

аніж в осіб похилого ( $p < 0,05$ ) і в 5 разів – аніж у пацієнтів середнього віку ( $p < 0,05$ ).

Величина RT також відображає жорсткість аорти (в нормі - не менше 124 мс), і чим вона менша, тим вище судинна жорсткість. Серед усіх груп найменшим RT був у осіб похилого віку ( $p < 0,05$ ). Серед обстежених хворих у I групі нормальний рівень RT виявлено в 17 (48,57%) хворих, у II групі – в 11 осіб (22,00%), у III групі RT був прискорений у всіх пацієнтів.

При проведенні кореляційного аналізу вік пацієнтів у групі молодих хворих був асоційований прямим зв'язком з ІА ( $r = 0,40$ ) та зворотнім - з рівнем RT ( $r = -0,36; p < 0,05$ ).

Тривалість АГ була асоційована зі ШРПХ у пацієнтів III групи ( $r = +0,33; p < 0,05$ ). Серед

пацієнтів молодого віку підвищення ІМТ асоціювалось з більшою тривалістю АГ ( $r = +0,32; p < 0,05$ ) та перевищенням вікової норми ШРПХ ( $r = +0,35; p < 0,05$ ).

#### ПІДСУМОК

Результати дослідження показали, що для раннього виявлення у хворих на АГ ознак субклінічного ураження судин як органа – мішені, особливо серед пацієнтів молодого віку, слід враховувати не тільки патологічний рівень підвищення ШРПХ, але й віковий діапазон норми ШРПХ. Саме серед пацієнтів молодого віку підвищення ІМТ негативно позначається на підвищенні ШРПХ за віковою нормою.



УДК 616.34-008.1-036.8:616.33-006-036.4

*І.В. Кушніренко,  
О.В. Сімонова,  
О.П. Петішко*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВІВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ У ХВОРИХ ІЗ ПЕРЕДРАКОВИМИ ЗМІНАМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА**

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»  
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Мета – дати характеристику клінічних проявів гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) у зіставленні з макроскопічними змінами дистального відділу стравоходу у хворих із передраковими змінами слизової оболонки (СО) шлунка.

#### **МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

До обстеження залучено 79 хворих, які за результатами морфологічного дослідження розподілені на три групи: I група – атрофічні зміни СО шлунка – 10 осіб; 2 група – (КМ) в антральному відділі (АВ) шлунка – 19 пацієнтів; 3 група – тотальна КМ – 39 хворих, 4 група – хворі з дисплазією СО шлунка – 11 осіб. Для оцінки клінічної картини виділені симптоми, характерні для ГЕР, з оцінкою кожного за 5-бальною шкалою Лайкерта. Макроскопічний стан СО езофагогастроуденальної зони вивчено за допо-

могою езофагогастроуденоскопії за загальноприйнятою методикою з використанням відеоендоскопічної системи EVIS EXERA III з гастроскопом Olympus 190 (Японія). Ступінь запалення в стравоході оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією 1998 р.

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

У цілому прояви симптомокомплексу ГЕР були характерними для майже 90,0% хворих 2-ї, 3-ї та 4-ї груп та для всіх хворих 1-ї групи. Виділення симптомів, які характеризують прояви ГЕР, показало, що середній бал інтенсивності таких симптомів відрізнявся в групах відносно скарг на відчуття кислоти в роті та охриплості голосу, а домінуючими симптомами у хворих усіх груп були гіркота в роті та наявність печії, причому інтенсивність скарги на печію у хворих

групи з диспластичними змінами в СО шлунка була в 2,2 разу вищою порівняно з хворими з КМ у АВ шлунка ( $p < 0,05$ ). Макроскопічні зміни кардіоезофагеальної зони в обстежених хворих продемонстрували наявність ознак рефлюкс-езофагіту в 10,0% ( $n=1$ ), 45,0% ( $n=9$ ), 23,1% ( $n=9$ ), 27,3% ( $n=3$ ) пацієнтів 1-ї, 2-ї, 3-ї та 4-ї груп відповідно. Ознаки циліндроклітинної метаплазії дистального відділу стравоходу – у 10,0% ( $n=2$ ), 7,7% ( $n=3$ ), 27,3% ( $n=3$ ) хворих 2-ї, 3-ї та 4-ї груп відповідно, тобто з перебудовними змінами, а у хворих з атрофією – у жодного. Кореляційний аналіз показав наявність прямого зв'язку інтенсивності печії з ознаками циліндроклітинної метаплазії ( $r=0,342$ ;  $p=0,006$ ). Також виявлений

кореляційний зв'язок циліндроклітинної метаплазії (CLE) з наявністю диспластичних змін у шлунку за даними ендоскопії з високороздільною здатністю ( $r=0,322$ ;  $p=0,004$ ) та з площиною КМ у куті шлунка по малій кривизні ( $r=0,242$ ;  $p=0,032$ ), та ступеня рефлюкс-езофагіту з наявністю КМ у АВ шлунка по малій кривизні ( $r=0,225$ ;  $p=0,047$ ).

### ПІДСУМОК

У пацієнтів з диспластичними змінами в СО шлунка збільшення інтенсивності печії асоціюється зі збільшенням частоти виявлення циліндроклітинної метаплазії, що потребує подальшого вивчення причин цієї асоціації.



УДК 616.1-084:616.13-073.432.19

*О.М. Лазаренко,  
Г.П. Кузьміна*

## ВАЖЛИВІСТЬ ВИЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ ІНТИМА-МЕДІА ДЛЯ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
пл. 30-ти річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська обл. 50000, Україна*

Незважаючи на існуючі методи профілактики, рівень захворюваності на серцево-судинні захворювання залишається високим, а первинне виявлення атеросклерозу відбувається в період розвитку кардіоваскулярних ускладнень (Максимов А.В. та ін., 2014). Згідно з рекомендаціями Американської асоціації серця, товщина комплексу інтима-медіа загальної сонної артерії (ТКІМ ЗСА) відіграє важливе значення в первинній профілактиці серцево-судинних ускладнень (Greenland P. et al., 2000). Збільшення ТКІМ ЗСА при динамічному спостереженні навіть на 0,1 мм збільшує ризик ураження коронарних судин і розвитку інфаркту міокарда на 11% (Eleid M. F. et al., 2010).

Мета дослідження – оцінити товщину комплексу інтима-медіа в пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та у хворих з АГ в поєднанні з подагрою.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідженні взяли участь 50 пацієнтів, які були розподілені на три групи. Вік хворих становив від 40 до 66 років. До першої групи увійшло 20 пацієнтів з АГ II стадії і 2 ступеня. Другу групу склали 20 пацієнтів з АГ II стадії і 2 ступеня в поєднанні з подагрою. До третьої групи (контрольної) увійшло 10 практично здорових пацієнтів. Діагноз подагри встановлювався згідно з критеріями Американського коледжу ревматології (ACR) та Європейської протиревматичної ліги (EULAR) 2015 р. Діагноз АГ встановлювався відповідно до наказу МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р., згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів і клінічними рекомендаціями Європейської асоціації гіпертензії та Європейської асоціації кардіологів (2016 року). Клінічні та анамнестичні дані були отримані при опитуванні хворих, аналізі попередньої