

sanogeneza [Factors and mechanisms sanogenesis]. Odessa: ONMedU, 448.

3. Cole, C. R., Blackstone, E. H., Pashkow, F. J., Snader, C. E., Lauer, M. S. (1999). Heart-Rate Recovery Immediately after Exercise as a Predictor of Mortality. *New England Journal of Medicine*, 341 (18), 1351–1357. doi: 10.1056/nejm199910283411804

4. Dias, R. G., Pereira, A. da C., Negrão, C. E., Krieger, J. E. (2007). Polimorfismos genéticos determinantes da performance física em atletas de elite. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13 (3), 209–216. doi: 10.1590/s1517-86922007000300016

5. Safdar, A., Little, J. P., Stokl, A. J., Hettinga, B. P., Akhtar, M., Tarnopolsky, M. A. (2011). Exercise Increases Mitochondrial PGC-1 Content and Promotes Nuclear-Mitochondrial Cross-talk to Coordinate Mitochondrial Biogenesis. *Journal of Biological Chemistry*, 286 (12), 10605–10617. doi: 10.1074/jbc.M110.211466

6. Akimoto, T., Pohnert, S. C., Li, P. et al. (2005). Exercise stimulates Pgc-1 α transcription in skeletal muscle through activation of the p38 MAPK pathway. *The Journal of Biological Chemistry*, 280 (20), 19587–19593. doi: 10.1074/jbc.M408862200

7. Bray, M. S., Hagberg, J. M., Perusse, L. et al. (2009). The human gene map for performance and health-re-

lated fitness phenotypes: the 2006–2007 update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41 (1), 35–73. doi: 10.1249/mss.0b013e3181844179

8. Silva, B. M., Neves, F. J., Negrão, M. V., Alves, C. R., Dias, R. G., Alves, G. B. et al. (2011). Endothelial Nitric Oxide Synthase Polymorphisms and Adaptation of Parasympathetic Modulation to Exercise Training. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43 (9), 1611–1618. doi: 10.1249/mss.0b013e3182152197

9. Bouchard, C., An, P., Rice, T., Skinner, J. et al. (1999). Familial aggregation of VO₂(max) response to exercise training: results from the HERITAGE Family Study. *Journal of Applied Physiology*, 87 (3), 1003–1008.

10. Guziy, O. V., Romanchuk, A. P. (2014). Anthropometric correlates reaction of cardiovascular system for standard exercise stress athletes playing sports. *Journal of Health Sciences*, 04 (07), 037–046.

11. Romanchuk, A. P. (2010). *Likars'ko-pedahohichnyy kontrol' v ozdorovchii fizychniy kul'turi* [Medical-pedagogical control in improving physical training]. Odessa: Bu-kaev V. V., 206.

12. Aronov, D. M., Lupanov, D. M. (2007). *Funktsyonalnye proby v kardiologii* [Functional tests in cardiology]. Moscow: MEDpress, 328.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Романчук О. П.
Дата надходження рукопису 17.09.2015*

Гузій Оксана Володимирівна, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, кафедра здоров'я людини, Львівський державний університет фізичної культури, бул. Костюшко 11, м. Львів, Україна, 79007
E-mail: o.guzij@gmail.com

УДК: 616.33.-002.2-06:616.12-008.331.1]-035.

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.51950

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

© М. М. Курбан, Р. Я. Дутка, З. Р. Леонт'єва

Досліджено особливості клінічної картини хронічного гастриту та артеріальної гіпертензії. В амбулаторних умовах обстежені 96 пацієнтів, з них основну групу становили пацієнти з поєднанням хронічного гастриту та артеріальної гіпертензії (n=62), до групи порівняння увійшли пацієнти з ізольованим перебігом хронічного гастриту (n=34). Вивчені особливості больового, астеноневротичного та диспепсичного синдромів
Ключові слова: хронічний гастрит, артеріальна гіпертензія, *Helicobacter pylori*, коморбідність, астеноневротичний, больовий, диспепсичний, синдром, симптомокомплекс, поєднана патологія

Aim: The work deals with special features of chronic gastritis clinical course with comorbid arterial hypertension.

Methods: 96 patients underwent complex examination: 62 patients with combined clinical course of arterial hypertension and chronic gastritis and 34 ones with isolated chronic gastritis. All patients underwent clinical, laboratory and instrumental examination.

Result: At analysis of results it was established that in the I group of patients took place the more heavy clinical course and the main complaints were presented as pain syndrome (of an acute, nagging character especially in epigastric zone or without strict localization that took place after ingestion), dyspeptic syndrome (with predominant meteorism, spreading feeling in epigastrium and eructation) and asthenoneurotic syndrome (with sleep disorders, general weakness and work disability) as opposed to patients of the II group whose pain syndrome was predominantly stable or periodic of an acute character in epigastric zone. Among complaints that are specific for dyspeptic syndrome prevailed eructation, spreading feeling in epigastrium and nausea. At the same time the chronic gastritis duration and pain syndrome intensity correlated with helicobacterial infection and comorbidity.

Conclusions: *Combined pathology is characterized with more intense clinical symptomatology as a direct consequence of mutual influence of diseases. The researches aimed at the study of clinical features of comorbid states allow the grounded approach to its therapy with special attention to all aspects of interaction*

Keywords: *chronic gastritis, arterial hypertension, comorbidity, asthenoneurotic, pain, dyspeptic, syndrome, symptom complex, combined pathology, Helicobacter pylori*

1. Вступ

Зважаючи на значне збільшення кількості пацієнтів з поєднаною патологією, питання коморбідності в сучасній медицині набуває все більшої актуальності. Якщо упродовж 1990–2000 рр. були опубліковані лише поодинокі дослідження з цієї проблеми, то з 2001 їх кількість значно збільшилася [1]. Особлива увага дослідників прикута до найбільш розповсюджених патологій серцево-судинної та травної систем. Це зумовлено тим, що щороку від кардіоваскулярних ускладнень в світі помирає більше 16 млн. чоловік, що становить близько третини в структурі загальної смертності [2]. Вагоме місце серед захворювань травної системи займає хронічний гастрит, патогенез та клінічна картина якого, на сьогоднішній день, висвітлена у багатьох працях [3]. Однак, специфіка перебігу хронічного гастриту коморбідного з серцево-судинною патологією є одним з актуальних питань сучасної медицини. Досить тривало поєднання хронічного гастриту та артеріальної гіпертензії розглядали в аспекті їх широкій розповсюдженості. Проте, на думку науковців, ці захворювання мають ряд спільних ланок патогенезу [4].

2. Обґрунтування дослідження

Велика кількість досліджень присвячена вивченню особливостей перебігу хронічного гастриту та ішемічної хвороби серця [2, 5], проте дані стосовно коморбідності хронічного гастриту та артеріальної гіпертензії в літературі висвітлені недостатньо. Артеріальну гіпертензію на сьогоднішній день визнано неінфекційною пандемією. Досліджуючи поширеність та розповсюдженість артеріальної гіпертензії у світі R. Kearney з співавторами встановили значні відмінності між різними країнами, так у економічно розвинених країнах Європи та Північної Америки поширеність артеріальної гіпертензії становила 20–50 %, а у країнах Азії та Латинської Америки ці показники були дещо нижчими, окрім цього в даному дослідженні висунута гіпотеза, що загальний рівень захворюваності у світі на артеріальну гіпертензію до 2025 року може сягнути 34 % [6]. Саме тому, важливим питанням сучасної медицини є пошук нових чинників коморбідності артеріальної гіпертензії, а також детальне вивчення клінічної особливості поєднаної патології. А оскільки клінічна картина хронічного гастриту характеризується окрім місцевих, ще й системними змінами, це має неабиякий вплив не лише на ураження слизової оболонки шлунку, а й на організм в цілому. Місцеві зміни проявляються симптомами шлункової диспепсії: ниюча біль, важкість чи відчуття переповнення в епігастрії, що виникає під час чи після прийому їжі, відрижка, нудота, неприємний присмак у роті, печія, що свідчить про зниження моторики шлункового вміс-

ту та закид його в стравохід. Що стосується системних змін, то це питання потребує достеменного вивчення. Беручи до уваги статистичні дані, стосовно етіопатогенезу хронічного гастриту, 80 % випадків викликані бактерією *Helicobacter pylori*, 10–15 % випадків припадає на аутоімунний гастрит, 5 % – особливі форми гастриту (хімічний, радіаційний, лімфоцитарний, гранулематозний, еозинофільний і ін.) [7]. В літературі існує чимало даних, що *Helicobacter pylori* асоційовані захворювання нерідко взаємопов'язані із підвищенням рівня загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької густини, зниженням рівня холестерину ліпопротеїдів високої густини тощо [4, 8]. З іншого боку, є свідчення, що патологія серцево-судинної системи може ускладнювати перебіг захворювань шлунково-кишкового тракту [9].

3. Мета дослідження

Проаналізувати особливості клінічного перебігу хронічного гастриту у пацієнтів з супутньою артеріальною гіпертензією.

4. Матеріальні методи дослідження

Дана робота виконана у в межах НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Процеси хронізації в клініці внутрішньої медицини», № державної реєстрації 0111U000122. Під час проведення дослідження було обстежено 96 хворих (62 пацієнта з хронічним гастритом та артеріальною гіпертензією – основна група (I група), 34 пацієнти з хронічним гастритом – група порівняння (II група). Розподіл хворих за віком проводили згідно з рекомендаціями ВООЗ. Вік хворих коливався в межах 18–77 років, але більшість обстежених знаходилася у віковій групі – 45–59 років (що склало 49 %), що свідчить про те, що більшість випадків хронічного гастриту та артеріальної гіпертензії реєструються у населення працездатного віку. Рандомізацію хворих проводили у порядку поступлення. Критеріями включення в дослідження були: наявність хронічного гастриту, артеріальної гіпертензії (у пацієнтів основної групи), вік старше 18 років, добровільна письмова згода пацієнта на участь в дослідженні. Критеріями виключення з дослідження були наявність важкої супутньої патології в стадії декомпенсації, інфаркт міокарду в анамнезі, відсутність згоди пацієнта на участь в дослідженні.

Діагноз хронічного гастриту було встановлено в результаті загальноклінічного обстеження з оцінкою скарг, анамнезу життя і захворювань, лабораторних та інструментальних методів дослідження згідно з сучасними діагностичними критеріями, затвердженими МОЗ України від 13.06.2005 року № 271 «Про

затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальною «Гастроентерологія» [10]. Діагноз артеріальної гіпертензії встановлювали на основі скарг, даних об'єктивного огляду, результатів лабораторного та інструментального обстежень, згідно з критеріями затвердженими МОЗ України від 03.07.2006 року №436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальною «Кардіологія» [11], Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р. [12]. Оцінку інтенсивності больового синдрому при хронічному гастриті проводили за допомогою шкали Лайкерта (1 бал – біль відсутній, 2 бали – біль спричиняє незначний неспокій, але можна не звертати на нього уваги, 3 бали – біль помірний, не порушує денної активності та сну, 4 бали – біль дуже турбує та порушує денну активність та сон, 5 балів – біль значно порушує або тимчасово робить неможливою денну активність і сон) [13].

Хворі досліджуваних груп відповідали вимогам репрезентативної вибірки за віком, статтю та тривалістю захворювання. При оцінці скарг хворих, вивчалися прояви больового, диспепсичного, астеноневротичного синдромів. Всім хворим з хронічним гастритом проводилося ендоскопічне обстеження за допомогою езофагогастроудоденоскопа фірми «OlimpusGIF-E3» за загальною методикою. Під час ендоскопічного обстеження було здійснено забір біоптатів для подальшого морфологічного дослідження слизової оболонки шлунку та постановки діагнозу хронічного гастриту. Для виявлення *Helicobacter pylori* використовували тест систему Хелік-тест®. Статистична обробка даних проводилася з використанням програм «Statistica 6.0» та «Microsoft Office Excel 2007 Windows'XP», що адаптовані для медико-біологічних досліджень, усі обчислення здійснювалися на персональному комп'ютері. Показники вважали достовірними при $p < 0,05$.

4. Результати дослідження

Аналіз анамнестичних даних обстежуваних хворих показав, що основна частка пацієнтів серед I групи страждала на хронічний гастрит від 5–10 років (51,61 %), при цьому серед пацієнтів II групи цей показник був значно нижчим (26,47 %) ($p < 0,05$). Відсоток пацієнтів з вперше виявленим гастритом був нижчим у першій групі і становив 3,23 %, що служить свідченням, про яскраву клінічну картину при коморбідній патології. Показники тривалості перебігу хронічного гастриту у групах представлений на рис. 1.

За результатами Хелік-тесту® встановлено, що у 59 % відсотків пацієнтів виявляли *Helicobacter pylori* асоційований гастрит. В нашому дослідженні спадкова схильність до захворювань шлунку була виявлена більш ніж у 56 % пацієнтів, у 43 пацієнтів I групи (що становить 69,35 %) та у 15 пацієнтів II групи (46,87 %) ($p < 0,05$). В основному патологія шлунково-кишкового тракту у родичів була представлена такими нозологічними формами, як хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, рак шлунку.

Як правило, пацієнти обох груп скаржилися на наявність диспепсичних розладів. Частина пацієнтів

відмічала сезонність захворювання, посилення симптомів на фоні психоемоційних перевантажень.

В основному клінічна картина при ХГ була представлена скаргами, що наведені у табл. 1.

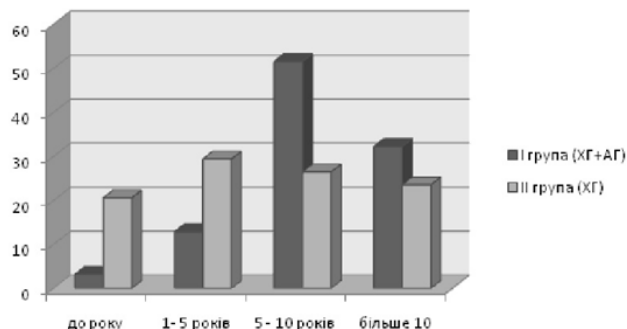


Рис. 1. Розподіл хворих I та II груп за тривалістю перебігу хронічного гастриту

Таблиця 1

Клінічна картина больового синдрому у хворих з хронічним гастритом у досліджуваних групах

Скарга	I група АГ+ХГ (n=62)		II група ХГ (n=34)	
	Абс.	%	Абс.	%
Больовий синдром	40	64,51	27	79,41
– Постійний	17	27,41	10	29,41
– Періодичний	11	17,74	8	23,53
– Пекучий	19	30,66**	2	5,88
– Ниючий	6	9,7**	7	20,59
– Іррадіюючий	1	1,61**	–	–
Локалізація больового синдрому:				
– Епігастральна ділянка	17	27,41**	25	73,53
– Пілородуоденальна ділянка	6	9,68*	8	23,53
– Праве чи ліве підребер'я	4	6,45*	1	2,94
– Розлитий біль	28	45,16**	4	11,77
Зв'язок з прийомом їжі:				
– Голодні болі	2	3,22**	–	–
– Під час їжі	6	9,68	3	9,38
– Після прийому їжі	37	59,68	22	64,71
– Не пов'язані з прийомом їжі	9	14,52*	2	5,88
Частота виникнення больового синдрому				
– Щодня	17	27,42	11	32,35
– Декілька разів на тиждень	31	50	9	26,47
– Декілька разів на місяць	6	9,68*	7	20,59

Примітка: * – різниця показників вірогідна між основною групою та групою порівняння ($p < 0,05$); ** – різниця показників вірогідна між основною групою та групою порівняння ($p < 0,01$)

За шкалою Лайкерта у I групі середній бал становив $3,17 \pm 1,61$, при цьому в залежності від наявності *Helicobacter pylori* спостерігалася достовірна різниця ($p < 0,05$), у позитивних – $3,84 \pm 1,59$, на проти-

вагу *Helicobacter pylori* негативним пацієнтам – 2,5±1,53 бали. У II групі середнє значення оцінки больового синдрому склало 2,65±0,9, при цьому показники по групах в залежності від наявності гелікобактерної інфекції не мали суттєвих відмінностей ($p>0,05$) 2,8±0,9 у позитивних та 2,5±0,65 у *Helicobacter pylori* негативних пацієнтів.

У пацієнтів обох груп спостерігалася наявність диспепсичного синдрому, клінічна картина якого представлена у табл. 2.

Таблиця 2

Клінічна картина диспепсичного синдрому хворих з хронічним гастритом у досліджуваних групах

Скарга	I група АГ+ХГ (n=62)		II група ХГ (n=34)	
	Абс.	%	Абс.	%
– Відрижка	38	61,29	20	58,82
– Печія	19	30,65*	21	61,76
– Нудота	16	25,81	13	38,24
– Блювота	10	16,13	6	17,65
– Метеоризм	47	75,81**	9	26,47
– Відчуття розпирання в епігастральній ділянці	41	66,13	15	44,12
– Гіркота в роті	17	27,42	11	32,33
– Зниження апетиту	9	14,52	5	14,71
– Закрепи	13	20,97	6	17,65
– Проноси	3	4,84*	–	–

Примітка: * – різниця показників вірогідна між основною групою та групою порівняння ($p<0,05$); ** – різниця показників вірогідна між основною групою та групою порівняння ($p<0,01$)

Частота клінічних проявів диспепсичного синдрому характеризувалася переважанням явищ метеоризму та відчуттям розпирання в епігастрії у пацієнтів основної групи та переважанням печії та гіркоти в роті у пацієнтів групи порівняння.

При вивченні клінічної картини хронічного гастриту у пацієнтів основної та групи порівняння виявлено ряд скарг, характерних для астеноневротичного синдрому, що наведені у табл. 3.

Таблиця 3

Клінічна картина астеноневротичного синдрому хворих з хронічним гастритом у досліджуваних групах

Скарга	I група АГ+ХГ (n=62)		II група ХГ (n=34)	
	Абс.	%	Абс.	%
– Загальна слабкість	41	66,13	28	82,35
– Швидка втома	33	53,23	11	32,35
– Зниження працездатності	46	74,19*	7	20,59
– Порушення сну	49	79,03**	2	5,88
– Дратівливість	19	30,65	9	26,47

Примітка: * – різниця показників вірогідна між основною групою та групою порівняння ($p<0,05$), ** – різниця показників вірогідна між основною групою та групою порівняння ($p<0,01$)

6. Обговорення результатів дослідження

Виходячи з отриманих результатів можна стверджувати про наявну різницю у клінічній картині поєднаних захворювань, зокрема про більш важчий перебіг. При проведенні дослідження, виявлено, що клінічна картина у I групі характеризувалася симптомокомплексом больового синдрому (пекучого характеру переважно у епігастральній ділянці, що виникав після прийому їжі), диспепсичного синдрому (при якому домінували метеоризм, відчуття розпирання в епігастрії та відрижка) та астеноневротичного синдрому (з проявами порушень сну, загальною слабкістю та зниженням працездатності). В той час як у II групі больовий синдром характеризувався постійним характером з локалізацією в епігастральній ділянці, диспепсичний синдром проявлявся в основному відрижкою, відчуттям розпирання в епігастрії та нудотою, астеноневротичний синдром проявлявся переважно загальною слабкістю. Частина пацієнтів зазначала посилення симптомів, після психоемоційного перенапруження. У I групі значно частіше виявляли пацієнтів з тривалістю захворювання 5–10 років та більше 10 років, у II групі статистично достовірних закономірностей розподілу пацієнтів в залежності від тривалості хронічного гастриту виявлено не було. Однак серед вперше виявлених пацієнтів з хронічним гастритом, домінувала II група.

7. Висновки

В результаті дослідження встановлено:

1. Поєднана патологія характеризується яскравішою клінічною симптоматикою, що безумовно спричинене взаємним впливом захворювань. Тривалий перебіг захворювання зумовлюється коморбідністю та наявністю гелікобактерної інфекції.

2. Домінування скарг астеноневротичного синдрому (порушення сну та зниження працездатності) може свідчити про негативний вплив на перебіг артеріальної гіпертензії, зокрема у пацієнтів з порушенням добового профілю артеріального тиску. Проведення досліджень, які спрямовані на вивчення особливостей клініки коморбідних станів, дозволить обґрунтовано підійти до терапії цих захворювань з врахуванням усіх аспектів взаємвпливу.

Література

1. Коломоєць, М. Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці [Текст] / М. Ю. Коломоєць, О. О. Ващенко // Український медичний часопис. – 2012. – № 5 (91). – С. 134–143.
2. Орловський, В. Ф. Особливості перебігу ішемічної хвороби серця, асоційованої з кислото залежними захворюваннями шлунково-кишкового тракту [Текст] / В. Ф. Орловський, А. В. Жаркова, О. В. Орловський // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». – 2012. – № 2. – С. 86–91.
3. Коруля, І. А. Діагноз «хронічний гастрит». Проблемні питання. Сучасні підходи до діагностики та лікування [Текст] / І. А. Коруля, І. С. Марухно, О. М. Герасименко // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 2 (76). – С. 133–138.
4. Корасова, М. Blood pressure and stature in *Helicobacter pylori* positive and negative persons [Text] / М. Корасова

va, I. Koupil, B. Seifert et. al // Word Journal of Gastroenterology. – 2014. – Vol. 20, Issue 19. – P. 5625–5631. doi: 10.3748/wjg.v20.i19.5625

5. Каневська, Л. В. Особливості коморбідного перебігу ішемічної хвороби серця на тлі кислото залежних захворювань шлунково-кишкового тракту [Текст] / Л. В. Каневська, І. В. Трефаненко, О. В. Руснак-Каушанська та ін. // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, № 3. – С. 144–147.

6. Kearney, P. Global Burden of Hypertension: Analysis of World wide Data [Text] / P. Kearney, M. Whelton, K. Reynolds, P. Muntner, P. Whelton, J. He // Lancet. – 2005. – Vol. 365, Issue 9455. – P. 217–223. doi: 10.1016/s0140-6736(05)70151-3

7. Грищенко, Е. Б. Хронические гастриты в клинической практике врача-гастроэнтеролога [Текст] / Е. Б. Грищенко // Consiliummedicum. – 2011. – Т. 13, № 8. – С. 8–12.

8. Banić, M. Extragastric Manifestation of Helicobacter pylori infection [Text] / M. Banić, F. Franceschi, Z. Babić, A. Gasbarrini // Helicobacter. – 2012. – Vol. 17. – P. 49–55. doi: 10.1111/j.1523-5378.2012.00983.x

9. Хухліна, О. С. Особливості клініки та спільні ланки патогенезу ішемічної хвороби серця та гастроєзофагеально рефлексної хвороби (огляд літератури) [Текст] / О. С. Хухліна, С. В. Вірста, І. В. Трефаненко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. X, № 2. – С. 151–153.

10. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» [Текст]. – Наказ МОЗ України від 13.06.2005 року, 2015. – № 271.

11. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» [Текст]. – Наказ МОЗ України від 03.07.2006 року, 2006. – № 436.

12. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії [Текст]. – Наказ МОЗ України від 24.05.2012 року, 2012. – № 384.

13. Сергієнко, О. І. Показники якості життя у хворих на хронічний гастрит та функціональну диспепсію в динаміці лікування інфекції Helicobacterpylori [Текст] / О. І. Сергієнко, О. В. Безсонова // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 2. – С. 84–88.

References

1. Kolomojec, M. Ju., Vashhenjak, O. O. (2012). Komorbidnist' i polimorbidnist' u terapevtychnij praktyci. Ukrain'skij medychnyj Chasopys, 5 (91), 134–143.

2. Orlovs'kyj, V. F., Zharkova, A. V., Orlovs'kyj, O. V. (2012). Osoblyvosti perebigu ishemichnoi' hvoroby sercja,

asocijovanoi' z kysloto zaleznyjmy zahvorjuvannjamy shlunkovo-kyshkovogo тракту. Visnyk SumDU. Serija «Medycyna», 2, 86–91.

3. Korulja, I. A., Maruhno, I. S., Gerasymenko, O. M. (2014). Diagnost «hronichnyj gastryt». Problemni pytannja. Suchasni pidhody do diagnostyky ta likuvannja. Suchasna gastroenterologija, 2 (76), 133–138.

4. Kopacova, M., Koupil, I., Seifert, B. et. al. (2014). Blood pressure and stature in Helicobacter pylori positive and negative persons. Word Journal of Gastroenterology, 20 (19), 5625–5631. doi: 10.3748/wjg.v20.i19.5625

5. Kanevs'ka, L. V., Trefanenko, I. V., Rusnak-Kaushans'ka, O. V. et. al. (2014). Osoblyvosti komorbidnogo perebigu ishemichnoi' hvoroby sercja na tli kysloto zaleznyh zahvorjuvan' shlunkovo-kyshkovogo тракту. Visnyk problem biologii' i medycyny, 1 (3), 144–147.

6. Kearney, P., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P., He, J. (2005). Global Burden of Hypertension: Analysis of World wide Data. Lancet, 365 (9455), 217–223. doi: 10.1016/s0140-6736(05)70151-3

7. Grishhenko, E. B. (2011). Hronicheskie gastrity v klinicheskij praktike vracha-gastroenterologa. Consiliummedicum, 13 (8), 8–12.

8. Banić, M., Franceschi, F., Babić, Z., Gasbarrini, A. (2012). Extragastric Manifestation of Helicobacter pylori infection. Helicobacter, 17, 49–55. doi: 10.1111/j.1523-5378.2012.00983.x

9. Huhlina, O. S., Virsta, S. V., Trefanenko, I. V. (2011). Osoblyvosti kliniky ta spil'ni lanky patogenezu ishemichnoi' hvoroby sercja ta gastroezofageal'no refluksnoi' hvoroby (ogljad literatury). Klinichna ta eksperymental'na patologija, X (2), 151–153.

10. Pro zatverdzhennja protokoliv nadannja medychnoi' dopomogy za special'nisju «Gastroenterologija» (2015). Nakaz MOZ Ukrai'ny vid 13.06.2005, 271.

11. Pro zatverdzhennja protokoliv nadannja medychnoi' dopomogy za special'nisju «Kardiologija» (2006). Nakaz MOZ Ukrai'ny vid 03.07.2006, 436.

12. Pro zatverdzhennja ta vprovadzhennja medyko-tehnologichnyh dokumentiv zi standartyzacij medychnoi' dopomogy pry arterial'nij gipertenzii' (2012). Nakaz MOZ Ukrai'ny vid 24.05.2012, 384.

13. Sergijenko, O. I., Bezsonova, O. V. (2012). Pokaznyky jakosti zhyttja u hvoryh na hronichnyj gastryt ta funkcion'al'nu dyspepsiju v dynamici likuvannja infekcii' Helicobacterpylori. Suchasna gastroenterologija, 2, 84–88.

Дата надходження рукопису 18.09.2015

Курбан Мар'яна Миколаївна, асистент, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 1, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010
E-mail: kurbanm@ukr.net

Дутка Роман Ярославович, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, завідувач кафедри, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 1, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010

Леонт'єва Зоряна Романівна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра фізичного виховання і спортивної медицини № 1, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010