

ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ REPORTS OF VINNYTSIA NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Заснований 17 жовтня 1994 року

Founded: October 17, 1994

Засновник: Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Founder: Vinnytsia National Pyrogov Memorial Medical University

Головний редактор

Мороз В.М.

Перший заступник головного редактора

Процек О.Г.

Заступник головного редактора

Гумінський Ю.Й.

Відповідальний секретар

Клімас Л.А.

Редакційна колегія

Біктіміров В.В.

Василенко Г.Л.

Гунас І.В.

Кириченко Д.Ф.

Мельник П.С.

Палій Г.К.

Піскун Р.П.

Серкова В.К.

Смольський Л.П.

Столярчук О.О.

Хаїмзон І.І.

Editor-in-Chief

Moroz V.M.

First Editor Assistant

Protsek O.G.

Editor Assistant

Guminsky Yu.I.

Secretary-in-Chief

Klimas L.A.

Editorial Board

Biktimirov V.V.

Vasylenko G.L.

Gunas I.V.

Kyrytschenko D.F.

Melnyk P.S.

Paliy G.K.

Piskun R.P.

Serkova V.K.

Smolsky L.P.

Stolartchuk O.O.

Khaimzon I.I.

Редакційна рада

Булат Л.М., Гайструк А.Н., Годлевський А.І., Головенко С.В., Григоренко П.П., Денисюк В.І., Кириленко В.А., Кукуруза Ю.П., Луцюк М.Б., Мазорчук Б.Ф., Малецький В.П., Мітюк І.І., Мостовий Ю.М., Пентюк О.О., Пушкарь М.С., Пухлик Б.М., Салдан І.Р., Сергета І.В., Чорнобровий В.М., Шاپаренко П.П., Фіщенко В.О., Яковлева О.О.

Editorial Council

Bulat L.M., Gaystruk A.N., Godlevsky A.I., Golovenko S.V., Grygorenko P.P., Denisyuk V.I., Kyrylenko V.A., Kukurusa Yu.P., Lutsyk M.B., Mazortchuk B.F., Malenky V.P., Mityuk I.I., Mostovy Yu.M., Pentyuk O.O., Pushkar M.S., Pukhlyk B.M., Saldan I.P., Sergeta I.V., Chornobrov V.M., Shaparenko P.P., Fishchenko V.O., Yakovleva O.O.

Журнал видрукований в типографії
Вінницького національного медичного
університету ім.М.І.Пирогова

Періодичність видання 2 рази на рік

Адреса редакції
21018, Україна, м.Вінниця,
вул. Пирогова, 56
Тел.: (043-2) 43-94-11
Факс.: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua

Printed by printing-house of the
Vinnytsia National Pyrogov
Memorial Medical University

Appears twice a year

Address
Pyrogov Str. 56,
Ukraine - 21018, Vinnytsia,
Tel.: (043-2) 43-94-11
Fax: (043-2) 46-55-30
E-mail: lora@vsmu.vinnica.ua

дируючого інфільтрата. Факторами ризику виникнення ускладнених колоректального раку є: ректосигмоїдна локалізація опухолі, вік пацієнтів старше 70 років, низька диференційовка опухолі, четверта стадія раку, чоловічий статі пацієнтів. Післяопераційна летальність пацієнтів з ускладненим колоректальним раком в 5 разів вище, ніж летальність пацієнтів з колоректальним раком, прооперованих в плановому порядку.

Ключові слова: рак прямої кишки, фактори ризику, післяопераційна летальність.

TO THE ESTIMATION OF FACTORS OF THE COMPLICATED CANCER OF THE RECTUM

Akperov I.A., Kosjakov B.A.

Summary. It is established that a leading place among the complicated cancer of colo-rectum localizations occupy impassability of a thick gut because of tumor and punching of an intestinal wall with development of a peritonitis or abscess infiltrate. Risk factors of occurrence of complications colorectum cancer are: rectosigmoid tumour localization, age of patients is more than 70 years, a low differentiation of a tumor, the fourth stage of a cancer, a male sex of patients. Postoperative lethality in patients with complicated colorectum cancer is in 5 times above, than lethality in patients with colorectum cancer, operated in a planned order.

Key words: a rectum cancer, risk factors, postoperative lethality.

УДК: 616.36-004:613.816:616-007.26-022:616-022.14

Етіологічні чинники виникнення ускладнених форм цирозу печінки

Архій Е.Й., Сірчак Є.С., Москаль О.М.

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету (пл. Народна, 1, м. Ужгород, Україна, 88000)

Резюме. В статті наведені результати обстеження 120 хворих на цироз печінки. Встановлено, що найчастіша причина виникнення даної патології у обстежених пацієнтів - це алкогольне ураження печінки. Також виявлено високу інфікованість хворих на цироз печінки *Helicobacter pylori*, що в свою чергу, підтримує запальні зміни у слизовій оболонці верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Ключові слова: цироз печінки, *Helicobacter pylori*.

Вступ

Зростання кількості хворих з вірусними і алкогольними захворюваннями печінки, залишаються актуальною проблемою вивчення хронічних дифузних захворювань печінки, що визначається особливостями клініки, складністю діагностики, лікування та важкістю прогнозу цих патологій [Бабак, 2003].

Особливої актуальності набуває проблема своєчасної діагностики та розробки ефективних методів лікування цирозу печінки (ЦП), що зумовлено зростанням його поширеності та захворюваності в Україні. Встановлено також зростання поширеності хронічних гепатитів, як передstadії ЦП в Україні з максимальними показниками захворюваності у Закарпатській, Одеській та Івано-Франківській областях [Філіппов, Скирда, 2005; Ророва et al., 2007].

Метою нашої роботи було дослідити частоту та основні причини виникнення ускладнених форм ЦП в Закарпатській області.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням знаходилося 120 хворих на ЦП, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному та хірургічному відділеннях Обласної клінічної лікарні м.Ужгород.

Обстежені хворі були віком від 20 до 77 років, середній вік складав $46,86 \pm 1,97$ років. Чоловіків було 58%, віком $46,76 \pm 2,64$ років, жінок - 42%, віком $46,91 \pm 3,03$ років.

Діагноз ЦП виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних (біохімічний аналіз крові, визначення маркерів вірусів гепатиту В і С) та інструментальних методів дослідження (УЗД органів черевної порожнини, ФЕГДС верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ)).

Також всім хворим проводили визначення наявності гелікобактерної інфекції. Для діагностики *Helicobacter pylori* (HP)-інфекції всім хворим визначали наявність сумарних антитіл до HP у сироватці крові за допомогою набору Т.систем фірми "Вектор-Бест" (Росія), а також проводили дихальний тест за допомогою ^{13}C -міченої сечовини фірми IZINTA (Угорщина).

Результати. Обговорення

ЦП алкогольної етіології діагностовано у 53% хворих, вірусної етіології - у 21% хворих, змішаної (алкогольно-вірусної) етіології - у 26% хворих.

Встановили, що серед хворих переважають жителі села - 63% хворих, а жителі міста складають 37% хворих. Після проведення детального аналізу ми з'ясували, що це в основному жителі сіл Берегівського, Виноградівського та в меншій мірі Тячівського і Рахівського районів Закарпатської області. Висока розповсюдженість уражень печінки в цих районах, на нашу думку, пов'язана із вживанням неякісних домашніх вин, вивлених із диких сортів винограду (в основному це стосується Берегівського та Виноградівського районів).

Таблиця 1. Розподіл НР-інфікованих хворих на цирроз печінки залежно від титрів сумарних антитіл до антигенів *Helicobacter pylori*.

Титри сумарних антитіл	Кількість хворих	% хворих
Менше 1 : 10	38	32
1 : 10	4	3
1 : 20	16	13
1 : 40	28	23
1 : 80	19	16
1 : 160	15	13

Після обстеження хворих на наявність НР, всі хворі були розподілені на 2 клінічні групи: в I групу увійшли НР-позитивні хворі на ЦП, II групу склали НР-негативні хворі на ЦП.

Антитіла до НР були діагностовані у 82 (68%) хворих на ЦП, а у 38 (32%) хворих НР не виявили. Розподіл НР-інфікованих хворих на ЦП залежно від титрів сумарних антитіл до антигенів НР представлено у таблиці 1.

Як видно із таблиці 1 у 32% хворих результат імунологічного дослідження виявився негативним, тобто титр сумарних антитіл до антигенів НР був менше 1:10. Серед НР-позитивних хворих частіше реєстрували титри сумарних антитіл 1:40, а саме у 23% хворих. Титр сумарних антитіл 1:80, що розглядався як високопозитивний, зареєстрували у 16% хворих. З однаковою частотою спостерігали титри сумарних антитіл 1:20 та 1:160 - у 13% хворих. У 3% хворих спостерігали титр 1:10, т.т. результат оцінювався як сумнівний.

Аналізуючи отримані дані, встановлено, що НР-інфіковано 57% чоловіків і 43% жінок. НР інфекція частіше зустрічається серед хворих у віці 51-60 років, а саме у 34% хворих. У віці від 41 до 50 років та від 31 до 40

років хворі інфіковані майже з однаковою частотою, відповідно 22% та 21% хворих. У віці 20-30 років НР-інфекція спостерігається у 13%, а у віці від 61 до 70 років - у 9% хворих, і лише у 1% хворого понад 70 років.

Існує відмінність інфікованості НР залежно від етіологічного чинника ЦП. Інфікованість НР зустрічається частіше у хворих на ЦП алкогольної етіології і становить 51%. У хворих на ЦП змішаної етіології (зловживання алкоголем в поєднанні з вірусним ураженням печінки) НР-інфекція спостерігається у 26% хворих. У хворих на ЦП вірусної етіології НР-інфіковано 23% хворих. Встановлений факт знаходиться у протиріччі з попередніми епідеміологічними обстеженнями [Brenner et al., 1999].

Також проведено розподіл НР-інфікованих хворих на ЦП вірусної етіології залежно від типу вірусів гепатиту. НР-інфіковані частіше хворі на ЦП на фоні хронічної HCV-інфекції, а саме 40% хворих. НР-інфікованість на фоні хронічної HBV-інфекції виявляється у 33% хворих. У хворих на ЦП із мікст-інфекцією (HCV + HBV) НР-інфіковано 27% хворих.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Найчастішим етіологічним чинником ЦП у пацієнтів Закарпатської області являється алкогольне ураження печінки.

2. Встановлена висока гелікобактерна інфікованість у хворих на ЦП алкогольного ґенезу, що в свою чергу, підтримує запальні змін у слизовій оболонці верхніх відділів ШКТ та сприяє виникненню ускладнених форм захворювання.

Необхідно продовжити подальше вивчення впливу НР у хворих на ЦП, зосередивши увагу дослідженню змін у слизовій оболонці верхніх відділів ШКТ, залежно від етіологічного чинника останнього.

Література

- Бабак О.Я. Применение нового отечественного препарата глутаргин в гастроэнтерологии /О.Я.Бабак //Сучасна гастроентерологія. - 2003. - №2. - С. 85-88.
- Філіппов Ю.О. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення /Ю.О.Філіппов, І.Ю.Скирда //Гастроентерологія: Міжвід. зб. - Вип.36. - Дніпроп., 2005. - С. 9-17.
- Alcohol consumption and Helicobacter pylori infection: results from the German National Health and Nutrition Survey /Brenner H., Berg G., Lappus N. [et al.] //Epidemiology. - 1999. - Vol.10, №3. - P. 214-2148.
- Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries /Popova S., Rehm J., Patra J. [et al.] //Alcohol. Alcohol. - 2007. - Vol.42, №5. - P. 465-473.
- Szucs S. Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation /S.Szucs, A.Sarvary, M.Mc Kee //Addiction. - 2005. - Vol.100, №4. - P. 536-542.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Архий Э.И., Сирчак Е. С., Москаль О.Н.

Резюме. В статье представлены результаты обследования 120 больных циррозом печени. Установлено, что самая частая причина возникновения данной патологии у обследованных пациентов - алкогольное поражение печени. Также обнаружена высокая инфицированность больных циррозом печени *Helicobacter pylori*, что в свою очередь, поддерживает воспалительные изменения в слизистой оболочке верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: цирроз печени, *Helicobacter pylori*.

ETIOLOGIC FACTORS OF ORIGIN THE COMPLICATED FORMS OF LIVER CIRRHOSIS

Arhij E.J., Sirchak E.S., Moskal O.M.

Summary. In the article are presenting results of inspection 120 patients with liver cirrhosis. It is set that the most frequent reason of origin of this pathology at the inspected patients is alcoholic defeat of liver. It is also found out high infected of patients with liver

cirrhosis of Helicobacter pylori.

Key words: liver cirrhosis, *Helicobacter pylori*.

УДК: 616.1:613.956:616.126.42:616.12-008.318

ЗМІНИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ЮНАКІВ ІЗ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ТА ЕКСТРАСИСТОЛІЄЮ

Бачинська В.Б.

Кафедра внутрішньої медицини №3 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Резюме. Обстежено 112 юнаків із ідіопатичним пролапсом мітрального клапана (ПМК) з екстрасистолією та без порушень серцевого ритму. Виявлено, що часта екстрасистолія у юнаків із ПМК асоціюється із ознаками вегетативної дисфункції та гіперсимпатикотонії, "гіперфункції" міокарда передсердь і шлуночків та зростанням гетерогенності їх реполяризації, зі збільшенням частоти реєстрації випадків із укороченням інтервалу P-Q та епізодів міграції передсердного ритму і депресії сегменту ST. Наявність екстрасистолії у юнаків призовного віку з ПМК супроводжується ознаками початкового структурно-геометричного ремоделювання стінок і камер серця з тенденцією до формування дилатації шлуночків та передсердь, ознаками структурного ремоделювання аорти, погіршенням контрактильних і релаксаційних властивостей міокарда, більш важким структурним ураженням стулок мітрального клапана і ЕхоКГ-ознаками його міксоматозної дегенерації та більшою частотою виявлення аномальних хорд лівого і правого шлуночків. Для виникнення екстрасистолії у юнаків із ПМК має значення певний рівень гіпомагніємії (від 0,80 до 0,68 ммоль/л) при зменшенні нормального співвідношення Mg^{2+}/Ca^{2+} і Mg^{2+}/K^{+} в сироватці крові.

Ключові слова: аритмія, екстрасистолія, пролапс мітрального клапана, вегетативна дисфункція, електрокардіографічні зміни, ехокардіографічні зміни, гіпомагніємія.

Вступ

Пролапс мітрального клапана (ПМК) є найбільш розповсюдженою аномалією клапанного апарату серця у пацієнтів молодого віку. Дані щодо розповсюдженості ПМК достатньо суперечливі, частота виявлення у популяції складає від 1% до 18% [Земцовский, 2000; Трисветова, Бова, 2002; Барт, Беневская, 2003]. З іншого боку, результати українських епідеміологічних досліджень демонструють прогресуюче зростання частоти ПМК серед дітей та підлітків, що пов'язують з патогенними впливами в онтогенезі, у тому числі внаслідок Чорнобильської катастрофи [Хомазюк, Чебанюк, 2000; Чуриліна, Мациніна, 2007]. На сьогоднішній день ПМК розглядається як один із кардіальних проявів синдрому сполучнотканинної дисплазії (СТД) (ідіопатичний або первинний ПМК). У зв'язку з тим, що в більшості випадків ідіопатичний ПМК супроводжується низкою фенотипічних і вісцеральних аномалій, ця проблема виходить за межі кардіоспецифічної і розглядається як проблема загальноклінічна [Земцовский, 2000].

У більшості хворих ПМК має доброякісний перебіг [Метод. рекомендації, 2002]. Однак у деяких випадках захворювання може ускладнюватись прогресуючою мітральною регургітацією з розвитком міокардіальної дисфункції і серцевої недостатності, інфекційним ендокардитом та різними порушеннями серцевого ритму, в тому числі і фатальними, які є безпосередньою причиною розвитку раптової аритмічної смерті в пацієнтів молодого віку.

У структурі порушень серцевого ритму при ПМК провідне місце займає екстрасистолія [Земцовский, 2000;

Метод. рекомендації, 2002]. Остання значно ускладнює перебіг захворювання та курацію хворих, суттєво зменшує якість життя цих пацієнтів. Однак на сьогоднішній день не існує єдиної точки зору стосовно розповсюдженості, механізмів розвитку і прогностичної значимості екстрасистолії при ПМК.

Розвитку аритмічного синдрому, в тому числі і екстрасистолії, у хворих із ПМК, на думку більшості дослідників, сприяють дві основні групи чинників - структурно-морфологічні та функціональні, які призводять до розвитку електричної нестабільності міокарда шлуночків і передсердь та сприяють реалізації механізму re-entry [Земцовский, 2000; Метод. рекомендації, 2002; Волосовець, Марценюк, 2004].

Так, до структурно-морфологічних чинників відносять, перш за все: 1) вроджені аномалії провідної системи серця; 2) аномалії коронарних артерій, які призводять до розвитку ішемії та фіброзу міокарда; 3) структурне ремоделювання шлуночків та передсердь; 4) фібромускулярну дисплазію артерії, яка кровопостачає атріовентрикулярний та синусовий вузли і обумовлює порушення функції їх автоматизму; 5) фіброзні зміни в папілярних м'язах; 6) аномальну тракцію папілярних м'язів; 7) міксоматозну дегенерацію стулок; 8) мітральну регургітацію і 9) механічне подразнення ендокарду стулкою, яка пролабує, і в місцях прикріплення аномальних хорд. У свою чергу, в якості функціональних чинників розвитку екстрасистолії у хворих із ПМК розглядають: 1) вегетативну дисфункцію, а саме симпатикотонію; 2) нейро-ендокринні та невро-психічні по-