

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



Мандрик О.Є.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІ СТАДІЇ ТА ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИГЛІЦЕРИДІВ.

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було з'ясування клінічних та патогенетичних особливостей перебігу НАСГ, за коморбідності із ГХ ІІ стадії у порівнянні з ізольованим перебігом НАСГ та вищим, ніж у популяції, рівнем тригліцеридів.

Обстежено 120 хворих на НАСГ: з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням І ступеня (І група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ ІІ стадії та ожирінням І ступеня (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому. Середній вік пацієнтів склав 43,2±5,31 років, чоловіків було 50, жінок 70 осіб.

Аналізуючи показники рівня тригліцеридів обстежених хворих у 1а та 1в групах вміст ТГ був вищий від показника у ПЗО відповідно у 2,2 та 2,0 рази ($p<0,05$), а також і від показника у 2а та 2в групах, де перевищення склало 1,9 та 1,7 рази ($p<0,05$) у порівнянні з ПЗО. Слід зазначити, що показники вмісту у крові ТГ та ЛПНГ у щільній взаємозалежності корелюють із показником інтенсивності стеатозу (ІС) (Стеатотест) – відповідно $r=0,75$ ($p<0,05$), $r=0,69$ ($p<0,05$). Так, ІС у хворих 1а та 1в груп – перевищували показник у ПЗО відповідно у 2,9 та 2,5 рази ($p<0,05$), у той час, як у 2а та 2в групах – інтенсивність стеатозу була дещо нижчою і склала 2,3 та 1,9 рази ($p<0,05$) у порівнянні з ПЗО.

Таким чином, за умови коморбідного перебігу НАСГ із ГХ та ожирінням встановлено вищу інтенсивність гіпер- та дисліпидемії за рахунок зростання у сироватці крові триацилгліцеролів та показника інтенсивності стеатозу печінки (за даними СтеатоТесту – у межах S1-S2) ($p<0,05$), ніж при ізольованому перебігу НАСГ.

Микитюк О.П.

ІМУНОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ХВОРИХ НА РЕЗИСТЕНТНИЙ ДО БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Ревматоїдний артрит (РА) - мультифакторальне аутоімунне захворювання, при котрому відбувається втягнення сполучної тканини в хронічний запальний процес. У процесі лікування імунологічні профілі організму зазнають значних змін; проте, у ряді випадків, перебіг РА залишається резистентним до дії золотого стандарту - метотрексату чи інших базових засобів. Такий контингент хворих потребує особливої уваги і можливо - призначення дороговартісної біологічної терапії, яка має чітку і вузьку імунологічну спрямованість. Проте, особливості імунологічного профілю у хворих на резистентні форми РА висвітлені недостатньо.

Метою було дослідження експресії молекулярних рецепторів імунологічної системи - CD³⁺, CD⁴⁺, CD⁸⁺, CD¹⁹⁺, а також вмісту CD³⁺-NK-клітин у хворих на резистентні форми РА, та співставлення їх з клінічною активністю захворювання.

Обстежено 21 хворого на РА, тривалість хвороби – від 4 до 12 років. Співвідношення жінки:чоловіки склало 10:1. Вік – 31-49 років. Всі хворі мали діагноз РА, підтверджений критеріями АРА; вони отримували базисне лікування у вигляді монотерапії метотрексатом у дозі 7,5 – 10 мг/тиждень або у поєднанні із малими дозами глюкокортикоїдів (до 10 мг /добу за преднізолоном) упродовж 3 місяців до обстеження. Усі перебували у стані загострення хвороби – вміст С-реактивного білка понад 5 нмоль/л, наявність не менше 5 припухлих/болючих суглобів за 28-суглобовою шкалою. CD³⁺, CD⁴⁺, CD⁸⁺, CD¹⁹⁺ маркери, а також вміст CD³⁺-NK-клітин визначали за допомогою імуноцитохімічних методик.

Нами встановлено, що у всіх обстежених мало місце підвищення вмісту CD³⁺-NK-клітин (12,03 при нормі 4 од/л); У третини хворих визначали зростання вмісту CD¹⁹⁺ маркерів крові (у 1,5 рази), у 20% - ізольоване підвищення вмісту CD⁴⁺ (на 10%) та ще у 20% - незначне зростання вмісту CD³⁺-позитивних клітин. Чіткої залежності вмісту від рівня СРБ чи симптоматики не встановлено. Вміст CD⁸⁺-позитивних клітин у всіх обстежених залишався в межах норми, незважаючи на ряд літературних даних, які відмічають можливість зниження цього показника.

Отримані результати можуть бути корисними при побудові баз даних пацієнтів та оцінці можливості і доцільності проведення біотерапії певними засобами.



Мікулець Л.В.

ХАРАКТЕРНІ ЗМІНИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ І ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Захворювання серцево-судинної системи (ССС) є причиною смерті 40–50% пацієнтів із ревматоїдним артритом (РА). У багатьох випадках причиною є артеріальна гіпертензія (АГ), яка часто є супутницею РА. Одним із механізмів виникнення АГ є прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), які здатні затримувати натрій і воду в циркуляторному руслі, пошкоджувати нирки, а також знижувати ефективність гіпотензивної терапії.

Мета дослідження - вивчити особливості показників порушень варіабельності ритму серця (ВРС) і добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) за даними 24-годинних записів електрокардіограми у хворих на РА в період загострення.

У дослідження залучено 43 хворих на РА. Дослідження проведено з дотриманням основних положень GCP ICH і Гельсінської декларації з біомедичних досліджень. Діагноз верифіковано згідно критеріїв, запропонованих АРА (1987), наказу МОЗ України №676 від 12.10.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія». І ступінь активності запального процесу виявлено у 17 хворих, ІІ – у 18, ІІІ – у 8. У 7 (16%) осіб констатовано І рентгенологічну стадію РА, у 25 (58%) – ІІ, у 11 (26%) – ІІІ стадію. Середній вік хворих становив 35±14 років. Контрольна група (21 особа) репрезентативна за віком і статтю. Обстеження хворих, крім рутинних методів, включало холтеровське моніторування електрокардіограми (ХМ ЕКГ) з визначенням параметрів ВРС і добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ). Дане дослідження проводило за допомогою комбінованого кардіомонітора «Кардіотехніка-4000АД», виробництва фірми «Инкарт» (Росія). Функціональний стан ВНС досліджували методом кардіоінтервалографії з оцінкою статистичних (SDNNi, pNN50, rMSSD) і спектральних (VLF, LF, HF) показників ВРС. При статистичному аналізі даних застосовували пакет програм STATISTIKA 6.0 з використанням стандартних методів обробки інформації.

При опитуванні тільки у 20,8% хворих були скарги на підвищення артеріального тиску. Однак при ДМАТ виявлено, що систолічний АТ (денний) (САТд) у хворих на РА і в контрольній групі достовірно не відрізнявся, і становив 111,5±13,99 і 110,5±4,95 мм рт.ст. відповідно. При порівнянні діастолічного АТ (денний) і середнього АТ (денний) вони в 1,2 і 1,1 рази були вищими у хворих на РА ніж в групі контролю. Аналізуючи показники тиску вночі (САТ, ДАТ і середній АТ) вони були в 1,1, 1,3 і 1,2 рази (відповідно) вищими ніж в групі контролю. При проведенні структурного аналізу порушень добового ритму АТ виявлено переважання патологічного “nondipper”, спостерігається трансформація АГ в парадоксальну нічну гіпертензію: “dipper” - 20,9%, “nondipper” – 53,5%, “nightpeaker” - 20,9%, “overdipper” – 4,7%. У хворих на РА показники ВРС значно нижчі, ніж у пацієнтів контрольної групи. Показники часового аналізу (SDNNi, rMSSD, pNN50), що відображають загальну ВРС, були також вірогідно нижчими у хворих на РА. Параметри спектрального аналізу ВРС (VLF, LF, HF) також достовірно нижчі у хворих на РА, ніж у пацієнтів контрольної групи ($p<0,05$). Параметри ВРС, які характеризують парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи (ВНС), достовірно знижені у хворих на РА, що свідчить про послаблення активності парасимпатичного відділу ВНС і зниження «захисту» серця від виникнення життєво небезпечних аритмій. При аналізі показників ВРС впродовж доби виявлено, що, у порівнянні з групою контролю, у хворих на РА вони нижчі й також мали значно менші коливання. Оцінюючи параметри ВРС окремо за денний і нічний час, як і за всю добу, у хворих з РА відмінності виражались достовірно нижчими значеннями ($p<0,05$), у порівнянні з пацієнтами контрольної групи.

Хворим на РА необхідно проводити ДМАТ, тому що дані отримані при цьому відрізняються від казуального вимірювання АТ. Для хворих на РА характерні порушення варіабельності САТ і ДАТ, відсутність адекватного зниження АТ в нічні години. У хворих на ревматоїдний артрит спостерігається достовірне зменшення ($p<0,05$) добових, денних і нічних показників варіабельності ритму серця, що може вказувати на знижену чутливість серця до регуляторних впливів.

Москалюк І.І., Федів О.І., Москалюк В.І.*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБУ ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

*Кафедра внутрішньої медицини
Кафедра хірургії**

Буковинський державний медичний університет

Зростання рівня захворюваності на токсичні форми зоба і, як наслідок, кількості випадків тимчасової та стійкої непрацездатності, свідчать про медико-соціальну значущість цієї проблеми (Караченцев Ю.І. та ін.; 2009, Паньків В.І., 2012). Крім того, ефективність лікування таких хворих залишається недостатньо високою (Тронько М.Д., 2009).

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на токсичні форми зоба із синдромом подразненого кишечника шляхом дослідження механізмів його розвитку, розробки методів діагностики та патогенетично обґрунтованого лікування.



Обстежено 106 хворих на токсичні форми зоба. У всіх хворих діагностовано субкомпенсований тиреотоксикоз середнього ступеня тяжкості. У 69 хворих виявлено наявність синдрому подразненого кишечника, з них у 35 хворих – з перевагою проносів, у 34 хворих – з перевагою закрепів. Усім хворим було проведено комплексне обстеження, яке включало збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження. Порушення з боку нервової системи виявлено у 96,7% обстежених, з боку серцево-судинної системи – у 90,3%, а у 60,4% хворих були наявні порушення з боку органів травлення.

Проведені генетичні дослідження для виявлення функціонального поліморфізму гена SERT свідчать, що за переважання проносів LL-генотип трапляється у 66,7% пацієнтів, SS-генотип – у 25,0%, і LS-генотип – у 8,3%; за переважання закрепів у 75,0% пацієнтів встановлено LS-генотип, у 25,0% – SS-генотип; за відсутності порушень моторно-евакуаторної функції кишечника в 78,6% випадків виявлено SS-генотип та в 21,4% – LS-генотип.

Для прогнозування функціональних розладів кишечника у хворих на тиреотоксикоз запропоновано визначення поліморфізму гена SERT. Доведено, що за наявності LL-генотипу можна прогнозувати виникнення гіпермоторних, а при LS-варіанті – гіпомоторних порушень кишечника.

Нами запропоновано до комплексного лікування хворих з тиреотоксикозом та порушенням функціонального стану кишечника додати: метеоспазмил, який складається з альверину цитрату та симетикону, поєднує в собі дії антагоніста 5HT-1A серотонінових рецепторів, міотропного спазмолітика, піногасника, регулятора моторики кишечника, та карведилол, який знижує тиск симпатичної нервової системи, блокує перетворення тиреоїдних гормонів, має антиоксидантні та вазодилатуючі властивості.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про ефективність розробленого лікування хворих на ТФЗ з різними формами СПК. Застосування метеоспазмилу та карведилолу дало можливість цілеспрямовано вплинути на провідні механізми порушень моторно-евакуаторної функції кишечника, досягти позитивного клінічного результату, покращити якість життя пацієнтів.

Новиченко С.Д., Зуб Л.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ НИРОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З РЕНАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗИЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Проведення ультразвукового дослідження нирок (УЗД) є необхідним для хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) для підтвердження або виключення нефрогенної АГ та прогнозу перебігу хвороб нирок. Реноваскулярна АГ зустрічається у 0,2-5% випадків в загальній групі осіб з підвищеним АТ. Найбільш частою причиною підвищення АТ є ренопаренхіматозна АГ (68,2%).

Метою нашого дослідження було оцінити об'єм нирок у хворих з ренопаренхіматозною артеріальною гіпертензією (діабетична нефропатія, хронічний гломерулонефрит, хронічний пілонефрит).

Обстежено 120 пацієнтів з ХХН I-II ст, що знаходилися на лікуванні в нефрологічному відділенні ОКЛ м. Чернівці (тривалість захворювання 10 років і більше), з них – 21 з наявністю хронічного пілонефриту (ПН) з артеріальною гіпертензією (АГ) II ст., та 20 – ПН без АГ; 20 – з хронічним гломерулонефритом (ХГН) з АГ та 20 ХГН без АГ; 19 – з діабетичною нефропатією IV ст. (ДН) з АГ та 20 з ДН без АГ і 20 здорових осіб. Всім хворим окрім загальноприйнятих методів обстеження нефрологічного пацієнта було проведено УЗД з розрахунком об'єму нирок (V_n).

Виявлено у хворих на ХП V_n без наявності АГ вірогідно знижений у порівнянні з нормативними значеннями ($p < 0,05$). За наявності АГ V_n був вірогідно знижений у порівнянні з нормативними значеннями ($p < 0,05$), але незначно відрізнявся від показників у пацієнтів з ХП без АГ ($p > 0,05$). У хворих з ХГН та ДН показники V_n були вірогідно збільшені у порівнянні з нормативними значеннями ($p < 0,05$) та залишалися такими відповідно за наявності АГ ($p < 0,05$).

Отже, у хворих на ХП з АГ 2 ст. середні V_n достовірно менші, ніж у пацієнтів з ХГН та ДН. Реномегалія при ДН нефропатії формується за рахунок збільшення товщини паренхіми нирок.

Олішук О.Ю.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ГЕМОРЕОЛОГІЇ КРОВІ ТА СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

У 70% випадків цукровий діабет (ЦД) супроводжується захворюваннями органів травлення. На пептичну виразку (ПВ) страждає біля 10-15% дорослого населення, тому поєднання цих захворювань викликає інтерес науковців та клініцистів.

Метою нашого дослідження стало вивчення змін реологічних властивостей еритроцитів (Ер), стану системи гемостазу для з'ясування їх можливого взаємозв'язку та корекції виявлених змін.

Обстежено 39 хворих на виразкову хворобу та цукровий діабет. Контрольна група складалась з 20 практично здорових осіб (ПЗО). Групу залежно від проведеного лікування розподілили на 3 підгрупи: ІА – хворі отримували базисну терапію (рабепразол – 20 мг двічі на день, амоксицилін – 1000 мг двічі на день,



кларитроміцин – 500 мг двічі на день упродовж 7 днів та пероральні цукрознижуючі препарати або інсулін у адекватній дозі); ІБ - на тлі базисного лікування хворим було призначено інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (і-АПФ) квінаприл в дозі 2,5 мг 1 раз на добу вранці під контролем гемодинамічних показників впродовж 1 тижня, з переходом на 5 мг 1 раз на добу вранці впродовж 3 тижнів; ІВ - додатково до базисної терапії пацієнти отримували препарат «Плацента-композитум» у дозі 2,2 мл внутрішньом'язево 1 раз на три дні протягом місяця.

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих на ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ЦД, спостерігається активація коагуляційного гемостазу. Відмічено вкорочення часових характеристик (ПЧ та ТЧ) у всіх обстежених ($p < 0,05$). Активність АТ III значно знижена: в 2,5 рази в групі І порівняно з ПЗО ($p < 0,05$). Фібринолітичний потенціал крові у відповідь на виражену гіперкоагуляцію зменшується у хворих основної групи. Наступне підтверджується показниками фібринолітичної активності: СФА та ФФА у хворих групи І знижується (у 1,47 рази та у 1,38 рази відповідно) порівняно з ПЗО ($p < 0,05$). Показник НФА підвищується, потенційна активність плазміногену зменшується порівняно з ПЗО ($p < 0,05$). Аналіз посткоагуляційної фази системи гемостазу вказує на значне (в 1,7 рази) зниження вмісту XIII фактора, порівняно з ПЗО ($p < 0,05$). За поєднання ПВ шлунка та ДПК і ЦД спостерігалися також найістотніші ($p < 0,05$) зміни морфо-функціональних властивостей еритроцитів (зниження ІДЕ на тлі підвищення ВВЕС).

Аналізуючи стан системи гемостазу після лікування, слід відзначити, що у хворих, які отримували лише базисну терапію, спостерігається тенденція до покращання усіх показників, проте достовірною ($p < 0,05$) є різниця лише щодо ПЧ, ТЧ, АТ III, НФА та XIII факторів (на 9%, 16%, 75%, 64% та 34% відповідно), а також отримані дані після лікування достовірно різняться з такими у ПЗО ($p < 0,05$). В групі Іб спостерігалось істотне покращання всіх характеристик системи гемостазу ($p < 0,05$), окрім вмісту фібриногену, СФА, ФФА та ВВЕС, які змінювалися неістотно ($p > 0,05$). У групі, яка додатково до базисної терапії отримувала комплексний препарат «Плацента-композитум» відмічено найкращі результати порівняно з такими до лікування, і встановлено істотну різницю з групою Іа за усіма показниками ($p < 0,05$).

З групою Іб достовірна різниця встановлена лише у ПЧ, АТ III, ХЗФ, XIII факторі ($p < 0,05$), інші дані після лікування істотно не відрізнялись. У групі Ів також не знайдено відмінностей за усіма даними від ПЗО ($p < 0,05$), окрім ТЧ, АТ III та НФА.

Отже, призначення інгібітору ангіотензинперетворюючого фермента квінаприлу призводить до істотного зменшення гемостазіологічних порушень у хворих на Нр-асоційовану ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ЦД, ймовірно, завдяки позитивному впливу на функціональний стан ендотелію.

Застосування ж комплексного антигомотоксичного препарату «Плацента-композитум» сприяє усуненню порушень морфо-функціональних властивостей еритроцитів з наступним покращанням мікроциркуляції в слизовій оболонці та швидшим загоєнням виразкового дефекту.

Паліброта Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Одночасний перебіг двох і більше взаємно обтяжуючих патологій значно утруднює діагностику та погіршує прогноз хворого. Нерідко цироз печінки перебігає на тлі метаболічного синдрому, що призводить до ураження практично всіх органів і систем організму, в тому числі до розвитку уражень шлунка.

Мета роботи - визначити особливості клінічної картини та деякі ланки патогенезу ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на цироз печінки (ЦП) на тлі метаболічного синдрому.

Обстежено 45 хворих на ЦП та 10 практично здорових осіб. Пацієнти з ЕВУШ були розділені на дві групи: 23 особи без ознак метаболічного синдрому, 18 – з ознаками метаболічного синдрому (артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність, дисліпідемія).

Клінічна картина ЕВУШ у пацієнтів обох груп достовірно не відрізнялась. Основними скаргами були: відчуття раннього насичення, дискомфорту або важкості в епігастрії після їжі, здуття живота, нудота. При об'єктивному обстеженні у більшості таких пацієнтів виявили слабо позитивні симптоми Менделя, помірну розливу болочість при пальпації у надчревіній ділянці. У всіх хворих на ЦП виявлено зменшення індексу деформабельності еритроцитів: у хворих I-ї групи – на 37,5%, а в 3-й групі – на 47,8% порівняно з групою практично здорових осіб ($p < 0,001$), із достовірною різницею між показниками в усіх основних групах ($p < 0,05$). Визначення відносної в'язкості еритроцитарної суспензії показало, що у всіх хворих на ЦП цей показник достовірно перевищує норму: у пацієнтів I-ї групи на 36,7%, а у хворих 2-ї групи – на 53,1% ($p < 0,001$). Негативний вплив зазначених порушень на ендотелій судин підтверджується підвищенням вмісту фактора Віллебранта плазми крові в усіх хворих на ЦП: у пацієнтів I-ї групи до $17,01 \pm 2,10$ МО/мл ($p < 0,01$), а у хворих 2 групи – до $19,07 \pm 2,30$ МО/мл ($p < 0,01$).

Клінічна картина ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на ЦП на тлі метаболічного синдрому характеризується малосимптомністю, „ховається” за проявами основного захворювання, що утруднює діагностику та сприяє розвитку ускладнень. Перебіг цирозу печінки на тлі метаболічного синдрому призводить до більш суттєвого ушкодження ендотеліоцитів, що, водночас з істотними порушеннями морфо-