

© Демчук Є.С., Жупанов О.Б., Радьога Я.В., Колотько В.С., Дорожинський Ю.А., Цмок С.В., Коваль В.М., Ткачук М.І.

УДК: 616.-072.1: 611.3 : 616 -018.2

**Демчук Є.С., Жупанов О.Б., Радьога Я.В.\* , Колотько В.С., Дорожинський Ю.А., Цмок С.В., Коваль В.М., Ткачук М.І.**

Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018); \*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра серцево-судинної та ендоскопічної хірургії (вул. Пирогова, 54, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ЕНДОСКОПІЧНІ МАРКЕРИ ВРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО ТРАКТУ ПРИ ДЕЯКИХ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

**Резюме.** Автори на основі фіброендоскопічного дослідження 3056 пацієнтів виявили специфічні маркери вражень слизової гастроінтестинального тракту, що тісно корелювали із іншими клінічними проявами системних захворювань - червоного вовчака, склеродермії чи геморагічного васкуліту.

**Ключові слова:** фіброендоскопія, шлунково-кишковий тракт, системні захворювання.

### Вступ

Значна поширеність системних захворювань сполучної тканини, зокрема системного червоного вовчака, склеродермії та геморагічного васкуліту вимагає удосконалення діагностики цих захворювань, котра, не дивлячись на яскраву клінічну картину, все ж залишається, на нашу [4] та провідних ревматологів думку [2, 3, 5, 6, 7, 9, 10], у деяких випадках запізнілою, а то і хибною. Одними з клінічних проявів цих патологічних станів є симптоми враження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) [2, 3, 5, 6, 7, 9, 10]. Описи цих змін трактують на рівні клінічних: нудота, болі в животі, дисфагія, закрепи та інше [2, 5, 6, 7, 10], морфологічних: склероз, враження судин [2, 3, 6] та переважно рентгенологічних [2, 6, 10]. Лише у двох джерелах [1, 3] ми знайшли повідомлення про фіброендоскопічні зміни слизової стравоходу, шлунку і 12-ти палої кишки при вказаній патології, котрі зводять, в основному, до неспецифічних запальних з ерозуванням та інколи геморагічних проявів, подібних до уражень при хворобі Крона. Слід відмітити, що деякі автори [10] вважають, що такий клініко-ендоскопічний феномен, як "кавунний шлунок" (Water-melon stomach), є проявом васкуліту при цих захворюваннях, зокрема склеродермії.

Висока інформативність фіброезофагогастроудоденоскопії (ФЕГС) та колоноскопії (ФКС), котрі ми проводимо на базі ендоскопічного відділення Вінницької ОКЛ ім.М.І. Пирогова, спонукала нас до думки про можливість і необхідність виявлення специфічних ендоскопічних маркерів ураження слизової ШКТ при системних захворюваннях сполучної тканини. В літературних джерелах, доступних на даний час, ця проблема практично не висвітлена. Проводячи фіброендоскопічні дослідження ми звернули увагу на деякі нетипові ураження слизової стравоходу, шлунку, 12-ти палої та товстої кишок,

котрі за своїм виглядом не вкладалися в картину відомих неспецифічних захворювань ШКТ. Виявлені нами нетипові ендоскопічні ознаки спонукали нас до пошуку пояснень можливої причини подібного. Зокрема, ми ретельно вивчали скарги, анамнез та інші клінічні прояви, які були у цих пацієнтів. На наше здивування майже у всіх у них були прояви поліартриту, синдрому Рейно, тривалого субфебрилітету, шкірні ураження, нерідко алопеція, а також зміни загального аналізу крові, зокрема анемія, підвищена ШОЕ, що давало нам привід запідозрити у хворих системні захворювання. У більшості ці діагнози підтверджувалися ревматологами. Слід відмітити, що раніше нікого з цих хворих не обстежували з приводу клінічного поліартриту. Наша підозра була першим кроком у цьому напрямі.

**Мета** дослідження - запропонувати ендоскопічні маркери враження слизової гастроінтестинального тракту при деяких системних захворюваннях на основі виявлених фіброендоскопічних змін слизової стравоходу, шлунку, 12-ти палої або товстої кишок та їх поєднання з іншими симптомами системних захворювань.

### Матеріали та методи

Дослідження проведено протягом 2015-2017 років на базі ендоскопічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова. Пацієнтами були люди, що звертались за медичною допомогою згідно направлень лікарів загальної медичної мережі, а також лікарів поліклініки та стаціонарів цього медичного закладу. Дослідження проводили не вибірково, а у суцільній поточці хворих. Попередньо нікого із пацієнтів не консультував ревматолог, більшість хворих була оглянута сімейними лікарями та (з наявністю гастроентерологічних скарг) гастроентерологами з подальшим на-

правленням на ендоскопічне дослідження.

Всього обстежено 3 056 пацієнтів. Серед них 1 676 жінок та 1 380 чоловіків. Вік хворих був у межах від 18 до 94 років, середній вік становив  $47 \pm 2,4$  роки.

Проведено 2 601 фіброезофагогастродуоденоскопія та 455 фіброколоноскопій за стандартними методиками на фіброоптичних апаратах типу Fujinon та Olympus. Контрольне дослідження проведено у 61 пацієнта, група була репрезентативна за віком та статтю. У них не було виявлено нетипових ендоскопічних змін слизової ШКТ, які б супроводжувались клінічними проявами, такими як поліартрит, субфебрилітет, синдром Рейно, алопеція, шкірні ураження та зміни загального аналізу крові.

У роботі використовували метод клінічного об'єктивного дослідження пацієнта: збирали скарги та анамнез, проводили лабораторне обстеження з визначенням загального аналізу крові. Статистичну обробку отриманих результатів здійснювали за допомогою ліцензійного статистичного програмного пакету "Statistica 6.1" з визначенням коефіцієнтів Пірсона, Спірмена та тетра-хорічного.

### Результати. Обговорення

Серед досліджених ФЕГДС виявлено випадки нетипових вражень стравоходу, шлунка чи 12-ти палої кишки, якими були: ерозивно-геморагічний, або ерозивний сегментарний езофагіт, локальна атрофія слизової стравоходу, що за виглядом нагадувала восковидну поверхню, стриктури стравоходу ідіопатичного характеру. Одним із проявів системного враження слизової стравоходу є, на нашу думку, на відміну від твердження В.І. Никишаєва зі співавторами [8], так званий "чорний стравохід", який ендоскопічно відрізняється від рефлюкських езофагітів відсутністю некрозів та ерозування або виразкування слизової. Як правило, ендоскопічно спостерігається зміна кольору слизової від різних відтінків фіолетового, аж до чорного. Під час дослідження були виявлені - геморагічний гастрит (гастропатія, тут і в подальшому ми не будемо використовувати цей термін), ерозивно-геморагічний гастрит, геморагічні ерозії типу "вколу голкою" (згруповані у поля та дифузні розсіяні по всіх ділянках шлунка), локальна восковидна атрофія слизової шлунка, ерозивний негеморагічний гастрит (вигляду і кольору місцями "розчавлених ягід червоної смородини"), локальна восковидна атрофія слизової 12-ти палої кишки, катарально-ерозивний бульбодуоденіт (малюнок типу "ягід червоної смородини"), сегментарний постбульбарний ерозивний дуоденіт (з аналогічним малюнком катарально-ерозивного бульбодуоденіта), сегментарний геморагічний дуоденіт (з малюнком типу "шкіри тигра або зебри"), спостерігали 1 випадок темної кишки типу "чорного стравоходу".

На стінці товстої кишки знаходили ознаки сегментарного геморагічного коліту майже на всіх ділянках з картиною типу "шкіри зебри" або "тигра", а також фо-

куси воскоподібної атрофії слизової кишки, і "чорну" кишку типу "чорного стравоходу".

Відмінностями від типових ендоскопічних проявів запальних вражень були:

А. локалізація - найчастіше на гребенях складок слизової стравоходу, шлунку, 12-ти палої, або товстої кишки. У стравоході та шлунку вона мала вигляд смуг червоного кольору, що тягнулися вздовж органу, між якими залишалися ділянки звичайної слизової, що нагадувало малюнок "поверхні кавуна". В 12-ти палій та товстій кишках такі знахідки мали циркулярний характер;

Б. поширеність - у стравоході, як правило, такі зміни мали сегментарний характер і могли бути розташовані в будь-якій частині органу, інколи займаючи до 2/3 поверхні. Ендоскопічна картина шлунку була подібною, інколи з тотальним ураженням;

В. тип запальних уражень - від катарального (у вигляді простої гіперемії та набряку), до ерозивно-виразкового (з підслизовими крововиливами та слідами свіжої крові);

Г. колір слизової оболонки - інколи в 12-ти палій та товстій кишках вона мала різні відтінки фіолетового, аж до чорного;

Д. характер атрофії - у стравоході, шлунку, 12-ти палій та товстій кишках вони відрізнялась від звичайної атрофії тим, що зникала судинна мережа і ділянки атрофії мали вигляд воскоподібних плям. Як правило, ці ураження займали площу до 10,0 см<sup>2</sup>, чітко обмежувалися здоровими ділянками слизової, розташовувалися у будь-якій частині органу;

Е. стриктури -- їх знаходили лише у стравоході, найчастіше у верхніх ділянках органу, вони були без наявної причини, мали різний ступінь вираженості, до 1,0 см завдовжки, без видимих змін слизової в зоні звуження;

Є. характер геморагічних ерозій - найчастіше знаходились в антральній ділянці шлунку вигляду типу "вколу голкою", бурого або чорного кольору, згруповуючись на ділянках розміром 40,0-60,0 см<sup>2</sup> і чітко відмежуючись від оточуючих зон; інколи ерозії мали каплеподібний вигляд, займали значні площі, частіше в шлунку та 12-ти палій кишці, з клаптями слизової на поверхні, наповнені серозним вмістом, без фібринних включень. У таких випадках ми мали привід говорити про те, що слизова шлунку нагадує колір та малюнок ягід червоної смородини.

Ж. ознаки ураження ШКТ при геморагічних вісцеридах (вісцеропатіях) - езофагіт, гастрит, дуоденоентерит або коліт з наявністю ділянок поверхні слизової, просякнутої кров'ю, або свіже виділеною кров'ю без ознак ерозій та виразок.

Загалом, виявлені ендоскопічні зміни гастроінтестинальної слизової можна звести до наступних маркерів:

1. поява ідіопатичних стриктур у стравоході;
2. восковидна атрофія слизової стравоходу;
3. ерозивно-запальні зміни стравоходу типу "Water-

melon gallet”;

4. одним із варіантів системного враження слизової стравоходу може бути так званий, "чорний стравохід" ("Blak esophagus");

5. геморагічний гастрит;

6. ерозивно-геморагічний гастрит з ерозіями типу "вколу голкою";

7. локальна восковидна атрофія слизової шлунку;

8. "Water-melon stomach";

9. ерозивний негеморагічний гастрит з малюнком типу "ягід червоної смородини";

10. атрофія слизової дванадцятипалої кишки типу восковидної;

11. геморагічний дуоденіт;

12. ерозивний негеморагічний дуоденіт з малюнком типу "ягід червоної смородини";

13. від катарального до флегмонозного сегментарного дуоденіту з малюнком типу "шкіри тигра", або "зебри";

14. "Blak duodenum";

15. сегментарний негеморагічний коліт з малюнком типу "шкіри тигра" або "зебри";

16. локальна воскоподібна атрофія слизової товстої кишки;

17. геморагічний коліт;

18. "Blak colon".

Кількісні дані про виявлені нетипові зміни слизової шлунково-кишкового тракту при ендоскопічних дослідженнях представлені в таблиці 1.

Серед виявлених хворих з нетиповими враженнями слизової шлунково-кишкового тракту були поєднання із іншими клінічними проявами, кількісний розподіл яких представлено в таблиці 2.

Для порівняння ми дослідили групу хворих (61 особу) репрезентативних за середнім віком і статтю основній когорті, які були обстежені ендоскопічно, але в яких не було виявлено нетипових вражень слизової гастроінтестинального тракту на предмет поєднання їх з іншими клінічними симптомами системних захворювань - поліартрит, субфебрилітет, синдром Рейно, алопеція, шкірні прояви, зміни аналізів крові. Дані з кількісного розподілу таких симптомів у цій групі представлено в таблиці 3.

Наводимо дані про корелятивний зв'язок між виявленими ендоскопічними нетиповими змінами слизової оболонки ШКТ та клінічними проявами (табл. 4).

Слід сказати, що в деяких випадках були поєднання уражень слизової стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки, але всі вони враховані як окремі випадки.

Згідно представленим в таблиці 4 даним спостерігається тісний корелятивний зв'язок між виявленими нетиповими враженнями слизової оболонки шлунково-кишкового тракту та іншими симптомами - поліартритом, субфебрилітетом, синдромом Рейно, алопецією, шкірними проявами, лабораторними змінами загального аналізу крові. Враховуючи вищезазначене, ми прийшли до висновку, що дані ендоскопічної знахідки змін слизової стравоходу, шлунку, дванадцятипалої чи товстої кишок, являються маркерами специфічного враження слизової при системних захворюваннях - червоному вовчаку, склеродермії чи геморагічному васкуліті. У відомих нам наукових джерелах ця тема практично не висвітлена, окрім деяких авторів [9, 10], котрі вважають, що, так званий, "Water-melon stomach" є проявом системної склеродермії. На противагу цьому слід зазначити, що подібного роду зміни були нами встанов-

**Таблиця 1.** Кількість виявлених нетипових вражень слизової стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки та товстої кишки серед 3 056 пацієнтів.

Загальна кількість обстежених:	Виявлено нетипових уражень слизової стравоходу та стріктур	Виявлено нетипових уражень слизової шлунка	Виявлено нетипових уражень слизової 12-ти палої кишки	Виявлено нетипових уражень слизової товстої кишки	Всього виявлено нетипових уражень слизової шлунково-кишкового тракту
3056	8	21	25	7	61

**Таблиця 2.** Кількісний розподіл поєднання випадків вражень слизової шлунково-кишкового тракту з іншими клінічними проявами.

Загальна кількість виявлених нетипових уражень слизової ШКТ	Кількість випадків поєднання уражень слизової з поліартритом	Кількість випадків поєднання ураження слизової з тривалим субфебрилітетом	Кількість випадків поєднання уражень слизової зі синдромом Рейно	Кількість випадків поєднання уражень слизової з алопецією	Кількість випадків поєднання уражень слизової зі шкірними проявами	Кількість випадків поєднання уражень слизової зі змінами лабораторних показників крові
61	61	54	34	30	21	48

**Таблиця 3.** Розподіл симптомів системних захворювань серед групи хворих (n=61), у котрих не було виявлено нетипових ендоскопічних змін слизової гастроінтестинального тракту.

Загальна кількість обстежених ендоскопічно, в яких не виявлено нетипових змін гастроінтестинальної слизової	Поєднання з поліартритом	Поєднання із субфебрилітетом	Поєднання зі синдромом Рейно	Поєднання з алопецією	Поєднання зі шкірними враженнями	Поєднання зі змінами у загальному аналізі крові
61	4	1	0	0	1	11

**Таблиця 4.** Кореляції між нетиповими враженнями слизової ШКТ та деякими клінічними проявами.

Клінічні прояви	Величина	Коефіцієнт		
		Пірсона	Спірмана	Тетракорічний
Субфібрилітет*	значення	0,8207#	0,8207#	0,9620*
	похибка	0,0513	0,0513	0,0221
Синдром Рейно#	значення	0,5980#	0,5980#	0,9030 #
	похибка	0,0576	0,0576	0,0517
Алопеція#	значення	0,5710#	0,5710#	NA
	похибка	0,0523	0,0523	NA
Шкірні прояви#	значення	0,4264#	0,4264#	0,7948
	похибка	0,0601	0,0601	0,0951
Зміни показників ЗАК крові#	значення	0,6069#	0,6069#	0,8157#
	похибка	0,0719	0,0719	0,0654

**Примітки:** \* - достовірні коефіцієнти кореляції; # - гранично достовірні коефіцієнти кореляції; NA - неможливо розраховувати.

лені як у стравоході, так і в дванадцятипалій та товстій кишках при інших системних захворюваннях, зокрема, геморагічному васкуліті.

Наводимо клінічні випадки, що демонструють вищепописане:

Хвора, Г., 54 роки, жителька села одного із районів Вінницької області самостійно звернулась до гастроентеролога поліклініки Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова. Основною скаргою, що привела пацієнтку до нашого закладу, був неприємний запах із рота, з приводу чого вона тривало лікувалася за місцем проживання без суттєвого ефекту у терапевтів, стоматологів та лікарів-ЛОР органів.

Після огляду гастроентеролога з діагнозом гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) пацієнтку відправили на фіброендоскопічне дослідження. За стандартною методикою без премедикації та анестезії хворій була проведена фіброєзофагогастродуоденоскопія фіброендоскопом фірми "Fuji". На гребенях складок нижньої половини стравоходу слизова була різко набряклою у вигляді 4 шнурів шириною до 1,0 см і довжиною до 16-18 см кожний. У цих місцях виявлені підслизові крововиливи, ерозуювання та сліди крові. Загалом картина нагадувала відомий феномен "кавунного шлунка", котрий описаний при враженні слизової шлунку. Між складками слизова була звичайного кольору. В шлунку та дванадцятипалій кишці встановлені неспецифічні помірні запальні зміни слизової. Здивовані подібною знахідкою ми провели детальне опитування та оглянули хвору. При цьому встановлено, що хвору, крім основної скарги, турбують болі в суглобах рук, ніг та їх припухання. Хвора відмічала, що при мінімальній травмі на шкірі тулуба та кінцівок з'являлись синці. Характерним були враження шкіри вік обох очей, вони мали майже чорний колір. Крім того, спостерігався тривалий субфебрилітет. Все це разом дало

нам привід запідозрити у хворої геморагічний васкуліт. Цей діагноз у подальшому був підтверджений ревматологами.

Інша хвора 43 років була переведена до торакального відділення із психіатричного відділення обласної психлікарні, де періодично декілька років лікувалася з приводу неврозу та відчуття "кома за грудьми". Коли хвора майже перестала ковтати їжу її направили до торакального хірурга і госпіталізували у відповідне відділення. При ФЕГДС виявлено циркулярну стриктуру на рівні нижньо-шийної ділянки, котра звужувала отвір на 4/5. Слизова в місцях звуження була практично незміненою. Пройти до шлунку не вдалось. При опитуванні хворої виявлено, що її також турбували болі в суглобах, тривалий субфебрилітет, випадіння волосся на голові. На шкірі обличчя виднівся яскравий метелик гіперемованої та набряклої ділянки. В загальному аналізі крові встановлено анемію (Hb=98 г/л, ШОЕ до 45 мм/год). На основі цього ми запідозрили у хворої наявність системного червоного вовчака, котрий у подальшому був підтверджений.

Хвора Т., 32 роки, направлена гастроентерологом поліклініки на ФЕГДС у зв'язку зі скаргами на нудоту, невизначені болі в епігастральній ділянці, зниження апетиту та маси тіла. Також пацієнтку турбували тенезми, збільшення частоти випорожнень зі схильністю до проносів, утруднене ковтання їжі, постійно запивання їжі водою. Перед цим лікувалася у гастровідділенні, де була обстежена, зокрема, проведена ФЕГДС (гастродуоденіт), а при ФКС - синдром подразненого кишечника. Нами при ФЕГДС виявлені наступні зміни: у середній частині стравоходу виявлені ділянки вогнищевої атрофії слизової зі зникненням судинного малюнку. У тілі шлунка на тлі катаральних явищ спостерігались геморагічні ерозії у вигляді бурих крапок по типу "вколу голкою", згруповані в поле до 40,0 см<sup>2</sup>. У дванадцятипалій кишці встановлені неспецифічні запальні явища.

При опитуванні хворої з'ясувалось, що крім вказаних скарг, пацієнтку турбують болі в суглобах, майже постійний субфебрилітет, підвищена чутливість кистей та стоп до холоду (вона не може прати білизну в холодній воді, влітку ходить в рукавичках). Також спостерігались: надмірне випадіння волосся на голові, потемніла шкіра тулуба, особливо навколо очей. Все вищепописане дало нам привід запідозрити у хворої системну склеродермію, котру підтвердили в подальшому.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. При фіброендоскопічному дослідженні органів верхнього відділу травного тракту та товстої кишки виявлено специфічні зміни слизової, які тісно корелюють з клінічними ознаками деяких системних захворювань - червоного вовчака, системної склеродермії чи геморагічного васкуліту.

2. Враховуючи те, що питання виявлення ендоскопічних маркерів ураження слизової оболонки ШКТ при деяких системних захворюваннях сполучної тканини практично не висвітлено у світовій літературі, вважаємо нашу роботу пріоритетною.

3. Встановлені нами ендоскопічні маркери ураження слизової оболонки ШКТ при деяких системних захворюваннях сполучної тканини, на нашу думку, значно покращать їх діагностику, а також нададуть ключ до роз-

шифрування виявлених ендоскопічних змін слизової ШКТ, що внесе вагомий вклад до справи збереження здоров'я людини.

Встановлені нами ендоскопічні маркери можуть бути використані для покращення діагностики вищезгаданих захворювань, а також допоможуть більш чітко розрізняти ураження слизової при фіброендоскопічних дослідженнях, що актуально як для практичної медицини, так і для наукових розробок.

### Список посилань

1. Баранов, А. А. & Баженова, Л. К. (2002). *Детская ревматология: руководство для врачей*. Москва: Медицина.
2. Беляева, Л. М. (2011). *Детская кардиология и ревматология: рук-во*. Москва: Медицинское информ. агентство.
3. Геппе, Н. А., Подчерняева, Н. С. & Лыскина, Г. А. (2011). *Руководство по детской ревматологии: рук-во*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
4. Демчук, Е. С., Демчук В.С., Демчук О. Є. (1995). *Системна склеродермія з тривалим перебігом під маскою хвороби Адісон*. Мостовий, Ю. М., Алексєєва. І. П. (Ред.). (1995). Науково практична конференція лікарів територіального медичного об'єднання міської клінічної лікарні №4, Матеріали та тези доповідей. Вінниця: (б.в.).
5. Клиппел, Дж. Х. (2012). *Ревматические заболевания*. (Т.3); пер. с англ. под ред. Насонова Е. Л., Насоновой В. А. & Олина Ю. А. Москва: ГЭОТАР-МЕДИА.
6. Мазуров В. И. (2005). *Клиническая ревматология*. С.-Пб.: Фолиант.
7. Насонов Е. Л. & Насонова В. А. (2008). *Ревматология: нац. рук-во*. Ассоциация ревматологов России. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
8. Никишаев, В. И. & Задорожний, А. М. (2008) Черный пищевод- острый некроз слизистой оболочки пищевода. *Український жур. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*, 12 (1), 21-28.
9. Пайл, К. & Кеннеди, Л. (2011) *Диагностика и лечение в ревматологии: рук-во; пер. с англ. под ред. Шостак, Н. А.* - Москва: ГЭОТАР-Медиа.
10. Хаким, А., Клуни, Г. & Хак, И. (2010). *Справочник по ревматологии: пер. с англ. под ред. Лесняк, О. М.* Москва: ГЭОТАР-Медиа.

**Демчук Е.С., Жупанов А.Б., Радьога Я.В., Колотько В.С., Дорожинский Ю.А., Цмок С.В., Коваль В.М., Ткачук М.И.**

### ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ НЕКОТОРЫХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Резюме.** Авторы на основе фиброэндоскопического исследования 3056 пациентов выявили специфические маркеры поражения слизистой гастроинтестинального тракта, которые тесно коррелировали из другими клиническими проявлениями системных заболеваний - красной волчанки, склеродермии или геморрагического васкулита.

**Ключевые слова:** фиброэндоскопия, желудочно-кишечный тракт, системные заболевания.

**Demchuk Ye.S., Zhupanov O.B., Radioga Ya.V., Kolotko V.S., Dorozhynskiy Yu.A., Tsmok S.V., Koval V.M., Tkachuk M.I.**

### ENDOSCOPIC MARKERS OF LESION OF GASTROINTESTINAL MUCOSA BY SOME SYSTEMIC DISEASES

**Summary.** Authors on basic of fiber endoscopic explorations of 3056 patients found specific markers of lesion of the gastrointestinal mucosal, which had of tight correlation with other symptoms of systemic diseases - red lupus erythematosus, scleroderma or hemorrhagic vasculitis.

**Key words:** fiber endoscopy, gastrointestinal tract, systemic diseases.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Андрушко І.І.**

Стаття надійшла до редакції 17.05.2017р.

**Демчук Євген Степанович** - к.мед.н., лікар-ендоскопіст Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(097)4836308; jevghen.dem@gmail.com,

**Жупанов Олександр Борисович** - головний лікар Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(0432)676087

**Радьога Ярослав Володимирович** - к.мед.н., зав. ендоскопічним відділом Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(097)9989525

**Колотько Віктор Сергійович** - заступник головного лікаря з поліклінічної роботи Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(067)9461872

**Дорожинський Юрій Артурович** - головний позаштатний ендоскопіст департаменту ОЗ та КВОДА; +38(067)7048065

**Цмок Сергій Васильович** - лікар-ендоскопіст Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(067)7472469

**Коваль Віктор Михайлович** - лікар-ендоскопіст Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(067)7050373

**Ткачук Марія Іванівна** - лікар-ендоскопіст Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(068)0195622