

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ ІМ. В.Х.ВАСИЛЕНКА»**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

**Матеріали науково-практичної конференції
(21-22 квітня 2011 року)**

м. Чернівці

УДК 616.1/4

ББК 54.1

А 43

Актуальні питання внутрішньої медицини: Матеріали науково-практичної конференції (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2011. – 212 с.

ISBN 978-966-697-391-0

У збірнику представлені матеріали тез науково-практичної конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини» (Чернівці, 21-22 квітня 2011 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам гастроентерології, кардіології, нефрології, пульмонології, ревматології. Наукова та загальна редакція – професор, д.мед.н. О.І.Федів

Наукові рецензенти: доктор медичних наук, професор О.І.Волошин
доктор медичних наук, професор О.С.Хухліна

ISBN 978-966-697-391-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2011

даними, а також за показниками SpO₂, реовазографії, дуплексного сканування, тощо.

Результати. Проведення інтраопераційного профарбовування розташованих поряд з симпатичним стовбуром структур дозволило уникнути пошкодження як нервових гілок, так і кровоносних судин, і запобігти інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень. У віддаленому післяопераційному періоді (через 6 місяців), у 1 хворої відмічений незначний гіпергідроз, який був ліквідований курсом консервативної терапії. Ефективність шийно-грудної симпатектомії оцінювалась за клінічними ознаками та за показниками насичення периферійної крові киснем, змінами РВГ та ультразвукового сканування. Позитивний ефект був досягнутий у всіх без винятку хворих, при чому у 24 пацієнтів був оцінений як добрий (за спеціально розробленою шкалою), а у решти 13 – як задовільний.

Висновки: 1. Висока шийно-грудна відео ендоскопічна симпатектомія є патогенетично обґрунтованим і ефективним методом лікування ішемії верхніх кінцівок. 2. Застосування профарбовування анатомічних структур дозволяє уникати пошкодження розташованих поруч нервових і судинних сплетінь та знизити ризик виникнення інтраопераційних та післяопераційних ускладнень. 3. Кількість і важкість інтраопераційних ускладнень істотно зменшується при сумлінному виконанні всіх етапів оперативного втручання і застосуванні розроблених нами методик перестороги. 4. Розроблена методика відео ендоскопічної шийно-грудної симпатектомії може бути рекомендована до застосування в практичній медицині (чи в відділеннях, оснащених відеоендоскопічною апаратурою).

УДК 616.345-008.87:616.12-008.331.1]:575.1

ЗМІНИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ACE (I/D), РІВНЯМИ TNF- α ТА АНТИТІЛ ДО ЯДЕР БАКТЕРІАЛЬНИХ ЕНДОТОКСИНІВ

Кушнір О.В., Сидорчук Л.П., Власик Л.І.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, lsydorchuk@ukr.net

Мета. Дослідити зміни видового складу показників мікрофлори порожнини товстої кишки у хворих на есенційну АГ (ЕАГ) залежно від поліморфізму гена ангіотензин-перетворювального ферменту (ACE, I/D); встановити зміни вмісту фактору некрозу пухлин- α й антитіл класу IgG до ядер бактеріальних ендотоксинів залежно від тяжкості гіпертензії та ступенів кишкового дисбактеріозу.

Матеріал і методи. Обстежено 104 хворих на ЕАГ I-III стадій: 48,1% (50) жінок і 51,9% (54) чоловіків, середній вік – $53,2 \pm 8,7$ років, група контролю – 20 практично здорових осіб. Рівень антитіл класу IgG до ядер бактеріальних ендотоксинів та вміст TNF- α визначали у плазмі венозної крові імуноферментним методом; аналіз порожнинної мікрофлори дистального відділу товстої кишки – методом мікробіологічних досліджень; алелі поліморфних ділянок генів – методом ПЛР аналізу.

Результати. У хворих на ЕАГ II (n=42) і III (n=48) стадій дисбактеріоз II-IV ступеня виявляли у 95,1% і 95,9%) випадків відповідно, що було вірогідно частіше ($p < 0,001$), ніж у пацієнтів із ЕАГ I – 64,3%, у останніх дисбіоз IV ступеня не реєстрували. У віковій категорії 70 і більше років вірогідно частіше діагностували дисбактеріоз III-IV ступенів тяжкості, ніж у хворих віком 60-69 років: 84,6% (11) проти 53,3% (8) ($p = 0,027$). Найтяжчі (III-IV) ступені дисбактеріозу зустрічались у 70,2% (73) хворих на ЕАГ носіїв D-алеля (DD+I/D генотипи), при цьому у пацієнтів із DD-генотипом III-IV ступені тяжкості зустрічались із частотою 82,7% (24), що вірогідно не відрізнялось від таких із I/D-генотипом – 87,5% (49), однак було достовірно частіше, ніж у гомозиготних носіїв I-алеля 26,3% (5), ($\chi^2 = 6,47-18,32$, $p \leq 0,011-0,001$). Отже, наявність D-алеля у хворих на ЕАГ асоціюється з частішим зустрічанням тяжких ступенів порушення мікробіоценозу кишечника, що також супроводжувалось тяжчим перебігом гіпертензії (серед носіїв D-алеля ЕАГ II і III стадій спостерігали у 82,8% (24) випадків із DD-генотипом і 76,8% (43) із I/D-генотипом проти 47,4% (9) у носіїв II-генотипу, відповідно ($p < 0,01$). Носійство D-алеля гена ACE незалежно віку хворих супроводжувалось елімінацією з порожнини товстої кишки автохтонних облігатних константних мікроорганізмів, контамінацією патогенними (ентеротоксигенними ешерихіями) та умовно патогенними (протейями) ентеробактеріями, пептококом, бактеріями роду Clostridium.

Рівень TNF- α вірогідно перевищував показник контролю в усіх досліджуваних групах: у хворих на ЕАГ I – на 20,6%, на ЕАГ II – на 39,0%, на ЕАГ III, ХСН 0-I ФК – у 2,0 рази, на ЕАГ III, ХСН I-II ФК – у 2,5 разу ($p < 0,001$). Водночас концентрація TNF- α була максимальною в пацієнтів із ЕАГ III стадії без та з ХСН, перевищуючи таку у хворих на ЕАГ I та II стадій на 36,8% ($p < 0,001$) і 19,3% ($p < 0,01$) та 47,9% і 33,4% ($p < 0,001$) відповідно, зі збереженням достовірної міжгрупової різниці на 17,5% ($p < 0,05$).

Виявлено вірогідну кореляційну залежність вмісту у плазмі IgG зі ступенями тяжкості кишкового дисбактеріозу ($r = 0,90$, $p < 0,001$): у хворих на ЕАГ із III і IV ступенями дисбактеріозу концентрація IgG перевищувала таку в осіб із I ступенем у 1,9 разу ($p < 0,05$) і 2,7 разу ($p < 0,03$) відповідно, із достовірно більшим рівнем IgG у хворих із IV ступенем дисбактеріозу, ніж у таких із II ступенем у 1,8 разу ($p < 0,05$). Встановлено наявність вірогідного взаємозв'язку

вмісту IgG із популяційним ентеротоксигенних ешерихій *E.coli* Hly+ ($r=0,59$, $p=0,001$), умовно патогенних ентеробактерій *E.aerogenes* ($r=0,55$, $p=0,002$) та протея *P.niger* ($r=0,36$, $p=0,053$).

Висновки. Наявність D-алеля гена ACE у хворих на ЕАГ асоціюється з несприятливими змінами видового складу мікрофлори кишечника та частішим зустрічанням тяжких ступенів порушення товстокишкового мікробіоценозу, що також супроводжується тяжчим перебігом гіпертензії. Рівень антитіл класу IgG до ядер бактеріальних ендотоксинів у плазмі крові залежить від ступенів тяжкості кишкового дисбіозу, появи ХСН, корелює із рівнем TNF- α у плазмі крові і не залежить від тяжкості ЕАГ.

УДК 616.8 – 009.865 – 02:(616.134.3/.4+616.145.43/.44)

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ СУДИН ПЕРЕДПЛІЧЧЯ ТА КИСТІ ПРИ ВТОРИННОМУ СИНДРОМІ РЕЙНО ЗАЛЕЖНО ВІД ЙОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Леонт'єва З. Р., Кучер А. Р., Ткаченко Ю. В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львівська обласна клінічна лікарня, м. Львів, juraleo@mail.ru*

Вступ. Вторинний синдром Рейно (СР) широко представлений в клініці внутрішньої медицини і є характерним для багатьох захворювань, починаючи від системних захворювань сполучної тканини, васкулітів різної етіології, імунopatологічних станів, і закінчуючи вегето-судинною дистонією. У літературі недостатньо вивчені структурно-функціональні зміни при вторинному СР залежно від його етіопатогенетичних та клінічних особливостей.

Мета. Вивчити та оцінити структурно – функціональні порушення судинного русла передпліччя та кисті у пацієнтів із вторинним СР залежно від ступеня його тяжкості.

Матеріал і методи. Обстеження проводилося у 69 пацієнтів із вторинним СР з різними первинними патологіями. Хворі були поділені залежно від клінічних проявів на три групи із легким, середнім та тяжким ступенями перебігу СР. Усім пацієнтам проводилося реовазографічне та ультрасонографічне дослідження судин передпліччя та кисті.

У пацієнтів з легким ступенем перебігу вторинного СР в порівнянні з контролем реосистолічний індекс (РСІ) значуще не змінювався. Водночас коефіцієнт асиметрії (КА) у порівнянні з контрольною групою статистично достовірно підвищувався. У групах із середнім та тяжким ступенем перебігу