49. *Tucker O. N., Dannenberg A. J., Yang E. K.* et al. Cyclooxygenase-2 expression is up-regulated in human pancreatic cancer // Cancer Res. – 1999. – Vol. 59. – P. 987–990.
50. *Williams C., Shattuck-Brandt R. L., DuBois R. N.* The role of COX-2 in intestinal cancer // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 1999. – Vol. 889. – P. 72–83.
51. *Yadak D., Hawes R. H., Brand R. E.* et al. Alcohol consumption, cigarette smoking and risk of recurrent acute and chronic pancreatitis // Arch. Intern. Med. – 2009. – Vol. 169, N 11. – P. 1035–1045.

ПЕРСИСТЕНЦІЯ ХРОНІЧНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ, ЇЇ РОЛЬ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ОЖИРІННЯ ТА РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Т. М. Христич (Чернівці)

В огляді проаналізовано дані літератури про роль хронічної низькоінтенсивної запальної реакції як загальнобіологічного процесу в розвитку та прогресуванні хронічного панкреатиту, ожиріння і раку підшлункової залози. Висвітлюються дані епідеміологічних досліджень, які показують, що хронічний панкреатит, ожиріння є самостійними факторами ризику розвитку раку підшлункової залози незалежно від цукрового діабету. Обговорюється роль адипокинів як цитокінової ланки, що регулює імунну запальну відповідь. Звертається увага на стадійність розвитку раку підшлункової залози при ожирінні.

Ключові слова: хронічна низькоінтенсивна запальна реакція, хронічний панкреатит, ожиріння, рак підшлункової залози.

PERSISTENCE OF CHRONIC INFLAMMATORY RESPONSES, ROLE IN THE DEVELOPMENT OF CHRONIC PANCREATITIS, OBESITY AND PANCREATIC CANCER

T. N. Hristich (Chernivtsi, Ukraine)

Bukovina State Medical University, Department of Tuberculosis and Pulmonology

The purpose of the review – to analyze the basic data of the role of chronic low-intensity inflammatory response as general biological process in the development and progression of chronic pancreatitis, obesity, and pancreatic cancer. Highlighted evidence from epidemiological studies showing that chronic pancreatitis and obesity are independent risk factors for pancreatic cancer, regardless of diabetes. Studied role of adipokines as Cytokines regulating of immune inflammatory response. Draws attention to the staging of pancreatic cancer in obesity.

Key words: chronic low-intensity inflammatory response, chronic pancreatitis, obesity, pancreatic cancer.

УДК 61.616.3:616.61–002 Надійшла 08.10.2014

В. О. МОЙСЕЄНКО, Т. С. АЛЬЯНОВА (Київ)

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця <mednyca@mail.ru>

В огляді розглянуто найпоширеніші гастроентерологічні розлади серед хворих з хронічною нирковою недостатністю (ХНН). Визначено два основні напрями: гастроентерологічні розлади як прояв основного захворювання (ХХН) та супутня патологія. Виявлено, що найчастіше зустрічаються такі прояви ураження верхніх відділів травного каналу, як анорексія, нудота та блювання, запор, шлунково-кишкова кровотеча та гострий абдомінальний біль. Доведено необхідність подальшого вивчення патогенетичних механізмів виникнення та прогресування гастроентерологічної патології при ХНН і важливість комплексного підходу до обстеження й ведення хворих з ХНН.

Ключові слова: гастроентерологічна патологія, хронічна ниркова недостатність, диспепсія, мальнутриція.

© В. О. Мойсеєнко, Т. С. Альянова, 2014

Проблему хронічної ниркової недостатності (ХНН) активно вивчають протягом останніх десятиліть, що зумовлено значним поширенням даної патології [2, 33]. Так, за даними офіційної статистики, поширення ХНН у світі становить більше 10 % і має тенденцію до збільшення [25]. Наприкінці 2013 р. у світі зареєстровано 3 200 000 хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) V стадії, що на 6 % більше від аналогічного показника за 2012 р. [15]. За даними Національного реєстру хворих на ХХН, станом на 31.12.2012 р. в Україні було зареєстровано 490 234 таких хворих – 10 785,6 на 1 млн [1]. У 2009 р. на обліку перебувало 401 980 хворих – 8745,6 на 1 млн. Тобто темп приросту поширення ХХН за чотири роки становить 22 % і суттєво перевищує цей показник в інших країнах [3]. Невпинне збільшення кількості хворих на ХХН, їх віку та середньої тривалості лікування привертає увагу до питання забезпечення високої якості життя таких хворих [40].

У повсякденній практиці лікарі загальної практики – сімейної медицини, терапевти, нефрологи та суміжні спеціалісти спостерігають випадки гастроентерологічної патології у хворих з ХНН. Ці стани можуть бути як проявом основного захворювання (у даному випадку ХХН), так і супутнім захворюванням, що не залежить від ураження нирок, або побічним ефектом лікування ХХН [13].

Гастроентерологічні розлади поширені серед хворих з ХНН, у тому числі серед тих, хто отримує замісну терапію. Найчастіше відмічають такі прояви ураження верхніх відділів травного каналу (ТК), як анорексія, нудота та блювання, запор, шлунково-кишкова кровотеча і гострий абдомінальний біль [8]. Поширення даних симптомів, за даними літератури, становить від 70 до 79 % [33]. Частота виникнення цих розладів, як правило, не відрізняється у предіалізних хворих та тих, які отримують сеанси гемодіалізу чи перитонеального діалізу. Однак ступінь вираженості симптомів невпинно збільшується з прогресуванням ХНН та залежно від вибору методики замісної терапії [12].

У хворих на ХХН, переважно з термінальною стадією ХНН, часто спостерігається диспепсія [35]. За даними літератури, основними причинами виникнення даного неспецифічного синдрому у цих хворих є гастроезофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) та пептична виразка шлунка і/або дванадцятипалої кишки (ДПК) – у 12 та 19 % всіх хворих з ХНН відповідно. Хоча диспепсія не впливає на виживаність хворих, однак значно знижує якість їх життя і збільшує навантаження на систему організації охорони здоров'я [14].

Порівняльна оцінка результатів ФЕГДС у хворих з ХНН та без неї показала, що частота ерозивної форми ГЕРХ у хворих з ХНН достовірно вища, ніж аналогічний показник у хворих без ХНН [36]. Так само вищою була частота виявлення пептичних виразок у хворих з ХНН порівняно з аналогічним показником у популяції. Але поширення виразкової хвороби серед хворих, які отримували діалізну терапію, не відрізняється від такої у хворих з ХНН, які не отримували такого лікування [5, 21, 24].

Патогенез виникнення ерозій та виразок верхніх відділів ТК у хворих з ХНН залишається до кінця нез'ясованим [28, 36]. Деякі автори вважають, що причиною є гіпергастринемія, яка призводить до підвищення секреції соляної кислоти шлунком, хоча результати інших досліджень показали, що для хворих з ХНН більш характерна гіпохлоргідрія як результат підвищення рівня гастрину [30]. Відповідно «уремічна гастропатія» характеризується зниженням секреторної активності шлункових залоз, а отже, більшість таких хворих не слід відносити до групи підвищеного ризику виразкоутворення [32].

Обстеження осіб похилого віку з ХНН зі скаргами на диспепсію показало, що морфологічним субстратом у даної категорії хворих був переважно ерозивний гастрит з шлунковою метаплазією (ШМ). Ступінь ШМ корелював з лікуванням діалізом та його тривалістю. Достовірно виявлено, що збільшення тривалості діалізу спричинює розвиток ШМ ($P < 0,05$) [16].

Ураження верхніх відділів ТК може також спричинити інфекція *Helicobacter* (*H.*) *pylori* [3, 19]. Але інфекційну природу виразкоутворення при ХНН підтвер-

джують лише деякі автори в результаті проведення досліджень [23], тоді як інші не підтверджують [17]. За даними літератури, інфікування *H. pylori* значно варіювало – від 49 до 66 % у хворих з нирковою недостатністю та від 35 до 75 % в контрольних групах [18].

Відомим ускладненням ХНН є гастроінтестинальна кровотеча, яка в 3–7 % випадків призводить до летального наслідку [37]. Це ускладнення виникає на термінальній стадії ХНН достовірно частіше, ніж у популяції [27]. Особливо часто гастроінтестинальна кровотеча виникає у хворих, які знаходяться на діалізі: 42,01 випадку на 1000 осіб/рік порівняно із 27,39 випадку на 1000 осіб/рік в контрольній групі [9].

Незважаючи на поширення, питання патогенезу гастроінтестинальної кровотечі залишається нез'ясованим. За даними деяких авторів, це ускладнення є проявом впливу уремії на слизову оболонку ТК [10], за результатами інших, уремія призводить до порушення адгезивних властивостей тромбоцитів, а це, в свою чергу, до збільшення тривалості кровотечі, навіть незначної, у хворих з ХНН. Крім того, слід пам'ятати про побічний вплив гепаринізації та широке використання антиагрегантів у лікуванні хворих, які знаходяться на діалізі [31].

Виділяють хронічну та гостру шлунково-кишкову кровотечу. Виявлення позитивних результатів дослідження калу на приховану кров у хворих з ХНН становить 19 % [4], що свідчить про переважно хронічну кровотечу з ТК. Найпоширенішим місцем кровотечі є ДПК, що підтверджується результатами ФЕГДС, у 61 % хворих з ХНН, у яких виявлено кров у калі, була кровотеча з ДПК [6]. Безпосередніми причинами кровотечі були ангіодисплазія та ерозія верхніх відділів ТК [22].

Хоча висновки досліджень досить суперечливі, ангіодисплазія як верхніх, так і нижніх відділів ТК зустрічається у хворих з ХНН частіше, ніж в популяції [7]. Показано, що ангіодисплазія була причиною кровотечі з верхніх відділів ТК у 25 хворих з ХНН порівняно з 5 % в загальній популяції [41]. Важливо також зазначити, що ангіодисплазія як безпосередня причина кровотечі з верхніх відділів ТК у хворих з ХНН є фактором підвищеного ризику виникнення повторної кровотечі [22].

Гостра кровотеча з верхніх відділів ТК при ХНН зустрічається з частотою 21 випадок на 1000 осіб на рік. У 3–7 % випадків дане ускладнення ХНН є причиною летального наслідку. Деякі фактори ризику, що традиційно асоціюються з підвищеним ризиком кровоточивості, такі як використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), аспірину та антикоагулянтів, суттєво не впливають на імовірність виникнення гострої кровотечі з верхніх відділів ТК у хворих з ХНН. Однак було показано кореляцію між курінням, низькою фізичною активністю та серцево-судинною патологією з підвищенням ризику виникнення даного ускладнення [38]. Аналіз інших факторів ризику ускладнюється відсутністю масштабних досліджень з великою вибіркою [33].

Важливою проблемою у хворих з ХНН залишається виникнення мальнутриції. Дане ускладнення ТК виявляють у 40 % хворих з нирковою недостатністю [20]. Його небезпека полягає в зниженні якості життя хворих та підвищенні смертності серед них [39]. Причини виникнення даного стану мультифакторні, однак шлунково-кишкові симптоми призводять до зниження споживання їжі [29].

Існує декілька основних причин виникнення мальнутриції у хворих з ХНН, одна з яких зниження калорійності та зменшення надходження білків до організму. Дослідження показало, що навіть при помірному зменшенні швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) до 50 мл/хв настає обмеження споживання білків. Крім того, споживання білків прогредієнтно обмежується із зниженням ШКФ [26]. Показано, що часто хворі додатково обмежують надходження нутрієнтів з їжею [9].

Коморбідний стан лише підсилює прояви мальнутриції. Особливо вираженими є ознаки гастропарезу на фоні ХНН у хворих на цукровий діабет (ЦД), хоча ці ознаки виявляють і в осіб без супутнього ЦД [39]. Крім того, слід враховувати втрату білків з діалізатом при проходженні процедури діалізу [11].

Було встановлено, що у хворих, які отримують замісну діалізну терапію, підвищений рівень лептину в сироватці крові та гострофазових медіаторів, таких як IL-6 та TNF. Необхідно пам'ятати, що це спричинює розвиток анорексії та зниження перорального надходження нутрієнтів у хворих з ХНН [34].

Важливим є питання розвитку гастроінтестинальних симптомів у відповідь на лікування ХНН. Лікарські засоби, використовувані для корекції ХНН, можуть призводити до ускладнень з боку верхніх відділів ТК. Фосфатзв'язуючі препарати (кальцію карбонат, кальцію ацетат, алюмінію гідроксид, алюмінію карбонат, севеламер HCl) часто викликають абдомінальну симптоматику. Основними ускладненнями при прийомі цинакалцету (Cinacalcetum) є нудота та блювання.

Серед препаратів, використовуваних в лікування ХНН і мають побічну дію на органи ТК, – статини, інгібітори АПФ, препарати заліза, натрію бікарбонат, бісфосфонати і метформін. Статини можуть призводити до болю в надочеревенній ділянці, нудоти, діареї або запору, анорексії. Інгібітори АПФ викликають нудоту, діарею, диспепсію, сухість у роті. Для препаратів заліза при пероральному прийомі характерні нудота, важкість та біль в надочеревенний ділянці, блювання, зниження апетиту, запор або діарея. Прийом хворими натрію бікарбонату може призводити до нудоти, блювання, болю в животі, втрати апетиту, метеоризму. Бісфосфонати можуть викликати прояви ГЕРХ, діарею, абдомінальний біль, диспепсію, нудоту, гастрит, езофагіт, блювання, дисфагію, іноді дуоденіт. На початку курсу лікування метформіном можливий розвиток анорексії, діареї, нудоти, блювання та абдомінального болю, який зменшується при прийомі препарату під час їди.

Часто під час ведення хворих з ХНН використовують кислотознижувальні засоби, включаючи інгібітори протонної помпи (ІПП) та H_2-гістаміноблокатори, які при тривалому застосовуванні мають побічні ефекти, у тому числі нудоту, блювання, біль у животі, діарею та запор [8].

Таким чином, гастроентерологічні розлади поширені серед хворих з ХНН. Вони можуть бути як проявом основного захворювання, так і супутнім захворюванням, не залежним від ураження нирок, або побічним ефектом лікування ХХН. Наведені дані свідчать про необхідність подальшого вивчення патогенетичних механізмів виникнення та прогресування езофагогастродуоденальної патології при ХНН і важливість комплексного підходу до обстеження та ведення хворих з ХНН.

Список літератури

1. *Козлюк Н. І., Ніколаєнко С. С., Кулизький М. В.* Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок: 2012 р. / Під ред. М. О. Колесника. – К., 2013. – 158 с.
2. *Мойсеєнко В. О., Мазур В. М.* Оцінка гемодинамічних і гастроентерологічна ускладнень у хворих із термінальною нирковою недостатністю, яка пролонгована гемодіалізом // Інноваційні технології профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в амбулаторно-поліклінічній практиці: Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнар. участю (29–30 листопада 2012 р.). – К., 2012. – С. 86–88.
3. *Передерий В. Г., Ткач С. М.* Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей. – Винница: Каштелянов А.И., 2011. – 770 с.
4. *Akmal M., Sawelson S., Karubian F., Gadallah M.* The prevalence and significance of occult blood loss in patients with predialysis advanced chronic renal failure (CRF), or receiving dialytic therapy // Clin. Nephrol. – 1994. – Vol. 42. – P. 198–202.
5. *Andriulli A., Malfi B., Recchia S.* et al. Patients with chronic renal failure are not at a risk of developing chronic peptic ulcers // Clin. Nephrol. 1985. – 23. – P. 245.
6. *Bini E. J., Kinkhabwala A., Goldfarb D. S.* Predictive value of a positive fecal occult blood test increases as the severity of CKD worsens // Am. J. Kidney Dis. – 2006. – Vol. 48. – P. 580–586.
7. *Chalasani N., Cotsonis G., Wilcox C. M.* Upper gastrointestinal bleeding in patients with chronic renal failure: role of vascular ectasia // Am. J. Gastroenterol. – 1996. – Vol. 91. – P. 2329–2332.
8. *Chang V. H, Tan J.* Prevalence of gastrointestinal and phychosomatic symptoms among Asian patients undergoing regular hemodialysis // Nephrology (Carlton). 2013. – Vol. 18, N 2. – P. 97–103.
9. *Clinical* Nutrition / edited on behalf of the Nutrition Sosiety by Marinos Elia et al. – 2nd ed. – 2013. – 252 p.

10. *Clinical* practice guideline for diagnosis and treatment of CKD // Clin. Exp. Nephrol. – 2009. – Vol. 13, N 3. – P. 187–256.
11. *Dombros N., Dratwa M., Feriani M.* et al. European best practice guidelines for peritoneal dialysis. 8. Nutrition in peritoneal dialysis // Nephrol. Dial. Transplant. – 2005. – Vol. 20 (Suppl. 9). – P. ix28–ix33.
12. *Dong R.* Gastrointestinal symptoms: A comparison between patients undergoing peritoneal dialysis and hemodialysis // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 20, N 32. – P. 11370–11375.
13. *Floege Jürgen, Johnson Richard J., Feehally John.* Comprehensive // Clinical Nephrology. – 2010. ISBN 978–0–323–05876–6.
14. *Ford A. C., Forman D., Bailey A. G.* et al. Effect of dyspepsia on survival: a longitudinal 10-year follow-up study // Am. J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 107. – P. 912.
15. *Fresenius* Medical Care. ESRD Patients in 2013. – A global Perspective, 2013. – 12 p.
16. *Huang CongYang, Chen QiJun, Jiang JiGuang* et al. Gastric metaplasia and Helicobacter pylori infection in hemodialysis patients // Renal. Failure. – 2012. – Vol. 34, N 4. – P. 420–424.
17. *Huang J. J.* Diagnostic efficacy of (13)C-urea breath test for Helicobacter pylori infection in hemodialysis patients //Am. J. Kidney Dis. – 2000. – Vol. 36. – P. 124–129.
18. *Itatsu T., Miwa H., Nagahara A.* et al. Ren Fail Eradication of Helicobacter pylori in hemodialysis patients. – 2007. – Vol. 29, N 1.. – P. 97.
19. *Jalalzadeh M.* Association between helicobacter pylory infection and body mass index, before and after eradication of infection in hemodialysis patients // J. Nephropathol. – 2012. – Vol. 1, N 3. – P. 170–176.
20. *Jones C. H, Welfenden R. C, Wells L. M.* Is subjective global assessment a reliable measure of nutritional status in hemodialysis? // J. Ren. Nutr. – 2004. – Vol. 14, N 1. – P. 26–30.
21. *Kang J.Y., Wu A.Y., Sutherland I. H., Vathsala A.* Prevalence of peptic ulcer in patients undergoing maintenance hemodialysis // Dig. Dis. Sci. – 1988. – Vol. 33, N 7. – P. 774.
22. *Karagiannis S.* Wireless capsule endoscopy in the investigation of patients with chronic renal failure and obscure gastrointestinal bleeding (preliminary data) // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12. – P. 5182–5185.
23. *Khedmat H.* Gastro-duodenal lesions and Helicobacter pylori infection in uremic patients and renal transplant recipients // Transplant. Proc. – 2009. – Vol. 39. – P. 1003–1007.
24. *Khedmat H., Taheri S.* Current knowledge on helicobacter pylori infection in end stage renal disease patients // Saudi J. Kidney Dis. Transpl. – 2009. – Vol. 20. – P. 969–974.
25. *Kidney* Disease: Improving Global Outcomes CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease // Kidney Inter. – 2013. – Vol. 3, N 1(suppl). – P. 1–15.
26. *Kopple J. D.* Pathophysiology of protein-energy wasting in chronic renal failure // J. Nutr. – 1999. – Vol. 129 (1S Suppl). – P. 247S–251S.
27. *Kuo Chien-Chun, Kuo Hsin-Wei, Lee I-Ming* et al. The risk of upper gastrointestinal bleeding in patients treated with hemodialysis: a population-based cohort study // BMC Nephrology. – 2013. – Vol. 14, N 1. – P. 15.
28. *Ma X., Zhao Y., Wang R.* et al. Epidemiology of gastroduodenal erosions in the general population: Endoscopic results of the systemic investigation of gastrointestinal diseases in China (SILC) // Scandinavian J. of Gastroenterology. – 2010. – Vol. 45, N 12. – P. 1416–1423.
29. *Mehrotra R., Kopple J. D.* Nutritional management of maintenance dialysis patients: why aren't we doing better? // Ann. Rev. Nutr. – 2001. – Vol. 21. – P. 343–379.
30. *Muto S., Murayama N., Asano Y.* et al. Hypergastrinemia and achlorhydria in chronic renal failure. Nephron 40, 143–148 (1985).
31. *Ramamirtham P., Savides T. J.* In Complications of Dialysis 1st edn (ed. Lamiere, N. – Marcel Dekker Inc., New York, 2000– P. 605–606.
32. *Ryabov S. I., Ryss E. S., Prochukhanov R. A., Bakhidze E. V.* Present-day concept on gastric pathology in patients with cronic renal failure // International Urology and Nephrology. – 1980. – Vol. 12 (Issue 3). – P. 189–197.
33. *Shirazian S., Radhakrishnan J.* Gastrointestinal disorders and renal failure: exploring the connection // Nat. rev. Nephrol. – 2010. – Vol. 6, N 8. – P. 480–492.
34. *Stratton R. J., Bircher G., Fouque D.* et al. Multinutrient oral supplements and tube feeding in maintenance dialysis: A systematic review and meta-analysis // Am. J. Kidney Dis. – 2005. – Vol. 46. – P. 387–405.
35. *Strid H.* Impact of dialysis on gastroesophageal reflux, dyspepsia, and proton pump inhibitor treatment in patients with chronic renal failure // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2009. – Vol. 21, N 2. – P. 137–142.

36. *Sugimoto M., Sakai K., Kita M.* et al. Prevalence of Helicobacter pyloriinfection in long-term hemodialysis patients // Kidney International. – 2009. – Vol. 75, N 1. – P. 96–103,
37. *Sullivan S. N., Tustanoff E., Slaughter D. N.* et al. Hypergastrinemia and gastric acid hypersecretion in uremia. Din // Nephrol. – 1976. – Vol. 5. – P. 25–28.
38. *Tsai C. J., Hwang J. C.* Investigation of upper gastrointestinal hemorrhage in chronic renal failure // J. Clin. Gastroenterol. – 1996. – Vol. 22. – P. 2–5.
39. *Van Vlem B., Schoonjans R., Vanholder R.* et al. Delayed gastric emptying in dyspeptic chronic hemodialysis patients // Am. J. Kidney. Dis. – 2000. – Vol. 36, N 5. – P. 962–968.
40. *Watnick S.* Quality of life and depression in CKD: improving hope and health // Am. J. Kidney Dis. – 2009. – Vol. 54. – P. 399–402.
41. *Zuckerman G. R., Cornette G. L., Clouse R. E., Harter H. R.* Upper gastrointestinal bleeding in patients with chronic renal failure // Ann. Intern. Med. – 1985. – Vol. 102. – P. 588–592.

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК

В. О. Мойсеєнко, Т. С. Альянова (Київ)

В обзоре рассматриваются наиболее распространённые гастроэнтерологические расстройства у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Выделены два основных направления: гастроэнтерологические расстройства как проявления основного заболевания (ХБП) и сопутствующая патология. Определено, что чаще всего встречаются такие проявления повреждения верхних отделов пищеварительного канала, как анорексия, тошнота, рвота, запор, желудочно-кишечное кровотечение и острая боль в области живота. Доказана необходимость дальнейшего изучения патогенетических механизмов возникновения гастроэнтерологической патологии при ХПН и важность комплексного подхода к обследованию и ведению больных с ХПН.

Ключевые слова: гастроэнтерологическая патология, хроническая почечная недостаточность, диспепсия, мальнутриция.

GASTROINTESTINAL DISORDERS IN PATIENTS WITH RENAL IMPAIRMENT

V. O. Moyseyenko, T. S. Alianova (Kyiv, Ukraine)
Bohomolets National Medical University

In the study the most common gastroenterological disorders among patients with CRF are reviewed. It was shown two main types of such disorders: as a manifestation of the underlying disease (CKD) or as an associated disease. It was determined that anorexia, nausea, vomiting, constipation, gastrointestinal bleeding, and acute abdominal pain are the most common gastroenterological symptoms. The necessity of further studying of the pathogenetic mechanisms of gastroenterological disorders in the case of presence of CRF and the importance of an integrated approach to the screening and management of patients with CRF was shown.

Key words: gastroenterological disorders, chronic renal failure, dyspepsia, malnutrition.

УДК 616.34–002–08 Поступила 06.10.2014

М. А. ПРИВАЛОВ, А. К. СИЗЕНКО (Киев)

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ФЕКАЛЬНОЙ МИКРОБИОТЫ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Национальный медицинский университет им. О. О. Богомольца <privalovmaksya@mail.ru>

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – хронические, рецидивирующие заболевания, ассоциируемые со значительными показателями смертности и инвалидности, а также с выраженным ухудшением качества жизни. Точная этиология этих состояний неизвестна, однако увеличивается количество данных, подтверждающих участие кишечной микрофлоры в патогенезе ВЗК. Несмотря на большое количество активно изучаемых подходов к лечению ВЗК, некоторые больные остаются рефрактерными к стан-

© М. А. Привалов, А. К. Сизенко, 2014