

CYTOKINE PROFILE IN PREGNANT WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

©A.V. Kutsenko

Ternopil regional perinatal center "Mother and child"

SUMMARY. Levels of interleukins 1, 6, 10 and tumor necrotic factor α in serum of pregnant women with metabolic syndrome and healthy pregnant women were studied. Proved that the cytokine profile in both groups has been different. Proinflammatory cytokine level in pregnant women with metabolic syndrome was high and antiinflammatory cytokine level was low.

KEY WORDS: pregnancy, metabolic syndrome, cytokines.

УДК 616-071.1+616-073.7+616.34-002+616.366-002

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕНДОСКОПІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВКУ ХВОРОБУ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БЕЗКАМ'ЯНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

©І.Я. Макоїда

Івано-Франківський національний медичний університет

РЕЗЮМЕ. З допомогою клініко-лабораторних та інструментальних методів обстежено 120 хворих з патологією гепатодуоденальної зони. Показана характеристика клінічних змін і ендоскопічна картина стану слизової оболонки гастродуоденальної зони при втягненні в патологічний процес жовчного міхура при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: виразкова хвороба, дванадцятипала кишка, хронічний холецистит.

Вступ. Протягом останніх десятиріч відмічається тенденція до росту поширеності захворювань органів травлення, які часто призводять до тимчасової непрацездатності осіб молодого віку [2, 5]. За даними численних досліджень, лідируюче місце належить виразковій хворобі дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК), розповсюдженість якої становить 6-25 % [2].

Існує складний зв'язок між гастродуоденальною зоною (ГДЗ) та жовчним міхуром (ЖМ), що забезпечується спільним ембріональним розвитком та подальшим формуванням спорідненості нейрогуморальної регуляції, в якому одну з центральних ланок займає дванадцятипала кишка (ДПК). При виникненні виразкових дефектів слизової оболонки (СО) ДПК можливі дискінетичні порушення, що призводять до функціональних та органічних змін ЖМ. У свою чергу, ушкодження ЖМ може змінювати опірність слизового бар'єра ГДЗ і тим самим ускладнювати перебіг патології ДПК [4].

Втягнення ЖМ у запальний процес здатне змінити класичний перебіг ВХДПК, ускладнити діагностику і призвести до вибору неправильної тактики лікування [1, 3].

Тому виявлення клінічних ознак поєднаної патології ДПК та ЖМ, а також вивчення специфіки ендоскопічних змін дозволить вдосконалити діагностику та лікування даної категорії хворих.

Мета дослідження – виявлення клінічних ознак та ендоскопічних змін СО ГДЗ у хворих

на ВХ ДПК в поєднанні з хронічним безкам'яним холециститом (ХБХ).

Матеріал і методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 120 хворих, віком від 16 до 74 років, 77 чоловіків та 43 жінки. Діагностику проводили на основі комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

З метою виявлення ураження СО шлунка та ДПК пацієнтам проводилась езофагогастродуоденоскопія апаратом "Olimpus". Критеріями виразкового процесу вважали наявність дефекту СО ДПК, його розміри і глибину, а також запальні зміни СО шлунка та ДПК, її ранимисть і кровоточивість, наявність дуоденогастрального та гастроезофагального рефлюксу. Для верифікації запального процесу жовчного міхура використовували ультразвукове дослідження органів черевної порожнини на апараті "ALOKA" за загальноприйнятною методикою.

Залежно від виявленої патології пацієнти були поділені на три групи. Перша група – 30 хворих на ВХДПК; друга група – 30 хворих на ХБХ; третя група – 60 хворих на ВХДПК в поєднанні з ХБХ.

Результати й обговорення. При аналізі клінічної картини в обстежених пацієнтів характерними були три синдроми: больовий, диспептичний та астено-вегетативний.

Особливостями больового синдрому була специфіка його локалізації. Для пацієнтів з

ВХДПК переважаючою була пілородуоденальна (83,3 %) та епігастральна локалізація (66,7 %). Болі при ХБХ у 100 % випадків локалізувалися в правому підребер'ї і тільки в 1 % – ще і в пілородуоденальній зоні.

При поєднанні ВХДПК з ХБХ переважали болі в пілородуоденальній (96,7 %), дещо рідше в епігастральній ділянці (88,3 %), при цьому різко зросла частота больового синдрому у правому підребер'ї (81,7 %).

Серед клінічних проявів диспептичного синдрому у хворих на ВХДПК частіше зустрічалась печія (83,3 %) та відрижка кислим (63,3 %). Для ураження ЖМ характерними були гіркий присмак у роті (76,7 %), нудота (66,7 %) та відрижка гіркотою (63,3 %), а у 46,7 % – блювота жовцю. При наявності поєднаної патології гепатодуоденальної зони у 90 % зустрічалась печія, при цьому зростала частота появи нудоти (73,3 %) та гіркоти в роті (66,7 %). Зміну апетиту відмічали 73,3 % хворих на ВХ ДПК, 70 % хворих на ХБХ та 68,3 % пацієнтів з ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ.

При ВХ ДПК характерним був констипаційний синдром (73,3 %), при ХБХ – проноси (70 %), а при ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ теж частіше зустрічався діарейний синдром (61,7 %).

Астено-невротичний синдром найчастіше спостерігався у хворих на ХБХ (73,3 % випадків), його частота зростала і при ВХ ДПК в поєднанні з ХБХ (63,3 %).

Ендоскопічне обстеження проведено 120 хворим. Виразковий дефект цибулини ДПК виявлено у 90 хворих (75 %). У всіх пацієнтів першої групи (100 %) був верифікований виразковий дефект, розміри якого коливались в межах 2 – 11 мм. Глибина ураження становила 1 – 2 мм (86,7 %) і у 13,3 % – більше 2 мм. Подвійні виразкові дефекти зустрічались у 8 (26,7 %) хворих. У 6 (20 %) хворих одночасно з активною виразкою спостерігались рубцеві деформації цибулини ДПК. У всіх пацієнтів даної групи виявлено запалення СО ДПК за типом бульбіту та запальний процес СО шлунка. Причому, у 93,3 % випадків виявлено запалення СО антрального відділу, а у 30 % – тіла шлунка. Ерозії СО шлунка знайдено у 16,7 % пацієнтів. У 23,3 % пацієнтів

даної групи спостерігався дуоденогастральний рефлюкс.

При обстеженні пацієнтів другої групи виявлений гастродуоденальний рефлюкс у 10 % та зміни СО пілоричного відділу шлунка (6,7 %), що характеризувались помірними запальними явищами без ерозивних змін.

У третій групі виразковий дефект виявлений у 100 % пацієнтів, причому поодинокі виразки зустрічались у 65 % а парні – у 35 % випадків. Глибина ураження дещо відрізнялась від першої групи – у 25 % становила більше 2 мм. Поствиразкові деформації були виявлені у 38,3 % пацієнтів. Специфічним для пацієнтів третьої групи був виражений дуоденіт низхідного відділу дванадцятипалої кишки за типом “манної крупи” у 81,7 % випадків та стоншеність складок і просвічування судинного малюнка слизової у 23,3 %.

Зміни СО шлунка характеризувались більш вираженими запальними явищами, у 63,3 % хворих виявлено пангастрит і у 36,7 % гастрит тіла шлунка. Ерозії виявлено у 35 % випадків захворювання.

У пацієнтів третьої групи спостерігали дуоденогастральний (38,3 %) та гастроезофагальний (15 %) рефлюкси.

Висновки. 1. Поєднання ВХ ДПК з ХБХ обумовлює зміну характеру і локалізації больового синдрому: окрім гастродуоденальної зони – появу його у правому підребер'ї (81,7 %) та появу нудоти та гіркоти в роті.

2. У хворих на ВХ ДПК при втягненні в патологічний процес жовчного міхура ендоскопічні зміни характеризуються збільшенням величини та глибини (25 % > 2мм) виразкового дефекту, вираженим дуоденітом низхідного відділу за типом “манної крупи” (81,7 %), а також збільшенням частоти виникнення ерозій шлунка (35 %) та поширеності запального процесу – пангастрит (63,3 %).

Перспективами подальших досліджень є вивчення у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки в поєднанні з хронічним безкам'яним холециститом динаміки прозапальних і протизапальних цитокінів, продуктів ПОЛ та компонентів АОЗ під впливом різних схем лікування з метою підбору адекватної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология. – М.: Медицинское информационное издательство, 2004. – 850 с.
2. Нейко Е.М., Скробач Н.В. Хронічний холецистит // Архів клінічної медицини. – 2003. – № 1(2). – С. 14.
3. Свинцицкий А.С., Соловьева Г.А. Патогенез язвенной болезни в свете современных представлений // Сучасна гастроентерологія. – 2000. – № 1. – С. 26-28.

4. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. / Л.К. Соколов, О.Н. Минушкин, В.М. Саврасов, С.К. Терновой – М.: Медицина, 1987. – 280 с.

5. Філіппов Ю.О., Скирда І.Ю. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення // Міжвідомчий збірник “Гастроентерологія”. – Дніпропетровськ, 2005. – Вип. 36. – С. 9-17.

CLINICAL FEATURES AND ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS OF MUCOUS MEMBRANE OF GASTRO-DUODENAL ZONE AT PATIENTS WITH DUODENUM ULCER CHOLECYSTITIS IN COMBINATION WITH CHRONIC NON-CHOLELITH

©I.Ya. Makoyda

Ivano-Frankivsk National Medical University

SUMMARY. By means of clinical-laboratory and tool methods 120 patients with pathology of hepato-duodenal zone are surveyed. The characteristic of clinical changes and endoscopic picture of a status of mucous membrane of gastro-duodenal zone is shown at retraction into pathological process of cholecyst at duodenum ulcer.

KEY WORDS: ulcer disease, duodenum, chronic cholecystitis.

УДК 616.65-007.61-06:616.62-008.6-085

НЕІНВАЗИВНІ ШЛЯХИ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ

©**А.І. Мисак, В.В. Твердохліб, В.Я. Хорош¹, Т.Б. Корильчук¹, І.Я. Микитин¹, С.О. Нестерук**

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

¹*Тернопільська університетська лікарня*

РЕЗЮМЕ. Вивчено і проаналізовано віддалені результати у 172 хворих на доброякісну гіперплазію простати з високим оперативним ризиком, яким проводилась трансуретральна мікрохвильова гіпертермія. Виявлено позитивний вплив трансуретральної мікрохвильової гіпертермії на симптоми нижніх сечових шляхів більш як у 70 % хворих з доброякісною гіперплазією простати.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: доброякісна гіперплазія простати, трансуретральна мікрохвильова гіпертермія, симптоми нижніх сечових шляхів.

Вступ. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози, згідно з епідеміологічними дослідженнями, є досить поширеним захворюванням, яке зустрічається у чоловіків середнього, похилого та старечого віку [1]. З віком частота цього захворювання збільшується до 85 % [3]. Поширеність доброякісної гіперплазії простати (ДГП) в Україні серед чоловіків, вік яких старший за працездатний, за останні п'ять років зросла майже на 35 % і становила у 2007 р. 4438,2 на 100 000 відповідного населення (147 677 хворих) [2]. Оскільки у старшому віці поряд з ДГП в більшості випадків є супутні захворювання, перед лікарями постає дилема, який вид хірургічного лікування можна застосувати для даного пацієнта.

Для групи пацієнтів з супутньою інтеркурентною патологією необхідно застосовувати такий спосіб хірургічного лікування ДГП, який був би малотравматичний, кількість післяопераційних ускладнень була б мінімальною, а ефект лікування – хорошим.

За останні десятиріччя проходить пошук нових підходів у лікуванні симптоматичної ДГП. Для

того щоб той чи інший метод був визнаний успішним, необхідно, щоб він був менш інвазивним і при цьому проявляв виражену ефективність, не потребував загальної анестезії, можливо, проводився амбулаторно і мав якнайменше ускладнень. Одним із таких уротехнологічних впроваджень, що відповідає вищезгаданім критеріям, можна вважати трансуретральну мікрохвильову термотерапію (ТУМТ) [4, 5].

Мета дослідження – оцінка ефективності ТУМТ на симптоми нижніх сечових шляхів у чоловіків з ДГП і високим оперативним ризиком.

Матеріал і методи дослідження. За період з 2002 по 2009 р. на базі урологічного відділення Тернопільської університетської лікарні виконано 472 ТУМТ хворим на ДГП з високим оперативним ризиком, із них у 29 (6,14 %) – амбулаторно. У 56 (11,86 %) пацієнтів була гостра затримка сечі, у 14 (2,97 %) – ishuria paradoxa.

З метою оцінки віддалених результатів лікування (через 3 роки після ТУМТ) провели клінічне обстеження 172 пацієнтів.

ТУМТ виконували на вітчизняному апараті "АЛМГП-01" з частотою 1300Hz, ректальною тем-