

**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

## ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЇ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ ШЛУНКОВО-СТРАВОХІДНОГО РЕФЛЮКСУ І ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

*Дудка Т.В., Хухліна О.С., Дудка І.В.*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,  
therapy@bsmu.edu.ua*

**Вступ.** Останнім часом зросла кількість досліджень, присвячених взаємообумовленості розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та загострень хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Згідно з літературними даними, у 60-80% хворих на бронхіальну астму та ХОЗЛ виявляють ГЕРХ.

Провідним нейромедіатором автономної системи стравоходу є монооксид нітрогену (NO). Нещодавно було зроблено акцент на ролі нітрозитивного стресу в патогенезі загострень ХОЗЛ, підтвердженням якого є зростання концентрації нітрозотіолів, пероксинітриту та інших метаболітів NO у повітрі, що видихається. Підсилене утворення пероксинітриту внаслідок генерації NO активованою індукцибельною NO-синтазою (iNOS) альвеолярних макрофагів є важливим аспектом ушкоджувальної дії та посилення інтенсивності запального процесу при ХОЗЛ. Цей фактор, ймовірно, може сприяти розвитку ГЕРХ та прогресуванню у хворих на ХОЗЛ. Водночас, інтенсивність нітрозитивного стресу та активність iNOS, їх роль в патогенезі ГЕРХ, а також за умов асоціації ГЕРХ та ХОЗЛ не вивчались. Не вивчалась також ефективність інгібіторів iNOS на перебіг ГЕРХ.

**Мета.** Вивчити функціональний стан ендотелію у хворих на ХОЗЛ із супровідною ГЕРХ, а також вплив комплексної терапії з включенням гінкго білоба на клінічний перебіг ГЕРХ, інтенсивність нітрозитивного стресу, функціональний стан ендотелію.

**Матеріал і методи.** Обстежено 90 хворих на ХОЗЛ, у тому числі 30 пацієнтів із ендоскопічно позитивною неерозивною ГЕРХ – 1-ша група, 30 – із ендоскопічно позитивною ерозивною ГЕРХ – 2-га група та 30 хворих на ХОЗЛ без супровідної ГЕРХ – 3-тя група, віком від 37 до 63 років. Групу контролю склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. У всіх пацієнтів було діагностовано ХОЗЛ II стадії, середньої тяжкості у фазі загострення. Для порівняння результатів лікування були сформовані 2 групи хворих, однорідні за віком, статтю, поширеністю змін слизової оболонки стравоходу (езофагіт), ступенем тяжкості загострення та стадією ХОЗЛ. Перша група (I, основна) – 15 осіб, які крім засобів традиційної базисної терапії ХОЗЛ (небулайзерна терапія

$\beta$ 2-агоністами та холінолітиками, ацетилцистеїн, фенспірид), одержували омепразол по 20 мг 2 рази на добу та препарат гінкго білоба по 1 таблетці (40мг) 3 рази на добу впродовж 15 днів. Друга група (II, контрольна) – 15 осіб, яким проводили адекватну базисну терапію ХОЗЛ та з приводу супровідної ГЕРХ призначали лише омепразол (20 мг 2 рази в день) впродовж 15 днів.

Наявність ендотеліальної дисфункції (ЕД) оцінювали за вмістом у крові стабільних метаболітів монооксиду нітрогену – нітритів та нітратів, активністю іNOS. Також вивчали антиадгезивну, антиагрегатну, антикоагулянтну та фібринолітичну активність ендотелію.

**Результати.** У 97,8% обстежених хворих на ХОЗЛ було встановлено наявність ЕД за істотним зростанням вмісту NO у крові у порівнянні з показником у ПЗО ( $p < 0,05$ ). Причому у пацієнтів з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ГЕРХ спостерігалось істотніше зростання вмісту NO у крові (у межах 70-90%), ніж у пацієнтів з ізольованим перебігом ХОЗЛ (на 42%) ( $p < 0,05$ ). Було також встановлено, що інтенсивність нітрозитивного стресу зростала за мірою поглиблення запального процесу слизової оболонки стравоходу (СОС). Згідно з отриманими даними, активність іNOS у хворих на ХОЗЛ була істотно підвищена і зберігала вищезгадану закономірність: у хворих 3-ї групи перевищувала показник у ПЗО у 17,7 рази ( $p < 0,05$ ), 1-ї групи – у 20,8 рази ( $p < 0,05$ ), 2-ї групи – у 23,1 рази ( $p < 0,05$ ).

Водночас, було встановлено істотне порушення антиагрегаційної функції ендотелію за вірогідним зростанням показників спонтанної ( $p < 0,05$ ) та індукованої АДФ агрегації тромбоцитів ( $p < 0,05$ ) у всіх хворих на ХОЗЛ. Слід зазначити, що ступінь гіперагрегації тромбоцитів у пацієнтів 2-ї та 1-ї груп спостереження вірогідно перевищував показники у пацієнтів 3-ї групи порівняння ( $p < 0,05$ ). Даний факт частково пояснює механізм розвитку ендоскопічно позитивної, у тому числі ерозивної, ГЕРХ у хворих на ХОЗЛ з точки зору порушення мікроциркуляції у СОС. Подальший аналіз отриманих даних підтверджує цю гіпотезу. Зокрема, у хворих на ХОЗЛ було встановлено істотне зниження протизгортальної активності ендотелію – вірогідне зниження вмісту у крові антитромбіну III: у хворих 3-ї групи на 20,3% у порівнянні з ПЗО ( $p < 0,05$ ), 2-ї групи – на 27% ( $p < 0,05$ ), 1-ї групи – 32,6% ( $p < 0,05$ ); зниження фібринолітичної активності ендотелію (за зниженням потенційної активності плазміногену в межах 12-25% ( $p < 0,05$ ), сумарної фібринолітичної активності – у межах 18-20% ( $p < 0,05$ ) та ферментативної фібринолітичної активності – у межах 32-35%,  $p < 0,05$ ).

Отримані результати дослідження в динаміці лікування та їх аналіз свідчать про те, що під впливом комплексної терапії з включенням гінкго білоба покращання самопочуття, зменшення ознак загострення ХОЗЛ та ГЕРХ, істотне підвищення якості життя у пацієнтів основної групи відмічалось значно

раніше (на 4-5 день від початку лікування), ніж у хворих контрольної групи (з 10-12 дня). Також комплексна терапія, застосована у пацієнтів основної групи, сприяла вірогідному зменшенню кількості та тривалості епізодів шлунково-стравохідного рефлюксу – у 4,3 раза та 5,4 раза ( $p < 0,05$ ) відповідно, у той час, як у групі контролю після лікування ці показники зменшились лише у 2,2 та 2,5 раза ( $p < 0,05$ ) відповідно.

**Висновки.** 1. Загострення ХОЗЛ супроводжується активацією iNOS та істотною гіперпродукцією NO, що є передумовою розвитку шлунково-стравохідного рефлюксу. 2. Застосування гінкго білоба у комплексній терапії ХОЗЛ призводить до усунення клінічних симптомів ГЕРХ унаслідок відновлення тонусу нижнього стравохідного сфінктера (гальмування iNOS), підсилення мікроциркуляції у слизовій оболонці стравоходу (покращання реологічних властивостей крові, усунення гіперкоагуляції та підсилення фібринолізу).

УДК 616.24-002.5-085.28:615.035

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ОСІБ, ЯКІ ВХОДЯТЬ ДО ГРУП РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ НА БУКОВИНІ**

*Еременчук І.В., Герман А.О., Сливка В.І., Грозав А.М.*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,  
mutia2@rambler.ru.*

**Вступ.** Головною проблемою в лікуванні туберкульозу як у всьому світі, так і в Україні є його мультирезистентна форма – спричинена мікобактеріями туберкульозу (МБТ), стійкими до основних і найефективніших протитуберкульозних ліків.

**Мета.** Встановити групи ризику формування хіміорезистентності при вперше діагностованому туберкульозі легень.

**Об'єкт дослідження.** Хворі на туберкульоз легень з невідомою чутливістю мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів (АМБП).

**Методи дослідження:** клінічні, статистичні, анкетно-опитувальні, бактеріоскопічні, бактеріологічні.

**Результати.** Обстежені пацієнти з вперше діагностованим туберкульозом легень з невідомою чутливістю до АМБП розподілилася таким чином: невдача 1-го курсу хіміотерапії (ХТ) – 4,7%, невдача повторного курсу ХТ – 2,3%, перерване лікування – 9,3%, перерване лікування + контакт із хворим – 2,3%,