

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



ЧСС (% від максимальної) був достовірно вищим у пацієнтів з групи контролю, а рівень максимального систолічного АТ (мм рт. ст.) був значно вищим в основній групі.

Отже, у пацієнтів зі СС при поєднанні з МС відмічалось зменшення толерантності до фізичного навантаження та зростання кількісних показників ішемії за даними стрес-тестів.

Малкович Н.М.

ПРЕПАРАТИ СЕРАТІОПЕПТИДАЗИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Лікування гострих респіраторних захворювань залишається актуальною проблемою внутрішньої медицини. Продовжується пошук засобів, що здатні позитивно впливати на перебіг захворювання, прискорювати його розрешення, сприяти потенціюванню дії антибактеріальних та противірусних засобів у вогнищі інфекції. Нами був запропонований засіб сератіопептидаза – протеолітичний фермент, здатний чинити різнопланову дію, в тому числі муколітичну, розсмоктувальну, потенціювати дію антибактеріальних засобів завдяки збільшенню їх концентрації у локусі запального процесу.

Впродовж 2013 року обстежено та проліковано 62 хворих з гострими запальними респіраторними захворюваннями, що перебували на лікуванні у пульмонологічному відділенні Міської лікарні № 3 м. Чернівці. За застосовуваними методами лікування хворі були розподілені на чотири групи: ІА група (12 хворих) – хворі на гострий бронхіт із затяжним перебігом, що отримували антибіотик перорально (кларитроміцин, або доксицилін) та лазолван; ІВ група (11 пацієнтів) – хворі на гострий бронхіт із затяжним перебігом, що додатково до вищенаведеної схеми лікування отримували перорально препарат сератіопептидази у дозі 20 мг двічі на добу; ІІА група (15 досліджуваних) – пацієнти із не госпітальною бронхопневмонією, що отримували парентерально цефтріаксон в комбінації з пероральним прийомом лазолвана; ІІВ група (14 хворих) – пацієнти із негоспітальною бронхопневмонією, додатково до вищезазначеного лікування отримували перорально препарат сератіопептидази у дозі 20 мг двічі на добу.

При поступленні у стаціонар у всіх обстежуваних спостерігали явища інтоксикаційного синдрому (пітливість, загальна слабкість, лихоманка), кашель різного ступеня вираженості з виділенням харкотиння слизового чи слизово-гнійного характеру або без нього, задишка при звичайному фізичному навантаженні. Для покращення надання медичної допомоги хворим та полегшення перебігу захворювання було запропоноване застосування препаратів сератіопептидази (серата, серокс, мовіназа) у дозі 20 мг двічі на добу.

У пацієнтів ІВ та ІІВ груп в порівнянні з хворими ІА та ІІА групами спостерігали прискорення регресу інтоксикаційного синдрому, покращення експекторації. У пацієнтів ІІВ групи при проведенні контрольованого рентгенологічного дослідження було виявлене повне розсмоктування запальної інфільтрації легень у 85,7% випадків проти 66,7% у досліджуваній групі ІІА. Це призвело до скорочення курсу антибіотикотерапії. Тому встановлено, що призначення сератіопептидази в рекомендованій разовій та курсовій дозах сприяє прискоренню розсмоктування запальної інфільтрації легеневої тканини у хворих на пневмонію та попереджає розвиток післяпневмонічного пневмосклерозу за рахунок покращення евакуації фібринозного ексудату з альвеолярної порожнини. Це дозволяє в повній мірі відновити структуру та функцію легеневої тканини, попередити розвиток легеневої недостатності рестриктивного типу.

При дослідженні функції зовнішнього дихання через 7 днів після початку лікування у пацієнтів групи ІВ визначалось збільшення показників зовнішнього дихання на 5,7% порівняно з пацієнтами групи ІА.

Встановлено, що призначення сератіопептидази в рекомендованій разовій та курсовій дозах зменшує прояви мукоциліарної недостатності та дискринії, що помітно у хворих на гострий бронхіт у вигляді покращення відходження мокротиння, санації бронхіального дерева, збільшення ефективності противірусних та антибактеріальних засобів. Водночас відмічається зменшення побічних ефектів від відхаркувальних препаратів з боку системи травлення. Слід зазначити, що побічні та небажані явища при застосуванні препаратів сератіопептидази практично не спостерігались.

Вважаємо перспективним застосування даної групи препаратів при хронічних процесах у бронхолегеневій системі (хронічному необструктивному бронхіті, хронічному обструктивному захворюванні легень, бронхіальній астмі тощо), оскільки сератіопептидази притаманні протеолітичні властивості, в тому числі муколітичні, здатність зменшувати алергічний компонент запалення, покращувати кровообіг в зоні запального процесу.

Микитюк О.П.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ КОМПЛЕКСІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Остеоартроз є хронічною невинно прогресуючою патологією, що супроводжується постійним порушенням самопочуття хворих, часто стійким до застосованої терапії. Особливу увагу приділяють



ритмам больових відчуттів, оскільки останні, будучи комплексним неприємним відчуттям, часто порушують нормальну активність, думки та сон хворих людей і вимагають частого або й постійного прийому НПЗП. Важливим аспектом дії ліків нині вважають їх здатність покращувати перш за все якість життя хворих.

Проведено обстеження 60 хворих на ОА при поступленні у стаціонар та після лікування (візуальні аналогові шкали, опитувальники WOMAC). Опитувальники заповнювали 6 разів на добу з 4-годинним інтервалом. Основу базисної медикаментозної терапії ОА склали засоби, що діють на метаболізм хряща – хондропротектори. Препаратами вибору були „Алфлутоп®” або Мукосат, які вводили внутрішньом'язово однократно в першій половині дня через день (10 ін'єкцій). За наявності ознак синовіту хондропротектори призначали після ліквідації явищ гострого запалення. З метою полегшення больового синдрому та ліквідації запальних явищ усі хворі отримували НПЗП, підібрані індивідуально (напівселективні інгібітори ЦОГ-2: німесил/моваліс, кетонал або диклофенак/диклоберл.

Дослідження вираженості больового синдрому впродовж доби виявило відсутність циркадіанної чи ультрадінанної ритмічності, а також показало, що максимальна його інтенсивність визначається у вечірні години – як за відсутності, так і за наявності синовіту. У хворих із синовітом профіль носив монотонний характер, вечірній пік був виражений слабо; на противагу, інтенсивність больового синдрому у денний час у хворих без синовіту була незначною, зростаючи надвечір. Середньодобова інтенсивність болю у хворих за синовіту була в 1,5 рази більшою, ніж за його відсутності.

Більшість (86%) хворих вказували на порушення нічного сну (розлади засинання та порушення глибини) у першій половині ночі у зв'язку зі значною інтенсивністю болю.

У процесі лікування хворі відмічали зменшення інтенсивності больового синдрому упродовж доби. За використання стандартних терапевтичних схем достовірну різницю виявляли лише о 10.00-14.00 – больові відчуття за силою зменшилися на 39,6 та 30,5% відповідно. Пацієнти відмічали покращення самопочуття в передранішні години (6.00) – їх сон у цей час був стабільним, за рахунок чого оцінки болю вони у зазначений часовий інтервал не здійснювали. Проте, посилення симптоматики надвечір до ступеня, що порушував перебіг нічного відпочинку (важкість засинання, біль, що змушував пробуджуватися, при повороті тулуба), зберігалось. Окрім того, у третини пацієнтів групи порівняння в перші 3-5 діб після початку застосування хондропротекторів спостерігали транзиторне загострення симптоматики, яке тривало 2-3 дні; остаточно полегшення мало місце з 10-14 доби з початку лікування.

Раціональним є пошук засобів, включення яких до лікувального комплексу хворих на ОА сприятиме швидшому покращенню якості життя шляхом зменшення симптоматики захворювання переважно у вечірній час, нормалізації нічного сну, попередження розвитку реактивного загострення у відповідь на застосування засобів хондропротекторної групи.

Москалюк І.І., Федів О.І., Москалюк В.І.*

НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНИЙ ТА ВЕГЕТАТИВНИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБА З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ

Кафедра внутрішньої медицини

*Кафедра хірургії**

Буковинський державний медичний університет

Захворювання щитоподібної залози посідає провідне місце серед ендокринної патології. За даними ВООЗ, у світі нараховується більше 600 млн. хворих на зоб (2010). В Україні зареєстровано близько 1,5 млн. випадків зоба, при чому впродовж останніх десятиріч спостерігається зростання різних форм зоба, які супроводжуються тиреотоксикозом.

Обстежено 106 хворих на токсичні форми зоба. У всіх хворих діагностовано субкомпенсований тиреотоксикоз середнього ступеня тяжкості. У 69 хворих виявлено наявність синдрому подразненого кишечника, з них у 35 хворих – з перевагою проносів, у 34 хворих – з перевагою закрепів. Усім хворим було проведено комплексне обстеження, яке включало збір скарг, анамнезу, об'єктивне обстеження, лабораторні та інструментальні дослідження. Порушення з боку нервової системи виявлено у 96,7% обстежених, з боку серцево-судинної системи – у 90,3%, а у 60,4% хворих були наявні порушення з боку органів травлення.

Для об'єктивізації порушень моторної функції кишечника використано розроблену методику фоноентерографії з визначенням кількісних параметрів перистальтичної хвилі, що дозволило водночас із клінічними дослідженнями об'єктивно розділити хворих на 3 групи. До першої групи увійшли 35 хворих на СПК з перевагою проносів, до другої – 34 хворих з перевагою закрепів, до третьої групи – 37 хворих з тиреотоксикозом без клінічно-інструментальних ознак порушення моторно-евакуаторної функції кишечника.

При оцінці вегетативного статусу хворих на тиреотоксикоз за допомогою індексу Кердо з'ясовано, що у всіх хворих спостерігається гіперсимпатикотонія, яка зумовлена дією надлишку тиреоїдних гормонів. Однак у хворих першої групи виявлено також підвищення тону і парасимпатичної системи, про що свідчать високі параметри варіабельності серцевого ритму.

Рівень серотоніну в плазмі крові у хворих першої групи був майже вдвічі вищим за такий у контролі та у хворих третьої групи (225,34±21,15 проти 140,77±11,37 та 120,12±21,30 нг/мл відповідно; p<0,01).



Проведені генетичні дослідження для виявлення функціонального поліморфізму гена SERT свідчать, що за переважання проносів LL-генотип трапляється у 66,7% пацієнтів, SS-генотип – у 25,0%, і LS-генотип – у 8,3%; за переважання закріпів у 75,0% пацієнтів встановлено LS-генотип, у 25,0% – SS-генотип; за відсутності порушень моторно-евакуаторної функції кишечника в 78,6% випадків виявлено SS-генотип та в 21,4% – LS-генотип.

Проведені дослідження свідчать про наявність вегетативного дисбалансу, нейро-гуморальних порушень та різних видів поліморфізму гена SERT у хворих на тиреотоксикоз із синдромом подразненого кишечника, що залежать від типу порушень функціонального стану кишечника.

Нечіпай Ж. А., Хухліна О. С., Восвідка О.С.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Проблема прогресування цукрового діабету (ЦД) визначається поліорганичним характером уражень, незворотністю змін багатьох функціональних систем та органів із розвитком судинних ускладнень. Наявність скарг на дискомфорт, біль в животі у хворих на ЦД визначається у 60-80%. Діабетична гастропатія (ДГ) обумовлює розлади моторно-евакуаторної функції шлунка та низку морфологічних змін слизової оболонки шлунка (СОШ), зумовлених розладами іннервації, кровопостачання, мікроциркуляції та репарації епітелію СОШ.

Метою нашого дослідження стало підвищення ефективності лікування ДГ шляхом усунення проявів ендотеліальної дисфункції (ЕД), метаболічних розладів та відновлення морфо-функціонального стану шлунка.

Нами обстежено 120 хворих на цукровий діабет (ЦД) типу 1 та 2, середньої тяжкості, субкомпенсований, віком від 37 до 63 років. Хворі були розподілені на дві групи. У хворих 1-ї групи (60 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД 1 та 2 типів (1 група). Групу порівняння (2 група) склали 60 хворих на ЦД типу 1 та 2 без ознак ДГ. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб.

Функціональний стан ендотелію вивчали за вмістом у крові стабільних метаболітів NO (нітритів, нітратів) за методом L.C.Green із співавт., активністю iNOS (DRG) та ET-1 (ELISA) методом імуноферментного аналізу. Для візуального контролю змін слизової оболонки шлунка (СОШ) всім хворим (100%) виконували ЕГФДС з прицільною біопсією 2-3 ділянок СОШ (дно, тіло, анtrum) з використанням фіброгастроскопів фірми „Olympus GIFQ20” (Японія). Гістологічні препарати вивчали світлооптичними методами, зміни ендотелію судин СОШ вивчали засобами комп'ютерного аналізу із застосуванням коефіцієнту варіації оптичної густини (КВОГ) забарвлення. За величиною КВОГ оцінювали ступінь організації ядерного хроматину ендотеліоцитів (І.С. Давиденко, 2008). У комплексну терапію хворих 1-ї групи включали засоби для корекції глікемічного профілю крові: метформін у таблетках по 500 мг 2 рази на день. За випадковою ознакою 1 група була розділена на дві підгрупи: 1А, яка отримувала ліпофлавонол, розчинений у 20 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, №10 та ребаміпід у таблетках по 100мг 3 рази на день упродовж 14 днів, та 1В, яка отримувала вітамін В6 5%, 2 мл.

У 78,6% хворих на ЦД із ДГ встановлена наявність ЕД за змінами вмісту NO, ET-1 та активністю iNOS у сироватці крові. Зокрема, у хворих 1-ї та 1А груп зареєстровано зростання вмісту в крові ET-1 відповідно у 1,4 та 1,8 рази порівняно з показниками ПЗО ($p < 0,05$). У хворих 1-ї групи спостерігалось підвищення вмісту NO у крові на 8,9% порівняно з показником ПЗО ($p > 0,05$), а в хворих 1А групи зареєстровано зростання вмісту в крові NO на 24,3%, однак зміни в міжгруповому аспекті були невірогідні. В обох групах спостерігалось вірогідне підвищення активності iNOS у 1,8 ($p < 0,05$) та 2,5 рази ($p < 0,05$) відповідно. Встановлено наявність кореляційного зв'язку між показником інфікування СОШ $H.pylori$, активністю iNOS, вмістом у крові NO ($r = 0,78$, $p < 0,05$; $r = 0,71$, $p < 0,05$). У результаті проведеного лікування в хворих основної групи під впливом ліпофлавонолу та ребаміпіду значно швидше (на 7 днів) спостерігалось покращення самопочуття, відновлення апетиту, зменшення дискомфорту та болю в надчревіній ділянці. Зникнення або значне зменшення клінічних проявів ДГ наприкінці лікування в хворих 1 групи спостерігалось у 96,4% (29 пацієнтів), у хворих 1А групи – у 89,1% (27 пацієнтів) проти – 48,1% (10 осіб) та 44,3% (9 осіб) у контролі. За результатами ЕГФДС у хворих 1 групи після закінчення лікування нормалізацію стану СОШ (зникнення явищ гіперемії, запальної інфільтрації СОШ, епітелізація ерозій) було досягнуто у 87,9% (26 осіб), у хворих 1А групи – у 83,1% (25 осіб), у той час, як у хворих 2 групи зміни були невірогідні. Під впливом ліпофлавонолу та ребаміпіду у динаміці лікування через місяць після лікування спостерігалась нормалізація ШЕШ у хворих 1 групи у 78,5% хворих. У хворих 1А групи, у яких відмічали сповільнення ШЕШ до лікування, спостерігалось істотне прискорення МЕФШ під впливом ліпофлавонолу та ребаміпіду у 76% хворих. Позитивна динаміка спостерігалась у хворих основної групи щодо клінічного перебігу ЦД обох типів: нормалізація рівня глікемії натще та постпрандіально на 4-й день лікування, вмісту HbA_{1c} , концентрації в крові інсуліну, що вказує на істотний вплив ліпофлавонолу в подоланні гіперінсулінемії та ІР.

Після проведеного лікування ліпофлавоном та ребаміпідом стан ендотелію слизової оболонки шлунка суттєво покращився, про що свідчать ендоскопічні дані, підвищення концентрації монооксиду нітрогену в сироватці крові та зменшення проявів функціональної диспепсії.



Окіпняк І.В.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕКВАТОРА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

У дослідженні взяли участь 46 пацієнти з клінічно верифікованою есенціальною АГ II стадії (згідно з класифікацією та наказом № 436 МОЗ України від 3.07.2006 р.) у поєднанні з ІХС зі збереженою систолічною функцією ЛШ та цукровим діабетом II типу. У всіх пацієнтів формою ІХС була стабільна стенокардія напруги ПФК.

Серед обстежених жінок було 31 (67,39%), чоловіків – 15 (32,61%) віком від 54 до 72 років (у середньому $61,2 \pm 4,3$ роки). Пацієнти були розподілені на три групи: першу (15 осіб) склали хворі, які в якості терапії отримували лізиноприл 20 мг на добу, симвастатин 20 мг на добу і ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу; другу (15 осіб) – пацієнти, які отримували амлодипін в дозі 10 мг, симвастатин 20 мг на добу і ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу; третю (16 осіб) – пацієнти, які отримували екватор 10/5, симвастатин 20 мг на добу і ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу. Пацієнти всіх груп знаходились на таблетованій гіпоглікемічній терапії, в залежності від потреби отримували нітропрепарати.

За вихідними даними клінічні прояви нозологій були конкордантні, так, у пацієнтів I групи на біль в ділянці серця скаржились 54,8%, головний біль турбував 47,5% хворих, набряки зустрічались у 24,6% пацієнтів, на серцебиття та перебої в роботі серця скаржились 42,7% хворих. Частота вищезначених симптомів у пацієнтів II та III клінічної групи вірогідно не відрізнялась від першої. Після проведеного курсу лікування встановлено перевагу терапії у III групі пацієнтів щодо усунення наступних симптомів: біль в ділянці серця (у порівнянні із I групою обстежених), набряки (у порівнянні із II групою обстежених), серцебиття та головний біль (у порівнянні із I та II групою обстежених). У хворих II та III груп спостерігали регресуючу динаміку ангінального синдрому, що проявлялось зменшенням кількості нападів стенокардії. Достовірну різницю отримали між пацієнтами I та III груп (кількість нападів стенокардії у хворих III групи зменшилась з $6,1 \pm 1,9$ до $3,3 \pm 1,6$ за добу ($p < 0,05$), приймання нітрогліцерину - з $5,3 \pm 1,8$ до $1,7 \pm 0,9$ таблетки на добу ($p < 0,05$)). Вказані клінічні симптоми мали підтвердження при аналізі проведеного щодобового моніторингу ЕКГ. У обраного нами контингенту хворих виявлено наявність як епізодів больової (БІМ), так і безбольової ішемії міокарда (ББІМ). Аналіз отриманих результатів через 2 тижні вказаної терапії засвідчив зменшення під впливом прийому амлодипіну середньої тривалості ішемічних епізодів у пацієнтів II (зменшилась з $15,02 \pm 2,11$ до $8,04 \pm 2,12$ хв. ($p < 0,05$)) та III груп (з $17,06 \pm 1,03$ до $9,01 \pm 1,02$ хв. ($p < 0,05$)), при цьому зменшувалась потреба у застосуванні нітропрепаратів. У пацієнтів I групи тривалість епізодів БІМ та ББІМ залежала від кількості прийнятих таблеток нітрогліцерину.

За результатами аналізу щодобового моніторингу АТ на початку дослідження показники САТ і ДАТ у пацієнтів трьох груп не мали статистично значущих відмінностей. Конкордантність спостерігалась також і стосовно відсотку хворих із non-dipper типом АГ (38,4% (хворих) у I групі, 35,7% (хворих) у II групі, 32,9% (хворих) у III групі ($p > 0,05$)).

Цільовий рівень АТ було досягнуто при застосуванні комбінованого антигіпертензивного препарату екватора у хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом. Для досягнення гіпотензивного ефекту у обраного контингенту хворих, була необхідність у застосуванні більших доз лізиноприлу чи амлодипіну при проведенні монотерапії. Безпечність застосування екватора пояснюється використанням гіпотензивних складових у менших дозах, ніж в оригінальних препаратах.

Оліник О.Ю.

ЕНДОСКОПІЧНА КАРТИНА УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

За останні десятиріччя відзначено істотне збільшення захворюваності на цукровий діабет як у світі, так і на Україні. У 2000 році кількість хворих на цукровий діабет на земній кулі дорівнювала 171 млн. (2,8 % від загальної кількості хворих), а через 30 років за прогнозами епідеміологічних досліджень вона зросте більш ніж на 100% та становитиме 366 млн. осіб (4,4 % від загальної кількості хворих). Водночас відзначено, що ці дані не відображають реальної поширеності захворювання. При цукровому діабеті добре вивчена патологія судин, серця, нирок, існують численні роботи, присвячені цим проблемам. Гастроентерологічні аспекти цукрового діабету досліджені значно гірше. Відомо, що найчастіше хворі на цукровий діабет звертаються до лікарів з диспепсичними скаргами, а при подальшому обстеженні в них визначають функціональні розлади приблизно у 80% випадків з боку гастродуоденальної області, а органічна патологія сягає майже 40 % випадків.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей ураження шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) у хворих на цукровий діабет (ЦД).