівці, 1996. – С. 85.
110. Губачев Ю.М., Жужанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. –Алма-Ата: Казахстан,1990. – 215 с.
111. Личностные особенности больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки /Н.П.Булгак, А.М.Алексейчук, Л.С.Назарова, М.В.Левченко // Лік. справа-Врач. дело. – 1997. - № 2. – С. 79-82.
112. Michel H., Blanc P. Stress et appareil digestif // Encephale. – 1993. - № 19 (1). – P. 157-161.
113. Грищенко І.І., Евстигнеев И.В. Особенности течения язвенных поражений гастродуоденальной зоны у лиц, подвергшихся длительному воздействию ионизирующего излучения // Перспективные проблемы в гастроэнтерологии: Тез. докл. науч. конф. – М., 1994. – С. 137-138.
114. Пасиешвили Л.М. Некоторые особенности течения хронического гастродуоденита у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих: Матер. симпоз. – Чернівці, 1996. – С. 238-240.
115. Свиницкий А.С., Бекоева С.Н., Ревенок А.А. Особенности клинической картины и психотерапии соматогенно обусловленных неврозоподобных расстройств у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в результате аварии на ЧАЭС // Лік. справа-Врач. дело. – 1998. - № 8. – С. 36-38.
116. Демешкіна Л.В. Клінічні особливості перебігу ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЭС // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 32.
117. Смоляр С.И. Особенности лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Научно-практическая конференция: Новое в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения: Тез. докл. – Харьков, 1994. – С. 50-51.
118. Дзяк Г.В., Грищенко І.І., Евстигнеев И.В. Психосоматические нарушения у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Экология и здоровье: Тез. докл. научно-практ. конф. – Кривой Рог, 1994. – С. 247-248.
119. Демешкіна Л.В. Персональні особливості у хворих на виразкову хворобу, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЭС // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 39.
120. К вопросу о взаимосвязи вегето-сосудистой дистонии и патологии органов пищеварения у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС /Е.А.Губергриц, А.Г.Гугин, С.С.Чубенко и др. // Актуальные проблемы ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: Тез. докл. – К., 1992. – С. 61.
121. Мойсенко В.О. Обґрунтування та ефективність корекції гастроентерологічних розладів у хворих на хронічний гломерулонефрит – ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЭС // Лік. справа-Врач. дело. – 1998. - № 3. – С. 4-7.
122. Патогенетичні аспекти нефрогенних кардіопатій і гастродуоденопатій /Т.Д.Нікула, В.О.Мойсенко, І.А.Палієнко та ін. // Укр. мед. часопис. – 1999. - № 4 (12). – С. 126-128.
123. Структура розповсюдженості хвороб органів травлення у потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи по Дніпропетровській області та медико-соціальний аспект /Т.В.Сазонова, С.С.Короленко, Р.Д.Демешкіна та ін. // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 35.
124. Kim M.H., Myung S.J., Lee S.K. Should we cut or dilate the sphincter? That may depend on whether it is primary or secondary common bile duct stones // Amer. J. Gastroenterol. – 1998. – Vol. 93, № 5. – P. 846-847.
125. Радченко В.Г., Шабров А.В., Нечаев В.В. Хронические заболевания печени (этиология, клиника, диагностика, лечение, эпидемиология и профилактика) /Серия «Мир медицины». – СПб.: Изд-во «Лань», 2000. – 192 с.
126. Филипов Ю.А., Галенко З.Н. Распространенность и структура заболеваний органов пищеварения в Украине // Другий Український тиждень гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1997. - С. 4-5.
127. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів // Сучасна гастроентерологія та гепатологія. – 2000. - № 2. – С. 53-55.
128. Бурчинский Г.И. Клиника, диагностика и лечение хронических заболеваний печени (лекция) // Лікар. справа-Врачеб. дело. – 1993. - № 7. – С. 14-23.
129. Подымова С.Д. Болезни печени. – М.: Медицина, 1998. – 703 с.
130. Бабак О.Я. Хронические гепатиты. К.: Блиц-Информ, 1999. – 208 с.
131. Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Иоанниди Е.А. Вирусный гепатит. – М., Элиста: АПП «Джангар», 2002. – 160 с.

132. Серов В.В., Севергина Л.О. Морфологические критерии оценки этиологии, степени активности и стадии процесса при вирусных хронических гепатитах В и С // *Арх. патол.* – 1996. – Т. 58, № 4. – С. 61-64.
133. Громашевська Л.Л. Особливості біохімічних досліджень при вірусних гепатитах В і С: минуле, теперішнє, майбутнє // *Лабораторна діагностика.* – 2001. – № 3. – С. 3-11.
134. Heinteges T., Mohr L., Niederau C. Epidemiology and clinical features of chronic viral hepatitis // *Dtsch. Med. Wochenschr.* – 1994. – Bd. 119, № 40. – S. 1385-1389.
135. Соринсон С.Н. Вирусные гепатиты. СПб.: Теза, 1998. – 331 с.
136. Meier-Abt P.J. Drug- and toxin-induced liver injury: diagnosis, natural course and therapy // *Liver Cirrhosis and its Development.* – Dordrecht/Boston/London: Klumer academic publishers, 2000. – P. 242-249.
137. Полунина Т.Е. Лекарственные гепатиты // *Тер. арх.* – 1999. - № 12. – С. 46-49.
138. Maria V.A.J., Victorino R.M.M. Development and validation of a clinical scale for the diagnosis of drug-induced hepatitis // *Hepatology.* – 1997. – Vol. 26, № 3. – P. 664-669.
139. Функціональне состояние печени у больных пептическими и рецидивными язвами после неполной ваготомии / И.И. Сатиренко, Б.Ф. Шевченко, В.В. Орловский, А.Н. Величко // *Актуальные проблемы гастроэнтерологии: Тез. докл. второго съезда гастроэнтерологов УССР.* – Днепропетровск, 1989. – С. 271.
140. Скрыпник Н.И. Обоснование комплексной терапии для лечения больных пептической язвой и сопутствующими заболеваниями органов пищеварения // *Укр. мед. часопис.* – 2001. – № 5 (25). – С. 111-115.
141. Lieber Ch. Pathogenesis alkoholbedingter Leberschaden // *Leber. Magen. Darm.* – 1979. – Bd. 9, № 7. – S. 157-171.
142. Stever C.S., Buron G.B., Melhen R.T. Diagnostic imaging of the fatty liver // *Semin. Liver Disease.* – 1995. – № 5. – P. 8-28.
143. Аруин Л.И. Морфологическая классификация хронического гепатита // *Арх. патол.* – 1995. – Т. 57. – Вып. 3. – С. 3-6.
144. Келгинский С.А., Симбирцев А.С., Воробьев А.А. Эндогенные иммуномодуляторы. – СПб.: Гиппократ, 1992. – 256 с.
145. Иммунология гормонов тимуса / Под ред. Ю.А. Гриневица, В.Ф. Чеботарева. – К.: Здоров'я, 1989. – 152 с.
146. Goffman R.L., Carty I. A T-cell that enhances polyclonal IgE production and its inhibition by interferon γ // *J. Immunol.* – 1986. – Vol. 136, № 3. – P. 1743-1750.
147. Douglas S. Robinson. Th-2 cytokines in allergic disease // *Brit. Med. Bull.* – 2000. – Vol. 56, 4. – P. 956-968.
148. Levo C., Shalit M. Serum IgE levels in patients with liver disease // *Ann. Allergy.* – 1981. – Vol. 47, № 6. – P. 456-459.
149. In vivo inflammatory activity of neutrophil-activating factor, a novel chemotactic peptide from human monocytes // *Colditz, R. Zwahlen, B. Dewald, M. Baggiolini // Amer. J. Path.* – 1989. – Vol. 134, № 4. – P. 755-760.
150. Бабак О.Я. Маркери вірусного гепатиту і сполучної тканини печінки, лейкоцитів крові та кісткового мозку у хворих на хронічний гепатит // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1995. - № 3-4. – С. 147-149.
151. Комарова Д.В., Цинзерлинг В.А. Морфологическая диагностика инфекционных поражений печени. – СПб.: Сотис, 1999. – 245 с.
152. Гавура В.В. Клинико-патогенетическое значение аллергии и аутоиммунных процессов в развитии тяжелых и ациклических форм вирусного гепатита // *Актуальные проблемы гастроэнтерологии: Тез. докл. второго съезда гастроэнтерологов УССР.* – Днепропетровск, 1989. – С. 102-103.
153. Канищев П.А. Роль циркулирующих иммунных комплексов в развитии болезней печени // *Гастроэнтерология.* – К.: Здоров'я, 1990. – Вып. 22. – С. 32-34.
154. Иммуномодулирующий эффект виллозна и спленина при лечении больных острым и хроническим токсико-аллергическим гепатитом // *В.М. Фролов, И.А. Пересадин, И.Ю. Высоцкий и др. // Лік. справа-Врач. дело.* – 1993. - № 5-6. – С. 70-72.
155. Клінічна та імунологічна характеристика вірусного гепатиту С / А.Д. Вовк, Н.В. Татяненко, Ж.Б. Кліменко та ін. // *Журн. практ. врача.* – 1998. – № 3. – С. 38-39.
156. Петруня А.М., Скальга И.М. Уровень циркулирующих иммунных комплексов и состояние микрогемодинамики при хроническом поражении печени // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1996. - № 1-2. – С. 77-79.
157. Peniner E. Immune complexes in primary cirrhosis contain mitochondrial antigens // *Clin. Immunol. Immunopath.* – 1982. – Vol. 22, № 3. – P. 394.
158. The diagnostic significance of periportal hepatic necrosis and inflammation / V.J. Desmel, I. De Grotte, A. Baptista, G. Bianchi // *Histopathology.* – 1988. - № 12. – P. 569-579.
159. Панчук С.Н., Яблучанский Н.И. Маркеры воспалительного процесса в ткани печени и структура ее клеточных инфильтратов у больных хроническим гепатитом и циррозом печени // *Гастроэнтерология.* – К.: Здоров'я, 1992. – Вып. 24. – С. 46-49.
160. Мощич В.П., Гусева С.А. Метод диференціальної діагностики хронічного персистуючого гепатиту та цирозів печінки // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1993. - № 5-6. – С. 123-126.
161. Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection: a prospective study / F. Imbert-Bismut, V. Ratzu, L. Pieroni et al. // *Lancet.* – 2001. – Vol. 357. – P. 1069-1075.
162. Громашевская Л.Л. Биохимические исследования при гепатите С: решенные и нерешенные вопросы // *Лаб. диагностика.* – 1997. - № 3. – С. 3-9.
163. Доценко А.П., Чинченко Е.И., Квелишвили Д.В. Бескаменный холецистит. – К.: Здоров'я, 1990. – 107 с.
164. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Долинский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: Здоров'я, 1993. – 512 с.
165. Антитела к E. Coli и циркулирующие иммунные комплексы в желчи и сыворотке крови больных гнойным холангитом / Э.В. Гюллинг, А.А. Стасенко, Т.М. Полос, О.И. Перепеченко // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1997. - № 6. – С. 63-66.
166. Питання етіології, патогенезу і лікування хронічних запальних захворювань біліарної системи / А.В. Єпішин, П.Я. Шерстюк, Н.А. Хабарова, А.К. Пінчук // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1998. - № 5. – С. 11-19.
167. Serum IgM-bound secretory component (S IgM) in liver diseases: comparative molecular state of the secretory component in serum and bile / D.L. Delacroix, P. Jonard, C. Drive et al. // *J. Immunol.* – 1982. – Vol. 129, № 1. – P. 133-138.
168. Скороходов Д.Ю., Лыховский О.И., Сапожников О.Р. Состояние тонуса сфинктера Одди и сократимость желчного пузыря у больных хроническим холециститом // *Лік. справа-Врач. дело.* – 1998. - № 1. – С. 83-86.
169. Грищенко І.І., Залевський В.І., Косинська С.В. Застосування препарату фебіхол при хронічних захворюваннях жовчовивідної системи // *Укр. мед. часопис.* – 2000. - № 1(15). – С. 81-85.
170. Сочетанные заболевания органов дуодено-холедохано-панкреатической зоны / Ф.И. Комаров, В.А. Галкин, А.И. Иванов, В.А. Максимов. – М.: Медицина, 1983. – 256 с.
171. Громашевская Л.Л., Мирошниченко В.П., Силенко Е.Ю. Определение общего содержания желчных кислот, холестерина в желчи. Холато-холестериновый коэффициент // *Лаб. диагностика.* – 1998. - № 1. – С. 46-48.
172. Порівняльна характеристика методів діагностики патології біліарної системи / Л.Т. Сіксай, В.Е. Віщак, М.П. Сіксай та ін. // *Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія "Медицина".* – 2003. – Вип. 21. – С. 169-175.
173. Wrenn S.P., Lee S.P., Kaler E.W. Solution of biliary lipids // *J. Lipid Res.* – 1999. – Vol. 40. – P. 1483.
174. Ганиткевич Я.В. Роль желчи и желчных кислот в физиологии и патологии организма (экспериментальные исследования), - К.: Наук. думка, 1980. – 180 с.
175. Решетілов Ю.І., Проценко Н.М. Сучасний аспект патогенезу жовчокам'яної хвороби // *Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп.* – Дніпропетровськ, 1995. – С. 73-74.
176. Гонтар А.А. Коррекция моторики желудка и двенадцатиперстной кишки при заболеваниях органов панкреатобилиарной зоны методом лазеропунктуры // *Лік. справа-Врач. дело.* – 2002. - № 1. – С. 126-129.

177. Мадьяр И. Дифференциальная диагностика заболеваний внутренних органов. – Будапешт: Изд-во Академии Наук Венгрии, 1987. – Т. 1. – 772 с.
178. Період віддалених наслідків променевої хвороби. Соматичний статус /О.М.Коваленко, І.Г.Халаяк, Д.О.Білий, О.І.Гергель// Гостра променева хвороба (медичні наслідки Чорнобильської катастрофи). – К., 1998. – С. 121-136.
179. Ткачишин В.С. Динаміка патологічних процесів органів травлення у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС // Укр. мед. часопис. – 2000. - № 6 (20). – С. 118-120.
180. Москалев Ю.И. Отдаленные последствия ионизирующих излучений. – М.: Медицина, 1991. – 463 с.
181. Корогодін В.И. 90 лет радиобиологии // Радиобиология. – 1991. – Т. 31, вып. 4. – С. 538-554.
182. Hermann I., Sroff K.-R., Schuh D. Radiogene Effekte am Lebergewebe // Radiobiol.-Radiother. – 1990. – Vol. 31, № 1. – P. 7-17.
183. Деякі механізми лікувальної дії ентросорбції при ураженні інкорпорованими радіонуклідами /Л.К.Деденко, Є.К.Кириленко, С.В.Фус та ін. // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Сер. “Медицина”. – 1998. – Вип. 5. – С. 78-82.
184. Komarenko D.I., Soboleva L.P. Peculiarities of the state of hepatobiliary system of mitigators long after the Chernobyl NPP accident // 27 May Hepatological days organized by the Czech Sociaty of Hepatology, Karlovy Vary, 21-23 May, 1997. – Karlovy Vary, 1997. – P. 260.
185. Трибрат Т.А., Костенко А.Г., Цебржинский О.И. Антиоксидантная система больных хроническими воспалительными заболеваниями печени после воздействия ионизирующего излучения // Лік. справа-Врач. дело. – 1999. - № 1. – С. 23-25.
186. Критерии формирования групп риска среди населения, подвергнувшегося воздействию ионизирующего излучения после аварии на Чернобыльской АЭС /А.С.Зверкова, Е.А.Федоровская, Л.В.Назарчук и др. // Лік. справа-Врач. дело. – 1994. - № 5-6. – С. 87-91.
187. Ткачишин В.С. Інформативність комп'ютерної термографії і ультразвукового дослідження в діагностиці хронічного гепатиту у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія “Медицина”. – 1999. – Вип. 10. – С. 197-198.
188. Коваль В.Ю., Ганич Т.М. Особливості епідеміології та діагностики хронічних гепатитів в зоні екологічних катастроф // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія “Медицина”. – 2003. – Вип. 19. – С. 115-119.
189. Попова Л.П. Особливості клінічного перебігу захворювань гепатобілярної системи у осіб, що знаходяться під впливом малих доз іонізуючого випромінювання: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 1994. – 16 с.
190. Особливості клініко-лабораторних даних у хворих хронічним гепатитом-ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції /В.І.Панічкіна, О.С.Оленицька, Д.М.Горошенко, І.С.Гайдаш // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 33.
191. Данилаш М.М., Урбан В.І., Коростельов В.О. Особливості перебігу хронічного персистуючого гепатиту у хворих, що зазнали дії іонізуючого опромінення, та їх лікування на курорті “Поляна” // Нові підходи до організації і проведення лікування, реабілітації та рекреації в умовах курорту: Матер. міжнарод. науково-практ. конф. – Трускавець, 1995. – С. 243-245.
192. Изменения активности L-серин- и L-треониндегидрогеназ в сыворотке крови ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, больных хроническим бескаменным холециститом /Д.И.Комаренко, Л.П.Соболева, Л.М.Овсянникова и др. // Лік. справа-Врач. дело. – 1999. - № 4. – С. 8-10.
193. Ефективність прополіну при пошкодженнях печінки у осіб, які знаходились в зоні аварії на Чорнобильській АЕС /О.А.Єфремова, В.М.Хворостинка, О.І.Москаленко, Л.В.Журавльова // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 37-38.
194. Порохняк А.А., Горчакова Г.А. Гепатопротекторные свойства прополиса в условиях радиационного поражения печени // Протирадіаційні засоби та їх застосування у зв'язку з аварією на ЧАЕС: Матер. симп. – К., 1995. – С. 53-54.
195. Захараш М.П., Іванова Н.В. Результати γ-спектрометричних досліджень венозної крові та інших біологічних середовищ у військовослужбовців-ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС при довготривалому спостереженні // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія “Медицина”. – 1999. – Вип. 9. – С. 103-108.
196. До питання про стан гепатобілярної системи у дітей з екологічно неблагонадійних районів /С.О.Бабко, О.П.Клименко, Б.А.Тарасюк, В.С.Березенко // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 38.
197. Структура розповсюдженості хвороб органів травлення у потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС /К.В.Бажан, І.В.Власенко, В.Д.Івасенко, О.А. Козінова // Медична реабілітація потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи: Тез. доп. науково-практ. конф. – Трускавець, 1996. – С. 77.
198. Заболевания желчевыводящих путей у лиц, пострадавших вследствие аварии на ЧАЭС /Д.И.Комаренко, Л.П.Соболева, Е.Н.Кадюк и др. // Лік. справа-Врач. дело. – 1999. - № 5. – С. 21-23.
199. Якименко Д.М., Мороз Г.З., Собчук Ю.А. Патологія органів травлення у працівників Чорнобильської АЕС // Досягнення і проблеми медичної реабілітації хворих : 36. наук. праць. – Ужгород: “Колір принт”, 1998. – С. 61-62
200. Стан жовчовидільної системи у хворих на хронічний некам'яний холецистит, які зазнали дії іонізуючого випромінювання /М.М.Данилаш, М.О.Гайсак, І.М.Бочко та ін. // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія “Медицина”. – 1999. – Вип. 9. – С. 93-95.
201. Кадюк О.М. Особливості ліпідного складу жовчі у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС // Укр. мед. часопис. – 2001. - № 3 (23). – С. 101-103.
202. Белоусова Е.А., Златкина А.Р. Синдром малабсорбции: Пособие для практических врачей. – М.: Бофур Ипсен Интернасьональ, 1998. – 28 с.
203. Explorative Untersuchungen zur gemeinsamen Vorkommen von Cholelithiasis. Zustand nach Cholezystectomy und Kolonkarzinom /G.Machnik, Ch. Fuller, J.Fuller, H.Kunath // Dtsch. Z. Verdauungs-Stoffwechsekr. – 1986. – Bd. 46, № 1. – S. 22-29.
204. Selliotenfeld D. Genetic and environmental factors in human cancerogenesis // J. Chron. Dis. – 1986. – Vol. 39, № 12. – P. 1021-1030.
205. Епідеміологічний аналіз стану здоров'я учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС /В.М.Пономаренко, А.М.Нагорна, Г.В.Оснач, Т.Л.Прокліна // Лік. справа-Врач. дело. – 1998. – № 8. – С. 39-41.
206. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування): Бібліотека практичного лікаря. Суттєві питання внутрішньої медицини / П.Я.Григор'єв, Є.М.Стародуб, Е.П.Яковенко, М.Є.Гаврилюк, С.Є.Шостак. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448 с.
207. Бугай Б.Г. Особливості динаміки хронічного гастродуоденіту та виразки дванадцятипалої кишки на тлі хронічних гепатитів В і С при їх комбінованій противірусній терапії // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія “Медицина”. – 2003. – Вип. 21. – С. 80-83.
208. Brandlmeier P. Fehldiagnosen durch Multimorbidität // Die Fehldiagnose in der Praxis. Hrsg. H.H.Schroben. – Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1987. – S. 59-70.
209. Эльштейн Н.В. Ошибки в гастроэнтерологической практике. Причины, тенденции, профилактика. – М.: Мед. информационное агентство, 1998. 224 с.
210. Бажан К.В. Стан перекищеного окислення ліпідів та антиоксидантної системи в осіб, які зазнали впливу екстремальних факторів // Лік. справа-Врач. дело. – 1998. - № 8. – С. 47-50.
211. Самосюк И.З. Системная организация функций и медицинская реабилитация // Международная научно-практическая конференция «Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия». Ялта, Украина (29 сентября-2 октября 1999). Дополн. к журн. «Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия». – 1999. - № 3. – С. 30-31.
212. Сучасні погляди на патогенез і підходи до реабілітації постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи з патологією нервової системи / І.П.Шамакова, В.В.Кенц, А.Л.Шаповалов та ін. // Лікування і профілактика захворювань природними та фізичними факторами постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Інформаційно-методичний посібник / Під редакцією доктора мед. наук М.В.Лободи. – К.:Альтерпрес, 2001. – С. 285-314.
213. Якименко Д.М., Мороз Г.З. Поступление и выведение из организма человека цезия-137 // Лік. справа-Врач. дело. – 1993. - № 8. – С. 16-21.

214. Досвід діагностики та лікування захворювань органів травлення в осіб, які живуть на забрудненій радіонуклідами території, в умовах курорту Євпаторії /М.В.Лукаш, О.М.Гофельд, О.М.Крючкова та ін. // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 31.
215. К вопросу изучения радиозащитных свойств дегульмана /В.Н.Корзун, В.И.Сагло, А.Н.Парац, Н.П.Рогачук // Нові підходи до організації і проведення лікування, реабілітації та рекреації в умовах курорту: Матер. міжнарод. науково-практ. конф. – Трускавець, 1995. – С. 46-47.
216. Пасієшвілі Л.М., Тихонова Т.М. Застосування препаратів квіткового пилку за якістю антиоксидантних засобів у хворих на хронічний ентероколіт, які підлягли впливу випромінювання // Перший Український конгрес гастроентерологів: Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1995. – С. 31.
217. Ганич Т. Радіація, здоров'я, радіопротекція. – Ужгород, 1996. – 352 с.
218. Використання апіфітопродуктів у лікуванні та реабілітації осіб, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання /Г.З.Мороз, О.В.Дробінська, Д.М.Якименко, І.М.Кожура // Лік. справа-Врач. дело. – 1998. - № 5. – С. 60-62.
219. Клиническая физиотерапия /Оржешковский В.В., Волков Е.С., Демидюк И.А. и др.: Под ред. В.В.Оржешковского. – К.: Здоров'я, 1984. – 448 с.
220. Курортология и физиотерапия (руководство) / Под ред. В.М.Боголюбова: в 2 томах. – М.: Медицина, 1985. – Т. 1. – 560 с.
221. Иванов В.В., Невраев Г.А. Классификация подземных минеральных вод. – М.: Недра, 1964. – 168 с.
222. Лендел М.П. Методология вивчення лікувальних властивостей мінеральних вод, розробки методик їх питного використання // Мінеральні води Закарпаття. Питне лікувальне використання / За ред. М.В.Лободи, Л.П.Киртич. – Ужгород: "ІВА", 1997. – С. 45-49.
223. Основні групи і типи мінеральних вод Закарпаття для питного використання. Розливні лікувально-столові та лікувальні мінеральні води /К.Д.Бабов, І.С.Лемко, Л.П.Киртич, Б.М.Фекийшгазі // Мінеральні води Закарпаття. Питне лікувальне використання / За ред. М.В.Лободи, Л.П.Киртич. – Ужгород: "ІВА", 1997. – С. 31-44.
224. Білак С.П. Взаємодія в системі "природні фактори-хімічний склад води" як основа багатства підземної гідрофери Закарпатської області // Наук. вісн. Ужгородського ун-ту. Серія "Медицина". - 1998. – Вип. 6. – С. 13-20.
225. Желтвай В.В. Некоторые стороны механизма действия минеральных вод на иммунную систему организма // Использование бальнеокурортных и преформированных физических факторов в терапии и реабилитации больных дерматозами: Тез. докл. межтер. конф. дерматол. и курортол. – Львов, 1989. – С. 106-108.
226. Марусанич Б. М. Оцінка клініко-біологічної ефективності лікування хворих на виразкову хворобу на курорті «Поляна»: Автореферат дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук. – К., 1996. – 23 с.
227. Питьевые минеральные воды Ессентукского курорта (физико-химические особенности, вопросы механизмов действия) / А.А.Попов, Д.И.Топурия, Б.П.Хинчагов и др. // Международная научно-практическая конференция «Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия». Ялта, Украина. 29 сентября-2 октября 1999. Дополн. к журн. «Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия». – 1999. - № 3. – С. 105.
228. Гайсак М.А. Обоснование дифференцированного применения борных гидрокарбонатных натриевых вод для повышения эффективности лечения больных язвенной болезнью: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. – Одесса, 1987. – 23 с.
229. Ілько А.В., Чопей І.В., Гергель В.І. Вплив мінеральної води «Поляна Квасова» на процеси кислотоутворення та нейтралізації у шлунку при новій методиці її прийому // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1998. - № 2 (14). – С. 26-30.
230. Мавродий В.М. К обоснованию методик питьевого лечения язвенной болезни // Санаторно-курортное лечение больных заболеваниями органов пищеварения: Тез. докл. Всесоюз. научно-практ. конф. – Моршин, 1986. – С. 40-41.
231. Гайсак М.А., Вагерич Е.И. Закономерности одноразового действия гидрокарбонатных минеральных вод у больных гастродуоденальной патологией //Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации: Матер. респуб. межрегион. научно-практ. конф. – Одесса, 1995. – С. 126-127.
232. Ілько А.В., Чопей І.В., Гергель В.І. Бальнеологічне лікування хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та хронічні гастрити при новій методиці прийому мінеральної води «Поляна Квасова» // Наук. вісник Ужгородського ун-ту. Серія "Медицина". – 1998. – Вип. 5. – С. 90-93.
233. Особенности действия борсодержащей гидрокарбонатной натриевой минеральной воды «Поляна Купель» на функциональное состояние желудка /М.Ф.Лендель, М.А.Гайсак, Е.Й.Примич и др. // Проблемы этапного лечения больных терапевтического и урологического профиля: Тез. докл. научно-практ. конф. – Трускавец, 1987. – С. 16-18.
234. Дифференцированное применение различных вод типа нафтуси при заболеваниях почек и гепатобилиарной системы: Метод. рекомендации / Сост. И.Т.Шимонко, М.А.Скоробогатов, Г.И.Стеценко, В.Н.Марковецкий. – Одесса, 1984. – 14 с.
235. Мищук В.Г., Процик Л.В. Влияние физических факторов на гемодинамику печени у больных хроническим гепатитом // Санаторно-курортное лечение больных заболеваниями гепатобилиарной системы: Тез. докл. научно-практ. конф. – Моршин, 1989. – С. 133-134.
236. Середюк Н.М., Нейко Є.М., Глушко Л.А. Деякі аспекти застосування маломінералізованих вод в якості засобу еферентної медицини // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1995. - № 1. – С. 31-35.
237. Стахив І.В. Влияние минеральной воды Поляна Купель на некоторые функции печени у больных хроническим гепатитом и гепатохолециститом // Тезисы докладов и сообщений к XIX научной конференции профессорско-преподавательского состава УжГУ. – Ужгород, 1963. – С. 57-58.
238. Машкаринец Н.С. Действие минеральной воды Поляна Квасова на содержание электролитов в желчи и сыворотке крови больных хроническим гепатохолециститом // Врач. дело. – 1968. - № 7. – С. 30-32.
239. Долгош С.С. Лечение больных после операции на желудке по поводу язвенной болезни в Закарпатских санаториях «Поляна» и «Верховина»: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Львов, 1966. – 18 с.
240. Цокало В.А. Практическое значение холецистографии в изучении влияния минеральной воды Лужанская № 4 на двигательную активность желчного пузыря у больных хроническим холециститом: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – К., 1974. – 17 с.
241. Шманько В.І. Біохімічний склад жовчі хворих на хронічний безкам'яний холецистит та особливості його динаміки при комплексній санаторно-курортній реабілітації з внутрішнім прийомом мінеральної води Поляно-Квасівського родовища // Сучасні проблеми рекреації на курортах Карпатського регіону: Збір. наук. праць. – Ужгород, 1995. – С. 65-70.
242. Алексеевко Н.О., Гуца С.Г. Біологічна відповідь організму тварин стосовно дії різних концентрацій бору // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 2003. - № 2 (34). – С. 46.
243. Добра П.П. Активність мієлопероксидази в нейтрофілних гранулоцитах у хворих на хронічний панкреатит // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1999. – № 2 (18). – С. 57-58.
244. Данилаш М.М. Обоснование комплексного санаторно-курортного лечения с применением углекислой гидрокарбонатной натриевой минеральной воды при постхолецистэктомических синдромах: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Одесса, 1988. – 16 с.
245. Чайковська Т.В. Комбіноване застосування борвміщуючих гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод різної мінералізації для корекції порушень функціонального стану підшлункової залози у хворих хронічним гастродуоденітом: Автореф. дис. на здобут. вчен. ступ. канд. мед. наук. – Одеса, 1993. – 22 с.
246. Николенко С.И. Выживаемость кишечной и синегнойной палочек в минеральных водах Украины // Международная научно-практическая конференция «Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия». Ялта, Украина. 29 сентября-2 октября 1999. Дополн. к журн. «Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия». – 1999. - № 3. – С. 123.
247. Завадяк М.И. Нетрадиционный подход к проблеме язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, гастродуоденита и их лечению // Методы исследования и лечения, аппаратные системы и ЭВМ в гастроэнтерологии. Механизмы действия минеральных вод и грязей на функциональное состояние органов пищеварения: Матер. Всесоюз. конф. – Ессентуки-Железноводск, 1991. – С. 32-34.

248. Киртич Л.П. Принципи бальнеотерапії дисфункцій кишечника з діарейним синдромом // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1997. - № 3. – С. 3-7.
249. Чайковская Т.В., Вошенин Г.А. Влияние углекислых гидрокарбонатных натриевых вод различной минерализации, содержащих метаболитную кислоту, на некоторые показатели углеводного обмена у больных хроническим гастродуоденитом // Курортна реабілітація хворих з патологією внутрішніх органів: Тез. доп. наук. конф. – К.: Знання, 1992. – Ч. 1. – С. 40-41.
250. Шманько В.І., Завадяк М.І., Сочка А.А. Обгрунтування застосування вуглекислих гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод у лікуванні хворих на цукровий діабет // Досягнення і проблеми медичної реабілітації хворих: Зб. наук. праць. – Ужгород: “Колір принт”, 1998. – С. 38-42.
251. Лікування хворих на хронічний холецистит в поєднанні з ішемічною хворобою серця на курорті “Поляна” / С.О.Лінчевська, І. Ю. Манто, Л.Й.Дворчина, М.О.Корабельщикова // Сучасні проблеми рекреації на курортах Карпатського регіону: Збір. наук. праць. – Ужгород, 1995. – С. 71-72.
252. Петрецький В.В., Петрецький М.В. Можливості використання Закарпатських мінеральних вод в лікуванні хронічних запальних процесів верхніх дихальних шляхів // Курортна реабілітація хворих з патологією внутрішніх органів: Матер. наук. конф. – К.: Знання, 1992. – Ч. 1. – С. 28-29.
253. Потапчук А.М. Використання мінеральних вод при стоматологічних захворюваннях // Мінеральні води Закарпаття. Питне лікувальне використання / За ред. М.В.Лободи, Л.П.Киртич. – Ужгород: “ІВА”, 1997. – С. 120-128.
254. Ганич О.М. Можливості та результати використання мінеральних вод Закарпаття в лікуванні запальних захворювань жіночої статеві сфери // Наук. вісник Ужгородського ун-ту. Серія “Медицина”. 1998. – Вип. 6. – С. 39-42.
255. Возможности использования углекислых гидрокарбонатных натриевых минеральных вод Поляно-Квасовского и Лужанского типов в лечении сочетанной гастроурологической патологии // Л.П.Киртич, М.А.Гайсак, Е.И.Вагерич и др. // Природные (курортные) и префрмированные физические факторы в профилактике и лечении болезней человека: Матер. 1-й международ. научно-практ. конф. – Москва-Иваново-Оболсуново, 1997. – С.67-69.
256. Основні принципи диференційованого питного використання мінеральних вод різних груп при захворюваннях сечовивідних шляхів та поєднаній гастроурологічній патології // Л.І.Фесенко, Л.П.Киртич, М.О.Гайсак та ін. // Мінеральні води Закарпаття. Питне лікувальне використання / За ред. М.В.Лободи, Л.П.Киртич. – Ужгород: “ІВА”, 1997. – С. 105-115.
257. Олениченко В.Т. Водотеплолечение. – 3-е изд. - М.: Медицина, 1986. – 288 с.
258. Hartmann V., Bassege E. Balneologische Aspekte der kardio-vascularen Rehabilitation // Z. phys. Med. Baln. Med. Klim. – 1986. – Bd. 15, № 3. – S. 161-162.
259. Tiedt N., Jordan H. Analyse der vasodilatatorischen Wirkung der CO²-Bader-Therapie // Z. Physiother. – 1986. – Bd. 38, № 5. – S. 329-338.
260. Schnizer W. Grundsatzliches zur Objektivierung von Wirkung und Wirksamkeit der Mineral badern // Heilbad u. Kurort. – 1986. – Bd. 38, № 10. – S. 310-311.
261. Немедикаментозные технологии лечения в гепатологии / К.Д.Бабов, Т.А.Беличенко, А.В.Паненко и др. // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1999. - № 3 (19). – С.38-43.
262. Использование санаторно-курортного лечения в системе оздоровительных мероприятий у больных, перенесших острую лучевую болезнь и подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в малых дозах: Метод. рекомендации / Институт клинической радиологии. Сост.: В.Г.Бешко, В.П.Преварский, И.Н.Хомазюк и др. – М., 1990. – 23 с.
263. Санаторное лечение и реабилитация лиц, подвергшихся воздействию радиации, на курортах Закарпаття: Метод. рекомендации / Ужгородский отдел Одесского НИИК и МР. Сост.: М.Д.Торохтин, В.Г.Бешко, Т.А.Задорожная и др. – Ужгород, 1991. – 17 с.
264. Применение низкочастотного электромагнитного поля при остром лучевом поражении // А.А.Лыков, Э.Н.Кузнецов, В.А.Лекаш и др. // IX Всесоюзный съезд физиотерапевтов и курортологов: Тез. докл. – М., 1989. – Т. 1. – С. 82.
265. Полушина Н.Д., Кожевников С.А., Ротто В.В. Экспериментальное обоснование использования питьевых минеральных вод для повышения резистентности слизистой желудка при гамма-облучении // Методы исследования и лечения, аппаратные системы и ЭВМ в гастроэнтерологии. Механизмы действия минеральных вод и грязей на функциональное состояние органов пищеварения: Матер. Всесоюз. конф. – Ессентуки-Железноводск, 1991. – С. 94-95.
266. Влияние малых доз радиации на морфологическое состояние островков Лангерганса и возможность коррекции его питьевыми минеральными водами // Т.В.Фокина, И.М.Кветной, В.К.Фролков, В.В.Ротто // Методы исследования и лечения, аппаратные системы и ЭВМ в гастроэнтерологии. Механизмы действия минеральных вод и грязей на функциональное состояние органов пищеварения: Матер. Всесоюз. конф. – Ессентуки-Железноводск, 1991. – С. 123-124.
267. Фролков В.К., Репс В.Ф., Василенко Ю.К. Влияние минеральных вод на содержание некоторых энергосубстратов и их регуляцию при остром гамма-облучении в эксперименте // Методы исследования и лечения, аппаратные системы и ЭВМ в гастроэнтерологии. Механизмы действия минеральных вод и грязей на функциональное состояние органов пищеварения: Матер. Всесоюз. конф. – Ессентуки-Железноводск, 1991. – С. 125-126.
268. Сиваченко Т.П. Чернобыльская катастрофа – реабилитация пострадавших // Нові підходи до організації і проведення лікування, реабілітації та рекреації в умовах курорту: Матер. міжнарод. науково-практ. конф. – Трускавець, 1995. – С. 32-35.
269. Регуляция нарушений в организме при хроническом радиационном воздействии малой интенсивности на основе курсового применения лечебной минеральной воды «Нафтуся» // Г.Г.Пухова, Н.П.Моисеева, А.А.Гела и др. // Нові підходи до організації і проведення лікування, реабілітації та рекреації в умовах курорту: Матер. міжнарод. науково-практ. конф. – Трускавець, 1995. – С. 21-27.
270. Радисюк М.І., Шимонко І.Т. Інтенсивність виведення цезію-137 внаслідок бальнеокурортної реабілітації ліквідаторів // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1999. - № 2 (18). – С. 56-57.
271. Особливості патології потерпілих від Чернобыльської катастрофи і їх реабілітація в умовах бальнеологічного курорту (курорт Трускавець) // С.В.Юник, В.М.Парій, І.В.Лоїк та ін. // Международная научно-практическая конференция «Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия» (Ялта, Украина, 29 сентября- 2 октября 1999 г.). Дополнение к журналу «Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия». – 1999. - № 3 (19). – С. 245-246.
272. Бабов К.Д., Литвиненко А.Г., Лещинский А.Ф. Принципы изучения действия физических лечебных факторов и их применение в медицинской реабилитации пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС // Курортна реабілітація хворих з патологією внутрішніх органів: Матер. наук. конф. – К.: Знання, 1992. – Ч. 11. – С. 85-86.
273. Реабилитация больных, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС, на курортах Закарпаття (медицинские и экономические аспекты) // А.А.Сочка, И.С.Лемко, В.И.Гергель и др. // Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации: Матер. республ. межрегион. научно-практ. конф. – Одесса, 1995. – С. 199-200.
274. Состояние, основные направления и актуальные проблемы санаторно-курортного лечения пострадавших после Чернобыльской катастрофы в отдаленный период // В.Г.Бешко, И.Н.Хомазюк, М.В.Лобода и др. // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1997. - № 1 (9). – С. 2-6.
275. Бажан К.В. Сучасні підходи до оптимального використання курортних факторів в оздоровленні осіб, потерпілих від іонізуючої радіації // Досягнення і проблеми медичної реабілітації хворих: Збір. наук. праць. – Ужгород: “Колір-принт”, 1998. – С. 46-47.
276. Лечение ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в условиях Пятигорского курорта // Ю.М.Гринзайд, Е.С.Губа, В.В.Чухнин и др. // Актуальные вопросы курортной терапии: Матер. Российск. научно-практ. конф. – Тула-Краинка, 1994. – Ч. 1. – С. 131.
277. Обгрунтування використання гідрокарбонатних натрієвих мінеральних вод в реабілітації учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЭС з поєднаною патологією органів травлення // В.Г.Бешко, М.М.Данилаш, Г.З.Мороз, О.В.Сарканич // Укр. мед. часопис. – 2001. - № 5 (25). – С. 88-91.

278. Длительный мониторинг за реабилитацией больных с патологией гастродуоденальной зоны, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Г.В.Кулинич, Л.Н.Симонова, Т.П.Якимова, С.Р.Радзинский // Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации: Матер. республ. межрегион. научно-практ. конф. – Одесса, 1995. – С. 187-189.

279. Особливості патології органів травлення у потерпілих від Чорнобильської катастрофи, які реабілітуються в Трускавці / Г.І.Стеценко, А.Б.Левицький, А.М.Медведев та ін. // Нові підходи до організації і проведення лікування, реабілітації та рекреації в умовах курорту: Матер. міжнарод. науково-практ. конф. – Трускавець, 1995. – С. 30-34.

280. Вплив курортної реабілітації на тканинну гіпоксію при ерозивно-виразкових ураженнях гастродуоденальної слизової оболонки у осіб, що зазнали дії іонізуючого опромінення / В.І.Урбан, М.М.Данилаш, О.В.Сарканич, М.О.Гайсак // Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации: Матер. республ. межрегион. научно-практ. конф. – Одесса, 1995. – С. 201.

281. Задорожна Т.О. Загальні закономірності реакції ендокринної системи на використання природних лікувальних факторів у осіб, що зазнали дії післяаварійних чинників // Актуальні проблеми курортної реабілітації потерпілих від іонізуючого опромінення: Зб. науково-практ. робіт. – Ужгород: Патент, 1996. – С. 36-38.

282. Досвід лікування дітей у санаторії “Хорол” із забруднених областей України після аварії на Чорнобильській АЕС / В.В.Усенко, Т.А.Поліщук, Г.І.Шилова та ін. // Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации: Матер. республ. межрегион. научно-практ. конф. – Одесса, 1995. – С. 202.

283. Застосування синглентно-кисневої терапії у хворих на хронічний гепатит учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС / П.І.Гриневич, Н.А.Кочерга, Л.Ю.Мороз та ін. // Международная научно-практическая конференция «Медицинская реабилитация, курортология и физиотерапия» (Ялта, Украина, 29 сентября-2 октября 1999 г.). – С. 246.

284. Лікування осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, з захворюваннями органів травлення / Т.А.Золотарьова, П.О.Карпенко, Л.П.Киртич та ін. // Лікування і профілактика захворювань природними та фізичними факторами постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. Інформаційно-методичний посібник / Під редакцією доктора мед. наук., проф. М.В.Лободи. – К.: Альтерпрес, 2001. – С. 335-353.

285. Данилаш М.М. Курортна реабілітація потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб із патологією печінки у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями гастродуоденальної системи // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 1999. – № 2 (18). – С. 51-53.

286. Гела А.А. Піввіку на службі народного здоров’я // Нові підходи в організації і проведення лікування, реабілітації та рекреації в умовах курорту: Матер. міжнарод. науково-практ. конф. – Трускавець, 1995. – С. 3-9.

287. Середюк Н.М. Основні принципи внутрішнього застосування мінеральних вод з позиції рецепторно-опосередкованої концепції бальнеотерапії // І національний конгрес фізіотерапевтів та курортологів України “Фізичні чинники в медичній реабілітації” (Хмельник, 13-14 травня 1998 року). – С. 248.

288. Віддалені результати реабілітації на курорті “Поляна” потерпілих внаслідок Чорнобильської катастрофи осіб / М.М.Данилаш, П.П.Ганинець, О.В.Сарканич, В.І.Урбан // Мед. реабілітація. Курортологія. Фізіотерапія. – 2000. - № 2 (22). – С. 55-56.

M.M. DANYLASH

THE REHABILITATION ON SPA OF DISEASIS OF DIGESTIVE ORGANS IN INDIVIDUALES SUFFERED AFTER ACCIDENT ON ChNPP

It is puted in order summary about stage of digestive systemi in individuales suffered after accident on ChNPP and its rehabilitation in spa.

Санаторій "Поляна" ЗАТ "Укрпрофоздоровниця", с. Поляна, Закарпатська обл.

Дата поступлення: 7.11.2003 р.