



головний біль, запаморечення, зросла працездатність. Лікування еналаприлом позитивно впливало на динаміку показників як лілідного так і вуглеводного обміну. Спостерігалось вірогідне зниження вмісту ЗХС, ТГ та ЛПНГ у досліджуваних обох підгруп ( $p < 0,05$ ), однак у хворих з ізольованою ГХ (підгрупа 1а) динаміка показників була кращою ніж у хворих із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б). У хворих із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б) у ході лікування еналаприлом було виявлено вірогідне зниження натщесерцевого вмісту глюкози від  $8,39 \pm 0,54$  ммоль/л до  $7,04 \pm 0,44$  ммоль/л та базального рівня інсуліну крові від  $37,62 \pm 2,08$  мкОД/мл до  $33,85 \pm 2,52$  мкОД/мл ( $p < 0,05$ ), що непрямо вказує на покращання периферійної чутливості до інсуліну. Аналізуючи дані ЕхоКГ, ми спостерігали зворотній розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) у двох підгрупах досліджуваних та покращання гемодинамічних показників.

Двадцятитижнева терапія еналаприлом у хворих на ГХ із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б) призвела до вірогідного зменшення ММЛШ від 340,10 г до 309,30 г та ІММЛШ від  $173,40$  г/м<sup>2</sup> до  $157,80$  г/м<sup>2</sup> (-9,1%;  $p < 0,001$ ). Тзд та Тмд відповідно зменшилися на 2,3% та 4,4% ( $p < 0,001$ ). У осіб з ізольованою гіпертонічною хворобою (підгрупа 1а) ММЛШ та ІММЛШ зменшилися на 8,9%, Тзд та Тмд – відповідно на 2,6% ( $p < 0,001$ ). ФВ у пацієнтів 1а підгрупи зросла на 2,9%, у 1б підгрупі – на 1,4% ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, терапія еналаприлом позитивно впливала на метаболічні показники (ТГ, ЗХС, глюкоза, інсулін крові). Двадцятитижневий прийом препарату викликав зворотний розвиток ГЛШ (ММЛШ та індекс ММЛШ, у середньому, зменшилися на 9%).

**Каньовська Л.В., Каушанська О.В.**

### **КОМОРБІДНІ СТАНИ У ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ТА ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ АСОЦІЙОВАНИХ З HELICOBACTER PYLORI**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Серед бактеріальних інфекцій особливе місце посідають інфекції, спричинені *Helicobacter pylori* (HP) – мікроорганізм, який співіснує з людством упродовж тисячоліть. *Helicobacter pylori* – широко розповсюджений мікроорганізм, яким інфіковано половину населення земної кулі. За даними Всесвітньої організації гастроентерологів у країнах Східної Європи та Азії інфікованість дорослого населення складає 70-80%.

Якщо роль інфікування цим мікроорганізмом в патології гастродуоденальної зони вивчена досконало, то механізм виникнення захворювань позашлункової локалізації представляє велику наукову зацікавленість.

Метою дослідження стало виявити частоту супутньої патології у пацієнтів із виразковою хворобою, хронічним гастродуоденітом та наявністю інфекції *Helicobacter pylori*.

Проаналізовано 120 історій хвороб пацієнтів із вищезазначеними захворюваннями ШКТ, які лікувались у гастроентерологічному відділенні ЛШМД за період 2014–2016 рр. Серед досліджених історій хвороб: 50 пацієнтів з виразковою хворобою (ВХ) дванадцятипалої кишки (наявність *Helicobacter pylori* підтвердилась у 93 % осіб), 15 хворих на ВХ шлунка (*Helicobacter pylori* виявлена у 74 % пацієнтів), 35 пацієнтів із гастродуоденітом (85 % *Helicobacter pylori*-позитивних пацієнтів). Підтвердження наявності *Helicobacter pylori* проводилося за допомогою CLO-тесту (швидкий уреазний тест з морфологічним дослідженням біоптатів слизової оболонки шлунка або 12-палої кишки), або визначенням anti-*H.pylori* (антитіла класу Ig G до *Helicobacter pylori*) при серологічному дослідженні.

Серед пацієнтів із ВХ 12-палої кишки виявлено: у 38 % – захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, 5 % – гіпертонічну хворобу, 12 % – ішемічну хворобу серця, 18,5 % – гіперхолестеринемію, 9 % – хронічний бронхіт, 72 % – залізодефіцитну анемію. Супутню патологію у пацієнтів із ВХ шлунка виявлено: у 26 % – захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, 15 % – гіпертонічну хворобу, 23 % – ішемічну хворобу серця, 25 % – гіперхолестеринемію, 11 % – хронічний бронхіт, 85 % – залізодефіцитну анемію. Серед пацієнтів із гастродуоденітом: у 14 % – захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, 43 % – залізодефіцитну анемію, 17%- хронічний бронхіт, 37%- ішемічна хвороба серця.

Таким чином, у хворих із запальними захворюваннями верхніх відділів ШКТ, асоційованих з *Helicobacter pylori* часто зустрічається супутня патологія. Механізми розвитку супутньої патології потребують подальшого детального вивчення та уважного спостереження.

**Каушанська О.В., Каньовська Л.В.**

### **ПРОФІЛАКТИКА ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Профілактика інсульту та інших тромбоемболічних ускладнень є одним із першочергових завдань лікування хворих із фібриляцією передсердь (ФП). Саме на цей контингент хворих припадає близько 45% усіх інсультів, пов'язаних із тромбоемболіями. Середній ризик інсульту у хворих із постійною або персистуючою формою ФП становить 4,5% на рік. Для зменшення ризику тромбоемболічних ускладнень ФП необхідно використовувати реальні досягнення доказової медицини щодо профілактики інсульту, стандарти