



Висновки. Таким чином, у хворих на РА виявлені порушення психоемоційного стану, які обумовлені тривалістю хвороби, ступенем активності процесу та

проявлялися зниженням самопочуття, активності, настрою, в порівнянні із здоровими людьми.

УДК: 616.34 - 004:616.33-002.44]:616.379 -008. 64 - 092

В.В. Раца

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – доц. Н.М. Паліброда)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Актуальність проблеми поєднаної патології обумовлена частою можливістю одночасного перебігу двох і більше взаємно обтяжуючих патологій. Нерідко цироз печінки перебігає на тлі інсулінорезистентності (ІР), що призводить до ураження практично всіх органів і систем організму, в тому числі до розвитку уражень шлунка.

Мета роботи. Визначити особливості патогенезу та клінічної картини ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності.

Матеріал та методи. Обстежено 46 хворих на ЦП та 15 практично здорових осіб. Пацієнти з ЕВУШ були розділені на дві групи: 24 особи без порушень вуглеводного обміну, 18 – з ознаками ІР.

Результати досліджень. 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 болочисті при пальпації у надчеревній ділянці. У всіх хворих на ЦП виявлено зменшення індексу деформабельності еритроцитів: у хворих 1-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 1-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 1-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 ($p < 0,01$). Отже, підвищення оксидативного стресу призводить до ушкодження ендотеліоцитів, що, водночас з істотними порушеннями морфо-функціональних властивостей еритроцитів, ймовірно, спричинює поглиблення розладів мікроциркуляції в СОШ з виникненням ЕВУШ у хворих на ЦП.

Висновки. Клінічна картина ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності характеризується малосимптомністю, часто нагадує прояви хронічного гастриту, функціональної диспепсії, „ховається” за проявами основного захворювання, що утруднює діагностику та сприяє розвитку ускладнень. До механізмів виникнення та прогресування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності належать: порушення морфо-функціональних властивостей еритроцитів та збільшення в плазмі крові вмісту фактора Віллебранда.

УДК: 616.33/342-002.44-085.322:582998.2

А.В. Рибарчук, Н.В. Кміть, Є.В. Самойленко

ЗМІНА МОТОРИКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПІД ВПЛИВОМ ПРЕПАРАТУ «HYDRANGEA»

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - доц. І.В. Лукашевич)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Фітотерапевтичні лікарські засоби за останні роки стали займати вагомe місце в комплексній терапії захворювань внутрішніх органів, зокрема при патології біліарної зони. Рослинні лікувально-профілактичні препарати мають м'які саногенетичні властивості, рідко дають ускладнення і тому більш біодоступні людському організму, ніж будь-які синтетичні види ліків.

Метою дослідження було вивчення впливу препарату «Hydrangea» (екстракт кореня гортензії) на моторику жовчного міхура за допомогою динаміч-

ної ехохолестіографії. Контрольні виміри та об'єму жовчного міхура проводили кожні 10 хв впродовж 90 хв. Об'єм жовчного міхура визначали за формулою G.T.Everson (1980), ефективність моторики жовчного міхура оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС). Дослідження проводились у 28 хворих на хронічну серцеву недостатність атеросклеротичного генезу І-ІІ ст. ФК І-ІІ з супутнім некаменевим холециститом в стадії нестійкої ремісії. Вік хворих коливався від 51 до 65 років. Для оптимального всмоктування препарат розводили в 20 мл теплої (37°C) дистильованої