

**Серкова В.К., Задача Ю.Л., Иванова Е.П.**

# КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Резюме.** Цель исследования: оптимизация диагностики ИБС у больных сахарным диабетом (СД) путем изучения клинико-функциональных особенностей течения ИБС при сочетании с СД 2-го типа. Обследовано 112 больных ИБС, в том числе 66 пациентов с сочетанием ИБС и СД и 46 больных ИБС без проявлений СД. Установлено, что ИБС при СД развивается в более молодом возрасте, носит более выраженный характер и отличается большей частотой возникновения и глубиной смещения сегмента ST, более длительными эпизодами ишемии миокарда и их суммарной суточной продолжительности, чаще встречается безболевого ишемия миокарда. У больных СД ИБС чаще сопровождается нарушением ритма (желудочковые и наджелудочковые экстрасистолы, суправентрикулярная тахикардия). Сочетание СД и ИБС увеличивает степень патологического ремоделирования миокарда, преимущественно за счет дилатации сердца, способствует прогрессированию систолической и диастолической дисфункции и повышению аритмической активности. Отсутствие типичной клинической картины ИБС у больных СД способствует более позднему ее распознаванию, часто уже на стадии осложнений, приводит к позднему назначению адекватной терапии.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, клинические особенности течения, электрокардиография, эхокардиография.

**Serkova V.K., Zadachina Yu.L., Ivanova O.P.**

# CLINICAL-FUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN CONNECTION WITH DIABETES MELLITUS

**Summary.** The purpose of the study: optimization of coronary heart disease diagnostics in patients with diabetes mellitus (DM) by studying the clinical and functional characteristics of the coronary heart disease course in combination with DM type 2. 112 patients with coronary heart disease were examined, including 66 patients with a combination of coronary heart disease and diabetes and 46 patients with coronary heart disease without manifestations of diabetes. It was established that coronary artery disease at the diabetes mellitus develops at a younger age, is more pronounced and is characterized by a higher incidence and depth of ST segment segmentation, longer episodes of myocardial ischemia and their total daily duration, more frequent painless ischemia of the myocardium. In patients with diabetes mellitus coronary heart disease is often accompanied by a violation of the rhythm (ventricular and supraventricular extrasystoles, supraventricular tachycardia). The combination of diabetes and coronary heart disease increases the degree of pathological myocardial remodeling, mainly due to dilatation of the heart, contributes to the progression of systolic and diastolic dysfunction and increased arrhythmic activity. The absence of a typical clinical picture of coronary heart disease in patients with diabetes promotes later recognition, often at the stage of complications, which leads to the late appointment of adequate therapy.

**Key words:** coronary heart disease, diabetes mellitus, clinical features of the course, electrocardiography, echocardiography.

Рецензент - д.мед.н., проф. Кузьміна Н.В.

Стаття надійшла до редакції 30.06.2017 р.

Серкова Валентина Костянтинівна - проф. кафедри внутрішньої медицини №1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; (0432) 570850, +38 (095) 4680386; serkova.md@gmail.com

Задача Юлія Леоніївна - лікар-ординатор кардіологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; (0432) 66-16-59

Іванова Олена Петрівна - лікар-ординатор кардіологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; (0432) 66-16-59

© Булашенко О.В., Вознюк А.В., Кукуруза І.Л., Банах Ю.В., Титаренко Н.В.

УДК: 618.396.25

**Булашенко О.В., Вознюк А.В., Кукуруза І.Л., Банах Ю.В., Титаренко Н.В.**

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

# ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПРИ БАГАТОПЛІДІ В СТРУКТУРІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ АКУШЕРСЬКОГО СТАЦІОНАРУ ТРЕТИННОГО РІВНЯ

**Резюме.** В основу роботи покладено ретроспективний аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у 1535 жінок, котрі були розроджені протягом 2016 рік на базі стаціонару третинного рівня - Вінницького обласного перинатального центру, серед них: 52 жінок із багатоплодовою вагітністю. Проведений аналіз показав, що перебіг вагітності та пологів у жінок із багатопліддям має ускладнений характер, а народжені діти відносяться до групи високого ризику виникнення проблем, пов'язаних із передчасним розродженням (неонатальна жовтяниця, анемія, дихальні розлади, ін.).

**Ключові слова:** багатоплодова вагітність, пологи, перинатальні наслідки.

## Вступ

На сучасному етапі розвитку практичного акушерства однією з головних проблем залишається пробле-

ма зниження материнської та перинатальної захворюваності та смертності. Резервом для вирішення даної

проблеми є рання діагностика ускладнень гестаційного процесу, прогнозування та вибір раціональної тактики ведення вагітності та пологів у жінок групи високого перинатального ризику. На сьогодні одним із найбільш серйозних факторів ризику для матері та новонародженого залишається багатопліддя. Пологи двійнею спостерігаються в 2-3 % роділь та відносять до патологічних [8].

Багатоплодова вагітність згідно з даними літератури асоціюється з більш високим рівнем перинатальної захворюваності, смертності та інвалідизації новонароджених в порівнянні з одноплодовими вагітностями [1, 3, 6, 7]. Це пояснюється перш за все більш високою частотою передчасних пологів у цієї категорії вагітних. Так, частота передчасного розродження при багатоплідді в 3,5 разів перевищує таку при одноплодовій вагітності [4, 5]. Зокрема, близько 40 % багатоплодових вагітностей завершуються пологами до 37 тижнів гестації [2], а серед пологів, котрі відбулися до 32 тижнів, 25 % складають багатоплодові пологи. В зв'язку з цим одним із перспективних напрямків наукового пошуку є дослідження прогностичних критеріїв для своєчасного формування групи підвищеного ризику передчасних пологів серед пацієнток із багатопліддям. Водночас, потребує вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів та структури неонатальної захворюваності, вивчення факторів ризику для плода та їх спрямованості. Все це дозволить коректно виділити групи ризику різної патології та обґрунтувати комплекс лікувально-профілактичних заходів.

**Мета** дослідження - вивчити перебіг вагітності, пологів та перинатальні наслідки при багатоплідді в структурі госпіталізацій акушерського стаціонару третинного рівня.

### Матеріали та методи

Робота виконана в умовах відділення патології вагітності обласного перинатального центру, що є стаціонаром третинного рівня надання акушерської допомоги в Вінницькій області. Проведено ретроспективний аналіз 1535 історій пологів за 2016 рік.

Основну групу склали 52 історії пологів із багатоплодовою вагітністю, групу порівняння - 1483 історій пологів із одноплодовою вагітністю. Середній вік жінок в обох групах достовірно не відрізнявся та склав  $29,52 \pm 5,76$  років у основній групі та  $28,79 \pm 3,13$  років у групі порівняння ( $p > 0,05$ ). При вивченні анамнезу життя найбільш частими захворюваннями були захворювання нирок (8,9 %), захворювання судин (8,3 %), порушення ритму серця (5,8 %), захворювання органів травлення та печінки (5 %).

Близько третини (31,1 %) вагітних основної групи мали гінекологічні захворювання (бактеріальний вагіноз, кольпіт, дисплазія шийки матки, ендометрит, запальні захворювання малого

тазу, лейоміома матки). Акушерський анамнез показав, що перша вагітність була у 19 (36,5 %) жінок у основній групі та 622 (41,9 %), повторну вагітність мали 33 (63,5%) та 861 (58,1 %) жінок відповідно ( $p > 0,05$ ). В основній групі акушерський анамнез був обтяжений штучними перериваннями вагітності у 11 (21,2%) жінок та самовільними викиднями у 3 (5,8%), в групі порівняння щонайменше один штучний аборт мали 36 (24,3 %), самовільний викидень - 14 (9,4 %) вагітних.

У жінок основної групи народилося 104 немовлят, із них 48 - чоловічої статі, 56 - жіночої; в групі порівняння - 1483 немовлят (702 хлопчика, 781 дівчинка). Стан новонародженого оцінювали на 1-ій та 5-ій хвилині після народження за шкалою Апгар, враховували антропометричні дані та показники стану новонароджених.

Статистична обробка отриманих даних виконувалася у статистичному пакеті "SPSS 20" (SPSS Inc.) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів. Для знаходження відмінностей частот використовували метод визначення  $\chi^2$ -квадрат (Пірсона) з корекцією Йетса на безперервність. Статистично значущими вважалися відмінності при  $p < 0,05$  (95 %-й рівень значущості).

### Результати. Обговорення

Всього протягом 2016 року в умовах Вінницького обласного перинатального центру було розроджено 1535 вагітних. При проведенні клініко-статистичного аналізу причин госпіталізації встановлено, що багатоплідна вагітність була причиною госпіталізації в стаціонар третинного рівня у 52 пацієнток. Таким чином, в структурі госпіталізації на третинний рівень надання акушерської допомоги вагітні з багатопліддям у цей рік склали 3,4 % (рис. 1).

Як видно з рисунку 1, багатоплодова вагітність (3,4 %) займає 6-е місце в структурі частоти госпіталізації акушерського стаціонару третинного рівня, поступаючись екстрагенітальній патології (44 %), рубцю на матці після операції кесарів розтин (14,9 %), сідничному після операції кесарів розтин (19,6 %), сідничному пе-

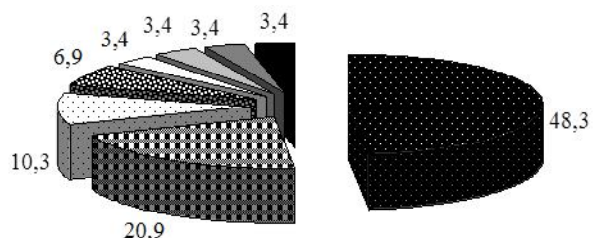


**Рис. 1.** Частота багатоплодової вагітності та її місце в структурі причин госпіталізацій у стаціонар третинного рівня протягом 2016 року.

**Таблиця 1.** Ускладнення перебігу вагітності в досліджуваних групах.

Нозологічна одиниця	Основна група (n=52)		Група порівняння (n=1483)	
	абс.	%	абс.	%
Ранній гестоз	18	34,6	503	33,9
Гостра вірусна інфекція в І триместрі	15	28,9	335	22,6
Анемія вагітних	10	19,2	224	15,1
Загроза передчасних пологів	35	67,3	401	27,7*
Передчасні пологи	26	50,0	165	11,1*
Передчасний розрив плодових оболонок	17	32,7	333	22,5
Загроза переривання вагітності	7	13,5	201	13,6
Патологічна прибавка маси тіла	6	11,5	196	13,2
ПРЕЕКЛАМПСІЯ помірного ступеня	3	5,8	77	5,2
ПРЕЕКЛАМПСІЯ важкого ступеня	1	1,9	27	1,8
Антенатальна загибель плода	3	5,8	15	1,0*
Пієлонефрит вагітних	2	3,8	33	2,2
Артеріальна гіпертензія вагітних	1	1,9	27	1,8
Гестаційний діабет	1	1,9	13	0,9

**Примітка.** \* - рівень значущості відмінностей показників порівняно з основною групою  $p < 0,05$ .



■ Тазове/поперечне положення 1-го плода
■ Гострий дистрес плода
■ Рубець на матці після операції кесарів розтин
■ Монохоріальна моноамніотична двійня
■ Екстракорпоральне запліднення
■ Обструктивні пологи
■ Аномалії пологової діяльності

**Рис. 2.** Структура показань до оперативного розродження жінок із багатоплодовою вагітністю (n=29).

**Таблиця 2.** Відмінності характеристик новонароджених.

Показник	Основна група (n=100)	Група порівняння (n=1460)
Маса тіла дитини, г <sup>1</sup>	2353,2±621,1 (540-3770)	3522,0±375,7# (540-6300)
Зріст дитини, см <sup>2</sup>	46,86 [44,33-48,85]	52,28 [50,51-55,12]*
Стан за Апгар на 1-й хвилині, бали <sup>1</sup>	7,07±1,26 (1-8)	7,15±0,72 (1-9)
Стан за Апгар на 5-й хвилині, бали <sup>1</sup>	8,11±1,38 (0-9)	8,23±0,75 (0-10)

**Примітки:** М - середні арифметичні значення досліджуваних показників, σ - середні квадратичні відхилення, Ме - медіани, [LQ, HQ] - 25-й та 75-й проценти, # - рівень значущості відмінностей показників при порівнянні з іншою групою  $p < 0,05$  за t-критерієм Стюдента, \* - рівень значущості відмінностей показників при порівнянні з іншою групою  $p < 0,05$  за критерієм Манна-Уїтні.

редлежанню та неправильному положенню плода (7,3 %), пreeклямпсії (7 %), лейоміомі матки (3,8 %).

При порівнянні перебігу вагітностей у досліджуваних групах встановлено значущі відмінності за такими станами: загроза передчасних пологів (СШ: 5,56; ДІ [3,078-10,03], ( $p < 0,001$ ), передчасні пологи (СШ: 7,988; ДІ [4,53-14,08], ( $p < 0,001$ ), антенатальна загибель плода (СШ: 5,992; ДІ [1,68-21,37], ( $p = 0,002$ ), які з більшою частотою зустрічалися в основній групі жінок із багатоплодовою вагітністю (табл. 1).

Середня тривалість багатоплодової вагітності (основна група) склала  $34,94 \pm 3,52$  тижнів (мінімальна - 24 тижнів, максимальна - 38 тижнів), одноплодової (група порівняння) -  $37,83 \pm 1,57$  тижнів (мінімальна - 27 тижнів, максимальна - 39 тижнів),  $p < 0,05$ .

В основній групі операція кесарів розтин була виконана в 29 (55,8 %) випадках, тоді як в групі порівняння оперативні пологи проведені в 401 (27 %) випадків (СШ: 3,402; ДІ [1,945-5,951], ( $p < 0,001$ )). Структура показань до оперативного розродження жінок із багатоплодовою вагітністю наведена на рисунку 2.

При порівнянні перебігу пологів значущих відмінностей між групами знайдено не було ( $p > 0,05$ ), за виключенням частоти інтранатальної загибелі плода, котра була достовірно вищою в основній групі (1,9 % проти 0,3 % у групі порівняння, СШ: 9,673; ДІ [1,003-94,59], ( $p = 0,017$ )).

У жінок основної групи живими народилося 100 немовлят, у групі порівняння - 1460. У процесі порівняння антропометричних та вітальних характеристик новонароджених виявлено відмінності у середніх значеннях маси тіла та зросту (табл. 2). Середні значення антропометричних та вітальних характеристик 1-го та 2-го плодів достовірно не відрізнялися. Народження крупного плода спостерігалось тільки в групі порівняння в 161 випадку, що склало 11 %.

Під час порівняння структури ускладнень неонатального періоду встановлено значущу різницю в частоті проблем, пов'язаних із передчасним розродженням (неонатальна жовтяниця, анемія, дихальні розлади, ін.) (28 % в основній групі, 9 % у групі порівняння; СШ: 3,9; ДІ [2,461-6,325], ( $p < 0,001$ )), що відповідно пояснюється більшою кількістю передчасних пологів у жінок із багатоплодовою вагітністю. Передчасні поло-

ги також мають зв'язок із відмінностями середніх у масі тіла та зросту. Інших відмінностей у схильності до захворювань та вроджених вад розвитку не виявлено. Частота випадків ранньої неонатальної загибелі достовірно не відрізнялася в групах порівняння: 1/100 живонароджених в основній групі, 8/1460 - у групі порівняння,  $p > 0,05$ .

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлено, що під час багатоплодової вагітності відбувається підвищення частоти ускладнень, а саме: загрози передчасних пологів (67,3 % проти 27,7 %, СШ: 5,56; ДІ [3,078-10,03]), передчасних пологів (50 % проти 11,1 %, СШ: 7,988; ДІ [4,53-14,08]), антенатальної загибелі плода (5,8 % проти 1 %, СШ: 5,992; ДІ [1,68-21,37]), ( $p < 0,01$ ).

2. Доведено, що у вагітних із багатоплодовою вагітністю спостерігається підвищення частоти оперативного розродження шляхом операції кесарів розтин (55,8 % проти 27 %, (СШ: 3,402; ДІ [1,945-5,951], ( $p < 0,001$ )). Ймовірність інтранатальної загибелі плода в жінок із багатопліддям в 9,7 разів вища, ніж у жінок із одноплідною вагітністю ( $p = 0,017$ ).

3. Народженні діти від матерів із багатопліддям відносяться до групи високо ризику виникнення проблем, пов'язаних із передчасним розродженням (28 % проти 9 %; СШ: 3,9; ДІ [2,461-6,325], ( $p < 0,001$ )).

Отримані дані щодо особливостей перебігу вагітності, пологів та перинатальних наслідків у жінок із багатоплодовою вагітністю є основою для обґрунтування комплексу лікувально-профілактичних заходів, котрі спрямовані на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень.

### Список посилань

1. Савельева, Г. М. & Шалина, Р. И. (2012). Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства. *Акушерство и гинекология*, 2, 4-10.
2. Dolgun, Z. N., Inan, C. & Altintas, A. S. (2016). Preterm birth in twin pregnancies: Clinical outcomes and predictive parameters. *Pak. J. Med. Sci.*, 32 (4), 922-996.
3. Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D. & Romero, R. (2008). *Epidemiology and causes of preterm birth*. *Lancet*, 371 (9606), 75-84.
4. Obiechina, Nj., Okolie, V. & Eleje, M. G. (2011). Twin versus singleton pregnancies: the incidence, pregnancy complications, and obstetric outcomes in a Nigerian tertiary hospital. *Int. J. Womens Health*, 3, 227-230.
5. Pakrashi, T. & Defranco, E. A. (2013). The relative proportion of preterm births complicated by premature rupture of membranes in multifetal gestations: a population-based study. *Am. J. Perinatol.*, 30 (1), 69-74.
6. Rizwan, N., Abbasi, R.M. & Mughal, R. (2010). Maternal morbidity and perinatal outcome with twin pregnancy. *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*, 22(2), 105-107.
7. Chauhan, S. P., Scardo, A., Hayes, E., Abuhamad, A. Z. & Berghella, V. (2010). Twins: prevalence, problems, and preterm births. *Am. J. Obstet Gynecol*, 203 (4), 305-315. doi: 10.1016/j.ajog.2010.04.031.
8. Vogel, J. P., Torloni, M. R. & Seuc, A. (2013). Maternal and Perinatal Outcomes of Twin Pregnancy in 23 Low- and Middle-Income Countries. *PLoS One*, 8 (8), e70549. doi: 10.1371/journal.pone.0070549

**Булаченко О.В., Вознюк А.В., Кукуруза І.Л., Банах Ю.В., Титаренко Н.В.**

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ МНОГОПЛОДИИ В СТРУКТУРЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ

**Резюме.** В основу работы положен ретроспективный анализ особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов у 1535 женщин, родоразрешенных в течении 2016 года на базе стационара третичного уровня - Винницкого областного перинатального центра, из них: 52 женщин с многоплодной беременностью. Проведенный анализ показал, что течение беременности и родов у женщин с многоплодием носят осложненный характер, а рожденные дети относятся к группе высокого риска возникновения проблем, связанных с преждевременным родоразрешением (неонатальная желтуха, анемия, дыхательные расстройства, др.).

**Ключевые слова:** многоплодная беременность, роды, перинатальные исходы.

**Bulavenko O.V., Vozniuk A.V., Kykuryza I.L., Banakh Yu.V., Tytarenko N.V.**

### PREGNANCY, DELIVERY AND PERINATAL PECULIARITIES OF WOMEN WITH MULTIPLE PREGNANCIES IN THE STRUCTURE OF TERTIARY-LEVEL OBSTETRIC HOSPITALIZATION

**Summary.** Retrospective analysis of pregnancy, delivery, and perinatal outcomes in 1,535 women who gave birth in 2016, was performed at the stationary of the tertiary - level at the Vinnytsia Regional Perinatal Center. Among them 52 women had multiple pregnancies. The analysis showed that the pregnancy and delivery in women with multiple pregnancies tend to have complicated character, for example high-risk newborns belonging to the group with complications associated with preterm delivery (neonatal jaundice, anemia, respiratory disturbances, etc.).

**Key words:** multiple pregnancies, delivery, perinatal outcomes.

**Рецензент - д.мед.н., доц. Рудь В.О.**

Стаття надійшла до редакції 09.08.2017р.

Булаченко Ольга Василівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(067)6231671; remedivin@gmail.com

Вознюк Андрій Вікторович - аспірант кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(067)8888921; dr.vozniuk@gmail.com

Кукуруза Інна Леонідівна - к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; заступник головного лікаря ВОКЛ ім. М. І. Пирогова з акушерсько-гінекологічної допомоги, зав. Вінницького обласного перинатального центру, головний спеціаліст - акушер-гінеколог Департаменту охорони здоров'я

Вінницької обласної державної адміністрації; + 38(067)7858939; inna\_kykyryza@mail.ru

Банах Юрій Віталійович - зав. відділення патології вагітних Вінницького обласного перинатального центру; + 38(067)4301219  
Титаренко Наталія Василівна - к.мед.н., асистент кафедри хірургії №1 з курсом анестезіології Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, головний спеціаліст - акушерський анестезіолог Департаменту охорони здоров'я Вінницької обласної державної адміністрації; + 38(097)5847982; andriykostyuchenko@gmail.com

© Демчук Є.С., Жупанов О.Б., Радьога Я.В., Колотько В.С., Дорожинський Ю.А., Цмок С.В., Коваль В.М., Ткачук М.І.

УДК: 616.-072.1: 611.3 : 616 -018.2

**Демчук Є.С., Жупанов О.Б., Радьога Я.В.\*, Колотько В.С., Дорожинський Ю.А., Цмок С.В., Коваль В.М., Ткачук М.І.**

Вінницька обласна клінічна лікарня імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018); \*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра серцево-судинної та ендоскопічної хірургії (вул. Пирогова, 54, м. Вінниця, Україна, 21018)

## ЕНДОСКОПІЧНІ МАРКЕРИ ВРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО ТРАКТУ ПРИ ДЕЯКИХ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

**Резюме.** Автори на основі фіброендоскопічного дослідження 3056 пацієнтів виявили специфічні маркери вражень слизової гастроінтестинального тракту, що тісно корелювали із іншими клінічними проявами системних захворювань - червоного вовчака, склеродермії чи геморагічного васкуліту.

**Ключові слова:** фіброендоскопія, шлунково-кишковий тракт, системні захворювання.

### Вступ

Значна поширеність системних захворювань сполучної тканини, зокрема системного червоного вовчака, склеродермії та геморагічного васкуліту вимагає удосконалення діагностики цих захворювань, котра, не дивлячись на яскраву клінічну картину, все ж залишається, на нашу [4] та провідних ревматологів думку [2, 3, 5, 6, 7, 9, 10], у деяких випадках запізнілою, а то і хибною. Одними з клінічних проявів цих патологічних станів є симптоми враження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) [2, 3, 5, 6, 7, 9, 10]. Описи цих змін трактують на рівні клінічних: нудота, болі в животі, дисфагія, закрепи та інше [2, 5, 6, 7, 10], морфологічних: склероз, враження судин [2, 3, 6] та переважно рентгенологічних [2, 6, 10]. Лише у двох джерелах [1, 3] ми знайшли повідомлення про фіброендоскопічні зміни слизової стравоходу, шлунку і 12-ти палої кишки при вказаній патології, котрі зводять, в основному, до неспецифічних запальних з ерозуванням та інколи геморагічних проявів, подібних до уражень при хворобі Крона. Слід відмітити, що деякі автори [10] вважають, що такий клініко-ендоскопічний феномен, як "кавунний шлунок" (Water-melon stomach), є проявом васкуліту при цих захворюваннях, зокрема склеродермії.

Висока інформативність фіброезофагогастроудоденоскопії (ФЕГС) та колоноскопії (ФКС), котрі ми проводимо на базі ендоскопічного відділення Вінницької ОКЛ ім.М.І. Пирогова, спонукала нас до думки про можливість і необхідність виявлення специфічних ендоскопічних маркерів ураження слизової ШКТ при системних захворюваннях сполучної тканини. В літературних джерелах, доступних на даний час, ця проблема практично не висвітлена. Проводячи фіброендоскопічні дослідження ми звернули увагу на деякі нетипові ураження слизової стравоходу, шлунку, 12-ти палої та товстої кишок,

котрі за своїм виглядом не вкладалися в картину відомих неспецифічних захворювань ШКТ. Виявлені нами нетипові ендоскопічні ознаки спонукали нас до пошуку пояснень можливої причини подібного. Зокрема, ми ретельно вивчали скарги, анамнез та інші клінічні прояви, які були у цих пацієнтів. На наше здивування майже у всіх у них були прояви поліартриту, синдрому Рейно, тривалого субфебрилітету, шкірні ураження, нерідко алопеція, а також зміни загального аналізу крові, зокрема анемія, підвищена ШОЕ, що давало нам привід запідозрити у хворих системні захворювання. У більшості ці діагнози підтверджувалися ревматологами. Слід відмітити, що раніше нікого з цих хворих не обстежували з приводу клінічного поліартриту. Наша підозра була першим кроком у цьому напрямі.

**Мета дослідження** - запропонувати ендоскопічні маркери враження слизової гастроінтестинального тракту при деяких системних захворюваннях на основі виявлених фіброендоскопічних змін слизової стравоходу, шлунку, 12-ти палої або товстої кишок та їх поєднання з іншими симптомами системних захворювань.

### Матеріали та методи

Дослідження проведено протягом 2015-2017 років на базі ендоскопічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова. Пацієнтами були люди, що звертались за медичною допомогою згідно направлень лікарів загальної медичної мережі, а також лікарів поліклініки та стаціонарів цього медичного закладу. Дослідження проводили не вибірково, а у суцільнім потоці хворих. Попередньо нікого із пацієнтів не консультував ревматолог, більшість хворих була оглянута сімейними лікарями та (з наявністю гастроентерологічних скарг) гастроентерологами з подальшим на-