

підемічну ефективність аторвастатину в пацієнтів першої та другої груп, незважаючи на те що хворі другої групи приймали препарат не постійно, а курсами. Ці зміни асоціювалися з тенденцією до зменшення рівнів загального ХС, ХС ЛПНЩ, тригліцеридів (ТГ) і підвищенням ХС ЛПВЩ. Однак у пацієнтів першої групи з високим комплайенсом відмічалася більш виражена позитивна динаміка до нормалізації ліпідних характеристик, а саме зниження загального ХС на 5,87 %, ХС ЛПНЩ — на 9,12 % порівняно з другою групою (–3,54 та –7,34 % відповідно). Разом з тим у хворих першої групи спостерігалася збільшення рівня ХС ЛПВЩ на 1,24 % на відміну від представників другої групи, в яких була відсутня динаміка цього показника. Показовими є результати в третій групі, хворі якої перестали отримувати гіполіпемічну терапію після виписки зі стаціонару. Характерною ознакою групи є збільшення рівнів загального ХС, ТГ і вірогідне ($p < 0,05$), більш ніж наполовину, зростання атерогенного ХС ЛПНЩ, рівень якого наприкінці дослідження досяг ($5,03 \pm 0,13$) ммоль/л.

Висновки. Висока прихильність хворих до ліпідознижувального лікування аторвастатином у середньодобовій дозі 20 до 40 мг асоціювалася з оптимізацією ліпідного профілю плазми хворих. Через наявність високого атерогенного потенціалу в хворих з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом спостерігається загальна тенденція до прогресування атеросклеротичних уражень. Виявлені зміни доводять необхідність стовідсоткової прихильності до лікування з метою зменшення ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2-го типу.

УДК 616.34-008.87-056.257

Ілюшина А.А., Павлович Л.Б., Оленович О.А.,
Маслянюк В.А.
Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Основні складові каскаду метаболічних порушень при метаболічному синдромі (МС) — абдомінальне ожиріння, гіперліпідемія, тканинна інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія (АГ) — тісно пов'язані з функціональним станом органів травлення (Єгорова Є.Г., Звенигородська Л.А., Лазебник Л.Б., 2008). Проте стан органів травлення та їх роль у розвитку МС мало відомі клініцистам (Перова Н.В. і др., 2001).

Метою нашого дослідження було вивчити видовий склад та популяційний рівень порожнинної мікрофлори товстої кишки за умов метаболічного синдрому.

Матеріал і методи дослідження. Нами обстежено 25 хворих (15 жінок та 10 чоловіків) на МС та 14 практично здорових осіб, які склали контрольну групу. Середній вік пацієнтів — ($50,29 \pm 0,96$) року. Середня тривалість АГ — ($5,01 \pm 0,26$) року. Середній індекс маси тіла — ($32,92 \pm 0,38$) кг/м². Відношення окружності талії/окружність стегон — $0,93 \pm 0,01$. Надлишкової маси тіла спостерігали в усіх пацієнтів, у тому числі власне надлишкову масу тіла — у 21,77 % обстежених, ожиріння 1-го ступеня — у 58,06 %, ожиріння 2-го ступеня — у 12,90 %, ожиріння 3-го ступеня — у 7,26 %. Середній систолічний і діастолічний АГ — відповідно ($156,03 \pm 0,79$) та ($91,17 \pm 0,32$) мм рт.ст. Середня ЧСС — ($76,1 \pm 0,69$) за 1 хв. Крім загальноклінічного, лабораторного та інструментального обстеження всім хворим проведено мікробіологічне дослідження вмісту порожнини товстої кишки зі встановленням видового та кількісного складу автохтонних облигатних і факультативних та алохтонних мікроорганізмів.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати вивчення видового складу та популяційного рівня мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки у хворих на МС свідчать про зниження популяційного рівня автохтонних облигатних біфідобактерій, лактобактерій, ентерококів. При цьому зростав популяційний рівень умовно-патогенних бактероїдів, пептокока, пептострептококів, клостридій, стафілококів та дріжджоподібних грибів роду *Candida*. На цьому фоні відбувалася контамінація порожнини товстої кишки умовно патогенними превотелами та ентеробактеріями, які досягають високого популяційного рівня. Аналіз змін видового складу та популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки надав можливість встановити, що в 15 хворих виявлений дисбактеріоз, а в 10 — дисбіоз. Дисбактеріозом I, II і III ступенів страждали по 1 хворому, а дисбактеріоз IV ступеня верифікований у 12 (48 %) хворих. Дисбіоз IV ступеня встановлений у 6 (24 %) хворих та III ступеня — в 1 хворого. Таким чином, дисбактеріоз та дисбіоз IV ступеня встановлений у 18 (72 %) хворих, III ступеня — у 2 (8 %) хворих, II ступеня — в 1 хворого, I ступеня — в 1 хворого.

Висновок. Метаболічний синдром супроводжується формуванням кишкового дисбактеріозу та дисбіозу IV ступеня в 72 % хворих.

УДК 616.34-008.87:616.379-008.64

Ілюшина А.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б.,
Оленович О.А., Маслянюк В.А.
Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

КОРЕКЦІЯ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ЗМІН КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Цукровий діабет (ЦД) залишається однією з актуальних проблем клінічної медицини. Йому влас-

тиві різні системні ускладнення, серед яких важливе значення мають ураження травного тракту (Боднар П.М., 2002; Stacher G., 2001). Порушення секреторної й моторної функцій кишечника з міграцією бактеріальної флори з товстої кишки в проксимальні відділи травного каналу створює сприятливі умови для розвитку патогенної мікрофлори (Захаренко С.М., 2001). Результати вивчення популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки в хворих на ЦД типу 2 показали, що виникають дисбіотичні порушення кишечника (Ляшук Р.П., 2002). З метою корекції порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих на ЦД використовують пробіотики (Ляшук Р.П., 2002).

Матеріал і методи дослідження. Нами обстежено 30 хворих на ЦД типу 2 — 16 чоловіків та 14 жінок. Середній вік хворих становив $(51,6 \pm 2,3)$ року (від 46 до 56 років). Середній індекс маси тіла становив $(27,8 \pm 1,8)$ кг/м² (від 26,1 до 31,4 кг/м²). Від початку лікування хворим проводили загальноклінічні, біохімічні дослідження з визначенням основних показників вуглеводного, білкового, мінерального, ліпідного обмінів, бактеріограму. Хворим виконували УЗД органів черевної порожнини.

Результати дослідження та їх обговорення. Біоспорин призначали по 2 дози 2 рази на добу впродовж двох тижнів. Перед початком лікування всі хворі скаржилися на загальну слабкість, зниження працездатності. Больовий синдром за ходом товстої кишки траплявся в 25 осіб (83,3 %), неприємне відчуття в роті — в 24 (80,0 %), відрижка — в 23 (76,6 %), схильність до запорів відмічали у 22 хворих (73,3 %), до проносів — у 14 осіб (46,6 %). Під час об'єктивного дослідження при пальпації живота виявили чутливість по ходу кишечника. При оцінці індивідуальних показників бактеріограм хворих до лікування встановлено дисбактеріоз I ступеня в трьох (10,0 %) осіб, дисбактеріоз II ступеня — у 8 (26,6 %) осіб, у 14 хворих (46,6 %) констатували дисбактеріоз III ступеня, у 5 (16,6 %) — дисбактеріоз IV ступеня. При застосуванні препарату Біоспорин наприкінці першого тижня лікування у $(82,4 \pm 1,2)$ % осіб зменшився больовий синдром, через два тижні неприємні відчуття в роті відмічали 8 (26,6 %) осіб, схильність до запорів — 7 (23,3 %), до проносів — 5 (16,6 %) осіб. При оцінці показників бактеріограм після проведеного лікування нами встановлено в 10 осіб (33,3 %) нормобіоценоз, у 14 (46,6 %) — дисбактеріоз I ступеня, у 4 (13,3 %) — дисбактеріоз II ступеня, у 2 (6,6 %) — дисбактеріоз III ступеня, дисбактеріоз IV ступеня після лікування не виявлено.

Висновок. Препарат Біоспорин позитивно впливає на мікробіоценоз товстої кишки в хворих на цукровий діабет типу 2. Двотижнєве лікування пацієнтів цим препаратом сприяє значному зниженню ступеня дисбактеріозу. Нормалізація порушень мікробіоценозу товстої кишки в хворих на цукровий діабет за допомогою препарату Біоспорин на тлі базового лікування позитивно впливає на клінічно-лабораторні показники перебігу захворювання.

УДК 616.34-008.87:616.441-008.64-092.6/.9

Ілюшина А.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б.,
Оленович О.А., Маслянюк В.А.
Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

МІКРОБІОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Одними з найбільш характерних клінічних проявів гіпотиреозу є зміни з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (Старкова Н.Т., 2002). Вважається, що останні є результатом недостатньої дії тиреоїдних гормонів і, як правило, зникають після досягнення еутиреозу (Свириденко Н.Ю., 2002). Проте численні клінічні дослідження вказують на тільки часткове усунення клінічних ознак дисфункції ШКТ після компенсації функціональних порушень щитоподібної залози (Гребнева О.П., Анчикова Л.И., 2001). При гіпотиреозі існує багато факторів і механізмів, що здатні викликати дисбіотичні порушення кишечника. У свою чергу, сформований дисбактеріоз кишечника здатний не тільки поглибити патологічні зміни з боку різних органів і систем, викликаних гіпотиреозом, а й призвести до виникнення цілої низки нових порушень.

Метою дослідження було встановити морфологічний стан травного тракту за умов експериментального гіпотиреозу.

Матеріал і методи дослідження. Об'єктом дослідження були 16 статевозрілих самців білих щурів масою 150–200 г. До групи інтактних тварин увійшли 10 самців-щурів аналогічної маси. Для моделювання гіпотиреозу тваринам упродовж 14 днів внутрішньошлунково вводили мерказоліл (mercazolyl, ВАР «Фармацевтична фірма «Здоров'я», Україна) із розрахунку 10 мг/кг маси тіла (Чугунова Л.Г., Рябков А.Н., Савилов К.В., 2001). Як розчинник препаратів використовували стерильну дистильовану воду. Кожна доза препарату випробовувалась на кожній тварині дослідної групи, контрольна група складалася з інтактних щурів-самців однакового віку та маси, які отримували стерильну дистильовану воду в об'ємі 1,0 мл. Дослідження проводили через 14 днів після початку формування гіпотиреозу.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами нашого дослідження, у клубовому відділі тонкої кишки відмічається атрофія слизової оболонки, що проявляється як укороченням кишкових ворсинок, так і зменшенням загальної товщини ділянки крипт. Разом із цим був очевидно зниженим відсоток бокалоподібних клітин як у кишкових ворсинах, так і в криптах, причому візуально спостерігалось зменшення їх розмірів порівняно з інтактними тваринами. У просвітах крипт мало місце посилення явищ клазматозу та екструзії епітеліальних клітин. М'язовий шар тонкої кишки виглядав атрофічним. Результати дослідження свідчать про структурні зміни й у товстому кишечнику.