

у больных артериальной гипертензией с абдоминальным типом ожирения в сравнении с гипертензивными пациентами без абдоминального ожирения. Данный факт может свидетельствовать о том, что больные с абдоминальным ожирением подвержены более высокому риску заболеваний, связанных с атеросклерозом по сравнению с больными, у которых объем талии был в пределах нормы.

ДИСБІОЗ КИШЕЧНИКА ТА ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Бусигіна О. С., Ткаченко В. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

В Україні хвороби системи кровообігу у 2009 р. зумовили 63,0% усіх смертей. Висока частота захворюваності на ішемічну хворобу серця (ІХС) серед людей працездатного віку, а також тяжкість ускладнень цієї патології визначають її високу клінічну і соціальну значимість. Провідне місце в розвитку ІХС займають зміни ліпідного обміну, в тому числі розвиток атерогенної дисліпопротеїдемії. Разом з тим відомо, що в регуляції ліпідного обміну вагоме значення має підтримка якісного і кількісного складу мікрофлори кишечника.

Порушення кишкової мікрофлори, за даними різних авторів, зустрічається у 90 - 100% хворих із ІХС та обмінними (ожиріння, дисліпопротеїдемія) захворюваннями. Надлишкова активація ліпідів атерогенного профілю і підвищення судинного тону, погіршення периферичного кровотоку призводять до патологічних змін слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, тим самим посилюючи порушення складу його мікрофлори. В свою чергу, дисбіотичні зміни кишечника, досягаючи певного рівня, погіршують клінічний перебіг основного захворювання, подовжують терміни маніфестації клінічних симптомів, погіршують результати лікування і якість життя пацієнтів.

Мета нашого дослідження - визначити характер і ступінь вираженості якісного та кількісного порушення мікрофлори кишечника в залежності від змін ліпідного спектру крові у хворих на ішемічну хворобу серця.

Матеріали і методи. Нами проведено обстеження 92 хворих на ІХС з стенокардією напруги II функціонального класу. Середня тривалість захворювання складала $10,35 \pm 0,55$ року, коефіцієнт загострення дорівнював $0,34 \pm 0,06$ (загальна кількість загострень/тривалість захворювання у місяцях). Середній вік хворих складав $59,5 \pm 1,2$ років. Співвідношення чоловіків і жінок склало 1:1,94 (34:66 осіб відповідно). Всім хворим проводилось бактеріологічне дослідження калу на дисбіоз та визначення показників ліпідного спектру крові. Тип дисліпопротеїдемії визначався за класифікацією D. Frederickson et al. (1967), розширеної експертами ВООЗ. Статистичний аналіз відбувався за допомогою Excel 2007.

Результати. Проведені дослідження показали, що у 100% обстежених хворих виявлено наступні типи порушень ліпідного обміну: у 69,8% визначався Іа тип дисліпопротеїдемії, у 10,4% - Іб тип і у 19,8% - ІV тип. Порушення кишкового мікробіоценозу мали місце у 100% обстежуваних хворих. Причому, пріоритетне значення мала друга ступінь дисбіозу кишечника, виявлена в 74% випадків (у 19% - виявлена третя і у 7% - перша ступінь дисбіозу кишечника), яка більшою частиною спостерігалась у хворих з

Іа тип дисліпопротеїдемії. Із збільшенням тривалості ІХС ступінь вираженості дисбіозу кишечника погіршувався. Найбільш виражені статистично достовірні зміни спостерігалися у складі облигатної мікрофлори кишечника. Виявлено зниження кількості

біфідобактерій менше 8 ІgКOE/г і лактобацил - 6 ІgКOE/г, зміна співвідношень у групі кишкової палички: зниження кількості нормальних *E.coli* нижче 7 ІgКOE/г, а також наростання кількості лактозонегативних *E. coli* до 4 ІgКOE/г і вище; зниження еубактерій нижче 8 ІgКOE/г. На цьому фоні визначалися у підвищених кількостях різні групи умовно-патогенних мікроорганізмів: стафілококів, дріжджоподібних грибів, аеробних бацил, гемолізуючих ешерихій

Висновок. З отриманих даних випливає, що при ІХС порушення мікробіоценозу кишківника характеризується в першу чергу зниженням облігатної флори, підвищенням умовно-патогенної флори, зокрема *E.coli* (-) та ентеробактерій, що має взаємозв'язок з формуванням дисліпопротеїдемії. Враховуючи вищевикладені факти, можна зробити висновок про вагомий зв'язок розвитку порушення мікрофлори та дисліпопротеїдемії при ІХС.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ НИРКОВОГО ГЕНЕЗУ: З ПРАКТИКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Домінас В. М.,¹ Безсмертна Р. В.,¹ Винниченко Л. Б.,² Деміхова Н. В.,²
Матійців Н. С.²**

¹Сумська міська клінічна лікарня №1,

²Сумський державний університет (Україна)

Хронічне перевантаження лівого шлуночка (ЛШ) при артеріальній гіпертонії (АГ) призводить до виникнення структурно-морфологічної перебудови міокарда, а саме гіпертрофії, дилатації і зміни геометрії порожнин серця і міокарда в цілому, тобто ремоделюванню.

Методи. Обстежено 107 хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН): гломерулонефрит (чоловіків 69 і жінок 38). ХХН І стадії діагностовано у 42 хворих, ХХН ІІ стадії - у 20, ХХН ІІІ стадії – у 27 і ХХН ІV стадії - у 18 хворих. Ехокардіографію в М- і В-режимах проводили на апараті "Ultramark-9 ATL" (USA).

Результати. Серед 107 хворих нормальну геометрію (НГ) у хворих на АГ при ХХН було встановлено у 8 (7,5%), концентричне ремоделювання (КР) у 15 (14,0%), концентричну гіпертрофію (КГ) у 52 (48,5%) і ексцентричну гіпертрофію (ЕГ) - у 32 (29,0%). Причому, НГ спостерігалася тільки у хворих на ХХН І ст. і склала 19,1% з 42 хворих. У цій же групі хворих КР мало місце у 9 (21,4%), КГ у 15 (35,7%) і ЕГ - у 10 (26,8%) хворих. При ХХН ІІ стадії у 5 (25%) хворих мало місце КР, а гіпертрофія міокарда зустрічалася у 15 хворих (75,0%). При цьому частота КГ і ЕГ склала 56,0% і 25,0%.

Прогресування ХХН до ІІІ ст. характеризувалося збільшенням числа хворих з КГ до 62,9% ($p < 0,05$), в той час як частота ЕГ залишалася майже рівною з ХХН ІІ, складаючи 33,8%. Суттєво зменшилась частота КР до 3,7% ($p < 0,01$ порівняно з КГ і ЕГ). У хворих на ХХН ІV КГ зустрічалася у 55,6%, що було недостовірно нижче частоти КГ при ХХН ІІІ. Збільшилася частота ЕГ до 44,4%, що також достовірно не відрізнялося як від КГ в групі хворих на ХХН ІV, так і ЕГ у хворих з ХХН ІІІ.

Висновки. Найбільшу частоту ремоделювання міокарда ЛШ у хворих з АГ при ХХН складають концентрична і ексцентрична гіпертрофія ЛШ, що зустрічається у 80,4% хворих і виникає вже до розвитку ниркової недостатності. КГ найбільш часто зустрічається у хворих на ХХН ІІІ-ІV ст., а частота ЕГ збільшується в міру прогресування ХХН.