

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ „НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМ. Л.Т.МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ”
ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР’ЄВА НАМН УКРАЇНИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ “МОЛОДІ ВЧЕНІ ТА СПЕЦІАЛІСТИ ІНСТИТУТІВ
НАМН УКРАЇНИ М. ХАРКОВА”
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З УЧАСТЮ
МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ, ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ

**«ВНЕСОК МОЛОДИХ ВЧЕНИХ І СПЕЦІАЛІСТІВ
У РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ НАУКИ
І ПРАКТИКИ: НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ»**

15 травня 2015 року

Харків 2015

Результати. Структура причин ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням представлена, головним чином, ішемічною хворобою серця (85,3 %), нерідко на фоні артеріальної гіпертензії та цукрового діабету; тільки у 1/9 частини (11,8 %) хворих розвитку ХСН передують некоронарогенні ураження міокарда (міокардити та кардіоміопатії). У 2,9 % випадків, як основна причина ХСН фігурує тільки артеріальна гіпертонія (АГ) зі значною гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ). За даними проспективного дослідження відзначено, що ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням частіше спостерігається в молодому і зрілому віці, у осіб з обтяженим сімейним анамнезом по ССЗ і ожиріння (70,8±5,4 %), при відсутності або низької прихильності лікуванню (59,7±5,8 %). У 62,8 % хворих з абдомінальним ожирінням зазначений малосимптомний перебіг серцевої недостатності. Встановлено прямий взаємозв'язок індексу маси тіла з функціональним класом ХСН, ступенем дисліппротеїнемії, підвищенням систолічного артеріального тиску, ступенем гіпертрофії лівого шлуночка і зворотній взаємозв'язок з ліппротеїдами високої щільності та прихильністю до лікування.

Висновок. Структура причин ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням, представлена, головним чином, ішемічною хворобою серця нерідко на фоні артеріальної гіпертензії та цукрового діабету. ХСН у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням частіше спостерігається в молодому і зрілому віці, у осіб з обтяженим сімейним анамнезом по ССЗ і ожиріння. Надлишкова маса тіла та ожиріння є предикторами прогресуючого перебігу коронарогенної ХСН.

ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ МАКРОСУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Г.В. Демиденко

Харківський національний медичний університет

Мета: дослідження синтезу і метаболізму оксиду азоту на підставі вивчення активності ендотеліальної та індучибельної NO-синтази та S-нітрозотіолу в плазмі крові у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім ожирінням.

Матеріал і методи: 83 пацієнта з ГХ з нормальною (n=20) та надмірною (n=63) масою тіла. Біохімічним методом визначали активність e-NO та i-NO-синтази, S-нітрозотіолу в плазмі крові.

Результати: встановлено підвищення рівня S-нітрозотіолу. Найбільші показники встановлені в групах з ГХ та ожирінням 2 та 3 ст. Зниження активності eNOS - в групах з ГХ та ожирінням 2 и 3 ст. Найбільша активація iNOS спостерігалась в групах з ГХ та нормальною масою тіла й надмірною. В групах з 1, 2 та 3 ст. ожиріння також відмічалась надмірна активація iNOS.

Висновки: експресія ендотеліальної NO-синтази пов'язана з компенсаторними механізмами. Зниження активності eNO-синтази свідчить об ендотеліальній дисфункції. У хворих на ГХ з супутнім ожирінням спостерігається активація окис-

лювального метаболизму L-аргініна із зміненням співвідношення активності ізоформ NO-синтаз у плазмі артеріальної крові у бік превалювання іNO-синтази. Півіщення S-нітрозотіолу свідчить про стан оксидантного стресу, підвищеном рівні вільних радикалів та зниженні біодоступності оксида азоту.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ОЦЕНКОЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИНАМИКИ ФУНКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИСТОМАНОМЕТРИИ

Т.В. Дерменжи, В.С. Свинцицкий, Л.И. Воробьева, С.В. Неспрядько,
А.И. Яцина, А.В. Кабанов

Национальный институт рака, Киев

Цель: Оценить показатели динамики функций мочеполовой системы у больных инфильтративным раком шейки матки (РШМ) после выполнения нейросохраняющей радикальной гистерэктомии (РГЭ-С₁).

Материалы и методы. 68 больным инфильтративным РШМ (средний возраст больных $32,7 \pm 4,9$ года), из них 34 больным (I – группа) РГЭ производилась с сохранением тазового вегетативного нервного сплетения (ТВНС) и 34 больной (II – группа, контрольная) РГЭ выполнялась по стандартной методике, без сохранения ТВНС. Всем пациенткам выполнена цистоманометрия при помощи которой оценивалась растяжимость стенки мочевого пузыря (РСМП). РСМП рассматривалась, как изменение детрузорного давления при изменении объема заполнения мочевого пузыря и вычислялась по формуле: $K = \Delta V / \Delta P$, где K – РСМП (в мл/см вод.ст.); ΔV — изменение объема заполнения мочевого пузыря, ΔP – изменение давления детрузора.

Результаты и обсуждение. Проведя анализ K, $\Delta V, \Delta P$ у пациенток I группы, мы определили, что РСМП (ср.K) равняется 24,7 (+/-) мл/см вод.ст., при объеме (ср. ΔV) 270 мл и разнице давления (ср. ΔP) 8,1 мм.рт.ст.; у пациенток II группы - РСМП (ср.K) равняется 15,6 мл/см вод.ст., при объеме (ср. ΔV) 160 мл и разнице давления (ср. ΔP) 7,6 мм.рт.ст. Путем анкетирования пациенток I и II групп мы оценивали основные симптомы нарушений сексуальной функции (НСФ) такие как: нарушение вагинальной секреции (НВС); болевой синдром (БС); чувство страха иметь половой контакт (ЧСИПК). У пациенток I группы: НВС были установлены у 3 (8,8%); БС – у 2 (5,9%); ЧСИПК – у 3 (8,8%). НСФ составили 23,5%. У пациенток II группы НВС были установлены в 9 (26,5%), БС – в 8 (23,5%), а ЧСИПК – 10 (29,4%) что составило 79,4% НСФ.

Выводы: НСФ составили 23,5% у пациенток I группы против 79,4% в контрольной, что доказывает существенное влияние нейросохраняющей (РГЭ-С₁) на данные функции. Коэффициент растяжимости стенки мочевого пузыря у пациенток с сохранением ТВНС выше, чем у пациенток второй группы, что свидетельствует о более редком нарушении функции со стороны мочеполовой системы, возникающих у пациенток первой группы.