

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ»
ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГО «УКРАЇНСЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ І БОРОТЬБИ З УСКЛАДНЕННЯМИ

5 листопада 2015 року



Харків
2015

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ»
ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГО «УКРАЇНСЬКА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**ХРОНІЧНІ НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ЗАХОДИ
ПРОФІЛАКТИКИ І БОРОТЬБИ З УСКЛАДНЕННЯМИ**

5 листопада 2015 року

Харків,
2015

УДК: 616.1/4-036.12-084-06

X 33

Відповідальний редактор

Г. Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:

Гальчінська В. Ю., Гріднєв О. Є., Денисенко В. П., Коваль С. М., Ісаєва Г. С., Колеснікова О. В., Копиця М. П., Крахмалова О. О., Несен А. О., Рудик Ю. С., Серік С. А., Топчій І. І.

Відповідальний секретар: Грідасова Л. М.

X 33 “Хронічні неінфекційні захворювання: заходи профілактики і боротьби з ускладненнями”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 5 листопада 2015 р. /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2015. – 368 с.

У збірник включено тези доповідей, що подані до участі у науково-практичній конференції з міжнародною участю “Хронічні неінфекційні захворювання: заходи профілактики і боротьби з ускладненнями”. В них розглянуто фактори та предиктори ризику неінфекційних захворювань (НІЗ); епідеміологія НІЗ; сучасні клінічні, лабораторні та інструментальні методи діагностики НІЗ в медичній практиці; заходи щодо попередження, раннього виявлення та зниження ризику НІЗ; первинна і вторинна профілактика НІЗ; інноваційні підходи до вирішення проблеми; медичні та соціальні аспекти виникнення НІЗ внутрішніх органів; наукові та практичні аспекти хронізації неінфекційних захворювань внутрішніх органів.

Матеріали конференції призначені для вчених та спеціалістів, що займаються проблемами теоретичної та практичної медицини.

СТАТИНЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ

Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Исхаков Ш. А., Каримов М. М.,
Касимова Г. М.

*АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент,
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

Цель – оценка влияния статинов на некоторые показатели липидного обмена и функциональное состояние печени у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. В исследование включили 35 пациентов узбекской популяции, которые получали аторвастатин (15) или розувастатин (20) в общепринятых дозах на фоне базисной терапии (антиагреганты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, при необходимости нитраты) в течение 3-х месяцев. Изучали содержание холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), билирубина, активность трансаминаз, щелочной фосфатазы, глутамилтранспептидазы, определяли полиморфизм генов HMGCR и ApoE, проводили УЗ исследование печени.

Результаты. Почти у всех больных (91 %) выявлены изменения в липидном профиле, характерные для атерогенной дислипидемии (АДЛ). При этом у 22 % обследованных с АДЛ наблюдались изменения в изученных показателях функционального состояния печени, сходные с таковыми при неалкогольной жировой болезни печени. Применение статинов приводило к улучшению липидного профиля (нормализация ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ). Оба изученных статина переносились хорошо, и случаев отмены не было. Только у 2 больных (6 %) наблюдали диспепсические, которые прошли после коррекции дозы статинов. Ген ApoE кодирует аминокислотную последовательность белка аполипопротеина Е, который образуется в печени и играет особую роль в обмене липидов. Эти маркеры, влияющие на эффективность статинов, могут быть использованы для оптимизации терапии статинами у отдельных индивидуумов. Использование статинов у больных ИБС с АГ и АДЛ с учетом полиморфизма генов HMGCR и ApoE способствовало усилению их гиполипидемического действия и плейотропных эффектов, и предупредить возможные побочные эффекты.

Вывод. Применение статинов с учетом индивидуальных отличий пациентов и их фармакогенетических особенностей позволило минимизировать вероятность развития побочных эффектов и лекарственных взаимодействий у больных ИБС с АГ и АДЛ, что имеет большое значение в профилактике различных осложнений.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ВТОРИННОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Александрова М. Я., Корсак Ю. В., Александров О. Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород, Україна

Актуальність. Легенева гіпертензія (ЛГ) вторинного генезу часто ускладнює перебіг хронічних захворювань бронхолегеневої системи, перш за все, ХОЗЛ. В подальшому вона призводить до формування серцево-легеневої недостатності, хронічного легеневого серця і, в кінцевому етапі – до інвалідизації хворих та пов'язаних з нею витрат економічного характеру на утримання та лікування.

Мета роботи: встановити частоту виникнення ЛГ у хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу в залежності від прийому препаратів базисної терапії.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 55 хворих (чоловіків) на ХОЗЛ III ст., клінічна група С у фазі загострення, середній вік яких становив $(65,8 \pm 0,7)$ років. Пацієнти були розділені на 2 групи: основна група хворих ($n = 30$), які в якості базисної протизапальної терапії останні 5-7 років отримували беродуал та беклофорт, та контрольна група ($n = 25$), що не користувались базисною терапією з власних переконань.

Результати дослідження. Діагноз ХОЗЛ виставляли на основі даних анамнезу (скарги, тривалість перебігу хвороби, стаж паління і т. д.), підтверджуючи дані об'єктивним обстеженням (підтверджено аускультативно та перкуторно) та даними фізикального дослідження (спірографія – об'ємні та швидкісні показники ФЗД, рентгенографія – підвищення прозорості легеневих полів, зміщення меж серця); частоту виникнення ЛГ – спираючись на дані ЕКГ – перевантаження правих відділів серця, величини тиску в легеневій артерії ≥ 25 мм рт. ст., величини середнього тиску в СДЛА. За результатами дослідження, в основній групі хворих частота формування ЛГ становила 30 % (у 9-ти з 30-ти хворих), в контрольній групі – ЛГ, як ускладнення, виявлено у 60 % (у 15-ти з 25-ти хворих). При чому, із встановленням факту ЛГ, у 15 % хворих встановлено формування хронічного легеневого серця та серцево-легеневої недостатності.

Висновки. Таким чином, раннє адекватне призначення базисної протизапальної терапії (беродуал+беклофорт) хворим на ХОЗЛ III ст., клінічна група С при правильному користуванні дозволяє знизити частоту виникнення легеневої гіпертензії на 30 %, покращити перебіг захворювання та якість життя даної категорії хворих, попередити формування серцево-легеневої недостатності та хронічного легеневого серця.

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабиржанова З. Т.

АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить состояния легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка (ПЖ) сердца и «оксидативный стресс» у больных ХОБЛ с легочной гипертензией (ЛГ) в динамике комплексного лечения.

Материал и методы. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст $49,7 \pm 2,8$ лет, стаж заболевания $10,7 \pm 2,9$ лет). Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3 группы: 1-я – 11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2-я – 11 больных ХОБЛ на фоне БТ получали амлодипин (А) в дозе 5-10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3-я – 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм рт. ст). Изучались показатели активности некоторых ферментов перекисного окисления липидов (ПОЛ) / антиоксидантной (АО) системы.

Результаты. Результаты исследования установлено, что до лечения снижения показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, вследствие чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При терапии с применением А и ОТ у больных ХОБЛ с ЛГ отмечено достоверное снижение показателей: ВИР, соответственно, на 10,5 %, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 7,3 %, ФПН – на 13,9 %, ЛАДср – на 15,7 %. На фоне проводимой терапии возросли отношение Е/А, соответственно, на 12,4 %, ($p < 0,05$). ОТ на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР, соответственно на 5,1 %, ВЗ – на 4,1 %, ФПН – на 9,9 %, ЛАДср – на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно на 8,3 % ($p < 0,05$). У больных ХОБЛ 3-й группы по сравнению с 1-й наблюдалось значительное уменьшение оксидативных радикалов, а также повышение антиоксидантной защиты. Режимы БТ не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня ЛАДср.

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект озонотерапии и амлодипина, что проявлялся снижением ЛАД и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. ОТ и А улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию ПЖ сердца. Лечебные эффекты у больных ХОБЛ с ЛГ более выражены во 2-й группе по сравнению с 3-ей.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабиржанова З. Т., Садыкова Г. А.

АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить эндотелиальную дисфункцию в развитии нарушений центральной и периферической гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), тяжелой бронхиальной астмой (БА) с наличием легочной гипертензии (ЛГ) и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я гр.) и 12 (2-я гр.) больных БА, осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась ЛГ. На протяжении 10 дней пациенты получали амлодипин в табл. в дозе 5-10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапию (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л). Проводилось доплерэхокардиографическое исследование сердца. Спектрофотометрическим методом оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (CmNO) в плазме крови.

Результаты. До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в уменьшении общего синтеза CmNO. У пациентов 2-й гр. по сравнению с 1-ой подобная гипопродукция была меньше на 14 %. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка и уменьшение отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 гр. При применении амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гипопродукции оксида азота отмечается повышение синтеза CmNO в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно на 1,05 и 1,5 раз ($p < 0,05$). При повторной доплерэхокардиографии отмечается снижение степени среднего давления в легочной артерии и увеличивается отношение раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,07 и 1,08 раз ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились, соответственно, на 11,2 и 4,1 % в 1-й группе, на 22 и 9,3 % – во 2-й группе.

Выводы. У больных БА с легочной гипертензией, гипопродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ с легочной гипертензией. Амлодипин на фоне стандартной терапии и озонотерапии корректирует показатели CmNO в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви А. Л., Туляганова Д. К., Сабирджанова З. Т.

*АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент,
Узбекистан*

Цель: изучить клиническое состояние больных ИБС перенесших реваскуляризацию миокарда.

Методы: обследовано 30 больных ИБС, 25 мужчин (85,7 %) и 5 женщин (14,3 %) (средний возраст – $(53,5 \pm 8,7)$ лет. Исходно и через 3 месяца после проведения реваскуляризации (стентирование коронарных артерий) больным проводили велоэргометрию (ВЭМ), коронароангиографию (КАГ). У 16 человек (53,3 %) в анамнезе имел место инфаркта миокарда (ИМ) в сроки от 6 месяцев до 8 лет, из них 10 пациентов перенесли трансмуральный ИМ и 6 пациентов – нетрансмуральный ИМ.

Результаты. У пациентов с перенесенным ИМ без Q окклюзии коронарных артерий составили лишь 8,9 %, а основную долю поражений (80,4 %) составили критические стенозы и субокклюзии, закрывающие просвет артерии на 90-95 %. У пациентов, ранее не перенесших ИМ в анамнезе, среди гемодинамически значимых поражений преобладали стенозы 75-90 % (их доля составила 75,6 %) и не было окклюзий передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ). На коронарограммах пациентов с ИМ с Q в анамнезе поражения ПМЖВ составили более 55 % гемодинамически значимых стенозов, в 66,3 % диагностированы окклюзии артерий и стенозы более 95 %. После реваскуляризации у всех пациентов отмечено клиническое улучшение и полное исчезновение симптомов стенокардии у большинства больных. При проведении ВЭМ через 1 месяц выявлено достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке, времени выполнения пробы. У 12 пациентов по результатам стресс-теста не было выявлено признаков ишемии миокарда, проба оценена как отрицательная. У остальных пациентов также отмечена положительная динамика, что выражалось в улучшении функциональных показателей на один-два ФК. Через 3 месяца на фоне общей тенденции к увеличению количества больных с отрицательной нагрузочной пробой и I ФК, а также дальнейшему возрастанию толерантности к физической нагрузке, у 7 человек по результатам ВЭМ диагностирован II и III ФК стенокардии.

Выводы. Таким образом, инвазивная реваскуляризация приводит к достоверному улучшению коронарного кровотока у больных ИБС, о чем свидетельствуют исчезновение симптомов стенокардии, а также результаты лабораторно-инструментальных данных.

СПЕКТР АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Андреева И. Д., Осолодченко Т. П., Лукьяненко Т. В., Батрак Е. А.,
Завада Н. П., Рябова И. С.

ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И. И. Мечникова
НАМН Украины», г. Харьков

Цель. Оптимизация антибактериальной терапии внебольничных инфекций.

Материалы и методы. Изучено 213 клинических изолятов микроорганизмов, выделенных у пациентов с внебольничными инфекциями, среди них 25,3 % *E. coli*, 24,4 % *S. aureus*, 16,4 % *C. albicans*, 6,7 % *S. pyogenes*, 6,7 % *E. cloacae*, 5,6 % *P. aeruginosa*, 3,6 % *S. epidermidis*, 3,3 % *Microsporum spp.*, 3,2 % *S. agalactia*, 1,9 % *E. faecalis*, 1,9 % *P. mirabilis* и 0,9 % *A. niger*. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам проводилось диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтона с использованием стандартных коммерческих дисков. Полирезистентными считались изоляты, устойчивые к представителям трех и более классов антибиотиков.

Результаты. Наиболее активными в отношении *Staphylococcus spp.* были ванкомицин, гентамицин, цiproфлоксацин, *E. faecalis* – фосфомицин, *P. aeruginosa* – цефепим, цефотаксим, амикацин, *Enterobacteriaceae* – меропенем, цефепим, цiproфлоксацин, амикацин, нитрофурантоин и фосфомицин. Установлена высокая распространенность антибиотикорезистентных штаммов вне стационара. Среди изученных изолятов 30,5% оказались полиантибиотикорезистентными. Множественной устойчивостью к антибиотикам обладали 58,3 % внебольничных изолятов *P. aeruginosa*, 44,4 % микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* и 43,3% *Staphylococcus spp.* Выявлено значительное количество микроорганизмов, умеренно устойчивых к противомикробным средствам (*Staphylococcus spp.* – к тетрациклину, рифампицину, фузидину, ко-тримоксазолу, хлорамфениколу, линезолиду, нитрофурантоину; *E. faecalis* – к ампициллину, тетрациклину, фторхинолонам, нитрофурантоину; бета-гемолитических стрептококков . к эритромицину, фторхинолонам, хлорамфениколу, *C. albicans* – к триазолам). В результате тестирования с препаратами-индикаторами продукции бета-лактамаз установлено, что значительная часть (41,7-73,8 %) циркулирующих во внебольничных условиях антибиотикорезистентных и полиантибиотикорезистентных штаммов *Staphylococcus spp.*, *P. aeruginosa* и представителей *Enterobacteriaceae* являются их продуцентами.

Выводы. Для оптимизации антибактериальной терапии внебольничных инфекций актуальным является поиск новых ингибиторов антибиотикорезистентности.

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА ТА ПОДАГРА – ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ КІСТКОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ

Андруша А. Б.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження – вивчення впливу подагри та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) на кісткове ремоделювання.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 28 пацієнтів 40-59 років (17 чоловіків і 11 жінок). Усі хворі були розподілені на декілька груп. І група – 10 хворих з подагрою та ускладненою ГЕРХ, II група – 9 осіб з ізольованою подагрою та 9 пацієнтів (III група) з ізольованою ГЕРХ. У 42,9 % хворих мали ГЕРХ з езофагітом, 57,1 % – без езофагіту. Для оцінки стану кісткового гомеостазу ми використовували дослідження біохімічних маркерів кісткового ремоделювання. Активність кісткового формування ми оцінювали за рівнем кісткового ізоферменту лужної фосфатази (КІЛФ), кісткову резорбцію – за тартратрезистентною кислотою фосфатазою (ТРКФ).

Результати. Ми виявили дисбаланс кісткового ремоделювання: зниження кісткового формування та збільшення активності кісткової резорбції. Показник КІЛФ був достовірно найменшим ($P < 0,05$) в I групі хворих та незначно меншим ($P > 0,05$) в групі хворих на ізольований перебіг подагри. При тому значення КІЛФ в I та III групах хворих не мали статистично достовірних відмінностей. Це є свідченням того, що найбільш негативно на процеси кісткового формування впливає саме ГЕРХ, а не подагра. Поєднання подагри та ГЕРХ підсилює негативний вплив на утворення кісток. Показник активності кісткової резорбції був підвищеним в усіх групах хворих, його збільшення коливалось в межах 17,2-9,8 %, але достовірно статистичної різниці між показниками по групах хворих ми не виявили. Отже, патологічне підсилення кісткової резорбції відбувається як на тлі ізольованого перебігу подагри та патології ШКТ, так і, тим паче, при поєднанні цих захворювань.

Висновки. Особливостями кісткового обміну у обстежених хворих є порушення процесів кісткового ремоделювання, а саме, підсилення кісткової резорбції та зменшення/тенденція до зменшення активності кісткового формування. Найсуттєвіше гальмування процесів кістковоутворення спостерігається при подагрі, ускладненій ГЕРХ, при чому більший вплив здійснює патологія ГЕРХ, ніж ізольована подагра. Можливо, це можна трактувати як деякий протекторний вплив сечової кислоти на механізми кісткового формування. При поєднаному перебігу подагри та ГЕРХ підсилюється кісткова резорбція, але відмінності на вплив кожного із ізольованих захворювань на кісткову резорбцію відсутні.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАСЧЕТНЫХ МАРКЕРОВ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Ащеулова Т. В., Ковалева О. Н., Гончарь А. В., Иванченко С. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Упругоэластические свойства сосудов артериального русла сегодня признаны высокоинформативными прогностическими маркерами неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Тем не менее, особенности артериального ремоделирования при гипертонической болезни на фоне ожирения остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: изучить влияние сопутствующего ожирения на параметры упруго-эластических свойств общих сонных артерий (ОСА) у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента с гипертонической болезнью (34 мужчины и 48 женщин). Больные были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты с нормальной массой тела и предожирением ($ИМТ < 30 \text{ кг/м}^2$, $n = 26$, в том числе 12 мужчин и 14 женщин, средним возрастом 57,5 (51,0; 62,0) г.), 2-ю группу – больные АГ с ожирением 1 ст. ($30 \leq ИМТ < 35 \text{ кг/м}^2$, $n = 30$, мужчин – 14, женщин – 16, средний возраст 59,0 (52,0; 67,0) г.), 3-ю группу – пациенты с ожирением 2-3 ст. ($ИМТ \geq 35 \text{ кг/м}^2$, $n = 26$, мужчин – 8, женщин – 18, средний возраст 60,0 (57,0; 63,0) г.) Всем пациентам выполнено ультразвуковое исследование ОСА с расчетом модулей упругости Петерсена и Юнга, а также скорости пульсовой волны по формуле Moens-Korteweg.

Результаты. Эластический модуль Петерсена составил 39,8 (30,4; 57,5) кПа в группе пациентов без ожирения, 40,0 (28,4; 55,9) кПа – в группе больных с ожирением 1-й и 40,1 (29,5; 81,4) кПа – с ожирением 2-3 степеней, $p > 0,05$. Эластический модуль Юнга составил 274,6 (203,7; 413,6) кПа в 1-й клинической группе, 286,7 (172,4; 416,1) кПа – во 2-й и 253,8 (189,4; 593,0) кПа – в 3-й, $p > 0,05$, расчетная скорость пульсовой волны – 6,35 (5,62; 7,72) м/с, 6,61 (5,75; 7,59) м/с и 7,03 (5,58; 9,15) м/с, соответственно, $p > 0,05$.

Выводы: несмотря на более выраженные проявления морфологического ремоделирования общих сонных артерий у больных с гипертонической болезнью с сопутствующим ожирением, достоверных различий в средних значениях упруго-эластических свойств сосудистой стенки выявлено не было. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной информативности расчетных индексов сосудистой жесткости, что в условиях недостаточной доступности специализированных приборов для прямого измерения упомянутых параметров в клинической практике диктует необходимость преимущественного учета особенностей морфологии общих сонных артерий как более надежного и воспроизводимого маркера их патологического ремоделирования.

РОЛЬ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Ащеулова Т. В., Ковалева О. Н., Гончарь А. В., Иванченко С. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Прогноз течения артериальной гипертензии в основном обусловлен характером, скоростью развития и тяжестью поражения органов-мишеней. Типичным ранним системным проявлением гипертонической болезни является ремоделирование общих сонных артерий (ОСА), имеющее доказанную прогностическую роль в стратификации риска больных АГ.

Цель исследования: изучить особенности ремоделирования ОСА у больных гипертонической болезнью с сопутствующим ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента с гипертонической болезнью (34 мужчины и 48 женщин). Больные были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты с нормальной массой тела и предожирением ($ИМТ < 30 \text{ кг/м}^2$, $n = 26$, в том числе 12 мужчин и 14 женщин, средним возрастом 57,5 (51,0; 62,0) г.), 2-ю группу – больные АГ с ожирением 1 ст. ($30 \leq ИМТ < 35 \text{ кг/м}^2$, $n = 30$, мужчин – 14, женщин – 16, средний возраст 59,0 (52,0; 67,0) г.), 3-ю группу – пациенты с ожирением 2-3 ст. ($ИМТ \geq 35 \text{ кг/м}^2$, $n = 26$, мужчин – 8, женщин – 18, средний возраст 60,0 (57,0; 63,0) г.)

Результаты. Наличие у больных гипертонической болезнью ожирения ассоциировалось с повышением удельного веса пациентов как с гипертрофией стенки (33,3 % во 2-й и 32,4 % – во 3-й группе против 18,8 % среди больных без ожирения, $p < 0,05$), так и с ремоделированием ОСА без гипертрофии за счет увеличения просвета сосуда (5,5 (5,5; 6,7) мм в 1-й клинической группе против 6,1 (5,4; 6,9) мм во 2-й, $p = 0,043$, и 6,1 (5,5; 6,4) мм в 3-й группе, $p = 0,048$), толщины КИМ (соответственно 1,0 (0,8; 1,2) мм, во 2-й – 1,0 (0,8; 1,2) мм, в 3-й – 1,0 (0,9; 1,3) мм, $p > 0,05$), массы артериального сегмента (соответственно 0,211 (0,165; 0,260) г, 0,253 (0,207; 0,284) г, $p = 0,039$ и 0,234 (0,202; 0,309) г, $p = 0,065$), при этом среди больных с ожирением 2-3 ст. наиболее частым (более, чем в 4 раза в сравнении с другими вариантами изменения геометрии, $p < 0,05$) типом ремоделирования ОСА была концентрическая гипертрофия.

Выводы: наличие у больных с гипертонической болезнью сопутствующего ожирения высоких степеней ассоциируется с более частым развитием гипертрофии стенки общих сонных артерий (преимущественно по концентрическому типу), что диктует необходимость динамического наблюдения за состоянием сосудистого русла с использованием ультразвукографии, более жесткого контроля артериального давления и широкого внедрения мероприятий, направленных на снижение веса, с целью вторичной профилактики дальнейшей перестройки артериальной стенки и развития сосудистых катастроф у таких пациентов.

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

**Бабак О. Я., Молодан В. И., Железнякова Н. М., Просоленко К. А.,
Зайченко О. Е., Голенко Т. Н.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы. Изучить влияние розувастатина на функциональное состояние эндотелия и метаболические нарушения у больных с гипертонической болезнью и ожирением в зависимости от полиморфизма гена *PPARG* пироксосомальных рецепторов PPAR γ .

Материалы и методы. Обследовано 172 пациента с ГБ I-II стадии, 1-2 степени и ожирением, группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. В сыворотке крови обследованных пациентов определяли уровень липидов и иммунореактивного инсулина. Изучение полиморфизма гена *PPARG* проводили методом полимеразной цепной реакции. Исследование сосудодвигательной функции эндотелия производилось на ультразвуковом диагностическом комплексе Vivid-3 (General Electric, США) по методике D. Celermajer и соавт. (1992). Больным проводилось лечение с использованием розувастатином в дозе 5-40 мг/сут.

Результаты и обсуждение. Терапия розувастатином проводилась на протяжении 3 месяцев. В ходе лечения у больных было выявлено достоверное снижение гиперлипидемии, показателей инсулинорезистентности. У больных повысился уровень эндотелий-зависимой вазодилатации. Эффективность лечения зависела от полиморфизма гена *PPARG*. Лучшие результаты лечения были у больных с генотипом Pro12Ala/Ala12Ala в сравнении с больными, у которых наблюдался генотип Pro12Pro. Увеличение эндотелий-зависимой вазодилатации в группе с генотипом Pro12Ala/Ala12Ala составило 23,7 % ($p < 0,05$), а у больных с генотипом Pro12Pro – 44,2 % ($p < 0,001$), достоверность различия между группами имела статистически достоверный характер ($p < 0,01$).

Выводы. Выявлено положительное влияние розувастатина на коррекцию нарушений липидного и углеводного метаболизма и функциональное состояние эндотелия у больных гипертонической болезнью, ассоциированной с ожирением. Следует отметить, что действие препарата было более эффективным у пациентов, которые имели генотип Pro12Ala/Ala12Ala гена *PPARG*.

**КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ
З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**

Бабак О. Я., Просоленко К. А., Лапшина Е. А., Черняк А. М.

*Харківський національний медичний університет,
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета дослідження: проаналізувати характерологічні особливості клініко-біохімічних даних у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ) з надмірною вагою тіла та без неї.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 40 пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ, з них 20 – без надмірної ваги тіла, та 20 пацієнтів з надмірною вагою тіла, групу контролю склало 20 практично здорових осіб. Серед обстежених було 32 чоловіка та 28 жінок у віці від 30 до 60 років. Оцінка клініко біохімічних даних проводилась перед лікуванням. Наявність та ступінь стеатозу печінки оцінювались за допомогою ультразвукового сканера „LOGIQ 5” (США). Індекс маси тіла (ІМТ) від 18 до 25 кг/м² оцінювався як норма, від 25 до 30 – як надлишкова вага тіла.

Результати: ІМТ в першій групі в середньому склав – 24,4 кг/м², коли у другій цей показник – 28,08 кг/м². Показники ліпідного спектру серед досліджуваних груп також мали достовірну різницю – середні показники склали загальний холестерин – 5,7 ммоль/л, тригліцеріди – 1,42 ммоль/л, холестерин ЛПДНЩ – 0,69 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,24 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,19 ммоль/л, КА – 3,13 у першій групі та загальний холестерин – 6,12 ммоль/л, тригліцеріди – 1,76 ммоль/л, холестерин ЛПДНЩ – 1,0 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,21 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,12 ммоль/л, КА – 3,49 (p = 0,02) у другій. Збільшення печінки спостерігалось в обох групах, але значущої різниці виявлено не було.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про тісний позитивний зв'язок між показниками ліпідного профілю та ІМТ у хворих на НАЖХП на тлі ГХ.

ПОРУШЕННЯ СТАНУ ЕНДОТЕЛІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Бабак О. Я., Просоленко К. О., Молодан В. І., Супрун С. А.,
Лапшина К. А., Алексєєва Т. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Згідно сучасним епідеміологічним даним неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) зустрічається у 20-30 % дорослого населення західних країн. Між тим загальновідомим є факт високої розповсюдженості гіпертонічної хвороби (ГХ), розповсюдженість якої в Україні серед дорослих становить 33 %. Дуже часто лікарі спостерігають коморбідність цих захворювань, в першу чергу у пацієнтів з метаболічним синдромом. Враховуючи наявність декількох поєднаних механізмів у патогенезі цих двох захворювань представляється можливим їх взаємообтяжуючий вплив, зокрема що стосується функції ендотелію.

Мета: провести оцінку функціонального стану ендотелію у хворих на НАЖХП з та без ГХ.

Матеріали та методи. Було обстежено 97 пацієнтів. Середній вік – $(44,2 \pm 5,8)$ років. У структурі відібраних хворих переважали чоловіки – 61,5 %, жінки складали 38,5 %. Всі пацієнти були розподілені на дві групи, що були співставимими за статтю та віком: 1 група – 49 пацієнтів (з НАЖХП) порушенням – ЕЗВД) та 2 група – 48 пацієнтів (з НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії, 2 ступеню). Ендотелін 1 (ЕТ-1) визначали за допомогою тест-набору «IBL». Дослідження судинорухливої функції ендотелію проводилося методом визначення динаміки кровотоку по плечовій артерії під час реактивної гіперемії. Оцінка проводилася на ультразвуковому діагностичному комплексі LOGIQ 5 (General Electric, США) лінійним датчиком 7,5 МГц (роздільна здатність 0,01 мм) за методикою, описаною D.Celermajer і співавт.(1992).

Результати. В першій групі були виявлені достовірно більш низькі показники вмісту ЕТ-1 – $(8,3 \pm 1,9)$ фмоль/л проти $(16,2 \pm 2,1)$ фмоль/л у другій групі ($P < 0,001$). У пацієнтів другої групи реєстрували істотно більш низьку ендотелій-залежну вазодилатацію – $(8,3 \pm 1,35)$ % в порівнянні з $(10,56 \pm 1,60)$ % виявленого у першій групі, $P < 0,05$.

Висновки: отримані дані можуть свідчити про наявність взаємообтяжуючого впливу у пацієнтів з НАЖХП та ГХ щодо порушення функції ендотелію.

**ВЛИЯНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ КОРДОВОЙ КРОВИ
НА ДИНАМИКУ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛИПИДОВ
В СЫВОРОТКЕ МОЛОДЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-
ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

Бабийчук Л. В., Коваль С. Н., Бабийчук В. Г., Комарова И. В.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
г. Харьков*

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

*ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского
НАМН Украины», г. Харьков*

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из наиболее широко распространенных, клинически и социально значимых заболеваний в мире, которое встречается как в пожилом возрасте, так и в молодом возрасте. АГ ассоциируется с повышенным риском развития мозгового инсульта, сердечной и почечной недостаточности.

Тяжесть течения АГ тесно связана с наличием дополнительных факторов риска, одним из которых является дислипидемия.

Цель исследования: изучить динамику изменения уровня липидов в сыворотке молодых животных на фоне неврогенной стресс-индуцированной АГ после введения криоконсервированных ядродержащих клеток кордовой крови (ЯСК КК).

Исследования проводили на белых беспородных молодых крысах самцах в возрасте 6 мес. Животные были разделены на три группы; первая группа – контроль, вторая группа животные со стресс-индуцированной АГ, третья группа – крысы с АГ после введения ЯСК КК.

На 3 и 7 сут. после введения молодым животным со стресс-индуцированной артериальной гипертензией криоконсервированного препарата кордовой крови, наблюдалось достоверное снижение уровня триглицеридов. Нормализовался коэффициент атерогенности и содержание общего холестерина в сыворотке крови. Через месяц липидный профиль молодых животных с АГ соответствовал показателям контрольных крыс.

На основании полученных результатов можно предположить, что введение ЯСК КК крысам в возрасте 6 мес. положительно влияет на состояние показателей липидного профиля у стресс-индуцированных экспериментальных животных, улучшая реологические свойства крови.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Бевзенко Т. Б., *Ермолаева М. В., *Потапов Ю. А., *Синяченко Т. Ю.

*ГУ «Научно-практический центр профилактической и клинической
медицины» ГУД, г. Киев, Украина, *Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького, г. Красный Лиман, Украина*

Цель: оценить связь распространенности хронической болезни почек (ХБП) с загрязнением окружающей среды ксенобиотиками. Гигиеническая оценка антропогенного загрязнения выполнена санитарно-гигиеническими станциями и региональными отделениями Государственных комитетов по гидрометеорологии, контролю природной среды и экологической безопасности. Высчитывали интегральные показатели неблагоприятной экологической нагрузки на атмосферу (Q), питьевую воду (R) и почву (S). Распространенность и заболеваемость ХБП составили $(865 \pm 56,5)$ на 10 тыс. населения и $(359 \pm 27,9)$ на 10 тыс. населения, причем, эти показатели в городах по сравнению с сельскими регионами соответственно оказались достоверно большими на 44 % и 51 %. Как свидетельствует дисперсионный анализ, параметры Q влияют на распространенность ХБП, а значения R и S прямо коррелируют с уровнями заболеваемости. Достоверное превышение среднеобластных показателей распространенности и заболеваемости ХБП выявлено только в городах, соответственно в 21 % и 18 % от их числа. Существует связь распространенности ХБП с развитием в регионе машиностроительной промышленности и с показателями в воздухе фенола. Параметры заболеваемости прямо коррелируют с уровнями минерализации питьевой воды и с содержанием в ней фосфатов, а обратно – с концентраций аммиака в воздухе и нитратов в питьевой воде. Распространенность ХБП на 26 %, а заболеваемость на 43 % оказались меньшими у больных с высоким уровнем по месту жительства в питьевой воде сульфатов, на 38 % и 40 % – нитратов. Эти, несколько неожиданные, результаты объясняются фактом, что в сельских регионах (более благоприятных в отношении ХБП) содержание в воде сульфатов в 4 раза выше, чем в городских, а превышение предельно допустимой концентрации нитратов у горожан в питьевой воде вообще не встречается. На распространенность ХБП оказывают влияние уровни в почве Ba, Cu и Zn, а также концентрации в грунтовых водах Ni и Pb. При этом с содержанием в грунте Cu существует прямая корреляционная связь. Заболеваемость ХБП с параметрами микроэлементов в окружающей среде не связана. По нашему мнению, показатели Cu в почве >80 мг/кг и в грунтовых водах >3 мг/л ($>M+2SD$) являются факторами риска развития ХБП. Представленные данные будут полезны для разработки целенаправленной медицинской технологии наблюдения и лечения больных ХБП в отдельных регионах страны, способствовать внедрению принципиально новых методов профилактических и реабилитационных мероприятий.

**КОНТРОЛЬ НАД СИМПТОМАМИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВОЗМОЖЕН**
Бездетко Т. В., Хохуда О. Н., Еременко Г. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оценить эффективность комплексной терапии для больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой с неконтролируемым течением.

Материалы и методы исследования. На базе аллергологического отделения ОКБ г. Харькова было проведено исследование клинической эффективности комбинаций ИГКС и β_2 -агонистов пролонгированного действия в группах с применением и без применения холинолитика (Спирива). Под наблюдением находились 38 больных с тяжелой БА в возрасте от 47 до 60 лет. Для оценки выраженности симптоматики использовалась 3-бальная система. В динамике регистрировались такие показатели, как ОФВ1 и ПСВ. Участники исследования были разделены на две группы. В 1-ой (основной) группе из 19 пациентов была назначена следующая терапия: флютиказона пропионат 500 мкг/салметерол 50 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день; тиотропиума бромид (Спирива) 18 мкг по 1 ингаляции в день. Во 2-й (контрольной) группе из 12 пациентов – флютиказон пропионат 500 г/салметерол 50 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день. Контроль терапии проводился в течение 12 месяцев.

В результате проведенного лечения у больных 1 группы к концу периода наблюдения ПСВ составил $(520 \pm 5,09)$ л/мин $p < 0,001$; ОФВ1 $(74,4 \pm 0,48)$ % $p < 0,1$, тогда как у больных 2 группы – $(516 \pm 5,5)$ л/мин $p < 0,2$. ОФВ1 $(72,6 \pm 0,53)$ % $p < 0,2$, соответственно. Значительно уменьшилось число ночных пробуждения у больных 1 группы до $(0,09 \pm 0,06)$ баллов $p < 0,001$. У больных 2 группы этот показатель составил $(0,14 \pm 0,06)$ $p < 0,001$ баллов. Интенсивность проявлений приступов удушья снизилась у больных 1 группы до $(0,08 \pm 0,06)$, $p < 0,001$, тогда как у больных 2 группы она составила $(0,19 \pm 0,05)$, $p < 0,001$. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что у больных 1-й группы наблюдалось достоверное улучшение анализируемых показателей.

Выводы: терапия, включающая комбинацию флютиказона пропионата 500 мкг/салметерола по 50 мкг в сочетании с тиотропиумом бромидом (Спирива) у больных с тяжелой БА, позволяет достичь длительного, качественно лучшего контроля над заболеванием.

**ВЛИЯНИЕ СЕАНСОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ
С ЗАМКНУТЫМ КОНТУРОМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО
РИТМА И МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ
НА КОНТРОЛЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**

Белал С. А. С., Яблучанский Н. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Одним из перспективных методов повышения контроля САД у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) может быть биологическая обратная связь (БОС) с контуром variability сердечного ритма (ВСР) и метрономизированным дыханием (МД).

Нами обследовано 275 пациентов с 1-3 степенью АГ (143 мужчины и 132 женщины, средний возраст – $(58,55 \pm 7,99)$ лет). Критерии включения: наличие у пациента АГ любой стадии любой степени при отсутствии систематического приема каких-либо вазоактивных медикаментов в течение последних трех месяцев. Все пациенты были разделены на 2 сопоставимые группы: 1 - БОС (139 пациентов), где проведено 10 сеансов в замкнутом контуре ВСР и МД и 2 – группа сравнения (136 пациентов) с имитацией БОС без МД. В каждой из групп выделяли равновеликие подгруппы, где проводили сравнительный анализ динамики САД в зависимости от стадии и степени АГ, пола и возраста пациентов. Кроме сеансов БОС, все пациенты получали стандартную медикаментозную терапию согласно рекомендациям Украинской ассоциации кардиологов.

Сеансы БОС проводился на компьютерном диагностическом комплексе «CardioLab 2009» («ХАИ-Медика») с встроенным модулем «Biofeedback», АД измерялось по методу Короткова тонометром Microlife BP AG1-20.

Статистическая обработка результатов проводилась в программе «Microsoft Excel 2003», достоверность различий между группами на этапах исследования определялась при помощи U-критерия Манна-Уитни, между значениями показателя на текущем этапе и до начала лечения – Т-критерия Вилкоксона.

В ходе исследования установлено, что использование БОС в контуре МД под контролем параметров ВСР достоверно ($p < 0,01$) превосходит по эффективности изолированную медикаментозную терапию в контроле САД при АГ независимо от стадии и степени заболевания, пола и возраста пациентов.

Полученные данные позволяют рекомендовать методику в широкую клиническую практику для пациентов с АГ при условии недостаточного снижения САД на фоне стандартной медикаментозной терапии.

РОЛЬ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: роль медиаторов воспаления в прогрессировании стеатоза печени у пациентов с сочетанным течением сахарного диабета 2 типа (СД-2) и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы: 40 пациентов (17 мужчин и 28 женщин) с СД-2 и НАЖБП с нарушенной массой тела и 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Средний возраст пациентов составил ($54,5 \pm 4,5$) лет. Исследовали концентрации в сыворотке крови адипоцитокинов (лептина (ЛН) и адипонектина (АН)), уровня фактора некроза опухолей-альфа (ФНО- α) и С-реактивного белка иммуноферментным методом. Площадь висцеральной жировой ткани (ВЖТ) определяли с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) абдоминальной области на уровне L4.

Результаты. Уровень АН был снижен в сравнении с контролем ($p < 0,001$) и коррелировал со степенью ожирения ($p < 0,05$). Выявлены отрицательные связи между уровнем АН и ИМТ ($r = -0,36$; $p < 0,01$), уровнем триглицеридов (ТГ) ($r = -0,44$; $p < 0,001$) и С-РБ ($r = -0,38$; $p < 0,001$), степенью выраженности стеатоза печени ($r = -0,54$; $p < 0,001$), а также положительные связи между уровнем АН и содержанием липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) ($r = 0,44$; $p < 0,001$). Установлена обратная связь между уровнем АН и инсулина ($r = -0,34$; $p < 0,05$), глюкозы ($r = -0,36$; $p < 0,05$), НОМА-IR ($r = -0,46$; $p < 0,001$), АЛТ ($r = -0,44$; $p < 0,05$). Уровень ЛН коррелировал с ИМТ ($r = 0,42$; $p < 0,001$), НОМА-IR ($r = 0,44$; $p < 0,001$). Уровень ФНО- α был в 4,5 раза выше в сравнении с контролем ($p < 0,05$), отрицательно коррелировал с уровнем ХСЛПВП ($r = -0,36$; $p < 0,05$), положительно – с НОМА-IR ($r = 0,38$; $p < 0,05$). Уровень С-РБ в сыворотке крови в 1,5 раза превышал контрольные значения ($p < 0,001$) и коррелировал с ИМТ ($r = 0,47$; $p < 0,001$), ОТ ($r = 0,54$; $p < 0,001$), уровнем глюкозы ($r = 0,44$; $p < 0,001$), уровнем ТГ ($r = 0,34$; $p < 0,04$), инсулина ($r = 0,36$; $p < 0,001$), НОМА-IR ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Отмечена взаимосвязь площади ВЖТ с уровнем глюкозы ($r = 0,36$; $p = 0,02$), НОМА-IR ($r = 0,36$; $p = 0,02$), С-РБ ($r = 0,31$; $p = 0,04$) и уровнем ЛН ($r = 0,28$; $p = 0,04$).

Выводы. Дисбаланс продукции гормонов жировой ткани (гипоадипонектинемия, гиперлептинемия, повышение уровня ФНО- α) и маркеры острой фазы воспаления (С-РБ) вовлечены в патогенез ИР при СД 2 и НАЖБП и взаимосвязаны с ВЖТ, что является дополнительным фактором прогрессирования метаболических нарушений в печени и усугубляет ИР.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА СМЕРТНОСТИ

Беловол А. Н., Златкина В. В., Немцова В. Д., Шапошникова Ю. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ожирение (ОЖ) является хроническим полиэтиологическим заболеванием, связанным с влиянием ряда генетических и неврологических факторов, изменением функций эндокринной системы, стилем жизни и пищевым поведением пациента. Ежегодно в мире от заболеваний, связанных с ОЖ, умирает около 2,5 млн. человек.

Известна зависимость частоты ОЖ от возраста. Она минимальна у детей и подростков. Далее как у мужчин, так и у женщин наблюдается рост заболеваемости ОЖ, достигающий пика к 45-55 годам. В пожилом и старческом возрасте частота ОЖ снижается. Данное явление связано либо с изменением состава тела – с уменьшением мышечной массы при сохраненной жировой, либо с более ранней гибелью полных людей от сопутствующих заболеваний.

ОЖ существенно влияет на среднюю продолжительность жизни. Известно, что больные ОЖ 3-4 степени живут в среднем на 15 лет меньше. По данным комитета экспертов ВОЗ (2002 г.), до 60 лет доживает только 60 % тучных людей, до 70 лет – лишь 30 %, до 80 лет – всего 10 %. Среди людей в возрасте от 50 до 59 лет, масса тела которых на 15-24 % превышала норму, смертность была на 17 % выше средней. Если же превышение составляло 25-34 %, то смертность увеличивалась на 41 %. В 2000 году исследователи изучали взаимосвязь между числом умерших в 1971-1994 годах и, низкой массой тела (индекс массы тела – ИМТ $<18,5$ кг/м²), избыточной массой тела (ИзбМТ) (ИМТ = 25-29) и ОЖ (ИМТ >30). По сравнению с популяцией, имеющей нормальную массу тела (ИМТ – 18,5-24) превышение числа умерших лиц с ОЖ составило 111909 (доверительный интервал (ДИ) 53754-170064), а в популяции с низкой массой тела – 33746 (ДИ 15726-51766). Таким образом, наличие ИзбМТ ассоциировано с увеличением смертности.

Приведенные выше данные позволяют взглянуть на ОЖ как на болезнь эволюции человека или как на болезнь современного образа жизни. Столь высокую распространенность ОЖ в популяции экономически развитых стран нельзя объяснить, не принимая в расчет некоторых особенностей современного образа жизни, существенных для развития ОЖ. Можно говорить о пандемии ОЖ, выделяя в качестве пандемических факторы, способствующие развитию этого заболевания – малоподвижность и питание с большим количеством жирных продуктов.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Беловол А. Н., Ильченко И. А., Бобронникова Л. Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Инсулинорезистентность (ИР) является независимым фактором риска, влияющим на прогрессирование течения артериальной гипертензии (АГ), формирование осложнений, прогноз заболевания.

Цель: выявить особенности развития ИР у пациентов с АГ в зависимости от изменения геометрической модели сердца (ГМС).

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов (из них 29 женщин) с мягкой и умеренной АГ без ожирения и сахарного диабета (СД); средний возраст – $(52,8 \pm 4,6)$ года, длительность АГ – $(6,4 \pm 3,2)$ года. Проводилась оценка ИР (индекс ИР по формуле НОМА-IR) и особенности ее развития в зависимости от ГМС по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Критерием ИР был НОМА-IR $> 2,86$ баллов; гипертрофии миокарда (ГМЛЖ) левого желудочка (ЛЖ) – масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) > 95 г/м² у женщин и > 115 г/м² у мужчин. Концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ диагностировалась при индексе относительной толщины задней стенки ЛЖ (ИОТЗЛЖ) $\geq 0,42$ и увеличении ММЛЖ; эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) – при ИОТЗЛЖ $< 0,42$ и повышении ММЛЖ; концентрическое ремоделирование (КР) – при ИОТЗЛЖ $\geq 0,42$ и нормальной ММЛЖ.

Результаты. У 34 (52,3 %) пациентов выявлялась нормальная модель (НМ) сердца, изменение ГМС в виде ГР, ЭГ и КГ отмечено у 15 (23,1 %), 7 (10,8 %) и 9 (13,8 %) больных, соответственно. Частота встречаемости ИР отличалась у пациентов с различной ГМС. При НМ только у трети больных (11 пациентов – 32,3 %) отмечалась ИР. При изменении ГМС частота развития ИР прогрессивно увеличивалась: при ГР – 46,7 % (7 больных), при КГ – 66,7 % (6 больных) и отмечалась у всех больных (7 пациентов – 100 %) с ЭГ. В среднем индекс НОМА-IR составлял при НМ $(2,68 \pm 0,06)$; был умеренно повышен при ГР $(2,94 \pm 0,04)$, значительно повышался при ЭГ и КГ (соответственно: $(4,06 \pm 0,02)$ и $(4,92 \pm 0,03)$).

Выводы. У больных с мягкой и умеренной АГ даже без сопутствующего ожирения и СД достаточно часто регистрируется ИР, частота встречаемости которой зависит от изменения ГМС. Прогностически неблагоприятными являются ЭГ и КГ, при которых происходит наибольшее повышение значений НОМА-IR. Наличие ИР и оценка уровня НОМА-IR могут рассматриваться как метаболические маркеры кардиоваскулярного риска у больных с АГ.

ПРОФІЛАКТИКА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ - ЗАПОРУКА БОРОТЬБИ З ХНІЗ У ДОРΟΣЛИХ

Бердник О. В., Добрянська О. В., Рудницька О. П.

*ДУ “Інститут гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва НАМН
України”, м. Київ*

Пріоритетним напрямком діяльності ХХІ століття ВООЗ визначила боротьбу з хронічними неінфекційними захворюваннями, зокрема, з серцево-судинними та ендокринними (цукровий діабет), які посідають чільні рангові місця серед причин ранньої інвалідизації та передчасної смертності. Основою їх розвитку є метаболічний синдром (МС).

Враховуючи те, що 75 % захворювань дорослих формується у дитячому віці, важливим є профілактика розвитку захворювань саме у дітей і підлітків. Майже у 60 % дорослих ожиріння, що розвинулось у дитячому віці продовжує прогресувати і призводить до розвитку важких ускладнень.

На сьогодні, дослідження МС, у т. ч. і факторів ризику, проводиться в умовах клінічного обстеження. Це безумовно, підсилює лікувальну ланку боротьби з даним захворюванням (на етапі, коли воно вже розвинулось). Проте, профілактичних заходів, спрямованих на недопущення розвитку даного синдрому, насамперед у дітей, вкрай недостатньо. Поза увагою залишаються гігієнічні аспекти даної проблеми, зокрема питання, пов'язані з умовами та чинниками розвитку МС.

Метою нашої роботи було провести оцінку розповсюдженості факторів ризику та умов розвитку метаболічного синдрому у підлітків.

Отримані нами дані показали, що практично кожен десятий підліток має дисгармонійний фізичний розвиток по надлишку маси тіла; у 14,2 % виявлено ожиріння (за вагово-зростовим індексом). Основними чинниками ризику розвитку МС у дітей є: 1) низька рухова активність (лише 45,5 % старшокласників регулярно займаються спортом); 2) паління (практично кожний п'ятий підліток незалежно від статі є щоденним курцем); 3) вживання пива і слабоалкогольних напоїв (51,6 % юнаків і 50,1 % дівчат більш-менш регулярно вживають ці напої); 4) порушення харчової поведінки. Встановлено, що серед хлопців вірогідно більше підлітків, які мають надлишкову вагу, регулярно палять, а серед дівчат – школярка з низькою руховою активністю. Поєднання всіх трьох вивчених факторів ризику спостерігається частіше також у дівчат.

Отже, розповсюдженість МС та чинників, що його формують у підлітків є досить високою, що потребує консолідації зусиль лікарів різного профілю, підсилення профілактичного напрямку їх діяльності, спрямованого на оптимізацію способу життя, корекцію харчової поведінки, що сприятиме профілактиці метаболічного синдрому і, відповідно, хронічних неінфекційних захворювань.

ЛІКУВАННЯ ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА

Березуцкий В. І., Кравченко О. І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Метою роботи були: дослідження впливу остеохондрозу (ОХ) шийного відділу хребта на перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) та оцінка ефективності мануальної терапії в комплексному лікуванні хворих на ОХ та АГ. Для досягнення мети шляхом скринінгу було сформовано 2 групи досліджуваних: у першу увійшли 38 хворих АГ без ознак остеохондрозу: 20 чоловіків і 18 жінок у віці від 28 до 54 років. В другу – 42 хворих АГ з ознаками ОХ шийного й грудного відділу хребта: 27 чоловіків і 25 жінок у віці від 30 до 56 років. Діагноз есенціальної АГ був верифікований на підставі комплексного клінічного, лабораторного й інструментального дослідження відповідно до рекомендацій європейського товариства кардіологів. Скринінг включав рентгенологічне й неврологічне дослідження, інструментальне дослідження функціонального стану серцево-судинної системи при пробах зі статичним навантаженням на хребет за даними полікардіографії (синхронний запис ЕКГ, тетраполярої реограми, реоенцефалограми) та виявив негативний вплив ОХ на перебіг АГ. Проба із статичним навантаженням на хребет викликала достовірну негативну динаміку функціонального стану серцево-судинної системи у хворих 2-ої групи: тахікардія, уповільнення внутрішлуночкового проведення (31 %), порушення фази реполяризації, політопна екстрасистолія (16 %), посилення ознак уповільнення венозного відтоку, збільшення ознак дисбалансу тонусу артеріальних судин різного калібру з вираженою асиметрією (95 %), скорочення діастолі, збільшення кінцевого діастолічного тиску та жорсткості лівого шлуночка, збільшення тонусу периферичних судин опору. У хворих 1-ої групи достовірних змін гемодинаміки не було. З метою усунення негативного впливу ОХ на АГ хворим 2-ої групи був проведений курс мануальної терапії. Усунення функціональних блоків у шийному й грудному відділах хребта дозволило скорегувати порушення, виявлені у ході неврологічного обстеження. Виражений позитивний ефект мав місце у 87 % хворих. Повторні проби із статичним навантаженням на хребет та проспективне спостереження протягом року показали значне поліпшення перебігу АГ (за критеріями європейського товариства кардіологів).

Таким чином встановлений негативний вплив ОХ на перебіг АГ, а також можливість його корекції за допомогою мануальної терапії.

НОВШЕСТВА, НОВОВВЕДЕНИЯ, ИННОВАЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СУЩНОСТЬ

Беседина А. С.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

Инновационный менеджмент сравнительно новое понятие для научной общественности и предпринимательских кругов Украины. В настоящее время на смену одним формам и методам управления экономикой приходят другие. В этих условиях инновационной деятельностью вынуждены заниматься буквально все организации, все субъекты хозяйствования от государственного уровня управления до вновь созданного общества с ограниченной ответственностью в сфере малого бизнеса. Осуществляя хозяйственную деятельность, все субъекты совершают отбор, в том числе и новшеств и инноваций. Актуальность указанных аспектов обусловлена тем обстоятельством, что единой, общепринятой трактовки термина «инновация» не существует, тогда, как значимость его возрастает.

Дословный перевод слова «innovation» означает: новшество, нововведение, инновация, новаторство, новация, новинка. Наибольший интерес представляют собой два первых варианта перевода, потому как именно «новшество» и «нововведение» являются наиболее часто употребляемыми синонимами понятия «инновации». В этой связи представляется необходимым четко различать их.

Новшество – это новый порядок действий, новый метод, оформленный результат фундаментальных, прикладных исследований, разработок или экспериментальных работ в какой-либо сфере деятельности по повышению его эффективности. Новшества могут оформляться в виде открытий, изобретений, патентов, товарных знаков, документации на новый или усовершенствованный продукт, технологию, управленческий или производственный процесс.

Нововведение – это процесс (а точнее, совокупность различных процессов), обеспечивающий «прохождение» новшества от состояния идеи до получения результатов практического воплощения этой идеи.

Инновация (англ. «innovation» – нововведение) – это конечный результат инновационной деятельности, получивший реализацию в виде нового или усовершенствованного продукта или услуг, реализуемых на рынке, а также технологического процесса, используемого в практической деятельности.

Инновации должны обладать новизной, удовлетворять рыночному спросу. Создание и использование инновации в практической деятельности рассчитано на получение эффекта. Различают разные виды эффекта (экономический, научно-технический, финансовый, ресурсный, социальный, экологический). Существуют различные классификации и типологии инноваций.

АЛЬБУМІНУРІЯ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА МОЖЛИВІСТЬ ЇЇ КОРЕКЦІЇ

Більченко А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Альбумінурія є маркером розвитку глобальної ендотеліальної дисфункції і може бути пов'язана з підвищеним ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих з ІХС.

Мета: Ціллю нашої роботи було вивчення ролі альбумінурії у розвитку та прогресуванні ішемічної хвороби серця та розробка диференційованого підходу до терапії.

Результати: Ми спостерігали 39 хворих на ішемічну хворобу серця, серед них жінки – 51,3 % (20 осіб), чоловіки – 49,7 % (19 осіб). Вік хворих – від 43 до 88 років і в середньому склав (65 ± 7) років. Для оцінки рівня альбумінурії ми визначали її рівень у сечі за допомогою стандартних тест-смужок. Виявлення альбумінурії у хворих з ішемічною хворобою серця склало 64,1 %. На її виникнення впливали стать і вік хворих, цукровий діабет, інсульт, окружність талії і ліпідний спектр крові. На виникнення АУ у хворих на ІХС та посилення перебігу ІХС впливали ФВ ЛШ серця та артеріальна гіпертензія. Наявність альбумінурії у хворих з ІХС пов'язана з ремоделюванням судинної стінки – товщиною комплексу intima-media a.carotica. Існував безпосередній зв'язок між виникненням альбумінурії у хворих з ІХС і патогенетичними факторами розвитку атеросклерозу: системне запалення, дисліпідемія, ендотеліальна дисфункція. Через 6 місяців терапії хворих на ІХС серед усіх хворих співвідношення альбумін/креатинін знизилося з ($28,94 \pm 12,9$) до ($22,67 \pm 12,01$). Застосування блокаторів Ca^{+} каналів знижувало показники з ($31,91 \pm 11,82$) до ($15,49 \pm 7,42$). У пацієнтів, що приймали блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) показники знизилися з ($29,43 \pm 15,46$) до ($16,9 \pm 10,19$). При застосуванні інгібіторів АПФ показники знизилися з ($28,01 \pm 11,82$) до ($25,00 \pm 11,72$). При застосуванні В-блокаторів показники знизилися з ($36,69 \pm 10,11$) до ($26,16 \pm 11,34$). При застосуванні діуретиків показники знизилися з ($29,93 \pm 9,5$) до ($23,97 \pm 13,98$).

Висновки: застосування БРА та блокаторів Ca^{+} каналів найбільшою мірою зменшує співвідношення альбумін/креатинін у сечі, що може пояснюватися поліпшенням ендотеліальної функції.

САРКОИДОЗ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ

**Бильченко О. С., Савоськина В. А., Химич Т. Ю.,
Красовская Е. А., Веремеенко О. В.**

*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

В последние годы наметилась четкая тенденция к увеличению заболеваемости саркоидозом. Участились случаи сочетания саркоидоза с внелегочными проявлениями. Мы наблюдали 14 больных саркоидозом с поражением органов грудной клетки и кожи. У 10 больных впервые диагноз был поставлен дерматологами, у 4 – терапевтами. Диагноз был верифицирован на основании результатов дерматоскопии и гистологического исследования, а также по данным рентгенологического исследования и КТ органов грудной клетки. У 7 больных была диагностирована узловатая эритема, у 1 – ознобленная волчанка Бенъе-Теннисона, у 3 – синдром Лефгрена, мелкоочаговый саркоидоз рубцов – у 2, у 1 – синдром Хеерфордта. На рентгенограммах у больных было обнаружено двустороннее увеличение бронхопульмональных лимфоузлов и одновременное увеличение внутрибрюшных лимфоузлов у больных. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ была отрицательной. ВИЧ и сифилис у больных отсутствовал. При обследовании на внутриклеточную инфекцию, а так же ВПГ1,2 обнаружены IgG у 50 % больных. При исследовании крови у 4-х больных отмечена лимфопения; у всех было увеличено СОЭ до 30 мм в час. При исследовании иммунного статуса у 7 (70 %) пациентов выявлено повышение общего количества Т-лимфоцитов (СД3) до $(2,25 \pm 0,73)$, в основном за счет Т-хелперов (СД4) $(44 \pm 0,56) \%$, при этом имело место повышение иммунорегуляторного индекса СД4/СД8 до $(2,5 \pm 0,6)$. У всех пациентов исследовали уровень IgG к цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн-Барр, вирусу простого герпеса тип 1,2. У 8-х пациентов отмечено повышение титра указанных антител до $(15,8 \pm 5,9)$. Диагностика саркоидоза сложна, т. к. поражение органов грудной клетки не имеют специфических симптомов.

Саркоидоз кожи является наиболее объективным наглядным проявлением заболевания. Выполнить биопсию бронхопульмональных лимфоузлов с целью верификации диагноза у всех больных не реально и не всегда целесообразно. Поэтому дерматоскопия с гистологическим исследованием, несомненно, является ценным и ранним диагностическим подспорьем.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Бичкова Н. Г., Бичков О. А., Коротя М. В.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Україна*

Мета роботи – визначити особливості клітинного імунітету у хворих на цукровий діабет 2 типу при його поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Для вирішення поставленої мети було визначено вміст активованих субпопуляцій лімфоцитів у 87 хворих, які були розподілені на дві групи – хворі на цукровий діабет (ЦД) II типу та пацієнти з цукровим діабетом 2 типу при його поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ). Контрольну групу склали 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

У результаті проведених досліджень встановлено, що рівень CD25⁺ лімфоцитів у першій групі хворих перевищував значення контрольної групи на 37,6 % і становив $(13,23 \pm 0,64) \%$ ($p < 0,05$), а в другій – у 2,33 рази $((18,64 \pm 1,54)\%)$ більше ($p < 0,05$), що свідчить про значне переважання в периферичній крові Т-лімфоцитів, а саме Т-хелперів 1 типу. Аналогічну тенденцію мав і рівень HLA-DR⁺ лімфоцитів: у першій групі перевищував показники контрольної групи на 44,6 % і становив $(17,97 \pm 1,42)$ ($p < 0,05$), а в другій – $(23,46 \pm 1,96) \%$, тобто у 1,93 рази більше ($p < 0,05$). Виходячи з отриманих даних, можна констатувати, що причиною активації Т- і В-лімфоцитів периферичної крові є основне захворювання – цукровий діабет, однак, по мірі його прогресування і появі ускладнень при поєднанні з артеріальною гіпертензією, активація клітин імунної системи підсилюється з найбільшою ймовірністю за рахунок появи в крові аутоантигенів при порушенні природних бар'єрів.

Звернув на себе увагу високий вміст у периферичній крові обох груп хворих лімфоцитів, які експресують FAS-рецептор і готові вступити в апоптоз: відносний вміст CD95⁺ лімфоцитів у першій групі хворих був збільшений в 2,68 рази $((7,86 \pm 0,61) \%)$ ($p < 0,05$), а в другій становив $(14,28 \pm 1,18) \%$, тобто був вище у 4,29 рази ($p < 0,05$). Така висока процентна кількість цих активованих лімфоцитів обумовлена, на наш погляд, насамперед явищами запальної реакції і дією основного прозапального цитокіну ФНП- α , що є активним індуктором апоптозу імунокомпетентних клітин.

Висновки. Проведені дослідження показали, що у хворих на цукровий діабет 2 типу навіть без органічних ускладнень в імунній системі спостерігаються зміни, характерні для аутоімунних процесів, а ступінь їхнього прояву найбільше виражений при поєднанні цукрового діабету з артеріальною гіпертензією.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Бичкова Н. Г., Кондратюк В. Є., Бичков О. А.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Україна*

Мета роботи – оцінити зміни вмісту активованих субпопуляцій лімфоцитів в динаміці лікування хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проведене імунологічне обстеження 86 хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію. В дослідження були включені хворі з АГ I та II стадій. До контрольної групи увійшло 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

В результаті проведених досліджень нами встановлено, що у хворих на АГ I стадії в процесі лікування виявлено вірогідне зменшення відносної кількості активованих лімфоцитів, які експресують α -ланцюг рецептора ІЛ-2 ($CD25^+$ лімфоцити) на 23,17 % ($p < 0,05$) відносно рівня здорових осіб. У динаміці лікування також відбулося зменшення кількості активованих Т- та В-лімфоцитів із пізнім маркером активації ($HLA-DR^+$) на 23,76 % ($p < 0,05$). Відносний вміст активованих лімфоцитів, які експресують молекулу адгезії ICAM-1, знизився на 21,94 % ($p < 0,05$), проте перевищував аналогічний показник контрольної групи на 51,67 % ($p < 0,05$). Вміст активованих лімфоцитів, які експресують FAS-рецептор, вірогідно зменшився, проте все ще перевищував норму на 15,87 %. У пацієнтів з АГ II стадії в ході лікування встановлено вірогідне зменшення відносної кількості активованих лімфоцитів, які експресують α -ланцюг рецептора ІЛ-2 ($CD25^+$ лімфоцити) на 45,12 % до значень, які не досягали рівня здорових осіб на 15,28 % ($p < 0,05$). Процентна кількість $HLA-DR^+$ лімфоцитів через 6 місяців теж вірогідно знизилась на 30,85 % до значень, які перевищували дані контрольної групи на 26,21 % ($p < 0,05$). Відносний вміст активованих $CD54^+$ лімфоцитів, які експресують молекулу адгезії ICAM-1, вірогідно зменшився на 31,12 % до значень, які перевищували аналогічні показники у здорових осіб на 66,75 % ($p < 0,05$). Відносний вміст активованих $CD95^+$ лімфоцити, які експресують FAS-рецептор, вірогідно зменшився на 54,6 %, проте їх рівень все ще перевищував дані контрольної групи на 126,8 %.

Висновки. Проведені дослідження показують, що при застосуванні інгібіторів ангіотензинперетворюючого фактора в лікуванні хворих на АГ, пригнічення синтезу ангіотензину II обумовлює зниження експресії молекул адгезії (ICAM-1 та V-CAM) на імунокомпетентних клітинах, а також сприяє вірогідному зменшенню вмісту в периферичній крові $CD54^+$ лімфоцитів, які експресують ICAM-1, за рахунок зниження концентрації ФНП- α , ІЛ-6, ІЛ-1 β та ІЛ-2, відносної та абсолютної кількості активованих лімфоцитів, в тому числі $CD25^+$ та $CD95^+$ лімфоцитів.

ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бичкова С. А., *Бичкова Н. Г.

Українська військово-медична академія, м. Київ,

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ*

Мета роботи – вивчити вміст про- та протизапальних цитокінів у хворих із артеріальною гіпертензією (АГ) та метаболічним синдромом (МС).

Для вирішення поставленої мети було обстежено 123 хворих із АГ I-II стадії та супутнім МС. Контрольну групу склали 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Результати. В результаті проведених досліджень встановлено, що в групі хворих на АГ I стадії без МС спостерігаються прозапальні зміни цитокінового профілю сироватки крові. Так, вміст ФНП- α перевищував рівень здорових осіб на 71,6 % ($p < 0,05$), ІЛ-1 β – на 61,1 % ($p < 0,05$); в даній групі хворих залишалися збереженими та не мали вірогідних відмінностей від даних контрольної групи сироваткові концентрації ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-4 ($p > 0,1$). В групі хворих на АГ I стадії із наявністю МС дисбаланс цитокінів носив більш глибокий характер: вміст ФНП- α перевищував рівень здорових осіб в 2,34 рази ($p < 0,05$), ІЛ-1 β – в 1,9 рази ($p < 0,05$), ІЛ-6 – в 4,41 рази ($p < 0,05$).

Аналіз сироваткових маркерів запалення в групі хворих на АГ II стадії без супутнього МС показав помірну вираженість процесів системного імунного запалення, при цьому встановлено вірогідне у порівнянні з показниками здорових осіб зростання вмісту ФНП- α в 2,01 рази ($p < 0,05$), ІЛ-1 β – в 2,18 разів ($p < 0,05$) та ІЛ-6 – в 2,08 разів ($p < 0,05$). У пацієнтів із АГ II стадії та МС нами виявлено виражений дисбаланс цитокінового статусу за рахунок переважання прозапальних ІЛ, при цьому всі показники мали статистично значиму відмінність від показників у хворих на АГ II стадії без МС та у хворих на АГ I стадії. Так, вміст ФНП- α був вищим за аналогічну величину здорових осіб в 2,66 рази ($p < 0,05$); ІЛ-1 β – відповідно, в 2,45 разів ($p < 0,05$); ІЛ-6 – в 6,33 рази ($p < 0,05$); ІЛ-8 – в 2,19 рази ($p < 0,05$). В даній групі пацієнтів виявлено зниження протизапального ІЛ-4 в 1,93 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з його рівнем у здорових осіб.

Висновки. Для пацієнтів із АГ та МС характерним є підвищення вмісту прозапальних цитокінів сироватки крові, яке має прямопропорційну залежність від стадії АГ. Отримані дані свідчать про те, що інсулінорезистентність та атеросклеротичне імунне запалення є потужними факторами, які провокують дисбаланс цитокінів імунної системи, що, в подальшому, призводить до формування хибного кола, коли до порушень ліпідного обміну, нейрогормонального дисбалансу приєднуються зміни в імунній системі, що значно обтяжує перебіг захворювання.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЕУБІОЗУ КИШКІВНИКА

Блецкан М. М., Ганич Т. М., Свистак В. В.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

На сьогоднішній день для лікування дисбактеріозу використовуються антибактеріальні засоби (при наявності високих титрів умовно-патогенної мікрофлори та наявності патогенних штамів), бактеріофаги (препарати, що володіють антагоністичною активністю), пробіотики (препарати мікробного походження, що мають біфідо- та лактогенну дію), пребіотики (стимулятори росту та біологічної активності нормофлори). Крім того, ефективність вказаних препаратів може бути підсилена дією лікарських рослин з антибактеріальною дією.

Завданням нашої роботи є покращення ефективності лікування пацієнтів з проявами дисбактеріозу за допомогою лікарських рослин.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу спектру терапевтичної дії наступних різновидів рослинної сировини: квітки ромашки лікарської (*Chamomilla recutita*), трава звіробою звичайного (*Hypericum perforatum*), кора дуба звичайного (*Quercus robur*), корінь лопуха справжнього (*Arctium lappa*), листя шавлії лікарської (*Salvia officinalis*), квітки нагідок лікарських (*Calendula officinalis*).

Результати. Бактеріостатична дія флавоноїдів звіробою звичайного проявляється відносно стафілококів, стрептококів, гемолізуючої кишкової палички. Також флавоноїди звіробою володіють спазмолітичною дією на гладку мускулатуру жовчних протоків, сприяють відтоку жовчі при гіпертонії сфінктерів, попереджують її застій в жовчному міхурі та утворення каменів. Квіти ромашки лікарської мають антибактеріальні властивості відносно стафілококів, стрептококів, гемолізуючої кишкової палички. Флавоноїди (апігенін, апіїн) та кумарин (герніарин) ромашки лікарської володіють вираженим спазмолітичним ефектом. Кору дуба звичайного використовують як протизапальний, в'яжучий засіб. Препарати коріння лопуха справжнього мають діуретичні, жовчогінні, дезинфікуючі та потогінні властивості, регулюють обмін речовин. Препарати шавлії виявляють в'яжучу, протизапальну, дезинфікуючу, відхаркувальну, гіпоглікемічну дію, проявляють антисептичні властивості та ефективні щодо стафілококів, стрептококів та грибів роду *Candida*. Препарати шавлії лікарської гальмують ріст грампозитивних організмів і, дещо менше, грамнегативних. Особливо ефективно впливає дана лікарська рослина на золотистий стафілокок. Нагідки лікарські мають протизапальні, бактерицидні (стосовно стафілококів, стрептококів та грибів роду *Candida*), спазмолітичні властивості.

Висновки. Запропонований фітозбір можна застосовувати для лікування пацієнтів з проявами дисбактеріозу у складі комплексної терапії з метою оптимізації базисних схем лікування.

УРАЖЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Бобро Л. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: дослідити частоту та характер клініко – інструментальних ознак ураження кісткової тканини у хворих на жирову хворобу печінки.

Матеріали і методи. Піддано аналізу результати обстеження 62 хворих з ознаками стеатозу печінки за даними УЗД, жінок було 36 (58,1 %), чоловіків 26 (41,9 %). Середній вік хворих на ХБХ склав $(46,4 \pm 3,2)$ роки. Структурно–функціональний стан кісткової тканини визначали методом ультразвукової денситометрії. Досліджували швидкість поширення ультразвуку (ШПУ, м/с), широкосмугове ослаблення ультразвуку (ШОУ, дБ/МГц), індекс міцності кісткової тканини (ІМ КТ, %), показники T і Z. У пацієнтів до 50 років МЦКТ оцінювалась тільки за Z – критерієм. Застосовувалось анкетування за допомогою хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу. Обробка результатів дослідження здійснювалась методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 17.0 for Windows. Залежність між змінними вивчали за допомогою побудови таблиць зв'язаності. Для цього при аналізі таблиць визначали абсолютні числа і процентне співвідношення спостережень в стовпцях і рядках; критерій χ^2 -квадрат (χ^2) по Пірсону, відношення шансів Odds Ratio (OR), як один із заходів оцінки настання події (ризик остеопорозу). Взаємозв'язок між окремими параметрами проводився з використанням рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (r) з визначенням його статистичної значимості. Вказані вище параметри оцінювалися з прийнятим рівнем статистичної значущості не нижче, ніж 95 % ($p < 0,05$).

Результати. За даними результатів хвилинного тесту та антропометричного обстеження встановлено, що у 35 осіб (56,4 % $p < 0,05$) мав місце високий ризик остеопорозу (OR 5,2 при 95 % CI = 0,3-0,9), вірогідно переважали жінки – 24 (38,7 %, $p < 0,05$). Обстеження пацієнтів з високим ризиком остеопорозу методом УЗД виявило наявність остеопенії у 30 пацієнтів (48,3 %, $p < 0,05$), з них у 17 (46,7 %) – остеопороз ($\chi^2 = 5,5$, $p < 0,05$). За допомогою кореляційного аналізу встановлено достовірний негативний зв'язок між показниками УЗД та віком жінок: r для ШПУ склав – 0,33 ($p < 0,001$), ШОУ – 0,31 ($p < 0,001$), ІМ КТ – 0,36 ($p < 0,001$).

Висновок. При клініко- інструментальному обстеженні наявність остеопенії встановлена у кожного другого з усіх хворих на жирову хворобу печінки, при цьому остеопороз – у кожного п'ятого з них. У жінок наявність остеопенії виявлялася в 1,7 разів частіше, ніж у чоловіків, остеопорозу – в 4,9 разів.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Божко В. В., Снегурская И. А., Пенькова М. Ю., Корнейчук И. А.,
Дунаевская М. М.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой»
НАМН Украины, г. Харьков*

Цель работы – изучить взаимосвязи гиперурикемии (ГУЕ) с клиническими и метаболическими показателями, а также со структурно-функциональными параметрами сердца у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением.

Материал и методы. Обследованы 179 пациентов с АГ 2-3 степени. У 123 больных выявлено абдоминальное ожирение (АО). У 94 больных АГ была диагностирована ГУЕ – уровень мочевой кислоты (МК) в крови был ≥ 6 мг/дл вне зависимости от пола. Группу сравнения составили 85 больных АГ с уровнем МК < 6 мг/дл (нормоурикемия – НУЕ). У больных определяли: антропометрические показатели, уровень МК в крови, показатели углеводного (глюкоза крови натощак, пероральный глюкозотолерантный тест и липидного (уровень общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности, ХС липопротеидов очень низкой плотности, триглицеридов (ТГ)) обменов; морфо-функциональные параметры сердца.

Результаты. Установлено, что больные АГ с ГУЕ, в сравнении с больными АГ с НУЕ, отличались большей частотой абдоминального ожирения ($p < 0,01$). У данных больных, достоверно выше ($p < 0,05$) встречались различные формы нарушения толерантности к углеводам. В крови больных АГ с ГУЕ, в сравнении с больными АГ с НУЕ, выявлялось более высокое содержание ТГ ($2,23 \pm 0,11$) ммоль/л и ($1,77 \pm 0,12$) ммоль/л соответственно ($p < 0,05$) и более низкое – ХС ЛПВП ($1,33 \pm 0,16$) мкмоль/л и ($1,54 \pm 0,072$) мкмоль/л, соответственно ($p < 0,05$). В группе больных с ГУЕ выявлены положительные корреляционные взаимосвязи между уровнем МК крови и размерами левого предсердия ($r = +0,32$; $p < 0,05$), массой миокарда левого желудочка ($r = +0,23$; $p < 0,05$), содержанием ТГ ($r = +0,39$; $p < 0,05$), коэффициентом атерогенности ($r = +0,42$; $p < 0,01$), а также отрицательную корреляцию уровня МК крови и ХС ЛПВП ($r = -0,37$; $p < 0,05$).

Выводы. Повышение уровня МК в крови больных АГ ассоциировалось с такими метаболическими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, как АО, гипертриглицеридемия, снижение уровня ХС ЛПВП, ухудшение толерантности к глюкозе. Это позволяет рассматривать ГУЕ в качестве дополнительного фактора сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ.

IMPACT OF AGE FACTORS AND LIFE STYLE ON HEALTH STATE OF POPULATION IN POLAND AND ITS MORBIDITY OF CARDIOVASCULAR DISEASES

**Boyko V. V., Dubrovina N. A., Zamiatin P. N., Kolesnikova E. V.,
Siwiec A., Chorna Yu. A., Zamiatin D. P.**

University of Economics in Bratislava, Slovakia

The purpose of the given research is to study the quantitative relationship between a number of social and demographic factors on self-assessed health, life style and morbidity of cardiovascular diseases on an example of data of households sociological survey in Poland. Taking the importance of cardiovascular diseases (CVD), occupying the first place among the chronic diseases of the population, and being of the leading causes of death, into account, we have analyzed the influence of age, gender and other factors, relating to the lifestyle of the respondents, on the incidence of CVD in Poland. The highest rates of concentration of various diseases of the circulatory system are characteristic for the age groups 50-69 years and 70 years and older. To analyse the influence of age and gender factors and factors relating the lifestyle of the respondents, on the incidence of CVD, tobit models were used.

As follows from our calculations, higher body mass index (BMI) of respondents and bad quality of sleep have a significant impact on the risk of diseases of the circulatory system. Herewith, higher values of the parameter estimates at variable IMB2 (percentage of respondents with a high degree of obesity where $BMI \geq 30$) indicate a higher rate of risk of the incidence of CVD, compared with the influence of variable IMB1 (percentage of respondents with overweight, where body mass index is $27 < BMI < 30$), where the values of the parameter estimates are lower. As seen from the statistical estimations of models, significant gender differences in the risk of CVD were not observed, the estimates of the parameters were not statistically significant for the level of 10% or less for the gender variable X_G. While positive values of the variable X_G may indicate, that the risk of coronary heart disease with the development of myocardial infarction or the risk of stroke is slightly higher for men than for women. Inversely, negative estimations of the values of the variable X_G may indicate, that women are more likely to develop coronary heart disease without the development of myocardial infarction or high blood pressure is observed, than in men. The estimations of parameters in model show that the risk of CVD increases sharply in the age groups 50-69 years and 70 years and older. This is evidenced by the positive, significant estimates of parameters with variables for different aged groups, i.e. D_A3 and D_A4. At the same time, the high risk of mortality, caused by CVD, in the older age groups leads to the fact that the part of the population suffering from these disease, do not live up to 70 years.

Obtained econometric models can serve as a tool for evaluating the efficiency of various government programs, related to improving the quality of life and their impact to public health.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE PREVALENCE OF ESOPHAGEAL CANCER IN THE COUNTRIES OF CENTRAL AND EASTERN EUROPE

Boyko V. V., Dubrovina N. A., Sinelnikov A. Ya., Zamiatin P. N.

University of Economics in Bratislava, Slovakia

Esophageal cancer ranks sixth in the world among the main causes of death connected with malignant tumors. More than 450 000 people worldwide have this diagnosis and the occurrence of this disease is increasing rapidly (Cancer Trends, 2011). Standardized rates of the frequency of incidence of esophageal cancer and the rates of mortality from this cause differ significantly by countries and regions.

The following purposes were set in the study: to investigate the rates of incidence of the esophageal cancer and the corresponding rates of mortality using the example of six CEE countries (Austria, Germany, the Czech Republic, Poland, Slovakia and Hungary); to explore the features of the spatial distribution of mortality from esophageal cancer for the regions of these countries; and to obtain predicted values of mortality, based on existing trends and characteristics of these countries. The materials on which the research is based are: Eurostat data, containing the rates of morbidity and mortality from different causes in the EU countries and in the regions of NUTS2; and results arising from the analysis of various reports of scientists engaged in problems of oncologic diseases. The methods of analysis of time series, methods of spatial econometrics and statistics were used for the study, presented here. Statistica and R were used for information processing and the required calculations.

An analysis of the rates of mortality from esophageal cancer in different countries of Central and Eastern Europe confirms our conclusions that these values vary significantly by country and by region. Application of the methods of spatial statistics allows us to confirm the existence of a non-random element in the distribution of the rates of mortality from esophageal carcinoma in population by NUTS 2 region for six CEE countries. The clusters of similar regions and the clusters of regions with transitional régimes, i.e. those in which the situation is qualitatively different from the surrounding group of regions, were identified using cartographic output from spatial models. The study of the features of the spatial distribution of the rates of mortality from esophageal cancer allows us to determine more and less epidemiologically affected regions. A study of the trends in the rates of mortality from esophageal cancer revealed common tendencies in the level of CEE countries; a multifactor model, obtained through the use of the entire data set for the CEE countries, provided an opportunity to construct a more accurate forecast of the rates of mortality from esophageal cancer, taking into account characteristics of the countries, the dynamics of patients with the diseases of the esophagus and the general time trend.

ROLE OF MATRIX METALLOPROTEINASES SYSTEM IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Bolokadze E.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Metabolic syndrome (MS) is a disease with a complex aetiology, the underlying cause of which may include genetic predisposition, excessive calorie intake, low physical activity, older age, some disorders (atherosclerosis, polycystic kidney disease, liver cirrhosis, chronic renal failure, sepsis, trauma) and medications. There is evidence of adverse effects of steroids on the course of symptoms in patients with MS. The prevalence of MS is about 10-20 %, with the disease mainly affecting people older than 30 years; further, it is more common in men, whereas in women the incidence of MS increases during menopause.

Materials and Methods: We studied 30 patients with MS. The control group consisted of 20 apparently healthy volunteers. All examined patients underwent heart ultrasound with calculation of hemodynamic parameters, investigation of proforms of matrix metalloproteinases-1 (proMMP-1) and tissue inhibitor of metalloproteinases (TIMP-1) system.

Results and discussion: we conducted a comparative analysis of the levels of proMMP-1 and TIMP-1 in the patients with MS and in the control. Thus, we found that in the total group of patients with MS, average levels of proMMP-1 and TIMP-1 exceeded those in the control group (3.49 ± 0.16 ng/ml, 397.0 ± 3.02 ng/ml and 1.49 ± 0.63 ng/ml, 364.6 ± 4.1 ng/ml, respectively, $p < 0.05$ for both).

Patients with MS, all blood pressure (BP) parameters differed significantly from the respective values in the control group. In patients with 4-component MS significantly higher proMMP-1 levels (4.15 ± 0.26 ng/ml) were found, not only in comparison with the control group (1.49 ± 0.63 ng/ml, $p < 0.05$), but also in comparison with patients with 3-component MS, etc. (3.13 ± 0.19 ng/ml, $p < 0.05$). TIMP-1 in this group (406.2 ± 5.5 ng/ml) differed significantly only from the respective value in the control group (364.6 ± 4.1 ng/ml, $p < 0.05$). In patients with 3-component MS, average levels of proMMP-1 (3.13 ± 0.19 ng/ml) and TIMP-1 (392.7 ± 3.47 ng/ml) also exceeded the respective values in the control group ($p < 0.05$).

Conclusions: In patients with MS decreased plasma MMP-1 and increased TIMP-1 are accompanied by myocardial extracellular matrix remodelling with subsequent formation of left ventricular geometry of a certain type. In turn, the orientation of changes of distant fibrosis markers depends on the number and combination of MS features.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Болтобаев С. А., Кулдашев Т. А., Азизов С. В.

Наманганский государственный университет, г. Наманган, Узбекистан

Цель исследования. Изучить и обосновать динамику изменений показателей свертывающей системы крови и липидного обмена в реабилитации больных хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 50 больных хроническим пиелонефритом в возрасте 18-83 лет. Из них 26 (52,5 %) мужчин и 24 (47,5 %) женщин. Давность заболевания от 2 лет до 5.

До и после лечения исследовали содержание в сыворотки крови ПТИ (по методу Туголукова), фибриноген (по Рутбергу); общий холестерин (ОХС) по методу Илька, триглицериды (Тг), β -липопротеиды (ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП) и α -липопротеиды (ХС-ЛПВП) (по методу Брунштейн-Самай)].

Всем наблюдаемым больным включали следующие процедуры: - базисная терапия (антибактериальная терапия, витамины группы В, дезинтоксикационные средства, уроантисептики); - иммунокорректор - тимоптин, курс составлял 50 дней с повтором в начале 2 года лечение); - на приборе, повышающем содержание углекислого газа в артериальной крови, больные занимались утром и вечером по 30 минут 120 дней (курс повторили в начале 2 года лечение); - ЛФК в виде танцевальных физических упражнений, например: Андижанская полька, тановар. Нагрузку увеличивали ежедневно, постепенно, учитывая индивидуальные особенности, подготовленность и здоровье больных в течение 2 лет; - фитотерапия в течение 2 лет.

Результаты. До лечения у всех наблюдаемых больных выявлено гиперкоагуляцию, гиперхолестеринемию и гиперлипидемию. После лечения отмечалось достоверное снижение показателей свертывающей системы крови и липидного спектра, соответственно: ПТИ 3,1 %, 10,6 %, 12,9 %, 14,6 % ($P < 0,01$), фибриноген – 6,8 %, 24,2 %, 22,9 %, 28,6 % ($P < 0,01$), ОХС – 7,5 %, 20,8 %, 33 %, 39,7 % ($P < 0,05$), Тг – 3,7 %, 24,1 %, 20,7 %, 36,2 % ($P < 0,01$), ХС-ЛПОНП – 20 %, 15 %, 5 %, 25 % ($P < 0,05$), ХС-ЛПНП – 5,1 %, 20,3 %, 32,8 %, 35,9 % ($P < 0,01$) и достоверное повышение средних показателей α -липопротеидов ХС-ЛПВП – 61,2 %, 64,4 %, 71,1 %, 87,5 % ($P < 0,001$).

Выводы. На основании выше изложенного можно заключить, что проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа оказывает гипокоагуляционный, гипохолестеринемический и гиполлипидемический эффект. На фоне чего выявлена достоверная положительная динамика клинико-функционального состояния и показателей свертывающей системы крови и липидного обмена в реабилитации больных хроническим гломерулонефритом.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Болтобаев С. А., Кулдашев Т. А., Азизов С. В.

Наманганский государственный университет, г. Наманган, Узбекистан

Цель исследования. Изучить и научно обосновать динамику изменений показателей иммунной защиты организма в реабилитации больных хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 50 больных хроническим гломерулонефритом в возрасте 18-83 лет. Из них 26 (52,5 %) мужчин и 24 (47,5 %) женщин. Давность заболевания от 2 до 5 лет.

До и после лечения: - изучалось содержание в сыворотке крови СДЗ-лимфоцитов (по методу Жондал), СД4 и СД8 (по методу Моретта), СД19 (по методу Е.Р.Кудрявцева) и G(IgG), A(IgA), M(IgM)-иммуноглобулинов (методом радиальной иммунодиффузии по Манчини).

Всем наблюдаемым больным включали проводили следующие процедуры: базисная терапия (антибактериальная терапия, витамины группы В, дезинтоксикационные средства, уроантисептики); - иммунокорректор-тимоптин, курс составляет 50 дней, курс повторили в начале 2 года лечения); - на приборе, увеличивающем содержание углекислого газа в артериальной крови, больные занимались утром и вечером по 30 минут 120 дней (курс повторили в начале 2 года лечения); - ЛФК в виде танцевальных физических упражнений, например: Андижанская полька, тановар. Нагрузку увеличивали ежедневно, постепенно, учитывая индивидуальные особенности, подготовленность и здоровье больных в течение 2 лет; - фитотерапию в течение 2 лет.

Результаты. До лечения у всех наблюдаемых больных выявлено Т- и В-иммунодефицитное состояние в виде снижения клеточной и повышения гуморальной иммунной защиты организма.

После проводимого лечения отмечено достоверное повышение средних показателей клеточной (СДЗ – 13,3 % ($P < 0,05$), 25 %, 27,4 %, 29,6 % ($P < 0,05$), СД4 – 15,4 % ($P < 0,05$), 30,4 %, 33,8 %, 36,9 % ($P < 0,05$) СД8 - 17,9 % ($P < 0,05$), 30,7 %, 43,9 %, 54,2 % ($P < 0,01$), СД19 – 44,2 %, 62,8 %, 67,7 % ($P < 0,01$), 76,6 % ($P < 0,001$)] и достоверное снижение средних показателей гуморальной (IgA – 7,7 %, 24,7 %, 23,7 %, 23,4 % ($P < 0,05$), IgM – 7,9 %, 17,9 %, 15,1 %, 11,9 % ($P < 0,05$), IgG – 11,5 % ($P < 0,05$), 41 %, 53,6 %, 52,5 % ($P < 0,01$)] иммунной защиты организма.

Выводы. На основании выше изложенного можно сделать вывод, что проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа оказывает иммунокорригирующий эффект. На фоне чего выявлена достоверная положительная динамика клинико-функционального состояния и показателей иммунной защиты организма в реабилитации больных хроническим гломерулонефритом.

О КОНЦЕПЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Бондаренко С. В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Системный политико-экономический кризис и общественная нестабильность крайне отрицательно сказываются на состоянии здоровья населения Украины. Уже в ближайшее время следует ждать всплеска заболеваемости по всем основным группам болезней, и не только болезней «бедных стран». Сокращение размеров финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и, без преувеличения, бедственное состояние значительной части медицинских учреждений неумолимо приближают украинскую систему здравоохранения к той черте, за которой следует ее распад. В таких условиях одним из наиболее важных приоритетов развития медицины является ее экономизация, а именно – формирование и развитие предлагаемого нами нового направления, такого, как экономическая медицина.

Связь экономики и медицины длительное время рассматривалась достаточно обобщенно и эпизодически, преимущественно в контексте оценки влияния заболеваемости населения на рост внутреннего валового продукта, т.к. частичная или полная нетрудоспособность снижает производительность труда, к тому же отвлекая финансовые и материальные ресурсы на предоставление медицинской помощи. Имея главной целью обеспечение достаточного уровня общественного здоровья и способности к активной трудовой деятельности, экономическая медицина продолжает традиции изучения влияния различных заболеваний на трудоспособность населения, разрабатывая и обосновывая наиболее эффективные, экономичные как для государства, так и для его отдельных граждан методы лечения.

Предлагаемое новейшее направление медицины также учитывает диссонанс между интересами государства (скорейшее возвращение трудоспособного населения к активной трудовой деятельности) и фармакологического бизнеса (устойчивая хронизация заболевания и максимизация потребления лекарственных препаратов пациентом). В основе приоритетов экономической медицины – разумное, сбалансированное сочетание немедикаментозных методов (которым, к сожалению, уделяется крайне мало внимания на всех уровнях здравоохранения) и фармакотерапии, предполагающее как одновременное лечение, так и профилактику заболеваний, восстанавливая гомеостаз — динамическое постоянство внутренней среды организма. Именно такой подход к модернизации протоколов лечения позволит ускорить улучшение состояния пациента в кратчайшие сроки, существенно увеличит период ремиссии и значительно сократит расходы больного на лекарственные препараты, упреждая/ минимизируя возникновение побочных эффектов, свойственных фармсредствам.

РОЛЬ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Боровик Е. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

На этапе современных исследований известно, что в развитии и прогрессировании инсулинорезистентности и различных ее проявлений значительную роль играет жировая ткань, которая синтезирует адипокины, обладающие различными локальными, периферическими и центральными эффектами. Эти эффекты влияют на метаболические процессы, формирование оксидативного стресса, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и т.п. Висцеральная жировая ткань рассматривается многими учеными как самостоятельный эндокринный орган, поскольку в ее адипоцитах синтезируется большое количество гормонально активных веществ, среди которых адипонектин и резистин.

Цель исследования – изучение уровней гормонов жировой ткани у больных с коморбидным течением артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа с учетом принадлежности к факторам формирования инсулинорезистентности.

Материалы и методы. Нами было обследовано 55 больных АГ, которые были разделены на группы в зависимости от наличия СД 2 типа, средний возраст составил ($59 \pm 1,2$) лет. Определение уровня резистина проведено иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы «BioVendor» (Чехия). Содержание адипонектина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit производства фирмы «ASSYPRO» (США).

Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования было выявлено, что у больных с коморбидным течением АГ и СД 2 типа уровень адипонектина составил ($4,52 \pm 0,12$) мг/мл, а резистина ($19,00 \pm 0,42$) мг/мл, по сравнению с группой больных АГ без СД 2 типа, у которых значения этих показателей составили: ($6,83 \pm 0,10$) мг/мл и ($14,90 \pm 0,29$) мг/мл, соответственно.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что уровень адипонектина достоверно снизился у больных с сочетанной патологией АГ и СД 2 типа на 29,15 %, по сравнению с группой больных АГ без СД 2 типа, и на 62,55 % с контрольной группой. Тогда как уровень резистина, наоборот, достоверно увеличился на 21,58 % у больных первой группы по сравнению с больными второй группы и на 48 % с контрольной группой. Данные результаты свидетельствуют о том, что адипоцитокينات являются факторами формирования инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

ДІУРЕТИЧНА ДІЯ НАСТОЙКИ ТРАВИ КУНИЧНИКА ЗВИЧАЙНОГО ТА ТРАВИ ЩУЧНИКА ДЕРНИСТОГО

Бурлака І. С., Омельченко З. І., Кисличенко В. С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Метою роботи було вивчення впливу різних доз настойки трави куничника звичайного та щучника дернистого на спонтанний діурез в умовах лабораторного експерименту. Настойка складається з трави куничника звичайного та щучника дернистого (1:1), які застовуються для лікування захворювань сечовивідної системи. Дослідження проведені порівняно з препаратом Нефрофіт. Доза препарату "Нефрофіт" визначена відповідно до Інструкції по медичному застосуванню. Дози настойки визначали, виходячи з даних про застосування фітопрепаратів та з добової дози застосування препарату порівняння. Настойка вивчена в 2-х дозах: 0,05 мл/кг, 0,1 мл/кг.

Матеріали та методи. Експеримент проводився на білих безпородних статевозрілих щурах-самцях масою 190-200 г. Тварини знаходилися в умовах віварію при температурі 19-24°C, вологості не більше 50 %, природному світловому режимі " день-ніч" у пластикових клітках на стандартному харчовому раціоні. Експеримент проводився відповідно до Міжнародних вимог про гуманне відношення до тварин. При введенні настойки трави куничника звичайного та щучника дернистого підвищувалась кількість добового споживання води на 15,5 %, підсилювалась клубочкова фільтрація на 17,4 %, збільшувалась екскреція натрія – на 44,0 %, екскреція калія – на 3,3 %.

Отримані результати обумовлені наявністю таких груп біологічно активних речовин як флавоноїди та гідроксикоричні кислоти.

Таким чином настойка трави куничника звичайного та щучника дернистого є перспективною для впровадження в медичну практику в якості нового діуретичного препарату рослинного походження.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И БАЛАНСА ЦИТОКИНОВ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ

Бурмак Ю. Г., Казаков Ю. М., Чекалина Н. И.

*ГВУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»,
г. Полтава*

Цель исследования – изучить особенность изменения интенсивности липопероксидации и содержания про- и противовоспалительного цитокинов под влиянием комбинированного лечения с использованием иммуностропного и антиоксидантного средств.

Объект и методы исследования. Под наблюдением находилось 36 женщин и 40 мужчин в возрасте ($37,4 \pm 1,5$) лет хроническим бронхитом (ХБ) в сочетании с пептической язвой (ПЯ) двенадцатиперстной кишки. Все больные получали общепринятое лечение (протокол), пациенты основной группы дополнительно получали дезоксирибонуклеат натрия (1,5 % раствор по 5,0 мл внутримышечно 1 раз в сутки на протяжении 5 дней, а затем 1 раз в три дня 5 инъекций) в комбинации с триовитом (две капсулы в сутки). Интенсивность липопероксидации оценивали по уровню малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови (Стальная И.Д. та Гаришвили Т.Д., 1977), определяли содержание сывороточных цитокинов – туморнекротического фактора α (TNF α), интерлейкинов (IL) 4 и 6 (тест-системы «ProCon» (СПб, РФ), анализатор «Labline-022» (Австрия). Исследование проводили до и после лечения; контрольными были данные исследований 21 практически здорового человека. Математическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof и Statistica.

Результаты. Выявлено, что до лечения уровень МДА превышал контрольные в 2,6 раза, в 2,5 и 2,9 раза были повышены уровни TNF α и IL6 при тенденции к повышению IL4. Общепринятое лечение сопровождалось снижением уровня МДА (в 1,33 раза), TNF α , IL6 (в 1,3 и 1,4 раза соответственно) и повышением IL4 в 1,3 раза, при этом уровни МДА, TNF α , IL6 превышали контрольные, соответственно, в 1,9, 1,5, и 1,52 раза. Получавшие комбинированное лечение больные имели большее снижение МДА (в 1,7 и 1,3 раза по сравнению с исходными данными и с общепринятым лечением соответственно), отмечалось снижение TNF α , IL6 (в 2,3 и 2,7 раза соответственно), в сравнении с больными общепринятого лечения они были ниже соответственно в 1,3 и 1,4 раза и происходило повышение IL4 в 1,9 раза, что было почти в 1,5 раза выше такового больных, получавших общепринятое лечение.

Вывод. Лечение больных ХБ в сочетании с ПЯ с применением дезоксирибонуклеата натрия и триовита сопровождается более значимым снижением как интенсивности пероксидации липидов клеточных мембран (МДА), так и прозапальной активности сыворотки крови за счет снижения содержания TNF α , IL6 и повышения IL4.

СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Василечко М. М.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи – порівняння показників коагуляційного та тромбоцитарного гемостазу у хворих із метаболічним синдромом та фібриляцією передсердь.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 118 хворих на фібриляцію передсердь (ФП), які мали три і більше ознаки метаболічного синдрому (МС) за критеріями АТР ІІІ (2001) та МАД (2005), (вік 60-79 років; 57 чоловіки, 61 жінки). Проведено аналіз стану системи коагуляційного гемостазу за показниками протромбінового індексу (ПтІ), фібриногену, розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК), D-димерів та тромбоцитарного гемостазу за показниками агрегаційної активності тромбоцитів (ААТ) – часу початку, ступеня, швидкості агрегації, кількості тромбоцитів та фактора Віллебрандта за стандартними методиками під впливом комплексного стандартного лікування до та через 2 місяці спостереження. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Результати і обговорення. У всіх обстежених хворих було діагностовано МС, тому низького ризику виникнення тромбоемболій за шкалою CHADS₂ та CHA₂DS₂-VASc не було виявлено. Характерною виявилась активація зсідальної системи крові та фібринолізу, зокрема, підвищення рівнів ПтІ на 20,39%; фібриногену – 64,14 %; РФМК – 61,05 % ($p < 0,05$). Стан гіперкоагуляції виявлено у 62 (52,54 %) та 56 (47,45 %) випадках за показником позитивного D-димеру – $(346,8 \pm 20,26)$ нг/мл та підвищеною ААТ з вкороченням часу початку агрегації до $(9,47 \pm 1,24)$ с, збільшенням ступеня агрегації до $(28,41 \pm 0,34)$ %, швидкості агрегації до $(19,71 \pm 0,27)$ %/с та фактора Віллебрандта до $(263,10 \pm 1,23)$ % ($p < 0,05$). В усіх групах кількість тромбоцитів до та під впливом лікування не змінювалася і становила $(280,14 \pm 11,52)$ тис/мкл, що відповідає рівню в контролі – $(284,21 \pm 8,32)$ тис/мкл ($p > 0,05$).

Висновки. Для хворих з ФП на тлі МС характерні протромботичні розлади коагуляційної та тромбоцитарної ланок гемостазу із підвищенням рівнів ПтІ, фібриногену, продуктів деградації фібрину (РФМК, D-димерів) та високою ААТ за показниками вкорочення часу початку агрегації, збільшення ступеня, швидкості агрегації та фактора Віллебрандта.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ВРОСЛОГО НІГТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ОНІХОМІКОЗОМ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Вергун А. Р., Кіт З. М., Вергун О. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Мета: вдосконалити комплексне лікування вторинного врослого нігтя (ВВН) у хворих на деструктивний оніхомікоз (піднігтьовий гіперкератоз) на фоні метаболічного синдрому (МС) із застосуванням хірургічного видалення нігтьової пластини, системної й місцевої антимікотичної терапії та комплексної корекції коморбідної патології.

Обстежено за трьохрічний період (2011-2014 рр.) 24 пацієнти віком 39-60 років з вторинним оніхокриптозом галлюкса – ВВН, деструктивним оніхомікозом (ДО) трихофітної етіології з формуванням піднігтьового гіперкератозу: 18 чоловіків та 6 жінок. На фоні комплексної корекції МС з застосуванням аторвастатину в дозі 10 мг на добу, урсодезоксихолевої кислоти 10 мг/кг на добу та лізіноприлу 20 мг на добу здійснювали трьохденну доопераційну ад'ювантну системну антимікотичну терапію щоденним прийомом 400 мг ітраконазолу, яку продовжували на наступні 4 дні (перші 2 дні післяопераційного періоду) у якості пульс-терапії. З аналогічним дозуванням з тижневими перервами проводили наступні 2 п'ятиденні пульс-цикли. Здійснювали епоніхектомію; видалення ВВН через уражену гіперкератозом ділянку, санацію ложа; у ділянках вrostання прецизійно виконували діатермокоагуляційну парціальну матриксектомію, – перев'язки через день з обробкою операційних ран бетадином до їх епітелізації; застосуванням лініменту тербінафіну; профілактичною санацією інших нігтів антимікотичним лаком. Післяопераційних ускладнень та вираженого косметичного дефекту після відростання нігтя стверджено не було. Раннього рецидиву ДО констатовано не було. Спостерігали позитивну динаміку біохімічних показників функції ендотелію: рівень ендотеліну-1 зменшився з $(108,22 \pm 6,01)$ мкМоль/л до $(97,13 \pm 6,72)$ мкМоль/л. У 10 пацієнтів у випадках масивної мікотичної поліоніходеструкції середній вміст оксиду азоту стабільно утримувався більше 7,0 мкМоль/л.

Таким чином, запропоновану схему комплексного лікування хворих на мікотичний ВВН та ДО на фоні МС з застосуванням хірургічного лікування, антимікотичної терапії та комплексної корекції метаболічного синдрому можна вважати достатньо перспективною; маловивчені віддалені результати та якість життя пацієнтів потребують подальших досліджень.

ОЦЕНКА БИОМАРКЕРОВ С ЦЕЛЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Вишневская И. Р., Петюнина О. В., Титаренко Н. В.,
Белая Н. В., Гилева Я. В.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков*

Поиск новых маркеров, которые могут предсказывать неблагоприятные исходы у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) по-прежнему продолжается. Такие биомаркеры, как ростовой фактор дифференцировки 15 (РФД 15), N-терминальный фрагмент про-мозгового натрийуретического пептида (NT-pro BNP), белок кардиального типа, связывающий жирные кислоты (БСЖК) активно изучаются.

Цель: определить значимость новых биомаркеров в прогнозе 6-ти месячной летальности после ОКС.

Методы. 70 пациентов с различными формами ОКС, были включены в исследование, все пациенты подписали информированное согласие: 77 % мужчин и 23 % женщин, средний возраст – $(61,8 \pm 1,3)$ года. Среди них, 54 % пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q (Q-ИМ), 20 % – с инфарктом миокарда без зубца Q (без Q-ИМ), 26 % – нестабильная стенокардия (НС). Все пациенты прошли стандартное обследование: стандартная электрокардиография, эхокардиография, ангиография, определение маркера некроза миокарда – сердечный тропонин, проводилась стратификация риска по шкале GRACE. Дополнительно, были определены уровни РФД 15, NT-pro BNP и БСЖК в первый день госпитализации. Конечной точкой была выбрана смерть от всех причин. В течение 6 месяцев 11 % пациентов достигли конечной точки.

Результаты: эффекты 60 переменных клинических, инструментальных и лабораторных данных оценивались у пациентов. Для идентификации основных факторов риска неблагоприятного исхода, мы использовали метод логистической регрессии среди них наиболее значимыми были: шкала GRACE -6-ти месячная летальность (площадь под кривой (AUC) 0,95; $p < 0,00001$; 95 % доверительный интервал (CI): 0,870-0,988), NT-pro BNP (AUC 0,89; $p < 0,0001$; 95 % ДИ: 0,759-0,960), РФД 15 (AUC 0,8; $p < 0,0017$; 95 % ДИ: 0,704-0,899), БСЖК (AUC 0,7; $p < 0,0009$; 95 % ДИ: 0,630-0,766). Была выявлена значительная разница уровней NT-pro BNP ($p < 0,00001$), БСЖК ($p < 0,0023$) и РФД 15 ($p < 0,0001$) у пациентов достигших конечной точки и благоприятным прогнозом.

Выводы: повышенные уровни NT-pro BNP, РФД 15 и БСЖК со шкалой GRACE были самыми сильными предикторами 6-месячной летальности у пациентов с ОКС. Они могут быть использованы в клинической практике для повышения стратификации риска у данной категории пациентов.

**РЕЗЕРВИ АПАРАТУ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ
У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ПОВСЯКДЕННОЇ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ
ЗА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ**

Волинець Л. М., Овдій М. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Сучасні дослідження свідчать про високу ефективність спорту і фізичної культури, підвищення резервів та економізації дихального апарату спортсменів. Індустріально-технічний розвиток, значні зміни в навколишньому середовищі, надмірні інформаційно-психологічні навантаження обумовлюють зростання захворюваності студентів, особливо на старших курсах в 1,5-2 рази. Спортивні тренування спряють поліпшенню як фізичної, так і психоемоційної стійкості молоді. Оптимальне використання фізичних навантажень не тільки виявляє резервні можливості організму, але й дозволяють суттєво їх підвищити.

Мета дослідження - вивчити функціональний стан і резерви дихальної системи студентів-медиків.

Методи дослідження: анкетування, соматометричні дослідження (життєва ємність легень, життєвий індекс, рухливість нервових процесів за Тепінг-тесту та функціональний резерв серця Руф'є, методи математичної статистики).

Результати досліджень. Нами було зроблено порівняльний аналіз функціональних показників студентів медичних факультетів НМУ, котрі займаються спортом регулярно ($n = 13$) та не займаються а ні спортом, а ні фізичною культурою ($n = 23$). В групі активних та неактивних студентів рівень функціонального резерву серця Руф'є виявився в 1-й групі фізично активних студенток ($6,39 \pm 1,31$) та в 2-й групі неактивних дівчат ($9,88 \pm 3,19$); в 3-й групі фізично активних студентів ($9,29 \pm 3,62$) та ($10,94 \pm 1,12$) – у неактивних чоловіків 1-ї групи, ($p_{1,2} \leq 0,05$, $p_{3,4} \leq 0,05$). Аналіз отриманих даних свідчить про те, що між показниками в групах фізично активних студентів та студенток є достовірні відмінності. Життєва ємність легень в групі фізично активних студенток фактична ЖЄЛ ($4,25 \pm 0,76$) та ($2,97 \pm 0,35$) – у неактивних, та в групі фізично активних студентів фактична ЖЄЛ – ($4,69 \pm 0,41$) та ($4,17 \pm 0,48$) – у неактивних, $p_{1,2} \leq 0,05$, $p_{3,4} \leq 0,05$. Життєвий індекс в групі фізично активних студенток ($4,25 \pm 0,76$) та ($2,97 \pm 0,35$) – у неактивних, та в групі фізично активних студентів ($4,69 \pm 0,41$) і ($4,17 \pm 0,48$) – у неактивних, $p_{1,2} \leq 0,05$, $p_{3,4} \leq 0,05$. Дані Тепінг-тесту показали, що фізично активні чоловіки та жінки мають кращі показники психофізіологічного функціонального стану: в першому квадраті кількість крапок була у активних дівчат ($77,07 \pm 6,22$) та у неактивних дівчат – ($72,38 \pm 7,11$) та у активних чоловіків ($79,38 \pm 5,74$) і у не активних чоловіків – ($71,89 \pm 8,59$), $p_{1,2} \leq 0,05$, $p_{3,4} \leq 0,05$.

Висновок. Резерви апарату зовнішнього дихання фізично активних студентів виявились вищими, що супроводжувалось і кращим психофізіологічним станом.

ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ У КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦІФІЧНИЙ ВІРАЗКОВИЙ КОЛІТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАНУ

Гайдар Ю. А., Аржанова Г. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: оцінити стан запальних процесів у сигмовидній кишці у хворих на неспецифічний віразковий коліт (НВК) в залежності від нутритивного стану хворого на морфологічному рівні.

Матеріали та методи: у дослідженні приймав участь матеріал від 27 хворих на НВК різного ступеня тяжкості, із різним нутритивним станом, які проходили лікування у відділенні захворювань кишечника ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Усі пацієнти були розділені на 3 групи згідно індексу маси тіла (ІМТ). До першої групи увійшли пацієнти із низьким індексом маси тіла (виснаження), до другої – із нормальним індексом, до третьої – із високим (ожиріння). Аналіз препаратів проводився за допомогою техніки напівтонких зрізів за наступними показниками: наявність крипт-абсцесів, встановлення ступеня активності запалення (слабке, помірне, виражене).

Результати. При низькому ІМТ крипт-абсцеси були виявлені в лише 1 випадку (9 %), при нормальному ІМТ у 2 (28,1 %), а при підвищеному ІМТ – у 4 (44,4 %) хворих. У пацієнтів зі зниженим ІМТ практично у половині випадків (45,5 %) відмічалась виражена активність запалення, при нормальному ІМТ виявлено переважно (57,2 %) помірне запалення, а при підвищеному ІМТ ступінь запалення у 33 % відзначався як виражений і у 44,4 % – як помірний.

Висновки. Перебіг НВК у хворих з низьким ІМТ в більшій мірі характеризується значно вираженими запальними процесами, при нормальному та високому ІМТ запальні процеси мали помірну активність, а в деяких випадках слабку. Проте локальні запалення (крипт-абсцеси) мали протилежну тенденцію.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТІВОРТІНУ НА КЛІТИННІ МЕХАНІЗМИ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Гальчінська В. Ю., Топчій І. І., Щербань Т. Д., Єфімова Н. В.,
Семенових П. С.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Патогенез діабетичної нефропатії (ДН) та гіпертонічної хвороби (ГХ) тісно пов'язаний зі стимуляцією клітинних механізмів запалення, розвитком оксидантного стресу та зниженням біодоступності оксиду азоту (NO). Для корекції дефіциту NO успішно використовують тівортін – препарат, який містить в собі безпосередній субстрат для синтезу NO – аргініну гідрохлорид та, крім того, має антиоксидантну та гепатопротекторну дію.

Мета дослідження – визначення впливу тівортіну на клітинні механізми запалення, зокрема на їх нейтрофільну ланку у хворих на ДН в поєднанні з ГХ.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено в динаміці лікування 72 хворих на ДН в поєднанні з ГХ віком від 32 до 64 років. В залежності від призначеного лікування хворі були розподілені на 2 групи: хворі, які отримували базову нефропротекторну та антигіпертензивну терапію ($n = 37$) та хворі, які отримували базову терапію в комбінації з тівортіном ($n = 35$);

Експресію адгезивних молекул ICAM (CD54) та CD11b визначали непрямим імуноцитохімічним методом. Киснезалежну мікробіцидну активність нейтрофілів оцінювали в тесті відновлення нітросинього тетразолію до діформазану (НСТ-тест).

Результати дослідження. Лікування хворих на ДН в поєднанні з ГХ зі застосуванням тівортіну привело до вірогідного зниження експресії ICAM ($p < 0,001$) і CD11b ($p < 0,001$) та зменшення агрегаційної здатності нейтрофілів ($p < 0,05$).

Використання тівортіну в комбінованій терапії суттєво знижувало кількість нейтрофілів, що інтенсивно синтезували та накопичували активні радикали кисню (спонтанний НСТ-тест) та приводило до вірогідного підвищення стимуляції нейтрофілів трипсином (індукований НСТ-тест), що свідчить про збільшення резервних можливостей клітин та відновлення їх мікробіцидної реактивності. Під впливом тівортіну хоч і не досягли норми, але вірогідно зросли показники системи фагоцитозу в нейтрофілах: фагоцитарний індекс ($p < 0,05$), фагоцитарне число ($p < 0,05$) та індекс завершеності фагоцитозу ($p < 0,001$).

Висновки. Диференційована оцінка результатів лікування з використанням базової та комбінованої з тівортіном терапії показала вірогідно більш високу ефективність терапії з використанням тівортіну стосовно нейтрофільної ланки клітинних механізмів запалення.

КЛІНІЧНІ, ГЕМОДИНАМІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків

Мета. Підвищення ефективності застосування метопролола сукцинату у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на фоні ожиріння шляхом оцінки клінічного статусу та психосоціальних аспектів (якості життя) в довготривалій динаміці лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 46 осіб з ХСН II-III стадії I-IV функціонального класу на базі ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» у віці 32-87 (62,5 [56; 73]) років, з них 34 чоловіки і 12 жінок. За індексом маси тіла нормальну вихідну вагу мали 5 (11 %) пацієнтів, надмірну – 16 (35 %), ожиріння I ступеня – 16 (35 %), II ступеня – 6 (13 %), III ступеня – 3 (6 %) осіб. Клінічним ознакам надана бальна оцінка за шкалою оцінки клінічного стану (ШОКС), проведено тест 6-хвилинної ходи. Центральну гемодинаміку досліджували ехокардіографічним методом, якість життя оцінювали за Мінесотським опитувальником. Метопролола сукцинат призначали за стандартною схемою. Статистичний аналіз проведено за критичного рівня значимості 0,05 непараметричними методами із наведенням медіани та величин нижнього та верхнього кватерілей, достовірність відмінностей у залежних вибірках оцінено методом Вілкоксона.

Результати. За період спостереження показник виживання пацієнтів склав 97,8 %. Узагальнена частота побічних ефектів (брадикардія, запаморочення, слабкість, тощо) метопролола сукцинату становила 9 [6; 11] %. Клінічна характеристика за ШОКС демонструвала суттєве покращення (4 [3; 5,5] бали проти вихідних 6 [5; 9] балів, $p = 0,01$), зросла дистанція 6-хвилинної ходьби (280 [170; 370] м проти 230 [170; 352] м, $p < 0,01$). Усі кардіогемодинамічні показники поліпшувалися, вірогідних змін сягли: фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка (50 [45; 52] % проти 42 [37; 45] %, $p = 0,03$), кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка (КДРлш) (5,7 [4,8; 5,7] мм проти 6,2 [5,8; 6,6] мм, $p < 0,05$). Загальна оцінка за Мінесотським опитувальником істотно зменшилася (49 [16; 60] балів проти 52 [34; 71] балів, $p = 0,01$).

Висновки. Застосування метопролола сукцинату в динаміці лікування пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння характеризується вірогідним покращенням клініко-функціональних показників (оцінка за ШОКС, тест 6 хвилинної ходи, ФВ, КДРлш), гарною переносимістю і низькою частотою летальних виходів унаслідок прогресування ХСН, а також підвищенням якості життя пацієнтів. Перспективою подальших досліджень є вивчення поліморфізму генів білків, що беруть участь у метаболізмі метопролола сукцинату, в аспекті ефективності і безпечності застосування цього препарату у пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння.

КЛІНІЧНА ЦІННІСТЬ ВИМІРЮВАННЯ АСОЦІЙОВАНОГО З ВАГІТНІСТЮ ПРОТЕЇНУ-А ПЛАЗМИ ТА С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ З ПРОЯВАМИ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Гінгуляк О. М., Хребтій Г. І., Злонікова К. М., Руснак І. Т.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Мета. Дослідити вплив асоційованого з вагітністю протеїну-А плазми (РАРР-А) і С-реактивного протеїну (СРП) в умовах формування субклінічного атеросклерозу з оцінкою зміни показника комплексу інтима-медіа (КІМ), загальної фракції викиду (ФВ) і кінцевосистолічного об'єму (КСО), загального холестерину (ЗХС), толерантності до фізичного навантаження (ТФН) та в групі зіставлення вихідного рівня біомаркерів і на фоні проведеного лікування ($n = 23$) статинами за застосування метаболічної терапії (триметазидин та магне-В6).

Матеріали та методи. Обстежені 47 пацієнтів в розподілі на дві групи з клінічними проявами субклінічного атеросклерозу та атиповою клінікою в умовах диференційної діагностики в розподілі нейроциркуляторної дистонії, коронарного синдрому Х, стабільної стенокардії напруження (СС) І-ІІ функціонального класів (ФК) з оцінкою рівнів біомаркерів (РАРР-А і СРП) з проведенням клініко-функціонального обстеження у всіх пацієнтів (методи ЕКГ, ЕхоКГ, тредміл-тест, дослідження крові, в тому числі імуноферментні).

Результати і висновки. Показник КІМ зменшився на фоні лікування і спостереження в групі загальній ($n = 67$) ($p < 0,05$) і за розподілу РАРР-А $\geq 4,12$ мМЕ/л ($p < 0,002$), за визначеного вихідного збільшення КІМ за розподілу РАРР-А $\geq 4,12$ мМЕ/л ($p < 0,001$), що зберігалось і на фоні лікування в групі загальній ($n = 67$) в розподілі середньої величини КІМ для РАРР-А на лікуванні $\geq 4,12$ мМЕ/л ($p < 0,01$). У групі до/після лікування ($n = 23$) відбулось зменшення КІМ на фоні лікування в групі загалом ($p < 0,02$), з тенденцією до зменшення КІМ в групі збільшеного РАРР-А $\geq 4,48$ мМЕ/л ($p > 0,05$) і зменшеного РАРР-А $< 4,48$ мМЕ/л ($p > 0,05$), а за субклінічного атеросклерозу ($n = 46$) зареєстроване зменшення КІМ на лікуванні в групі зменшеного РАРР-А ($< 4,54$ мМЕ/л, $p < 0,01$), але не в групі збільшеного РАРР-А ($\geq 4,54$ мМЕ/л, $p > 0,1$). У власному дослідженні виявлено достовірне зменшення сумарного показника КІМ залежно вмісту СРП в групі загальній ($n = 67$) на фоні лікування ($p < 0,02$) і за розподілу СРП $\geq 12,47$ мг/л реєструвалось зменшення КІМ ($p < 0,005$).

Отже, вивчення біомаркерів в розвитку атеросклерозу, поширенні компонентів ішемізації, дестабілізації коронарної хвороби серця є надзвичайно актуальним з огляду на пошук новітніх шляхів впливу на лікування такого складного в діагностичному і лікувальному плані контингенту пацієнтів, як хворі на коронарну хворобу серця.

СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВСР У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРОБЕ С МЕТРОНОМИЗИРОВАННЫМ ДЫХАНИЕМ

Голубкина Е. А.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Введение. ВСР является эффективной и неинвазивной методикой для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Проба с метрономизированным дыханием позволяет не только статически, но и динамически анализировать регуляцию сердечного ритма, а также возможности к стабилизации показателей на этапе восстановления.

Цель: оценка спектральных показателей ВСР у больных артериальной гипертензией при проведении пробы с метрономизированным дыханием.

Материалы и методы: обследован 21 пациент с гипертонической болезнью в возрасте от 40 до 68 лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени тяжести АГ (1 степень – 38 %, 2 степень – 48 %, с 3 степень – 14 % от общего числа пациентов). Оценка спектральных частотных показателей ВСР проводилась с помощью пробы с метрономизированным дыханием на базе программного обеспечения «Кардиолаб» («ХАИ-Медика»). Результаты пробы интерпретировались на основании международных стандартов (протоколы Европейского кардиологического общества). Оценивались показатели: LF, VLF, HF, LF/HF (волны низкой, очень низкой и высокой частоты и отношение низкочастотных волн к высокочастотным).

Результаты: данные фоновой записи демонстрируют увеличение LF и VLF в спектре ВСР с преобладанием волн VLF, особенно у пациентов с 3й степенью АГ (1 степень АГ – LF-39 %, VLF – 49 %, HF – 12 %, LF/HF – 5; 2 степень АГ – LF – 32 %, VLF – 48 %, HF – 20 %, LF/HF – 3; 3 степень АГ – LF – 20 %, VLF – 64 %, HF – 16 %, LF/HF – 1,3). При управляемом дыхании – увеличивается доля волн HF, минимальный прирост с сохранением повышение волн VLF отмечается у пациентов с 3 степенью АГ (1 степень АГ – LF – 11 %, VLF – 20 %, HF – 70 %, LF/HF – 0,2; 2 степень АГ – LF – 10 %, VLF – 24 %, HF – 66 %, LF/HF – 0,2; 3 степень АГ – LF – 9 %, VLF – 50 %, HF – 41 %, LF/HF – 0,3). На этапе восстановления у пациентов с 1 и 2 группой АГ повышается уровень волн VLF по сравнению с фоном; у пациентов с 3-й степенью АГ увеличивается вклад волн LF за счет уменьшения доли волн VLF (1 степень АГ – LF – 38 %, VLF – 52 %, HF – 10 %, LF/HF – 4; 2 степень АГ – LF – 26 %, VLF – 62 %, HF – 12 %, LF/HF – 3; 3 степень АГ – LF – 29 %, VLF – 56 %, HF – 16 %, LF/HF – 2).

Выводы: у пациентов с АГ наблюдается преобладание симпатических и гуморально-метаболических звеньев регуляции в покое, снижены возможности парасимпатических влияний при модулированном дыхании, а также отмечается ухудшение стабилизационных процессов на этапе восстановления. Выраженность изменений напрямую связана с уровнем повышения АД, возрастая с увеличением степени артериальной гипертензии, что усугубляет ее течение.

CHANGES OF THE TUMOR NECROSIS FACTOR- α ACTIVITY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSIA AND OBESITY

Goptsii O., *Reznik L., *Buryakovska O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Government Institution «L. T. Malaya Therapy National Institute
of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv*

Aim of the investigation is to study the tumor necrosis factor- α (TNF- α) concentration in blood serum of patients with arterial hypertension and obesity according to the leptin level.

Design and methods: 123 patients with AH were examined (47men and 76 women) middle age 53.87 ± 0.92 years. Leptin and TNF- α level were determined by ELISA. All patients with AH were dividedon to groups according to the leptin level in blood serum.

1st group (n=41) leptin level varied from 2.24 to 7.18 ng/ml (5.47 ± 0.21 ng/ml), 2nd group (n=41) leptin level was from 7.25 to 12.50 ng/ ml (9.69 ± 0.25 ng/ml), 3rd group (n=41) – leptin level is from 12.50 to 67.25 ng/ml (17.71 ± 1.33 ng/ml).

Results: It was found that TNF- α level in hypertensive patient of 3rd group (9.92 ± 0.68 pg/ml) is significantly higher than in 1st (4.92 ± 0.39 pg/ml) and 2nd (7.64 ± 0.46 pg/ml) groups, $p < 0.05$.

We showed a direct correlation relationship between leptin levels and TNF- α ($R = 0,37$; $p = 0.001$) in patients of the 1st group, between the leptin level and TNF- α ($R = 0,34$, $p = 0,001$) in patients of the 2nd group, between leptin level and TNF- α ($R = 0,36$; $p = 0.001$) in patients of the 3rd groups.

Conclusions. In hypertensive patients with increasing leptin level in the blood we reveled the parallel increasing of the TNF- α activity. Our study discovered the interrelation between leptin level and TNF- α concentrations in the blood of patients with arterial hypertension and obesity.

ВИМІРЮВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ЄМНОСТІ ПЛАЗМИ КРОВІ МЕТОДОМ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ

¹Горяча І. П., ²Говор І. В., ¹Головіна К. М., ¹Зінченко В. Д.,

³Топчій І. І., ³Кірієнко О. М.

¹Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків,

²ДНУ «Інститут монокристалів» НАН України, м. Харків,

³ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків

Пошкодження клітин активними формами кисню (АФК) являють собою істотний фактор виникнення багатьох захворювань, включаючи захворювання серця, рак, ревматоїдні артрити, а також процеси старіння. АФК внаслідок їх високої реакційної здатності можуть пошкоджувати клітинні мембрани, білки, ДНК. В живих організмах існують захисні системи, що підтримують безпечний для організму рівень АФК шляхом регулювання балансу між продукцією АФК і їх нейтралізацією. У стані деяких захворювань цей баланс порушується внаслідок продукції надлишкових АФК або зниження ефективності роботи захисних механізмів. Показником антиоксидантного стану організму може бути загальна антиоксидантна ємність (ЗАОЄ), тобто кількість АФК, з якою здатна взаємодіяти жива система. Якщо кількість АФК в живій системі перевищує значення її антиоксидантної ємності, то захисні механізми не здатні повністю нейтралізувати АФК і це призводить до оксидативного стресу. Відомо, що кров, включаючи клітини крові і плазму, мають системи захисту від АФК, тому значення ЗАОЄ плазми крові може бути одним з показників фізіологічного стану організму.

Для вимірювання ЗАОЄ плазми крові нами був розроблений метод, в основу якого покладено спостереження за реакцією плазми крові на введення сильного окисника – озону у присутності люмінолу. Озон викликає окиснення люмінолу, що супроводжується виникненням хемілюмінесценції. Якщо у розчин люмінолу уводити плазму, то інтенсивність хемілюмінесцентної відповіді суміші на озон зменшується внаслідок нейтралізації частини озону антиоксидантними системами плазми. Мірою інтенсивності хемілюмінесцентної відповіді є площа під кривою висвічування. ЗАОЄ можна вирахувати за формулою.

$$A = (1 - I_{лп} / I_{л}) C_{оз} \cdot V_{озр} / M_{пл}$$

де А – ЗАОЄ (кількість озону, яку здатна нейтралізувати одиниця маси плазми), $I_{лп}$ площа під кривою висвічування для розчину люмінолу з додаванням плазми, $I_{л}$ площа під кривою висвічування для розчину люмінолу без плазми, $C_{оз}$ – концентрація озону у водному розчині, $V_{озр}$ – об'єм уведеного водного розчину озону, $M_{пл}$ маса уведеної плазми

Показано, що для пацієнтів з патологічними станами значення ЗАОЄ відрізняється від відповідного значення у здорового пацієнта.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ НА ФОНІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Гречко С. І., Хребтій Г. І., Злонікова К. М., Стецик Н. І.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної кардіології вважається порушення ритму серця та провідності, адже аритмії можуть бути передвісниками раптової серцевої смерті, збільшувати ризик виникнення порушень мозкового кровообігу, сприяти прогресуванню серцевої недостатності, негативно впливати на гемодинаміку, знижувати якість життя.

Фібриляція передсердь є одним із найпоширеніших видів порушення ритму, що збільшує ризик смерті та інсульту, призводить до прогресування серцевої недостатності. В останні роки спостерігається стрімке зростання поширеності фібриляції передсердь в усьому світі, до того ж в усіх вікових групах. Сьогодні вона розвивається у 1 з 25 осіб старших за 60 років та у 1 з 10 старше за 80 років. Прогнозують, що до 2050 року кількість пацієнтів збільшиться утричі – це означає, що у 1 з 4 осіб старших за 40 років протягом життя виникне фібриляція передсердь.

Метою роботи було визначення якості життя осіб з хронічною ішемічною хворобою серця в поєднанні з постійною формою фібриляцією передсердь. Обстежено 21 хворий, що знаходились на стаціонарному лікуванні з діагнозом ІХС, стабільна стенокардія напруження II-III ФК, фібриляції передсердь, постійна форма (I група). Групу контролю склали 11 хворих зі стабільною стенокардією без ознак порушення ритму. Проведено визначення якості життя за допомогою опитувальника SF-36.

Встановлена відсутність достовірних розбіжностей у параметрах якості життя, що характеризують фізичний статус: показники фізичного функціонування, рольового функціонування, болю в досліджуваних групах практично не відрізнялись. Обмеження фізичних можливостей у вигляді зниження вказаних показників (від $(34,17 \pm 5,57)$ до $(57,77 \pm 10,60)$) було властиво пацієнтам зі стабільною стенокардією незалежно від наявності порушення ритму. Натомість показники психічного статусу в I групі були відчутно зниженими у порівнянні із групою контролю. Так, рівень соціального функціонування у пацієнтів з фібриляцією передсердь склав $(53,13 \pm 8,55)$ проти $(61,11 \pm 8,16)$ бали, суб'єктивна оцінка психічного здоров'я також була нижчою $(47,67 \pm 6,97)$ проти $(58,67 \pm 7,16)$ балів. Життєздатність (оцінка пацієнтом свого життєвого тону – енергія, жвавість та ін.) також була нижчою у випадку приєднання до стенокардії фібриляції передсердь: $(30,42 \pm 6,20)$ та $(38,22 \pm 7,54)$.

Отже, наявність фібриляції передсердь у пацієнтів зі стабільною стенокардією значно знижує показники якості життя, передусім за рахунок складових психічного статусу.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ЯК ПРЕДИКТОРИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ В ЧЕРНІВЕЦЬКОМУ РЕГІОНІ

Гречко С. І., Хребтій Г. І., Злонікова К. М., Стецик Н. І.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Одним з провідних для України факторів, що впливають на розвиток і прогресування серцево-судинних захворювань, є артеріальна гіпертензія (АГ). Дослідження впливу АГ на ризик розвитку захворювань проведено в межах дослідження створення реєстру інфаркту міокарда малих міст.

Впродовж 2014 року проведено дослідження випадкової вибірки пацієнтів, обстежено 250 осіб віком від 32 років: 100 чоловіків і 150 жінок, зі згодою на анкетування більше 72 %. Проведений контроль якості отриманої інформації. Хворі на АГ обох статей розподілені на кілька категорій залежно від вірогідності розвитку серцево-судинних ускладнень, які визначаються наявністю або відсутністю ФР, ушкодження органів мішеней та/або асоційованих кардіологічних станів. Серед хворих на АГ чоловіків працездатного віку виявлена дуже висока поширеність куріння. Так, у віці від 32 до 50 років курили 58,3-52,0 % хворих і, тільки починаючи з 51 років, кількість осіб, що палили зменшилась до 40,0 %, а з 61 років – до 23,8 % ($p > 0,05$). Серед хворих на АГ жінок поширеність куріння була значно меншою: в 4,5-15 разів у молодшій та старшій вікових групах, відповідно. Найвища частота куріння відзначена у молодих жінок – 15,4 %, у кожній наступній декаді вона зменшувалась майже у 3 рази, досягаючи у віці 61 років і старше 3,4 % ($p > 0,05$). В цілому по виборці хворих на АГ жінки курили у 6 разів рідше, ніж чоловіки 7,1 % і 42,1 % ($p < 0,05$), відповідно. Поширеність ожиріння збільшувалась з віком у хворих на АГ обох статей, але більш стрімко – у жінок. Так, серед хворих на АГ чоловіків частота ожиріння дещо збільшувалась від 25,0 % серед молодих до 26,6 % – осіб вікової групи 51-60 років ($p > 0,05$). Серед хворих жінок даний показник збільшувався від 38,6 % серед жінок молодого віку до 44,2 % у віковій групі 41-50 років ($p > 0,05$), потім знову зменшувався до 34,5 % в наступній декаді ($p > 0,05$). Стандартизована за віком поширеність ожиріння серед жінок, хворих на АГ, майже у два рази вища, ніж серед чоловіків: 62,2 % і 33,5 %, відповідно ($p < 0,05$). Подібна поширеність названих факторів ризику серед хворих на АГ відзначені при обстеженні таких хворих у центральних та східних регіонах. В дослідженні хворі АГ чоловіки мали менший рівень освіти і частіше вживали алкоголь в порівнянні з жінками. Важливо, що освіта в нашій країні є самостійним фактором, що впливає на прогноз.

Отже, епідеміологічний метод дозволяє встановити реальну поширеність захворювання, визначити причини його виникнення, деякі об'єктивні закономірності перебігу, а також визначити умови, що сприяють прогресуванню патологічного процесу, і розробити наукові основи профілактики.

СИНДРОМ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Грінченко С. В., Робак В. І., Курбатов В. О., Бизов Д. В., Петюнін О. Г.

*Харківський національний медичний університет,
18 міська багатопрофільна лікарня, м. Харків, Україна*

Мета: оцінити ступінь ентеральної недостатності у хворих на гострий некротичний панкреатит з урахуванням форми панкреонекрозу та наявності екстрапанкреатичних ускладнень.

Матеріал та методи: Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 125 хворих на гострий некротичний панкреатит. За класифікацією Атланта, 2010, інфікований панкреонекроз діагностовано у 80 (64,0 %) хворих (перша група), неінфікований панкреонекроз з ферментативним перитонітом, гострими асептичними перипанкреатичними скупченнями та органною недостатністю – у 45 (36,0 %) хворих (друга група). У кожній групі були виділені підгрупи хворих з парапанкреатитом. У першій групі парапанкреатит був виявлений у 60 (75,0 %) хворих, у другій – у 20 (44,4 %) хворих. Оцінку ступеня синдрому ентеральної недостатності проводили за допомогою Шкали діагностики та клінічної оцінки вторинної ентеральної недостатності, викликаной перитонітом.

Результати: При проведенні оцінки ступеня ентеральної недостатності було виявлено, що у хворих на інфікований панкреонекроз ступінь ентеральної недостатності становив ($38 \pm 3,56$) балів, у хворих на неінфікований панкреонекроз – ($27 \pm 3,62$) балів, ($p < 0,05$). У хворих на неінфікований панкреонекроз без парапанкреатиту ступінь ентеральної недостатності оцінений у ($24 \pm 2,62$) бали, у хворих на неінфікований панкреонекроз з парапанкреатитом – у ($29 \pm 1,93$) балів ($p < 0,05$). У хворих на інфікований панкреонекроз без парапанкреатиту ступінь ентеральної недостатності оцінена у ($36 \pm 2,13$) балів, у хворих на інфікований панкреонекроз з парапанкреатитом – у ($42 \pm 1,89$) бали ($p < 0,05$).

Висновки: перебіг гострого некротичного панкреатиту супроводжується розвитком ентеральної недостатності ендогенного характеру, при цьому ступінь ентеральної недостатності залежить від форми панкреонекрозу та наявності у хворого екстрапанкреатичних ускладнень; найбільш виражені явища ентеральної недостатності у хворих на інфікований панкреонекроз з парапанкреатитом. Шкала діагностики та клінічної оцінки вторинної ентеральної недостатності, викликаной перитонітом, дозволяє об'єктивно оцінити ступінь ентеральної недостатності у хворих з гострим некротичним панкреатитом і вибрати тактику лікування для конкретного хворого.

FEATURES OF CHRONIC HEART FAILURE IN PATIENTS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY

Guzhva N. Y.

Kharkov medical Academy of postgraduate education, Ukraine

In Ukraine annually diagnosed chronic heart failure (CHF) is about 480-560 thousand patients. Despite the use of advanced treatment techniques, the risk of sudden death in patients with CHF is 5 times more than the general population. An important medical and social problem is obesity, because it is a risk factor for cardiovascular disease (CVD)

Objective: optimization of complex pathogenetically grounded approach to the treatment of CHF in patients with overweight and obesity, identifying predictors of its progressive course.

Research methods. Retrospective analysis of case histories of patients with symptoms of CHF. To determine the structural and functional changes in the myocardium - echocardiography, biochemical methods for determining the blood lipid profile. Processing of the results - using a correlation method and the method of descriptive statistics.

Results. The structural causes of CHF in patients with overweight and obesity is represented mainly in coronary heart disease (85.3%), often on a background of hypertension and diabetes; only 1/9 of the (11.8%) of patients with chronic heart failure is preceded by the development of noncoronary myocardial (myocarditis and cardiomyopathy) In 2.9% of cases as the main cause of CHF appears only arterial hypertension (AH) with significant left ventricular hypertrophy (LVH). According to the prospective study mentioned that CHF patients with overweight and obesity is more common in young and middle age, in those with a family history of cardiovascular disease and obesity ($70,8 \pm 5,4\%$), the absence or low treatment adherence ($59.7\% \pm 5,8\%$). In 62.8% of patients with abdominal obesity observed latent, oligosymptomatic for heart failure.

Overweight and obesity are accompanied by a combination of bad habits, associated clinical conditions, high concentrations of atherogenic lipids, diastolic left ventricular dysfunction, type 2, reduced ejection fraction, associated clinical conditions are predictors of progressive course coronary CHF. The direct relationship of body mass index with functional class (FC) CHF, dyslipoproteinemia degree, increase in systolic blood pressure (BP), cholesterol in the blood serum, the degree of left ventricular hypertrophy and an inverse relationship with high-density lipoprotein (HDL), and adherence.

Conclusion. The structural causes of CHF in patients with overweight and obesity is represented mainly coronary heart disease often against a background of hypertension and diabetes. CHF in patients with overweight and obesity is more common in young and middle age, in those with a family history of cardiovascular disease and obesity. Overweight and obesity are predictors of progressive course coronary CHF.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Дерматомиозит (ДМ) – системное заболевание с тяжелым генерализованным поражением поперечно-полосатых мышц, разнообразными, чаще эритематозными, кожными проявлениями и с полиморфной висцеральной патологией, преимущественно миогенного, реже сосудистого характера. При отсутствии кожных проявлений употребляется термин «полимиозит» (примерно у четверти больных).

Этиология и патогенез ДМ изучены недостаточно. Очевидна взаимосвязь заболевания со злокачественными опухолями различной локализации. Паранеопластический (опухолевый) ДМ составляет у взрослых больных 14-30% от числа всех случаев болезни, а у лиц пожилого возраста достигает 50%.

Паранеопластический ДМ почти с одинаковой частотой наблюдается у мужчин и у женщин и чаще развивается при опухолях легких, желудка, яичников, молочных желез, толстого кишечника, предстательной железы. Сочетание ДМ с опухолями обычно дебютирует клиническим проявлениями ДМ, в то время как симптомов онкопатологии не удается обнаружить в течение 3 лет от начала заболевания. О взаимосвязи ДМ и полимиозита (ПМ) со злокачественными опухолями позволяет говорить высокий риск развития опухолей на фоне этих заболеваний, особенно в первые 3 года после установления диагноза ДМ/ПМ. Чаще развивается рак яичников, легких, поджелудочной железы, желудка.

По клиническим проявлениям опухолевый ДМ/ПМ практически не отличается от идиопатического варианта, но отличается тяжелым, преимущественно острым и подострым, прогрессирующим течением, рефрактерным к проводимой терапии.

Под нашим наблюдением находились 4 больных с достоверным паранеопластическим ДМ (3 мужчин в возрасте 64, 67 и 72 лет и 1 женщина 49 лет), развившимся, соответственно, на фоне рака легкого, желудка, предстательной железы и яичника. У всех пациентов уже в первые месяцы от начала заболевания наблюдались выраженные кожные проявления и мышечная патология. Признаков онкопатологии не отмечалось, однако тщательное обследование, проведенное с учетом возраста пациентов и характера течения заболевания, позволило подтвердить наличие у них опухолевого ДМ. Во всех случаях терапия глюкокортикостероидами была эффективной.

Таким образом, наши наблюдения подтверждают возможность развития паранеопластического ДМ/ПМ, что необходимо учитывать при диагностике. У всех больных ДМ, особенно после 40-50 лет, необходимо исключить наличие первичного опухолевого заболевания.

РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Системные васкулиты – группа заболеваний, характеризующихся преимущественным поражением стенок сосудов любого калибра в виде очагового или сегментарного воспаления и некроза. Этим заболеваниям присущи широко распространенное поражение сосудов, ишемия и нарушение функции органов и тканей.

Системные васкулиты считают редкими заболеваниями, однако наши наблюдения свидетельствуют о росте заболеваемости васкулитами, встречающимися практически с одинаковой частотой у мужчин и женщин.

В то же время диагностика этих заболеваний до настоящего времени представляет для широкого круга врачей большие трудности, особенно на ранних стадиях, что обусловлено отсутствием специфических лабораторно-инструментальных тестов, недостаточным знанием врачами клинических признаков и диагностических критериев васкулитов, а также наличием атипичных форм заболевания.

Под нашим наблюдением находится больная Л., 51 года, у которой в январе 2002 г. появились лихорадка, отечность и гиперемия кожи голеней, нарастающая общая слабость, головокружение, тахикардия, одышка. В октябре 2002 г. нами диагностирован узелковый полиартериит (диагноз был подтвержден гистологически). Проведенное лечение преднизолоном и азатиоприном способствовало достижению стойкой ремиссии, которая сохранялась до 2015 г., в связи с чем больная прекратила прием препаратов. В феврале 2015 г. у больной вновь появились лихорадка, очаги гиперемии и отека кожи голеней, общая слабость, головокружение, тахикардия и одышка, а также появились белесоватые бляшки и язвочки на слизистой оболочке полости рта. В лабораторных показателях отмечались повышение СОЭ (34 мм/час), положительные острофазные пробы (С-реактивный белок – 16,7 мг/л, сиаловые кислоты – 3,1 ммоль/л, серомукоиды – 8,3 ЕД), повышение титра антинуклеарных антител (1,6 ЕД). Наличие таких клинико-лабораторных признаков послужило основанием к установлению диагноза болезни Бехчета в сочетании с узелковым полиартериитом. После назначения преднизолона и азатиоприна достигнута клиническая ремиссия, сохраняющаяся в течение 5 месяцев.

Данное наблюдение свидетельствует о возможности сочетания у больных разных форм системных васкулитов, что необходимо учитывать при диагностике и выборе лечебной тактики.

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА СТАН НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Гулага О. І., Гінгуляк О. М., Полянська О. С., Тащук В. К.
ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці

Мета – дослідити вплив артеріальної гіпертензії (АГ) на стан нейрогуморальної активності у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (Q-ІМ).

Матеріал і методи. Обстежено 78 хворих на Q-ІМ в розподілі коливань артеріального тиску (АТ) $\leq 140/90$ мм рт. ст., при цьому групи без ознак АГ і з визначеним діагнозом АГ по рівню систолічного АТ розрізнялись достовірно ($(117,6 \pm 2,7)$ мм рт. ст. і $(156,2 \pm 2,7)$ мм рт. ст., $p < 0,001$). У всіх хворих імуноферментним шляхом оцінено вміст рівнів альдостерону (Альдо), натрійуретичного пептиду (НУП), ангіотензин-перетворювального фактору (АПФ), вазопресину (Вп) та фактору Віллебранда (ФВб) – вихідних і за лікування (антикоагулянти, дезагреганти, нітрати пролонгованої дії, β -адреноблокатори, інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту, статини і один з антагоністів альдостерону (спіронолактон або еплеренон)).

Результати. Власні результати свідчили про переважання вмісту альдостерону в 1,6 рази від контрольного показника, складаючи 240,58 пмоль/л ($p < 0,001$), при цьому вихідний рівень Альдо на 12,7 % ($p < 0,05$) був більшим в зіставленні групи з АГ проти групи з нормальним АТ, що зберігалось і за лікування (10,6 %, $p < 0,05$) а гіперпродукція альдостерону є відображенням надмірної активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС). Визначено збільшення рівнів АПФ (70,9 мкмоль/хв./л) в 1,4 рази проти контрольної групи ($p < 0,01$), аналіз якого залежно АГ свідчив про відсутність достовірних змін показника на виході за АГ проти відсутньої АГ (1,4 % переважання, $p > 0,5$), при тенденції до переважання цього показника за лікування (-6,2 %, $p > 0,5$). Фізіологічним антагоністом активації РААС є ПНУП, концентрація якого (57,9 пг/мл, $p < 0,001$) в 2 рази перевищувала показник контрольної групи, а залежно наявної/відсутньої АГ зареєстроване вихідне зменшення показника за АГ (на 11,6 %, $p < 0,05$), що має протилежне спрямування на лікуванні (+17,5; $p < 0,05$). Вміст ФВб у плазмі крові був в 2,2 рази вищий за контрольні показники (1,17 мг/л, $p < 0,001$), що є доказом надмірної активації у обстежених пацієнтів коагуляційного потенціалу через виражену ендотеліальну дисфункцію.

Висновки. У обстежених хворих на Q-ІМ з АГ спостерігається активація РААС, що проявляється у надмірному зростанні концентрації альдостерону та АПФ; стимуляція ендокринної функції серця, залежно змін ПНУП та проявів ендотеліальної дисфункції, вазоспазму та гіперкоагуляції, відображенням чого є зростання концентрації Вп і ФВб.

САРКОЇДОЗ З УРАЖЕННЯМ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, СТАН ЛЕГЕНЕВОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ І ДИФУЗІЇ, ПОКАЗИ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ

Гуменюк Г. Л.

*ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ*

Наявність клінічних проявів та порушень легеневої вентиляції і перфузії є визначальною при виборі тактики лікування саркоїдозу. Однією з найбільш важливих проблем ведення хворих на саркоїдоз органів дихання з ураженням паренхіми легень є недостатня ефективність лікування й висока частота незадовільних результатів терапії.

Мета дослідження – вивчити частоту і характер клінічних проявів, порушень стану легеневої вентиляції і перфузії у хворих на саркоїдоз із ураженням паренхіми легень.

Матеріал і методи. Обстежено 146 хворих на саркоїдоз з ураженням паренхіми легень – 69 (47,3 %) чоловіків і 77 (52,7 %) жінок у віці від 20 до 67 років ($39,8 \pm 0,9$ років). II стадія захворювання була діагностована у 134 (91,8 %) хворих, III стадія – у 12 (8,2 %). Верифікація діагнозу базувалась на результатах багатозрізової комп’ютерної томографії. Нарівні із загальноклінічним обстеженням проводилася оцінка стану вентиляційної функції та дифузійної здатності легень, газового складу капілярної крові, визначення вмісту вільного кальцію крові в якості маркера активності процесу. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Результати. Клінічні прояви захворювання спостерігались у 113 хворих (77,4 %), у 33 випадках (22,6 %) діагноз був встановлений на основі даних рентгенологічного обстеження. Синдром Лефгрена спостерігався у 8 пацієнтів (5,5 %). Порушення вентиляційної функції легень спостерігались відносно рідко – у 30 пацієнтів (20,5 %), з них у 17 (11,6 %) відмічався переважно обструктивний тип вентиляційних розладів, у 13 (8,9 %) – переважно рестриктивний. Абсолютній більшості хворих саркоїдозом з ураженням паренхіми легень (90 %) показана глюкокортикостероїдна терапії (ГКС-терапія).

Висновки. Клінічні прояви саркоїдозу з ураженням паренхіми легень спостерігаються в середньому у 77 % хворих. Порушення легеневої вентиляції мають місце у 20 % хворих і супроводжуються зменшенням дифузійної здатності легень і зниженням напруги кисню в капілярній крові. У абсолютній більшості хворих на саркоїдоз з ураженням паренхіми легень (90 %) мають покази до призначення ГКС-терапії (клінічні прояви чи/або порушення функції зовнішнього дихання, гіперкальціємія).

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ В КЛІНІЧНИХ ГРУПАХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Гуменюк М. І., Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Матвієнко Ю. О.,
Харченко-Севрюкова Г. С.

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

Мета дослідження – дослідити особливості змін рівнів прозапальних цитокінів IL-6 і IL-1 β та високочутливого С-реактивного протеїну (CRP-h), як маркерів системного запалення, в клінічних групах хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Обстежено 63 хворих на ХОЗЛ (41 чоловік і 22 жінки, середній вік – $(63,8 \pm 1,1)$ роки, ОФВ₁ після проби з бронхолітиком – $(48,8 \pm 2,1)$ %; ОФВ₁/ЖСЛ – $(51,6 \pm 1,6)$). Контрольна група – 25 осіб без соматичної патології (16 чоловіків і 9 жінок у віці від 40 до 80 років, середній вік – $(59,6 \pm 1,3)$ років. Робота виконана за кошти державного бюджету.

Методи дослідження: анкетування, клініко-функціональні, імунологічні, статистичні.

Результати. При визначенні показників системного запалення майже в усіх хворих на ХОЗЛ виявлялися зміни рівнів досліджуваних цитокінів та CRP-h у порівнянні з загальноприйнятими референтними значеннями: у 30 (47,6 %) хворих було зафіксовано підвищення рівню IL-1 β , у 42 (66,7 %) – підвищення вмісту CRP-h, а підвищення рівню IL-6 було визначено лише у 3 (4,8 %) пацієнтів. У той же час порівняння з даними контрольної групи визначило достовірне зростання лише рівнів CRP-h. Рівень CRP-h сироватки крові прогресивно збільшувався зі зростанням тяжкості перебігу та частоти загострень ХОЗЛ – від клінічної групи В (Me = 12,0 мг/л), при значенні цього показника для осіб без соматичної патології даної вікової групи 2,8 мг/л, до клінічної групи С (Me = 19,0 мг/л) та до клінічної групи D (Me = 22,6 мг/л), що віддзеркалює напруженість системного запалення та прогресування ХОЗЛ, обумовлює необхідність індивідуалізації підходів при виборі терапевтичних заходів.

Висновки. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ зміни рівнів IL-1 β , IL-6 та CRP-h можуть бути пов'язані як з наявністю самого захворювання, так і з віковими змінами організму. Тому для коректного визначення даних показників доцільно користуватися не загальноприйнятими референтними значеннями, а тими, які відповідають віковій категорії старших за 40 років.

У хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ (клінічні групи С і D) має місце більш виражене підвищення вмісту CRP-h у сироватці крові, що віддзеркалює прогресування даної патології.

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА, СПОЛУЧЕНА З ДИСФУНКЦІЄЮ СФІНКТЕРУ ОДДІ І ЖОВЧНОГО МІХУРА: КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ І ПОХОНДРИЧНИХ ЗМІН

Демешкіна Л. В., Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Зигало Е. В.,
Ярош В. М., Бочаров Г. І., Васильєва І. О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета дослідження: оцінити можливості корекції депресивних і іпохондричних проявів у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), сполучену з дисфункцією сфінктеру Одді і жовчного міхура, за допомогою препарату тіоріл.

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом знаходилося 32 пацієнтів з ГЕРХ, сполученою з дисфункцією сфінктеру Одді і жовчного міхура, у яких за допомогою шкали HADS («The hospital Anxiety and Depression Scale») була виявлена тривога і/або депресія. Усі хворі були поділені на 2 групи: 1-а – 17 хворих, які отримували тільки комплексне базове лікування без будь-якої психокорекції, 2-а – 15 пацієнтів, яким додатково до базисного лікування призначався тіоріл (тіорідазин гідрохлорид). Призначення тіорілу починали з дози 0,5 табл. (тобто з 12,5 мг) 2 рази на день, при необхідності у деяких пацієнтів збільшували до терапевтично активної, яка в середньому складала 1 табл. (25 мг) 2 рази на день з рекомендацією продовжити лікування за місцем проживання до 1 місяця. Обидві групи були приблизно однакові за віком, тривалістю і перебігом захворювань. Усі дані були статистично оброблені за допомогою Microsoft Excel та SPSS.

Результати: В обох підгрупах відмічена позитивна динаміка по зменшенню тривоги та депресії у хворих за даними HADS. Можливо, даний факт обумовлений покращенням загального самопочуття (зменшення больового та диспепсичного синдрому) в процесі лікування, що безумовно наклало відбиток на емоційний стан хворих, в тому числі на тривогу і депресію. Однак, у 2 групі рівень тривоги достовірно зменшувався вдвічі з $(10,8 \pm 1,5)$ балів до $(5,0 \pm 1,0)$ балів, в той час як у 1 групі – лише в 1,4 рази з $(7,9 \pm 0,9)$ балів до $(5,7 \pm 0,7)$ балів. Досягнута різниця між середніми значеннями тривоги до та після лікування була також кращою у 2 групі: $(5,8 \pm 1,4)$ балів проти $(2,1 \pm 0,7)$ балів. Аналогічні дані отримані при аналізі депресивних змін у хворих в динаміці лікування. Різниця між рівнем депресії до та після лікування була в 2 рази більшою у хворих, які отримували тіоріл: $(2,5 \pm 0,7)$ балів проти $(1,2 \pm 0,7)$ балів.

Висновки: Включення до основної терапії тіорілу при наявності депресивних та тривожних порушень у хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією жовчного міхура та сфінктеру Одді, сприяє підвищенню клінічної ефективності фармакотерапії даних захворювань та психологічній рівновазі пацієнтів.

КОРРЕКЦИЯ ХОЛЕСТАЗА СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА

Дербак М. А., Лазур Я. В.

ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», Украина

Цель: изучение способов коррекции синдрома холестаза у больных хроническим гепатитом С (ХГС) сочетанным с сахарным диабетом 2 типа (СД-2), которые по противовирусную терапию (ПВТ) не получали.

Материалы и методы. В исследование включены 98 больных (44 мужчин и 54 женщин), средний возраст – $(58,5 \pm 2,7)$ лет, с СД-2 сочетанным с ХГС. В зависимости от вариантов проводимой терапии было сформировано три группы. Пациенты I группы ($n = 30$) получали монотерапию адеметионином по 800 мг в/в 1 раз в день в течение 10 дней, с дальнейшим пероральным приемом 1600 мг в день, разделив дозу препарата на два приема (утром и в обед) еще 20 дней. Прием адеметионина повторяли на 4-м, 8-м и 12-м месяцах лечения. II группе пациентов ($n = 32$) была назначена монотерапия урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) по 500 мг на ночь на протяжении 12 месяцев. Третья группа пациентов ($n = 36$) получала комбинированную терапию УДХК+адеметионин в выше предложенных дозировках. Курс лечения для всех групп составлял 12 месяцев. Вид и дозы сахароснижающей терапии оставались без изменений на протяжении всего периода лечения.

Результаты. Установлено, что положительная динамика клинических проявлений и показателей ферментов холестаза (общего билирубина, щелочной фосфатазы (ЩФ) и гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП)) наблюдалась через 6 месяцев лечения в 53,3 % больных I группы, 59,4 % – II группы и 75 % III группы, что сопровождалось исчезновением зуда кожи, уменьшением утомляемости, диспептического синдрома и болей в правом подреберье у этих пациентов. Восстановление циркуляции желчи по внутрипеченочным желчным протокам, то есть практически полное устранение холестаза, через 48 недель терапии наблюдалось у 86,1 % больных, получающих комбинированную терапию (III группа). Вероятно, это связано с антихолестатическим эффектом SAME, который потенцируется одновременным холеретическим действием УДХК. Положительным оказалось влияние отдельных схем лечения на уровень дислипидемии. Спустя 12 месяцев наблюдения наиболее низкий уровень общего холестерина наблюдался у больных II и III группы ($5,7 \pm 0,55$) ммоль/л, ($4,80 \pm 0,29$) ммоль/л), что достоверно ниже его уровня в I группе.

Выводы. Установлено, что при лечении холестаза смешанного генеза, комбинация УДХК и адеметионина при длительном применении в вышеуказанных дозах, есть более эффективной в сравнении с монотерапией УДХК или адеметионином. Терапевтическая эффективность комбинированной терапии к концу лечения установлена у 86,1 % больных III группы в сравнении с I и II, где этот показатель был 59,4 % и 56,7 %, соответственно.

ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Дербак М. А., Лазур Я. В., *Брич Н. І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

**Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород, Україна*

Мета дослідження: вивчити клінічний перебіг хронічного гепатиту С (ХГС) у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД-2).

Матеріали і методи: обстежено 118 хворих на ХГС поєднаний із ЦД-2, що знаходились у гастроентерологічному та ендокринологічному відділеннях ЗОКЛ ім. А. Новака. Чоловіків було 55,1 % (65), жінок 44,9 % (53). Середній вік пацієнтів – $(58,5 \pm 1,5)$ років. Проведені клініко-лабораторні обстеження відповідали протоколам надання медичної допомоги передбачуваного захворювання.

Результати досліджень: у хворих на ЦД-2 виділено три варіанти перебігу ХГС: перший – з перевагою типових симптомів уражень печінки – 31 % випадків, другий – холестатичний у 56 % і третій варіант – з виразними позапечінковими проявами у 13 % пацієнтів.

При типовому варіанті ХГС частіше відмічали: гепатомегалію (87 %), астеновегетативний та больовий синдроми (95 % та 64 %), рідше – диспепсію (33 % пацієнтів), субіктеричність склер і спленомегалію (29 %). Ступінь виразності цитолізу відповідав мінімальній та помірній активності (48 % і 35 % пацієнтів).

Особливістю клінічної картини холестатичного варіанту ХГС є часте поєднання синдрому внутрішньопечінкового холестазу з гепатомегалією (92 % спостережень), спленомегалією (67 %), гіпербілірубінемією (75 %) та астеновегетативні прояви (97 %). Цитолітичний синдром є більш виразним, ступінь активності відповідає помірній (68 %) та високій (25 %) і в більшості випадків (96 %) поєднується із підвищенням рівнів маркерів холестазу (лужна фосфатаза, білірубін та гамаглутамілтранспептидаза).

Для позапечінкового варіанту ХГС характерними є комбінації симптомів позапечінкових уражень (переважно геморагічного васкуліту) та астеновегетативного синдрому (100 %), а також гепато-, спленомегалія та холестаз – по 32 % пацієнтів. У 51,5 % пацієнтів відзначені подовження протромбінового часу, зниження протромбінового індексу, анемія і тромбоцитопенія. При холестатичному варіанті ХГС, незважаючи на нечасте виявлення RNA HCV (38 %) встановлено вірогідно частіше ($p < 0,05$) високу ступінь фіброзу (F3-4). Це зумовлено тим, що для ступеня фіброзу F3-4 характерні дифузні дегенеративні зміни гепатоцитів, які "не здатні" забезпечити достатній рівень реплікації вірусу чутливий для ПЛР.

Висновок. У хворих на ЦД-2 найбільш частим є холестатичний варіант ХГС із високим ступенем фіброзу, що дозволяє розглядати його, як найбільш несприятливий у плані розвитку цирозу печінки, що зумовлює вибір тактики терапії.

THERAPEUTIC POSSIBILITIES OF SPIRONOLACTONE IN REMODELING OF THE LEFT VENTRICLE OF MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Dielievska V. Yu.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The objective: to study the effect of spironolactone on LV geometry in patients with (AH) in combination with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with II degree of airway obstruction.

Material and methods. 39 patients with AH and COPD of II degree of airway obstruction (GOLD 2) were examined. The first group consisted of 20 patients with AH and GOLD 2 (12 men and 8 women, mean age $67,35 \pm 1,42$) were treated with standard therapy of COPD and AH. The second group consisted of 19 people (12 men and 7 women, mean age $53,1 \pm 1,4$) with AH and GOLD 2, who in addition to standard therapy received spironolactone in a daily dose of 50 mg for 3 months. All the patients underwent spirometry and echocardiography.

Results. Analysis of LV geometry (according to Ganau A. et al. classification, 1992) revealed, that the most common type of LV remodeling in patients with AH and GOLD 2 was concentric hypertrophy of the LV – in 82 % of the total. Eccentric hypertrophy was observed in 12,8 % of the patients and concentric remodeling was present in 5,1 % of the patients with AH and GOLD 2. After the basic treatment of heart failure patients with AH and GOLD 2 almost did not change LV geometry – 16 (80 %) patients showed concentric hypertrophy of the LV, 1 (5 %) – eccentric hypertrophy of LV and 3 (15 %) patients – concentric remodeling. After the basic treatment with spironolactone only half of the patients with AH and GOLD 2 presented concentric hypertrophy of LV (9 (47 %)), (8 (42 %) patients showed concentric remodeling and 2 (10 %) patients had normal LV geometry. No patients presented eccentric hypertrophy of LV.

It is well known, that concentric LV hypertrophy is an established risk factor for atrial fibrillation, diastolic and systolic heart failure and sudden death. So decrease of the number of patients with this type of the LV hypertrophy in AH and COPD using aldosterone antagonist will have significant positive effect on cardiovascular prognosis.

Conclusions. Additional use of spironolactone to the basic treatment of heart failure provides decrease of concentric LV hypertrophy and reappearance of normal LV geometry in patients with AH and COPD, that agrees with the data of other researchers.

**SERUM MARKERS OF CONNECTIVE TISSUE METABOLISM
IN PROGRESSION OF CHRONIC HEART FAILURE IN PATIENTS
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
COMBINED WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

Dielievska V. Yu., Kadikova O. I.

*Kharkiv National Medical University, the department of Internal Medicine № 2,
Clinical Immunology and Allergology, Kharkiv, Ukraine*

Objective: To investigate the changes of protease-antiprotease system in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in combination with arterial hypertension (AH) while progression of chronic heart failure (HF).

Materials and methods. The study involved 70 patients with AH and COPD with II-III degrees of airway obstruction (44 men and 26 women, mean age $64,02 \pm 1,54$ years). The first group consisted of 32 patients with AH and COPD and NYHA class II HF; the second group consisted of 39 patients with AH and COPD and NYHA class III HF. The comparison groups consisted of 25 individuals with AH and NYHA class II-III HF (16 men and 9 women, mean age $61,38 \pm 2,21$ years) and 20 healthy individuals. The concentration of serum matrix metalloprotease 9 (MMP-9) was determined by ELISA, serum α_2 -macroglobulin content was determined by immunoturbidimetric method.

Results. Patients with AH and COPD demonstrated increased serum levels of MMP-9 on 75 % as compared to the control group ($p < 0,05$), while α_2 -macroglobulin levels showed only a tendency to increase on 11,3 % ($p > 0,05$). In comparison with AH patients with AH and COPD showed increased serum MMP-9 on 21,3 % ($p < 0,05$) and a tendency of α_2 -macroglobulin increase on 7,1 % ($p > 0,05$), indicating a significant activation of proteolysis and lack of its inhibition in combined pathology. While HF progression from NYHA class II HF to NYHA class III HF patients with AH and COPD showed the decrease of α_2 -macroglobulin from $2,64 \pm 0,16$ g/l to $2,24 \pm 0,13$ g/l, indicating a weakening of antiprotease mechanisms while progression of HF. Statistically significant difference between serum levels of MMP-9 in patients with AH and COPD while progression of HF was not found – $13,34 \pm 1,25$ ng/ml in NYHA class II HF and $11,72 \pm 0,92$ ng/ml in NYHA class III HF ($p > 0,05$).

Conclusions. The progression of HF in patients with AH and COPD is accompanied by the decrease of the proteolysis inhibitor α_2 -macroglobulin along with high activity of connective tissue degradation processes as observed by increased MMP-9. The observed protease-antiprotease imbalance in patients with AH and COPD causes the changes in extracellular matrix proteins metabolism, resulting in myocardial remodeling, that underlies the pathogenesis of HF.

ПОКАЗНИКИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ КАРДІАЛЬНОЮ ТА ЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Делєвська В. Ю., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: вивчити показники метаболізму сполучної тканини у хворих на хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 80 хворих у ХМКЛ № 27, поділених на дві групи. В 1 групу війшли 50 хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ (38 чоловіків та 12 жінок, середній вік – $(67,23 \pm 1,85)$ рік), у 2 групу – 30 осіб (18 чоловіків і 12 жінок, середній вік – $(53,87 \pm 3,05)$ років) з АГ без ХОЗЛ. Всім хворим проводилося дослідження вмісту загальних глікозаміногліканів (ГАГ) та їх фракцій у сироватці крові. Загальний рівень ГАГ у сироватці крові визначали запатентованим методом за Леонтьєва Ф. С. та ін. з поділом на фракції (при цьому I фракція включала хондроїтин-6-сульфати, II – хондроїтин-4-сульфати і дерматансульфат, III – кератан- і гепарансульфати).

Результати. Дослідження показало, що у хворих з АГ та ХОЗЛ відзначається збільшення низькосульфатованої фракції ГАГ та зниження фракцій середньої та високої сульфатованості в порівнянні з контрольною групою. У хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ у порівнянні з особами з АГ без ХОЗЛ відзначалося істотне зниження фракцій середньої та високої сульфатованості (на 27 % і 12 %, відповідно). У хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ у порівнянні з особами з АГ без ХОЗЛ відзначалося істотне збільшення фракції низької сульфатованості $((7,6 \pm 0,21) \%$ і $(6,32 \pm 0,12) \%$, відповідно). Зміни процесів синтезу цих ГАГ при ХОЗЛ є відображенням хронічного персистуючого запалення в бронхах і легенях, про що повідомляють й інші дослідники. Зниження високосульфатованої фракції ГАГ у хворих на АГ в поєднанні з ХОЗЛ може служити несприятливим маркером прогресування бронхообструкції, процесів запалення та фіброзу, адже відмічена здатність цих ГАГ попереджувати бронхообструкцію, проявляти протизапальні та антифібротичні властивості. У хворих з АГ відзначалось лише зниження фракцій середньої та високої сульфатованості.

Висновки. Таким чином, як при ізольованій АГ, так і при АГ та ХОЗЛ відзначено перерозподілення ГАГ в сторону збільшення фракцій низької сульфатованості, що створює дефіцит більшсульфатованих фракцій та може обумовлювати їх участь в патогенезі цих захворювань.

НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ HCV-ІНФЕКЦІЇ

Діденко В. І., Меланіч С. Л.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета. Вивчити індекси фіброзу у хворих на хронічний гепатит (ХГ) і цироз печінки (ЦП), асоційованих з вірусом С.

Матеріали та методи. Обстежено 50 хворих у віці ($48,6 \pm 9,8$) років: 26 жінок (52,0 %) та 24 чоловіки (48,0 %). До I групи увійшли 26 хворих на ХГС, до II групи - 24 хворих на ЦПС класу А-В за Чайльд-П'ю. Для оцінки процесів фіброзування проводили розрахунок індексів, заснованих на співвідношенні прямих та непрямих маркерів фіброзу.

Результати. У I групі індекс AAR у всіх хворих показав запальний тип ураження паренхіми печінки. У II групі цей показник зростав у 2,1 рази до ($1,62 \pm 0,63$) ($p = 0,042$) і характеризував некротичний тип ураження тканини.

Індекс APRI у хворих II групи склав ($1,5 \pm 0,6$), що вказувало на виражений фіброз паренхіми печінки. В I групі цей показник був менш значним – в 1,3 рази нижче і свідчив про мінімальний ступінь фіброзу ($p = 0,07$). Результати індексу Forns score у хворих на ЦПС достовірно перевищували показники хворих на ХГС: ($7,0 \pm 1,9$) проти ($4,7 \pm 1,3$), ($p = 0,0002$). Індекс FibroIndex у II групі лише в 1,2 рази перевищував показник I групи ($p = 0,15$). Розрахунок індексів FIB-4 і GUGI у хворих на ЦПС показав зростання значень в 2,1 рази у порівнянні з I групою: ($3,1 \pm 1,9$) проти ($1,5 \pm 0,7$), ($p = 0,007$) та ($1,08 \pm 0,73$) проти ($0,52 \pm 0,22$), ($p = 0,02$), відповідно, що дало змогу диференціювати мінімальний фіброз і ЦП. Показник індексу MDA ($-4,00 \pm 4,27$) відбивав достовірну ймовірність наявності ЦП у хворих II групи та протилежно, результат ($3,51 \pm 2,73$) виключив важкий фіброз у хворих I групи ($p = 0,002$). Дані індексу SHASTA між групами не відрізнялися.

Висновки. Розраховані на основі співвідношень прямих і непрямих маркерів фіброзу індекси можуть бути використані для неінвазивної діагностики фіброзу печінки. Найбільшу інформативність показали індекси Forns score, MDA, FIB-4, GUGI. Для більш об'єктивної оцінки стадії фіброзу печінки доцільно використовувати кілька індексів.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ

Добрянський Д. В., Дудка П. Ф., Ільницький Р. І., Бодарецька О. І., Тарченко І. П., Резнікова Н. М.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: оцінити ефективність лікування фенспіридом та антигомотоксичними препаратами (АГТП) у хворих на ХОЗЛ з урахуванням стану системного імунітету.

Об'єкт дослідження: обстежено 99 хворих на ХОЗЛ I-II стадії у фазі загострення. Усі хворі були рандомізовані у групу порівняння ($n = 20$) і 3 клінічні групи (I група – 26 пацієнтів, призначався фенспірид; II група – 25 обстежених, лімфоміозот у поєднанні з мукозою композитум; III група – 28 хворих, лімфоміозот, ехінацея композитум С, траумель С та бронхаліс хеель). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб.

Методи дослідження: загальноклінічні, спірографія, імунологічні.

Результати. Застосування фенспіриду було найбільш ефективним у хворих з гіпоергічною реакцією імунної відповіді. У них спостерігалось суттєве збільшення (на 55,8 %) абсолютної кількості Лф, а також на 85,5 % CD3+-Лф та на 45,0 % CD16+-Лф. На 92,3 % і 96,7 % збільшився рівень субпопуляцій CD4+-Лф і CD8+-Лф. Нормалізація системного імунітету у пацієнтів I гр. супроводжувалась найбільш вираженим послабленням запальних реакцій, що проявлялось достовірним зменшенням інтенсивності задишки, кашлю, виділення харкотиння, а також збільшенням на 19,5 % ($p < 0,05$) величини ФЖЄЛ та на 17,1 % ($p < 0,05$) ОФВ1. У хворих з гіперергічним типом імунної відповіді після застосування комбінації лімфоміозоту та мукози композитум спостерігалось вірогідне зниження абсолютної кількості Лф на 38,0 % ($p < 0,05$) і CD3+-Лф на 50,5 % ($p < 0,05$). Також встановлено зниження рівня імуnoreгуляторних субпопуляцій – CD4+-Лф на 51,7 % ($p < 0,05$) та CD8+-Лф на 39,1 % ($p < 0,05$). У пацієнтів II групи відзначено суттєве покращення показників функції зовнішнього дихання (ФЖЄЛ збільшилась на 16,6 %, а ОФВ1 – на 17,9 %), що є свідченням ефективності АГТП. У пацієнтів I та II груп з окремими імунними порушеннями не виявлено суттєвих позитивних зрушень з боку показників імунного статусу, лише у пацієнтів III групи спостерігалось зростання рівня CD4+-Лф на 42,1 % ($p < 0,05$) та зниження кількості CD8+-Лф на 15,4 % ($p < 0,05$). Відзначені позитивні імунні зрушення у пацієнтів III групи супроводжувались більш значимою регресією клінічних проявів захворювання, а також збільшенням ФЖЄЛ на 16,2 % ($p < 0,05$) та ОФВ1 – на 15,5 % ($p < 0,05$).

Висновок. Застосування фенспіриду збільшує кількість хворих з ремісією і значним клінічним покращенням після лікування на 14,6 %. Терапія антигомотоксичними препаратами – лімфоміозотом та мукозою композитум, а також комбінацією лімфоміозот, траумель С, ехінацея композитум С та бронхаліс хеель – була більш ефективною, ніж у групі порівняння на 14,0 % та 12,1 %, відповідно, що зумовлено їх позитивним впливом на імунний статус та гальмуванням запальних реакцій.

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ:
ВИБІР ОПЕРАЦІЇ З УРАХУВАННЯМ ЯКОСТІ ЖИТТЯ**
Доценко В. В., Петренко Г. Д., Робак В. І., Бизов Д. В., Гузь А. Г.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: поліпшити результати хірургічного лікування хворих із перфоративною виразкою на підставі обґрунтування методики операції з урахуванням якості життя у віддалені терміни після операції.

Матеріал та методи: проведено аналіз результатів оперативного лікування 261 хворого із перфоративною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки. У 159 хворих виконана операція висічення виразки з пілоропластикою без ваготомії, у 102 хворих – висічення виразки з ваготомією. При обстеженні хворих у віддалені терміни проводилась фіброгастродуоденоскопія з прицільною біопсією з трьох точок. Якість життя хворих вивчена на основі розробленої нами анкети. Анкета має контрольний перелік питань для виявлення можливих симптомів хвороби, з'ясування загального стану респондента, його шкідливих звичок, супутніх захворювань.

Результати. При аналізі якості життя хворих, оперованих з приводу перфоративної гастродуоденальної виразки як з ваготомією, так і без неї в терміни з другого року та більш віддалений період, не встановлено статистично достовірної різниці між скаргами хворих. Необхідність обмежень у повсякденній життєдіяльності, суспільному та особистому житті однакова в обох групах хворих. У терміни 2-8 років після операції слизова оболонка пілороантрального відділу шлунка мала морфологічні особливості, характерні для хронічного помірно вираженого неактивного неасоційованого з Нр атрофічного гастриту з вогнищами повної кишкової метаплазії; для тіла шлунка найбільш характерним був стан, що відповідає морфологічній картині поверхневого та початкового атрофічного неасоційованого з Нр атрофічного гастриту.

Висновки. При хірургічному лікуванні хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку рекомендовано виконувати висічення виразки з виконанням пілоропластики та проведенням медикаментозної коригуючої терапії. Для підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку в післяопераційному періоді слід проводити диспансерний нагляд, з проведенням фіброгастродуоденоскопії з біопсією для визначення ступеня морфологічних змін.

**КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ
УЛЬТРАСТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
БРОНХІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ
ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ**

**Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Бодарецька О. І.,
Соколова Л. І., Тарченко І. П.**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета роботи – дослідити особливості ультраструктурної організації клітин слизової оболонки бронхів при загостренні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) II стадії.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 14 хворих та ХОЗЛ II стадії у фазі загострення. Середній вік пацієнтів склав ($54 \pm 2,2$) роки. Ультраструктурну організацію клітин слизової оболонки бронхів оцінювали шляхом проведення електронікроскопічного дослідження біоптату власної пластинки з використанням ЕМБ-100БР.

Результати і їх обговорення. При дослідженні біоптатів слизової оболонки бронхів виявлені морфологічні зміни на плазматичних мембранах клітин власної пластинки. Так, на поверхні епітеліоцитів відзначено суттєве зменшення кількості війок. Внаслідок розходження латеральних поверхнів, втрачені міжклітинні зв'язки. В інтерстиції виявлена велика кількість клітинного детриту, що є свідченням порушення цілісності плазматичної мембрани. Кількість органел біосинтетичного походження зменшена, тоді як кількість лізосом підвищена. Мітохондрії гіпертрофовані з ділянками локального лізису матриксу.

В ендотеліальних клітинах визначається локальний лізис плазматичної мембрани. В цих клітинах патологічно розширені каналі ендоплазматичної сітки, мітохондрії збільшені розмірі та позбавлені крист. та містять дізований матрикс. Відзначені деструктивні зміни з боку плазматичної мембрани формених елементів в крові.

Після проведення стандартної терапії та досягнення ремісії захворювання відзначено відновлення міжклітинних зв'язків та війок на поверхні епітеліоцитів. В цитоплазмі виявленні чисельні іони мітохондрії, що може свідчити про посилення енергетичного потенціалу клітин. В інтерстиції відсутній клітинний детрит, у власній пластинці переважають функціонально активні β -лімфоцити. Плазматична мембрана ендотеліальних клітин без ділянок лізису, в цитоплазмі добре структуровані полісоми та мітохондрії.

Висновок. При загостренні ХОЗЛ II стадії спостерігається посилення цитолітичних процесів на рівні субклітинних структур, що негативно впливає на функціональну активність структурних одиниць слизової оболонки бронхів. Проведення базисної терапії позитивно впливає на процес відновлення ультраструктурної організації біомембран та внутрішньоклітинних органел у хворих на ХОЗЛ II стадії.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ПІД ЧАС ЗАГОСТРЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Ільницький Р. І., Іорданова Н. Х.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: оцінити зміни системного імунітету у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) I–II стадії у фазі загострення.

Об'єкт дослідження: обстежено 99 хворих на ХОЗЛ I-II стадії у фазі загострення чоловічої статі віком від 38 до 65 років.

Методи дослідження: загальноклінічні, спірографія, імунологічні.

Результати. Нами встановлено, що у хворих на ХОЗЛ, під час загострення, спостерігаються ознаки вторинного імунодефіцитного стану, пов'язаного із запальними реакціями, що супроводжується вірогідним зменшенням у крові абсолютної кількості Т-лімфоцитів ($CD3^+$) на 20,1 %, природних кілерних клітин ($CD16^+$) на 34,8 %, а також пригніченням функціональної активності Т- і В-лімфоцитів, що відповідно проявляється у зниженні РБТЛ з ФГА на 23,5 % і сироваткових рівнів Ig A на 31,7 % й Ig G на 39 %. Це супроводжується зростанням концентрації запальних (ФНП- α в 1,5 рази) та протизапальних (ІЛ-4 у 5,3) цитокінів у крові, що свідчить про активність запалення.

Відзначено вірогідне підвищення ЦІК середнього розміру на 17,4 %.

Зважаючи на те що між вихідними рівнями показників імунного статусу спостерігалась різновекторна направленість, нами був проведений додатковий аналіз з умовним виділенням 3 типів реакцій системного імунітету: гіперергічний (5 та більше показників збільшені на ≥ 20 %), гіпоергічний (5 та більше показників зменшені на ≥ 20 %), окремі імунні порушення (від 1 до 4 показників зменшені на ≥ 20 %), що дозволило розробити диференційований підхід до призначення в подальшому імуномодуючої терапії.

Висновки:

1. У хворих на ХОЗЛ виявлено 3 типи реакцій системного імунітету: гіперергічний (5 та більше показників збільшені на ≥ 20 %), гіпоергічний (5 та більше показників зменшені на ≥ 20 %), окремі імунні порушення (від 1 до 4 показників зменшені на ≥ 20 %), що дозволяє диференційовано проводити медикаментозну терапію.

2. Виявлене підвищення у крові рівнів цитокінів – прозапального (ФНП- α) у 1,5 разу та протизапального (ІЛ-4) у 5,3 разу – є свідченням активності запального процесу у хворих на ХОЗЛ.

ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ ПРОТЕЇНІВ В ІНІЦІАЦІЇ РИЗИКУ АРИТМІЙ СЕРЦЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Дудка П. Ф., Кузнєцова-Арабулі Ю. В., Тарченко І. П.,
Добрянський Д. В., Бодарецька О. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: встановити зв'язок між посиленням процесу окислення білкових молекул плазми крові та порушенням серцевого ритму при ішемічній хворобі серця (ІХС).

Матеріали та методи. Основну клінічну групу склали 20 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги, ФК II, кардіосклероз. В контрольну групу увійшли 15 практично здорових осіб. Дослідження окислювальної модифікації білків (ОМБ) сироватки крові проводили за методикою Дубініної Е.Е. та співавторів (1995).

Результати та їх обговорення. При аналізі отриманих даних ОМБ сироватки крові відзначено посилення процесу окислення білкових молекул, що підтверджувалось збільшенням оптичної щільності переважно кетонпохідних динітрофенілгідразонів (2,4-ДФГ) основного характеру. При цьому рівень кетондинітрофенілгідразонів при довжині хвиль збудження 430 нм і 530 нм склали $(1,91 \pm 0,2)$ та $(0,46 \pm 0,07)$, тоді як в контрольній групі вони знаходились на рівні $(1,76 \pm 0,06)$ ($p > 0,05$) і $(0,31 \pm 0,03)$ ($p < 0,05$). У 25 % обстежених основної клінічної групи, у яких спостерігалось максимальне збільшення оптичної щільності 2,4-ДФГ, встановлено зниження рівня мембранних Mg та Na/K АТФ-аз. При проведенні аналізу даних добового ЕКГ-моніторингу саме у цих пацієнтів виявлені найбільш часті порушення серцевого ритму, зокрема екстрасистолії високих градацій.

На підставі отриманих нами даних можна припустити, що одним із чинників порушення серцевого ритму при ІХС може виступати інтенсифікацією процесу окислення білкового комплексу на рівні біологічних мембран та інактивація агресорами трансмембранних електрогенних насосів. Відзначені нами порушення з боку ОМБ та мембранних АТФ-аз асоціювались з високим ризиком аритмій серця.

Висновок: ініціація процесу окислення протеїнів плазми крові супроводжується інактивацією мембранних АТФ-аз та збільшенням ризику виникнення аритмій серця при ІХС.

ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ ОСВІЧЕНОЇ ТА КУЛЬТУРНОЇ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ

**Дудка П. Ф., Тарченко І. П., Бодарецька О. І., Добрянський Д. В.,
Соколова Л. І.**

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
Україна*

Загальна культура, професійна підготовка, широта інтересів і громадянська позиція лікаря визначає рівень соціально-економічного та духовного розвитку суспільства в цілому.

Традиційно вважається, що основним критерієм у підготовці майбутніх лікарів є знання, які отримує студент у вищих навчальних закладах. Але необхідно пам'ятати, що визначальними факторами успішності професійної діяльності медичного працівника є цілісність особистості, різнобічна освіченість, високий моральний статус, дотримання принципів етики та деонтології.

Сьогодні, за умов трагічних подій на Сході України, гостро стоїть проблема патріотичного виховання молоді. Молоді люди дуже часто не можуть визначитися в сучасному світі: де добро, а де зло? Прикро, але це так.

Тому істотною стороною педагогічної діяльності на кафедрі внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця є виховна робота, допомога студентам в загальноосвітньому та культурному формуванні особистості.

Виховна робота на кафедрі проводиться на різних етапах нашої педагогічної діяльності: під час проведення практичних занять, читання лекцій, на засіданнях наукового студентського гуртка, в процесі поза аудиторного спілкування зі студентами. Традиційно впродовж багатьох років викладачі кафедри відвідували зі студентами музеї, виставки, культурні та історичні заклади. Адже багато наших учнів приїхали на навчання з різних куточків України, а також інших країн. За браком часу, а іноді і коштів вони не мають можливості вивчати історичні пам'ятки нашого міста, бути інформованими про нашу цікаву наукову та історичну спадщину. Такі заходи, на наш погляд, надзвичайно корисні в формуванні освіченої культурної особистості майбутнього лікаря.

КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И ОСТЕОПОРОЗ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

¹Думанский Ю. В., ²Столярова О. Ю., ¹Синяченко О. В.,

³Егудина Е. Д., ¹Верзилов С. Н.

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Красный Лиман, Украина, ²Национальный институт рака, г. Киев,
Украина, ³ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Цель: оценить распространенность и особенности течения остеопороза (ОП) у больных мелкоклеточным и немелкоклеточным (аденокарцинома, плоскоклеточная и крупноклеточная карцинома) раком легкого (РЛ). ОП при РЛ формируется вследствие возникающих в организме нарушений половых и кальцийрегулирующих гормонов с изменениями минеральной плотности кости, а распространенность остеопорозных переломов позвонков по данным клинико-секционных исследований составляет 26 % от числа таких пациентов. РЛ сопровождается гиперпродукцией остеокальцина и остеопонтина с уменьшением количества остеокластов, а выявленная гипокальцемия отражает формирование остеопении и ОП. Цитокин остеопонтин (сиалопротеин) – богатый аспарагиновой и глутаминовой кислотами матрично-клеточный белок – в большей степени участвует в процессах реконструкции костной ткани и у больных РЛ определяет развитие ОП. Остеопонтин, как один из основных продуктов синтетической функции активных остеобластов, вовлечен при РЛ в связывание остеокластов на поверхности кости. Нами установлено, что РЛ протекает с выраженными нарушениями костного метаболизма, которые сопровождаются увеличением в крови уровней фосфора, остеокальцина, остеопонтина, лития, свинца, стронция, щелочной фосфатазы и кобальта, на фоне уменьшения кальция, магния и марганца, что соответственно наблюдается у 100 %, 78 %, 75 %, 66 %, 47 %, 44 %, 31 %, 3 %, 100 %, 100 % и 6 % от числа больных, связано с морфологическим вариантом (кобальт) и стадией заболевания (кальций, магний, марганец, стронций), развитием ОП (остеопонтин, остеокальцин, щелочная фосфатаза, стронций, цинк), который чаще наблюдается у женщин и отмечается у каждого второго пациента, причем, остеоденситометрический Т-показатель зависит от возраста больных, прямо коррелирует со значениями остеопонтина и остеокальцина, а обратно – с концентрацией цинкемии. Изменения костного метаболизма могут усугубляться проводимой химио- и лучевой терапией РЛ, а существовавшие сведения по онкоиндуцированному действию бисфосфонатов, широко применяемых в лечении ОП, поставлены под сомнение. Необходима разработка медицинской технологии противоопухолевой химиорадиотерапии, одновременно направленной на опухолевый процесс и нарушенный метаболизм кости.

КРИТЕРІЇ TOKYO GUIDELINES 2013 ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ

Євтушенко Д. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: визначити ефективність критеріїв Tokyo Guidelines 2013 для діагностики гострого холангіту.

Матеріали та методи: проведений аналіз даних 184 хворих з холедохолітіазом, яким було проведено оперативне. Була виділена основна група, що складалася з 85 хворих з верифікованим інтраопераційно гострим холангітом. Чоловіків було 35 (41,18 %), жінок 50 (58,82 %). Середній вік хворих склав $(66,2 \pm 1,5)$ рік і варіював від 31 до 88 років. Втручання в залежності від патології, стану хворого варіювалися від ендоскопічних до відкритих оперативних втручань.

Результати: усі критерії Tokyo Guidelines 2013 (A,B,C) були виявлені у 48 (61,1 %) хворих. У 30 (35,3 %) виявлені лише критерії B та C – у хворих були відсутні ознаки системного запалення, але наявні місцеві запальні зміни жовчних проток. Критерії A та C – діагноз «підозра на гострий холангіт» – виявлені у 3 (3,5 %) хворих. Загалом показники системного запалення – клінічні чи лабораторні – виявлені у 55 (64,7 %) хворих з верифікованим під час оперативного втручання запаленням жовчних проток. Діагностичне підтвердження порушення прохідності жовчних шляхів – конкременти або стриктура жовчних протоків, патологія великого дуоденального сосочку – протягом УЗД чи/та ФЕГДС отримано у 100 % проаналізованих випадків. Лабораторні дані, що свідчать про холестаз та підвищені показники функції печінки виявлені у 92,8 % хворих. Отримані дані дозволяють виділяти дві підгрупи хворих для подальшого детального аналізу.

Висновки: Критерії Tokyo Guidelines 2013 є ефективними та зручними для діагностики гострого холангіту. Група хворих з наявністю інтраопераційних змін характерних для гострого холангіту при відсутності ознак системного запалення, потребує поглибленого аналізу.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА
У БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНО-КАРДИАЛЬНОЙ
КОМОРБИДНОСТЬЮ**

**Емельянова Н. Ю., Гальчинская В. Ю., Ефимова Н. В.,
Шапкин А. С., Попович А. С.**

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

Хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) и ишемическую болезнь сердца (ИБС) относят к самым тяжелым и распространенным соматическим заболеваниям, влияющим на состояние тканей пародонта и микробиоценоз полости рта. Основными факторами, посредством которых эти заболевания могут неблагоприятно влиять на ткани пародонта, являются гипоксия, сосудистые изменения и нарушение иммунного ответа.

Цель исследования – изучение цитологических особенностей морфофункционального состояния эпителия десен у больных с кардиореспираторной коморбидностью.

Материалы и методы. Цитологические исследования проводили на соскобах слизистой оболочки десен 86 пациентов ХОБЛ в сочетании с ИБС и 29 пациентов с изолированной ХОБЛ. Группа контроля была представлена 19 здоровыми лицами, репрезентативными по полу и возрасту.

Результаты исследования. Цитограмма соскобов десен, как при изолированной ХОБЛ, так и при ХОБЛ в сочетании с ИБС, характеризуется изменениями в соотношениях молодых и зрелых форм эпителиоцитов: происходит увеличение количества менее зрелых клеток, особенно выраженное при сочетанной патологии.

В эпителии десен у больных ХОБЛ растет количество эпителиоцитов с деструктивными изменениями. В большей степени процессы деструкции эпителиальных клеток выражены у пациентов с ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Выводы Усиление деструктивных процессов в эпителиальных клетках, замедление их созревания и снижение пролиферативной активности приводят к нарушению морфофункционального состояния эпителия слизистой оболочки десен и могут быть ведущим патогенетическим звеном в развитии стоматологической патологии у больных с хроническими заболеваниями легочной и сердечнососудистой систем.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ерёменко Г. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования: проанализировать влияние сочетанной терапии системных ГКС и β -агонистов пролонгированного действия на уменьшение проявлений стероидорезистентности у больных БА.

Материалы и методы. Нами было обследовано 36 больных БА. Согласно цели исследования все больные были разделены на две группы. В 1-ю вошли 21 больной БА в возрасте от 39 до 61 год ($49,1 \pm 9,17$), с длительностью заболевания ($15 \pm 3,12$) года. 2-ю группу составили 15 больных БА в возрасте от 42 до 60 лет ($51,08 \pm 7,42$). Длительность БА составила ($14,5 \pm 4,11$) года. Все больные в течение последних 2-х недель принимали пероральные глюкокортикоиды в дозе 40 мг. Больным 2-й группы по показаниям наряду с пероральными глюкокортикоидами назначали β -агонисты пролонгированного действия. Кроме общеклинического обследования у всех больных изучали особенности БА с помощью опросника по контролю симптомов астмы ACQ-5, а также исследовали функции внешнего дыхания (ФВД). Углеводный обмен оценивали по уровню глюкозы крови натощак. Кроме того, выполняли исследование гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты. Выявлен низкий тест ACQ-5, который составил ($1,5 \pm 0,02$) балла. У всех пациентов отмечали выраженные изменения ФВД, так у больных 1 группы ОФВ₁ составил ($54,5 \pm 2,13$) %, тест на обратимость – ($11,3 \pm 0,32$) %, у больных 2-группы – ($52,3 \pm 1,91$) % и ($10,5 \pm 0,73$) %, соответственно. Для оценки терапевтической эффективности системных ГКС определяли индекс бронходилатационного ответа с помощью следующей формулы: [ОФВ₁ после лечения – ОФВ₁ до лечения $\times 100$ %]. Контроль лечения проводился на 14 день наблюдения за больными. У больных 2-й группы в результате лечения наблюдалась положительная динамика теста на обратимость, который составил ($15,01 \pm 0,78$) % ($p < 0,05$), тогда как у больных 1 группы не наблюдалось достоверного изменения этого теста. При анализе отмечено увеличение уровня глюкозы крови в среднем до ($6,7 \pm 0,21$) ммоль/л у больных 2-группы.

Заключение. Лечение больных БА сочетанием β -агонистов пролонгированного действия и системных ГКС – обладает способностью уменьшать стероидорезистентность у этих больных, но способствовать повышению уровня глюкозы в крови.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ В РАЗНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ

Ермолаева М. В., Седая Л. В., Бевзенко Т. Б.,
Синяченко Т. Ю., Помазан Д. В.

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, г. Красный Лиман, Украина*

Цель: изучить распространенность системных васкулитов и проанализировать эти показатели в разных экологических регионах в зависимости от неблагоприятных факторов окружающей среды (воздуха, питьевой воды) и степень влияния на этот статистический медицинский показатель развития отдельных отраслей промышленности, транспорта и сельского хозяйства. В зонах проживания больных средний показатель выбросов в атмосферу на площадь территории за год составляет $(10 \pm 0,6)$ $\text{т}^3/\text{км}^2$, а параметры накопления промышленных отходов на одного пациента – $(700 \pm 2,9)$ кг. Частота распределения усредненной структуры выбросов в атмосферу оказалась следующей: металлургическая промышленность – $(9 \pm 3,5)$ %, угледобывающая – $(25 \pm 6,5)$ %, химическая – $(5 \pm 1,5)$ %, машиностроительная – $(7 \pm 2,9)$ %, энергетика – $(20 \pm 6,2)$ %, производство строительных материалов – $(21 \pm 5,8)$ %, автомобильный и железнодорожный транспорт – $(6 \pm 2,7)$ %, сельское хозяйство – $(7 \pm 3,5)$ %. Средняя концентрация в атмосфере аммиака составила $(115 \pm 3,9)$ $\text{мкг}/\text{м}^3$, 3,4-бензпирена – $(6 \pm 0,2)$ $\text{нг}/\text{м}^3$, диоксида азота – $(97 \pm 3,7)$ $\text{мкг}/\text{м}^3$, диоксида серы – $(179 \pm 6,3)$ $\text{мкг}/\text{м}^3$, диоксида углерода – $(3 \pm 0,1)$ $\text{мкг}/\text{м}^3$, оксида углерода – $(11 \pm 0,3)$ $\text{мг}/\text{м}^3$, сероводорода – $(42 \pm 1,8)$ $\text{мкг}/\text{м}^3$ и фенола – $(9 \pm 0,2)$ $\text{мкг}/\text{м}^3$, параметры хлоридов в питьевой воде были $(183 \pm 9,9)$ $\text{мг} \times \text{экв}/\text{л}$, сульфатов – $(782 \pm 37,1)$ $\text{мг}/\text{л}$, нитратов – $(26 \pm 2,0)$ $\text{мг}/\text{л}$, аммонийных фосфатов – $(400 \pm 19,8)$ $\text{мкг}/\text{л}$. Среди взрослого населения соотношение распространенности таких ревматических заболеваний, как ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, системная красная волчанка и СВ (пурпура Шенлейна-Геноха, эссенциальный криоглобулинемический васкулит, эозинофильный гранулематозный васкулит Черджа-Стросс, болезни Гудпасчура и Бехчета, гранулематоз с полиангиитом Вегенера, узелковый полиартериит, неспецифический аортоартериит Такаясу) составляет как 15:2:1:1. При этом средняя распространенность СВ по регионам области равна $(13 \pm 1,8)$ на 100 тыс. населения. Существует связь распространенности СВ с развитием в регионе проживания людей угледобывающей отрасли промышленности и с такими факторами окружающей среды, как степень накопления в атмосфере промышленных отходов, содержание в воздухе фенола и диоксида серы, концентрация в питьевой воде фосфатов, причем, наблюдаются особенности зависимости эпидемиологического показателя от экологических при неспецифическом аортоартериите Такаясу, гранулематозе с полиангиитом Вегенера и эссенциальном криоглобулинемическом васкулите.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ У ПОЄДНАННІ З КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Ждан В. М., Лебідь В. Г., Ткаченко М. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. Встановлено, що ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

Мета: вивчити порівняльну ефективність, анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку схеми лікування комбінацією препаратів: хондропротектора (хондроїтин сульфату 200 мг № 25 ін'єкцій); інгібітора АПФ (лізіноприлу 5-20 мг на добу, постійно); статина (розувастатину 20 мг на добу, постійно) в порівнянні з групою, яка отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг 1,5 місяці) на фоні прийому лізіноприлу і розувастатину у хворих на ОА в поєднанні з серцево-судинними захворюваннями.

У дослідження включені 60 хворих віком 49-75 років розділених по групах: *1 група* (n = 30) – хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій); інгібітора АПФ (лізіноприлу 5-20 мг на добу, постійно); статина (розувастатину 20 мг на добу, постійно); *2 група* (n = 30) – отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг 1,5 місяці) на фоні прийому лізіноприлу і розувастатину.

Критерії ефективності лікування: загальні клінічні обстеження крові, сечі, креатетніну, загального білірубіну, АЛТ, АСТ, рентгенографію і УЗД дослідження колінних суглобів, індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ і критерії якості життя по EuroQol-5D.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група – 78,4 %, 2 група – 87,9 %. Більш виражений позитивний ефект в 2 групі пацієнтів: більш виражений зниження індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ, покращення якості життя за критеріями EuroQol-5D, збільшення термінів ремісії ОА.

Отже, доведена клінічна ефективність впливу поєднання ампулової та таблетованої форм хондропротекторів на фоні прийому інгібітора АПФ і статину, яке показало більш високу ефективність в плані зменшення больового синдрому і покращення функціональної здатності суглобів, а також безпеку використання даної схеми лікування у хворих на ОА у поєднанні з кардіоваскулярною патологією.

CERTAIN PATHOGENETIC MECHANISMS OF SYSTEMIC INFLAMMATION IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC PANCREATITIS

Zhelezniakova N. M., Zelena I. I., Pasiieshvili T. M.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

The aim of the current study is to determine ceruloplasmin level of patients with comorbidity of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and chronic pancreatitis.

Methods: 87 COPD patients have been examined: 62 COPD patients in combination with chronic pancreatitis have been regarded as a main group, 25 patients with an isolated course of COPD made up a compared group. Standard values were obtained while examining 20 almost healthy patients of the same age and gender. The latter made up a control group. The level of ceruloplasmin in blood serum has been determined in accordance with the method developed by V. Kamyshnikov. Statistical data has been performed on workstation by means of software “Microsoft Excel” and “STATISTICA 6.0”.

Results: The study showed that COPD exacerbation was accompanied with an increase of acute phase reactant, namely – ceruloplasmin both in groups with isolated COPD and in groups with comorbidity in comparison with almost healthy patients. It has been found out that patients with comorbid pathology are characterized by the significant increase of ceruloplasmin blood level up to $415,7 \pm 31,0$ mg/l, which is 1,5 times more than the one of healthy individuals – $276,0 \pm 33,0$ mg/l ($p < 0,05$). At the same time patients with isolated COPD ceruloplasmin level tends to increase ($311,0 \pm 28,0$ mg/l) and 1,1 times beats the target but the differences were not so significant ($p > 0,05$). The comparative analysis of the examined groups has proved the significant difference ($p < 0,05$) in ceruloplasmin activity.

Conclusions: Thus, as a result of studies, it has been found out that there is an exacerbation of COPD, in the isolated course of disease as well as in disease combined with chronic pancreatitis, there is an observed increased activity of ceruloplasmin, indicating the development of an inflammatory response. At the same time, indexes of patients with comorbidities of COPD and chronic pancreatitis were significantly higher and had significant differences from those in patients with isolated COPD, suggesting a significant increase in systemic inflammatory reactions in comorbidity, even in the remission of concomitant disease.

ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Журавка Н. В., Махаринская Е. С., Яблучанский Н. И.

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Украина

Цель работы: установить частотное распределение типов ортостатических реакций (ОР) систолического артериального давления (САД) в зависимости от степени артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. На базе городской поликлиники № 24 г. Харькова обследовано 23 пациента (10 мужчин и 13 женщин) с АГ в возрасте ($53,7 \pm 8,9$) лет. Средняя продолжительность заболевания составила ($6,7 \pm 0,6$) лет. У 10 пациентов диагностирована АГ I и у 13-ти – II степени. По результатам измерения систолического артериального давления (САД) в активной ортостатической пробе (АОП) в положении лежа и на 3-ей минуте после перехода из положения лежа в положение стоя пациентов относили к одному из трех типов ортостатических реакций САД: тип 1 – гипертензивный (повышение САД более, чем на 5 %); тип 2 – изотензивный (изменения САД в пределах ± 5 %); тип 3 – гипотензивный (снижение САД на 5 % и более).

Результаты изучения частотного (%) распределения типов ОР САД в зависимости от степени АГ представлены в таблице.

Степени АГ	Типы ОР САД		
	Гипертензивный	Изотензивный	Гипотензивный
I	20 %	60 %	20 %
II	54 %	38 %	8 %

В изученной популяции пациентов выявлены все типы ОР САД. У пациентов с АГ I степени преобладает изотензивный тип над встречающимися одинаково часто гипертензивным и гипотензивным типами ОР САД, и у пациентов с АГ II степени преобладает гипертензивный тип ОР САД, при прогрессивно снижающейся частоте при изотензивном и гипотензивном типах ОР САД.

Выводы. У пациентов с АГ встречаются все типы ОР САД, частоты которых соотносятся с ее степенью. Выявленные различия в структуре частотного распределения типов ОР САД в зависимости от разных степеней АГ требуют специального исследования.

«ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ГОЛОДАНИЯ» КАК СЛЕДСТВИЕ ГИПОКАЛОРИЙНЫХ РАЦИОНОВ И ВАРИАНТ ЕЁ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Журавлева Л. В., Моисеенко Т. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Коррекция избыточного веса лежит в основе решения многих клинических проблем. Но реальное решение этой «элементарной» задачи удается достичь не более 5 % начинающих борьбу с лишними килограммами.

Цель. Изучались метаболические и клинические последствия длительного соблюдения пациентами с ожирением и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) гипокалорийной диеты в течение длительного периода (6 мес.).

Методы. Обследовали 52 мужчин среднего возраста (45-59 лет), больных ожирением с признаками метаболического синдрома, у которых диагностировали НАЖБП. Пациенты группы А (n = 27) соблюдали гипокалорийную диету. Группа больных В (n = 25) одновременно с соблюдением диетологических рекомендаций получала препарат «сопровождения» с гепатопротекторной, анаболической, дезинтоксикационной активностью L-орнитин-L-аспартат (LOLA) per os в дозе 9 г в сутки.

Программа обследования включала определение в сыворотке крови уровня инсулина, глюкозы (с вычислением показателя НОМА-IR), кортизола, тиреотропного гормона, общего холестерина (ХС), ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицеридов (ТГ), микроальбумина в моче. Проводилось ультразвуковое исследование почек, печени, желчного пузыря, щитовидной железы, толщины висцерального жира (ТВЖ), периперитонеального жира (ТППЖ), подкожного жира (ТПЖ). Динамика жирового компартамента тела оценивалась с помощью антропометрической липидометрии – измерения толщины кожно-жировых складок (КЖС) в стандартных индикаторных зонах. Рассчитывали по антропометрическим данным относительную мышечную массу тела.

Результаты. Использование LOLA повышает приверженность пациентов к диетическим ограничениям и двигательным нагрузкам. К началу терапии пациенты группы А и В имели клинические и лабораторные признаки инсулинорезистентности – индекс НОМА-IR превышал контрольные значения. К концу терапии у больных группы А чувствительность тканей к инсулину достоверно не улучшилась, а у пациентов группы В индекс НОМА-IR достиг контрольных значений. Косвенно о устранении (или существенном уменьшении) феномена инсулинорезистентности говорит устранение реактивной гиперкортизолемии, имевшей место на старте исследований в обеих группах.

Вывод. Лечение больных ожирением с НАЖБП с применением LOLA и гипокалорийной диеты имеет многовекторное клиническое действие: оказывает ряд органотропных протекторных эффектов (нейро-, нефро-, гепато-, мио-, дерматопротективный).

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА И УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И СОПУТСТВУЮЩИМ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Журавлёва Л. В., Филоненко М. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Уровень мозгового натрийуретического пептида (BNP) в крови и данные эхокардиографии важны для оценки риска развития сердечной недостаточности у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Сопутствующий неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) может влиять на прогноз ОИМ.

Цель – определить уровни BNP и динамику функциональных параметров сердца у больных с ОИМ, сопровождающегося НАСГ.

Методы. Обследовано 76 пациентов с Q-инфарктом миокарда (Q-ИМ) и НАСГ (1 группа) и 31 пациент с Q-ИМ без патологии печени (2 группа). УЗИ сердца проводилось на 3-й и 28-й день после ОИМ. Определяли биомаркеры повреждения миокарда: тропонин I, креатинфосфокиназу, трансаминазы. Уровни BNP оценивали через (64 ± 7) часов после появления ангиальных симптомов. Для подтверждения диагноза НАСГ использовались данные УЗИ печени и биопсии.

Результаты. У пациентов 1 группы КДО ЛЖ незначительно снизился $(-2,9 \ %; (60,74 \pm 4,16) \text{ мм})$, КСО ЛЖ показал тенденцию к увеличению $(+ 14,8 \ %; (54,36 \pm 5,13) \text{ мм})$, выросла фракция выброса (ФВ) $+14,6 \ %; (45,39 \pm 2,82) \ %$. Во 2 группе наблюдалось значительное уменьшение КДО ЛЖ $(-17,2 \ %; (54,08 \pm 3,97) \text{ мм}; p = 0,031)$, а также КСО ЛЖ $(-21,1 \ %; (39,49 \pm 3,25) \text{ мм}; p = 0,042)$; ФВ увеличилась до $28 \ % ((51,93 \pm 2,69) \ %, p = 0,007)$. Анализ показателей на 28 день показал увеличение ФВ в обеих группах $(70,36 \ % \text{ и } 84,57 \ % \text{ пациентов соответственно, } p = 0,048)$; снижение сократительной способности определялось у $23,6 \ % \text{ и } 15,13 \ % \text{ пациентов соответственно, } p = 0,042)$. У пациентов 1 группы наблюдались значительно более высокие уровни BNP по сравнению с контрольной группой $(749,25 \text{ пг / мл против } 435,18 \text{ пг / мл, } p \leq 0,05)$. Кроме того, была обнаружена положительная корреляция между BNP и КСО ЛЖ $(r = 0,358, p \leq 0,05)$, BNP и пиковыми уровнями тропонина $(r = 0,452, p \leq 0,05)$.

Вывод. Для больных с ОИМ и сопутствующим НАСГ характерна более неблагоприятная динамика показателей функционального состояния сердца, чем в группе сравнения, тенденция к увеличению размера полостей левого желудочка, что вместе с достоверно более высоким уровнем BNP указывает на повышенную вероятность развития дисфункции левого желудочка и будущего прогрессирования сердечной недостаточности.

ВИВЧЕННЯ АНТИОКСИДАНТОЇ ДІЇ НОВОГО СТРУКТУРНОГО АНАЛОГА МЕЛАТОНІНУ ЗА УМОВ ГОСТРОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ

Журенко. Д. С., Цубанова Н. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

За статистикою ВООЗ більше 30 % дорослого населення Землі страждає від захворювань печінки. Перелік лікарських препаратів для оптимального лікування цієї патології є недостатнім поряд із обмеженою кількістю вітчизняних препаратів. Актуальним питанням сучасної медицини та фармації є розробка та впровадження нових ефективних гепатопротекторів. Перспективним є сполука з класу структурних аналогів мелатоніну – 4,3'-спіро[(2-аміно-3-ціано-4,5-дигідропірано[3,2-с]хромен-5-он)-5-метил-2'-оксиндол], надалі сполука 77, для якої у попередніх дослідженнях встановлено виражену антигіпоксичну та мембранопротекторну дію.

Мета дослідження: вивчення антиоксидантної активності сполуки 77 на тлі гострого тетрахлорметанового гепатиту у щурів.

Методи досліджень. Антиоксидантну дію сполуки 77 вивчали за умов гострого тетрахлорметанового гепатиту у щурів-самців. Сполуку 77 вводили в дозі 5 мг/кг, 2 доби на тлі введення тетрахлорметану та 1 доби після моделювання гепатиту. Препарати порівняння мексидол (100 мг/кг), дарсіл (6,3 мг/кг) вводили за аналогічною схемою. Антиоксидантну дію оцінювали за зміною таких показників: реактанти тіобарбітурової кислоти (ТБК-АП), дієнові кон'югати (ДК) та відновлений глутатіон (ВГ).

Результати та їх обговорення. Внутрішньошлункове уведення тетрахлорметану, який є класичним мембранотропним токсином, викликає масштабну активацію ВРО в мембранах гепатоцитів, про що свідчить достовірне підвищення ДК у 1,9 рази, ТБК-АП у 3 рази відносно показників інтактного контролю, разом із одночасним зменшенням пулу ВГ у рази у гомогенаті печінки та сироватці крові. Сполука 77 виявляє виражену антиоксидантну активність, на що вказує достовірне зниження ДК (у 1,7 рази) і ТБК-активних речовин (у 1,8 рази) у печінці відносно групи контрольної патології та відновлення функції АОС, верифіковане за достовірним збільшенням пулу ВГ у гомогенаті печінки на 56 %, у сироватці крові на 100 % відносно групи контрольної патології. Референс препарати мексидол та дарсіл знижували процеси пероксидації зі значно меншою ефективністю (в середньому у 1,3-1,4 рази). Вплив мексидолу та дарсілу на відновлення вмісту ВГ був вірогідно нижчим.

Висновки. Встановлено, що сполука 77 виявляє потужний антиоксидантний ефект, вищий за ефективність препаратів порівняння мексидолу та дарсілу. Перспективним є подальше вивчення фармакологічної активності нового структурного аналогу мелатоніну (сполуки 77) з метою створення нового ефективного гепатопротектора.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ БІЛІАРНИМИ ТА ІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ

Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Ягмур В. Б., Скирда І. Ю.,
Петішко О. П.

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»,
м. Дніпропетровськ*

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НЖХП) є найбільш поширеною нозологічною формою серед хронічних дифузних захворювань печінки у дітей більшості розвинених країн. Першою стадією НЖХП є стеатоз печінки, що проявляється акумуляцією ліпідів в гепатоцитах з ураженням більш, ніж 5 % клітин. Можливість прогресування структурних змін печінки з розвитком цирозу і гепатоцелюлярної карциноми, формування кардіоваскулярних ускладнень, асоційованих з НЖХП, обумовлюють необхідність ранньої діагностики цього захворювання й вимагають активного скринінгу у групах ризику.

Метою нашої роботи було виявити фактори ризику (ФР) та можливість прогнозування розвитку стеатозу печінки у дітей з функціональними біліарними та інтестинальними розладами.

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням перебували 32 дитини з функціональною патологією жовчовивідних шляхів й кишечника, що лікувались у дитячому відділенні ДУ «ІГ НАМНУ» м. Дніпропетровська в 2015 році. Дітей було розподілено по групах: основну групу склали 13 пацієнтів з стеатозом печінки (40,6 %), контрольну – 19 дітей без стеатозу (59,4 %). Досліджувані групи були однорідними за статевим й віковим розподілом. Наявність стеатозу визначалась за допомогою еластометрії печінки з визначенням контрольованого параметру ультразвукового затухання (CAP). Критеріями виключення пацієнтів із дослідження були: наявність ознак вірусного, автоімунного чи медикаментозно індукованого гепатитів. Для оцінки ФР було проаналізовано дані анамнезу життя та перебігу захворювання, фізикального та інструментального дослідження хворих. Формування групи ризик-факторів проводили на підставі розрахунку відношення шансів (odds ratio (OR)), відносного (RR) та абсолютного (EER) ризику. Значущість відмінностей встановлювали на рівні $p < 0,05$.

Результати. Встановлено, що стеатоз печінки у дітей асоціюється з ожирінням (OR = 13,3, RR = 6,28), збільшенням обводу талії вище 95 перцентилу (OR = 16,3, RR = 12,8). Про суттєвий ризик розвитку стеатозу печінки свідчить наявність захворювань ендокринної системи, зокрема гіпоталамічних розладів (OR = 16,3, RR = 12,8). Виявлена асоціація стеатозу печінки з астено-вегетативним синдромом (OR = 12,5, RR = 4,28). Одержані дані дозволять виділити групу підвищеного ризику формування стеатозу печінки для подальшого обстеження й проведення необхідної корекції.

ELDERLY PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION IS A SPECIAL GROUP OF MEDICAL AND SOCIAL RISK

Zazdravnov A. A.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Essential hypertension (EH) is the most common chronic non-infectious disease and it requires lifelong treatment. High blood pressure (HBP) is registered in 50-70 % of the elderly. Ultra-wide prevalence of EH in the elderly population, and the high risk of disabling and fatal cardiovascular events determine interest in a detailed study of the disease and the coverage of all the possible etiopathogenetic units. Today, the participation of social factors in the mechanisms of formation and progression of hypertension is not disputed.

Social factors of cardiovascular risk high in older persons are chronic stressors. A group of these factors include the problem of marital status, low social support, low socio-economic status (education, occupation, financial prosperity), social isolation etc.

Marriage – one of the most powerful defense mechanisms of social support for any person (patient or healthy). Widowhood, on the contrary, is an acute life event. The mortality from cardiovascular diseases in men widows group is much higher than that of the same age married. The duration of widowhood also has an important role. The probability of cardiovascular death in widow is the highest level in the first five years after the loss of a partner.

Financial prosperity also defines life satisfaction and confidence in the future elderly persons. Elderly patients have significantly fewer financial resources compared with those of working age. Half of elderly patients with EH identified themselves as low-income persons. Often older people can not receive the necessary social and medical services due to the low incomes. The negative relationship between cardiovascular disease, including EH, and socioeconomic status of patients was identified in population studies.

Social isolation is a proven factor in worsening of EH and increasing of cardiovascular morbidity and mortality. Exclusion of an elderly patient from active life have a negative affects both the level and the ability to control blood pressure. Elderly people have to balance autonomy, independence and security. Elderly people should feel their importance for the family. Population studies have shown a low estimate of the health status of patients with EH if they meet with their children at least once a month or less. The most positive assessments provide elderly people who are able to communicate with their children every day.

Thus, elderly patients with EH represent a large group of medical and social risk. Observation of old patient ceases to be only medical aspects of the activities of a doctor and it acquires social significance.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ХВОРОБ НИРОК СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Зазикіна Д. С., Флегантова Б. Л.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Мета: проводити спостереження за здоров'ям всіх членів родини задля виявлення хвороб нирок, створення програми профілактичних заходів з подальшим вчасним ефективним лікуванням.

За статистичними даними Полтавського району впродовж 2011, 2012, 2013, 2014 років проаналізована динаміка кількості хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН), хронічний пієлонефрит (ХПН), сечокам'яну хворобу (СКХ).

	2011 рік			2012 рік			2013 рік			2014 рік		
	всього	працезд. вік	пенсіонери	всього	працезд. вік	пенсіонери	всього	працезд. вік	пенсіонери	всього	працезд. вік	пенсіонери
ХГН	66	41	25	64	42	22	61	38	23	52	30	22
ХПН	1303	783	520	1416	822	594	1540	892	648	1491	851	640
СКХ	470	306	164	569	389	180	551	356	195	524	323	201

У районі кількість населення: 2011 році – 67020, 2012 році – 67035, 2013 році – 67150, 2014 році – 67320 осіб.

За даними таблиці загальна кількість хворих на ХГН зменшилась з 66 хворих до 52 у 2014 році. Хворих на ХПН у 2011 році (всього 1303 осіб) порівняно з 2014 роком збільшилась до 1491. Особливу увагу звертаємо на зростання кількості хворих на ХПН осіб працездатного віку, а саме – 783; 822; 892; 1491 у 2014 році. Зростання кількості хворих на ХПН у 2014 році до 1491 осіб обумовлено підвищенням вартості медикаментів, що унеможливорює отримання повної програми лікування. Питання з'ясовано методом опитування хворих.

Кількість хворих на СКХ більше, ніж на ХГН і менше ніж на ХПН. Порівняння кількості хворих на СКХ серед працездатних і пенсіонерів свідчить про вагомий питоми вагу хворих серед працездатних осіб. У 2011 році 64 % хворих, а в 2014 році 61 % хворих на СКХ.

Висновок.

1. Порівняння кількості хворих у Полтавському районі Полтавської області на хронічний гломерулонефрит, хронічний пієлонефрит і сечокам'яну хворобу впродовж 2011-2014 років свідчить про переважну кількість хворих на хронічний пієлонефрит.

2. Хворих на сечокам'яну хворобу порівняно з особами пенсійного віку більше серед працездатних осіб і дорівнює у 2011 році 64 % хворих, а в 2014 році 61 % хворих.

**ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
НА РІВЕНЬ sVE-КАДГЕРИНУ У ХВОРИХ
З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА**

Зайкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Сапричова Л. В., Глєбова О. В.

Харківський національний медичний університет,

Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна

Мета дослідження: вивчити вплив тривалості цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) на рівень маркеру дезінтеграції ендотелію sVE-кадгерин у хворих на гострий інфаркт міокарда.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 60 хворих: I група – 18 хворих з вперше встановленим діагнозом ЦД 2 типу, II група – 7 хворих з давністю ЦД 2 типу від 5 до 10 років, III група – 23 хворих з давністю ЦД 2 типу більше 10 років. Рівень sVE-кадгерину визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми Bender MedSystem (Австрія). Розраховувалися: середнє значення (М), стандартне відхилення, вірогідність та рівень значущості (р).

Результати: продемонстровано достовірне підвищення рівня sVE-кадгерину у хворих з вперше встановленим діагнозом ЦД, яке співставне з рівнем sVE-кадгерину у хворих з давністю інсулінорезистентності більше 5 років ($(1,81 \pm 0,05)$ нг/мл та $(1,87 \pm 0,09)$ нг/мл, відповідно; $p > 0,05$). Встановлено, що рівень sVE-кадгерину у хворих з тривалістю діабету до 5 років був достовірно нижчим, ніж у хворих з тривалістю ЦД від 5 до 10 років ($(1,73 \pm 0,11)$ г/мл та $(1,87 \pm 0,09)$ нг/мл, відповідно; $p < 0,05$) та більше 10 років ($(1,73 \pm 0,11)$ нг/мл та $(1,96 \pm 0,04)$ нг/мл, відповідно; $p < 0,05$).

Висновки. У хворих з гострим інфарктом міокарда ступінь пошкодження ендотелію, маркером якого є sVE-кадгерин, прямо корелює з тривалістю порушень вуглеводного обміну: нижчий рівень sVE-кадгерину зафіксовано у хворих з тривалістю ЦД 2 типу менше 5 років, а найвищий – з тривалістю ЦД 2 типу більше 10 років. Хворі з вперше встановленим діагнозом ЦД мають пошкодження ендотелію, співставне з хворими зі стажем інсулінорезистентності, що свідчить про латентний перебіг порушень вуглеводного обміну.

Вищезазначене ще раз підтверджує важливість ранньої діагностики цукрового діабету 2 типу з метою уникнення пошкодження функціонального стану ендотелію та подальших кардіоваскулярних ускладнень.

ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА РІВЕНЬ sCD40-ЛІГАНДУ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Цівенко В. М., Леонідова В. І.

Харківський національний медичний університет,

Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна

Мета дослідження: вивчити вплив тривалості цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) на рівень маркера внутрішньосудинного імунного запалення sCD-ліганду у хворих на гострий інфаркт міокарда.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 60 хворих: I група – 18 хворих з вперше встановленим діагнозом ЦД 2 типу, II група – 7 хворих з давністю ЦД 2 типу від 5 до 10 років, III група – 23 хворих з давністю ЦД 2 типу більше 10 років. Рівень sCD-ліганду визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми YH Biosearch Laboratory (Китай). Розраховувалися: середнє значення (М), стандартне відхилення, вірогідність та рівень значущості (р).

Результати: продемонстровано достовірне підвищення рівня sCD-ліганду у хворих з вперше встановленим діагнозом ЦД, яке співставне з рівнем sCD-ліганду у хворих з давністю інсулінорезистентності більше 5 років ($(3,92 \pm 0,06)$ нг/мл та $(3,92 \pm 0,12)$ нг/мл відповідно; $p > 0,05$). Встановлено, що рівень sCD-ліганду у хворих з тривалістю діабету до 5 років був достовірно нижчим, ніж у хворих з тривалістю ЦД від 5 до 10 років ($(3,77 \pm 0,04)$ нг/мл та $(3,92 \pm 0,12)$ нг/мл, відповідно; $p < 0,05$) та більше 10 років ($(3,77 \pm 0,04)$ нг/мл та $(4,05 \pm 0,03)$ нг/мл, відповідно; $p < 0,05$).

Висновки. У хворих з гострим інфарктом міокарда виразність імунного запалення в стінці вінцевої артерії, маркером якого є sCD-ліганд, прямо корелює з тривалістю порушень вуглеводного обміну: нижчий рівень sCD-ліганду зафіксовано у хворих з тривалістю ЦД 2 типу менше 5 років, а найвищий – з тривалістю ЦД 2 типу більше 10 років. Хворі з вперше встановленим діагнозом ЦД мають пошкодження ендотелію, співставне із хворими зі стажем інсулінорезистентності, що свідчить про латентний перебіг порушень вуглеводного обміну.

Вищезазначене свідчить про важливість ранньої діагностики цукрового діабету 2 типу з метою уникнення пошкодження функціонального стану ендотелію та подальших кардіоваскулярних ускладнень.

**ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ И РИСК
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Запровальная О. Е., Бондарь Т. Н., Попович А. С.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

Цель исследования – изучить возможную связь полиморфизма гена *PTGS1* циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) и полиморфизма и *PIA1/A2* гена *IIb/IIIa* тромбоцитарного рецептора интегрин $\alpha_v\beta_3$ (ITGB3) с аспиринорезистентностью (АР) и риском развития сердечно-сосудистых событий у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 173 пациента с хроническими формами ИБС и 28 здоровых добровольцев (контроль). Методы исследования: уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче (нг/мг креатинина) иммуноферментным методом, суммарный индекс агрегации тромбоцитов (СИАТ) с использованием в качестве индукторов агрегации аденозиндифосфат (АДФ) в концентрации 10 мкМ и арахидоновую кислоту (АК) в концентрации 0,5 мМ, генотипирование *PTGS1* гена ЦОГ-1 (C50T, rs3842787) и *PIA1/A2* гена ITGB3 (T1565C, rs5918). Период наблюдения составил $(38,5 \pm 1,2)$ месяцев.

Результаты. Частоты ЦОГ-1 генотипов при ИБС составили: 86,7 % – нормальный СС генотип; 12,7 % – гетерозиготный СТ-генотип и 1 пациент (0,6 %) – мутантный ТТ-генотип. Распределение генотипов в группе контроля было аналогичным: СС – 85,7 %, СТ – 14,3 %, ТТ – 0 %. СИАТ-АК у носителей мутантного Т-аллеля превысил 20 % и был достоверно выше СИАТ-АК в группе нормального генотипа ($p = 0,001$). Другие показатели достоверно не отличались. Анализ полиморфизма гена ITGB3 не выявил достоверных различий в распределении полиморфизма при ИБС (67,6 % – ТТ генотип; 30,0 % – ТС генотип, 2,3 % – мутантный СС-генотип) и в группе контроля (ТТ-генотип 78,6 %, ТС-генотип 21,4 % и СС-генотип 0 %). Не было выявлено различий и по показателям СИАТ-АК и СИАТ-АДФ, а также по уровню 11-дегидро-тромбоксана В2 в группах с разными генотипами. В течение периода наблюдения у 20 пациентов с ИБС развились неблагоприятные сердечно-сосудистые события (НССС). Сравнительный анализ полиморфизмов групп в зависимости от наличия НССС показал, что наличие мутантной Т-аллели гена ЦОГ-1 и мутантной С-аллели ITGB3 существенно повышает вероятность развития НССС ($p = 0,019$ и $p = 0,03$, соответственно).

Выводы. Носители мутантных аллелей ЦОГ-1 и ITGB3 генов имеют повышенный риск развития НССС при ИБС. Мутантная Т-аллель гена ЦОГ-1 может быть причиной недостаточного агрегационного ответа на АСК.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ПЕРКУТАННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Запровальная О. Е., Волков В. И., Бондарь Т. Н.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Цель исследования. На основании изучения динамики показателей тромбоцитарного гемостаза оценить долгосрочную эффективность двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) и определить частоту аспиринорезистентности к антитромбоцитарным препаратам у пациентов после острого инфаркта миокарда (ИМ) с и без проведения реперфузии и планового перкутанного вмешательства (ПКВ).

Материал и методы. В исследование было включено 42 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС), получающих ДАТ по поводу сердечно-сосудистых событий, случившихся за 1-3 месяца до момента включения. Из них у 14 человек в остром периоде ИМ было проведено ПКВ (стентирование элютинг-стентами), 28 человек получали консервативную терапию по поводу ИМ. Все пациенты получали ацетилсалициловую кислоту (АСК) в суточной дозе 75 мг/сутки и клопидогрель 75 мг/сутки, а также стандартную медикаментозную терапию (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, аторвастатин 40-80 мг/сутки, бета-блокаторы). Длительность наблюдения составила 6 месяцев. Методы исследования: уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче (нг/мг креатинина) определяли иммуноферментным методом, агрегационная активность тромбоцитов оценивали по суммарному индексу агрегации тромбоцитов (СИАТ) с использованием в качестве индукторов агрегации аденозиндифосфат (АДФ) в концентрации 10 мкМ и арахидоновую кислоту (АК) в концентрации 0,5 мМ.

Результаты. Агрегационная активность под воздействием АДФ (СИАТАДФ) достоверно не различалась между группами с консервативным и интервенционным лечением ИМ ни исходно, ни в динамике лечения. Показатели агрегации под воздействием АК (СИАТ) существенно не различались на момент включения ($p > 0,05$), но в динамике отмечалось достоверное снижение чувствительности к АСК в группе ПКВ: увеличился СИАТ АК ($7,66 \pm 1,10$) vs ($12,35 \pm 2,04$) % ($p < 0,005$), что подтверждалось увеличением уровня 11-дегидро-ТхВ2 в моче ($1,55 \pm 0,42$) vs ($3,09 \pm 0,52$) нг/мг креатинина. При консервативном ведении ИМ достоверных изменений этих показателей выявлено не было.

Выводы. ДАТ одинаково эффективно блокирует активность тромбоцитарного гемостаза как у больных, подвергшихся ПКВ, так и у пациентов, перенесших ОИМ. В то же время, при длительном приеме эффективность воздействия АСК у пациентов после ПКВ на метаболизм тромбоксана снижается.

ОСОБЕННОСТЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Зелёная И. И., Железнякова Н. М., Панченко Г. Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Сахарный диабет (СД) – заболевание, которым страдает около 5 % населения Европы, и распространённость его растёт. При сахарном диабете анемия встречается от 4 % до 23 % по данным различных исследований, а у больных со сниженной функцией почек достигает 85 %, в зависимости от стадии хронической болезни почек. Известно, что анемия у этих больных является дополнительным фактором риска для прогрессирования кардиальной патологии, сосудистых осложнений диабета и ХБП.

Цель: изучить распространенность и структуру анемического синдрома у больных с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. Структура анемического синдрома у СД1 была изучена в городе Харькове, путём обследования на уровень гемоглобина 256 пациентов, находящихся на диспансерном учёте с сахарным диабетом 1 типа в городских поликлиниках. Затем выявленные больные были обследованы для определения причины возникновения сниженного уровня гемоглобина. Всем обследованным был проведен общий анализ крови на гематологическом анализаторе MS-4 (производства MELET SCHLOESING laboratories, Франция) с определением гемоглобина, гематокрита, эритроцитарных индексов (среднего объема эритроцита, среднего содержания гемоглобина в эритроците, среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците, ширину распределения эритроцитов по объему, что отражает степень анизоцитоза). Также было рассчитано цветной показатель.

Результаты и выводы. Полученная частота анемического синдрома составила 34 % больше, чем в среднем в популяции (20 %). У женщин анемический синдром встречается чаще, чем среди мужчин. Уровень гемоглобина в крови находился в прямой зависимости от уровня скорости клубочковой фильтрации, обратной зависимости от стадии хронической болезни почек и продолжительности сахарного диабета. У больных СД1 в структуре анемического синдрома преобладали анемии хронических заболеваний и железодефицитная анемия (85,5 % всех случаев анемии). У больных без клинических проявлений ДН и у больных с ДН с сохраненной функцией почек в структуре анемического синдрома преобладали железодефицитная анемия. У больных с ДН со сниженной функцией почек чаще встречалась анемия хронических заболеваний. В 32,2 % случаев анемический синдром носил сочетанный характер.

Вывод: учитывая различный генез и частое сочетание причин анемии у больных СД1 можно рекомендовать проведение дифференциального диагноза анемического синдрома с целью назначения этиологического лечения.

THE IMPACT OF ANEMIA ON THE COURSE OF CHRONIC HEART FAILURE

Zelenaya I. I., Zhelezniakova N. M., Panchenko G. Y.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Anemia occurs commonly in patients with chronic heart failure and has been proposed as a novel therapeutic target in this patient population. The present review will summarize the current knowledge of the prevalence, causative factors, and pathophysiological correlates of anemia in chronic heart failure. Potential risks and benefits of therapy with erythropoietic agents for the treatment of anemia in chronic heart failure will also be discussed.

AIM:

The aim of this study was to assess prospectively the relationship between the prevalence of anaemia (haemoglobin level ≤ 120 g/l) and prognosis in an unselected chronic heart failure population.

METHODS:

All consecutive patients with a diagnosis of chronic heart failure admitted to department of atherosclerosis between January 2009 and April 2010 were considered for the present study. Those with secondary causes of anaemia were excluded. Patients were followed up until November 2013 (>19 months in all survivors), and the end-point of the study was all-cause mortality.

RESULTS:

A total of 176 patients were enrolled (mean age: 67 years, New York Heart Association (NYHA) classification I/II/III/IV: 15/81/51/29; left ventricular ejection fraction (LVEF): 42%, ischaemic aetiology in 62%). In the whole population the mean haemoglobin level was 140 ± 15 g/l. Anaemia was found in 18 (10%) patients, and was significantly more common in women than in men (18 vs. 7%, respectively, $P=0.02$) and in those with most severe CHF symptoms (frequency in NYHA I/II/III/IV: 0/9/10/21%, respectively; NYHA IV vs. I-III, $P=0.03$), but not related to the other clinical indices. Univariate analysis revealed NYHA class III-IV (hazard ratio 3.8, 95% CI: 1.6-8.9, $P=0.003$), low LVEF $<35\%$ (hazard ratio 2.3, 95% CI: 1.0-4.9, $P=0.04$) and anaemia (hazard ratio 2.9, 95% CI: 1.2-7.2, $P=0.02$) as predictors of 18-month mortality. In multivariate analysis, anaemia remained an independent predictor of death when adjusted for NYHA class and LVEF (hazard ratio: 2.6, 95% CI: 1.0-6.5, $P=0.04$). In anaemic patients, 18-month survival was 67% (95% CI: 45-89%) compared to 87% (81-92%) in patients with a normal haemoglobin level ($P=0.016$).

CONCLUSIONS:

Mild anaemia is a significant and independent predictor of poor outcome in unselected patients with chronic heart failure. Correction of low haemoglobin level may become an perspective therapeutic option for chronic heart failure patients.

ВІКОВІ ТА СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Злонікова К. М., Гречко С. І., Поліщук О. М., Хребтій Г. І.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Метою дослідження було виявлення вікових та гендерних аспектів виникнення депресивних станів у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда.

Обстежено 125 хворих (59 чоловіка та 64 жінки), що знаходились на стаціонарному лікуванні з діагнозами «гострий інфаркт міокарда» або «післяінфарктний кардіосклероз». Діагноз інфаркту міокарда встановлювався за загальноприйнятими критеріями з урахуванням больового синдрому, ЕКГ в динаміці та визначенні маркерів пошкодження. Подальший аналіз проводився із врахуванням віку та статі обстежених хворих. Першу підгрупу склали пацієнти до 55 років включно. Старші 55 років хворі становили другу підгрупу. Клінічні особливості та ступінь виразності депресивної симптоматики визначали за допомогою шкали депресії Гамільтона (HDRS), згідно якої за відповідною кількістю балів пацієнти розподіляються таким чином: відсутність депресії; наявність депресивного стану легкого, середнього, важкого та вкрай важкого ступеню. Згідно проведеного дослідження відсутність депресії виявлена лише у 18,3 % пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда. Різного ступеню вираженості депресивний розлад встановлено у 82,7 % хворих, а саме: депресивний розлад легкого ступеню – у 14,2 %, середнього ступеню – у 25,8 % хворих, важкого та вкрай важкого ступеню – у 18,3 % та 23,4 % випадків відповідно. У статевому аспекті за ступенем вираженості депресивного розладу частки жінок та чоловіків приблизно відповідали загальному розподілу: легкий ступінь спостерігався у 14,8 % чоловіків та 13,6 % жінок, середній ступінь частіше спостерігався у жінок – 28,8 % проти 22,2 % у чоловіків, важкий та вкрай важкий ступінь приблизно з однаковою частотою був притаманний і чоловікам і жінкам – 18,6 % та 22,2 % чоловіків проти 18,2 % та 24,2 %. Виявлені статеві відмінності у розподілі хворих за ступенем вираженості депресії. Так у молодшій віковій групі до 55 років включно частки чоловіків з відсутністю депресії, важким та вкрай важким ступенем були однаковими – 24,0 %, рідше зустрічалась депресія легкого та середнього ступеню – 12,0 % та 16,0 % на відміну від жінок, у яких однаково часто були зафіксовані відсутність депресії, розлади легкого та середнього ступеню – по 25,0 %, та значно рідше депресії важкого та вкрай важкого ступеню – 12,5 %. Частка чоловіків з депресивними розладами важкого та вкрай важкого ступеню була вірогідно меншою в порівнянні з жінками старшої вікової групи – 13,8 % та 20,7 %.

Встановлені відмінності у наявності депресивних станів залежно від віку та статі повинні враховуватись у психокорекційній роботі.

СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И МАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Золотайкина В. И., Кравчун П. Г., Лапшина Л. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью настоящего исследования явился анализ сократительной способности миокарда в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМСТ) в зависимости от выбранной стратегии лечения. Исследование проводилось на базе отделения интенсивной терапии ГКБ № 27 г. Харькова, обследовано 77 лиц мужского пола, поступивших с диагнозом ОИМСТ. В зависимости от метода реваскуляризации миокарда все больные были разделены на 3 группы. Первая группа включала в себя 22 мужчин, подвергшихся первичной ЧКВ в течение первых двух часов от момента развития приступа. Вторая группа включала в себя 30 мужчин, которым реваскуляризация миокарда проводилась с использованием фармакологических методов (догоспитальный или госпитальный ТЛТ без возможности проведения ЧКВ). Третья группа включала в себя 25 мужчин, реваскуляризация миокарда которым проводилась с использованием фармако-инвазивного метода (догоспитальный или госпитальный ТЛТ с последующим ЧКВ). Больным всех групп проводилось определение маркеров повреждения миокарда в динамике (тропонин I) в 1е сутки и через 48 час после проведенной реваскуляризации, эхокардиография (ЭхоКг) при поступлении и на 7-е сутки пребывания в стационаре. При изучении систолической функции левого желудочка на 7-е сутки лечения у больных II и III групп определялись более низкие показатели фракции выброса (ФВ) по сравнению с I группой ($(42,3 \pm 0,5) \%$; $(41 \pm 1,1) \%$ и $(47 \pm 1,2) \%$, соответственно, $p \geq 0,05$). Это сопровождалось более высокими показателями КСО: $(75,4 \pm 4,4)$ мл; $(77,1 \pm 4,1)$ мл и $(62,3 \pm 3,3)$ мл, соответственно, $p \geq 0,05$; КДО: $(138,4 \pm 3,3)$ мл; $(141,3 \pm 3)$ мл и $(122,3 \pm 4,7)$ мл, соответственно, $p \geq 0,05$; УО: $(66,2 \pm 2,8)$ мл; $(64,4 \pm 2,1)$ мл и $(59,2 \pm 1,1)$ мл, $p \geq 0,05$. Это позволяет сделать вывод о том, что у больных I группы в остром периоде ОИМСТ систолическая функция левого желудочка достоверно лучше, чем у больных II и III групп. Инициальный уровень тропонина I достоверно не отличался в каждой из 3х групп ($(5,45 \pm 2,28)$; $(4,99 \pm 1,78)$ и $(5,3 \pm 2,1)$, соответственно). Через 48 часов динамика тропонина I позволила определить, что в I группе он достоверно снизился ($\Delta 23 \%$) по сравнению с II ($\Delta 6 \%$) и III ($\Delta 11 \%$) группами, $p > 0,05$. Снижение фракции выброса крови из левого желудочка, так же как тропонин, является одним из наиболее независимых факторов риска смерти. Проведенная работа показывает преимущество механической реперфузии над фармакологической или их комбинацией.

ПОБУДОВА ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, ДИСПЕРСІЇ ІНТЕРВАЛУ QT

Іванчук П. Р., Аль Салама М. В., Савчук О. В., Злонікова К. М.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет",

м. Чернівці

Мета – розробка медичного програмного забезпечення для кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням варіабельності серцевого ритму (ВСР) та методів контролю і наслідків дисперсії інтервалу QT з покращенням інформативності діагностики та прогнозування перебігу кардіальної патології з її клінічним впровадженням.

Матеріал і методи. Обстежено 71 пацієнт, що надійшов в обласний кардіологічний диспансер м. Чернівці в розподілі діагнозів серед обстежених пацієнтів згідно рекомендацій Української асоціації кардіологів діагностована вегетосудинна/нейроциркуляторна дистонія (НЦД, $n = 21$), стабільна стенокардія напруги (СтСт) ($n = 20$), групу зіставлення склали хворі на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), що померли ($n = 20$). Усім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні та на висоті навантаження (велоергометрія) у хворих на НЦД і СтСт в зіставленні з ЕКГ надходження у хворих на ГІМ, що померли, з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою ВСР і дисперсія інтервалу QT за допомогою кардіоінтервалографії з використанням 3-х каналного електрокардіографа і власно створеної програми на засадах рекомендацій Європейської асоціації кардіологів, зареєстровані криві швидкісної оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії і елевації сегмента ST, зміни диференційованого зубця T при комп'ютерному аналізі ЕКГ з розрахунком ВМШ (співвідношення змін різниці потенціалів на другому коліні зубця T до максимальної швидкості на його першому коліні диференційованої ЕКГ з побудовою першої похідної зубця T) згідно власно розробленого медичного програмного забезпечення кількісної оцінки ЕКГ.

Результати дослідження. За результатами аналізу ЕКГ у хворих на НЦД і СтСт в зіставленні з ЕКГ надходження у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда, що померли, з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою варіабельності серцевого ритму за власно створеної програми була проведена оцінка динаміки змін інтервалів QT за навантаження свідчить про зменшення QTмакс, QTмін, QTсер достовірно ($p < 0,001$) в обох групах для симпатичної або парасимпатичної реакції, інтервал DQTс достовірно збільшувався за парасимпатичного ($p = 0,012$) і за симпатичного ($p = 0,0061$) типів реакції на висоті навантаження. Вихідні показники варіабельності серцевого ритму демонструють спрямування до активації симпатичного контуру перед проведенням велоергометрії.

Аналіз показників дисперсії, корегованої дисперсії та просторової варіабельності інтервалу QT свідчить про збільшення дисперсії інтервалу QT (DQTс) за навантаження. Збільшення дисперсії QT за гострого інфаркту міокарда обумовлює негативний прогноз.

ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ЗМІН СЕГМЕНТА ST ПРИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ

Іванчук П. Р., Тащук В. К., Поліщук О. М., Стецик Н. І.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці

Мета – розробка медичного програмного забезпечення для кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням змін сегмента ST і покращенням інформативності діагностики та прогнозування перебігу кардіальної патології з її клінічним впровадженням.

Матеріал і методи. Обстежено 68 пацієнтів, що надійшли в обласний кардіологічний диспансер м. Чернівці в розподілі діагнозів серед обстежених пацієнтів згідно рекомендацій Української асоціації кардіологів діагностована стабільна стенокардія напруження (СтСт, $n = 36$) з/без проявів аритмії (шлуночкова екстрасистолія), групу зіставлення склали хворі на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ, $n = 32$) з/без проявів аритмії (шлуночкова екстрасистолія). Усім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні та на 10-й добі спостереження з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою змін сегмента ST з використанням 3-х каналного електрокардіографа і власно створеної програми з дослідженням кривих швидкісної оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії і елевації сегмента ST згідно власно розробленого медичного програмного забезпечення кількісної оцінки ЕКГ. Стосовно аналізу фази реполяризації ЕКГ використовували власно створену програму для кількісної оцінки нахилу сегмента ST (ST slope) з визначенням змін сегмента ST через 0,08 с після точки J, кута β° спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST (висота нахилу ST, mV) через 1 секунду реєстрації, що представлено власними результатами.

Результати дослідження та їх обговорення. Залежно діагнозів СтСт і ІМ об'єктивізована тенденція до переважання висоти нахилу сегмента ST через 1 с реєстрації для комплексу передчасного шлуночкового скорочення в пацієнтів з ІМ проти СтСт ($(1,75 \pm 0,11)$ mV проти $(1,45 \pm 0,18)$ mV, $p = 0,17$), в той же час у пацієнтів з ІМ проти СтСт суттєво переважав кут γ° спрямування сегмента ST ($(35,60 \pm 2,55)^\circ$ проти $(26,36 \pm 2,40)^\circ$, $p = 0,011$). Залежно локалізації ІМ доведене переважання нахилу сегмента ST (ST slope) і висоти продовження спрямування нахилу через 1 с реєстрації (mV) для заднього ІМ з аналогічною залежністю для кута β° спрямування сегмента ST залежно локалізації ІМ, зміни достовірні для відведень задньої стінки лівого шлуночка, як для висоти продовження спрямування ST ($(4,17 \pm 1,32)$ mV і $(8,00 \pm 0,58)$ mV, $p = 0,013$), так і кута β° ($(5,55 \pm 2,11)^\circ$ і $(13,50 \pm 1,13)^\circ$, $p = 0,01$).

Отже, впровадження власної програми кількісної оцінки ЕКГ дозволяє оптимізувати і розширити діагностику ішемічних змін фази реполяризації та спрямування сегмента ST на ЕКГ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НОСИТЕЛЬСТВА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФНОГО ГЕНА Xba I и Pvu II

Исаева А. С., Резник Л. А., Вовченко М. Н., Буряковская А. А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков

Эстрадиол принимает активное участие в регуляции обмена холестерина, повышая количество рецепторов к ЛПНП на гепатоцитах, снижая активность 3МГКоА-редуктазы. Большинство этих эффектов реализуются через альфа-рецепторы к эстрадиолу, что делает гены, кодирующие их синтез новой мишенью для изучения.

Цель: изучить связь между полиморфизмом генов, кодирующих синтез альфа-рецепторов к эстрадиолу и гиполипидемическим эффектом статинов.

Материалы и методы. В генетическом исследовании приняли участие 147 пациенток с естественной менопаузой, медиана возраста которых составила 54,24 [49,00:59,00] года, продолжительность менопаузы – 5,05 [0,00:05,00] лет и возраст наступления менопаузы – 47,77 [45,00:51,00] лет. Материалом для молекулярно-генетического исследования были лейкоциты периферической крови пациенток. Выделение геномной ДНК проводили с помощью коммерческого набора «ДНК-сорб-В» («Амплисенс», Россия) по инструкции производителя. Определение аллелей полиморфных участков Xba I и Pvu II гена ESR1 проводили методом ПЦР с последующим анализом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов на амплификаторе «Терцик» («ДНК-технология», Россия).

Результаты. Гиполипидемический эффект аторвастатина зависит от комбинации генотипов полиморфных генов Xba I и Pvu II, нами был проведен поиск того сочетания генотипов, при котором ответ на терапию аторвастатином со стороны ЛПНП будет менее выраженным. В случае сочетания генотипа AA полиморфного гена Xba I с любым вариантом генотипа полиморфного гена Pvu II (CC, TC, TT), снижение холестерина ЛПНП является минимальным. Установлено отсутствие достоверного различия между показателями ЛПНП до и после терапии в том случае, когда генотип AA сочетается с любым из вариантов генотипов Pvu II ($p > 0,05$). Медиана ЛПНП до начала терапии составила 3,38 (2,91÷4,00), а после терапии – 3,10 (2,32÷4,40), $p = 0,11$. Наиболее выраженный гиполипидемический эффект отмечен у носительниц GG генотипа.

Выводы. При комбинации AA генотипа полиморфного гена Xba I с любым вариантом полиморфного гена Pvu II отсутствует достоверное снижение холестерина липопротеидов низкой плотности под влиянием терапии аторвастатином.

**КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕБИВОЛОЛА И
ГОРМОНЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН
В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С НЕОБСТРУКТИВНОЙ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Исаева А. С., Резник Л. А., Вовченко М. Н.,
Буряковская А. А., Гопций Е. В.**

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков*

Цель работы – установить влияние гормонзаместительной терапии (ГЗТ) на толерантность к физическим нагрузкам у женщин со стабильной стенокардией напряжения при интактных коронарных артериях.

Материалы и методы. Обследовано 26 женщин в перименопаузе с ишемической болезнью сердца II ф.кл. (по результатам тредмил теста и интактными коронарными артериями по данным ангиографии) и гипертонической болезнью 1 степени в динамике 12 месячной терапии. Группы были разделены в зависимости от вида применяемой терапии. Основную группу составили 13 женщин, получавших бета-адреноблокатор небиволол в сочетании с ГЗТ (эстрадиол 2мг + дидрогестерон 10 мг). Группу сравнения составили 13 пациенток, получавших только небиволол 10 мг. Дополнительно все пациентки получали ацетилсалициловую кислоту в дозе 75 мг в сутки и аторвастатин в дозе 40 мг в сутки.

Результаты. В ходе комбинированного приема небиволола и ГЗТ у пациенток отмечалось удлинение времени выполняемой нагрузки (от $369,5(315,0 \div 399,5)$ с до $394,5(363,0 \div 419,5)$ с, $p = 0,03$), времени до появления депрессии сегмента ST (от $336,0(285,0 \div 376,5)$ с до $360,0(290,0 \div 399,0)$ с, $p = 0,015$) и показателя максимального потребления кислорода (МПК) (от $6,9 (6,15 \div 10,0)$ METs до $9,0 (7,0 \div 10,55)$ METs, $p = 0,028$). В группе женщин, получавших только небиволол достоверно возросли лишь время до появления депрессии сегмента ST (от $335,0 (295,0 \div 365,0)$ с до $343,0 (300,0 \div 384,0)$ с, $p = 0,034$) и показатель МПК (от $7,0 (4,8 \div 10,0)$ METs до $7,5 (7,0 \div 11,0)$ METs, $p = 0,03$). При этом в группе, получавшей комбинацию ГЗТ и небиволола после окончания наблюдения время выполнения нагрузки (W , $p = 0,044$) и показатель МПК (W , $p = 0,039$) были достоверно выше, чем в группе, получавшей только небиволол.

Выводы. Комбинированное применение небиволола и ГЗТ приводило к более значимому повышению толерантности к физическим нагрузкам у женщин в перименопаузе в сравнении с терапией только небивололом. Это выражалось в достоверном увеличении времени выполняемой нагрузки и возрастании показателя максимального потребления кислорода.

ПОЛИМОРФИЗМ Met235Thr ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ

Кадыкова О. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – провести оценку полиморфизма гена ангиотензиногена (M235T) у больных ишемической болезнью сердца и ожирением.

Материалы и методы. В целях исследования проведено комплексное обследование 337 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Все больные с ИБС были распределены на две группы в зависимости от наличия ожирения: первая группа – больные ИБС с нормальной массой тела ($n = 115$), вторая группа – пациенты с ИБС и ожирением ($n = 222$). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей.

Исследование аллельного полиморфизма Met235Thr гена ангиотензиногена (АТГ) проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ). Правильность распределения частот генотипов определялась соответствием равновесия Харди-Вайнберга ($p_i^2 + 2 p_i p_j + p_j^2 = 1$).

Результаты и их обсуждение. При проведении сравнительного анализа распределения аллелей и генотипов полиморфизма M235T гена АТГ между обследованными группами, установлено, что в группе больных ИБС, частота, с которой встречался мутантный Т аллель, была больше на 13,9 %, чем в контрольной группе – 62 (53,9 %) против 14 (40 %), $p < 0,05$, частота, с которой встречался генотип Т/Т также была больше - 23 (20%) против 5 (14,28 %), $p < 0,05$; тогда как аллель М встречался меньше у больных ИБС, чем в контрольной группе – 53 (46,1 %) против 21 (60 %), $p < 0,05$.

У больных ИБС с сопутствующим ожирением, наблюдалась достоверно большая частота распространения аллеля Т (123 (55,41%) против 14 (40 %), $p < 0,05$) и генотипа Т/Т (64 (28,83 %) по сравнению с 5 (14,28 %), $p < 0,05$) полиморфного локуса M235T гена АТГ по сравнению с контролем.

Выявлены достоверные различия между группами сопоставления, так, генотип Т/Т полиморфизма M235T гена АТГ встречался чаще в условиях коморбидности ИБС и ожирения, чем у пациентов с нормальной массой тела – 64 (28,83 %) против 23 (20 %), $p < 0,05$.

Выводы. Генотип Т/Т и аллель Т полиморфизма M235T гена АТГ ассоциированы с коморбидностью ИБС и ожирения.

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІСЛЯ 8-МИ ТИЖНЕВОЇ ПУЛЬМОНАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ІХС ТА НАЯВНІСТЮ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ

Калашник Д. М., Колеснікова О. М., Антонова І. В., Харченко Ю. Є.,
Грідасова Л. М.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета роботи: оцінити клініко-функціональні показники у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС при наявності синдрому обструктивного апное/гіпопное сну (СОАГС) до та після 8-ти тижневої пульмональної реабілітації (ПР).

Матеріали і методи: За темою дослідження рандомізовано 29 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС (ХОЗЛ+ІХС+СОАГС): 20 чоловіків та 9 жінок, середній вік яких становив $(59,83 \pm 7,61)$ роки. Усім хворим проведено оцінку індексу маси тіла (ІМТ), ОФВ1/ФЖЕЛ. Для виявлення порушень дихання під час сну була використана діагностична система скринінгової діагностики СОАГС – SOMNOcheck micro WM 94500 (Німеччина). Проведена 8-ми тижнева ПР з використанням дихальних вправ.

Результати: Після проведення 8-ми тижневого курсу пульмональної реабілітації була виявлена тенденція до зниження середніх значень ІМТ з $(33,01 \pm 4,03)$ кг/м² – на початку пульмональної реабілітації до $(31,61 \pm 4,6)$ кг/м² після ПР, ($p = 0,48$). Встановлено тенденцію до зменшення індексу апное / гіпопное: з $(28,11 \pm 19,99)$ до $(25,83 \pm 20,00)$ епізодів за годину. Незначне зменшення індексу десатурації: з $(23,56 \pm 24,08)$ /ч до $(18,84 \pm 21,92)$ /ч, ($p = 0,65$). У порівнянні з початковими даними практично не зменшилися середні показники індексу пробуджень без респіраторних подій і виявлена тенденція до зменшення індексу пробуджень з респіраторними подіями: з $(29,64 \pm 12,29)$ до реабілітації $(23,15 \pm 9,51)$ ($p = 0,31$)- після реабілітації і з $(18,34 \pm 11,58)$ до $(12,08 \pm 11,91)$ ($p = 0,35$) після реабілітації, відповідно. Доведено достовірне зростання показника ОФВ1/ФЖЕЛ з $(51,78 \pm 7,10)$ % до $(67,90 \pm 12,44)$ % після 8 тижнів пульмональної реабілітації ($p = 0,003$).

Висновки. Пульмональна реабілітація на протязі 8 тижнів позитивно впливає на динаміку ІМТ пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС. Встановлена тенденція до покращення показників, які характеризують тяжкість СОАГС: індексу апное / гіпопное та індексу десатурації. Після 8-ми тижнів пульмональної реабілітації у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС достовірно зростав показник ОФВ1/ФЖЕЛ з $(51,78 \pm 7,10)$ % до $(67,90 \pm 12,44)$ % ($p = 0,003$), що свідчить про покращення загального стану пацієнтів даної групи.

ДИАГНОСТИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМОЙ С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ КАРДИОРИТМА

**Камышникова Л. А., Ефремова О. А., Митин М. С.,
Никитин В. М., Липунова Е. А.**

*ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет», Россия*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости и смертности, являясь одной из главных причин постоянной или длительной утраты трудоспособности. Привлечение современных математических методов интеллектуальных информационных технологий способствует ранней диагностике ИБС. Исследования, связанные с выявлением информативных диагностических признаков ранней диагностики риска развития ИБС, проводили с учётом известных научных положений о том, что практически ни одно из заболеваний не проходит без изменения вегетативной нервной системы (ВНС). В качестве основного метода исследования был использован метод диагностики ВНС с применением анализа вариабельности ритма сердца (ВРС).

Цель работы: исследование возможности применения метода анализа ВРС для осуществления донозологической диагностики риска развития ИБС автоматизированной экспертной системой.

По результатам анализа данных клинического исследования и сделанных выводов была осуществлена классификация всего обследованного контингента на четыре класса в зависимости от уровня вегетативной функции (показателя вегетативного гомеостаза), вычисленного по изменению параметров вариабельности кардиоритма: класс 1 – повышенный уровень, характеризующий высокие функциональные возможности (ПВГ 100-80 %); класс 2 – нормальный уровень – (ПВГ 79-60 %); класс 3 – сниженный уровень, проявляющийся вегетативной дисфункцией – (ПВГ 59-40 %); класс 4 – патологический уровень, проявляющийся вегетативной несостоятельностью – (ПВГ 39-0 %).

Метод анализа ВРС позволяет классифицировать больных на группы риска по уровню вегетативной функции, вычисляемого по показателю вегетативного гомеостаза. Результаты этого анализа могут быть использованы для ранней диагностики вегетативных нарушений в автоматизированной экспертной системе для более точной оценки степени риска развития ИБС на ранней стадии.

Заключение. Результаты выявления вегетативной дисфункции на ранних стадиях с помощью анализа вариабельности кардиоритма позволяют расширить диагностические возможности автоматизированной экспертной системы оценки рисков развития ИБС.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА СМЕРТНІСТЬ ВІД ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Канатнікова Ю. О.

*ДУ “Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України”,
м. Київ*

Застосований у роботі метод порівняльної оцінки ризику (ПОР) дозволив оцінити вплив на смертність населення 12 ризиків, що найлегше модифікуються — дієтарних, поведінкових і метаболічних. Аналіз ПОР оцінює число смертей, яких можна уникнути, якщо змінити поточний розподіл впливу фактору ризику на гіпотетичний альтернативний. Основні фактори ризику були обрані на основі наступних критеріїв: високий кров'яний тиск, високий рівень ліпопротеїнів низької щільності, високий рівень глюкози в крові, надлишкова вага, ожиріння (високий індекс маси тіла), відсутність фізичної активності, деякі факторів харчування, вживання алкоголю і куріння тютюну, що були обрані в якості основних факторів ризику серцево-судинних захворювань, раку та інших захворювань.

Аналіз впливу на рівень смертності головних факторів ризику в Україні показав, що куріння є безумовно провідним чинником, що модифікує рівень смертності від окремих причин смерті, а надмірна вага і ожиріння викликає більше смертей, ніж високий кров'яний тиск. Інші поведінкові, метаболічні та дієтарні фактори ризику хронічних захворювань також завдають значної шкоди здоров'ю дорослого населення України, хоча їх вплив на рівень смертності становить від 3 % до 24 % від того, що чинить куріння.

Результати аналізу харчових, поведінкових і метаболічних факторів ризику показують, що орієнтація на модифікацію декількох факторів ризику має великий потенціал для зниження смертності в Україні. На виявлені фактори ризику можна впливати як на індивідуальному рівні, так і на рівні всього населення в цілому. Зокрема, цілком доступними є ефективні заходи для зниження куріння і боротьби з високим кров'яним тиском, що є провідними чинниками смертності в Україні. Комбінація заходів державного регулювання, ціноутворення і поширення інформації також може бути ефективною в зниженні споживання харчової солі і транс-жирних кислот, особливо в упакованих харчових продуктах і готових стравах. Незважаючи на наявність певних заходів, боротьба з артеріальним тиском та тютюнопалінням в Україні зайшла в глухий кут, а тенденції поширення цих ризиків навіть посилились. Дослідження, моніторинг та оцінка реалізації заходів, які знижують ці змінювані фактори ризику, повинні мати високий пріоритет.

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗАЛЕЖНОСТІ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Капустник В. А., Костюк І. Ф., Шелест Б. О., Істоміна О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Відомо, що підвищення рівня артеріального тиску супроводжується порушенням функції ендотелію. Експериментальними дослідженнями і клінічними спостереженнями доведено істотну участь цитокінів в прогресуванні артеріальної гіпертензії (АГ). Деякі з них є прозапальними, інші - навпаки, ланками протизапальної системи організму. Цитокіни, активують процеси адгезії формених елементів крові і призводять до підвищення вазоконстриктивних реакцій. Роль запалення в цих процесах свідчить підвищення імунокомпетентних клітин, факторів росту і хемоадгезивних молекул, медіаторів запалення і особливо прозапальних цитокінів. Артеріальна гіпертензія значно погіршує прогноз та сприяє прогресуванню склеротичних змін. Визначення впливу гіпертензії на таку важливу ланку патогенезу як запалення має велике значення.

Метою роботи було визначення взаємозалежності цитокінової ланки з ожирінням у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріал і методи. Обстежені пацієнти розподілені на 2 групи. У першу групу включені 22 хворих на АГ з ожирінням, середній вік хворих склав $(58,9 \pm 5,6)$ років. Середня тривалість захворювання дорівнювала $(6,41 \pm 3,24)$ року. У другу (контрольну) - 20 осіб з АГ без клінічних ознак ожиріння. Всім обстеженим визначався вміст ІЛ-1 β та ІЛ-2 в сироватці крові методом імуноферментного аналізу з використанням реактивів фірми ProCon ІЛ-1 β , ТОВ "Протеїновий контур".

Результати. Концентрація ІЛ-1 β у хворих АГ з ожирінням реєструвалася від 5,16 пг / мл до 25,39 пг / мл $((18,37 \pm 4,27)$ пг / мл), у пацієнтів 2-ї групи - від 3,22 пг / мл до 6,07 пг / мл $((4,81 \pm 0,77)$ пг / мл). Концентрація ІЛ-2 у пацієнтів з АГ і ожирінням коливалася від 9,35 пг / мл до 20,51 пг / мл $(17,43 \pm 2,71)$ пг / мл), у 2-й групі - від 2,16 пг / мл до 5,69 пг / мл $((4,28 \pm 1,01)$ пг / мл). Виявлена достовірна різниця ($p < 0,05$) між рівнями прозапальних цитокінів в осіб з АГ та ожирінням і АГ без ожиріння. ІЛ-1 β є раннім індукцібельним цитокіном, який швидко накопичується при патології. Він відіграє ключову роль у моноклеарній фазі гострого запалення, здійснюючи прозапальну дію за рахунок хемотаксису лейкоцитів, підвищення проникності судин, активації гострофазової відповіді, індукції синтезу С-реактивного білка в печінці.

Висновки. При артеріальній гіпертензії з ожирінням достовірно підвищуються в сироватці крові прозапальні цитокіни ІЛ-1 β та ІЛ-2 в порівнянні з артеріальною гіпертензією без ожиріння.

ПОДБОР КЛЕТОК БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ АУТОНОЗОДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Карамышев В. Д., Ключко Н. И., Панасенко В. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью данного исследования является разработка методики селективного цитологического анализа при отборе клеток буккального эпителия для приготовления аутонозодов. Клетки получали по общепринятой методике из соскоба слизистой оболочки щеки в виде 5 порций в соответствии с использованными методами исследования: световая и электронная микроскопия, дифференциальное центрифугирование, протеометрический анализ. В настоящее время аутонозоды широко применяются при биорезонансной терапии. Практика применения этих препаратов показала, что необходимо не только стандартизировать их приготовление, но и сделать их более эффективными. Большое количество опубликованных работ показывает, что морфологические изменения буккального эпителия однозначно коррелируют с тяжестью и длительностью заболевания. Клетки буккального эпителия рассматриваются как отдельные кластеры. Кластер эпителиоцитов включает: 1) мало дифференцированные камбиальные (базальные) клетки; 2) дифференцированные (шиповатые и зернистые клетки); 3) десквамационные поверхностные (ороговевающие) клетки. Цитологически выделяли: базальные, парабазальные, промежуточные, поверхностные и роговые чешуйки. Такой подход позволяет объективно оценить индекс созревания клеток. В отдельных случаях использованы дополнительные критерии: кариокинетический индекс, эозинофильный и базофильный индексы, индекс ассоциированных с эпителием микроорганизмов, а также наличие атипичных клеток. Для анализа состояния клеток предложено 16 критериев. При анализе результатов обязательно следует учитывать, что нормальная структура эпителиального пласта характеризуется сочетанием трех протекающих одновременно процессов: пролиферации, дифференцировки со смещением клеток в вышележащие слои и десквамации клеток. Признаки синхронизации и десинхронизации этих процессов имеют важное прогностическое значение. Необходимо обратить особое внимание на анализ корреляции между этими критериями и клиническими проявлениями болезни. Такой подход достаточно объективно отражает динамику процесса, что мало вероятно в условиях применения молекулярно-генетических маркеров, по крайней мере в настоящее время.

Таким образом, применение селективного цитологического анализа буккальных эпителиоцитов по разработанным критериям дает возможность объективно контролировать ход лечения, определять потенцию аутонозода и с достаточной степенью достоверности прогнозировать результат лечения.

PREDICTORS OF PSYCHOSOMATIC DISTURBANCES IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Katerenchuk O .I.

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava, Ukraine

Aim of study: to estimate clinical predictors of psychosomatic disturbance's occurrence and progression in patients suffering on heart failure.

Methods: 180 medical cards of patients enrolled to clinical study in period from december 2013 till may 2015 were analyzed. Demographic, social, clinical, laboratory and instrumental data's were evaluated. Psychosomatic disturbances were estimated by using PHQ-SADS scale (Questionnaires PHQ-9, PHQ-15 and GADS). The cut-points were established as 8 points and more for depression disorder (PHQ-9), 10 points and more for psychosomatic symptoms (PHQ-15) and 6 points and more for anxiety (GADS scale). Study-related procedures were performed on screening, 2 months and 6 months visits.

Results: It was found that the most powerful predictors of psychosomatic disturbances occurrence and progression are of social origin. First of all, its stress condition that happened in previous 3 months (death of spouse, family conflicts, loss of a job). On second place, it's the absence of social support (single living, living in urban areas, low income state). Interestingly that the most danger age period for psychosomatic disturbances is 45-55 years for both genders. No relation was found with the duration of heart failure syndrome and its etiology factor. The most powerful clinical predictor is the functional class of heart failure. The presence of at least NYHA III class is closely related to the progression of depression disorder. No significant predictive values were found for the level of ejection fraction, type of myocardial dysfunction, the level of glomerular filtration rate and for ECG markers. At the same time the presence of autonomic misbalance (sympathetic overdrive) diagnosed by heart rate variability test is a strong predictive factor for depression and anxiety symptoms in short-time period.

Conclusions: the most powerful predictor factors are stress condition in family, absence of social support, NYHA functional class of heart failure and sympathetic overdrive. Effective social support, psychotherapy, physical training and adequate medical therapy with the correction of autonomic misbalance should be mandatory measures in management high risk patients with heart failure.

ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Каушанська О. В., Каньовська Л. В., Антофійчук М. П.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці

Ревматоїдний артрит (РА) – хронічне прогресуюче системне захворювання сполучної тканини з ураженням суглобів, переважно дрібних, за типом ерозійно-деструктивного поліартриту і частим системним запальним ураженням внутрішніх органів. Комплексне лікування (РА) передбачає застосування засобів базисної протизапальної терапії, таких як метотрексат, який позитивно впливає на суглобовий синдром. Доза препарату становить 7,5-25 мг/тиж.

Плазмаферез – це метод екстракорпоральної гемокорекції (ЕГК), який заснований на заміні плазми крові хворого компонентами, препаратами крові та/чи кровозамінниками.

Мета дослідження – оцінити ефективність і безпеку використання еферентних методів терапії (плазмаферезу) у хворих на ревматоїдний артрит.

У дослідженні взяли участь 20 хворих на ревматоїдний артрит: 15 (75,0 %) жінок та 5 (25,0 %) чоловіків віком від 29 до 69 років (середній вік – $(47 \pm 3,2)$ року), тривалість захворювання – від 1 до 10 років (у середньому – $(5,6 \pm 2,2)$ року).

Пацієнтам 1-ї групи було призначено: метотрексат за схемою: 7,5 мг 1 раз на тиждень, з подальшим підвищенням дози на 2,5 мг кожні 2 тиж. до максимальної дози 20 мг/тиж., поєднано з прийомом 5 мг фолієвої кислоти 1 раз на тиждень через 48 год. після прийому метотрексату. НПЗЗ призначали в середніх добових дозах у разі вираженого запалення та больового синдрому, але не більше 10 днів.

Пацієнтам 2-ї групи на фоні ідентичного лікування проведено по 5 сеансів дискретного плазмаферезу через день. Для профілактики розвитку синдрому рикошету під час плазмозаміщення вводили глюкокортикоїди (ГК) у дозі 4 мг.

Висновки.

1. У хворих на ревматоїдний артрит відзначена виражена позитивна динаміка на фоні проведення плазмаферезу. Знизилось значення індексу НАQ – на 62,6 %, що забезпечило тривалу клініко-лабораторну ремісію.

2. Для профілактики феномена рикошета необхідно проводити повторні сеанси плазмаферезу із введенням ГК під час плазмозаміщення у відповідних дозах.

3. Результати проведеного дослідження свідчать про ефективність комбінованого лікування методом плазмаферезу в поєднанні з базисною терапією метотрексатом у хворих на ревматоїдний артрит, що покращує якість життя пацієнтів.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТОКСИЧНИМ ВПЛИВОМ НА ПЕЧІНКУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Кіча Н. В.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна*

Вступ. Про можливість лікарських уражень печінки (ЛУП) відомо більше 50 років. ЛУП частіше виникають при ентеральному застосуванні, що пов'язано з особливостями кровопостачання печінки та метаболізму в ній лікарських речовин. Метотрексат (МТ) входить до базисної терапії при лікуванні ревматоїдного артрити (РА) та здатен зумовити розвиток ЛУП без будь-яких клінічних проявів. Доведено, що частота печінкових ушкоджень має дозозалежний ефект та свідчить про пряму гепатотоксичність метотрексату. Для запобігання ЛУП і формування фіброзу та цирозу печінки, розроблені спеціальні керівництва з моніторингу функції печінки у пацієнтів, які отримують МТ постійно.

Мета: вивчити гепатопротективну дію та клінічну ефективність есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ) для зменшення токсичного впливу на печінку метотрексату в терапії хворих на ревматоїдний артрит.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження було включено 34 пацієнта з підтвердженим діагнозом РА у віці 27-54 років, що приймають МТ в якості базисного лікування. Чоловіків – 11 осіб (32,4 %), жінок – 23 (67,6 %). Середній вік хворих склав $(42,6 \pm 8,4)$ роки. Всі включені пацієнти випадково були поділені на 2 групи: I – основна, 16 осіб (традиційна терапія + ЕФЛ по 1 капсулі 3 рази на день, курсом 3 місяці та II – порівняння, 18 осіб (традиційна терапія). Усім хворим проводилося комплексне загальноприйняте обстеження (клініко-анамнестичне, лабораторне (гематологічні та біохімічні дослідження) та інструментальне (ультразвукове дослідження печінки).

Результати. Курсове застосування ЕФЛ у пацієнтів з РА, які отримують базисну терапію, відзначається поліпшенням функціонального стану печінки, її метаболічної та детоксикаційної функції, а також можливістю зберегти в схемі лікування ефективні патогенетично обґрунтовані препарати та отримати кращі результати терапії.

Висновки. На сьогоднішній день в арсеналі лікаря є сучасні вискоєфективні гепатопротектори, застосування яких в комплексному лікуванні є патогенетично обґрунтованим, особливо у контингенту хворих ревматологічного профілю, які тривало знаходяться на гепатотоксичній базисній терапії.

АДИПОЦИТОКІНИ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коваль В. Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Мета роботи – вивчити показники адипоцитокінів при хронічному панкреатиті у залежності від маси тіла.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження включено 86 пацієнтів хронічним панкреатитом (ХП), у яких проводили визначення показників лептину, резистину методом імуноферментного аналізу. Рівень лептину сироватки крові визначали за допомогою наборів тест-систем фірми Diagnostics Biochem Canada, резистину фірми Mediagnost (Germany).

Результати дослідження. У хворих хронічним панкреатитом зі зниженим індексом маси тіла виявлено зменшення рівня лептину сироватки крові у 5,8 рази ($(2,64 \pm 0,3)$ нг/мл) порівняно з вмістом резистину – $(15,36 \pm 2,8)$ нг/мл. Вміст лептину та резистину у сироватці крові хворих хронічним панкреатитом з нормальним індексом маси тіла становив: лептин – $(24,94 \pm 6,09)$ нг/мл та резистин – $(24,84 \pm 2,14)$ нг/мл. При хронічному панкреатиті з підвищеним індексом маси тіла вміст резистину сироватки крові склав $(15,65 \pm 4,14)$ нг/мл, вміст лептину – $(27,0 \pm 6,29)$ нг/мл.

У хворих хронічним панкреатитом зі зниженим індексом маси тіла виявлено достовірне ($p \leq 0,05$) зменшення в 1,6 рази рівня резистину в сироватці крові у порівнянні з хворими хронічним панкреатитом з нормальним індексом маси тіла – $(15,36 \pm 2,8)$ нг/мл проти $(24,84 \pm 2,14)$ нг/мл. У групі хворих хронічним панкреатитом з підвищеним індексом маси тіла рівень резистину в сироватці крові достовірно ($p \leq 0,05$) знижений у порівнянні з хворими хронічним панкреатитом з нормальним індексом маси тіла. Рівень резистину в сироватці крові хворих хронічним панкреатитом з підвищеним індексом маси тіла склав $(15,65 \pm 4,14)$ нг/мл. Але суттєвої різниці у рівні резистину між хворими хронічним панкреатитом зі зниженим індексом маси тіла та збільшеним ІМТ не виявлено. У хворих ХП зі збереженим індексом маси тіла виявлено суттєве ($p \leq 0,05$) збільшення у 9,4 рази рівня лептину в крові ($(24,94 \pm 6,09)$ нг/мл) порівняно з групою хворих ХП зі зниженим індексом маси тіла ($(2,64 \pm 0,3)$ нг/мл). Виявлено також суттєву різницю ($p \leq 0,01$) між групами два та три – $(27,0 \pm 6,29)$ нг/мл та $(2,64 \pm 0,3)$ нг/мл. Рівень лептину в сироватці крові у 3,8 рази вище ($p \leq 0,05$) у хворих ХП зі збереженим індексом маси тіла порівняно з контрольною групою ($(6,54 \pm 0,73)$ нг/мл); у 4,5 рази вище ($p \leq 0,05$) у хворих ХП з збільшеним індексом маси тіла порівняно з контрольною групою та у 2,5 рази менше ($p \leq 0,05$) у хворих ХП зі зниженим індексом маси тіла порівняно з контрольною групою.

Висновки. При хронічному панкреатиті в залежності від індексу маси тіла спостерігається дисфункція жирової тканини, що проявляється різнонаправленими змінами рівнів лептину та резистину в сироватці крові.

ДІАБЕТИЧНА ГЕПАТОПАТІЯ ТА СТАТИНИ

Коваль В. Ю., Архій Е. Й.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. Не останню роль у патогенезі ураження гепатобіліарної системи при цукровому діабеті відіграє дисліпідемія. Діабетична дисліпідемія ускладнює перебіг захворювання та потребує фармакологічної корекції.

Метою роботи було оцінити ліпідний спектр крові хворих цукровим діабетом 2 типу з проявами діабетичної гепатопатії під впливом лікування аторвастатину та урсодезоксихолової кислоти (урсохолу).

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом знаходилося 26 хворих, що лікувалися в гастроентерологічному та ендокринологічному відділеннях Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2014-2015 років. У дослідження включено хворих з проявами діабетичної гепатопатії. У всіх хворих виключали алкогольний та вірусний генез ураження печінки. Вік хворих чоловіків склав $(48,36 \pm 1,67)$ років, жінок – $(49,07 \pm 4,64)$ років. Хворі цукровим діабетом на фоні цукрознижуючої терапії отримували аторвастатин 20 мг 1 раз на добу та урсодезоксихолову кислоту 250 мг – 1 капсулу вранці та 2 капсули на ніч.

Результати дослідження. Під впливом лікування із застосуванням аторвастатину та урсодезоксихолової кислоти при діабетичній гепатопатії спостерігається покращення загального стану пацієнтів у 92,3 % із 100 %, зменшення метеоризму в 92,3 % із 96,15 %, нормалізація стільця – закрепи зникали у всіх пацієнтів. Вміст холестерину крові до лікування становив $(5,7 \pm 0,3)$ ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності – $(3,8 \pm 0,2)$ ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності – $(2,4 \pm 0,04)$ ммоль/л. Після застосування аторвастатину у дозі 20 мг на добу та урсодезоксихолової кислоти у дозі 750 мг на добу спостерігалось суттєве зниження показників ліпідного обміну: холестерину до $(5,2 \pm 0,04)$ ммоль/л, ліпопротеїдів низької щільності – $(2,9 \pm 0,19)$ ммоль/л, ліпопротеїдів високої щільності – $(1,8 \pm 0,12)$ ммоль/л. Показники цитолізу також зменшувалися після проведеного комплексного лікування: АЛТ з $(1,1 \pm 0,08)$ ммоль/л до $(0,66 \pm 0,06)$ ммоль/л; АСТ – з $(0,98 \pm 0,04)$ ммоль/л до $(0,54 \pm 0,07)$ ммоль/л. Побічних ефектів при застосуванні комбінованої терапії у пацієнтів під час лікування виявлено не було.

Висновки. 1. Під впливом лікування аторвастатином та урсодезоксихоловою кислотою у хворих цукровим діабетом 2 типу з проявами діабетичної гепатопатії поряд з покращенням загального стану хворого, зменшення проявів метеоризму, зникненням закрепів покращуються показники ліпідограми та зникають прояви цитолізу.

2. Одночасне застосування аторвастатину та урсодезоксихолової кислоти на фоні цукрознижуючих препаратів добре переноситься хворими.

РОЛЬ ПРЕПАРАТУ МАГНІЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коваль В. Ю., *Ізай Е. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

*Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород, Україна

Мета дослідження: оцінити вплив препарату магнію на прояви депресивності при хронічному панкреатиті.

Матеріали та методи. У дослідження включено 31 хворих хронічним панкреатитом – 20 (64,5 %) чоловіків та 11 (35,5 %) жінок. Вік хворих становив $(49,26 \pm 4,29)$ років. Рівень депресії і тривоги реєструвався за допомогою шкали депресії Beck. Шкала депресії Beck (Beck depression inventory – BDI) – один з найпоширеніших опитувальників для самооцінки депресивних станів. Хворі хронічним панкреатитом приймали магне В₆ по 1 таблетці 3 рази в день протягом двох тижнів на фоні стандартного лікування. Проводилась оцінка ступеня депресивності та визначали вміст магнію в сироватці крові до і після лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. При хронічному панкреатиті у 67 % хворих виявлено симптоми депресивності, які супроводжуються зниженням вмісту магнію у сироватці крові: при помірно вираженій депресії – $(0,88 \pm 0,05)$ ммоль/л, при критичному рівні депресивності – $(0,27 \pm 0,06)$ % ммоль/л. У хворих хронічним панкреатитом з критичним рівнем депресивності рівень магнію в сироватці крові суттєво ($p \leq 0,01$) у 3,5 рази був нижче показників контрольної групи та у 3,2 рази нижче показників хворих хронічним панкреатитом з помірно вираженою депресивністю. Під впливом лікування симптоми втомлюваності зникали з 77 % до 25,8 %, дратівливості – з 56 % до 19,35 %, песимізму – з 35,48 % до 9,67 %, занепокоєння станом свого здоров'я – з 32,25 % до 12,9 %, печалі – з 38,7 % до 3,22 %, незадоволеності собою – 32,25 % до 19,35 %, нерішучості – з 38,7 % до 6,45 %, втрати сексуального потягу – з 29 % до 19,35 %, труднощі у роботі зникали у 38,7 % хворих. Під впливом застосування препарату магнію почуття провини зменшувалося з 19,35 % до 6,45 %, відчуття соціальної відчуженості – з 35,48 % до 25,8 %, відчуття невдачі – з 29 % до 16,12 %, втрати апетиту – з 29,03 % до 6,45 %, дисморфофобії – з 19,35 % до 9,67 %, безсоння – з 19,35 % до 6,45 %. У хворих повністю зникали втрата ваги, прояви плаксивості. Рівень магнію у сироватці крові після лікування суттєво підвищився до $(0,103 \pm 0,04)$ ммоль/л.

Висновки.

1. Під впливом застосування препарату магне В₆ зменшуються прояви депресивності та підвищуються показники рівня магнію в сироватці крові хворих хронічним панкреатитом.

2. Оцінка вмісту магнію в сироватці крові хворих хронічним панкреатитом може бути одним із критеріїв проявів симптомів депресивності.

**ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ
НА РІВНІ АНГІОПОЕТИНУ-2 У КРОВІ ХВОРИХ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ
З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**

**Коваль С. М., Мисниченко О. В., Снігурська І. О.,
Пенькова М. Ю., Божко В. В.**

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої
НАМН України», м. Харків*

Мета роботи: Вивчення впливу комбінованої антигіпертензивної терапії на рівні ангіопоетину-2 (Анг-2) в крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали і методи. Обстежено 39 хворих на ГХ 2-3 ступеня з АО. Вміст Анг-2 в крові визначали до і після лікування методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних планшетів ELISA фірми «R&D Systems» (США). Усім хворим призначали сартан – олмесартан (О) в добовій дозі 20-40 мг і антагоніст кальцію III покоління лерканидипін (Л) в добовій дозі 10-20 мг. Через 4 тижні оцінювали ефективність терапії за досягненням цільового АТ. Хворим, у яких було досягнуто цільовий рівень артеріального тиску (АТ), продовжували терапію О+Л ще протягом 8 тижнів (1 група). Хворим, у яких терапія О+Л була неефективною, додавали кардіоселективний бета-блокатор небіволол (Н) в добовій дозі 5 мг і оцінювали ефективність ще через 8 тижнів (2 група). За цільовий рівень вважали рівень артеріального тиску (АТ) нижчий 140 мм рт. ст. і 90 мм рт. ст.

Результати. Встановлено, що після 4 тижнів лікування О+Л у 24 (62 %) хворих були досягнуті цільові рівні АТ (1 група). 15 (38 %) хворих не досягли цільового АТ (2 група). При цьому було виявлено, що вихідні рівні Анг-2 в 1 групі – (1959,35 (1782,50; 2108,91) пг/мл були достовірно нижчими, ніж у хворих 2 групи – (2604,25 (2373,00; 2754,30) пг/мл ($p < 0,05$). Подальше спостереження на протязі 8 тижнів показало наступне. У 1 групі, в якій продовжувалось лікування О+Л, через 8 тижнів досягнення цільового рівня АТ було арегстровано у 79 % (19) хворих. У 2 групі додавання Н дозволило через 8 тижнів досягти цільового АТ у 80 % (14) хворих. Рівні Анг-2 в кінці лікування достовірно ($p < 0,05$) знизились в порівнянні з вихідними в обох групах (в 1 групі – до (1686,42 (1556,49; 1774,75) пг/мл, в 2 групі – до (1726,70 (1559,55; 2292,55) пг/мл) і вказані досягнуті рівні Анг-2 в крові достовірно не відрізнялись ($p > 0,05$).

Висновки. Виявлено, що хворі на ГХ з АО з високими рівнями Анг-2 в крові потребують більш інтенсивної антигіпертензивної терапії з додаванням кардіоселективного бета-блокатору до комбінації сартану з антагоністом кальцію. Досягнення цільового АТ у цих хворих асоціюється з достовірним зниженням рівнів Анг-2 в крові.

**АПЕЛІН КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО В ДИНАМІЦІ
РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ**

Коваль С. М., Юшко К. О., Старченко Т. Г., Божко В. В., Конькова В. С.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої

НАМН України», м. Харків

Мета: оцінити рівні апеліну в сироватці крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та без нього в залежності від різних варіантів антигіпертензивного лікування із застосуванням блокатору ангіотензину (БРА) олмесартану або інгібітору ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) раміприлу.

Матеріали і методи. Обстежено 62 хворих на ГХ 2-3 ступеня (24 чоловіків та 38 жінок) віком від 43 до 70 років, з яких у 36 пацієнтів був ЦД 2 типу, до та після 12 тижнів комбінованого лікування. Гіпотензивна терапія включала БРА олмесартан 20-40 мг/добу (14 хворих з ГХ та 18 хворих з ГХ та ЦД 2 типу) або іАПФ раміприл (12 хворих з ГХ та 14 хворих з ГХ та ЦД 2 типу) з блокатором кальцієвих каналів лерканідипіном 10-20 мг/добу на фоні гіполіпідемічної терапії аторвастатином 20 мг/добу. Хворі з ЦД 2 типу додатково отримували антидіабетичну терапію метформіном (1000 мг/добу). Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб. Рівні апеліну в крові визначали за допомогою імуноферментного методу.

Результати. Базальні рівні апеліну крові у хворих на ГХ без ЦД (0,886(0,846;0,937) нг/мл) та у хворих на ГХ з ЦД 2 типу (0,882(0,788;0,924) нг/мл) були вірогідно нижче ($p < 0,01$ і $p < 0,001$, відповідно) за такі серед контролю – 1,097(0,944;1,171) нг/мл. В динаміці комбінованого лікування із застосуванням олмесартану встановлено вірогідне підвищення рівнів апеліну в крові, як у хворих на ГХ без ЦД (з 0,896(0,839;0,919) нг/мл до 0,922(0,851;1,019) нг/мл, $p < 0,05$), так і у хворих на ГХ з ЦД 2 типу (з 0,899(0,841; 0,964) нг/мл до 0,989(0,904;1,085) нг/мл, $p < 0,01$). Серед хворих, які отримували терапію із застосуванням раміприлу, рівні апеліну в крові вірогідно не змінювалися після лікування ні в групі хворих на ГХ без ЦД, ні у хворих на ГХ з ЦД 2 типу. У пацієнтів, які отримували комбіновану терапію з застосуванням олмесартану на відміну від тих, у яких використовувався раміприл, відмічався вірогідний негативний кореляційний зв'язок рівня апеліну в крові з рівнями діастолічного артеріального тиску (ДАТ), як у хворих на ГХ без ЦД ($r = -0,65$, $p < 0,05$), так і у хворих на ГХ з ЦД 2 типу ($r = -0,73$, $p < 0,001$).

Висновки. Встановлено вірогідне підвищення рівнів апеліну в крові у хворих на ГХ, в тому числі на тлі ЦД 2 типу, під впливом терапії із застосування БРА олмесартану, яке корелювало зі ступенем зниження ДАТ. З огляду на отримані дані використання в комплексі комбінованої терапії БРА може бути особливо доцільним у хворих на ГХ, як без ЦД, так і з ЦД 2 типу, з вихідними низькими рівнями цього кардіопротекторного і антидіабетичного фактору.

ТЮТЮНОПАЛІННЯ ТА ЦИРКАДНИЙ РИТМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Ковальова О. М., Ащеулова Т. В., Ситіна І. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити вплив тютюнопаління на зміни циркадного ритму у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Матеріали та методи: обстежено 96 хворих на ГХ, віком від 35 до 74 років, 30,2 % – жінок, 69,8 % чоловіків. Групу контролю, становили відносно здорові особи, у кількості 30 осіб, від 35 до 65 років, 30 % – жінки, 70 % – чоловіки. Циркадний ритм артеріального тиску (АТ), оцінювали на підставі вивчення даних добового моніторування АТ, зокрема аналізу ступеню зниження АТ у нічний час: пацієнти з достатнім зниженням (на 10-20 %) класифікувались як "dippers", при не достатньому зниженні (< 10%) – "non-dippers", "over-dipper" вважали при надмірному зниженні (> 20 %), при наявності нічної гіпертензії відносили до "night-peakers". Дослідження проводили за допомогою апарату ТМ 2421 (A&D, Японія). Наявність куріння виявляли за допомогою опитування.

Результати. Виявлено, що в групі хворих на ГХ 23 % осіб мали звичку – тютюнопаління, з них 18,2 % становили жінки, 81,8 % – чоловіки. Згідно з метою дослідження, хворі були розподілені на 2 групи: перша – особи що палили, друга – особи без звички тютюнопаління. При вивченні АТ, виявилось зменшення показника нічного зниження систолічного АТ до 8,5 [3,4; 10,7] % та діастолічного АТ до 8,3 [4,4; 11,9] % – у хворих зі звичкою паління, при 10,7 [3,9; 13,7] % та 10,3[3,3; 12,5] %, відповідно у групі осіб без звички паління. На підставі ступеню зниження АТ у нічний час, оцінювали циркадний ритм АТ – встановлена вірогідна різниця серед груп хворих, так, група хворих, які не вживають тютюнових виробів, характеризувалась наступним розподілом: «dippers» – становили – 44,3 %, «non-dippers» – 31,1 %, «over-dippers» – 6,6 %, та «night-peakers» – 18 %, а група курців, відзначалась збільшенням осіб з неблагоприємними у прогностичному плані типами добового профілю, зокрема у 1,6 рази збільшилось осіб з ритмом «non-dippers», у 1,3 рази з феноменом «over-dippers», та у 1,5 рази зменшилась кількість осіб з фізіологічним ритмом АТ.

Висновки: хворі на гіпертонічну хворобу, які мають звичку тютюнопаління, характеризуються зменшенням кількості осіб з фізіологічним циркадним ритмом артеріального тиску у 1,5 рази в порівнянні з особами, які не палять, та збільшенням кількості осіб з прогностично неблагоприємним добовим профілем («non-dippers» та «over-dippers»).

ЗМІНИ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЇ І ОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Ковальова Ю. О., Шелест Б. О., Кудрик С. О.,

Шелест О. М., Сидоров О. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність вивчення механізмів гіпертрофії лівого шлуночка серця (ГЛШ) при артеріальній гіпертензії (АГ) обумовлена тим, що ГЛШ є доведеним чинником ризику розвитку порушень ритму, гострих форм ішемічної хвороби серця, раптової смерті, основою виникнення та прогресування серцевої недостатності.

Мета дослідження – вивчення гуморальних механізмів, що призводять до формування ГЛШ, порушення скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка серця, підвищенню його ригідності.

Матеріали та методи. Обстежено 56 хворих на АГ у віці 46-74 років, серед них – 27 чоловіків та 29 жінок. У групу порівняння увійшли 20 хворих без АГ. Структурні параметри серця досліджувались на ехокардіографічному апараті Philips HD11XE (США), показники оксидантної активності визначались спектрофотометричним і ендотеліальною дисфункцією – імуноферментним методом.

Результати та обговорення. У хворих з ГЛШ за всіма показниками відзначені достовірні відмінності порівняно з контролем. Вони полягають в тому, що у хворих виявлено збільшення вмісту: прометалопротейнази на 216 % ($p < 0,001$); інгібітора металопротейнази на 32,1 % ($p < 0,001$); трансформуючого фактору росту на 95 % ($p < 0,001$); eNO-синтази на 80,3 % ($p < 0,001$); ендотеліну-1 на 252 % ($p < 0,001$); супероксиддисмутази (СОД) – на 62,1 % ($p < 0,001$) і ФАС-ліганда – на 198 % ($p < 0,001$). Що стосується показника загальної антиоксидантної активності, то він був знижений на 14,2 % ($p < 0,05$). У цих хворих відбувалося домінування оксидативних процесів над антиоксидантними. Так, збільшення вмісту альдегід фенілгідразону (оксидативних процесів) займає перший ранг ($t = 17,7$; $p < 0,001$), а збільшення фактора протидії активним формам кисню (СОД) займає низьке (шосте) рангове місце ($t = 7,8$; $p < 0,001$). Це призводить до дефіциту компенсації, що й проявляється зниженням показника загальної антиоксидантної активності ($t = 2,2$; $p < 0,05$). У хворих на АГ з ГЛШ є значні порушення гуморального гомеостазу у вигляді посилення перебудови сполучної тканини міокарда та коронарних артерій на тлі посилення фактора росту кардіоміоцитів і ендотеліоцитів, що призводять до формування інтерстиціального фіброзу і зниження еластичних властивостей міокарда та судин; посилення процесів запрограмованого апоптозу кардіоміоцитів; дисфункції ендотелію і розвитку оксидативного стресу.

Висновки. Вищевказана спрямованість порушень метаболізму організму хворих на артеріальну гіпертензію є базисом для процесів ремоделювання міокарда лівого шлуночка і формування ГЛШ.

**ВКЛАД ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ADIPOR2
В ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
У ПАЦИЕНТОВ ИБС В СОЧЕТАНИИ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НР**

Колесникова Е. В., Козырева Т. А., Шуть И. В.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

В последние годы ведется активный поиск нетрадиционных факторов риска развития кардиоваскулярных событий (КВС). Известно, что существенный вклад в их развитие вносят генетические и метаболические факторы, участвующие как в атерогенезе, так и связанные с отложением жира. Наличие сахарного диабета 2 типа (СД-2) усиливает вероятность наступления КВС, а НР может выступать в качестве триггерного фактора в реализации кардиометаболических рисков, опосредованных гормонально-активной жировой тканью. В связи, с чем целью исследования стало выявление распределения частота аллелей и генотипов полиморфного маркера ADIPOR2 rs1044471 и сопоставление их с метаболическими изменениями у пациентов ИБС в сочетании с СД-2 и наличием НР.

Материалы и методы. Обследовано 46 больных с верифицированной ИБС в сочетании с СД-2, средний возраст которых составил $(55,6 \pm 3,4)$ года. Пациенты были разделены на 2 группы: НР+ и НР- группы на основании серопозитивности к НР (наличие IgG антител). Для определения аллелей и генотипов полиморфного гена ADIPOR2 rs1044471 проводили выделение геномной ДНК из венозной крови. Молекулярно-генетическое тестирование ДНК выполняли методом ПЦР с использованием набора реагентов DIAtom™ DNA Prep Prep 200 (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»).

Результаты: Распределение генотипов полиморфного маркера ADIPOR2 rs 1044471 показало, что среди обследуемых пациентов аллель Т преобладал у 61,9 % пациентов, а С – у 38,2 %, при этом большинство пациентов были носителями ТТ генотипа (53,4 %). Анализируя распределение аллелей ADIPOR2 rs 1044471 в зависимости от НР удалось выявить, что серопозитивные по НР носители Т аллеля встречались в 71,42 % у пациентов с ИБС и в 64 % – у пациентов ИБС в сочетании с СД-2, $p = 0,02$, критерий $\chi^2 = 7,71$. При этом пациенты I группы (НР+) в сравнении со II группой (НР-) были старше $((56 \pm 9)$ лет и (51 ± 10) лет, $p = 0,01$), преимущественно мужского пола (39 % и 12 %, $p = 0,0001$), имели более тяжелое течение СД-2 (46 % и 10 %, $p = 0,0001$) и более высокий НОМА-IR $((5,6 \pm 2,8)$ и $(3,8 \pm 1,2)$ $p = 0,0001$).

Выводы. Носительство Т аллеля полиморфного гена ADIPOR2 rs1044471 у серопозитивных по НР пациентов ИБС в сочетании с СД-2 усугубляет кардиометаболические риски.

ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ЖІНОК В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

Колеснікова О. В., Яресько М. В., *Зайченко О. Є.

ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,
м. Харків,

*Харківський національний медичний університет

Зростання серцево-судинного ризику може бути опосередковано метаболічними, гемодинамічними змінами та перерозподілом жирової тканини, асоційованими з менопаузою. Крім того, дефіцит естрогенів має прямий вплив на судинну стінку. Визначення факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) у жінок, що знаходяться в стані гормональної перебудови, є однією з головних і пріоритетних завдань сучасної медицини.

Мета роботи: встановити частоту зустрічальності факторів серцево-судинного ризику у жінок в перименопаузі з ознаками гіпертонічної хвороби в поєднанні з ожирінням.

Матеріали і методи: було обстежено 60 жінок, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) I-II стадії, 1-2 ступеню та ожиріння I-II ст., середній вік яких склав ($53 \pm 2,5$) роки. Залежно від менопаузального статусу пацієнтки були розділені на 2 групи: 1 групу ($n = 32$) склали жінки в пременопаузі, 2 групу ($n = 28$) склали жінки з ранньою менопаузою. В ході дослідження пацієнтки обох груп були розділені на підгрупи: жінки з ГХ та жінки з ГХ та ожирінням. Період після настання менопаузи не перевищував 3 років. Оцінювались антропометричні дані, індекс маси тіла (ІМТ), об'єм талії (ОТ) та стегон, спосіб життя та шкідливі звички, спадковість, артеріальний тиск, глюкоза крові, рівень загального холестерину. Достовірна відмінність між групами $p < 0,05$.

Результати дослідження: За даними анкетування жінки 2 групи довше страждали ГХ ($5,3 [2,1; 8,5]$; $5,6 [1,4; 9,8]$ років), ніж жінки 1 групи ($2,4 [1,2; 3,6]$; $3,2 [0,7; 5,7]$ років). Пацієнтки обох груп мали обтяжену спадковість з приводу ГХ та ожиріння. У 1 групі був більший відсоток жінок, що палять, в обох підгрупах ($5,2 \%$; $11,1 \%$) в порівнянні з 2 групою ($7,7 \%$; 0%). Серед пацієнток 1 групи: $26,3 \%$ пацієнток з ГХ і $55,5 \%$ пацієнток з ГХ і ожирінням вели малорухливий спосіб життя, тоді як у 2 групі ці показники склали $53,8 \%$ і $66,6 \%$. Пацієнтки 1 і 2 групи мали ознаки надлишкової маси тіла. Відповідно до оцінених характеристик ОТ у пацієнток 1 групи 2 підгрупи і 2 групи 2 підгрупи виявлено ознаки абдомінального ожиріння. Показники артеріального тиску були вище в 2 групі ($140[135; 157] / 90[78; 105]$) пацієнток ніж в 1 ($135[130; 140] / 83[78; 90]$). Рівень загального холестерину в 2 групі був вищий ($6,08[4,9; 7,4]$), ніж в 1 групі ($5,31[4,5; 6,2]$). Так само вміст глюкози крові в 2 групі ($5,76[4,7; 5,9]$) достовірно вище, ніж в 1 групі ($5,1[4,3; 5,5]$).

Висновок: у жінок, котрі перебувають в стані ранньої менопаузи, фактори ризику ССЗ зустрічаються на 57% частіше, ніж у жінок в пременопаузі.

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ КЛАС ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ ТА ДИНАМІКА ГЕМОДИНАМІЧНИХ
ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІМПЛАНТОВАНИМИ
ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРАМИ НА РІЧНОМУ ЕТАПІ
ПІДТРИМУЮЧОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ**

Коломицева І. М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна

Мета: оцінити гемодинамічні показники у функціональних класах хронічної серцевої недостатності (ФК ХСН) у пацієнтів з імплантованими електрокардіостимуляторами (ЕКС) на річному етапі підтримуючої медикаментозної терапії для підвищення її ефективності.

Матеріали та методи. Спостерігали 162 пацієнта у віці (69 ± 10) років на річному етапі підтримуючої медикаментозної терапії після імплантації електрокардіостимуляторів (ЕКС) в режимах DDD/DDDR, VVI/VVIR і CRT-P/CRT-D. Враховувалися зміни таких гемодинамічних показників, як систолічний артеріальний тиск (САТ), діастолічний артеріальний тиск (ДАТ), частота серцевих скорочень (ЧСС), кінцевий систолічний об'єм лівого шлуночка (КСО ЛШ), кінцевий діастолічний об'єм лівого шлуночка (КДО ЛШ), фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), товщина задньої стінки лівого шлуночка (ПЗС ЛШ), товщина міжшлуночкової перегородки лівого шлуночка (ТМЖП ЛШ), розмір лівого передсердя (ЛП), розмір правого передсердя (ПП) і розмір правого шлуночка (ПШ) з урахуванням ФК ХСН. Дані оброблялися непараметричною статистикою.

Результати. Імплантація ЕКС і підтримуюча медикаментозна терапія приводили до переходу пацієнтів у більш низькі ФК ХСН з більш значущими результатами в режимі CRT-P/CRT-D, нормалізації ЧСС у всіх ФК ХСН і режимах стимуляції, САТ і ДАТ в режимах DDD/DDDR і CRT-P/CRT-D стимуляції, КСО ЛШ і КДО ЛШ, ФВ ЛШ в II ФК ХСН у всіх режимах і в III ФК ХСН в режимах DDD/DDDR і VVI/VVIR і розмірів лівого передсердя ЛП в II ФК ХСН у всіх режимах стимуляції і в I ФК ХСН – в режимі VVI/VVIR. У ТЗС ЛШ і ТМЖП ЛШ, розмірах ПП і правого шлуночка ПШ не спостерігалось значущих змін ні в одному з ФК ХСН.

Висновки. У зв'язку з відсутністю значущого впливу підтримуючої медикаментозної терапії у пацієнтів з імплантованими ЕКС на річному етапі на ТЗС ЛШ, ТМЖП ЛШ, розміри ПП і ПШ ні в одному з ФК ХСН потребується її посилення.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ НЕФРИТЕ ХЕЙМАНА

Кондаков И. И., Топчий И. И., Кириенко А. Н., Денисенко В. П.,
Гридасова Л. Н.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков*

Цель: изучить влияние введения криоэкстракта аллогенной плаценты (КЭП) на функциональное состояние почек крыс и степень эндотелиальной дисфункции при экспериментальном нефрите Хеймана.

Проведено изучение выделительной функции почек, а также состояния эндотелия аорты экспериментальных животных методами световой и электронной микроскопии. Исследования проводили на 35 нелинейных крысах-самцах 4-х месячного возраста массой 220-250 гр., которым для моделирования аутоимунного нефрита (АН) интраперитонеально вводили гомогенат почек крыс в пропорции (1:1:25) (1 часть почек измельченных в гомогенизаторе, 1 часть адьюванта Фрейнда (полного) и 25 мл оливкового (стерильного) масла). Гомогенат вводили интраперитонеально, под местным наркозом 0,5 мл – 0,25 % новокаина. Животные были разделены на 3 группы: 1 группа – интактные животные; 2 группа – животные с моделью АН; 3 группа – животные с моделью АН, которым 3 раза за неделю, внутримышечно вводили КЭП в дозе 0,5 мл (3 раза в течение недели) на 28 день после иммунизации. Животных 2-й и 3-й групп выводили из эксперимента на 45 и на 60 день.

Введение КЭП животным 3-й группы вызывало улучшение функциональных показателей уже на 45 сутки: снижение уровня креатинина крови с $(62,3 \pm 6,1)$ мкмоль/л до $(47,5 \pm 5,2)$ мкмоль/л, возрастание креатинина мочи с $(3,2 \pm 0,4)$ ммоль/л до $(3,95 \pm 0,3)$ ммоль/л, рост уровня СКФ – с $(0,42 \pm 0,04)$ мл/мин. до $(0,92 \pm 0,05)$ мл/мин. На 60 сутки эксперимента выявлено почти 2,5-х кратное уменьшение уровня креатинина крови до $(28 \pm 2,5)$ мкмоль/л против $(63 \pm 0,5)$ мкмоль/л у животных 2 группы. Также отмечалось снижение уровня креатинина мочи до $(2,9 \pm 0,32)$ ммоль/л против $(3,75 \pm 0,9)$ ммоль/л и увеличение СКФ до $(0,98 \pm 0,05)$ мл/мин/ против $(0,49 \pm 0,06)$ мл/мин/ по сравнению с животными 2-й группы.

При изучении состояния эндотелия аорты количество межэндотелиальных дефектов (стигмат), которые являются маркерами эндотелиальной дисфункции до введения КЭП составляло $(64 \pm 5,2)$ при норме (18 ± 2) . После введения КЭП на 45 сутки эксперимента отмечалось достоверное различие в количестве дефектов, а именно $(26,2 \pm 5,2)$ у животных 2-й группы и $(16,2 \pm 3,2)$ после введения КЭП.

Введение криоэкстракта при сформировавшемся нефрите Хеймана может приостановить дальнейшее его прогрессирование, а также устранить эндотелиальную дисфункцию, развившуюся как следствие гиперактивации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА ТА ЇЇ РОЛЬ У ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кондратюк В. Є., Шевчук С. Г., Бичков О. А., Осташевська Т. Г.,
Прима А. В., Бишовець Р. В.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
м. Київ, Україна*

Серед причин смертності в усьому світі перше місце посідають серцево-судинні захворювання (ССЗ), а в Україні – зокрема артеріальна гіпертензія (АГ) та її ускладнення, серед яких перше місце займають інсульти. Чинниками ризику ССЗ є ожиріння, цукровий діабет, вік, стать, гіподинамія та інші. ВООЗ надає дані, що близько 1,7 млрд людей по всьому світу страждають на ожиріння, а за прогнозами їх кількість буде щорічно неухильно зростати. Згідно Європейських рекомендацій з профілактики ССЗ (2012 р.) зниження смертності більше ніж на 50 % пов'язане з модифікацією факторів ризику. Для цього слід залучати пацієнта до виявлення у нього факторів ризику, які можна модифікувати, скласти індивідуальний план для зміни способу життя, рекомендувати провести комплекс заходів, що включає пропаганду здорового життя та медичні ресурси, фізичне тренування та інше.

Мета роботи – дослідити роль модифікації чинників ризику ССЗ у вторинній профілактиці артеріальної гіпертензії.

Для вирішення поставленої мети були проаналізовані та досліджені антропометричні дані та параметри артеріального тиску (АТ) у 67 хворих з АГ I та II стадії, у яких були виявлені фактори ризику виникнення серцево-судинних ускладнень. Середній вік обстежених пацієнтів складав $(51,48 \pm 4,72)$ роки. Усім хворим пропонувалося дотримуватися наступних рекомендацій: DASH-дієта (з перевагою овочів, фруктів, знежирених молочних продуктів та обмеженим вживанням кухарської солі), фізичне навантаження (по 30-40 хвилин активної ходьби щоденно), обмеження шкідливих звичок на тлі стандартної антигіпертензивної терапії (інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, сечогінні) протягом місяця. Паралельно було обстежено групу порівняння – 25 пацієнтів з АГ I та II стадії, які приймали лише стандартну антигіпертензивну терапію.

При контрольному обстеженні через місяць нами було встановлено достовірно нижчі показники артеріального тиску у хворих основної групи. Так показники систолічного АТ були нижчими на $(11,3 \pm 2,4)$ мм рт. ст., а діастолічного АТ – на $(7,2 \pm 1,6)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Також було виявлено зниження індексу маси тіла на $(1,86 \pm 0,74)$ кг/м² відносно початкових даних.

Результати дослідження дозволяють зробити висновок, що дотримання рекомендацій з модифікації чинників ризику сприяють досягненню цільових рівнів АТ у хворих на артеріальну гіпертензію, зменшенню дози медикаментозних препаратів та розвитку прихильності до ведення здорового способу життя.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Копица Н. П., Вишневская И. Р., Литвин Е. И., Аболмасов А. Н.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

Прогнозирование летального исхода острого коронарного синдрома (ОКС) является неотложной задачей кардиологии. К ней могут быть привлечены современные биохимические маркеры, такие как фактор роста и дифференциации (РФД-15) и белок, связывающих жирные кислоты (БСЖК). В литературе РФД-15 позиционируется как прогностический маркер увеличенной смертности у больных ОКС с высоким риском. БСЖК является цитозольным транспортным протеином, уровень которого связан с предикцией ближайших и отдаленных осложнений ОКС.

Цель исследования: построение модели прогнозирования летального исхода в течение 6 месяцев после перенесенного заболевания. Материалы и методы. В исследование включены 72 больных ОКС – 54 мужчин (71 %) и 18 женщина (29 %), средний возраст составил ($63 \pm 1,28$) лет в интервале 40-84 лет, которые были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии Института на протяжении 2014г. с диагнозом ОКС и было под наблюдением 6 месяцев. Средний возраст больных составил ($63 \pm 10,28$) лет. За период госпитализации умерло 7 больных (10 %), в течение 6 месяцев умер 1 больной.

Результаты. При госпитализации у больных были определены рутинные клинические показатели, среди них – глюкоза (медиана (среднее квадратичное отклонение) – 7,36 (4,34) ммоль / л), гемоглобин 135,54 (17,85) г / л), а также РФД-15 (медиана (среднее квадратичное отклонение) – 875,6 (1932,9) пг / мл), БСЖК (медиана (среднее квадратичное отклонение) – 3,58 (5,61) нг / мл), высокочувствительный тропонин I (вчТрI) – (0,11 (0,84) нг / мл). Изучение корреляционных связей установило сильную корреляционную связь (+0,68) между уровнем БСЖК и вчТрI. С помощью метода кластерного анализа были выбраны прогностически наиболее информативные показатели: РФД-15, БСЖК, глюкоза, гемоглобин. При помощи кластерного анализа была разработана методика прогноза летального исхода больных ОКС в течение госпитального периода ОКС с чувствительностью 97 % и специфичностью 87,5 %.

Выводы. Разработана методика, в которой на основании уровней РФД-15, БСЖК, глюкозы и гемоглобина у больных ОКС при поступлении в стационар можно прогнозировать летальный исход заболевания в течение 6 месяцев после перенесенного заболевания с чувствительностью 97 % и специфичностью 87,5 %.

РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Копица Н. П., Гончарь А. В., Титаренко Н. В., Юхновский А. Ю.,
Петюнина О. В., Вишневская И. Р., Аболмасов А. Н.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

Турбулентность сердечного ритма (ТСР) – феномен краткосрочных колебаний в длительности сердечного цикла, следующих за эктопическим желудочковым комплексом (ЖЭС). Ряд авторов указывает на прогностическую роль показателей ТСР в оценке риска развития жизнеугрожающих аритмий и внезапной сердечной смерти.

Цель исследования: изучить взаимосвязь параметров ТСР с клинико-инструментальными данными в краткосрочном и отдаленном катамнезе после перенесенного острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы. В анализ включены 25 пациентов (16 мужчин и 9 женщин), имевших ЖЭС в период 4-6 недель после ОИМ по данным Холтер-ЭКГ. Произведен расчет параметров ТСР: начала турбулентности T_0 (степень ускорения сердечного ритма после ЖЭС, %) и наклона турбулентности T_s (интенсивность дальнейшего замедления ритма, мс/RR).

Результаты. Проведенный корреляционный анализ выявил сильную обратную связь между T_0 и T_s ($R = -0,70$, $p < 0,05$), отрицательную связь T_0 с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ($R = -0,46$, $p < 0,05$), обратную связь T_s с конечно-систолическим размером ЛЖ ($R = -0,46$, $p < 0,05$) и прямую – с ФВ ЛЖ ($R = +0,55$, $p < 0,05$) при проведении эхокардиографии на 8-10 сутки после ОИМ. Для пациентов с превышающими нормальные значениями T_0 ($> 0\%$) характерным было достоверно сниженная в сравнении с группой $T_0 < 0\%$ ФВ ЛЖ на 8-10 сутки (40,5 (32,0; 42,9) % против (53,0 (48,5; 61,0) %, $p = 0,019$), а также повышенный риск по шкале Grace: госпитальной смертности (7,5 (4,5; 29,0) % против 2,0 (1,5; 3,0) %, $p = 0,056$), госпитальной смертности/ОИМ (24,0 (20,0; 37,5) % против 16,0 (11,5; 17,0) %, $p = 0,018$), 6-месячной смертности (15,5 (9,0; 44,0) % против 5,0 (3,5; 7,5) %, $p = 0,056$), 6-месячной смертности/ОИМ (38,0 (31,5; 59,0) % против 25,0 (19,0; 27,5) %, $p = 0,045$). Аномальные значения T_s ($< 2,5$ мс/RR) ассоциировались с увеличением на 8-10 сутки после ОИМ конечно-систолического размера ЛЖ (4,00 (3,80; 4,30) см против (3,50 (3,20; 3,90) см, $p = 0,044$) и снижением ФВ ЛЖ (46,0 (27,0; 53,0) % против (52,5 (48,5; 61,0) %, $p = 0,089$), а также повышением среднесуточной ЧСС в срок 4-6 недели (75 (70; 81) уд./мин. против (69 (63; 70) см, $p = 0,030$) в сравнении с группой $T_s > 2,5$ мс/RR.

Выводы: параметры ТСР, полученные в срок 4-6 недель после ОИМ, достоверно связаны с расчетным риском по шкале GRACE и сократимостью ЛЖ в острый период заболевания, и представляют собой перспективные прогностические маркеры при определении прогноза в отдаленный период наблюдения.

ДИССИНХРОНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Копица Н. П., Родионова Ю. В., Титаренко Н. В., Лопин Д. А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», г. Харьков

Цель. Оценить роль систолической диссинхронии сердца (ДС) у пациентов с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST (STEMI) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД-2).

Материалы и методы. Было обследовано 42 пациента со STEMI и нормальным комплексом QRS ($QRS \leq 0,12$). Средний возраст составил ($63,5 \pm 5,6$) лет, 57 % мужчины ($n = 24$). В зависимости от наличия или отсутствия СД-2 пациенты были разделены на две группы: 1-я группа ($n = 20$) – больные со STEMI с сопутствующим СД-2, 2-я группа ($n = 22$) – больные со STEMI без СД-2. Контрольную группу составили 12 здоровых человек соответствующего пола и возраста. Оценка компенсации углеводного обмена производилась по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и гликемии натощак. Всем пациентам со STEMI проводилась коронароангиография. Нами определялись следующие эхокардиографические (ЭхоКГ) маркеры внутрижелудочковой ДС: максимальная разница между зубцом Q до пика систолической скорости поверхностной ЭКГ в режиме импульсно-волнового тканевого Допплера (time to peak systolic velocity, Ts- diff.) более 65 мс, индекс систолической ДС (systolic dyssynchrony index, Ts- SD), измеренное для 12 сегментов миокарда ЛЖ более 33 мс по методике утверждённой Американским обществом ЭхоКГ (ASE).

Результаты. В ходе исследования было установлено, что ДС имеет более высокую распространенность и выраженность с STEMI и с сопутствующим СД-2, чем у пациентов без СД-2 ($n = 11$ (46 %), $n = 11$ (34 %)) для 1-й и 2-й группы, соответственно ($P < 0,05$). Индекс Ts-SD был достоверно выше у больных с передним инфарктом миокарда, чем у больных с задним ((45 ± 4) мс и (37 ± 3) мс)). Оба маркера ДС тесно связаны с увеличением конечного систолического объема ($r = 0,53$, $P < 0,05$ и $r = 0,7$ $p < 0,05$ для Ts- diff и Ts- SD, соответственно) и снижением фракции выброса ЛЖ ($r = -0,62$, $p < 0,05$ и $r = -0,65$, $p < 0,05$). Пациенты 1-й группы с ДС имели достоверно более высокий уровень HbA1c по сравнению с пациентами без ДС ($(8,5 \pm 1,1)$ % и $(7,1 \pm 0,9)$ %, $P < 0,05$).

Выводы. Систолическая ДС является важным механизмом ремоделирования сердца у больных со STEMI с сопутствующим СД-2 типа. ДС более выражена у пациентов с передней локализацией ИМ и зависит от компенсации углеводного обмена.

СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА МОЛОДОГО ВІКУ

Корабельщикова М. О., Пацкун С. В., Росул М. М.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Вступ. Фактори ризику мають значну роль у розвитку інфаркту міокарда у осіб молодого віку, але їх несприятливі поєднання недостатньо вивчені.

Мета. Виявити найбільш несприятливі поєднання факторів ризику та їх вплив на розвиток інфаркту міокарда у осіб молодого віку.

Матеріали та методи. Обстежено 82 пацієнтів у віці до 45 років із діагнозом гострий інфаркт міокарда. Наявність інфаркту міокарда діагностувалась на основі аналізу клінічної картини, змін ЕКГ, даних ехокардіографії, підвищеного рівня серцевих тропонінів I, T. Програма обстеження включала визначення індексу маси тіла, вимірювання артеріального тиску, визначення ліпідного спектру та глюкози в сироватці крові. В анамнезі 65,6 % хворих відмічалася есенціальна гіпертензія, у 18,8 % – цукровий діабет.

Результати. При оцінці впливу факторів ризику виявлено, що у 68,7 % хворих мала місце сімейна спадковість по серцево-судинним захворюванням, у 32,3 % хворих – по ішемічній хворобі серця. Хворі, що палять склали 87,5 %, надлишкову вагу мали 56,3 %, абдомінальне ожиріння – 25,0 %. Порушення ліпідного обміну відмічено у 84,4 % хворих, стани тривоги, симптоми депресії – у 28,1 % обстежених. У 65,6 % хворих одночасно виявлялись 4-5 факторів ризику. Особливо несприятливою була комбінація артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, цукрового діабету 2 типу та дані обтяженої спадковості (у 21,8 % хворих). У даних пацієнтів інфаркт міокарду виник до 40 років.

Висновки. У молодому віці розвиток інфаркту міокарда вірогідно зумовлений комбінацією факторів ризику, особливо несприятливою є комбінація артеріальної гіпертензії, дисліпідемії, цукрового діабету 2 типу та обтяженої спадковості по серцево-судинним захворюванням.

КЛІНІКО-ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХОЛЕСТЕРОЛУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОЮ ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ

Корольок О. Я., Горбач Л. О., Горбач М. О.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Мета: визначити особливості перебігу та проявів ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих з гіперглікемією залежно від рівнів холестеролу (ХС) крові, вивчити зв'язки ХС з показниками вуглеводного та ліпідного обміну, оцінити прогностичне значення фонового рівня ХС для виживання. Матеріали і методи: проведено комплексне обстеження 116 хворих на ІХС (51 жінка, 65 чоловіків) віком 37-84 років з вмістом глюкози в плазмі $> 6,1$ ммоль/л виявленим вперше. За рівнем ХС крові пацієнтів розподілено на 3 групи: 1 ($n = 25$) – значення ХС нижчі за нижній кuartиль ($< 4,6$ ммоль/л), 2 ($n = 65$) – від 25 до 75 перцентилів, 3 ($n = 26$) – вищі за верхній кuartиль ($> 6,3$ ммоль/л). Статистичну обробку проводили непараметричними методами; кореляційні зв'язки оцінювали за коефіцієнтом Кендалла (τ); виживання аналізували методом Каплана-Мейєра, оцінюючи кумулятивну частку виживання (КЧВ), кінцевою точкою вважали госпіталізацію з приводу серцево-судинних ускладнень (ССУ): гострий інфаркт міокарда (ГІМ), серцева недостатність (СН) або смерть від вказаних причин. Результати: у хворих з нижчим вмістом ХС крові були вищі показники креатиніну (мкмоль/л, $80,0 [76,0; 89,0; 77,0 [68,0; 83,0]; 70,2 [65,0; 80,0]$ у групах 1, 2 і 3 відповідно, $p_{1-3} < 0,05$) та С-реактивного протеїну (мг/л, $27,4 [23,9; 32,6]; 27,4 [17,2; 30,8]; 25,1 [7,5; 26,6]$, $p_{1,2-3} < 0,05$); у чоловіків частіше виникав ГІМ ($p_{1-3} = 0,045$), а у жінок частіше діагностували СН ІV ФК за NYHA ($p_{1-3} = 0,046$). Рівні ХС прямо корелювали з фракцією викиду ($\tau = 0,264$; $p < 0,0001$) і товщиною стінок лівого шлуночка (ЛШ) ($\tau = 0,238$; $p = 0,0001$) та обернено з індексом кінцево-діастолічним розміром ЛШ ($\tau = -0,181$; $p = 0,004$) та ексцентричною гіпертрофією ЛШ ($\tau = -0,151$; $p = 0,016$). Пацієнти з вищими значеннями ХС мали схильність до кризового перебігу гіпертензії, рівень ХС прямо корелював з показниками систолічного ($\tau = 0,214$; $p = 0,0007$), діастолічного ($\tau = 0,139$; $p = 0,027$) і пульсового тисків ($\tau = 0,185$; $p = 0,003$), рівнями тригліцеридів ($\tau = 0,150$; $p = 0,01$) і ХС ЛПНЩ крові ($\tau = 0,705$; $p < 0,0001$), показниками глікемії після навантаження ($\tau = 0,151$; $p = 0,009$) та обернено з розподільним індексом de Fronzo ($\tau = -0,138$; $p = 0,017$). За період спостереження 40 місяців найбільше ССУ було у групі 1 ($n=19$, 76,0 %) порівняно з 42 (64,6 %) та 13 (50,0 %) у групах 2 і 3 (КЧВ 24,7 %, 31,1 % та 45,9 % відповідно; тест Кокса $p_{1-3} = 0,041$). Висновок: нижчі концентрації ХС крові асоціювалися з активацією системного запалення, гіршими функціями серця і нирок та частішим виникненням ССУ; вищі показники ХС асоціювалися з артеріальною гіпертензією, атерогенною дисліпідемією та порушенням чутливості тканин до інсуліну.

THE STUDY OF EXTRACELLULAR MATRIX COMPONENTS IN THE DEVELOPMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Koteliukh M. Yu.

*Kharkiv national medical university,
department of internal medicine № 2, clinical immunology and allergology,
Kharkiv, Ukraine*

Introduction. Today, the cardiovascular diseases are the actual problem worldwide. It is known that matrix metalloproteinases (MMP) and tissue inhibitors of matrix metalloproteinases (TIMP) are considered as prognostic markers of the heart diseases. Therefore, the study of MMP and TIMP in patients with acute myocardial infarction (AMI) represent scientific interest.

The research purpose: analyze the role matrix metalloproteinases and their inhibitors in the development of acute myocardial infarction.

Material and methods. For study matrix metalloproteinases and inhibitors we studied statistics, which were obtained Cardiology department medical university, Warsaw, Poland; Molecular and vascular biology, Center for transgene technology and Gene therapy, university of Leuven, Belgium; Experimental and molecular cardiology/CARIM, university of Maastricht, Netherlands. The MMP and TIMP were studying using immunoassay methods.

Results. The study showed that the level MMP-9, MMP-13 was increased in comparison with the control group. The content of TIMP-1, TIMP-4 was decreased in the all groups compared with the control group. After reaching their peak within the first 7 days post-MI, level of MMP-9 activity decreased, but still remains significantly elevated between 7 and 14 days post-AMI. The reliability of the results of everyone indicators was $p < 0.05$.

The conclusion. Hence, studies have shown that there is elevated of level MMP-9, MMP-13 in patients with acute myocardial infarction. The levels of TIMP-1, TIMP-4 was decreased in the patients with acute myocardial infarction. In the future we planned to study MMP-13 and TIMP-4 in patients with acute myocardial infarction with the presence and absence of type 2 diabetes.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кравченко И. Г., Черненко М. Э.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков*

Несмотря на значительные достижения в изучении патогенеза, диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН), ее распространенность продолжает неуклонно возрастать, достигая в общей популяции 1,5-3,0 %, а среди лиц старше 65 лет – 6-10 %. Прогноз у больных с ХСН остается крайне неблагоприятным независимо от ее этиологии. Согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов, любой применяемый вид лечения ХСН должен помочь достижению, по крайней мере, двух из шести основных целей борьбы с болезнью, а именно: предотвратить развитие симптомов ХСН, устранить симптомы ХСН, замедлить прогрессирование болезни путем защиты органов-мишеней (сердце, мозг, почки, сосуды), улучшить качество жизни, уменьшить частоту госпитализаций, улучшить прогноз болезни. При возникновении ХСН в системе β -АР возникают особые изменения, включающие снижение количества β_1 -АР, что до 50 % коррелирует со степенью тяжести заболевания, в то время как число β_2 -АР, по данным большинства авторов, не изменяется. Причина такого избирательного снижения β_1 -АР до сих пор неизвестна. β -АР являются мишенью для 50% всех лекарственных средств, в том числе, естественно, и для бета-адреноблокаторов (β -АБ). Современные представления использования β -АБ при ХСН основываются практически на 30-летнем опыте экспериментальных и клинических исследований и подтверждены результатами многоцентровых исследований. Уже в конце 90-х гг. прошлого века β -АБ стали основными средствами лечения ХСН и заняли прочное место среди препаратов первого ряда в терапии этого заболевания. По-прежнему (по данным международных и национальных руководств) рекомендованы для лечения ХСН конкор, метопролола сукцинат, небивалол и карведилол. Нерешенными остаются вопросы дифференцированного применения β -АБ у различных категорий больных ХСН и ранней диагностики резистентности к этим препаратам, неясно, в каких клинических ситуациях лучше применять тот или иной β -АБ. Предполагается, что существует группа пациентов (от 30 % до 60 %), резистентных к применению β -АБ, что, возможно, связано с полиморфизмом гена, кодирующего β_1 -АР.

СТАН ТА ЗМІНИ ГЕОМЕТРІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Кравченко О. І., Березуцкий В. І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета роботи: дослідження структурно-функціонального стану лівого шлуночка (ЛШ) та зміни геометрії міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з еректильною дисфункцією (ЕрД).

Для цього було обстежено 52 хворих на ГХ чоловіка віком 30-59 років (основна група), у яких за даними анкетування було виявлено еректильна дисфункція (ЕрД), групу порівняння склали 21 хворий на ГХ без ЕрД які були зіставлені за віком з основною групою. Структурно-функціональний стан ЛШ вивчали методом ехокардіографії на ехокардіографі за стандартними методиками у двомірному та одномірному режимах і доплерехокардіографії з використанням імпульсного і кольорового картування. Діастолічна функція серця оцінювалася методом доплерехокардіографії в імпульсному режимі.

Аналіз структурно-функціональних показників ЛШ у хворих на ГХ в порівнянні з контролем показав збільшення показників маси міокарду ЛШ (ММЛШ), індексу ММЛШ (ІММЛШ), товщини задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) і ВТС ($p < 0,05$). Було встановлено збільшення кінцевого діастолічного об'єму (КДО) ($p < 0,05$) на тлі збільшення ММЛШ і товщини його стінок. У групі порівняння збільшувалась ММЛШ із ростом КСО і зниженням $\% \Delta S$, але такі показники, як КДР і КДО були нижчими, ніж в основній групі. Частота виявлення гіпертрофії ЛШ (ГЛШ) у нашому дослідженні склала 55,7 % в цілому, в основній групі ГЛШ становила у 57,4 % хворих на ГХ, а в групі порівняння – 47,6 %. В основній групі нормальна геометрія міокарда була встановлена у 18,2 % хворих, концентричне ремоделювання ЛШ – у 24,4 %, ексцентрична гіпертрофія – у 9,2 %, концентрична гіпертрофія – у 48,2 % хворих, а в групі порівняння – 46,0 %, 6,4 %, 6,7 %, 40,9 % відповідно. Виявлено високу поширеність ГЛШ у обстежених осіб з ГХ та ЕрД. У хворих основної групи ГЛШ встановлена у 57,4 % випадках, в групі порівняння – у 47,6 %. Крім збільшення показників ММЛШ, ТМШП, ТЗСЛШ підвищувались показники КДО, КСО і скорочувальної функції міокарда. Більш високі показники ГЛШ (ТЗСЛШ, ТМШП, ІММЛШ) спостерігались в основній групі і супроводжувались збільшенням обсягів і розмірів порожнини лівого шлуночка ($p < 0,05$). Скорочувальна здатність міокарда збільшувалася, що свідчило про напруження компенсаторних механізмів. Виявлено високу поширеність ГЛШ у обстежених осіб з ГХ та ЕрД. У хворих основної групи ГЛШ встановлена у 57,4 % випадках, в групі порівняння – у 47,6 %. Крім збільшення показників ММЛШ, ТМШП, ТЗСЛШ підвищувались показники КДО, КСО і скорочувальної функції міокарда.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Кравчун Н. О., Дорош О. Г., Черняєва А. О., Чернявська І. В.

*ДУ "Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського
НАМН України", м. Харків*

Мета: виділити серед показників ниркових проб у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з неалкогольною жирОВОЮ хворобою печінки (НАЖХП) найбільш діагностично-інформативні.

Матеріали та методи: обстежено 78 хворих на ЦД 2 типу, із них у 66 було діагностовано НАЖХП. Серед 66 пацієнтів було 38 жінок (57,6 %) та 28 чоловіків (42,4 %) від 30 до 74 років (середній вік – $(56,02 \pm 1,15)$ років) із тривалістю захворювання від 3-х до 18-ти років (у середньому – $(8,91 \pm 0,39)$ років; у 12 хворих на ЦД 2 типу не було НАЖХП. Відмінності вважали за статистично значущі при $p < 0,05$.

Результати дослідження: Визначення ниркових проб у хворих на ЦД 2 типу в сполученні з НАЖХП виявило достеменно більші значення рівню креатиніну сечі ($11,34 \pm 0,03$) ммоль/доб. порівняно з хворими без патології печінки ($8,01 \pm 0,13$) ммоль/доб., $p < 0,001$. Даний показник можна вважати відносним маркером прогресування діабетичної нефропатії у хворих на ЦД 2 типу, особливо при наявності супутньої патології печінки, адже, як відомо, фільтраційна здатність нирок довгий час може не змінюватися незалежно від наявності протеїнурії, і такі, відомі маркери діабетичної нефропатії, як швидкість клубочкової фільтрації та креатинін крові на даний час вважаються недостатньо інформативними, щодо прогресування діабетичної нефропатії аж до розвитку хронічної ниркової недостатності. Були визначені кореляційні взаємозв'язки між даними ниркових проб та показниками перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ). Серед досліджених показників ниркових проб виявлені достеменні кореляційні взаємозв'язки каналцевої реабсорбції з показниками ПОЛ. Встановлений позитивний кореляційний взаємозв'язок показників оксидієнових (ОДК), тетраєнових (ТрК) кон'югатів ($r = 0,3$), $p < 0,01$ та малонового діальдегіду (МДА) ($r = 0,7$), $p < 0,001$ з показниками каналцевої реабсорбції у хворих на ЦД 2 типу з НАЖХП на відміну від хворих на ЦД 2 типу без НАЖХП у яких встановлений зворотній кореляційний взаємозв'язок досліджуваних показників: ОДК, ТрК, МДА – ($r = -0,6$), $p < 0,01$.

Висновки. Креатинін сечі можна вважати стабільним показником серед параметрів ниркових проб у хворих на ЦД 2 типу з НАЖХП та раннім маркером прогресування діабетичної нефропатії. У даній категорії хворих констатується підсилення каналцевої реабсорбції, яка виникає за рахунок порушення співвідношення вазоконстрикція/вазодилатація.

АНГІОНЕВРОТИЧНІ НАБРЯКИ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ, ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кравчун П. Г., Бабаджан В. Д., Шумова Н. В., Амер Л. Б.

Харківський національний медичний університет, Україна

Етіологія ангіоневрогічних набряків (а звідси і схема їх лікування) може бути різна. В цілому ангіоневротичні набряки поділяються на чотири категорії: спадкові ангіоневротичні набряки (САО), придбані (ПАО), алергічні (ААН) і внаслідок прийому інгібіторів АПФ (АН іАПФ).

Нами були обстежені 47 хворих, що страждають ангіоневротичними набряками, з них у 12 був діагностований САО, у 10 ПАО, у 11 АН іАПФ і у 14 ААН. Хворі проходили лікування у алергологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27. З метою встановлення типу АН встановлювали спадковий та алергічний анамнез, проводили визначення рівня С1-інгібітора (С1-ІНГ) в сироватці крові за допомогою набору «С1 Esterase Inhibitor» фірми «Sentinel» (Італія), функціональної активності С1-ІНГ за допомогою набору «Berichrom C1 - Inhibitor» фірми «Siemens», рівня С1-естерази і С4 компонента комплементу за допомогою набору «Complement C1-esterase» і «Complement C4» відповідно фірми «Randox» (Великобританія), циркулюючий імунних комплексів – ЦІК-С1q IgG за допомогою набору «С1q (IgG) - CIC-C1q ELISA (IgG) фірми «EUROIMMUN AG». Для обробки статистичних даних використовувалася програма STATISTICA 6.0.

В ході дослідження було встановлено, що 22 хворих з САО та ПАО мали порушення у системі комплементу. Середнє значення рівня С1-ІНГ (контроль – $(33,28 \pm 4,41)$ мг/дл) в групі САО І типу було $(5,92 \pm 0,08)$ мг/дл, в групі САО ІІ типу – $(30,41 \pm 2,05)$ мг/дл, в групі ПАО – $(8,56 \pm 1,43)$ мг/дл, в групі ААН – $(36,45 \pm 1,27)$ мг/дл та в групі АН іАПФ – $(29,37 \pm 1,55)$ мг/дл; функціональна активність С1-ІНГ (контроль – $(101,28 \pm 5,62)$ %) в групі САО І типу – $(29,63 \pm 0,84)$ %, в групі САО ІІ типу – $(3,41 \pm 0,25)$ %, в групі ПАО – $(11,23 \pm 1,36)$ мг/дл, в групі ААН – $(96,24 \pm 1,42)$ мг/дл та в групі АН іАПФ – $(99,47 \pm 1,55)$ мг/дл; рівні С4 комплементу (контроль – $(0,31 \pm 0,09)$ мг/дл) в групі САО І типу було $(0,08 \pm 0,03)$ мг/дл, в групі САО ІІ типу – $(0,09 \pm 0,02)$ мг/дл, в групі ПАО – $(0,11 \pm 0,05)$ мг/дл, в групі ААН – $(0,34 \pm 0,06)$ мг/дл та в групі АН іАПФ – $(0,33 \pm 0,08)$ мг/дл; ЦІК-С1q IgG (контроль – $(12,82 \pm 5,41)$ мкг/мл) в групі САО І типу – $(12,63 \pm 0,84)$ %, в групі САО ІІ типу – $(13,33 \pm 0,27)$ %, в групі ПАО – $(45,06 \pm 4,24)$ мг/дл, в групі ААН – $(10,35 \pm 1,87)$ мг/дл та в групі АН іАПФ – $(9,35 \pm 0,05)$ мг/дл.

Диференційна діагностика АН за допомогою показників активності комплементу важлива через високу смертність при цьому захворюванні в відсутність необхідної терапії, вибір якої обумовлений знанням точного діагнозу.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА (M235T) В РАЗВИТИИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ

Кравчун П. Г., Кадыкова О. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – оценить роль полиморфизма гена ангиотензиногена (M235T) в развитии систолической дисфункции левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца и ожирением.

Материалы и методы. В целях исследования проведено комплексное обследование 337 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Все больные с ИБС были распределены на две группы в зависимости от наличия ожирения: первая группа – больные ИБС с нормальной массой тела ($n = 115$), вторая группа – пациенты с ИБС и ожирением ($n = 222$). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей.

Исследование аллельного полиморфизма Met235Thr гена ангиотензиногена (АТГ) проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ). Выделение ДНК из цельной крови выполняли с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» производства ООО НПФ «Литех» в соответствии с инструкцией. Правильность распределения частот генотипов определялась соответствием равновесия Харди-Вайнберга ($p_i^2 + 2 p_i p_j + p_j^2 = 1$). Согласно Хельсинкской декларации все пациенты были информированы о проведении клинического исследования и дали согласие на определение полиморфизма исследуемого гена.

Результаты и их обсуждение. У больных с систолической дисфункцией левого желудочка достоверно чаще на 15,95 % встречалось носительство аллеля Т (78 (64,46 %) против 49 (48,51 %)) и реже аллеля М (43 (35,54 %) против 52 (51,49 %)) и генотипа М/М (15 (12,40 %) против 29 (28,71 %)) гена АТГ (M235T) на 15,95 % и 16,31 %, соответственно по сравнению с больными, у которых фракция выброса была больше 45 % ($p < 0,05$). Таким образом, в формировании систолической дисфункции левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью, возникшей на фоне ИБС в условиях сочетанного течения с ожирением, вероятно, принимает участие аллель Т гена АТГ (M235T).

Выводы. Выявлена ассоциация аллеля Т полиморфизма гена АТГ (M235T) с систолической дисфункцией левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью, возникшей на фоне ИБС и ожирения.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА (M235T) В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ

Кравчун П. Г., Кадыкова О. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – оценить роль полиморфизма гена ангиотензиногена (M235T) в прогрессировании хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца и ожирением.

Материалы и методы. В целях исследования проведено комплексное обследование 337 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Все больные с ИБС были распределены на две группы в зависимости от наличия ожирения: первая группа – больные ИБС с нормальной массой тела ($n = 115$), вторая группа – пациенты с ИБС и ожирением ($n = 222$). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей.

Исследование аллельного полиморфизма Met235Thr гена ангиотензиногена (АТГ) проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ). Правильность распределения частот генотипов определялась соответствием равновесия Харди-Вайнберга ($p_i^2 + 2 p_i p_j + p_j^2 = 1$). Для определения относительного риска развития заболевания рассчитывали отношение шансов (ОШ). Как отсутствие ассоциации рассматривали ОШ=1; как положительную ассоциацию (предрасположенность) – ОШ>1; как отрицательную ассоциацию аллеля или генотипа с заболеванием (низкий риск развития заболевания) считали ОШ<1. Доверительный интервал (ДИ) представляет собой интервал значений, в пределах которого с вероятностью 95 % находится ожидаемое значение ОШ.

Результаты и их обсуждение. Наличие Т аллеля и Т/Т генотипа полиморфизма M235T гена АТГ у больных ИБС с сопутствующим ожирением ассоциировалась с развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН), соответственно (ОШ = 1,62,95 % ДИ = [1,13-2,0], $\chi^2 = 5,2$; $p < 0,05$) и (ОШ = 2,213, 95 % ДИ = [1,187-4,562], $\chi^2 = 7,38$; $p < 0,05$), тогда как аллель М был связан со снижением риска развития ХСН (ОШ = 0,572, 95% ДИ = [0,398-0,763], $\chi^2 = 7,54$; $p < 0,05$).

Выявлено, что у больных ИБС и ожирением с I функциональным классом (ФК) ХСН достоверно чаще встречался генотип М/М полиморфного локуса M235T гена АТГ, по сравнению с пациентами со II ФК ХСН и III-IV ФК ХСН (50 % против 37,29 % и 22,22 %, соответственно, $p < 0,05$). Таким образом, можно предположить, что аллель М в гомозиготном состоянии проявил себя как протективный фактор.

Выводы. Прогрессирование ХСН в группе больных с ИБС и ожирением ассоциировано со снижением частоты встречаемости аллеля М полиморфизма M235T гена АТГ, что свидетельствует о защитных свойствах этого аллеля.

THE STUDY OF THE LEVEL OF TENASCIN C IN THE PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Kravchun P. G., Koteliukh M. Yu.

Kharkiv national medical university, Ukraine

Introduction. Tenascin-C (TN-C) is an extracellular matrix glycoprotein specifically expressed in early-stage embryos, playing important roles in development of the myocardium, valves, and coronary vessels, but transiently appears during pathological conditions and plays important roles in tissue remodeling. We investigated clinical implications of serum TN-C levels in patients with acute myocardial infarction (AMI).

The research purpose: analyze the role tenascin C in the development of acute myocardial infarction.

Material and methods. We analyzed the clinical research of serum TN-C levels. The TN-C levels were measured by ELISA. We prospectively studied 105 patients with AMI (73 men and 32 women, mean age 66 ± 12 years) admitted to Yokosuka Kyosai, 10 patients with old myocardial infarction (OMI) (8 men and 2 women, mean age 66 ± 9 years) and 20 normal volunteers (14 men and 6 women, mean age 49 ± 15 years). By receiver-operating characteristic (ROC) analysis, the TN-C levels clearly discriminated prediction of LV remodeling.

Results. The mean serum TN-C level of AMI patients on admission was significantly higher than that of controls and OMI, respectively, $p = 0,01$, and peaked the level of tenascin C at 5 days. Follow-up examination (19,6 months) revealed that 25 of 105 AMI (23,8%) patients showed left ventricular (LV) remodeling (20% end-diastolic volume increase), and in 15 (14,3%), major adverse cardiac events (MACE) were detected. The peak tenascin C level was significantly higher in the remodeling group than the nonremodeling group ($p = 0,0001$). The tenascin C levels clearly discriminated prediction of LV remodeling and MACE compared with other variables including creatine kinase-MB and LV function. Best predictive values of TN-C for remodeling and MACE were 84,8 and 92,8 ng/ml, respectively.

The conclusion. Hence, studies have shown that there is elevated level of tenascin C in patients of acute myocardial infarction. Cox proportional hazards model analysis showed that tenascin C was an important independent predictor of MACE. In the future we planned to study tenascin C in patients with acute myocardial infarction with the presence and absence of type 2 diabetes.

ЗМІНИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ТЛІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кравчун П. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – оцінити зміни структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та цукровим діабетом 2 типу на тлі прогресування хронічної серцевої недостатності.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 68 хворих на постінфарктний кардіосклероз та цукровий діабет (ЦД) 2 типу. До групи порівняння увійшли 80 пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом, до контрольної групи – 35 практично здорових осіб.

Результати дослідження. Аналіз результатів дослідження параметрів центральної гемодинаміки у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та супутнім ЦД 2 типу в залежності від функціонального класу (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН) показав, що за мірою прогресування ХСН спостерігалось вірогідне збільшення кінцево-діастолічного об'єму (КДО), кінцево-сistolічного об'єму (КСО), кінцево-діастолічного розміру (КДР), кінцево-сistolічного розміру (КСР), розмірів лівого передсердя (ЛП), маси міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) й індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ), а також зменшення фракції викиду (ФВ) ($p < 0,05$). Щодо таких показників, як товщина задньої стінки ЛШ, товщина міжшлуночкової перетинки, розмір аорти та індекс товщини стінки міокарда ЛШ, то нами достовірних відмінностей у залежності від ФК ХСН виявлено не було ($p > 0,05$). Так, у хворих на ХСН IV ФК, що розвинулась на тлі постінфарктного кардіосклерозу та супутнього ЦД 2 типу, КДО вище такого на 13,77 % та 21,11 %, КСО на 22,03 % та 28,05 %, КДР на 18,75 % та 26,33 %, КСР на 19,14 % та 32,9 %, розмір ЛП на 14,57 % та 20,96 %, ММЛШ на 7,73 % та 21,5 %, ІММЛШ на 20,24 % та 26,12 % у порівнянні з хворими на ХСН III ФК та II ФК відповідно ($p < 0,05$). ФВ, навпаки, мала тенденцію до зменшення у хворих на ХСН II ФК у порівнянні з хворими на ХСН III ФК, але вірогідних відмінностей виявлено не було ($p > 0,05$). Тоді, як у хворих на ХСН IV ФК ФВ була вірогідно менша на 13,01 % та 16,27 %, ніж у хворих на ХСН III ФК та II ФК, відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, наростання ФК ХСН у хворих з постінфарктним кардіосклерозом асоціювалось з прогресом гіпертрофії ЛШ, зниженням інотропної функції міокарда, збільшенням розмірів і об'ємів порожнини ЛШ, погіршенням функціонального статусу, що, поза сумнівом, є результуючою основного захворювання та ЦД 2 типу.

ОЦІНКА ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кравчун П. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – оцінити діастолічну функцію лівого шлуночка у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 68 хворих на постінфарктний кардіосклероз та цукровий діабет (ЦД) 2 типу. До групи порівняння увійшли 80 пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом, до контрольної групи – 35 практично здорових осіб. Усім пацієнтам було проведено визначення показників кардіогемодинаміки. Статистичну обробку даних проведено за допомогою пакету «Statistica 8,0» (StatSoft Inc, США), Microsoft Office Excel-2003.

Результати дослідження. Звертали увагу відмінності в показниках діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) в залежності від наявності ЦД: максимальна швидкість раннього наповнення (Е) у хворих з ЦД 2 типу склала $(63,47 \pm 2,8)$ см/с, без діабету – $(57,92 \pm 2,6)$ см/с ($p < 0,05$). Максимальна швидкість пізнього наповнення передсердь (А) склала при ЦД 2 типу $(71,14 \pm 1,6)$ см/с, а у пацієнтів другої групи – $(62,28 \pm 1,7)$ см/с ($p < 0,05$). Співвідношення піків Е/А, що має важливе значення у визначенні діастолічної дисфункції ЛШ, у пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом виявилось менше 1 ($p < 0,05$), склавши $(0,89 \pm 0,06)$ – у хворих з ЦД 2 типу та $(0,93 \pm 0,05)$ – у хворих без діабету, що вказує на уповільнене розслаблення ЛШ. Показник часу ізоволюметричного розслаблення (iVRT) вірогідно перевищував такий у всіх хворих з постінфарктним кардіосклерозом, проте найбільш високе його значення визначалося при поєднанні з ЦД 2 типу $(107,6 \pm 2,1)$ мс, тоді як у хворих другої групи він дорівнював $(103,9 \pm 1,9)$ мс ($p < 0,05$). Визначалися відмінності в показнику часу уповільнення швидкості раннього діастолічного потоку (DT), що склав при ЦД 2 типу $(234,5 \pm 9,8)$ мс, а без нього – $(221,4 \pm 8,7)$ мс ($p < 0,05$). У більшості пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом та ЦД 2 типу діастолічна дисфункція ЛШ проявлялася типом порушення релаксації.

Висновки. Поєднання постінфарктного кардіосклерозу та цукрового діабету 2 типу збільшувало частоту виникнення ознак діастолічної дисфункції лівого шлуночка I типу (тип порушення релаксації) та сприяло погіршенню прогнозу розвитку серцево-судинних ускладнень у даної когорти хворих.

THE POSTINFARCTION REMODELING IN PATIENTS WITH POSTINFARCTION CARDIOSCLEROSIS

Kravchun P. P.

Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine

The purpose – estimation of features and options of postinfarction remodeling in patients with postinfarction cardiosclerosis follow by determining the effect on the manifestation and progression of heart failure.

Materials and methods. Were examined 80 patients with postinfarction cardiosclerosis. The control group was consisted of 35 healthy individuals. All patients were conducted to identify cardiohemodynamics indexes. Statistical research was performed using the package «Statistica 8,0» (StatSoft Inc, USA), Microsoft Office Excel 2003.

Results and discussion. In patients with postinfarction cardiosclerosis was found increase such indices as end-systolic and diastolic volumes, end-diastolic size, thickness of the posterior wall of the left ventricle, left atrial size and mass index of left ventricular myocardium, and decrease ejection fraction compared with the control group ($p < 0.05$). The process of postinfarction remodeling is deve; popt of optimal variant for a poor prognosis and the manifestation and progression of heart failure.

Conclusions. Transferebale myocardial infarction has been actively involving in the process of postinfarction remodeling by increasing the size and volume of the cavity of the heart, and reducing contractile ability of the myocardium and has poor prognosis for the manifestation and progression of heart failure.

**КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ,
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ С УРОВНЕМ МОЗГОВОГО
НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА КАК МАРКЕРОМ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ
С ИЗОЛИРОВАННЫМ ХОЗЛ И ХОЗЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС**
Крахмалова Е. О., Харченко Ю. Е., Колесникова Е. Н., Антонова И. В.
*ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН
Украины", г. Харьков*

Цель и задания: определить взаимосвязь уровня нейrogормонов со степенью миокардиальной дисфункции левого желудочка.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы пациентов: 75 пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) и 83 пациента с ХОЗЛ, сопровождающимся ишемической болезнью сердца (ИБС). Уровень мозгового натрийуретического пептида (NT-pro-BNP) определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора Biomedica Medizinprodukte GmbH & Co KG, A,1210 Vienna. Анализ проводили на приборе Diciscan (ASYS/HITECH, Австрия). Оценку функционального состояния пациента проводили с использованием теста с 6-минутной ходьбой, шкал одышки Mmrc и Борга (до и после проведения теста с 6-минутной ходьбой). Параметры кардиогемодинамики и структурные изменения со стороны камер сердца определяли методом эхокардиографии с использованием ультразвукового сканера Philips IU-22 (США).

Результаты. Проведенное нами исследование продемонстрировало существование сильной корреляции между уровнем сывороточного NT-proBNP с ограничением физической активности пациентов как в группе с изолированной ХОЗЛ, так и в группе коморбидной патологии. Уровни сывороточного мозгового натрийуретического пептида были значительно повышены в обеих группах пациентов, причем в группе с коморбидной патологией значения его были достоверно выше при равных показателях функции внешнего дыхания.

Выводы: основываясь на полученных данных, сделано предположение, что уровень NT-proBNP может быть прогностическим неинвазивным маркером прогрессирования дисфункции правого желудочка при ХОЗЛ, формирования легочной гипертензии и хронического легочного сердца.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОПОРОЗ

Криворучко І. Г., Іваницький І. В.

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава*

У теперішній час до проблеми остеопорозу, який ще називають “німою епідемією ХХІ сторіччя, привернуто увагу як практичних лікарів, так і самих пацієнтів, оскільки вже сьогодні остеопороз разом із патологією серцево-судинної системи, цукровим діабетом та злоякісними новоутвореннями є одним із найпоширеніших хронічних захворювань. Нині у світі налічується близько 250 мільйонів людей, що страждають на остеопороз. Так, в Україні більше 30 % населення старше 50 років стикається з цією проблемою.

Судини – один із головних органів мішеней, який уражається при різних захворюваннях. Зміни жорсткості судин спостерігаються при артеріальній гіпертензії, цукровому діабеті, остеопорозі, палінні.

Мета: вивчення особливостей перебігу серцево-судинних захворювань у жінок в постменопаузальному періоді з ознаками остеопорозу.

Матеріали та методи: обстежено 64 особи жіночої статі віком від 50 до 69 років, які були розподілені на 3 групи в залежності від наявності остеопорозу: I група (n = 23) – особи, які не мають остеопорозу згідно ультразвукової денситометрії, II група (n = 22) – наявні ознаки остеопенії та III група (n = 19) – особи, в котрих підтверджений остеопороз.

Результати досліджень. Гіпертонічна хвороба (ГХ) I-II стадії зустрічалася у 2 (12,4 %) пацієнток I групи, у 6 (37,2 %) – II групи та у 9 (47 %) обстежених III групи. Також серед пацієнток II та III групи вірогідно частіше зустрічалась ГХ 2-3 ступеня, що підтверджує роль остеопорозу у розвитку ГХ. Ішемічна хвороба серця, а саме стабільна стенокардія напруги I-II ФК, вірогідно ($p < 0,01$) частіше зустрічалась серед пацієнток III групи порівняно з I групою.

Нами встановлено, що у осіб, в котрих було підтверджено остеопенію та остеопороз показник швидкості проходження пульсової хвилі (ШППХ), який є золотим стандартом визначення пружності судин, у пацієнток II та III груп був вищим у 1,4 ризи та 2,2, відповідно ($p < 0,01$) порівняно з I групою. Також виявлено пряму залежність ШППХ від показників мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) ($r = 0,71$; $p < 0,01$).

Таким чином, перебіг кардіо-васкулярної патології має тісний взаємозв'язок з ступенем остеопорозу, що зумовлює необхідність розробки профілактичних заходів на ранніх етапах розвитку коморбідної патології.

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОДАВЛЕННОГО ЦИТОТОКСИКАНТАМИ КОСТНОМЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ КОРДОВОЙ КРОВИ

Кудокоцева О. В., Ломакин И. И., Бабийчук Г. А.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Цель – на модели цитостатической миелодепрессии, вызванной применением 5-фторурацила (5-ФУ) в максимально переносимой дозе (МПД), изучить влияние криоконсервированного клеточного препарата кордовой крови (КК) на динамику восстановления костномозгового кроветворения у мышей СВА.

Группам животных К и О вводили однократно в/бр 5-ФУ в дозе 228 мг/кг. Затем мышам группы О через 3-4 ч после 5-ФУ вводили в/в 0,2 мл КК человека (5×10^8 ЯСК/кг).

После воздействия 5-ФУ изменения со стороны кроветворения особенно наглядно проявлялись на 2-12 сут. наблюдения и проявлялись в торможении пролиферации всех незрелых клеток костного мозга (КМ). Наиболее чувствительны к действию 5-ФУ оказались миелоидный и эритроидный ростки, менее чувствителен – лимфоидный. Наименьшее содержание всех изучаемых форм миелокариоцитов, вплоть до полного исчезновения на препаратах КМ нейтрофильных гранулоцитов (НГ) и эритрокариоцитов (ЭК), отмечалось на 2-5 сутки после применения 5-ФУ. Вслед за периодом депрессии наблюдалось постепенное увеличение количества НГ и ЭК в КМ животных. Регенерационные процессы в КМ контрольных животных более интенсивно протекали с 12 сут. эксперимента и практически завершались к 16 сут для НГ, тогда как восстановление эритроидных клеток к этому времени составляет всего 62,5 % от нормы.

Проведенные эксперименты позволили выявить выраженное стимулирующее действие криоконсервированного препарата КК на процессы восстановления костномозгового кроветворения, угнетенного 5-ФУ. Так, уже на 5 сут. на гемограммах КМ обнаруживались НГ (незрелые и зрелые формы), а на 9 сут. их количества превышали контрольные значения практически в 7-9 раз, соответственно. Начиная с 5 и по 16 сут. значимо (в сравнении с контролем) возрастало и общее количество миелокариоцитов в КМ, на 9 сут. эта разница составляла 88 %, на 12 сут. – 71 %, на 16-22 %. Наиболее показательна динамика восстановления угнетенного 5-ФУ эритроидного ростка кроветворения под влиянием КК. Так, на 12 сут. эксперимента количество ЭК в КМ мышей после токсичного действия 5-ФУ составляло $(0,99 \pm 0,12) \times 10^6$ /бедро, а введение клеточного препарата КК увеличивало их содержание до $(4,30 \pm 0,72) \times 10^6$ /бедро, что значимо выше даже по сравнению с фоновыми значениями интактных животных.

Т.о., применение клеточного препарата КК, представляющего собой криоконсервированные ядродержащие клетки КК в аутоплазме, является эффективным способом, позволяющим добиться в более короткие сроки (к 12 сут.) восстановления костномозгового кроветворения и полного купирования токсической лейкопении на 9 сутки эксперимента.

ЛІПІДНИЙ ОБМІН, НЕСПЕЦИФІЧНЕ СИСТЕМНЕ ЗАПАЛЕННЯ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кузьміна Н. В., Грібенюк О. В.

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Україна*

Мета: оцінити показники ліпідного обміну, неспецифічного системного запалення, судинно-рухливої функції ендотелію та жорсткості судинної стінки у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з різним ступенем артеріальної гіпертензії (АГ). Обстежено 104 хворих на ГХ II ст. (44 чоловіків та 58 жінок), середній вік – $(52,3 \pm 1,2)$ роки. Тривалість АГ склала $(10,2 \pm 1,5)$ роки. Діагноз ГХ встановлювали згідно критеріїв ESC та ESH (2013 р.). У 31 (29,8 %) хворого встановлено АГ 1 ст., у 37 (35,6 %) – АГ 2 ст., у решти – 36 (34,6 %) – АГ 3 ст. Контрольну групу склали 20 здорових людей аналогічного віку та статі. Вміст загального холестерину (ЗХС), ХС в ліпопротеїнах високої щільності (ХС ЛПВЩ) і тригліцеридів (ТГ) в сироватці крові визначали спектрофотометричним методом; вміст ліпопротеїну(а) (Лп(а)), фактору некрозу пухлин-альфа (TNF- α) та С-реактивного протеїну (СРП) – методом імуноферментного аналізу (ІФА). Судинно-рухливу функцію ендотелію оцінювали за методикою D. Celermajer (1992). Артеріальну жорсткість (АЖ) судинної стінки розраховували як відношення рівня пульсового артеріального тиску (ПАТ) до ударного об'єму (УО) лівого шлуночка. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, STATISTICA for Windows 10.0. У хворих на ГХ II стадії зафіксовані проатерогенний зсув ліпідного спектру підвищення рівнів прозапальних цитокінів в сироватці крові порівняно з контролем ($p < 0,05$), проте без достовірної різниці у величинах показників в залежності від ступеня АГ. Рівень Лп(а) серед обстежених суттєво збільшувався ($p < 0,05$) не тільки порівняно з контролем, а й із підвищенням ступеня АГ ($p < 0,05$ між групами з різним ступенем АГ). Порушення судинно-рухливої функції ендотелію зареєстровано у хворих на ГХ II ст. починаючи з АГ 2 ст. (переважно за рахунок ендотелій-залежної вазодилатації (ЕЗВД)). Визначений стан АЖ у хворих на ГХ II ст. відповідав ступеню АГ (при підвищенні ступеня АГ виявлено достовірне збільшення показника АЖ як по відношенню до показників контрольної групи ($p < 0,05$), так і між групами із різним ступенем АГ ($p < 0,05$)). Встановлені кореляційні зв'язки між рівнем Лп(а), підвищенням вмісту СРП, зменшенням ЕЗВД та зростанням АЖ ($r = 0,28$, $r = -0,44$, $r = 0,32$, відповідно, $p < 0,05$) серед обстежених. Таким чином, виявлені зміни свідчать про зв'язок підвищення рівня Лп(а), підвищення активності неспецифічного системного запалення з ураженням судинної стінки та зростанням жорсткості судинної стінки при підвищенні ступеня АГ у хворих на ГХ II ст.

КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ТА СТАН КАРОТИДНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Курята О. В., Сіренко О. Ю., * Лисунець Т. К.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

* КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова»

Визначення субклінічних проявів атеросклерозу поряд із традиційними факторами може бути корисним для оцінки кардіоваскулярного ризику у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) коморбідною з ревматоїдним артритом (РА).

Мета роботи: визначити частоту факторів кардіоваскулярного ризику та субклінічні прояви атеросклерозу у хворих з АГ в поєднанні з РА.

Матеріали та методи. Обстежено 42 хворих (4 чоловіків, 38 жінок) на АГ в поєднанні з РА (середній вік – $(54,88 \pm 0,96)$ роки), середня тривалість захворювання АГ – $(8,05 \pm 0,70)$ років, середня тривалість РА – $(7,48 \pm 0,84)$ років. Першу групу порівняння склали 20 хворих на АГ, другу – 20 хворих з РА. Усім хворим проводилось загально клінічне обстеження, розрахунок ІМТ, оцінка ризику фатальних серцево-судинних подій за шкалою SCORE для пацієнтів з РА, визначення ліпідного спектру крові, УЗД магістральних артерій голови та шиї (МАГ).

Результати: найбільш розповсюдженими факторами ризику були підвищена маса тіла та ожиріння – у 17 (40,5 %) та 17 (40,5 %), відповідно. Більшість обстежених хворих мали підвищений рівень тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, загального холестерину – 17 (40,48 %), 24 (57,14 %), 21 (50 %), відповідно та знижений рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності – у 18 (42,86 %). У 31 (73,8 %) пацієнта були встановлені ознаки субклінічного атеросклерозу, в 1-ій та 2-ій групах порівняння – у 9 (45 %) та 11 (55 %), відповідно. Кардіоваскулярний ризик у пацієнтів основної групи склав $(3,47 \pm 0,47)$ % (EULAR 2010), в групах порівняння – $(1,42 \pm 0,41)$ % та $(3,52 \pm 0,63)$ % ($p < 0,05$), відповідно.

Висновки: кардіоваскулярний ризик у хворих на АГ в поєднанні з РА, визначений за модифікованою шкалою SCORE, не повною мірою співвідноситься з наявними атеросклеротичними змінами. УЗД каротидних артерій може поліпшити оцінку кардіоваскулярного ризику при АГ в поєднанні з РА.

THE TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Kucherenko O. D., Brek V. V., Shelest B. A., Pogorelov V. N.

Kharkiv National Medical University, Kharkov, Ukraine

Diabetes mellitus (DM) is the most common endocrine disease. According to WHO, diabetes increases mortality by 2-3 times and reduces life expectancy on 10-30%. The cardiovascular system lesions are the cause of death in 75-80% of patients with diabetes. Diabetic cardiomyopathy - is a specific complication of diabetes caused by metabolic myocardial injury and atherosclerotic changes in the coronary arteries. It predisposes to the appearance of cardiac arrhythmias (CA), including atrial fibrillation (AF). The recommendations of the European Society of Cardiology emphasizes that diabetes is often combined with AF. The incidence of diabetes in patients with atrial fibrillation is 13.1%. The risk of developing AF in the presence of diabetes increases significantly. As known, AF - is the most common form of CA, requiring medical intervention. More than 6 million Europeans suffer from AF, and this figure is doubled in the next 50 years. This CA, like no other, predisposes to the emergence and development of thromboembolic complications. It is known that in patients with AF incidence of stroke is 5.7%. Therefore diabetics must strictly adhere to the recommendations for receiving anticoagulants and aspirin. The risk of cerebrovascular disorder is below in isolated AF.

The effectiveness of the treatment of AF, including diabetic patients, is determined by the correct choice of treatment strategy. In each case, it is advisable to determine possible success in the restoration of the sinus rhythm. This is determined by the duration of AF, and the best one for drug and non-drug therapies. Among the available drugs, amiodarone is the most effective, which allows you to restore and maintain sinus rhythm in many patients. Calcium channel blockers, β -adrenergic receptor useful to slow the heart rate in paroxysmal atrial fibrillation, as they are sufficiently effective and satisfactorily tolerated. Donedarone, dofetilide, vernacalant can be noted among the new products, some are proven as highly effective antiarrhythmic agents. Anticoagulant therapy is of high importance, it prevents frequent thromboembolic complications in patients with this profile. In case of failure of medical therapy, radiofrequency catheter destruction (ablation) or surgical treatments should be used. Controlling of diabetes improves immediate and long-term results of treatment of atrial fibrillation. Recently, the method of treatment of AF called «upstream therapy» is spread. Studies to explore the possibilities of «upstream therapy» are being actively carried out. «Upstream therapy» of AF may be important in patients with DM. Therefore, the appointment of antiarrhythmic agents, antithrombotic therapy in atrial fibrillation should be supplemented by drugs that provide antihypertensive and hypocholesterol action, and slow atrial remodeling.

**ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-
ТЕРАПЕВТІВ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ “ДНІВ ТЕРАПЕВТА”
НА БАЗІ ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ» У 2015 РОЦІ**

Лавренко Т. А.

*ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”,
м. Харків*

Одним з важливих напрямків діяльності ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» є підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей з проблем сучасної профілактики, діагностики і лікування захворювань внутрішніх органів. Ця робота проводиться під час проведення науково-практичних конференцій, «Днів терапевта», «Днів кардіолога» на базі Інституту, виїзних науково-практичних конференцій, наукових семінарів.

У 2015 році ДУ «Інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України» проведено 8 «Днів терапевта» на яких підвищили кваліфікацію і ознайомились з досягненнями сучасної терапевтичної науки і новітніми медичними технологіями 224 наукових співробітника і 415 лікаря практичної охорони здоров'я (терапевтів, кардіологів, гастроентерологів, пульмонологів, нефрологів, лікарів загальної практики - сімейної медицини та ін.).

Загалом в роботі «Днів терапевта» засідань Харківського наукового медичного товариства терапевтів і кардіологів прийняли участь лікарі із всіх центральні районні лікарні Харківської області (Дергачівська, Куп'янська, Первомайська, Лозівська, Люботинська, Шевченківська, Зміївська, Чугуївська, Красноградська, Богодухівська, Близнюківська, Печенізька, Великобурлукська та ін.), майже всі міські клінічні лікарні (МКЛ) та поліклінічні відділення (МКЛ №18, МКЛ №27, МКЛ №11, МКЛ №7, МКЛ №1, МКЛ №25, МКЛ №17, МКЛ №13, МКЛ №8 та ін.), медедико-санітарні частини “Южкабель”, “Хартрон”, сан. “Бермінводи” та сан. “Роща” а також Берестовеньківська сімейна амбулаторія, обласний центр урології, ХОЦТМ “Хоспіс”, ХМАПО, обласний центр переливання крові, онкодиспансер та ін.

Під час проведення «Днів терапевта» були розглянуті актуальні та дискусійні питання з найбільш складних проблем сучасної терапії, кардіології, гастроентерології, нефрології, пульмонології. На відміну від дистанційних методів навчання, які набувають все більшу популярність в України, очна участь лікарів в засіданнях Харківського наукового медичного товариства сприяє кращому засвоєнню інформації за рахунок подвійного її сприйняття (у слуховій та візуальній формі), можливості задати питання доповідачу. Такий підхід вносить вагомий внесок у підвищення кваліфікації лікарів-інтерністів та сприяє підвищенню ефективності діагностики, профілактики і лікування внутрішніх хвороб.

**КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ
З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**

Лапшина Е. А., Бабак О. Я., Молодан В. І., *Черняк А. М.

Харківський національний медичний університет,

**ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета дослідження: проаналізувати характерологічні особливості клініко-біохімічних даних у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ) з надмірною вагою тіла та без неї.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 40 пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ, з них 20 – без надмірної ваги тіла, та 20 пацієнтів з надмірною вагою тіла, групу контролю склало 20 практично здорових осіб. Серед обстежених було 32 чоловіка та 28 жінок у віці від 30 до 60 років. Оцінка клініко біохімічних даних проводилась перед лікуванням. Наявність та ступінь стеатозу печінки оцінювались за допомогою ультразвукового сканера „LOGIQ 5” (США). Індекс маси тіла (ІМТ) від 18 до 25 кг/м² оцінювався як норма, від 25 до 30 – як надлишкова вага тіла.

Результати: ІМТ в першій групі в середньому склав – 24,4 кг/м², коли у другій цей показник – 28,08 кг/м². Показники ліпідного спектру серед досліджуваних груп також мали достовірну різницю – середні показники склали загальний холестерин – 5,7 ммоль/л, тригліцеріди – 1,42 ммоль/л, холестерин ЛПДНЩ – 0,69 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,24 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,19 ммоль/л, КА – 3,13 у першій групі та загальний холестерин – 6,12 ммоль/л, тригліцеріди – 1,76 ммоль/л, холестерин ЛПДНЩ – 1,0 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,21 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,12 ммоль/л, КА – 3,49 (p = 0,02) у другій. Збільшення печінки спостерігалось в обох групах, але значущої різниці виявлено не було.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про тісний позитивний зв'язок між показниками ліпідного профілю та ІМТ у хворих на НАЖХП на тлі ГХ.

SIGNIFICANCE OF THE PROINFLAMMATORY BIOMARKERS USAGE IN NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE PATIENTS WITH HYPERTENSION

Lapshyna K., Prosolenko K.

*Kharkiv National Medical University, Department of Internal Medicine № 1,
Ukraine*

Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) received much amount of attention that is primarily due the prevalence of the disease – 10-30 % of the general population in developed countries and developing countries. Hypertension is one of the most common diseases in the world – and affects 30-35 % of the adult population. Recently, much attention is paid to the combination of these two pathologies. In several works NAFLD connection with hypertension was shown, but this pathology alters the prognosis for these patients, both in terms of the progression of liver failure, and in terms of a significant increase in the frequency of complications of cardiovascular disease.

NAFLD is the most common cause of abnormal results of liver function in adults and children. The histological spectrum of NAFLD covers steatosis, nonalcoholic steatohepatitis (NASH), fibrosis and cirrhosis. Simple steatosis in most cases has a benign clinical prognosis, but NASH is characterized by a progressive course that in 10-15 % of cases leads to cirrhosis.

Liver biopsy is the only reliable way of diagnosing and staging NASH but its invasive nature limits its use. Ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging are widely used to visualize NAFLD. These are non-invasive methods, but none of them have sufficient sensitivity and specificity to distinguish NASH with steatosis.

Cytokeratin 18 (CK18) has been extensively studied as a biomarker off NASH in adults and been shown to be able to distinguish steatohepatitis from hepatic steatosis. Cross-sectional studies have associated serum levels of the CK18 fragment with histologic features of liver in individuals with NAFLD. A two-step approach using CK-18 and fibroblast growth factor 21 further improves the accuracy in diagnosing NASH.

So today, the study of various aspects of the proinflammatory biomarkers usage for the NASH diagnosis and definition of further treatment strategy in NAFLD patients with hypertension is very relevant and appropriate.

ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ КОРДАРОНОМ І АПРОВЕЛЕМ НА ПЕРЕБІГ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ У ХВОРИХ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Латогуз С. І., Супрун С. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Введення. Дистрофічні зміни в серцевому м'язі у хворих цукровим діабетом призводять до дисфункції міокарда, як передсердь, так і шлуночків. Серед антиаритмічних препаратів для лікування пароксизмальної і стійкої форми миготливої аритмії (МА) у хворих з цукровим діабетом (ЦД) найбільш підходять препарати III класу, особливо кордарон і дофетилід.

Матеріали та методи. Нами вивчена ефективність кордарона і апровеля у 34-х хворих на ішемічну хворобу серця, які страждають пароксизмальною або стійкою формою миготливої аритмії. Хворі були розділені на дві групи: 1 склали 16 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) і миготливу аритмію, 2-18 хворих на ІХС, які страждають ЦД 2-го типу і МА. При проведенні кардіоверсії кордарон вводили внутрішньовенно струминно у дозі 300-450 мг протягом 10 хв., добова доза до 1200 мг. Потім кордарон призначали в дозі по 200 мг 3 рази на добу протягом 5-8 днів, на 8-й день по 200 мг 2 рази на добу протягом 7 днів. Зниження дози препарату проводилося після реєстрації ЕКГ.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів лікування кордароном показав, що кардіоверсія була успішною у 13 хворих (81,3 %) 1-ої групи, і у 11 хворих (61,1 %) 2-ої групи. На тлі лікування кордароном як в 1-ої, так і 2-ої групах хворих спостерігалось зниження частоти та інтенсивності нападів стенокардії, зменшення споживання кількості таблеток нітрогліцерину протягом доби.

Висновки:

1. Застосована нами комбінація кордарона і апровеля показала більш виражений антиаритмічний ефект у більшості хворих миготливою аритмією, страждаючих як ІХС, так і ІХС і ЦД 2-го типу.
2. Лікування кордароном не робить негативного впливу на кардіогемодинаміку обстежених хворих. Додаткове корисна властивість препарату – антиангінальний ефект.
3. Профілактичний прийом кордарона з метою попередження рецидивів фібриляції передсердь виявляється менш ефективним у хворих з супутнім цукровим діабетом 2-го типу.
4. Для більш вираженого протиаритмічного ефекту при СД слід рекомендувати кордарон в поєднанні з апровелем.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ И СТЕПЕНИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Литвин А. С., Журавка Н. В.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Цель: изучить частоту встречаемости различных уровней пульсового артериального давления (ПАД) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от ее стадии и степени.

Материалы и методы: на базе Харьковской городской поликлиники №24 обследовано 63 пациента с ГБ I-III стадий и 1-3 степеней в среднем возрасте ($56,5 \pm 9,45$) лет, из них 22 мужчины (35 %) и 41 женщина (65 %). ПАД определялось как разница между систолическим и диастолическим артериальным давлением. Обработка данных осуществлялась параметрическими и непараметрическими методами с помощью пакета программ MS Office 2010.

Результаты: наблюдается прямая корреляция уровня ПАД со степенью и стадией ГБ. При I стадии ГБ высокое ПАД наблюдается у 85,7 % пациентов, при II стадии – у 86,5 %, при III стадии – у 100 %; при 1 степени ГБ высокое ПАД выявлено у 87,1 % пациентов, при 2 степени – у 86,4 %, при 3 степени – у 90 %. Низкое ПАД выявлено лишь у 1 пациента из всей выборки (женщина, ГБ II стадии, 1 степени). Нормальные цифры ПАД в равной степени встречаются при I-II стадиях ГБ и 1-2 степени ГБ, но при этом довольно редко встречаются при III стадии и 3 степени ГБ (у пациентов с ГБ III стадии – 0; с ГБ 3 степени – 1 (10 %)).

Выводы: установленная взаимосвязь между уровнем ПАД и стадией/степенью ГБ должна учитываться в диагностике, вторичной профилактике и контроле заболевания.

КЛІНІЧНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОРАГІЧНИХ ВАСКУЛІТІВ НА ТЛІ ПОЛІСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ

Ліщук-Якимович Х. О., Потьомкіна Г. О., Ломіковська М. П.,
Горбаль Н. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Актуальність. На сьогоднішній день за даними численних епідеміологічних досліджень доведено невинне зростання поширеності аутоімунної та алергічної патології. Особливої уваги заслуговують системні васкуліти, які можуть бути асоційованими з інфекційними та алергічними тригерами.

Метою нашої роботи було проаналізувати взаємозв'язки між клініко-імунологічними особливостями геморагічного васкуліту (ГВ) та найбільш поширеними інфекційними чинниками та алергенами.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано протоколи 38 хворих на геморагічний васкуліт та «Карті імунологічного спостереження пацієнтів». Для підтвердження основного діагнозу хворим проводились клінічні обстеження, загально-лабораторні, імунологічні. Для виявлення можливих тригерів дебюту чи загострення ГВ хворим проведені дослідження сироваток з визначенням ДНК Епштейна-Барр вірусу (EBV) в крові, слині та зішкробах слизової задньої стінки, рівня загального IgE, кількісного визначення специфічних IgE до різних алергенів з використанням методу імуноболоту.

Результати. У 21 (55,3 %) хворих на ГВ було зафіксовано ускладнений алергологічний анамнез з непереносимістю до місцевих анестетиків та нестероїдних протизапальних препаратів; підвищений у 8-9 разів рівень загального сироваткового IgE ($798,0 \pm 186,0$ МО/мл), ДНК у крові та слині EBV. Окрім цього виявлено специфічні IgE до пилку берези, кліщів домашнього пилу та грибків. Клінічно у хворих були виражені симптоми рецидивуючих поліпозів носа, часті загострення алергічного риносинуситу та виражений геморагічний характер висипань на шкірі. У 11 (28,9 %) хворих на геморагічний васкуліт було зафіксовано підвищений у 4-5 разів рівень загального сироваткового IgE ($(467,0 \pm 119,0)$ МО/мл), еозинофілією середнього ступеня тяжкості ($(2,7 \pm 1,1)$ Г/л) та специфічні IgE до пилку берези, вільхи, кліщів домашнього пилу. Клінічно у цих хворих домінували симптоми алергічного риносинуситу та геморагічні висипання на шкірі. Ще у 6 (15,8 %) хворих на ГВ зафіксовано підвищений у 3-4 рази рівень загального сироваткового IgE ($(297,0 \pm 81,0)$ МО/мл), ДНК у слині EBV та специфічні IgE до кліщів домашнього пилу.

Висновки. Встановлено, що агресивність клінічної симптоматики у хворих на геморагічний васкуліт корелює з ускладненим алергологічним анамнезом та з наявністю супутньої активної реплікації EBV, рівнем загального IgE, полісенсibiliзацією до різних алергенів.

**ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ СТАРЕНИЕ ОРГАНИЗМА И РОЛЬ
ЭКСТРЕМАЛЬНОГО АЭРОКРИОВОЗДЕЙСТВИЯ (-120°C) И
КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ КОРДОВОЙ КРОВИ
В ВОССТАНОВЛЕНИИ СИСТЕМЫ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ**

Ломакин И. И., Кудокоцева О. В., Луценко Д. Г.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Цель – изучить возможность применения немедикаментозных методов для коррекции функциональных изменений при экспериментальном прогрессирующем старении (ПС). В качестве моделей ПС использованы модели хронической алкогольной интоксикации (ХА) и субтотальной тиреоидэктомии у крыс. Общее аэрокриовоздействие (АК) проводили в криокамере (не менее 4-х сеансов (-120°C), время воздействия 1,5 мин) с последующим введением криоконсервированного препарата кордовой крови человека (ККч). Прижизненная микроскопия *in vivo* проводилась методом биомикроскопии. При морфометрической обработке данных использовали компьютерную систему анализа FRAM v.3.0. При интерпретации данных основывались на положениях теории обобщенного броуновского движения, в котором фигурирует величина Н (показатель Херста).

Проведенные исследования показали, что, несмотря на некоторые отличия, специфичные для развития патологических изменений, отмечались общие, подобные для прогрессирующих изменений при старении, черты. Так, у всех экспериментальных животных, в отличие от контрольных групп, при микроскопическом исследовании отмечались участки локальных спастических сокращений прекапиллярных участков микроциркуляторного русла, выявлялись безсосудистые зоны, отмечалось снижение дихотомического деления магистральных сосудов. В просветах части капилляров отмечались эритроцитарные агрегаты. Показатель Н, равный ($0,57 \pm 0,14$), свидетельствует о неустойчивости системы и неупорядоченном кровотоке в системе микроциркуляторного русла, указывает на уменьшение площади активного обмена с окружающей тканью на фоне снижения процессов саморегуляции системы, т.е. системы отрицательно коррелированы.

Проведенные ранее исследования в ИПКиК НАНУ показали, что одним из ведущих терапевтических механизмов сочетанного применения АК и ККч является изменения проницаемости гистогематических барьеров, что способствует повышению метаболических и функционально-адаптационных возможностей органов и систем организма. Аэрокриотерапия и препараты ККч в условиях экспериментальных моделей прогрессирующего старения организма совместно формируют терапевтические механизмы, обеспечивающие динамические изменения микрогемоциркуляции, при этом отмечается увеличение площади функционирующих сосудов микроциркуляторного русла. Данное исследование позволило определить значимость восстановления функциональной системы микрогемоциркуляции и транспортной системы эндотелиоцитов после сочетанного применения АК и ККч в профилактике и коррекции процессов, потенцирующих развитие прогрессирующего старения.

АКТИВНОСТЬ α -2-МАКРОГЛОБУЛИНА В ТКАНЯХ ПРИ ГИПЕР- И ГИПОТЕНЗИИ

Ломако В. В., *Самохина Л. М.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,

**ДУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

Цель работы – изучить активность α -2-макроглобулина (α -2-МГ) в тканях крыс со стимулированной гипер- и гипотензией.

Эксперименты проведены на крысах 7-8 мес. возраста с соблюдением всех биоэтических норм. Гипертензию моделировали методом стресса избегания в изолированной камере, гипотензию – инъекциями 2,5 % аминазина. Артериальное давление (АД) регистрировали тонометром, накладывая манжету на хвост. Активность α -2-МГ определяли в сыворотке крови и безъядерных фракциях гомогенатов тканей коры мозга (КМ), гипоталамуса, сердца, легких, печени и почек высокочувствительным ферментативным методом. При гипертензии АД повышалось до $(221,6 \pm 9,8)$ мм рт. ст., при гипотензии снижалось на (35 ± 5) мм рт. ст., в контроле АД – $(100,8 \pm 6,6)$ мм рт. ст. Активность α -2-МГ при развитии гипертензии у крыс резко (на порядок) повышалась во всех тканях, кроме КМ (не изменялась). У гипотензивных крыс она, напротив, на порядок снижалась во всех тканях, кроме сыворотки крови (повышалась). Так как макроглобулины играют значительную роль в гуморальном и клеточном иммунном ответе, то наблюдаемые нами изменения активности α -2-МГ могут свидетельствовать об активации или подавлении иммунной системы при развитии гипер- и гипотензии соответственно. Стимуляция иммунной системы может приводить к развитию гипертонии, тогда как подавление иммунных реакций, напротив, может понижать АД (по данным австралийских исследователей, 2015 г.). В-лимфоциты в ответ на стресс начинают усиленно продуцировать антитела, которые, оседая на стенках кровеносных сосудов, способствуют их утолщению и потере ими эластичности, что является одним из основных проявлений гипертонии. При гипертонии клеткой-мишенью является иммунокомпетентная эндотелиальная клетка, ее повреждение стимулирует высвобождение цитокинов и синтез молекул межклеточной адгезии (ММА), обеспечивая процесс инфильтрации. Активация лейкоцитов и эндотелиоцитов с усилением адгезии повышает экспрессию ММА на мембранах клеток, что, по мнению некоторых авторов, отражает неспецифическую активацию иммунитета на фоне повреждения эндотелия. При гипотензии иммунитет ослаблен, но механизмы повреждения сосудов, формирования эндотелиальной дисфункции аналогичны таковым при гипертензии. Можно предположить, что применение иммуномодуляторов (в частности, неспецифических, таких как холодовые воздействия, криотерапия, препараты кордовой крови) может быть перспективным для сохранения баланса в процессах активации/супрессии иммунитета и нормализации АД.

ДІЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ НА КЛІНІЧНІ ШТАМИ *S. AUREUS*

Лук'яненко А. С., *Щербак О. М., Хить І. І., *Лук'яненко Т. В.

КЗ «Харківський фізико-математичний ліцей Харківської міської ради
Харківської області», Україна

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
НАМН України», м. Харків

Натуральні біопрепарати займають важливе місце у сучасній фармакології та косметології. Фітопрепарати можуть виконувати профілактичні, ранозагоюючі, імуностимулюючі та відновлювальні функції. Вони містять хімічно чисті речовини або їхні комплекси, але за своїми характеристиками відповідають синтетичним препаратам. Їх застосовують для лікування багатьох інфекційних, імунних та бактеріологічних захворювань. Одними з таких захворювань є гнійничкові захворювання шкіри, найчастіше спричинені бактеріями родів *Staphylococcus* та *Streptococcus*. Для їхнього лікування застосовують мазеві форми, що містять антибактеріальні препарати. Безконтрольність, частота використання є однією з причин виникнення антибіотикорезистентності мікроорганізмів, зокрема, метицилін- та еритроміцинрезистентних штамів *S. aureus*, що стало глобальною проблемою медичної галузі.

Мета роботи – за критеріями біологічних властивостей і чутливості до фітопрепаратів дослідити гетерогенність клінічно значущих *S. aureus*, що вегетують в екологічній ніші шкірних покривів при гнійничкових ураженнях.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали настоянки та настої звіробою звичайного, деревію тисячолісного, материнки звичайної.

Предмет дослідження — одержані з філіалу музею мікроорганізмів ДУ «ІМІ ім. І. І. Мечникова НАМН України» еталонні штами *S. aureus* ATCC 2592 та клінічні *S. aureus*, вилучені у хворих на гнійничкові захворювання шкіри. Методи дослідження: бактеріологічні, математико-статистичні.

Результати дослідження. Бактерицидну дію щодо *S. aureus* виявляла настоянка деревію – майже (90) % залишалися чутливими в обох групах бактерій, переважали помірностійкі; виражену бактерицидну дію щодо *S. aureus* виявила настоянка звіробою – приблизно (90) %, у цих групах переважали високочутливі штами. Настоянка материнки, настої деревію, звіробою, материнки майже не пригнічували ріст *S. aureus*.

Висновки. Зважаючи на результати пілотного дослідження протимікробних властивостей фітопрепаратів можна пропонувати для подальших доклінічних випробувань настоянку звіробою та деревію при запальних захворюваннях шкіри, спричинених бактеріями роду *Staphylococcus*, з метою їх застосування як альтернативного методу лікування при неускладнених формах захворювань, оскільки лікарських засобів на основі цих лікарських трав у фармакопеї немає.

МІКРОФЛОРА ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ КИШЕЧНИКУ ТА ОКСАЛАТНИЙ ГОМЕОСТАЗ

Лук'яненко Т. В., Осолодченко Т. П., Андрєєва І. Д., *Матяш Н. М.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова

НАМН України», м. Харків,

*КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 13», Україна

Однією із функцій нормальної мікрофлори кишечника є участь у метаболізмі різних сполук, що надходять до організму людини, регуляції морфокінетичної діяльності, газового складу кишечника та водно-сольового обміну, зокрема, оксалатів.

На сьогодні продовжуються клінічні випробування нового пробіотика для лікування сечокам'яної хвороби (СКХ), основою якого є *O. formigenes*. Цей мікроорганізм використовує у процесі своєї життєдіяльності екзогенний оксалат у якості джерела енергії для свого виживання. Також відомі роботи, що досліджували участь у деградації оксалатів інших мікроорганізмів.

Метою роботи – встановлення кількісного та якісного складу мікробіоти кишечника хворих на СКХ із вмістом у ній штамів мікроорганізмів – деструкторів оксалатів (ШДО), дослідження їх чутливості до антибактеріальних препаратів (АБП), адгезивної (АА) та антагоністичної (АНА) активності.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – деструкція оксалатів мікробіотою кишечника. Предмет дослідження – ШДО різних таксономічних груп, виділені від хворих на СКХ із дистальних відділів кишечника (ДВК), сечі. Методи досліджень – бактеріологічні, біохімічні, математико-статистичні.

Результати дослідження. Ізольовано 732 штами бактерій із ДВК та 157 штамів із сечі, вилучених у хворих, які перебували на лікуванні в умовах стаціонару та амбулаторії КЗОЗ «ХМКЛ № 13». *Lactobacillus spp.* були чутливими до цефалоспоринів, макролідів, гентаміцину, доксицикліну, фосфоміцину та нітроксоліну. *E. coli* були чутливими до амоксициліну та амоксициліну/клавулонату, цефалоспоринів, гентаміцину, доксицикліну, фторхінолонам, фосфоміцину, нітроксоліну. АА *Lactobacillus spp.* та *E. coli* мала середні значення, вища здатність до адгезії визначена для штамів, вилучених у хворих на пієлонефрит; АНА проявляли щодо *Proteus spp.*, *P. aeruginosa*, *B. subtilis*, *K. pneumoniae*.

Із 164 клінічних ізолятів *E. coli* 25 штамів (15,24 %) були здатними до деструкції оксалатів. Із 148 штамів *Lactobacillus spp.* – 12 штамів (8,11 %). ШДО вилучено переважно від пацієнтів без СКХ.

Висновки. Відібрані перспективні ШДО для застосування у подальших дослідженнях, спрямованих на створення засобів профілактики та корекції порушень оксалатного гомеостазу.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ

Майлян Д.Э., * Гагарина Д.О., Эль-Хатиб М.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк, Украина*

**Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, г. Белгород, Россия*

Цель и задачи исследования. Определить влияние интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) на показатели иммунной системы.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 23 здоровых человека возрастом от 21 до 27 лет. Каждым обследуемым было подписано добровольное информированное согласие. Данной группе была проведена ИНГТ (2 курсов по 10 сеансов с двухнедельным перерывом по общепринятой методике). При проведении процедуры максимальное снижения концентрации кислорода во вдыхаемой смеси достигало 12 %. Определение показателей с помощью анализаторов Cobas 6000 (Roche Diagnostics) и Immulite 1000 (Siemens AG) проводилось дважды: до лечения и на 6 недели от начала ИНГТ. Были определены такие показатели, как концентрация IgA, IgM, IgG, фактора некроза опухолей α (ФНО- α), интерлейкина 4 (IL-4), гамма-интерферона (INF- γ) и C3 компонента комплемента.

Результаты. До проведения ИНГТ показатели иммунной системы были в пределах референсных значений.

На 6-ой неделе от начала терапии у обследуемых отмечалось значимое повышение уровней IgM, INF- γ и C3 компонента комплемента: $(1,29 \pm 0,27)$ г/л и $(1,55 \pm 0,31)$ г/л, (147 ± 11) Ед/мл и (188 ± 13) Ед/мл, $(1,23 \pm 0,12)$ пг/мл и $(1,71 \pm 0,11)$ пг/мл соответственно ($p < 0,05$).

Изменения уровней IgA и IgG были статистически недостоверными: $(2,72 \pm 1,12)$ г/л и $(3,1 \pm 1,21)$ г/л, $(11,3 \pm 2,1)$ г/л и $(12,05 \pm 2,67)$ г/л, соответственно ($p > 0,05$).

Уровни провоспалительных цитокинов ФНО- α и IL-4 после проведения двух курсов ИНГТ уменьшились практически вдвое: от $(6,52 \pm 0,65)$ пг/мл и $(3,87 \pm 0,73)$ пг/мл, $(8,43 \pm 0,87)$ пг/мл и $(5,31 \pm 0,43)$ пг/мл, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, ИНГТ обладает выраженным иммуномодулирующим действием, что открывает новые перспективы ее использования комплексной терапии иммунных заболеваний и хронической латентной вирусной патологии.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ IN-STENT РЕСТЕНОЗУ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЧЕРЕЗШКІРНОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ

Майлян Д. Е., *Гагаріна Д. О., Ель-Хатіб М. А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,

м. Донецьк, Україна

**Белгородський державний національний дослідницький університет,*

м. Белгород, Росія

Мета. Визначити предиктори виникнення in-stent рестенозу з переліку загальнодоступних лабораторних досліджень.

Матеріали та методи. Досліджувану групу склали 23 пацієнта віком від 47 до 63 років, котрим було проведено черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) з імплантацією непокритого стенту. Цій групі пацієнтів була проведена коронароангіографія (КАГ) до стентування обтурованої судини та через рік після проведення ЧКВ. Також у пацієнтів до втручання було виміряно наступні біохімічні показники: загальний холестерин (ХС), ХС ліпопротеїдів високої (ЛПВЩ), низької (ЛПНЩ), дуже низької (ЛПДНЩ), середньої щільності (ЛПСЩ), коефіцієнту атерогенності (КА) та С-реактивний протеїн (СРП). Вимірювання вищеперерахованих показників проводилось за допомогою біохімічного аналізатора Cobas 6000 (Roche Diagnostics).

Результати. Під час проведення ЧКВ у трьох осіб (13 %) було виявлено виключно підвищення рівню СРП до $(8,3 \pm 1,2)$ мг/л. У цієї групи пацієнтів при повторному проведенні КАГ рестеноз було виявлено у 66 % випадків. У 14 осіб під час проведення первинної КАГ було виявлено підвищення виключно зміни в ліпідному профілі, а саме підвищення загального ХС, ЛПНЩ, КА та зниження ЛПВЩ: $(7,3 \pm 1,2)$ ммоль/л, $(5,9 \pm 0,7)$ ммоль/л, $(11,9 \pm 1,5)$ ммоль/л, $(0,5 \pm 0,2)$ ммоль/л, відповідно. У цих пацієнтів під час вторинної КАГ рестеноз був виявлений у 64 % випадків. Треба відзначити, що у 3 пацієнти, що не мали рестенозу, вдалося досягти стійких нормальних показників ліпідного профілю через 2 місяці після ЧКВ. У однієї особи було виявлено підвищення СРП, ХС, ХС ЛПВЩ, КА та зниження ЛПВЩ. Через 1 рік при контрольній КАГ у даного пацієнта був виявлений рестеноз у місці імплантації стенту більш ніж 80 %.

Висновки. Таким чином, в якості предикторів рестенозу, з загальнодоступних лабораторних досліджень, можна виділити рівень СРП та показники ліпідного профілю (загальний ХС, ХС ЛПНЩ, КА). Отримані результати вказують на необхідність корекції даних показників у пацієнтів, яким планується проведення ЧКВ та у тих, яким вже проведене невідкладне втручання.

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ, ЩО ЗУМОВЛЕНА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Макаревич О. М., Круглова В. О., Садова С. В.

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
м. Київ*

Хронічна серцева недостатність (ХСН), що зумовлена ішемічною хворобою серця (ІХС), є однією з основних причин високої захворюваності та смертності постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС). Транскраніальне дуплексне сканування (ТКДС) дозволяє неінвазивно оцінити внутрішньомозкову гемодинаміку, завдяки чому є важливою методикою для обстеження учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС.

Мета. Визначення цереброваскулярної гемодинаміки в УЛНА на ЧАЕС з ХСН, що зумовлена ІХС.

Об'єкт і методи. Обстежено 90 хворих з ІХС, УЛНА на ЧАЕС, з них у 72-х була ХСН (основна група), а у 18 ХСН була відсутня (контрольна група). Середній вік хворих основної групи – $(72 \pm 4,6)$ та контрольної – $(68,7 \pm 5,8)$ року. Артеріальна гіпертензія мала місце у 42 хворих (58,3 %) основної групи та у 8 (44,4 %) контрольної. Хворі зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночку (ЛШ) (фракція викиду < 55 %) в основній групі склали 38 чоловік (52,8 %). Для проведення дуплексного сканування екстракраніальних відділів брахіоцефальних артерій та ТКДС було використано ультразвуковий сканер MEDISON 8000 (Корея).

Результати. У 48 хворих (66,7 %) основної групи проти 6 хворих (33,3 %) ($p < 0,05$) в контролі показники лінійної швидкості кровоплину (ЛШК), а саме, пікова систолічна швидкість кровоплину, усереднена по часу максимальна та середня швидкість, були знижені у порівнянні з віковими нормами. Як у хворих основної групи, так і в контролі, виявлено стенози основних інтракраніальних артерій каротидного басейну: 27 хворих (37,5 %) та 6 хворих (34 %), відповідно. В основній групі стенози хребцевої артерії в ділянці V4 було встановлено у 7 хворих (9,7 %) і у 1 хворого (5,8 %) – в контролі. Ознаки венозної дисциркуляції виявлено у 18 хворих (25 %) з ХСН проти 2 хворих (11 %) в контролі.

Висновок. Результати дослідження показали більшу частоту і вираженість дисциркуляторних змін внутрішньомозкової гемодинаміки в УЛНА на ЧАЕС з ХСН, що зумовлена ІХС, в порівнянні з даними при відсутності ХСН. ТКДС дає корисну інформацію відносно прогнозування цереброваскулярних ускладнень, оцінки ефективності лікування, необхідності дообстеження (ангіографія або МРТ артерій голови).

НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ВІРУС-ІНДУКОВАНИХ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Малкович Н.М., *Пянковська Н.В.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет",

*Комунальна медична установа «Міська клінічна лікарня № 3»,

м. Чернівці, Україна

Профілактика загострень інфекційно-залежного варіанту бронхіальної астми (БА) залишається не до кінця вирішеним питанням. У хворих з вказаним варіантом БА розвивається імунодепресивний стан, що характеризується зміненою або спотвореною імунологічною відповіддю на вірусну інфекцію чи алерген. Наслідком цього є зміна чутливості холінергічних рецепторів, дисрегуляція бета-рецепторів та збільшення ступеню чутливості бронхів до констриктивних впливів.

Тому профілактика та адекватне лікування atopії та гострих респіраторних інфекцій, патогенетична корекція бронхолітичної терапії у згаданій категорії хворих вбачаються надзвичайно важливими.

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування небулайзерного введення амінокапронової кислоти (АКК) у пацієнтів з вірус-індукованим загостренням БА.

Пацієнти основної групи (13 осіб) в складі комплексної терапії загострення БА (бронхолітики, системні кортикостероїди, муколітики) додатково отримували небулайзерні інгаляції 2 мл 5 % розчину АКК з додаванням 2 мл 0,9 % розчину натрію хлориду двічі на добу за допомогою компресорного небулайзера впродовж 5 днів. Хворі групи порівняння (11 осіб) отримували базисний лікувальний комплекс без застосування АКК.

При поступленні у всіх пацієнтів окрім симптомів загострення БА спостерігались катаральні явища (утруднене носове дихання, рідкі виділення з носа, гіперемія слизових оболонок глотки), у 14 пацієнтів визначали наявність гіпертермії до $37,5^{\circ}\text{C}$.

Динаміка регресії катаральних симптомів була більш вираженою у пацієнтів основної групи: температура тіла нормалізувалась на $(2,4 \pm 0,8)$ дня раніше, ніж у пацієнтів групи порівняння, катаральні явища значно зменшились на $(1,7 \pm 0,3)$ дня раніше. Відповідно тривалість епізоду загострення БА була коротшою у пацієнтів основної групи, що дозволило скоротити їх тривалість перебування у стаціонарі на 2,4 дні. Негативних явищ при застосуванні АКК не спостерігалось.

Таким чином, небулайзерне застосування АКК можна рекомендувати для використання в комплексному лікуванні хворих з вірус-індукованим загостренням БА. Перспективним є також питання доцільності застосування АКК для профілактики сезонних вірусних захворювань у пацієнтів з БА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Маманазарова Д. К., Абдуллаев А. Х., Искандерова С. Дж., Хасанова Х. Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент

Остеоартрит (ОА) является частым заболеванием суставов у лиц старше 60 лет, это одно из основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности. Полиморбидность в пожилом возрасте ограничивает спектр возможных лекарственных средств, принимаемых для лечения ОА. Локальная терапия (ЛТ) глюкокортикостероидами (ГКС) не оказывает центрального действия, но имеет ограниченные показания при сопутствующей гипертонической болезни или сахарном диабете. Альтернативой ГКС терапии представляется алфлутоп (Ал).

Цель: определение эффективности ЛТ при ОА коленных суставов (КС) с рецидивирующим синовитом.

Материал и методы. Обследованы 83 больных с первичным ОА КС, в возрасте $(61,7 \pm 21,5)$ лет, длительностью болезни $(16,3 \pm 8,1)$, мужчин 23, женщин 60; рентгенологическая стадия артрита – $(2,4 \pm 0,5)$. Больных разделили на 2 гр. в зависимости от средств ЛТ – ГКС, дипроспан (Дн) ($n = 49$) или Ал ($n = 34$). Дн вводился в/суставно по 1 мл (бетаметазона дипропионат 6,43 мг, бетаметазона натрия фосфат 2,63 мг) один раз в неделю, 3–4 раза. Ал – в/суставно по 2 мл 2 раза в неделю, на курс 8–10 процедур. Эффективность ЛТ определяли по регрессии клинических симптомов синовита (визуально-аналоговая шкала, мм), болевого индекса (БИ), времени преодоления лестничного пролета (Т, сек) и данных ультразвукового исследования суставного хряща по объему синовиальной жидкости и толщине синовиальной оболочки в динамике терапии. Проведена статобработка полученных данных.

Результаты. Исходное состояние больных ОА КС: ВАШ в покое $(46,8 \pm 16,9)$ мм; БИ – $(3,9 \pm 1,5)$; Т – $(26,1 \pm 13,4)$ сек. При ЛТ Дн переносимость боли по ВАШ в покое уменьшилась $((28,3 \pm 1,8), \Delta = -39,5 \%)$, БИ регрессировал $((2,6 \pm 1,3), \Delta = -36,6 \%)$, Т уменьшилось $((22,5 \pm 14,5), \Delta = -13,8 \%)$, $P < 0,05$. Объем синовиальной жидкости уменьшился с $(10,3 \pm 4,8)$ мл до $(5,1 \pm 2,7)$ мл $P < 0,05$, $\Delta = -50,5 \%$, толщина синовиальной оболочки уменьшилась на 12,8 %. При проведении ЛТ Дн возрастные особенности больных значения не имели, побочных явлений от ГКС не было. Длительность анальгетического эффекта ГКС превышала 4 недели. Курс внутрисуставного лечения Ал также положительно влиял на параметры суставного синдрома, но в меньшей степени. Так, величина ВАШ уменьшилась на 16,2 % ($p < 0,05$), $\Delta \text{БИ} = -10,3 \%$ ($p < 0,05$), $\Delta T = -3 \%$ ($p > 0,05$). Объем синовиальной жидкости и толщина синовиальной оболочки не изменились.

Итак, клиническая эффективность Дн на функциональные характеристики ОА КС оказалась выше, чем Ал. Это можно расценивать как проявление противовоспалительного действия ГКС. У больных ОА КС, особенно при наличии синовита, следует считать показанным ЛТ с введением ГКС. ЛТ с введением Ал может быть альтернативной при противопоказанности ГКС, но с меньшим эффектом.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМА ВІДМІНИ СІРДАЛУДУ (ТИЗАНІДИНУ) (КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД)

Маркозова Л. М.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
м. Харків*

Статистичні данні останніх 10 років свідчать про постійно мінливий характер структури захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин. Так, захворюваність на неопійні нарко-, токсикоманії та полінаркоманії зросла в 2,26 рази (Волошин П.В зі співавт., 2011). З іншого боку, останнім часом все частіше звертаються до нарколога пацієнти, які внаслідок розвитку больового синдрому (травматичного, токсичного генезу, ін.) почали зловживати або отримали залежність від препаратів знеболювальної дії. У роботі представлено один з таких випадків.

Мета: вивчення особливостей перебігу синдрому відміни сірдалуду (С-міорелаксанту центральної дії) (F15.25) у пацієнта з залежністю від опіоїдів (F11.20).

Методи та матеріали: анамнестичний, клінічний, катамнестичний.

По допомогу у відділення КЗОЗ «ХОКНЛ» звернувся пацієнт Х., 1977 року народження, зі скаргами на біль в області стоп пекучого характеру, порушення акту ходи, потяг до сірдалуду, знижений настрій, відчуття тривоги, безсоння.

Результати: виявлено, що протягом двох років (2009-2010 рр.) пацієнт вживав кодесан систематично по 10 таб./добу щоденно. У 2012 році добова доза кодесану склала 50 таблеток, синдром відміни кодесану сформувався в 2009 р. Епілепсію пацієнт заперечував. Мав місце помірний когнітивний дефіцит. Ремісії не перевищували 3-х місяців після неодноразових курсів лікування. Зі слів пацієнта, рецидив настав тому, що лікування не приносило полегшення. З жовтня 2011р. у пацієнта виникла біль в нижніх кінцівках у зв'язку з розвитком явищ полінейропатії. З грудня 2011 р. до квітня 2012 р. (підчас лікування у відділенні неврологічного профілю) Х. було призначено сірдалуд для купірування болі по 4 мг 3 р/добу. З січня 2012 р. доза сірдалуду зросла до 240-360 мг/добу при щодобовом вживанні препарату. Синдром відміни сірдалуду сформувався в січні 2012 р. і характеризувався різкими перепадами артеріального тиску, а саме: при вживанні сірдалуду рівень артеріального тиску знижувався до 70/40 мм рт. ст., при відміні сірдалуду спостерігалось підвищення рівня артеріального тиску до 230/150 мм рт. ст. Призначення препаратів з метою нормалізації рівня артеріального тиску викликало неадекватний ефект.

Таким чином, особливістю синдрому відміни сірдалуду є нестабільний артеріальний тиск. В результаті роботи розроблено технологію купірування симптомів синдрому відміни сірдалуду, призначення якої призвело до нормалізації стану пацієнта (катамнез – ремісія протягом 3-х років). Лікарям загальної практики рекомендується звертати увагу на пацієнтів, що перенесли травми, процедури з вираженим больовим синдромом.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

Маркозова Л. М., Аборнєва Л. І., Антонова О. О., *Бенько О. Г.,

Катаргина Г. М., Лопіна Н. Г.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,

**ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків*

Вирішення проблеми жіночого алкоголізму стає дедалі найважливішим у ланцюзі проблем наркології. Від рівня здоров'я жінки, від ставлення жінки до вживання напоїв, що містять алкоголь, у першу чергу, залежить здоров'я майбутніх поколінь. За статистичними даними КЗОЗ «ОКНЛ» м. Харкова, кількість пролікованих жінок в 2014 році майже в 2 рази вища у порівнянні з 2010 роком.

Мета роботи: зробити аналіз клініко-біохімічних показників крові у осіб жіночої статі з залежністю від алкоголю (АЗ).

Матеріали та методи: клінічний, біохімічний (АлАТ, АсАТ, холестерин, білірубін, тимолова проба, β -ліпопротеїди), статистичний. Одна стандартна доза алкоголю (СДА) дорівнює 40 мл 40 % горілки. На базі обстежені особи з АЗ (ОГ) жіночої статі ($n = 10$), середній вік яких складав $(45,5 \pm 3,41)$ р. Групу порівняння (ГП) складали особи з АЗ чоловічої статі ($n = 10$), середній вік складав $(43,4 \pm 2,99)$ р. У осіб ОГ був коротшим середній строк формування залежності від А ($(3,7 \pm 0,91)$ р.) і тривалість хвороби ($(8,3 \pm 1,83)$ р.), ніж у осіб ГП. Добова доза вжитого алкоголю (А) у осіб ОГ була менше майже в 2 рази ніж у осіб ГП ($p < 0,05$) і складала $(13,4 \pm 1,66)$ СДА. Значна частина осіб ОГ лікувались вперше (50 %). Клінічно при госпіталізації у всіх обстежених виявлено помірно виражені прояви синдрому відміни А, що підтверджено результатами проведення тесту для виявлення розладів, які пов'язані з вживанням А ($(25,1 \pm 2,25)$ балів у осіб ОГ).

Результати: в процесі обстеження виявлено скарги осіб ОГ переважно на головний біль, головокружіння, шум у вухах, хиткість, роздратованість, коливання цифр артеріального тиску, біль в області серця, парестезії у кінцівках, слабкість, порушення ходи, ін. У результаті біохімічного дослідження виявлено, що у осіб обох груп спостерігалась гіперферментемія, гіперхолістерінемія. Так, у осіб ОГ середні значення рівню АлАТ складали $(1,3 \pm 0,3)$ ммоль/ч-л, АсАт – $(0,98 \pm 1,15)$ ммоль/ч-л, холестерину – $(5,33 \pm 0,31)$ мм-л. У 30 % випадків рівень АлАТ та у 50 % рівень АсАт коливався в межах 1,86-3,62 ммоль/ч-л та 1,05-1,95 ммоль/ч-л, відповідно. Також був підвищеними рівень тимолової проби (4,32-8,1 од.) в 20 % випадків, рівень β -ліпопротеїдів (60-64 од.) в 30 % випадків та рівень загального білірубину (21,3-42 МкМ-л) в 30 % випадків. Співвідношення рівня АсАт до рівня АлАт було вище 1,0 в 30 % випадків.

Таким чином, виявлені порушення в 30 % обстежених осіб жіночої статі з залежністю від А свідчать про розлади з боку серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту на фоні ураження ЦНС на відміну від осіб ГП.

ГЕНДЕРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛІКОВАНИХ В КЗОЗ «ХОКНЛ» ЗА 2010-2014 РОКИ

Маркозова Л. М., *Слюсар В.В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків,
КЗОЗ «Харківська обласна наркологічна лікарня»

Проблема алкоголізації населення залишається актуальною дотепер в усьому світі. Збільшення алкоголізації серед всіх верств населення поглиблює особистісну та соціальну кризу, що призводить до порочного кола. Останнім часом все частіше звертаються подружжя по допомогу нарколога. Це призводить до тривалої ремісії у пролікованого подружжя, а значить і до підвищення якості життя членів сім'ї.

Мета роботи: аналіз пролікованих від алкогольної залежності (АЗ) в лікарні в гендерному аспекті.

Методи: аналітичний, статистичний.

Результати: встановлено підвищення кількості пролікованих (КП) осіб в 2014 р. в лікарні на 34,9 % порівняно з 2010 р. Збільшилась КП хворих чоловічої статі (ЧС) за період 2010-2014 рр. в 1,29 р., жіночої статі (ЖС) – в 1,95 р. Спостерігалось підвищення питомої ваги ургента в 2014 р.: кількість осіб з гострою інтоксикацією алкоголем (ГІА) зросла в 1,59 р. Збільшення в 2014 р. госпіталізованих (Г) вперше відбулося на 33,7 %, повторно – на 37,9 %. При аналізі даних за 2013-2014 рр. встановлено, що підвищення КП осіб в 2014 р. в лікарні відбулося на 3,29 %. При чому КП осіб ЧС зросла в 2014 р. на 4,2 %, осіб ЖС зменшилась на 0,84 %. За 2013 р. кількість осіб ЖС, які надходили на лікування у витверезник (В), складала 17,3 % від загальної КП, в 2014 р. – 15,8 %. Цей факт обумовлений значно частішим надходженням в В осіб ЖС у стані ГІА. Так, майже кожний п'ятий пацієнт В – особа ЖС (18,3 % від загальної кількості пацієнтів В). В той же час, у плановому порядку лікується осіб ЖС значно менше: майже 10,0 % від усіх планово Г хворих. За результатами аналізу Г в 2014 р. у віковому аспекті виявлено, що найбільша КП віком 41-55 р., з котрих 1634 особи ЧС, 15,48 % – ЖС. У віці до 25 р. 88 осіб Г, з котрих 13,6 % особи ЖС, у віці 26-40 р. – 1482, з котрих 12,6 % особи ЖС, у віці 56-69 р. – 640 хворих, з котрих 11,4 % особи ЖС, у віці старше за 70 р. – 64, з котрих 14,06 % – ЖС.

Таким чином, збільшення за останні 5 років пролікованих хворих ЖС майже в 2 р., найбільший відсоток хворих ЖС у вікових групах 41-55 р. та старше за 70 р., значна кількість осіб ЖС серед Г в стані ГІА свідчить не тільки про порушення адаптаційних процесів, але й про недбале ставлення до стану власного здоров'я серед осіб ЖС, у зв'язку з чим рекомендуємо лікарям загальної практики використовувати при огляді пацієнтів адаптований тест на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (І. В. Лінський з співав., 2009) з метою ранньої діагностики АЗ та профілактики неінфекційних захворювань внутрішніх органів.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Мартовицкий Д. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Лечение ревматоидного артрита (РА) у больных артериальной гипертензией (АГ) нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и глюкокортикоидами (ГКТ) снижает эффективность применения ряда гипотензивных средств. В связи с чем актуальны исследования, направленные на изучение сравнительной эффективности комбинированной гипотензивной терапии АГ у больных РА. Проведен сравнительный анализ антигипертензивного эффекта комбинированного препарата, содержащего периндоприл и индапамид (у 45 больных) с препаратом, содержащим эналаприл с гипотиазидом (у 45 пациентов) у больных РА с АГ. Диагнозы АГ и РА верифицированы в соответствии с клиническими стандартами обследования больных. В процессе лечения проводилось суточное мониторирование АД.

Анализ результатов исследования показал, что при комбинированном лечении на фоне снижения степени активности РА целевой уровень АД был достигнут на 10 сутки у 88 % больных, принимавших периндоприл с индапамидом, в сравнении с пациентами, использовавшими в качестве гипотензивных средств препарат, содержащий эналаприла малеат и гипотиазид (55 %).

Таким образом, на выбор гипотензивных препаратов для коррекции АГ у больных РА влияет степень активности воспалительного процесса, прием и дозы НПВС и ГКТ. С учетом этих факторов в комплексной терапии АГ у больных РА целесообразно использовать в качестве гипотензивных средств комбинированный препарат содержащий периндоприл и индапамид.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПІАСКЛЕДИНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Масік Н. П.

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Україна*

Відомо, що в основі патогенезу остеоартрозу лежать деградація хрящової тканини, запалення синовіальної оболонки і перебудова субхондральної кістки. Одним із патогенетичних механізмів остеоартрозу є порушення рівноваги між деградацією матриксу і його синтезом хондроцитами. При деградації хряща відбувається надмірне утворення металопротеїназ хондроцитами. Продукція металопротеїназ стимулюється інтерлейкіном 1 β , який входить до групи цитокінів, що виявляються в підвищених кількостях в ураженій остеоартрозом хрящовій тканині. ІЛ-1 β стимулює деградацію хряща, гальмуючи синтез компонентів матриксу (аггрекан і колаген II типу), а також синтез інших прозапальних цитокінів (ІЛ- 6, ІЛ- 8, макрофагового запального протеїну).

Сучасне лікування остеоартрозу включає структурно-модифікуючі препарати, здатні не лише уповільнювати прогрес захворювання, але й активно спрямовані на зменшення больового синдрому та функціональних порушень. Одним з таких препаратів є піаскледин, до складу якого входять неоміляючі з'єднаннями авокадо і бобів сої. Основним механізмом дії піаскледину є вплив на експресію цитокінів. Препарат інгібує ІЛ- 1, стимулює синтез колагену і продукцію протеогліканів, блокує ІЛ-1, пригнічуючи його колагенолітичний ефект на хондроцити і синовіоцити. Фітостероли та жирні кислоти, які отримують внаслідок гідролізу олій авокадо та соєвих бобів, покращують утворення колагену, від якого залежить пружність і гнучкість хрящової тканини. При цьому блокуються ферменти, які цей колаген руйнують; сприяють синтезу макромолекул в гіаліновому хрящі, стимулюють хондроцити до прискорення продукування клітин хрящової тканини.

Обстежено 30 хворих на остеоартроз колінних суглобів, яким до терапії НПЗЗ додавали піаскледин в дозі 300 мг на добу впродовж 6 місяців. Вже до 3-го місяця лікування спостерігали зменшення болю у спокої у 2 рази. До кінця курсу терапії інтенсивність болю зменшилася в 3,5 рази. Інтенсивність болю при рухах знизилася з 63,7 до 23,4 мм по ВАШ. Індекс Лекена до 3-го місяця спостереження знизився в 2,3 рази в порівнянні з початковим рівнем, а до кінця 6-го місяця – в 2,9 рази.

Зменшення інтенсивності основних симптомів остеоартрозу дозволило знизити дозу НПЗЗ. Кількість пацієнтів, які знизили дозу НПЗЗ у 2 рази через 3 місяці – 43,3 %, а до кінця терапії – 56,7 %.

Таким чином, піаскледин є ефективним препаратом для лікування остеоартрозу: зменшує біль, зберігає і покращує функцію суглобів, дозволяє понизити дозу вживаних НПЗЗ.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

**Машура Г. Ю., Ганич Т. М., Блецкан М. М., Січка А. С.,
Петрик І. М., Безушко Д. В.**

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Вступ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – займає одну з провідних позицій серед хронічних уражень печінки. Неалкогольна жирова хвороба печінки часто поєднується із патологією серцево-судинної системи, зокрема з гіпертонічною хворобою. Тривалий коморбідний перебіг цих патологій неминуче веде до зниження якості життя даної категорії пацієнтів.

Мета дослідження. Оцінити якість життя пацієнтів з коморбідним перебігом неалкогольної жирової хвороби печінки у поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 104 пацієнта. Усі пацієнти поділені на три групи. Перша група (38 чоловік) – пацієнти з коморбідним перебігом неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби, друга група (36 чоловік) – пацієнти з ізольованою гіпертонічною хворобою, третя група (30 чоловік) – пацієнти з ізольованою неалкогольною жировою хворобою печінки. Діагноз неалкогольна жирова хвороба печінки та гіпертонічна хвороба встановлювали за клініко-лабораторними даними у відповідності до вимог протоколу по обстеженню та лікуванню хворих, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України.

Результати дослідження. Коморбідний перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби суттєво погіршує фізичний та психоемоційний стан хворих ($p < 0,05$) при порівнянні груп: достовірно знижуються показники фізичного та рольового функціонування, інтенсивності болю, загального стану здоров'я, життєвої активності, соціального функціонування та психічного здоров'я. Зниження усіх показників якості життя у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки у поєднанні з гіпертонічною хворобою свідчить про те, що стан даних пацієнтів значно обмежує обсяг виконання повсякденної роботи, знижує їх життєву та соціальну активність.

Висновки. Коморбідний перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки та гіпертонічної хвороби суттєво впливає на якість життя хворих з поєднаною патологією, що вимагає розробки схем диференційованого підходу при лікуванні даних пацієнтів.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРА ФИБРОЗА ST2 В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Меденцева Е. А., Рудык Ю. С.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться финальной стадией каждого ССЗ. В настоящее время идет поиск маркеров, способных обнаружить ХСН на более ранних стадиях, оценить прогноз для пациента, определить тяжесть заболевания, вероятный исход и ответ на лечение.

Определение уровня мозговых натрийуретических пептидов является стандартом в диагностике хронической сердечной недостаточности (ХСН). Тем не менее, многие факторы, такие как возраст, коморбидные состояния (почечная дисфункция, ТЭЛА, инфекционные заболевания, анемии, ХОЗЛ и др.) снижают их точность.

Одним из наиболее перспективных среди новейших биомаркеров является маркер фиброза sST2. ST2 является членом семейства рецепторов интерлейкина 1. Обнаруживается одинаково хорошо в трансмембранной и растворимой форме. Трансмембранная форма повсеместно играет роль в модуляции ответа клеток Т-хелперов 2 типа и может играть роль в развитии иммунологической толерантности, тогда как растворимый ST2 (sST2) активирует рост фибробластов и миоцитов. Интерлейкин-33 обладает способностью связываться с ST2 лигандом и оказывает тем самым кардиопротективный эффект. sST2 в большом количестве индуцируется в механически перегруженных кардиомиоцитах. Уровень ST2 не зависит от пола, возраста, величины массы тела, этиологии сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий или инфекционных осложнений. Его величина в отличие от натрийуретических пептидов не коррелирует со скоростью клубочковой фильтрации. Доказано, что нарастание циркулирующего уровня ST2 почти линейно отражает величину одногодичной смертности при СН. ST2 имеет меньшую индивидуальную вариабельность по сравнению с другими биологическими маркерами. Серийные измерения ST2 могут помочь в идентификации ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка и отображении успешности превентивной стратегии лечения. Исследования продемонстрировали возможную роль ST2 в качестве терапевтической мишени.

Использование в клинической практике определения уровня ST2 позволит получить преимущества раннего начала терапии и стратификации риска больных с ХСН и, как результат, – улучшение качества лечения пациентов.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ В ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Мелеховець О. К., Жалдак Д. О.

Сумський державний університет, Україна

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) в індустріально розвинутих країнах реєструється у 20-35 % дорослого населення. Декомпенсований гіпотиреоз призводить до розвитку дисліпідемії в будь-якому віці.

Мета дослідження – оцінити особливості перебігу дисліпідемії у хворих на гіпотиреоз в поєднанні з НАЖХП.

Матеріали та контингент досліджуваних. В дослідження було включено 64 хворих, які були поділені на 2 групи. До 1-ї групи увійшли хворі з НАЖХП – 30 осіб, до 2-ї групи – 34 пацієнти з гіпотиреозом в поєднанні з НАЖХП. Для визначення ступеня фіброзу проводився тест «ФіброМакс», який розраховувався за наступною формулою:

$$f = 4.467 \times \log[\alpha 2\text{-макро-глобулін(г/л)}] - 1.357 \times \log[\text{гаптоглобін(г/л)}] + 1.017 \times \log[\gamma\text{ГГТ(од/л)}] + 0.0281 \times [\text{вік(роки)}] + 1.737 \times \log[\text{білірубін(ммоль/л)}] - 1.184 \times [\text{аполіпопротеїнА1(г/л)}] + 0.301 \times \text{стать (ж = 0, ч = 1)} - 5.540.$$

Усім хворим було проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та щитоподібної залози.

Результати досліджень. В обох досліджуваних групах було виявлено збільшення рівнів загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), при чому пацієнти 2-ї групи мали більше відхилення від норми (у 2-ї групи рівень ЗХ склав – $(7,3 \pm 1,2)$ ммоль/л, рівень ТГ – $(3,2 \pm 0,8)$ ммоль/л, рівень ЛПНЩ склав – $(4,07 \pm 1,02)$ ммоль/л, у пацієнтів 1-ї групи рівень ЗХ склав $(6,2 \pm 1,4)$ ммоль/л, рівень ТГ – $3,1 \pm 0,6$ ммоль/л, рівень ЛПНЩ склав $(3,99 \pm 0,6)$ ммоль/л). При проведенні УЗД ОЧП пацієнти обох груп мали заключення жирового стеатогепатозу. При проведенні тесту ФіброМакс у пацієнтів 2-ї групи були виявлені наступні стадії розвитку фіброзу: F0-F1 – 21 пацієнт (61,7 %), F1-F2 – 9 пацієнтів (26,4 %), F3 – 4 пацієнти (11,9 %); у пацієнтів 1-ї групи: F0-F1 – 15 пацієнтів (50 %), F1 – 8 пацієнтів (27 %), F1-F2 – 5 пацієнтів (23%).

Висновки. У ході дослідження було встановлено, що пацієнти з гіпотиреозом мають складні метаболічні порушення, які призводять до розвитку НАЖХП, ступінь прояву якої виражений сильніше, а ніж у хворих з первинною НАЖХП, що підтверджується результатами тесту «ФіброМакс» та лабораторними показниками. Тому вчасна діагностика та корекція гіпотиреоїдного стану може попередити розвиток НАЖХП, яка є раннім предиктором розвитку ускладнень з боку серцево – судинних захворювань.

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2014 РОЦІ

Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Дюльдєва Т. А., Рябоконь А. І.,
Моргун Т. М.

НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,

**Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна*

Мета: визначити проблемні аспекти щодо надання медико-санітарної допомоги працюючим в Харкові і Харківській області та напрями роботи стосовно профілактики професійної захворюваності (ПЗ).

Згідно зі статистичними даними клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, в 2014 році кількість потерпілих (П) внаслідок професійних захворювань (ПрЗ) становила 86 осіб. Діагностовано 188 ПрЗ, тобто у переважній більшості П встановлено діагноз більш одного ПрЗ. Як і в попередні роки, найбільшу кількість П в 2014 році зареєстровано в машинобудуванні (М). Відсоток працівників цієї галузі серед потерпілих є досить стабільним (становив 84,88 % у 2014 р.) і в останні роки перевищує 80, адже М є провідною галуззю промисловості Харківщини. На підприємства з виробництва промбудматеріалів припадає 9,31 %, інші галузі – 5,81 %.

В структурі ПЗ найбільший відсоток припадає на пилову патологію – 39,89 % (75 випадків з 188 вперше встановлених діагнозів щодо ПрЗ), у тому числі хронічний пиловий бронхіт (28,72 %) та пневмоконіози (11,17 %). Наступні рангові місця в структурі ПЗ посідають сенсоневральна приглухуватість – 28,79 %, захворювання опорно-рухового апарата – 14,89 %, захворювання верхніх дихальних шляхів – 6,38 %, вібраційна хвороба – 5,2 %. Існуючий розподіл ПЗ щодо пилової патології, в першу чергу, обумовлений недосконалістю застосовуваних технологій на підприємствах М. Серед потерпілих переважають особи чоловічої статі (56,98 %), а відсоток жінок становить 43,02 %.

Рангові місця окремих підприємств машинобудування стосовно кількості потерпілих внаслідок ПЗ є такими: Відкрите акціонерне товариство «Харківський тракторний завод» – 1, Державне підприємство (ДП) «Завод ім. Малишева» – 2, Публічне акціонерне товариство (ПАТ) «Харківський плитковий завод» – 3, ДП «Завод Електроважмаш» – 4, ПАТ «Турбоатом» та ПАТ «Автрамат» – 5 (по 2 потерпілих).

Встановлення діагнозу декількох профзахворювань у П свідчить про багатофакторний вплив шкідливих виробничих чинників на робітників машинобудування та наявність певних недоліків щодо медичних оглядів працюючих.

Таким чином, в Харківській області є нагальна потреба щодо удосконалення медико-санітарної допомоги працюючим. Структура ПЗ та вклад в неї окремих підприємств свідчать про необхідність впровадження заходів профілактичного спрямування, у тому числі із захисту часом працюючих.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЖИРОВОЙ ТКАНИ САЛЬНИКА И ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Милица К. М., *Сорокина И. В., *Мирошниченко М. С., *Плитень О. Н.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Украина,

**Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Ожирение по признанию ВОЗ рассматривают как неинфекционную эпидемию настоящего времени в связи с его широким распространением среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, ранней инвалидизацией больных и преждевременной смертностью. Частое сочетание ожирения, нарушений углеводного, липидного обменов, артериальной гипертензии и наличие тесной патогенетической связи между ними послужило основанием для выделения их в самостоятельный синдром – метаболический синдром (МС). В литературе активно обсуждается положение о воспалении жировой ткани при ожирении.

Цель: выявить воспалительные изменения в жировой ткани сальника и подкожной жировой клетчатки у лиц с ожирением и МС.

Материалы и методы. Материал исследования – секционный и операционный материал, представленный жировой тканью сальника и подкожной жировой клетчатки лиц с нормальным индексом массы тела, а также лиц с ожирением различной степени и МС. Использовали гистологические и гистохимические методы окраски.

Результаты. При гистологическом исследовании в строме жировой ткани сальника и подкожной жировой клетчатки лиц с нормальным индексом массы тела отмечена очаговая умеренная лимфоидно-макрофагальная инфильтрация. У лиц с ожирением и МС лимфоидно-макрофагальная инфильтрация также располагалась в строме, однако преимущественно вокруг гипертрофированных адипоцитов, сосудов микроциркуляторного русла либо в их стенке. Воспалительная инфильтрация была более выраженной в жировой ткани сальника по сравнению с подкожной жировой клетчаткой, при этом степень ее выраженности увеличивалась с возрастанием индекса массы тела больных с ожирением и МС.

Вывод. В ходе проведенного исследования отмечено наличие воспалительной (лимфоидно-макрофагальной) инфильтрации в жировой ткани сальника и подкожной жировой клетчатки, степень выраженности которой зависела от локализации жировой ткани (максимальной была в сальнике) и индекса массы тела больного (с увеличением индекса массы тела воспалительная инфильтрация возрастала).

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАХОДІВ ЩОДО МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ХАРЧУВАННЯ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Милославський Д. К., Коваль С. М., Снігурська І. О., Божко В. В.,
Щенявська О. М.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета: оцінка ефективності заходів щодо модифікації способу життя (МСЖ) та харчування (Х) серед хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з метаболічними порушеннями.

Матеріали і методи. Проведено анкетування 42 хворих на ГХ II ст., 2-3 ступеня віком 35-60 років. Чоловіків було 18 чоловік (42,85 %), жінок – 24 (57,15 %). Тривалість захворювання коливалася від 3 до 15 років. Вивчали загальноклінічні показники гемодинаміки, проводили антропометричні вимірювання, визначали рівні сечової кислоти, глюкози крові натще, оцінювали параметри розгорнутого ліпідного спектру. Крім антигіпертензивної терапії препаратами 1-го ряду, пацієнтам рекомендували комплекс заходів щодо МСЖ та Х. Ефективність заходів оцінювали через 6 місяців за досягненням хворими цільових рівнів артеріального тиску (АТ), ліпідів, зниженням маси тіла (МТ).

Результати. За даними анкетування провідними факторами ризику (ФР) ГХ, що модифікуються були стрес (47,2 %), низька фізична активність (46,5 %), надлишкова МТ і ожиріння (39,7 % і 21,2 %), а серед порушень Х – переїдання (31,6 %), зловживання харчовим NaCl (23,9 %), нерегулярний прийом їжі (19,6 %). Для корекції Х у всіх хворих використовували адаптовані дієти DASH, Mediterranean Diet, з помірним зниженням вмісту жирів і харчового NaCl, високим вмістом клітковини і обмеженнями у вживанні простих вуглеводів, підсолоджених напоїв і червоного м'яса. У результаті проведених заходів щодо МСЖ та Х через 6 місяців цільових рівнів АТ досягли 89,7 % хворих, ліпідний профіль покращився у 67,3 % пацієнтів, МТ знизилася на 7,5 % у жінок і 6,2 % у чоловіків, що було вище, ніж в осіб, які були прихильними тільки до антигіпертензивної терапії (77,5 %, 54,3 %, 4,8 % і 4,1 %, відповідно), ($p < 0,05$).

Висновки. Результати анкетування свідчать про значну зустрічаємість провідних ФР ГХ що модифікується серед обстежених хворих. Заходи щодо МСЖ та Х в комбінації з терапією у більшості пацієнтів призводять до досягнення цільових рівнів АТ, нормалізації ліпідів крові, зниження МТ і служать ефективними засобами первинної профілактики у даної категорії пацієнтів.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Минухина Д. В., Габисония Т. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью настоящего исследования явилась оптимизация диагностики и лечения кардиометаболических нарушений с учетом патогенетической роли адипоцитокинов (висфатина и адипонектина) в развитии атеросклероза у больных со стабильной стенокардией и ожирением.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей проблемой современной медицины, поскольку характеризуется высокой распространенностью среди населения развитых стран и смертностью.

Одной из наиболее часто встречающихся форм ИБС является стабильная стенокардия. Коморбидность стабильной стенокардии и ожирения является триггерным механизмом, запускающим каскад патофизиологических реакций, которые ускоряют процессы формирования атеросклероза сосудов сердца.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных со стабильной стенокардией, которые были распределены на 2 группы: 1-я – пациенты, имевшие в качестве сопутствующего заболевания ожирение ($n = 35$) и 2-я – без ожирения ($n = 25$). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты исследований. Было показано, что у больных 1-й группы уровень висфатина достигал $(29,6 \pm 2,0)$ нг/мл, что было достоверно выше в сравнении с этим показателем у пациентов 2-й группы – $(27,6 \pm 1,7)$ нг/мл и у практически здоровых лиц – $(19,3 \pm 1,3)$ нг/мл ($p < 0,05$).

Содержание адипонектина в 1-й группе составляло $(5,17 \pm 0,22)$ нг/мл, что было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов 2-й ($(6,02 \pm 0,21)$ нг/мл) и контрольной ($(12,45 \pm 0,15)$ нг/мл.) групп. Это может свидетельствовать о том, что гипoadипонектинемия и гипервисфатинемия ассоциируются с развитием ожирения у больных, страдающих стабильной стенокардией.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, можно предположить, что подобная дисфункция адипокинового обмена на фоне увеличения массы тела способствует развитию и прогрессированию атеросклероза у больных стабильной стенокардией путем истощения антиатерогенных возможностей адипонектина и активации висфатином метаболических нарушений.

Полученные данные позволяют рекомендовать определение содержания висфатина и адипонектина в крови больных со стабильной стенокардией и ожирением в качестве предиктора развития и прогрессирования стабильной стенокардии.

МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Мікулець Л. В., Ілащук Т. О., *Захарчук Т. В., *Гончар Л. В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,

*КМУ МКЛ № 3, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Незважаючи на значні успіхи у лікуванні, смертність хворих на ревматоїдний артрит (РА) вище за середні показники у популяції. Це пов'язано з виникненням численних ускладнень. Розвитку артеріальної гіпертензії сприяє медикаментозне лікування, зокрема призначення нестероїдних протизапальних препаратів і глюкокортикоїдів.

Мета роботи. Дослідити особливості добового коливання артеріального тиску у пацієнтів із РА і остеоартрозом (ОА), виявити зв'язок больового синдрому і рівня артеріального тиску.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 27 хворих на РА і 37 пацієнтів з ОА. Діагноз верифіковано згідно критеріїв, запропонованих ARA (1987), наказу МОЗ України №263 від 11.04.2014. Обстеження хворих, крім рутинних методів, включало добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ). При статистичному аналізі даних застосовували пакет програм STATISTIKA 6.0 з використанням стандартних методів обробки інформації.

Результати. Найменші показники ДМАТ у хворих на ОА спостерігались в нічний час (з 24.00 год. до 5.00 год.). З 06.00 год. до 12.00 год. реєструвалось незначне збільшення показників АТ до 145/92 мм рт. ст. З 12.00 год. до 18.00 год. відмічалось поступове наростання АТ до середніх величин (162/98 мм рт. ст.). Починаючи з 18.00 год. до 24.00 год., після активного фізичного навантаження, показники АТ досягають максимальних рівнів (175/103 мм рт. ст.). У групі пацієнтів із РА при ДМАТ значне підвищення показників спостерігали в нічний час, особливо в другу половину. У денний час показники суттєво не відрізнялись від аналогічних у пацієнтів із ОА. Порівнюючи дані ДМАТ і візуальної аналогової шкали болю у пацієнтів із ОА виявили, що пікові значення припадали з 20.00 год. до 22.00 год., і співпадали з максимальними значеннями АТ. З 24.00 год. до 6.00 год. спостерігалось зниження інтенсивності болю, а мінімальні показники – з 6.00 год. до 11.00 год. З 12.00 год. (т.б. з часу активної трудової діяльності) виявлено посилення інтенсивності больового синдрому. У хворих на РА максимальну вираженість болю спостерігали у другій половині ночі, а посилення – з 22.00 год.

Висновок. Таким чином, у хворих на остеоартроз і ревматоїдний артрит спостерігали паралелі між коливаннями АТ і динамікою больового синдрому. При цьому виявили відмінності між динамікою болю і рівнем артеріального тиску у пацієнтів даних груп. Ці особливості необхідно враховувати при призначенні патогенетичної гіпотензивної терапії.

РІВНІ ПРОАНГІОГЕННОГО ФАКТОРУ АНГІОПОЕТИНУ-2 В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Мисниченко О. В., Снігурська І. О., Пенькова М. Ю., Божко В. В.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета роботи – вивчення характеру змін рівнів Анг-2 в крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали і методи. З метою виявлення закономірностей змін Анг-2 були проаналізовані результати 39 хворих на ГХ. Вміст Анг-2 в крові визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою стандартних планшетів ELISA фірми «R&D Systems» (США).

Результати. Встановлено достовірне підвищення рівнів Анг-2 в крові у хворих на ГХ, яка перебігає на тлі АО – (2143,95 (1870,32; 2527,20) пг/мл, і у хворих на АГ без АО – (1764,05 (1672,53; 1878,25) пг/мл, в порівнянні з його рівнем у практично здорових осіб – (1217,23 (1165,89; 1281,75) пг/мл, $p < 0,001$. При аналізі даних в залежності від ступеня підвищення артеріального тиску (АТ) у хворих на ГХ з АО виявлено статистично достовірне підвищення рівнів Анг-2 в крові у хворих з 3 ступенем ГХ – (2398,25 (2160,15; 2741,80) пг/мл в порівнянні з хворими з 2 ступенем захворювання – (1801,10 (1680,85; 1968,65) пг/мл, $p < 0,001$. Встановлено, що у хворих на ГХ з АО, у яких виявлялись початкові порушення вуглеводного обміну (гіперглікемія натще та/або порушення толерантності до глюкози) рівень Анг-2 в крові був достовірно вищий – (2652,65 (2143,95; 3002,60) пг/мл за такий у хворих на ГХ з АО без порушень вуглеводного обміну – (1972,20 (1789,03; 2351,45) пг/мл, $p < 0,001$. Аналіз змін рівнів Анг-2 у хворих на ГХ в поєднанні з АО в залежності від порушень ліпідного обміну дозволив виявити достовірне підвищення рівня цього фактору в крові у хворих з комбінованою дісліпідемією – (2348,35 (2033,48; 2791,20) пг/мл, $p < 0,05$) в порівнянні з хворими з ізольованою гіперхолестеринемією – (2153,65 (1680,85; 2263,80) пг/мл). У хворих на ГХ без АО рівень Анг-2 в крові в підгрупі з гіперурикемією – (1875,00 (1736,63; 1913,88) пг/мл) був достовірно вищий ($p < 0,05$) за такий в підгрупі без гіперурикемії – (1725,20 (1578,21; 1764,05) пг/мл).

Висновки. Отримані дані свідчать про достовірне підвищення рівнів в крові потужного проангіогенного та прозапального фактора Анг-2 у хворих на ГХ з АО в порівнянні з хворими на ГХ без АО. Виявлені ознаки вираженої активації продукції Анг-2 у хворих на ГХ з АО можуть відігравати важливу роль в прогресуванні, як самої ГХ, так і в розвитку метаболічних порушень.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВИТАМИНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Мищенко О. Я.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования – оценка экономической эффективности комбинированной гомоцистеин-снижающей и стандартной терапии в сравнении со стандартной терапией пациентов с ИБС после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на фоне дефицита витамина В₁₂.

Методы и объекты исследования. Результаты клинического рандомизированного исследования (РКИ). Фармакоэкономический анализ эффективности затрат гомоцистеин-снижающей терапии с витаминами В₆, В₁₂ и фолиевой кислотой (ФК) в сочетании со стандартной терапией против стандартной терапии с использованием антиагрегантов, статинов, антигипертензивных препаратов: ингибиторов АПФ, бета-блокаторов у больных с ИБС после ЧКВ и с повышенным уровнем гомоцистеина на фоне дефицита цианокобаламина. Были проанализированы две схемы лечения: первая "витамины + стандартная", на которой пациенты (n = 97) получали ФК (0,6 мг/день), витамин В₆ (4 мг/день) и витамин В₁₂ (10 мкг/день) наряду со стандартной терапией. Пациенты контрольной группы (n = 167) получали только стандартную терапию. Период наблюдения больных в РКИ составил 20 месяцев. При расчете затрат учитывали только стоимость фармакотерапии.

Результаты исследования. В результате РКИ установлено, что первая схема "витамины + стандартная" способствовала снижению общей конечной комбинированной точки: сердечно-сосудистой смерти, острого коронарного синдрома, инсульта, реваскуляризации на 95 %, стандартная терапия – на 65,7 %. Расходы составили соответственно 8535,80 грн. на первую схему "витамины + стандартная терапия" и 6406,20 грн. на стандартную терапию. Результаты расчета коэффициента "стоимость-эффективность" показали, что схема лечения "витамины + стандартная" является более экономически эффективной, ее использование по сравнению со стандартной терапией требует дополнительных расходов в размере 7268.94 грн за один предотвращенный неблагоприятный исход.

Вывод. Гомоцистеин-снижающая терапия в сочетании со стандартной терапией больных с ИБС после ЧКВ и с дефицитом В₁₂ является клинически и экономически более эффективной по сравнению со стандартной терапией.

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мозговая Ю. Н., Рынчак П. И, Пискарева А. М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

При хронической сердечной недостаточности (ХСН) снижение массы тела является независимым фактором неблагоприятного прогноза заболевания. В свою очередь, иммунное воспаление, также играет негативную роль в развитии ХСН.

Целью исследования явилось изучение динамики уровней провоспалительных цитокинов: интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), С-реактивного белка (СРБ) в соответствии с изменением массы тела больных у 64 больных ХСН I-IV функционального класса (ФК).

При изучении динамики ИМТ (индекса массы тела) по мере увеличения тяжести больных с ХСН не выявлено достоверных отличий указанного параметра между контрольной группой, больными с I, II и III ФК ХСН. Наряду с этим, значение ИМТ было наименьшим в группе больных с IVФК ХСН, достоверно отличаясь от такового в контроле (на 57,0 %), в I (на 40,1 %), во II (39,1 %) и III (24,6 %) группах. Подобную динамику выявлено и для значения ЖМТ (жировой массы тела). Также не было выявлено достоверных зависимостей между значением ИМТ и сывороточными уровнями провоспалительных цитокинов, СРБ в группах больных с различными ФК ХСН.

После объединения групп больных ($n = 64$) выявлена достоверная отрицательная корреляция ИЛ-1 β и ИМТ ($r = -0,38$; $p_r < 0,05$), ИЛ-1 β и ЖМТ ($r = -0,25$; $p_r < 0,02$). Обратная зависимость ФНО- α и ИМТ ($r = -0,64$; $p_r < 0,01$) и ЖМТ ($r = -0,31$; $p_r < 0,001$). Причем корреляционная зависимость была большей между ФНО- α и значением ИМТ в сравнении с таковой между ФНО- α и ЖМТ ($r = -0,64$ и $r = -0,31$, соответственно, при $p < 0,001$).

Выводы. Полученные данные указывают на то свидетельствуют о том, что ФНО- α играет большее значение в динамике «обезжиренной» массы тела по сравнению со снижением значения ЖМТ. Данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что в развитии синдрома сердечной кахексии, наряду с уровнем провоспалительных цитокинов, также имеют большое значение уровень ряда гуморальных факторов, таких как лептин – гормон регулирующего липолиз, о чем свидетельствует изменение жировой массы тела.

ГІПЕРУРИКЕМІЯ І РОЗВИТОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Молодан Д. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: дослідити розвиток інсулінорезистентності у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні із ожирінням.

Матеріал і методи. Було обстежено 52 хворих на гіпертонічну хворобу I-II стадії та 1-3 ступеня підвищення артеріального тиску, асоційовану із ожирінням. Середній вік хворих склав $(58,0 \pm 0,6)$ років. Досліджувані пацієнти були розподілені на дві групи: перша група – 25 хворих з нормальним рівнем сечової кислоти, друга – 28 хворі які мали підвищені показники сечової кислоти – безсимптомна гіперурикемія. До групи контролю увійшло 12 пацієнтів без патології серцево-судинної системи. Вміст глюкози і сечової кислоти в крові, визначали ферментним способом. Рівень інсуліну вимірювали імуноферментним методом. Про інсулінорезистентність говорили у випадку коли індекс НОМА-IR перевищував 2,77.

Результати дослідження. Аналіз показників вуглеводного обміну показав, що у хворих на гіпертонічну хворобу з нормальним рівнем сечової кислоти і у хворих з безсимптомною гіперурикемією рівень інсуліну був підвищеним $((15,62 \pm 9,31)$ мкМЕ / мл і $(18,17 \pm 6,22)$ мкМЕ / мл, відповідно). У групі контролю він знаходився у межах референтних значень $((2,65 \pm 2,24)$ мкМЕ / мл), відмінність між групами була вірогідною ($p < 0,05$). Розрахунок індексу НОМА вказує на розвиток інсулінорезистентності. Цей показник збільшувався із зростанням концентрації сечової кислоти у плазмі крові. Так в групі контролю індекс НОМА становив $(0,57 \pm 0,49)$ ум. од., у хворих з нормальним рівнем сечової кислоти – $(3,38 \pm 2,09)$ ум. од., у пацієнтів з гіперурикемією він був найвищим – $(3,89 \pm 1,54)$ ум. од., $p < 0,05$.

Висновки. У хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням має місце порушення вуглеводного обміну, що проявляється інсулінорезистентністю. Ми також бачимо, що найбільші показники індексу НОМА спостерігаються у хворих які мають безсимптомну гіперурикемію.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ПИТАВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Молотягин Д. Г., Кудрик Е. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Атеросклероз является ведущим фактором развития ишемической болезни сердца. Многочисленные исследования доказали существование связи между развитием атеросклероза и наличием нарушений липидного спектра. Одним из важнейших направлений профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является современная медикаментозная терапия статинами. Эффективность липидснижающей терапии при использовании статинов доказана для пациентов высокого кардиоваскулярного риска.

Цель исследования. На основании обзора специализированной литературы показать перспективы использования питавастатиона в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний и его преимущества перед розувастатином.

Молекула питавастатиона содержит циклопропиловую группу, что, по сравнению с розувастатином, обеспечивает более эффективное ингибирование 3-гидрокси-3-метилглутарил-кофермент Аредуктазы, соответственно, более выраженный гиполипидемический эффект. Также преимущества перед розувастатином показаны в обзоре С. Borghi, где была продемонстрирована меньшая частота побочных реакций, а в результате работы К. Kishida et al. было выяснено, что питавастатин способствует большему увеличению уровня липопротеидов высокой плотности и регрессу атеросклеротической бляшки. Крайне важными являются данные, свидетельствующие об отсутствии влияния питавастатиона на метаболизм глюкозы. Результаты исследования LIVES показали, что применение питавастатиона способствует снижению уровня гликозилированного гемоглобина на 0,28 % за 104 недели. Еще одно преимущество обусловлено тем, что метаболизм питавастатиона осуществляется с участием фермента CYP2C9 (розувастатин – CYP3A4), что минимизирует риск межлекарственных взаимодействий. В клинических исследованиях установлена эквивалентность питавастатиона в снижении уровня липопротеидов низкой плотности более чем на 40 % применению розувастатиона.

Выводы. Питавастатин обладает выраженным влиянием на уровень липопротеидов высокой плотности, стабилизацию и обеспечение регресса атеросклеротических бляшек, а также нейтральным влиянием на метаболизм глюкозы, низким риском лекарственных взаимодействий и высоким профилем безопасности в сравнении с розувастатином. Питавастатин улучшает приверженности пациентов к лечению в тех случаях, когда использование розувастатиона ограничивается наличием метаболических нарушений.

ПЕНТРАКСИН-3 КАК МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Молотягин Д. Г., Рыначак П. И., Кудрик Е. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности и заболеваемости в развитых странах мира. В патогенезе сердечно-сосудистой патологии важную роль играет воспаление.

Новым биомаркером, отвечающим за воспаление у больных кардиальной патологией, который можно использовать с диагностической и прогностической целью, а также в целях первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, является пентраксин-3. Он избыточно экспрессируется в эндотелиальных и гладкомышечных клетках, моноцитах и макрофагах, которые являются компонентами сосудистой стенки и атеросклеротической бляшки.

Целью данного исследования было обобщить имеющиеся данные о роли пентраксина-3 в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Для достижения поставленной цели был проведен литературный анализ наукометрических баз.

В литературе активно обсуждается роль пентраксина-3 как нового биомаркера воспаления при кардиоваскулярных заболеваниях. Роль пентраксина-3 при атеросклерозе пока не выяснена. Однако некоторые научные исследования показали, что повышенная его экспрессия связана с острым коронарным синдромом, а высокие плазменные уровни пентраксина-3 предсказывают неблагоприятные клинические исходы у пациентов с сердечной недостаточностью. Другими исследователями были представлены данные о повышенной секреции у больных с ишемической болезнью сердца.

Более высокие уровни пентраксина-3 были связаны с повышенной смертностью после перенесенного инсульта. Также было продемонстрировано, что уровень данного маркера был повышен у больных с фибрилляцией предсердий и значимо выше в крови, взятой из ушка левого предсердия, в сравнении с концентрацией в периферической крови, что может отражать местное воспаление, способствующее возникновению фибрилляции предсердий. В то время как другие ученые отрицают связь с эндотелиальной дисфункцией, атеросклерозом и полученные данные носят противоречивый характер.

В тоже время мы не нашли в литературе данных об участии этого маркера воспаления в патогенезе артериальной гипертензии, а также взаимосвязи с полом и возрастом, что вызывает особый интерес в проведении дальнейших исследований этого направления.

ИРИДОЦИКЛИТ – ОДИН ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Молотягина С. П., Гуйда П. П.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков,

Харьковский национальный медицинский университет

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – хроническое системное воспалительное заболевание суставов позвоночника, крестцово-подвздошного сочленения и околопозвоночных тканей с анкилозированием межпозвоночных суставов, образованием кифоза и развитием тугоподвижности позвоночника.

Клиническая картина анкилозирующего спондилоартрита (АС) характеризуется большим разнообразием, так как в патологический процесс наряду с поражением позвоночника и суставов конечностей могут вовлекаться сердечно-сосудистая система (аортит, перикардит, миокардит), почки (амилоидоз почек, мочекаменная болезнь), легкие (респираторные заболевания, туберкулез легких, прогрессирующий фиброз верхушек), нервная система (вторичный радикулит). У 10-30 % больных наблюдается поражение глаз в виде ирита, иридоциклита, увеита, эписклерита. Возможны и вторичные (поствоспалительные) процессы – кератит, катаракта. Притом патология глаз, по данным М.Г. Астапенко (1989), у 10 % является начальным признаком АС, иногда предшествуя остальным проявлениям заболевания за несколько лет.

Полиморфизм клинической картины АС, большое разнообразие начальных проявлений, неспецифичность и малая их выраженность в дебюте заболевания значительно затрудняют его своевременную диагностику. Нередко правильный диагноз устанавливается спустя 6-7 лет от начала болезни. Диагностика еще в большей степени затруднена, когда развитию характерных проявлений заболевания за несколько месяцев, а иногда и лет предшествуют немотивированное повышение СОЭ (в наших наблюдениях в 2 случаях) и продромальный период в виде общей слабости, похудания, артралгий, миалгий, ощущения зуда подошв.

Под нашим наблюдением находятся 5 больных (4 мужчины и 1 женщина) в возрасте от 32 до 53 лет, у которых окулистом был диагностирован иридоциклит, развившийся на фоне благоприятного течения АС, притом в одном случае иридоциклит предшествовал другим клиническим проявлениям за 4 года. Следует отметить, что проведение адекватной терапии, включающей метипред, способствовало достижению стабильной ремиссии в течении заболевания, в том числе и иридоциклита.

Таким образом, патология глаз, особенно иридоциклит, нередко развивается у больных АС, что необходимо учитывать при диагностике заболевания, прежде всего в случаях рецидивирующего течения иридоциклита и неэффективности его терапии.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА

Молотягина С. П., Гуйда П. П.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков,
Харьковский национальный медицинский университет*

Саркоидоз (болезнь Бенье-Бека-Шауманна) – системное воспалительное заболевание, характеризующееся поражением ретикуло-эндотелиальной системы с образованием эпителиоидно-клеточных гранул без казеоза и перифокального воспаления, в которых отсутствуют микобактерии туберкулеза.

В настоящее время саркоидоз не считается редким заболеванием. За последние десятилетия отмечается рост заболеваемости саркоидозом во всех странах мира, в том числе в Украине.

Диагностика саркоидоза, базирующаяся на характерных клинических проявлениях, нередко значительно затруднена в связи с отсутствием специфических лабораторных тестов и разнообразием клинических проявлений, зачастую сходных с проявлениями других заболеваний. У отдельных наблюдаемых нами больных достоверным саркоидозом ставились ошибочные диагнозы рака легкого, лимфогранулематоза, системного васкулита.

Клиническая картина саркоидоза, как и других системных заболеваний, весьма разнообразна. Могут поражаться многие органы и системы, но наиболее часто в патологический процесс вовлекаются лимфатические узлы легких и средостения, легочная ткань, кожа (узловатая эритема, фиолетовые бляшки, гиперпигментированные пятна и подкожные узелки), глаза (гранулематозный конъюнктивит и конъюнктивальные узелки, гранулематозный увеит), суставы (полиартралгии, полиартрит). Характерными для саркоидоза являются лихорадка и спленомегалия, могут также поражаться придаточные пазухи носа, верхние дыхательные пути, околоушные слюнные железы, сердечно-сосудистая и нервная системы, мышцы.

Дифференциальная диагностика предусматривает исключение сходных по клинической картине заболеваний, в частности туберкулезного бронхоаденита, милиарного туберкулеза, лимфогранулематоза, карциноматоза, пневмокониозов, системных васкулитов (гранулематоз Вегенера, эозинофильный гранулематозный васкулит, синдром Гудпасчера, микроскопический полиангиит).

Своевременное установление правильного диагноза и раннее назначение адекватной терапии, в первую очередь глюкокортикостероидов, позволяет повысить эффективность проводимого лечения и улучшить дальнейший прогноз.

ПОШИРЕНІСТЬ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Мостовой Ю. М., Распутіна Л. В., Діденко Д. В., Вашук А. І.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,

Україна

Актуальність. Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) становить суттєву проблему для своєчасної діагностики та ефективного лікування.

Мета роботи. Вивчення поширеності ХОЗЛ серед пацієнтів з ІХС, що перебували на стаціонарному лікуванні.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 2046 історій хвороб пацієнтів, що лікувались у кардіологічному відділенні протягом 2014 року, серед них чоловіків 1115 (54,5 %), жінок 931 (45,5 %), середній вік хворих склав ($63,2 \pm 0,9$) років.

Результати. Встановлено, що серед 1647 пацієнтів з ІХС 188 (11,4 %) мали супутнє ХОЗЛ, середній вік – ($64,9 \pm 0,8$) років, серед них чоловіків було 139 (73,9 %) середнього віку ($62,8 \pm 0,9$) років, жінок – 49 (26,1 %), середній вік – ($70,8 \pm 1,2$) років. Найбільша частка пацієнтів з коморбідною патологією були похилого віку – 71 (37,7 %), пацієнти зрілого віку 66 (35,1 %) , старечого віку – 47 (25 %) та 4 (2,2 %) – середнього віку. В усіх вікових групах переважають чоловіки, а саме серед осіб середнього віку їх було 4 (100 %), серед осіб зрілого віку – 62 (93,9 %), похилого віку – 49 (69,0 %) та старечого віку – 24 (51,1 %) Пацієнти, що мали поєднання ІХС та ХОЗЛ були госпіталізовані з приводу наступних захворювань: 36 (19,1 %) гострий інфаркт міокарда (ГІМ), 79 (42,1 %) – нестабільна стенокардія, 38,8 % (73) – стабільні форми ІХС. Часті супутні стани у пацієнтів з ІХС та ХОЗЛ: артеріальна гіпертензія (79,8 %), фібриляція передсердь (23,9 %), захворювання шлунку та 12-палої кишки в анамнезі (19,7 %), цукровий діабет (19,1 %), облітеруючий атеросклероз (5,8 %). Проаналізовано частоту факторів ризику у пацієнтів з поєднаним перебігом, встановлено, що у 61 (32,5 %) хворого має місце надмірна вага, у 80 (42,5 %) – ожиріння, 49 (26,1 %) пацієнтів палять, індекс паління ($30,3 \pm 1,8$) пачко-роки. Виявлено, що лише 7,9 % пацієнтів отримували базисне лікування ХОЗЛ.

Висновки. Таким чином, серед пацієнтів з ІХС , що перебувають на стаціонарному лікуванні, 11,4 % мають супутнє ХОЗЛ, переважно чоловіки (73,9 %), зростає частка жінок старше 60 років. 61,2 % пацієнтів з ІХС та ХОЗЛ лікувались з приводу гострих форм ІХС. Значна поширеність серед пацієнтів з ІХС та ХОЗЛ і інших супутніх захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії (79,8 %), цукрового діабету (19,1 %), фібриляції передсердь (23,9 %).

ПОШИРЕНІСТЬ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Мостовой Ю. М., Распутіна Л. В., *Соломончук А. Г.,

*Гладких В. Ю., *Щербак В. П.

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
*Комунальний заклад «Вінницький регіональний центр серцевої патології»,
м. Вінниця, Україна*

Гостра серцева недостатність (ГСН) є однією з причин смертності у хворих інфарктом міокарда. Наявність ГСН асоціюється з 3-4-кратним підвищенням госпітальної летальності інфаркту міокарда. Частота зокрема кардіогенного шоку коливається від 7 % до 15 %, а госпітальна летальність сягає 78 %.

Мета. Метою нашої роботи було оцінити поширеність ГСН у хворих інфарктом міокарда за період 2010-2014 років, вивчити особливості статеві-вікової структури на основі ретроспективного аналізу.

Методи та матеріали. Нами проведено ретроспективний аналіз поширеності ГСН у хворих ГКС (III-IV клас) за період 2010-2014 рр. в кардіологічному відділенні міської лікарні.

Результати. Всього на лікуванні з приводу гострого інфаркта міокарда перебувало 1934 пацієнти. Встановлено, що ознаки ГСН, а саме кардіогенного шоку діагностовано у 203 пацієнтів (10,5 %). Серед них було 114 чоловіків (56,2 %) та 89 (43,8 %) жінок. Серед пацієнтів інфарктом міокарда та ГСН 115 хворих (50,4 %) померли, серед них 71 (61,7 %) чоловіки та 44 (38,3 %) – жінки. Один хворий (0,31 %), чоловічої статі був у віці до 39 осіб (15,4 %) у віці 50-59 років, при чому 43 чоловіка (87,8 %) та 6 жінок (12,2 %). Найбільшу групу пацієнтів з ГСН становили особи старше 60 років. У віці 60-69 років таких хворих було 80 (25,8 %), серед них чоловіків було 56 (68,3 %) та 26 жінок (31,7 %). Пацієнтів старше 70 років було 173 (54,4 %), серед них 72 чоловіки (41,6 %) та 101 жінка (58,3 %).

Висновки. Таким чином, нами встановлено, що поширеність ГСН є досить суттєвою 10,5 %, серед померлих пацієнтів, частка осіб з ГСН становить 47,78 %, достовірної різниці між чоловіками та жінками не було, однак серед чоловіків ГСН діагностовано у молодому віці, тоді, як серед жінок переважно у віці старше 70 років.

ПАТОЛОГІЯ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ПОСТТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Муравйова І. М., Чикалова І. Г.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ*

Відповідно до мети нашої роботи нами було проведено дослідження клінічних зв'язків між цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та органічною патологією щитовидної залози у потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) у віддалені поаварійні терміни (148 осіб) та контрольної групи (38 осіб) з отриманням даних стосовно характеру та частоти органічної патології щитовидної залози. Частота органічної патології щитовидної залози у хворих з ЦД 2 типу потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС ($(58,3 \pm 6,3) \%$) статистично достовірно ($P < 0,05$) вище, ніж у групи контролю ($(43,1 \pm 3,9) \%$). Домінуючою патологією у хворих ЦД 2 типу потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС являється вузловий еутиреоїдний зоб, частота якого ($(26,7 \pm 5,7) \%$) більша ніж в 3,3 рази вище ($P < 0,01$), ніж у групі контролю ($(8,1 \pm 2,2) \%$). Частота вузлового еутиреоїдного зобу у хворих ЦД 2 типу старше 50 років потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС у порівнянні з контрольною групою була в 4 рази вище ($(32,6 \pm 6,9) \%$ та $(8,1 \pm 2,2) \%$; $P < 0,01$). Частота вузлового еутиреоїдного зобу у жінок з ЦД 2 типу потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС ($(36,4 \pm 8,3) \%$) в 3,2 рази ($P < 0,01$) перевищує відповідний показник у жінок контрольної групи ($(11,3 \pm 3,1) \%$), що вказує на вплив радіаційного чинника. Частота патології щитовидної залози збільшується разом з тривалістю ЦД 2 типу. Так, наприклад, у хворих ЦД 2 типу з тривалістю захворювання 5 та більше років частота органічних уражень щитовидної залози ($(75,0 \pm 10,8) \%$) істотно вище ($P < 0,05$), ніж у хворих ЦД 2 типу з тривалістю захворювання менше 5 років ($(45,0 \pm 11,1) \%$). У хворих ЦД 2 типу чоловіків потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС та групи контролю, при проведенні кореляційно-регресійного аналізу виявлено помірний прямий зв'язок між індексом маси тіла та об'ємом щитовидної залози ($r = 0,2022$; $p = 0,0458$), та його відсутність у жінок ($r = 0,0558$; $p = 0,619$). Отримані нами данні співпадають з іншими дослідженнями, в яких також було доведено, що у хворих з ожирінням об'єм щитовидної залози більше, ніж у осіб з нормальною масою тіла.

Висновки: У хворих цукровим діабетом 2 типу потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС частота органічних уражень щитовидної залози статистично значно перевищує показник у неопромінених осіб та знаходиться в залежності від статі, віку, тривалості основного захворювання. Серед органічної патології щитовидної залози у хворих ЦД 2 типу потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС домінує вузловий еутиреоїдний зоб, який в цій категорії пацієнтів зустрічається в тричі частіше, ніж у неопромінених осіб.

МАРКЕРИ ІМУНОЗАПАЛЕННЯ ТА ПОКАЗНИКИ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Наріжна А. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем є хронічна серцева недостатність (ХСН) при ішемічній хворобі серця (ІХС). В останні роки інтенсивно вивчається проблема дисфункції нирок у хворих з ХСН при ІХС. Встановлено, що порушення функції нирок, що розвилася у хворих ХСН при ІХС, значно погіршує прогноз та ускладнює лікування таких хворих. Впровадження поняття «кардіоренального синдрому» (КРС), що включає різні причинно-наслідкові поєднання взаємодії патології серця і нирок, сприяло поглибленому вивченню цієї проблеми.

Метою дослідження є покращення діагностики та лікування дисфункції нирок у хворих з хронічною серцевою недостатністю при ішемічній хворобі серця та супутнім цукровим діабетом 2 типу на підставі вивчення клубочкової (мікроальбумінерія, швидкість клубочкової фільтрації) та канальцевої (β_2 -мікроглобулін) функцій нирок, маркерів імунного запалення (прозапального ІЛ-1 β , протизапального ІЛ-10 цитокінів) фібротичних (МСР-1) та протифібротичних (ММР-9) факторів, визначення їх ролі у прогресуванні кардіоренального синдрому та ефективності дії β -адреноблокаторів.

Матеріали і методи. Використані загально клінічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи дослідження. В дисертаційній роботі обстежено 105 хворих на ХСН при ІХС - 60 хворих на ізольовану ХСН та 45 – з ХСН при ІХС в поєднанні з ЦД 2 типу.

Результати дослідження. У хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу із ШКФ < 59мл/хв/1,73 м² порівняно з пацієнтами з ШКФ > 60мл/хв/1,73м² спостерігається зниження протизапальної цитокінової ланки, представленої ІЛ-10 на 71,56 % ($p < 0,05$) і зростанням прозапальної ланки цитокінів, представленої ІЛ-1 β на 19,23 % ($p < 0,05$). У хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу знайдено достовірне зростання концентрації МСР-1 за наявності ШКФ > 60мл/хв/1,73м², ШКФ < 59мл/хв/1,73м² при зіставленні з пацієнтами без ЦД 2 типу.

Висновки. прогресування ХСН у хворих з ІХС та ЦД 2 типу супроводжується надмірною прозапальною цитокіноагресією за рахунок ІЛ-1 β за умов виснаження адаптаційних протизапальних механізмів, представлених ІЛ-10. Прогресування ниркової дисфункції у хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу асоціюється з пропорційним підвищенням фібротичного маркера МСР-1, що свідчить про його участь у тубулоінтерстиціальному ураженні нирок. Високі рівні ММР-9 у хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу за наявності ШКФ > 60мл/хв/1,73м² вказують на залучення адаптаційних компенсаторних механізмів на цьому етапі, спрямованих на нівелювання фібротичної агресії.

**ПОКАЗНИКИ МАРКЕРІВ ІМУНОЗАПАЛЕННЯ ТА
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ КЛАС ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ
У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Наріжна А. В., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Незважаючи на успіхи у лікуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН), смертність пацієнтів залишається високою та сягає 20 % протягом 1 року. Згідно результатів досліджень до факторів, які мають негативний вплив на прогноз, відносять наявність супутніх захворювань.

Мета дослідження: вивчення змін активності маркерів імунозапалення на підставі визначення динаміки показників інтерлейкіну-1 β (ІЛ-1 β) та інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у хворих з різними функціональним класом ХСН при ішемічній хворобі серця (ІХС) за наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу та без нього.

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих на ХСН II-III ФК внаслідок ІХС, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27 (середній вік – $(65,13 \pm 8,66)$ років). До першої групи увійшли 50 хворих на ХСН з супутнім ЦД 2 типу, до другої – 40 хворих на ХСН без ЦД 2 типу. Із дослідження було виключено хворих на гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарду.

Результати дослідження. Наявність ЦД 2 типу у хворих з ХСН при ІХС і КРС 2 типу характеризується дисбалансом роботи системи цитокінів, що проявляється високими концентраціями прозапального ІЛ-1 β і низьким рівнем протизапального ІЛ-10. У пацієнтів з ХСН при ІХС без ЦД 2 типу спостерігається спроба збалансованої роботи маркерів імунозапалення, що характеризується гіперцитокінемією за рахунок, як про- так і протизапальної ланки.

Висновки. У хворих з ХСН при ІХС і КРС 2 типу при наявності ЦД 2 типу роботи системи цитокінів характеризується дисбалансом маркерів імунозапалення.

СПОСІБ ЖИТТЯ – ОСНОВНА ПРИЧИНА ФОРМУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Несен А. О., Грунченко М. М., Чирва О. В., Валентинова І. А.,
Тверетінов О. Б., Оробінський В. В.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета: оцінити вплив факторів, що характеризують спосіб життя як основну причину формування захворювань органів травлення серед організованої популяції молоді та встановити найбільш поширені варіанти поєднання досліджуваних нозологій з оцінкою ролі основних тригерних факторів та особливостей клінічних проявів. Серед організованої популяції молоді – 139 осіб, середній вік яких склав ($21,2 \pm 0,3$) років.

Матеріали і методи. Обстежено організована популяція молоді – 139 осіб, середній вік яких склав ($21,2 \pm 0,3$) років. Для верифікації осіб підвищеного КВР застосовано Європейські рекомендації (ESC/EAS, 2011) й рекомендації Української асоціації кардіологів (2012) щодо профілактики і лікування ССЗ. Розрахунок індексу коморбідності Чарлсона проведено за методикою (M.E. Charlson et al., 2012).

Результати. Основними причинами захворювання 60 % респондентів вважали нераціональне харчування і 1/3 опитаних вказували на хронічний психоемоційний стрес. Спосіб життя – основна причина захворювань органів травлення у молоді. Встановлено достовірний взаємозв'язок розвитку нейроциркуляторної дистонії (НЦД) з наступними тригерними факторами: недостатнє фізичне навантаження, психоемоційний стрес і недосипання. Жінки більш схильні приймати лікарські препарати (30 %) порівняно з чоловіками (12 %), $p < 0,001$. Хворі на функціональні захворювання органів травлення (ФЗОТ – 43,8 %) приймали препарати, що містять нестероїдні протизапальні засоби. Встановлено недостатню інформованість осіб про показання і протипоказання для їх використання. Харчова токсикоінфекція (ХТІ) в анамнезі в 3 рази частіше спостерігалась у жінок (36,7 %), ніж у чоловіків (13,3 %), $p = 0,001$. Характерний високий відсоток осіб, які перенесли ХТІ протягом останніх 2 років (51 %). Всі пацієнти з встановленою НЦД мали скарги з боку серцево-судинної системи: У більшості пацієнтів, що страждали кардіальною формою НЦД, були виявлені ознаки функціональних захворювань органів травлення – 53,9 % (96 осіб). У жінок вираженість симптомів згідно з даними сумарного балу за шкалою GIS була вірогідно вищою, ніж у чоловіків: ($13,76 \pm 0,36$) і ($10,70 \pm 1,46$), відповідно, $p = 0,005$.

У результаті порівняння інтенсивності скарг в обстежених жінок і чоловіків, не було встановлено вірогідних відмінностей. За результатами візуально-аналогової шкали IBS-SSS дозволили розподілили обстежених хворих у залежності від ступеня загострення ФЗОТ.

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ ХВОРИХ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З ПРОТЕЇНУРІЄЮ

Несен А. О., Чернишов В. А., Грунченко М. М., Шкапо В. Л.,
Валентинова І. А., Чирва О. В., Ярина Н. А.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета дослідження. Встановити ефективність медикаментозних заходів вторинної профілактики пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику (КВР) з наявністю протеїнурії.

Методи дослідження. Ретроспективно за рік проаналізовано 727 історії хвороб пацієнтів високого КВР з наявністю протеїнурії, з них 18 (2,5 %) пацієнтів – хворі на хронічний гломерулонефрит; 254 (34,9 %) – хворі на хронічний пієлонефрит та 455 (62,6 %) пацієнтів – з цукровим діабетом. Рівень систолічного АТ в середньому складав $(188,5 \pm 12,5)$ мм рт. ст., рівень діастолічного АТ в середньому складав $(95,5 \pm 9,5)$ мм рт. ст.; у всіх пацієнтів спостерігалася протеїнурія, з рівнем добової протеїнурії в середньому – $(0,756 \pm 0,033)$ г/л. Всім хворим призначалась гіпотензивна терапія: інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) або блокаторів рецепторів до ангіотензину II (БРАП) в комбінації з антагоністами кальцію та діуретиками, а також зважаючи на наявність високого КВР призначали статини – аторвастатин або розувастатин в дозі від 10 до 20 мг на добу та дезагрегаційну терапію - аспірин у дозі 75 мг на добу.

Отримані результати. В динаміці терапії відмічалось достовірне зниження рівня САТ на 20,5 % ($p < 0,05$), а також тенденція до зниження показників ДАТ та ЧСС, добової протеїнурії до $(0,235 \pm 0,027)$ г/л ($p < 0,05$), без проявів погіршення азотовидільної функції нирок. Під впливом гіпотензивної терапії з додаванням статину не відмічалось негативних побічних явищ. Оцінка безпеки лікування проводилась шляхом оцінки біохімічних показників крові та клінічного аналізу сечі і не виявила негативного впливу на показники, що досліджувались.

Висновки. Застосування гіпотензивної терапії: іАПФ або БРАП в комбінації з антагоністами кальцію та діуретиками, а також статинів з аспірином у хворих високого КВР з протеїнурією сприяє позитивному впливу на рівень АТ, дисліпідемії та протеїнурії, а також сприяє зниженню кардіоваскулярного ризику у цієї категорії хворих. Зважаючи на відсутність побічних ефектів, та ефективне зниження рівня АТ, ця комбінація препаратів може бути рекомендована хворим з високим КВР з протеїнурією для тривалого застосування з ціллю досягнення цільових рівнів АТ та профілактики раннього розвитку атеросклерозу та його ускладнень. Дана комбінація препаратів метаболічно нейтральна і має достатню кардіопротекторну та нефропротекторну дію.

КОМОРБІДНІ ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ У ХВОРИХ СТАЦІОНАРУ З ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ

Несен А. О., Чирва О. В., Чернишов В. А., Грунченко М. М.,

Шкапо В. Л., Валентинова І. А., Резнікова О. І.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,

м. Харків

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики коморбідної патології серед осіб високого кардіоваскулярного ризику (КВР) шляхом оцінки частоти виявлення хронічних неінфекційних захворювань з визначенням індексів коморбідності.

Матеріали і методи. Обстежено 900 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з коморбідною патологією, що проходили стаціонарне лікування в ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» (377 (41,9 %) чоловіків та 523 (58,1 %) жінок, середній вік – $(57,3 \pm 7,8)$ років). Розрахунок КВР проведено з використанням Riskcalculator (CV-Risk and Prevention); розрахунок індексу коморбідності Чарлсона проведено за методикою (M.E. Charlson et al., 2012).

Результати дослідження. Серед обстежених пацієнтів виявлено наступні коморбідні стани: сполучення серцевої недостатності на фоні ішемічної хвороби серця (84,7 %), (дифузний кардіосклероз (32,4 %), стабільна стенокардія (27,8 %), постінфарктний кардіосклероз і нестабільна стенокардія (19,8 %)) та АГ (98,4 %), цереброваскулярними захворюваннями (61,2 %), патологією нирок (67,1 %), неалкогольною хворобою печінки у 78,1 %, жовчнокам'яною хворобою у 10,2 %, виразковою хворобою у 7,5 %. Серед обстежених пацієнтів страждали на ожиріння 19,2 %, мали супутній цукровий діабет (ЦД) 2 типу – 27,5 % осіб. Розрахований індекс Charlson для чоловіків склав $(4,97 \pm 0,11)$ бали, для жінок – $(4,60 \pm 0,12)$ бали, $p = 0,031$. Індекс «комбіновані стани та вікові оцінки» для чоловіків – $(6,02 \pm 0,12)$ бали, для жінок – $(5,95 \pm 0,14)$, $p > 0,05$. Десятирічна виживаність склала $(24,6 \pm 1,4)$ % у чоловіків і $(25,3 \pm 1,6)$ % у жінок, $p > 0,05$. На фоні проведеного стаціонарного лікування як у жінок, так і у чоловіків спостерігалось достовірне зниження ризику за шкалами PROCAM ($p < 0,001$), Framingham ($p < 0,001$) та SCORE ($p < 0,001$). Однак, проведена терапія не вплинула на ризик розвитку ЦД ($p > 0,05$). Щодо шкали IRIS II, то достовірне зниження на фоні проведеної терапії спостерігалось тільки для чоловіків: до лікування – $(70,57 \pm 1,93)$ points, після – $(69,89 \pm 1,93)$, $p = 0,02$.

Висновки. Встановлено високу частоту виявлення коморбідної патології серед обстежених пацієнтів високого КВР, що підтверджується розрахованими індексами коморбідності (індекс Charlson, індекс «комбіновані стани та вікові оцінки», показник десятирічної виживаності). Застосування перерахованих показників дозволяє об'єктивізувати оцінку ефективності терапії даної категорії хворих та сприяє проведенню медичних заходів вторинної профілактики.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТАГОНІСТІВ ЛЕЙКОТРИЄНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕКОНТРОЛЬОВАНИМ ПЕРЕБІГОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Нечипорук С. В., Осипенко І. П.

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Україна*

На сьогоднішній день бронхіальна астма (БА) є однією з головних проблем сучасної пульмонології через хронічне алергічне запалення дихальних шляхів, широку поширеність в популяції та, відповідно, значні економічні затрати. Основними препаратами у лікуванні БА є інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС). Проте у значної частини хворих (80 %) навіть при своєчасному та адекватному призначенні ІГКС, навіть у максимальних дозах, спостерігається неконтрольований перебіг БА. В даному випадку використовуються альтернативні лікарські засоби, а саме антагоністи лейкотрієнових рецепторів, основною перевагою яких є можливість впливати на патогенетичні ланки даного захворювання. Мета дослідження – вивчення клінічної ефективності антагоністів лейкотрієнів у пацієнтів із неконтрольованим перебігом БА.

Нами було обстежено 64 пацієнта (середній вік – $(37,2 \pm 1,4)$ років) з неконтрольованим перебігом БА (тривалість захворювання – $(4,7 \pm 0,8)$ років), які отримували максимальні дози ІГКС. усім пацієнтам було проведено повне клініко-інструментальне обстеження. Хворі були розділені на 2 групи: 1 група отримувала ІГКС в максимальній дозі та β_2 -агоністи тривалої дії; 2 група – до базисної терапії додані антагоністи лейкотрієнів в дозі 10 мг на добу. Пацієнти обох груп були репрезентативні за віком, статтю та даними клініко-інструментальних досліджень. Через 3 місяці оцінювались кількість днів із загостренням БА, кількість нападів нічної ядухи, періодичність застосування β_2 -агоністів короткої дії, ранкова пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШВ).

у результаті дослідження у пацієнтів 1 групи в порівнянні з пацієнтами 2 групи достовірно меншою була кількість днів із загостреннями БА (4,7 % та 2,8 %, відповідно, $p < 0,05$). Хворі, що використовували антагоністи лейкотрієнових рецепторів, мали достовірно менше нічних нападів ядухи ($p < 0,05$), значно рідше використовували β_2 -агоністи короткої дії, ПОШВ у них була в нормі або близькою до неї ($p < 0,05$).

Таким чином, застосування в комплексній терапії пацієнтів із неконтрольованим перебігом БА антагоністів лейкотрієнових рецепторів є доцільним та дозволяє значно покращити контроль БА у хворих зі стійкою симптоматикою.

МОДЕЛЬ ОЦІНКИ ВПЛИВУ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Боровик І. Г., Мумджі З. Ф.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета – оцінити особливості впливу дії виробничих факторів на розвиток хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в умовах виробництва щодо з'ясування основних критичних точок впливу на механізми розвитку захворювання.

Використовували групу спостереження (ГС), у яку увійшли практично здорові працюючі в шкідливих та небезпечних умовах на підприємствах машинобудування у кількості 296 робітників та групу хворих на ХОЗЛ у кількості 68 осіб.

Методика одержання вирішального правила для прогнозування стану здоров'я працівників базується на алгоритмі, що передбачає "навчання" системи на навчальній вибірці, виділеної випадковим чином із зібраних вихідних даних, а потім – перевірку отриманих результатів на екзаменаційній вибірці. При "навчанні" одержуємо математичне вираження для прогнозування і знаходимо чисельні значення його параметрів. У результаті з'являється можливість кожного з обстежуваних працівників за значеннями його показників віднести з певним ступенем імовірності до одного з можливих класів, тобто прогнозувати конкретний стан його здоров'я. Такими числовими параметрами є коефіцієнти правдоподібності для кожної градації за всіма показниками. Як навчальну вибірку використовуємо даних працівників з непарними порядковими номерами, а для екзаменаційної вибірки – другу половину масиву вихідних даних. Таким чином, отримане вирішальне правило для прогнозування стану здоров'я працівників, що складається з прогностичної матриці і граничного значення прогностичної суми.

Відповідно до описаного алгоритму нами проведений розрахунок прогностичних сум для створення можливості передбачення на екзаменаційній вибірці. Перевірка результатів прогнозування на екзаменаційній вибірці дала наступні результати: імовірність правильного сприятливого прогнозу $P1 = 0,52$; імовірність правильного несприятливого прогнозу $P2 = 0,75$; помилка 1 роду $P21 = 0,25$; помилка 2 роду $P12 = 0,48$.

Таким чином, найбільш прийнятним, для даного етапу досліджень є варіант моделі, що складається з 16 прогностичних показників з інформативністю більш 0,4, і побудований при розгляді всього масиву вихідних даних. Отримане на даній моделі вирішальне правило для прогнозу щодо стану здоров'я працівників ливарного виробництва свідчить про імовірності несприятливого прогнозу – 80 % і сприятливого – 74 %.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПРАВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ ПРИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ГЕНЕЗУ

Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Боровик І. Г., Мумджі З. Ф.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета – провести загальну оцінку ремоделювання правих відділів серця у процесі розвитку хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в умовах виробничого впливу.

Обстежено працівників підприємств машинобудування АР Крим. Основну групу складали хворі на ХОЗЛ І, ІІ та ІІІ ступеня (ст) важкості (90 пацієнтів); контрольну групу – 30 практично здорових добровольців. Ремоделювання правого шлуночка (ПШ) оцінювалось методом Допплер-ехокардіографії на апараті "Sonos 1500". Для цього визначали форму ПШ та її зміни шляхом розрахунку співвідношення довгої осі ЛПШ до коротких осей ПШ ($d1_{ПШ}$ та $d2_{ПШ}$), систолічне скорочення поперечних розмірів (ССПР) ПШ на трьох рівнях (на базальному – бр, середньому – ср та верхівковому рівні – вр), зміни площі ПШ у діастолу ($Sd_{ПШ}$).

Встановлено, що в групі хворих на ХОЗЛ ІІ та ІІІ ст відмічається збільшення кінцевого діастолічного розміру (КДР) ПШ в порівнянні з хворими на ХОЗЛ І ст. Збільшення розміру ПШ у діастолу при підвищенні ступеня важкості ХОЗЛ відмічається паралельно зі змінами форми ПШ. Товщина вільної стінки ПШ є більшою у всіх хворих на ХОЗЛ у порівнянні з групою контролю, причому цей показник достовірно відрізняється вже при ХОЗЛ І ст від групи контролю і становить, відповідно, $(5,1 \pm 0,7)$ мм та $(4,5 \pm 0,5)$ мм ($p < 0,05$).

Середній тиск в легеневій артерії (СрТЛА) у хворих на ХОЗЛ ІІІ ст на 43,3 % перевищував відповідний показник групи контролю, причому вже при ХОЗЛ І ст СрТЛА на 6 % був вищим за контрольний показник. За результатами вимірювань поперечних розмірів ПШ на трьох рівнях встановлено, що найбільші ділятаційні зміни відзначалися на базальному та середньому рівнях: $(27 \pm 2,2)$ мм при ХОЗЛ ІІ ст. та $(28 \pm 2,5)$ мм при ХОЗЛ ІІІ ст (бр) та $(26 \pm 3,2)$ мм при ХОЗЛ ІІ ст. та $(27 \pm 2,3)$ мм при ХОЗЛ ІІІ ст. (ср). Ці дані демонструють зміни форми ПШ до більш сферичної. Показник $d1_{ПШ}/L_{ПШ}$ також демонструє збільшення короткої осі ПШ у порівнянні до довгої, яка є відстанню від верхівки ПШ до фіброзного кільця трикуспідального клапана в апікальній 4-х камерній позиції. Так, відмічається тенденція щодо збільшення $d1_{ПШ}/L_{ПШ}$ при ХОЗЛ ІІ та ІІІ ст у порівнянні з даними при ХОЗЛ І ст та групою контролю, відповідно, $(0,35 \pm 0,07)$ та $(0,42 \pm 0,05)$.

Таким чином, ремоделювання серця при ХОЗЛ професійного генезу стосується змін сполучнотканинного та м'язового каркасу серця.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛАБОРАТОРНОГО МОНІТОРИНГУ СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ У ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ДІЇ ФАКТОРІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ

Носач О. В.

*Державна установа "Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України", м. Київ*

На сьогодні фахівці в усьому світі констатують факт динамічної прогресії питомої ваги неінфекційних хвороб, що перебігають одночасно. Реагування на це, за оцінками ВООЗ, має бути одним з основних завдань у другому десятиріччі ХХІ сторіччя. З плином часу в популяції населення, яке зазнало дії іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської аварії, реєструється збільшення захворюваності та поширеності хронічних соматичних захворювань з ураженням серцево-судинної, бронхолегеневої та ендокринної систем, гепатобіліарної зони, судинної патології головного мозку. Тому проблема контролю соматичної коморбідності при організації надання медичної допомоги цій категорії хворих набуває все більшого значення.

Мета роботи: розробка підходів щодо підвищення ефективності системи лабораторного моніторингу перебігу патологічних процесів при соматичній коморбідності у хворих, які зазнали дії факторів Чорнобильської аварії.

Як свідчать результати спостереження у післяаварійному періоді за станом здоров'я хворих, які зазнали дії іонізуючого випромінювання у широкому діапазоні доз, удосконалення існуючих діагностичних алгоритмів є можливим на підставі комплексної оцінки метаболічних особливостей формування хронічних патологічних процесів. Для цього необхідно:

- ретроспективно охарактеризувати зміни лабораторних показників, що застосовуються в рутинній клінічній практиці, в основних кластерах хронічних коморбідних захворювань, до складу яких входять найбільш поширені соматичні неінфекційні хвороби та судинна патологія головного мозку, і проаналізувати динаміку їх формування;

- провести поглиблені лабораторні дослідження з визначенням показників, що характеризують системну запальну реакцію, стан прооксиданто-антиоксидантних процесів, активацію ендотелію та реакцію імунної системи на персистенцію герпес-вірусної інфекції в основних кластерах хронічних соматичних захворювань;

- визначити найбільш інформативні біохімічні показники та їх комбінації для характеристики перебігу коморбідної патології;

- розробити моделі формування та прогресування хронічної коморбідної патології, окреслити критерії формування груп підвищеного ризику її прогресування.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Нурмухамедов А. И., Абдуллаев А. Х., Туляганова Д. К.

*АО «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент,
Узбекистан*

Цель – оценка эффективности препаратов, содержащих натуральные эстрогены и прегестагены с фитоэстрогенами у пациенток с климактерическим синдромом (КС).

Материал и методы. Пациенткам с КС с вегето-сосудистыми и метаболическими нарушениями назначали циклопрогину (ЦП), климен (К), прогину (П) или климадинон (КЛ). Исследования (ультразвуковое, цитологическое, общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) и ЛП низкой плотности (ХСЛПНП)).

Результаты. Все 3 препарата, содержащие одинаковую дозу эстрадиола валерата (2 мг) эффективно купировали «приливы», слабость и депрессии (88,0 % пациенток). Более низкая частота симптомов гиперэстрогенизации в виде нагрубания молочных желез при лечении Ц и К, по сравнению с принимавшими П, обусловлена, на наш взгляд, содержанием в первых двух препаратах прогестагенов, нейтрализующих специфическое эстрогенное влияние эстрадиола валерата на ткани-мишени. При применении П частота побочных эффектов в первые циклы лечения отмечена у 63 % пациенток, и при Ц и К, соответственно, у 61 % и у 52 %. КЛ в лечении вегето-сосудистых расстройств при КС несколько уступает гормонотерапии в виде последовательной комбинации эстрадиола валерата и прогестагенов, но фитотерапия не сопровождается осложнениями «классической» заместительной гормонотерапии (ЗГТ). Меньший эффект фитотерапии компенсируется практическим отсутствием осложнений, что говорит о широком диапазоне приемлемости её при лечении нарушений, свойственных КС. Препараты снижают и индекс атерогенности (ИА). КЛ оказал на эти показатели умеренное влияние, и оно имело вид тенденции. Возможно применение фитоэстрогенов в целях ЗГТ у пациенток, которым применение классической гормонотерапии препаратами эстрадиола противопоказано. Это свидетельствует о широком диапазоне приемлемости фитоэстрогенов у пациенток. При ослаблении эффекта фитоэстрогенов, на втором этапе гормонотерапии возможно достижение компенсации нарушений путем назначения препаратов, содержащих «натуральные» эстрогены.

Вывод. Своевременное и адекватное назначение препаратов, содержащих натуральные эстрогены и прегестагены с фитоэстрогенами, способствует профилактике кардиоваскулярных заболеваний у пациенток с КС с вегето-сосудистыми и метаболическими нарушениями.

ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТУ АМЛЕССА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Овчаренко Л. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність: Зростання чисельності популяції літніх людей та велика розповсюдженість в ній гіпертонічної хвороби вимагає створення нових медикаментів та удосконалення методики антигіпертензивно терапії.

Основна частина. Існуючі на сьогодні основні 5 класів антигіпертензивної терапії в якості монотерапії не завжди справляються з завданням достатньої та довготривалої стабілізації артеріального тиску у пацієнтів з артеріальною гіпертензією і потребують комбінованої терапії.

Амлесса (Amlessa), виробник KRKA, Словенія, є комбінованим антигіпертензивним препаратом. У склад препарату входять два активних компонента – периндоприл та амлодипін.

У хворих на гіпертонічну хворобу 2 стадії 2 ступеня віком від 60 до 70 років без вагової супутньої патології (27 осіб) вивчали вплив препарату амлесса в дозі 4мг/5мг на показники артеріального тиску. Тривалість лікування-6 неділь.

Усім пацієнтам проводилось добове моніторування АТ з аналізом середньодобових показників варіабельності АТ, ультразвукове дослідження серця, вивчались показники ліпідів крові, цукру крові, сечової кислоти .

Було встановлено, що препарат амлесса забезпечував істотне зниження артеріального тиску у людей старших вікових груп. Зниження артеріального тиску настає швидко і зберігається без виникнення тахіфілаксії. Призупинка прийому препарату не супроводжувалась розвитком синдрому відміни. Окрім цього, слід відзначити, що у цих пацієнтів не виникало необхідності корекції початкової дози.

Аналіз добового ритму артеріального тиску (добовий індекс) показав, що на фоні прийому препарату амлесса спостерігалось зменшення варіабельності артеріального тиску, що свідчить про ефективність лікування.

Лікування препаратом супроводжувалось помірним збільшенням розмірів порожнини лівого шлуночка як у систолу, так і в діастолу. Препарат не викликав суттєвого зменшення фракції викиду. Показники ліпідів крові, цукру крові, сечової кислоти не змінювались.

Висновки: Застосування препарату амлесса у складі комплексної терапії хворих на гіпертонічну хворобу осіб похилого віку сприяв суттєвому поліпшенню перебігу артеріальної гіпертензії, значимим антигіпертензивним ефектом. Препарат не погіршував показники кардіогемодинаміки. Гарно переносився хворими, сприяв покращенню якості життя.

ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Олейник М. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Развитие современных технологий способствовало более глубокому пониманию патогенеза остеоартроза (ОА), как хронического воспалительного заболевания, при котором имеет значение дисбаланс цитокинов (интерлейкина (ИЛ)-1 β и фактора некроза опухолей (ФНО- α). Однако, остаются не изученными изменения представленных цитокинов при сочетании ОА и сахарного диабета (СД) 2 типа.

Цель – изучение влияния цитокинов на течение остеоартроза (ОА) и при его коморбидности с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Было обследовано 49 больных (10 мужчин и 39 женщин), средний возраст составил ($53,67 \pm 1,87$) лет. Больные были распределены на 2 группы: 1-я группа - 21 больной с ОА, 2-я – 28 больных с сочетанием ОА и СД 2 типа. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Обследование больных включало рентгенологическое исследование суставов, выраженность болевого синдрома при движении и покое определяли по ВАШ, симптомы ОА оценивали по индексу Лекена, так же проводилось исследование ИЛ-1 β и ФНО- α иммуноферментным методом.

Результаты. Уровень ФНО- α значительно отличался у пациентов всех исследуемых групп (K-W $H(3,104) = 88.097$, $p < 0,05$). Достоверно более высокий уровень ФНО- α наблюдался при сочетанном течении ОА и СД 2 типа ($p < 0,05$), несколько меньше при изолированном течении ОА. Уровень ИЛ-1 β достоверно отличался между всеми группами (K-W $H(3,89) = 51,436$, $p < 0,05$). Так по сравнению с контрольной группой уровень ИЛ-1 β был достоверно выше в группе с ОА (M-W $Z = -3,546$ $p < 0,00833$) и при коморбидной патологии (M-W $Z = -3,642$ $p < 0,00833$). В группе с изолированным течением ОА наблюдалась значимая корреляционная связь между ФНО- α и тестом Лекена ($\tau = -0,488$, $p = 0,00196 < 0,05$). А в группе с сочетанным течением ОА и СД 2 типа имела значимая корреляционная связь между ИЛ-1 β и болью при движении по ВАШ ($r = 0,283$, $p = 0,0343 < 0,05$). Была определена значимая положительная корреляция между ИЛ-1 β и ФНО- α ($r = 0,652$, $p < 0,05$) в группе больных с сочетанным течением ОА и СД 2 типа.

Выводы. Наличие достоверной связи цитокинов с клинко-рентгенологическими показателями у больных с ОА и более высокие их уровни при коморбидной патологии могут свидетельствовать о значении иммунного воспаления в развитии и прогрессировании ОА и при его сочетании с СД 2 типа.

ЗВ'ЯЗОК РЕЗУЛЬТАТІВ КАПНОМЕТРІЇ І ПОКАЗНИКІВ ГАЗОВОГО СКЛАДУ КАПІЛЯРНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Опімах С. Г.

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

«Золотим стандартом» оцінки газообміну є визначення газового складу крові, але це складна та вартісна методика.

Мета роботи – покращити діагностику порушень газообміну у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) шляхом використання методики капнометрії.

Для досягнення мети сформульоване **завдання** – вивчити можливості капнометрії в оцінці показників газообміну у хворих на ХОЗЛ та порівняти отримані дані з результатами аналізу газового складу крові.

Матеріали і методи. Робота виконана за рахунок коштів державного бюджету України. Обстежено 22 хворих (17 чоловіків і 5 жінок), серед них 4 – з II, 11 – з III і 7 – з IV стадією ХОЗЛ. Проведено аналіз газового складу капілярної крові і результатів капнометрії (вивчалася концентрація вуглекислого газу (CO_2) наприкінці видиху, FETCO_2), а також кореляційний аналіз з визначенням коефіцієнту кореляції Спірмена (ρ).

Результати. Майже у третини (у 7) хворих був підвищений рівень парціальної напруги CO_2 в крові (PaCO_2), гіпокапнія крові не виявлена в жодного з обстежених хворих на ХОЗЛ; в усіх хворих з гіперкапнією крові був підвищений рівень FETCO_2 . Результати кореляційного аналізу демонструють наявність статистично достовірного зв'язку середньої сили між PaCO_2 та FETCO_2 ($\rho = 0,475$, $p < 0,05$). Рівняння регресії при цьому приймає вигляд $\text{PaCO}_2 = 3,6582 \cdot \text{FETCO}_2 + 25,418$.

Висновки. Капнометрія дозволяє спрогнозувати наявність гіперкапнії крові у хворих на ХОЗЛ при високому значенні FETCO_2 .

ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНА ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ: СТАН ГЕМОСТАЗУ

Оринчак М. А., Василечко М. М.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Україна*

Мета – оцінити перебіг вперше виявленої ФП та стан коагуляційного гемостазу залежно від наявності інсулінорезистентності.

Матеріали і методи. Обстежено 47 хворих із вперше виявленою ФП, які мали ознаки МС за критеріями АТР ІІІ (2001), вік (65 ± 9) років; (31 чоловіки, 16 жінки). Проведено холтерівське моніторування ЕКГ, ехокардіографія, пероральний глюкозо-толерантний тест, аналіз стану системи коагуляційного гемостазу (протромбіновий індекс (ПтІ), фібриноген, розчинні фібрин-мономерні комплекси (РФМК), D-димери) за стандартними методиками. Хворих обстежено в стаціонарі та через 1 рік. Контроль – 20 здорових осіб.

Результати. Впродовж 1 року у 13 (27,65 %) випадках відмічено пароксизмальну форму ФП, у 16 (34,04 %) – персистуючу ФП, серед них у 2 (12,5 %) випадках проведено радіочастотну катетерну абляцію. У 15 (31,91 %) випадках діагностовано постійну форму ФП. Померло 3 (6,38 %) хворих, всі жінки: 1 із пароксизмальною ФП та спонтанною гіперінсулінемією (ГІ); 2 – із постійною формою ФП: 1 з реактивною ГІ, 1 – зі спонтанною. Залежно від рівня ендогенного інсуліну (ЕІ) в крові було виділено 24 хворих з нормальним рівнем ЕІ ($8,93 \pm 3,59$) мкОд/мл натще та ($13,63 \pm 4,23$) мкОд/мл – через 2 години після навантаження глюкозою (1 група); 11 хворих з реактивною ГІ – ЕІ натще ($15,37 \pm 4,53$) мкОд/мл, через 2 години – ($34,38 \pm 6,93$) мкОд/мл (2 група); 13 хворих зі спонтанною ГІ – рівень ЕІ натще ($37,09 \pm 8,78$) мкОд/мл та ($41,94 \pm 8,78$) мкОд/мл через 2 години (3 група). Показник ПтІ становив ($109,85 \pm 2,27$) % (1 група); ($112,76 \pm 3,64$) % (2 група); ($116,85 \pm 2,35$) % (3 група) відповідно, в контролі – ($89,91 \pm 3,68$) % ($p < 0,05$). Рівень фібриногену перевищував на 36,51 % (1 група); 57,23 % (2 група); 71,38 % (3 група) показник у контролі – ($3,04 \pm 0,52$) г/л ($p < 0,05$). Рівень РФМК виявився підвищений у 1,75; 1,92 та у 2,0 раза у хворих 1; 2 та 3 групи відповідно порівняно із рівнем у контролі ($p < 0,05$). Різко підвищені РФМК (>10 мг/дл) виявлено у 14 (29,79 %) випадках серед хворих із реактивною/спонтанною ГІ ($p < 0,05$). Підвищення рівня D-димерів понад 200 нг/мл виявлено у 8 (33,33 %) (1 група); 4 (36,36 %) (2 група); 5 (38,46 %) (3 група) випадках ($p < 0,05$).

Висновок. Вперше виникла ФП може бути першим проявом як пароксизмальної, так і постійних форм ФП і може бути передумовою розвитку фатальних серцево-судинних подій. Високий ризик розвитку ускладнень ФП обумовлюється протромботичними розладами коагуляційної ланки гемостазу із підвищенням рівнів ПтІ, фібриногену, РФМК та D-димерів, особливо за наявності інсулінорезистентності із реактивною/спонтанною ГІ.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МІКРОЕЛЕМЕНТУ ФОСФОРУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

Оринчак М. А., Гаман І. О., Човганюк О. С.,

Артеменко Н. Р., * Фрезані Л. Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

**Центральна міська клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна*

Актуальність. Мікроелементи необхідні для підтримки нормальної життєдіяльності організму, оскільки входять до складу ферментів, вітамінів, гормонів та інших біологічно активних речовин. Нирки приймають участь в обміні різних мікроелементів, тому важливим є дослідження стану обміну мікроелемента фосфору при ураженні нирок.

Мета: оцінити показники фосфорного обміну залежно від ступеня порушення функціонального стану нирок у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН).

Методи дослідження. Обстежено 37 хворих на ХХН III-V стадії (21 жінки, 16 чоловіки), середній вік (48 ± 12) роки. Проведено загальноклінічне обстеження, біохімічне дослідження крові з визначенням рівня креатиніну, сечовини, та фосфору у плазмі крові. Залежно від стадії ХХН хворих розподілено на 3 групи. У 1 групу включено 6 (16,2 %) хворих з ХХН III стадії, у 2 групу – 5 (13,5 %) хворих із ХХН IV стадії, у 3 групу – 26 (70,3 %) хворих з ХХН V стадії. Контрольну групу склали 10 здорових осіб.

Результати дослідження. Рівень креатиніну у хворих 1 групи виявився підвищеним на 61,3 %, у хворих 2 групи – на 76,8 %, у хворих 3 групи – на 88,8 % відповідно порівняно з рівнем у здорових – ($104,0 \pm 9,51$) мкмоль/л ($p < 0,05$). У хворих 1 і 2 групи виявлено підвищений рівень сечовини у 2,3 і у 3,3 рази, у 3 групі – 4,0 рази порівняно зі здоровими – ($5,4 \pm 1,24$) ммоль/л ($p < 0,05$). Рівень фосфору у 1 групі коливався в межах показника у здорових осіб – ($1,12 \pm 0,24$) ммоль/л ($p < 0,05$). У 2 групі рівень фосфору виявився підвищеним на 39,13 %, у 3 групі – на 46,92 % порівняно зі здоровими ($p < 0,05$). За рівнем фосфору у крові хворих 3 групи розподілено на три підгрупи. Нормальний рівень фосфору (1,5-1,65 ммоль/л) виявлено у 10 (38,4 %) випадках, причому показник креатиніну у 6,0 разів перевищував рівень у здорових ($p < 0,05$); пограничний рівень фосфору (1,7-2,0 ммоль/л) – у 8 (30,8 %) випадках та рівень креатиніну виявився підвищеним у 7,3 рази ($p < 0,05$); рівень фосфору (більше 2,0 ммоль/л) – у 8 (30,8 %) випадках та рівень креатиніну у 9,4 рази перевищував показник у здорових ($p < 0,05$).

Висновки. При ХХН спостерігається порушення мікроелементного обміну у вигляді прогресуючої гіперфосфатемії. Рівень фосфору в плазмі крові може слугувати критерієм оцінки тяжкості перебігу ХХН та оптимізації лікування недуги.

ВПЛИВ ТЕЛМІСАРТАНУ І ТОРАСЕМІДУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Оринчак М. А., Шеремета О. М., Човганюк О. С., Вакалюк І. І.,
Артеменко Н. Р., *Палій О. Ю.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

**Центральна міська клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна*

Мета: вивчити вплив комплексного лікування з включенням телмісартану та торасеміду на функціональний стан серця у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з серцевою недостатністю (СН) в залежності від рівня ендогенного інсуліну (ЕІ) в крові.

Матеріали і методи. Обстежено 44 хворих на АГ (19 чоловіки, 25 жінки), ускладнену СН ФК II-III (NYHA), із збереженою фракцією викиду (ФВ > 50 %), середній вік – (60 ± 11) років. Хворих поділено на 3 групи в залежності від рівня ЕІ в крові: 1 група – 20 хворих з нормальним рівнем ЕІ, 2 група – 11 хворих із реактивною гіперінсулінемією (ГІ), 3 група – 13 хворих із спонтанною ГІ. Проведено загальноклінічне обстеження, ехокардіографію, пероральний глюкозо-толерантний тест з паралельним визначенням рівня глюкози (глюкозооксидазний метод) та ЕІ в крові (імуноферментний аналіз). Всі хворі отримували комплексне антигіпертензивне лікування з включенням телмісартану 40-80 мг/д та торасеміду 5-10 мг/д. Обстеження проводили до та через 4 тижні лікування. Контрольну групу складало 10 практично здорових осіб.

Результати. Базальні рівні показників товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП) та задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) виявилися підвищеними на 30 % (1 група); 50 % (2 група) та 47 % (3 група), порівняно з контролем – $(0,89 \pm 0,22)$ см та $(0,97 \pm 0,21)$ см відповідно ($p < 0,05$), відповідно. Показник маси міокарда ЛШ (ММЛШ) був підвищений на 70 % (1 група) та більше ніж у 2 рази в 2 та 3 групі, порівняно з контролем – (170 ± 22) г ($p < 0,05$). Показник ФВ ЛШ у всіх хворих коливався в межах контролю – $(62,8 \pm 2,1)$ % ($p > 0,05$). Пік Е мав тенденцію до зниження в усіх групах, порівняно з контролем – $(0,78 \pm 0,20)$ м/с ($p < 0,1$). Пік А виявився підвищеним на 19 % (1 група); 40 % (2 група) та 41 % (3 група), порівняно з контролем – $(0,59 \pm 0,15)$ м/с ($p < 0,05$). Співвідношення Е/А було зниженим на 37 % (1 група); 48 % (2 група); 49 % (3 група), порівняно з контролем – $(1,69 \pm 0,08)$ Од ($p < 0,05$). Після 4 тижнів комплексного лікування показники ТМШП, ТЗСЛШ та ММЛШ мали тенденцію до зниження на 8 %; 7 % та 10 % (1 група); 6 %; 5 % та 8 % (2 група); 6 %; 4 % та 6 % (3 група), порівняно з базальними рівнями ($p < 0,1$). Показники ФВ ЛШ та піку Е мали тенденцію до збільшення, пік А – до зменшення в усіх групах, порівняно з базальними рівнями ($p < 0,1$). Співвідношення Е/А підвищилось на 13 % (1 група); 11 % (2 група) та 11 % (3 група), порівняно з базальними рівнями ($p < 0,05$).

Висновки. Для хворих на АГ, ускладнену СН ФК II-III (NYHA) із збереженою ФВ, типовим є формування діастолічної дисфункції I типу. Комплексне лікування з включенням телмісартану та торасеміду сприяє покращенню діастолічної функції з регресом гіпертрофії ЛШ та відновленням релаксації ЛШ у хворих на АГ із СН.

ПРОБИОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ: РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ПРИМЕНЕНИЯ

Осолодченко Т. П., Лукьяненко Т. В., Андреева И. Д.,

Штыкер Л. Г., Козубова А. Н.

*ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И. И. Мечникова
НАМН Украины», г. Харьков*

Одной из функций нормальной микрофлоры кишечника является участие в метаболизме различных веществ, которые поступают в организм человека. Также доказана роль кишечной микрофлоры в защите от колонизации различными патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Так называемый бактериальный антагонизм или колонизационная резистентность побуждает различных специалистов работать над созданием препаратов с соответствующими свойствами. Поэтому исследования, направленные на разработку биологических препаратов, способных ликвидировать негативное влияние патологических изменений, которые приобретают форму различных заболеваний, являются актуальными и перспективными.

Фармацевтические фирмы различных стран выпускает ряд препаратов, основу которых составляют представители нормальной микрофлоры кишечника: лактобактерии, бифидобактерии, энтерококки и другие виды микроорганизмов. Различные пробиотические препараты разрабатываются с целью повышения колонизационной резистентности макроорганизма для профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Однако в последнее время спектр показателей применения пробиотических препаратов значительно расширился. Прежде всего, это связано с определением новых положительных эффектов у известных препаратов при лечении таких заболеваний как ревматоидный артрит, гипертонические заболевания, аллергические и стрессовые состояния, требующие постоянного применения различных препаратов. Кроме того, активно разрабатываются новые пробиотические препараты со специфическими свойствами, например способностью к деградации оксалатов и мочевой кислоты.

При исследовании микрофлоры кишечника были отобраны штаммы лактобактерий, способные к деградации оксалатов. Данные микроорганизмы можно использовать для профилактики и лечения мочекаменной болезни.

АНАЛІЗ КИСЛОТНО-ЛУЖНОГО СТАНУ КРОВІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Оспанова Т. С., Єрмоменко Г. В., Болокадзе Є. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Аналіз змін кислотно-лужного стану (КЛС) дозволив виділити три групи хворих в залежності від фенотипу бронхіальної астми (БА). Фенотип 1 (хворі на БА з респіраторним ацидозом) спостерігався у 62 хворих (1 група), фенотип 2 (хворі на БА з метаболічним ацидозом) у 28 (2 група), та фенотип 3 (хворі на БА з респіраторним алкалозом) у 12 хворих (3 група). Так, у хворих в 1 групі виявлено достовірне зменшення рН до $(7,34 \pm 0,011)$, pO_2 до $(39,3 \pm 1,87)$, збільшення pCO_2 до $(50,3 \pm 1,31)$, які були компенсовані збільшенням екскреції титруючих кислот, екскрецією амонію й екскрецією іонів водню $(96,3 \pm 3,7)$ ммоль/доб. ($p < 0,05$).

У хворих 2 групи в порівнянні з показниками контрольної групи рівень рН у середньому склав $(7,38 \pm 0,003)$, що є достовірним показником ($p < 0,05$). Рівень pCO_2 коливався від 19,44 мм рт. ст. до 45,16 мм рт. ст. і в середньому склав $(32,3 \pm 1,44)$ мм рт. ст., що нижче, ніж аналогічний показник у групі контролю $(41,3 \pm 1,5)$ мм рт. ст.). У цій групі виявлені найбільші зміни ВЕ. Рівень ВЕ коливався від 8,2 ммоль/л до 1,78 ммоль/л і в середньому склав $(4,8 \pm 0,12)$ ммоль/л ($p < 0,05$), що в 6 разів нижче, ніж аналогічний показник у групі контролю $(23,1 \pm 0,16)$ ммоль/л). Екскреція титруючих кислот коливалася від 34,8 ммоль/доб. до 40 ммоль/доб., у середньому склала $(38,3 \pm 0,3)$ ммоль/доб. ($p < 0,05$). Екскреція амонію коливалася від 61,32 ммоль/доб. до 69,15 ммоль/доб., в середньому склала $(67,96 \pm 4,52)$ ммоль/доб. ($p < 0,05$). Відповідно екскреція водневих іонів коливалася від 99,32 ммоль/доб. до 111,62 ммоль/доб., в середньому $(106,2 \pm 5,2)$ ммоль/доб. ($p < 0,05$). Так, екскреція титруючих кислот, амонію і іонів водню була вище в 1,4 рази за всіма параметрами у порівнянні з аналогічним показником у групі контролю. У хворих 3 групи рівень рН крові коливався від 7,42 до 7,51 і в середньому склав $(7,45 \pm 0,018)$ ($p < 0,05$). Напруга CO_2 мала тенденцію до зниження та коливалася від 27,3 мм рт. ст. до 32,5 мм рт. ст., у середньому склала $(30,2 \pm 1,22)$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). Рівень екскреції титруючих кислот, амонію й іонів водню достовірно не відрізнявся від показників контрольної групи. Таким чином, для хворих респіраторним алкалозом характерно: зниження pCO_2 , підвищення рН, відсутність змін екскреції іонів водню. У всіх досліджуваних групах спостерігалось достовірне зниження напруги кисню, яка склала у хворих з респіраторним ацидозом $(39,3 \pm 1,87)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$); метаболічним ацидозом $(57,3 \pm 1,14)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$); респіраторним алкалозом $(48,3 \pm 5,25)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Аналізуючи вплив патогенетичних чинників на формування змін функціонального стану нирок, виявлено, що зниження КФ найбільшою мірою обумовлене зниженням pO_2 . Виявлена тісна кореляційна залежність при зіставленні КФ і pO_2 у хворих БА ($r = +0,61$) ($p < 0,05$), що підтверджують літературні дані про негативний вплив гіпоксемії на первинний етап сечоутворення.

МОЛЕКУЛИ АДГЕЗІЇ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Оспанова Т. С., Заозерська Н. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: визначення рівнів експресії молекул адгезії Е-селектин, sICAM-1 та sVCAM-1 у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН): діабетичну нефропатію та ожиріння.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 121 хворий на цукровий діабет (ЦД), ускладнений діабетичною нефропатією (ДН) та ожирінням у віці від 18 до 84 р. Усі хворі були розподілені на дві групи: основну (83 хворих на ЦД з ДН та ожирінням) та групу порівняння (38 осіб з ЦД та ДН з нормальною масою тіла). Тривалість ЦД коливалась в межах від 1 до 27 років. Серед пацієнтів основної групи на ЦД 2-го типу страждали 56 осіб (67,46 %), ЦД 1-го типу мали 27 хворих (52,24 %), в групі порівняння – 21,05 % та 78,94 %, відповідно. Було досліджено вміст молекул адгезії лейкоцитів Е-селектину, sICAM, sVCAM у хворих на ЦД, а також залежно від стадії ХХН та рівня мікроальбумінурії (МАУ).

Результати та обговорення: Підвищення рівня sICAM-1 виявлено у 96,61 % хворих. При порушенні функціонального стану нирок, рівень sICAM-1 прогресивно підвищується, однак при ХХН 3-4 ст. цей процес сповільнюється і вміст цієї молекули адгезії в подальшому не збільшується. Рівень sVCAM-1 був достовірно підвищен у 49,18 % хворих. В міру прогресування ХХН показник sVCAM-1 достовірно збільшувався. Також було знайдено пряму кореляцію мікроальбумінурії (МАУ) із рівнем sVCAM-1. В міру зростання ступеня ожиріння значущих змін концентрації sICAM-1 та sVCAM-1 не відбувалося. Загальний показник рівня Е-селектину в крові пацієнтів із ЦД становив $(49,26 \pm 1,76)$ нг/мл, що статистично достовірно вище за аналогічний показник у групі контролю. При аналізі залежності експресії Е-селектину від ступеня ожиріння, з'ясовано, що при ожирінні 2-3 ст. вміст Е-селектину був максимально високий і складав $(74,07 \pm 3,16)$ нг/мл, що достовірно вище за показник у попередніх групах ($p < 0,001$).

Таким чином, результати наших досліджень свідчать про те, що молекули адгезії (Е-селектин, sICAM, sVCAM) слід віднести до ранніх маркерів діабетичних мікроангіопатій на тлі ожиріння. На пізніх етапах мікроангіопатії Е-селектин прогностичного та діагностичного значення не має. Навпаки рівні sVCAM та sICAM достовірно підвищуються вже на доклінічних стадіях ураження судин та зростають в міру їхнього прогресування, що може бути маркером прогресування діабетичної мікроангіопатії. Ожиріння асоціювалося зі збільшенням вмісту Е-селектину – основного маркеру ендотеліальної дисфункції.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА

Оспанова Т. С., Заозерская Н. В., Смирнов И. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: исследование функции внешнего дыхания (ФВД) у пациентов с СД, осложненным диабетической нефропатией (ДН), артериальной гипертензией, ожирением.

Материалы и методы: обследовали 121 пациента в возрасте от 18 до 84 лет, у которых был диагностирован СД 1 и 2 типа, осложненный ДН, артериальной гипертензией, на фоне ожирения. Длительность заболевания колебалась от 1 до 27 лет.

Результаты исследования. Было установлено, что у 40,9 % больных имеют место нарушения ФВД, которые в большей части случаев (70,4 %) представлены обструктивным типом вентиляционных нарушений (ВН). По мере увеличения продолжительности заболевания выявлено снижение показателей МОС₂₅₋₇₅ (максимальная объемная скорость воздуха на уровне выдоха 25-75 % ФЖЕЛ), которые свидетельствуют о качественной обструкции мелких бронхов. При появлении и прогрессировании микроангиопатических осложнений (ДН 3-5 стадии) выявляются и прогрессируют снижение МОС₇₅, МОС₅₀, МОС₂₅, форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) и объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) (МОС₇₅ – на 9,94 %, МОС₅₀ – на 11,7 %, МОС₂₅ – на 4,33 %, ФЖЕЛ – на 9,51 % и ОФВ₁ – на 9,53 %, соответственно). Прогрессирование хронической болезни почек (ХБП) также оказало влияние на показатели МОС₅₀, МОС₇₅, снизив их величины по мере прогрессирования снижения скорости клубочковой фильтрации (при ХБП 3 ст. МОС₅₀ – на 5,56 % и МОС₇₅ – на 8,6 %, соответственно). У 57,1 % пациентов с ХБП 3-4 ст. выявлены ВН: у 50 % – обструктивного типа, у 50 % – смешанного типа. По мере прогрессирования ХБП отмечалась тенденция к ухудшению показателей ФВД и увеличения количества пациентов со смешанным типом ВН. Статистически значимых различий между ВН и повышенной массой тела выявлено не было, так ВН были найдены у 50 % больных ДН с нормальной массой тела и у 35,7 % больных с ДН и ожирением.

Таким образом, при СД по мере прогрессирования заболевания и его осложнений появляются и прогрессируют качественные обструктивные нарушения функции легких, которые отражают изменения, возникающие в базальной мембране легких и бронхов, и которые можно назвать легочной микроангиопатией. Поэтому периодическое мониторирование легочной функции (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅, ОФВ₁ и ФЖЕЛ) может быть предложено, как мера по контролю состояния здоровья больного и как прогностический маркер прогрессирования микроангиопатии при СД.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Оспанова Т. С., Чернякова І. А., Болокадзе Є. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

На сучасному етапі розвитку медицини оцінка якості життя (ЯЖ) хворих за показниками двох сумарних шкал – «Фізичне здоров'я» (PCS) і «Психічне здоров'я» (MCS) є актуальним питанням.

Мета дослідження: проаналізувати показники сумарних шкал (PCS і MCS) опитувальника SF-36 у хворих на бронхіальну астму (БА) залежно від артеріальної гіпертензії (АГ) та надлишкової ваги тіла в залежності від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали та методи: Для аналізу впливу ІМТ на ЯЖ у хворих на БА пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 група з ІМТ менше за 24 кг/м^2 (9 хворих), 2 група – більше 24 кг/м^2 (21 пацієнт). В середньому в 1 групі ІМТ склав $(21,0 \pm 1,7) \text{ кг/м}^2$, у 2 групі – $(32,6 \pm 5,3) \text{ кг/м}^2$ ($p < 0,05$). У 1 групі PCS складав у середньому $(37,0 \pm 6,5)$ балів, MCS $(35,1 \pm 5,4)$; у 2 групі $32,9 \pm 3,4$ і $39,2 \pm 4,6$ відповідно. Таким чином, підвищений ІМТ знижує фізичну складову якості життя ($p < 0,05$) і не впливає на психічне здоров'я ($p > 0,1$).

При БА приблизно в 24 % хворих констатується АГ, патогенез якої залишається дискусійною. Серед обстежених нами хворих АГ спостерігалася у 11 хворих (36 %). У хворих з нормотензією PCS складав у середньому $(38,2 \pm 2,9)$, MCS $(42,1 \pm 4,0)$; У пацієнтів з АГ – $(31,6 \pm 3,1)$ і $(35,7 \pm 4,8)$, відповідно. Це свідчить про те, що АГ погіршує ЯЖ за рахунок і фізичного, і психічного здоров'я ($p < 0,05$).

ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ ЗА РАХУНОК ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Остапець М. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність проблеми профілактики та лікування маткових кровотеч пубертатного віку (МКПВ) не викликає сумнівів, оскільки дівчата, які мали дисфункціональні маткові геморагії в пубертаті, представляють собою групу ризику відносно менструальної та генеративної функції в більш зрілому віці. В механізмі МКПВ ключова роль належить посиленому фібринолізу, в зв'язку з чим фібриновий згусток вимивається. В клінічній практиці з метою гемостазу хворим із МКПВ застосовують комплекс: гемостатичні препарати, засоби, що підвищують тонус та скоротливу активність міометрію, а також зміцнюють судинну стінку. Одним із пріоритетних напрямлень сучасної фармакології є пошук нових біологічно активних речовин рослинного походження, яким би були притаманні всі вказані властивості. Однією з таких рослин є герань болотна.

Мета дослідження – встановлення можливого впливу сухого екстракту з трави герані болотної на систему фібринолізу.

Дослідження проводили на білих щурах масою 170,0-200,0 г. Усіх тварин було розподілено на 3 групи (по 6 в кожній): 1 група – інтактні тварини (дистильована вода); 2 група – тварини, яким вводили внутрішньошлунково досліджуваний екстракт в $ED_{50}=3$ мг/кг; 3 група – тварини, які отримували референс-препарат – екстракт із трави грициків звичайних ($ED_{50}=25$ мг/кг).

З метою аналізу системи фібринолізу визначали наступні показники: час лізису еуглобулінового згустку, фібринолітичну активність, продукти деградації фібрину. Всі тести оцінювали в плазмі зі зниженою кількістю тромбоцитів. Час лізису еуглобулінового згустку визначали за методом Коваржика-Булука. Фібринолітичну активність вивчали за методом, що базується на різниці кількості фібрину до початку та після інкубації. Продукти деградації фібрину оцінювали за пробою з протамінсульфатом.

Отримані результати вказують на те, що час лізису еуглобулінового згустку під впливом сухого екстракту з трави герані болотної підвищувався на 15,8 % та 14 % відносно контрольної групи та препарату порівняння. При дослідженні фібринолітичної активності встановлено, що досліджуваний екстракт пригнічує фібриноліз в 1,2 рази щодо контролю та в 1,3 рази в порівнянні з екстрактом із трави грициків звичайних. При вивченні продуктів деградації фібрину отримано негативний результат.

Таким чином, отримані дані свідчать про помірну антифібринолітичну активність сухого екстракту з трави герані болотної, яка здійснюється за рахунок пригнічення активності плазміногену та його конверсії в плазмін.

НЕИНВАЗИВНАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ НАЛИЧИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Острополец С. В., *Исаева А. С., *Лавренко Т. А., *Клименко Т. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,

**ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН*

Украины», г. Харьков

Целью работы был поиск признаков, оценка которых могла бы с высокой вероятностью предсказать наличие атеросклеротического поражения коронарных артерий у женщин в перименопаузе.

Для решения поставленной задачи при помощи многомерного дискриминантного анализа была построена экспертная система, которая позволяет прогнозировать вероятность наличия атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Основные положения моделей: существует группа пациентов с референтным диагнозом (у которой доказано наличие атеросклероза коронарных артерий) и совокупностью лабораторных и инструментальных показателей. Из всей совокупности показателей отбираются наиболее информативные, с точки зрения дифференцирования диагноза, так называемые, "дискриминантные переменные". Классифицирующей переменной в этих случаях является наличие/отсутствие атеросклероза коронарных артерий. На первом этапе были отобраны факторы, являющиеся маркерами атеросклероза. К таким факторам были отнесены ДАД, ИМП, METs, ФСГ, ЛПНП.

Сущность данного алгоритма, обоснованного процедурой дискриминантного анализа, реализуется следующим способом: в том случае, если необходимо спрогнозировать у женщины в перименопаузе наличие атеросклеротического процесса в коронарных артериях, определяют показатели ДАД, ИМП, METs, ЛПНП и ФСГ и на их основе рассчитывают ПР1 и ПР2. В соответствии с тем, какой из показателей выше определяется группа, к которой с наиболее высокой вероятностью относится пациентка. Чувствительность метода высока и составляет 80 %, специфичность – 75 %.

Представленный алгоритм диагностики наличия или отсутствия атеросклеротических изменений в коронарных артериях был реализован в виде программного обеспечения (программа Atheromarker) для персональных компьютеров и позволяет до проведения инвазивных исследований выделить группу пациенток, у которых наличие атеросклеротического повреждения высоковероятно.

Таким образом, разработана система предварительной оценки наличия атеросклеротического поражения коронарных артерий, которая является неинвазивной и доступной в широкой клинической практике. Использование данной системы оценки рекомендовано пациенткам, планирующим гормональную заместительную терапию и для отбора группы пациенток для проведения коронарографии.

С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН ЯК МАРКЕР СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Кадан Л. П., Сінгаєвський М. Б.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета: дослідження рівня високочутливого С-реактивного протеїну (hsC-RP) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в залежності від наявності чи відсутності клінічних ознак системного запалення (супутня ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба або їх поєднання) та клінічних параметрів захворювання.

Матеріали і методи: Обстежено 79 хворих на ХОЗЛ в стадії загострення, 25 здорових осіб контрольної групи, у яких методом імуноферментного аналізу визначали вміст hsC-RP у сироватці крові. В залежності від наявності чи відсутності супутніх серцево-судинних захворювань як клінічних ознак системного запалення, обстежені хворі розподілені на 2 групи: I групу склали 55 хворих на ХОЗЛ (69,6 %, середній вік – $(65,2 \pm 1,1)$ років), у яких було діагностовано клінічні супутні серцево-судинні захворювання; в II групу увійшло 24 пацієнта (30,4 %, середній вік – $(45,2 \pm 2,6)$ років) без таких.

Результати. У хворих на ХОЗЛ загальної групи реєструвався підвищений рівень hsC-RP ($7,4 \pm 1,0$) мг/л у зрівнянні з контролем ($1,8 \pm 0,4$) мг/л. Виявлена залежність вмісту hsC-RP від наявності чи відсутності клінічних ознак системного запалення. Так, у хворих I групи концентрація hsC-RP у сироватці крові була вірогідно вищою ($9,2 \pm 1,39$) мг/л за таку як у здорових осіб, так і у пацієнтів II групи ($3,2 \pm 0,9$) мг/л, $p \leq 0,05$. Ця залежність не була зв'язаною з рівнем зниження ОФВ1 ($r = -0,10$) та тяжкістю перебігу ХОЗЛ ($r = 0,07$), $p \geq 0,05$.

Висновок. Сироватковий вміст високочутливого С-реактивного протеїну у хворих на ХОЗЛ може бути використаний в якості маркера системного запалення.

Робота виконана за рахунок державного бюджету України.

КОРРЕЛЯЦИЯ СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ СНИЖЕНИИ СВЕТОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Панченко Н. В., Гончарь Е. Н., Арустамова Г. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Глаукома на сегодняшний день занимает одно из лидирующих мест среди причин слепоты во всем мире. По современным представлениям она определяется как гетерогенная группа заболеваний, которая характеризуется прогрессирующим течением, развитием оптической нейропатии, постепенным нарушением поля зрения, которые чаще всего связаны с повышением внутриглазного давления (ВГД).

По мнению Hood D.C. et al. (2007) начальные глаукоматозные изменения поля зрения характеризуются величиной среднего отклонения в пределах MD = -3,0 дБ и выше, а значительное снижение светочувствительности в сравнении с возрастной нормой отмечается при значении MD = -10,0 дБ и ниже

Цель: изучение корреляции структурных и функциональных показателей при значительном снижении светочувствительности сетчатки у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Материал и методы. Проведено изучение силы корреляционной связи между средним отклонением и толщиной слоя перипапиллярных нервных волокон, толщиной слоя перипапиллярных нервных волокон в нижнем квадранте и в секторе 19/17 часов, толщиной нервных волокон в макулярной области, толщиной комплекса ганглионарных клеток сетчатки и его толщиной в нижнем отделе, у пациентов с ПОУГ. Всем пациентам был рассчитан коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У пациентов при значительных изменениях поля зрения (MD = -10,0 дБ и больше) с первичной открытоугольной глаукомой отмечалась средней силы прямая корреляционная связь между средним отклонением и толщиной нервных волокон в макулярной области (0,37, $p < 0,05$). При этом у пациентов со значительными изменениями функциональных показателей между средним отклонением поля зрения и другими структурными показателями зрительного нерва и сетчатки корреляционных взаимосвязей не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что у больных с первичной открытоугольной глаукомой корреляция функциональных и структурных изменений зависит от степени выраженности изменений поля зрения.

При наличии у пациентов с ПОУГ значительных изменений поля зрения отмечается средней силы прямая корреляционная связь между средним отклонением и толщиной нервных волокон в макулярной области.

ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ И НЕДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Панченко Н. В., Фрянцева М. В., Самофалова М. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Демиелинизирующие заболевания относятся к числу аутоиммунных болезней, основным патоморфологическим проявлением которых считается разрушение миелина белого вещества центральной или периферической нервной системы. Данные процессы, наряду с местными очагами воспаления, острыми и хроническими инфекциями, воспалительными заболеваниями головного мозга, глазного яблока, орбиты могут приводить к развитию неврита зрительного нерва – заболеванию, ведущего к значительному снижению остроты зрения, нередко – к слепоте. Согласно классификации невритов зрительного нерва по морфологической структуре и выпадению поля зрения – выделяют периферическую, аксиальную и трансверсальную формы.

Цель: Исследование частоты встречаемости клинических форм поражения зрительного нерва при демиелинизирующих и недемиелинизирующих заболеваниях.

Материал и методы: Проведен анализ результатов обследования 134 пациентов (165 глаз) с поражением зрительного нерва, находившихся на стационарном лечении в глазном отделении ХОКБ для взрослых или осмотренных амбулаторно. В первую группу вошли больные с изолированными невритами инфекционной этиологии – 74 глаза, во вторую – больные с изолированными невритами демиелинизирующей этиологии – 32 глаза, третью группу составили больные с диагнозом увеит, осложненный воспалением зрительного нерва – 59 глаз.

Результаты. Периферическая форма невритов встречается в 35 % случаев, аксиальная 43 % и трансверсальная 22 % при невритах инфекционной этиологии. При невритах демиелинизирующей этиологии периферическая форма встречается в 48 % случаев, аксиальная в 33 % и трансверсальная в 19 % случаев. При увеитах, осложненных воспалением зрительного нерва периферическая форма определяется в 74 % случаев, аксиальная в 20 % и трансверсальная в 6 % случаев.

Выводы. Таким образом установлено, что при невритах инфекционной этиологии чаще встречается аксиальная форма поражения зрительного нерва – 43 % случаев. При увеитах, осложненных воспалением зрительного нерва достоверно чаще встречается периферическая форма поражения зрительного нерва – 74 % случаев. Трансверсальная форма поражения зрительного нерва более чем в 3 раза реже встречается при увеитах, осложненных воспалением зрительного нерва, чем при невритах инфекционной и демиелинизирующей этиологии – 6 % случаев

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Пасишвили Л. М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Распространенность аутоиммунного тиреоидита (АИТ) среди населения Земли составляет 3-4 %, при этом частота клинически выраженных форм заболевания колеблется от 1 % до 2 %. Данная патология в 8-10 раз чаще диагностируется среди женщин, а в возрасте старше 60 лет данное заболевание встречается у каждой 6-10 женщины. Одной из частых патологий при АИТ является поражение суставов, которое может быть как самостоятельным заболеванием (ревматоидный артрит, остеоартроз) или протекать в виде артропатии, возникающей в результате дефицита тиреоидных гормонов при формировании гипотиреоза.

Цель работы – установление распространенности поражения суставов у больных АИТ и определение клинико-патогенетических механизмов их течения.

Материалы и методы. Обследовано 42 женщины в возрасте от 27 до 49 лет с клинически установленным диагнозом АИТ, протекающем с явлениями гипотиреоза средней степени тяжести, суб- (29 больных) или компенсированной (13) стадией заболевания. Длительность анамнеза по заболеваниям щитовидной железы колебалась от 3 до 19 лет. Суставной синдром оценивали с учетом рекомендаций OMERACT III и Ассоциации ревматологов Украины с помощью определения: количества пораженных суставов, выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, индекса Риччи, рентгенологического исследования и определение концентрации в сыворотке крови С-РБ и ИЛ-1. Группа сравнения была представлена 20 больными с АИТ и гипотиреозом без поражения суставов.

Результаты и их обсуждение. У 31 пациентки (73,8 %) с АИТ наблюдался суставной синдром, причем 10 (32,2 %) из них имели гипотиреоидную артропатию, 2 (6,5 %) – ревматоидный артрит и в 19 случаях (61,3 %) регистрировался остеоартроз. Проведенное определение содержания С-РП показало, что в группе сравнения данный показатель в 3-3,5 раза превышал показатели нормы, при артропатии – в 5 раз, при остеоартрозе – более 7 раз. Аналогичная направленность изменения была характерна для содержания ИЛ-1. Таким образом, изменения в показателях С-РБ и ИЛ-1 имели зависимость от выраженности деструктивных изменений при суставном синдроме.

Выводы. Поражение суставов у больных с АИТ и гипотиреозом может протекать в виде артропатии или остеоартроза, что может быть результатом недостаточной выработки тиреоидных гормонов, оказывающих стимулирующее действие на выработку мукополисахаридов и, тем самым, мукоидного набухания тканей суставов.

РОЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ ТА РІВНЯ АПЕЛІНА У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Пасієшвілі Л. М., Терешкін К. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою наукового пошуку стало удосконалення діагностики та прогнозування перебігу деформуючого остеоартрозу (ДОА) у осіб молодого віку з підвищеною масою тіла та ожирінням (ОЖ) на підставі комплексної оцінки клініко-патогенетичних особливостей їх перебігу, рівня апелінуу взаємозв'язку з генетичним поліморфізмом.

Матеріали та методи. Для обстеження обрано 49 хворих на ДОА, серед яких 32 пацієнтів (основна група) мають ДОА в поєднанні з ОЖ: на тлі ожиріння 1-го (11 пацієнтів) або 2-го ст. (15) та 17 осіб (група порівняння) – ізольований ОА. Тривалість анамнезу знаходилася в діапазоні від 3 до 11 років (у середньому – $(7,1 \pm 3,1)$ років). Контрольну групу склали 20 чоловік.

Результати. Визначення вмісту гормону жирової тканини апеліна показало, що його рівень у здорових осіб склав $(330,2 \pm 15,9)$ пг/мл. У пацієнтів з ДОА дана величина вже перевищувала показник норми і склала $(376,9 \pm 19,7)$ пг/мл. Поєднання ДОА та ОЖ призводило до достовірного його підвищення порівняно з контролем (до $(402,3 \pm 14,9)$ пг/мл, $P < 0,05$).

При проведенні аналізу показників кальцієвого обміну в залежності від об'єму талії (ОТ) було встановлено, що рівень кальцію в сироватці крові негативно корелює з величиною ОТ ($r = -0,45$, $p < 0,05$), та є вищим при генотипі поліморфного гену VDRBB ((132 ± 41) рМ), ніж при генотипі Вв ((101 ± 32) рМ) та вв ((98 ± 41) рМ) (аллель В позначає відсутність сайту рестрикції BsmI в гені VDR).

Висновки. У хворих з ДОА на тлі ОЖ, відзначається підвищення рівня адипокіна–апеліна, однією з функцій якого є катаболізм хрящової тканини.

Дослідження генетичних маркерів може використовуватися для проведення діагностики з метою виявлення осіб, схильних до ризику виникнення тяжких ускладнень, що могло б допомогти своєчасно виділити групу хворих, які дадуть позитивну відповідь на терапію, від осіб для яких дане лікування могло бути небажаним або шкідливим.

Своєчасна оцінка взаємозв'язку між усіма визначеними показниками має велике значення для клінічної практики, розробки і виробництва нових ліків і методів лікування захворювань кісткової тканини, прогнозуванню тяжкості перебігу захворювання та профілактики виникнення ускладнень та інвалідізації населення.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В МОНИТОРИНГЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ СЕТЧАТЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

**Петренко Г. Д., Петренко Д. Г., Евтушенко А. В., Менкус Б. В.,
Сидельников В. В.**

Харьковский национальный медицинский университет, клиника «Доктор Алекс», 18 городская многопрофильная больница, г. Харьков, Украина

Цель работы: изучение возможностей ультразвукового исследования в мониторинге послеоперационного периода при герниопластике сетчатым эндопротезом для улучшения реабилитационных показателей у этой группы пациентов.

Материал и методы: обследуемая группа включала 17 пациентов в возрасте от 35 до 67 лет. Малые грыжи были у 3 пациентов, средние у 5 и большие – у 9 пациентов. Грыженосительство было от 1 года до 12 лет. Нами в динамике на 3, 5, 7 день, а у пациентов с большими вентральными грыжами и на 9, 11 день выполнялось УЗИ области герниопластики. При этом обращали внимание на наличие жидкостных скоплений, гематом, дренажа, сетчатого эндопротеза. УЗИ проводили прибором ULTIMA RA EXPERT.

Результаты: УЗИ позволяет получить объективную информацию о течении раневого процесса в области герниопластики. В первые дни выявляется экссудат в полости раны. Оценивается адекватность аспирационного дренажа. В последующем наблюдалось уменьшение раневого отделимого и отсутствие ограниченного его скопления. Это свидетельствовало о необходимости удаления дренажа. Раневых осложнений у этой группы пациентов не было.

Выводы: для объективного мониторинга течения послеоперационного периода, особенно у пациентов с грыжами среднего и большого размера необходимо проводить ультразвуковое исследование области герниопластики. Ультразвуковое исследование следует выполнять на 3, 5, 7 день после герниопластики, а у пациентов с большими вентральными грыжами и в более поздние сроки, что позволит получить объективную информацию о течении раневого процесса в области герниопластики.

ТИПЫ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ДОСТАТОЧНО ЛИ ОГРАНИЧИВАТЬСЯ СИСТОЛИЧЕСКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ?

Петренко Е. В., Яблучанский Н. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Цель: сравнить частотные характеристики суточных профилей систолического артериального давления (САД), диастолического (ДАД) и пульсового (ПД) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Методы. На базе Харьковской городской поликлиники № 24 обследовано 53 пациента с ГБ – 22 мужчин (42 %) и 31 женщина (58 %), средний возраст (58 ± 10) лет. Давность ГБ (8 ± 6) лет. I стадия ГБ диагностирована у 12 пациентов (23 %), II стадия – у 30 (57 %), III стадия – у 11 (20 %). ГБ 1 степени определена у 23 пациентов (43 %), 2 степени – у 26 (49 %), 3 степени – у 4 (8 %). Сердечная недостаточность установлена в 40 случаях (75 %); ишемическая болезнь сердца – в 42 случаях (79 %). Для определения суточной вариабельности артериального давления (АД) проводилось его суточное мониторирование (СМАД) с использованием компьютерной системы «Кардиосенс» (ХАИ Медика, Украина). Частотные соотношения типов суточного профиля определялись отдельно для САД, ДАД и ПД и сравнивались между собой. Данные обрабатывались методами параметрической статистики.

Результаты: в изученной популяции пациентов с ГБ выявлено существенное различие частот встречаемости типов суточного профиля САД, ДАД и ПД. В структуре суточного профиля САД преобладающими были типы «dipper» (42 %) и «nondipper» (47 %), более чем в 6 раз превышавшие частоты встречаемости типов «overdipper» (6 %) и «night-picker» (6 %).

В структуре суточного профиля ДАД по частоте встречаемости преобладали типы «dipper» (34 %), «overdipper» (34 %) и «nondipper» (28 %), тогда как тип «night-picker» встречался крайне редко (4 %).

В структуре суточного профиля ПД абсолютно преобладали частоты встречаемости типа «night-picker» (55 %) и «nondipper» (34 %), частоты встречаемости типов «dipper» (8 %) и «overdipper» (4 %) были редкими.

Выводы. Принимая во внимание, что прогноз и исходы ГБ определяются отклонениями от физиологических нормативов суточного профиля не только САД, но и ДАД, а также выявленную в нашем исследовании высокую частоту встречаемости у пациентов с ГБ суточного профиля ПД по типу «night-picker» и «nondipper», в клинической практике представляется целесообразной оценка не только суточного профиля САД, но и ДАД и ПД.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПРОЯВІВ
ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА
МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Петров Є. Є., Треумова С. І., Боряк В. П.

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава*

Мета дослідження: вивчити клінічні особливості перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) в залежності від наявності метаболічного синдрому (МС).

Об'єкт і методи дослідження: 40 хворих на ХОЗЛ II ст, серед яких 15 хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ІХС без МС, 15 – на ХОЗЛ в поєднанні з ІХС та МС, 10-без супутньої патології (контрольна група). Групи були ідентичними за віком, статтю та тяжкістю перебігу захворювання. Вивчали скарги хворих, анамнез хвороби, життя, використовували Модифікаційну шкалу для оцінки тяжкості задишки та тест з оцінки ХОЗЛ, проводили об'єктивне обстеження, лабораторне дослідження крові, сечі, харкотиння, біохімічне дослідження крові. Вивчали індекс маси тіла, об'єм талії, стегон, росто-ваговий показник. Статистичний аналіз відбувався методами параметричної статистики. Для оцінки достовірності різниці використовувався критерій Ст'юдента.

Результати дослідження показали, що у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ІХС на тлі МС суб'єктивна симптоматика була більш вираженою. У хворих контрольної групи скарги мали переважно «бронхообструктивний», а у хворих з поєднаною патологією – «стенокардитичний» характер. Дані об'єктивного обстеження свідчать, що ХОЗЛ в поєднанні з ІХС та МС взаємоускладнюють перебіг один одного, що призводить до прогресування недостатності кровообігу, метаболічних порушень, легеневої недостатності. Виявлені нами зміни ліпідограми (зокрема, більш значне збільшення рівня холестерину та ліпопротеїнів низької щільності у осіб з наявністю супутньої патології) зумовлене нарощуванням тяжкості перебігу захворювання внаслідок коморбідності та формуванням МС.

Висновок. ХОЗЛ в поєднанні з ІХС (особливо при наявності МС) взаємно погіршують клінічний перебіг в порівнянні з ізольованою патологією.

ОЦІНКА ПРОБИ З 6-ХВИЛИННИМ НАВАНТАЖЕННЯМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

Петюніна О. В., Вишневецька І. Р., Титаренко Н. В.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків

У рутинній практиці і при відсутності спеціального обладнання для оцінки толерантності до фізичного навантаження і об'єктивізації функціонального статусу хворих з помірно вираженими і важкими захворюваннями серця і легенів можна використовувати тест ходьби протягом 6 хвилин, відповідний субмаксимальному навантаженню. Дистанцію, пройдену протягом 6 хв. (6MWD), вимірюють в метрах і порівнюють з належним показником 6MWD (i). 6MWD (i) обчислюють за нижче наведеною формулою.

Значення 6MWD (i) для чоловіків:

$$6MWD (i) = 7,57 \times \text{зріст} - 5,02 \times \text{вік} - 1,76 \times \text{маса} - 309;$$

$$\text{або } 6MWD (i) = 1140 - 5,61 \times \text{ІМТ} - 6,94 \times \text{вік}.$$

Значення 6MWD для жінок:

$$6MWD (i) = 2,11 \times \text{зріст} - 2,29 \times \text{маса} - 5,78 \times \text{вік} + 667$$

$$\text{або } 6MWD (i) = 1017 - 6,24 \times \text{ІМТ} - 5,83 \times \text{вік}.$$

У хворих з ХСН результати проби з 6-хвилинною ходьбою корелюють з ФК серцевої недостатності та параметрами споживання кисню.

При оцінці ефективності лікування мінімальне достовірне поліпшення – збільшення дистанції на 70 м в порівнянні з вихідним результатом.

У рамках нашого дослідження тест з 6-ти хвилинною ходьбою (Т6ХХ) проводився пацієнтам переважно в ранкові години, через 3-4 години після сніданку і останнього прийому будь-яких препаратів. Тест виконувався в коридорі довжиною 50 метрів, де були мітки кожен 1 метр. Пацієнт повинен був пройти максимальну відстань за 6 хвилин, однак при появі задишки або слабкості хворий міг знизити темп ходьби або зупинитися для відпочинку. Визначення ФК пацієнта залежало від дистанції, пройденої в Т6ХХ. Дистанція 426-550 метрів відповідає І ФК, 301-425 м – ІІ ФК, 151-300 м – ІІІ ФК, ≤ 150 м – ІV ФК.

За період з січня 2015 по червень 2015 проба була проведена 21 пацієнту на 4-6 тижні після перенесеного гострого інфаркту міокарда: з них 4 жінки і 17 чоловіків. У трьох пацієнтів ФК СН по NYHA відповідав 0, у 9 пацієнтів було виявлено І ФК, у 6 пацієнтів ІІ клас СН і у 3 – ІІІ. 19 пацієнтів мали діагноз ГІМ з зубцем Q, 3 – ГІМ без Q, 2 з яких відповідали ІІ ФК, одні - І ФК. При зіставленні вихідної ФВ (визначеної на 8-10 добу) і ФВ ЛЛШ через 1 місяць ± 2 тижні з ФК СН було виявлено тенденцію до зниження фракції викиду в міру прогресування ФК СН визначеної за допомогою тесту 6-ти хвилинної ходьби. Відзначалася достовірна різниця в початковому значенні ФВ ЛЛШ в групі І і ІІІ ФК СН ($p \leq 0,36$).

З 21 пацієнта у 6 був відомий рівень NT-pro BNP. Не дивлячись на малу кількість визначень, простежувалася тенденція до залежності NT-pro BNP від ФК СН. Так, у пацієнтів з ІІІ ФК середній рівень NT-pro BNP склав (1285 ± 1266) нг/мл, який відповідає високому ризику формування СН, що підтверджує вже відомі дані.

РОЗПОДІЛ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ СЕРЕД ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Пивоваров О. В., Журавльова Л. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність проблеми Поєднана патологія цукрового діабету (ЦД) 2 типу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) значно погіршує прогноз перебігу захворювання. Тому рання діагностика та дослідження факторів ризику ЦД 2 у хворих на АГ є актуальною науковою проблемою.

Мета роботи. Вивчити вікові, антропометричні, гендерні особливості розподілу факторів ризику ЦД 2 типу серед хворих на АГ.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети проведено ретроспективне дослідження з оцінки факторів ризику розвитку ЦД 2 типу у хворих на АГ згідно рекомендацій Уніфікованого клінічного протоколу первинної та вторинної спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет тип 2». Обстежено 60 хворих на АГ віком старше 30 років, з яких чоловіків 55% (n=33), жінок 45% (n=27). Всі обстежені були розділені на 2 групи. Перша група – хворі на АГ, які на регулярній основі приймали ліки від високого артеріального тиску (n=48), другу групу складали хворі із вперше виявленим діагнозом АГ (n=12). Визначались вік, стать, індекс маси тіла (ІМТ), фактори ризику ЦД 2 типу – обтяження спадкового анамнезу за ЦД 2 типу та наявність випадків високого рівня глюкози в крові в анамнезі.

Результати дослідження В першій групі кількість чоловіків (n=24) та жінок (n=24) була рівною, у другій групі чоловіків (n=9) було у 3 рази більше, ніж жінок (n=3). Середнє значення ІМТ у першій групі ($31,94 \pm 6,77$), що відповідає ожирінню, у другій групі значення нижчі – ($26,28 \pm 4,33$) та відповідають надмірній масі тіла. Серед усіх обстежених наявність в анамнезі випадків високого рівня глюкози в крові було діагностовано у 19 осіб (31,67 %), серед хворих першої групи у 18 осіб (37,5 %), серед хворих другої групи у 1 особи (8,32 %). Хворих на ЦД родичів в першій групі мали 18 осіб (37,49 %), в другій групі – тільки 4 особи (33,32 %).

Висновки. Отримані дані свідчать про наявність тенденції до зростання частоти появи епізодів гіперглікемії та обтяження спадкового анамнезу на ЦД 2 типу залежно від терміну захворювання на АГ. Це підтверджує необхідність широкого впровадження заходів з діагностики ЦД 2 типу у пацієнтів на початкових етапах захворювання на АГ.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ОЖИРІННІ

Піонова О. М., Болокадзе Є. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: дослідити особливості перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) при наявності абдомінального типу ожиріння.

Матеріали та методи: Обстежено 19 хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ожирінням середній вік складав $(68,0 \pm 7,3)$ роки. Серед них 78,95 % чоловіків і 21,05 % жінки. Середня тривалість захворювання – $(10,3 \pm 6,0)$ років. Стаж паління – $(30,9 \pm 12,5)$ пачко/років. Для оцінки симптомів перебігу захворювання використовувалися модифікована шкала задишки Медичної дослідницької ради (MMRC).

Результати: У 89 % хворих спостерігалась задишка, кашель у 78 % хворих, з виділенням мокротиння – 73 % хворих. Середній показник задишки за MMRC дорівнював $(2,56 \pm 0,88)$ балів. У хворих на ХОЗЛ з супутнім ожирінням тривалий період спостерігались ознаки загострення субклінічного перебігу. У пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та ожирінням превалював середній ступінь тяжкості – 76,9 %, при цьому важкі ступеня встановлені у 21,3 %, а легкої – 6,1 %. У 23,4 % пацієнтів з ХОЗЛ в поєднанні з ожирінням виявлено дихальну недостатність важкого ступеню і у 59,7 % – середньої ступеня тяжкості. Легенева гіпертензія виявлена у 42 % хворих. Хронічне легеневе серце верифіковано у 32 % хворих.

Показники спірографії свідчили про наявність вентиляційних порушень змішаного типу, які максимально виражені у хворих з ожирінням (ОФВ1 дорівнював $(43,16 \pm 2,68)$ % від належного значення, ОФВ1/ФЖЕЛ – $(64,45 \pm 1,84)$ % від належного значення), а особливо з абдомінальним типом ожирінням (ОФВ1 дорівнював $(42,26 \pm 2,57)$ % від належного значення, ОФВ1/ФЖЕЛ – $(63,55 \pm 1,73)$ % від належного значення)

Висновки: хворим на ХОЗЛ в поєднанні з абдомінальним типом ожиріння найбільш характерні задишка змішаного характеру, продуктивний кашель, субклінічний перебіг захворювання, вентиляційні порушення змішаного типу, що обумовлено великою кількістю вісцерального жиру, зайвим відкладенням жиру на діафрагмі та внутрішньої поверхні стінок грудної клітини.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІН ТОВЩИНИ КОМПЛЕКСУ ІНТИМА МЕДІА ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ З ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ОЖИРІННЯ ТА АУТОІММУННИЙ ТИРЕОЇДИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Пліговка В. М., Шапошнікова Ю. М., Гльченко І. А., Немцова В. Д.
*ДУ "Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України",
м. Харків*

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: дослідити взаємозв'язок змін товщини комплексу інтима медіа загальної сонної артерії (ТКІМ ЗСА) з показниками ліпідного обміну у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з ожирінням та аутоімунним тиреоїдитом (АІТ) з різною тиреоїдною дисфункцією.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося в консультативній поліклініці ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України" в рамках НДР "Коморбідність хворих високого кардіоваскулярного ризику та розробка шляху рекомендацій корекції факторів ризику у цієї категорії хворих", № держреєстрації 0110U001062.

В обстеження було включено 85 пацієнтів. Для розуміння впливу дисфункції щитовидної залози на досліджувані показники в залежності її рівня пацієнти були розділені на наступні клінічні групи: 1-а група – 39 пацієнта в фазі маніфестного гіпотиреозу; 2-а група – 55 пацієнтів у фазі субклінічного гіпотиреозу, 3-я група – 49 пацієнтів у фазі еутиреозу.

Результати і обговорення. У результаті проведеного аналізу встановлено, що показники ТКІМ ЗСА мають дуже тісний зв'язок з показниками ліпідного спектру сироватки крові.

Показники ТКІМ у хворих 1 групи достовірно перевищували показники 3 групи: ТКІМ правої ЗСА – на 42,9 % ($p < 0,05$); ТКІМ лівої ЗСА – на 27,2 % ($p < 0,05$). При порівнянні показників ліпідного спектру та ТКІМ ЗСА між групами 2 і 3 також виявлялись достовірно більші рівні показників ліпідного спектру у хворих 2 групи: ЗХС – на 16,9% ($p < 0,05$), ТГ – на 26,3 % ($p < 0,05$), ЛПНЩ – на 23,8 % ($p < 0,05$), ніж у хворих 3 групи. Одночасно з цими змінами відбувалось достовірне збільшення ТКІМ правої ЗСА – на 33,3 % ($p < 0,05$) та ТКІМ лівої ЗСА – на 57,9 % ($p < 0,05$) у пацієнтів 2 групи в порівнянні з пацієнтами 3 групи.

Отже, було встановлено характерні ознаки раннього розвитку та перебігу атеросклерозу у хворих з ГХ, ожирінням та АІТ, які залежали від тиреоїдної дисфункції. Незважаючи на те, що прояви тиреоїдного дисбалансу мали як наявні клінічні ознаки в 1 групі, так і в 2 групі, зміни показників ліпідного спектру сироватки крові та ТКІМ ЗСА достовірно відрізнялись від аналогічних показників у хворих в 3 групі. Ці відмінності є дуже важливими і завдяки своїй специфічності можуть використовуватись в якості маркерів раннього розвитку та прогресування атеросклерозу у пацієнтів з тиреоїдною дисфункцією.

ГИГАНТСКАЯ ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ЯИЧНИКА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Плitenь О. Н., Мирошниченко М. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Дермоидная киста является самым частым вариантом зрелой тератомы, которая чаще встречается в яичнике и имеет, как правило, небольшие размеры.

Цель: представить случай из практики дермоидной кисты яичника гигантских размеров.

Больная О., 75 лет, поступила в больницу г. Харькова с жалобами на боли в животе, рвоту, общую слабость. Из анамнеза известно, что накануне упала на живот и боли в животе усилились, имела место рвота. В 2002 г. была диагностирована фибромиома матки, больная от операции отказалась, не обследовалась, с тех пор отмечает постепенное увеличение живота. Объективно: состояние тяжелое, пониженного питания, живот увеличен за счет объемного опухолевидного образования, выполняющего всю брюшную полость, перитонеальные знаки сомнительные, стул – запоры. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости признаки острой кишечной непроходимости не обнаружены. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости подтвердило наличие объемного образования. Компьютерная томография органов брюшной полости выявила признаки асцита и дермоидной кисты брюшной полости. На третий день госпитализации состояние больной резко ухудшилось – кожа и видимые слизистые влажные, холодные на ощупь, липкие, рвота до 800 мл, акроцианоз, АД – 50/20 мм. рт. ст., пульс нитевидный, дыхательные движения единичные. Реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована биологическая смерть. На вскрытии обнаружена дермоидная киста (подтверждено гистологическим исследованием) левого яичника (размером около 30,0×30,0×20,0 см, объемом около 13,0 л, с толстостенной плотно-эластичной, беловато-бежеватой стенкой, полость заполнена мелкими округлыми коричневатыми плотноватыми и замазкообразными элементами) с некрозом стенки, перфорацией и выходом содержимого в брюшную полость, что привело к развитию серозно-фибринозного перитонита, так как содержимое кисты является агрессивным агентом, приводящим к развитию токсико-химического повреждения брюшины, влекущими за собой интоксикацию организма. Причиной смерти явилась интоксикация. Вскрытием не подтверждена фибромиома матки, которую, вероятнее всего, в прошлом симулировала дермоидная киста яичника на более ранних стадиях своего развития. Изменения внутренних органов минимальны и соответствовали возрасту умершей.

Надеемся, что приведенный нами случай гигантской дермоидной кисты яичника будет интересен врачам различных специальностей.

ТОРАСЕМІД У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Лисицька Н. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Ускладнення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є серцева недостатність (СН), у розвитку якої основне місце займає гіперактивність симпато-адреналової та ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. У зв'язку з цим у терапії цих хворих використовуються блокатори рецепторів ангіотензина II, у тому числі і телмісартан, а застосування торасеміда, як лікарського засобу з вазодилатуючою та діуретичною дією, дає нам можливість оптимізувати лікування хворих ХОЗЛ з СН.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 39 хворих ХОЗЛ з СН. Середній вік хворих склав (59 ± 5) років. Всі хворі одержували у комплексній терапії телмісартан 80 мг/добу. Хворим 1 та 2 групи (19 чоловік) додатково включали торасемід у дозі 20 мг/добу, але у 2 групі ми використовували його пролонговану форму. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ та доплерЕхоКГ. Оцінювали показники об'єма форсованого видиху за 1 секунду. Вивчали показники ліпідного та ліпопротеїдного обміну, ендотеліну-1 та цитокінів.

Результати дослідження. На тлі проведеної терапії з включенням торасеміду простої та пролонгованої форми відзначалось значне поліпшення стану, тобто зникнення набряків нижніх кінцівок, зменшення інтенсивності, тривалості і частоти болі у серці та підвищення порога перенесення фізичного навантаження. Поряд з цим відмічалось підвищення фракції викиду лівого шлуночку. Крім цього, зменшувались прояви інтоксикації та задишки. Стан компенсації супроводжувався позитивними змінами показників ліпідного і ліпопротеїдного обміну та ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Відмічалось зниження рівня прозапальних та підвищення рівня протизапальних цитокінів.

Висновок. Зазначені позитивні клінічні, гемодинамічні та гуморальні зміни позитивно характеризують застосування телмісартану у терапії хворих ХОЗЛ з СН, але пролонгована форма торасеміда значно менше викликала дискомфорт у термін відведення сечі, що дало можливість до більш широкого його використання у цих хворих.

ВПЛИВ АНТАГОНІСТІВ АЛЬДОСТЕРОНУ НА НЕЙРОГУМОРАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Полянська О. С., Гулага О. І., Амеліна Т. М.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,

м. Чернівці

З метою вивчення впливу антагоністів альдостерону на нейрогуморальні порушення при гострому інфаркті міокарда (ІМ) на тлі хронічної хвороби нирок (ХХН) досліджено 108 пацієнтів, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу гострого Q-ІМ. Середній вік хворих склав ($51,5 \pm 3,94$) роки. У всіх пацієнтів діагностована (ХХН) на тлі хронічного пієлонефриту у фазі ремісії. Хворі були поділені на 2 групи залежно від рівня швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ): 1 групу склали хворі з рівнем ШКФ ≤ 90 мл/хв., 2 групу – з рівнем ШКФ > 90 мл/хв. До першої групи увійшли 54 хворих, яким до лікування було включено неселективний АА спіронолактон (реєстраційний номер П №011953/01 від 02.09.05 року), добова доза становила 25 мг впродовж 28 діб. Серед пацієнтів цієї групи з ХХН II ст. було 18 чоловік, а з ХХН I ст. – 34 пацієнти. Другу групу склали 54 пацієнти, яким медикаментозна терапія була доповнена селективним АА еплереноном (реєстраційні свідоцтва № UA/3752/0101, UA/3752/01/02 від 09.11.2005 року). Доза препарату – 25 мг на добу впродовж 28 діб. У групу хворих з ХХН II ст. увійшли 19 пацієнтів, а у групу обстежених з ХХН I ст. – 35. При застосуванні спіронолактону встановлено вірогідне зниження концентрації у плазмі крові рівня А у хворих на ГІМ з ХХН II ст. (з ($245,08 \pm 17,38$) пмоль/л до ($195,15 \pm 13,82$) пмоль/л; $p < 0,05$). У групі хворих, що отримували еплеренон, виявлено вірогідне зниження концентрації А як у пацієнтів з ХХН II ст. (з ($275,59 \pm 23,43$) пмоль/л до ($169,37 \pm 24,46$) пмоль/л; $p < 0,001$), так і у пацієнтів з ХХН I ст. (з ($229,77 \pm 13,76$) пмоль/л до ($156,76 \pm 5,76$) пмоль/л; $p < 0,05$). При порівняльному аналізі впливу спіронолактону та еплеренону на концентрацію А у хворих на ГІМ з різними стадіями ХХН виявлені певні відмінності, які, з нашого погляду, мають практичне значення. Звертає на себе увагу більш виражене зниження концентрації А у хворих із ХХН II ст., що зумовлено дещо вищим вихідним рівнем його концентрації, яке є свідченням вагомого впливу цього гормону на порушення функції нирок при розвитку ГІМ.

При ГІМ на тлі ХХН виявляється підвищена активність симпатoadреналової системи, ендотеліальна дисфункція, системна прозапальна та нейрогуморальна активація, що призводить до формування та прогресування міокардіальної дисфункції. Використання еплеренону у хворих на ГІМ при ренокардіальному синдромі з урахуванням стадії ХХН дає можливість впливати на виникнення та прогресування серцевої недостатності.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧЕК ПО ДАННЫМ ХАРЬКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ ИМЕНИ В.И. ШАПОВАЛА ЗА ДВА ДЕСЯТИЛЕТИЯ (1993-2002 гг. и 2003-2012 гг.)

Потапов С. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

За последние четыре десятилетия заболеваемость опухолями яичек (ОЯ) увеличилась почти в 2 раза и явилась основной причиной онкологической смертности мужчин молодого возраста, что придает проблеме ОЯ не только большое медицинское, но и социальное значение.

С целью изучения показателей онкологической заболеваемости яичек изучен архив прозекутуры Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала. За период с 1993 по 2012 гг. в центре наблюдалось 329 пациентов с различными ОЯ. В период 1993-2002 гг. общее число заболевших составило 148 (44,98 %) человек, а в следующем десятилетии (2003-2012 гг.) – 181 (55,02 %). Соответственно, среднее количество случаев в год в первом десятилетии составило $(14,8 \pm 2,16)$, а во втором $(18,1 \pm 2,3)$ ($p > 0,05$; $t = 1,04$), то есть отмечается неблагоприятная тенденция к росту уровня онкологической патологии яичек во втором десятилетии.

В структуре общей онкологической патологии яичек за период 1993-2012 гг. злокачественные ОЯ составили 317 (96,35 %), из них в 4 (1,26 %) наблюдениях имело место метастатическое поражение яичек. Доброкачественные ОЯ составили 12 (3,65 %) случаев от общего числа наблюдений.

В первом десятилетии злокачественные ОЯ составили 142 (95,95 %), из них в 1 наблюдении (0,70 %) имело место метастатическое поражение яичек. Доброкачественные ОЯ составили 6 (4,05 %) случаев от общего числа наблюдений.

Во втором десятилетии злокачественные ОЯ составили 175 (96,69 %) случаев, из них в 3 (1,71 %) наблюдениях имело место метастатическое поражение яичек. Доброкачественные ОЯ соответственно составили 6 (3,31 %) случаев от общего числа наблюдений.

Также следует отметить, что в первом десятилетии количество пациентов заболевших лимфомой яичек составило 2 (1,35 %) наблюдения, а во втором десятилетии их количество возросло более чем в семь раз и достигло 18 (9,94 %) наблюдений от общего числа пациентов, имевших ОЯ.

Таким образом, за период с 2003 по 2012 гг. сохраняются неблагоприятные тенденции к росту уровня онкологической патологии яичек, включая увеличение удельного веса злокачественных опухолей. Также существенный вклад в рост количества злокачественных ОЯ во 2-ом десятилетии внесло увеличившееся, по сравнению с 1-м десятилетием, более чем в семь раз, количество заболевших лимфомами яичек.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ОСІБ

Потьомкіна Г. О., Зубченко С. О.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Актуальність. На сьогодні 80-90 % населення інфіковано цитомегаловірусом (ЦМВ), Епштейн-Барр вірусом(ЕБВ), вірусом герпесу людини 6-го типу (ВГЛ-6). Реплікація вірусів призводить до селективної імуносупресії Т-клітинної, фагоцитарної і комплементарної ланок, сприяючи розвитку вторинного імунодефіциту, аутоімунної та алергічної патології.

Мета. Проаналізувати клініко-імунологічні особливості перебігу моноінфекції ВГЛ-6 та мікст-інфекції ВГЛ-6+ ЕБВ і ВГЛ-6+ ЕБВ+ ЦМВ.

Матеріали та методи. Проведено аналіз амбулаторних карт 110 пацієнтів (85 (7,2 %) жінок і 25 (22,8 %) чоловіків, віком від 25 до 56 років), які знаходились на лікуванні в Львівському регіональному медичному центрі клінічної імунології та алергології протягом 2013-2014 років. Пацієнтам виконані загальноклінічні, серологічні та молекулярно-генетичні дослідження.

Результати. На підставі проведених досліджень у 20 % осіб діагностовано хронічну персистенцію ВГЛ-6 типу в стадії реплікативної активності (1 група), у 50 % – ВГЛ-6+ЕБВ (2 група), в 21 % осіб – мікст ВГЛ-6+ЕБВ+ЦМВ(3 група), інші комбінації – 9 %. У пацієнтів 1 групи виявлена наступна клінічна симптоматика: тривалий субфебрилітет, рецидивуючі захворювання органів дихання та ЛОР-органів (часті бронхіти, тонзиліти, ГРЗ більше 6 разів на рік), алергопатологія з гіпер-Ig Е-синдром (22,7 % – гостра кропив'янка, бронхоспазм, медикаментозна алергія). У 75 % осіб верифікували імунодефіцитні порушення за лімфоцитарним типом. У пацієнтів 2 групи частіше виявлялись неврологічні синдроми(цефалгії, невралгії, епілептичні напади), розлади травної системи (дисбіоз, хронічний панкреатит, гастрит), синдром хронічної втоми гіпер-Ig Е-синдром (21,8 %). У 65 % цих пацієнтів верифіковано імунодефіцитні порушення за лімфоцитарно-фагоцитарним типом. У 3 групі переважали ураження нервової системи, психопатичні стани та алергопатологія за гіпер-Ig Е-синдромом (21,7 %) з тяжким перебігом. У 70 % осіб виявлено імунодефіцитні порушення за лімфоцитарно-фагоцитарно-комплементарним типом.

Висновки. Реактивація герпесвірусної інфекції супроводжується формуванням виражених імунодефіцитних порушень з дефіцитом однієї або декількох ланок імунної системи і різними клінічними проявами. ВГЛ-6 найчастіше зустрічається в асоціації ЕБВ+ВГЛ-6, ВГЛ-6+ЕБВ+ЦМВ, що проявляється тяжким перебігом захворювань.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ІМОДИНУ У ХВОРИХ НА ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНИЙ РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ

Потьомкіна Г. О., Ломіковська М. П., Ліщук-Якимович Х. О.,
Горбаль Н. М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

За останні роки спостерігається значна поширеність реактивних артритів (РеА). У даний час особлива увага при цьому приділяється ролі вірусів, в т.ч. Епштейн-Барр вірусу (EBV). Діагностика та принципи лікування РеА при цій інфекції видаються дискутабельними.

Мета роботи - вивчення ефективності препарату Імодин (діалізат лейкоцитів ліофілізованих, виробництва Sevapharma, Чехія), який відноситься до імуномодуляторів з активністю фактору переносу.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 32 хворих віком 18-47 років (жінок – 68,8 %, чоловіків – 31,3 %). Хворим проведено загальні лабораторні, імунологічні дослідження та визначення специфічних серологічних й генетичних маркерів EBV.

Результати і обговорення. Хворі скаржилися на виражену артралгію, тривалий субфебрилітет, втомлюваність, часті загострення хронічного тонзиліту. За результатами досліджень виявлено підвищення ШОЕ, ревмофактору, АСЛО, СРП. Діагноз ревматоїдного артриту був виключений після дослідження специфічних аутоантитіл, рентгенодіагностики тощо. Аналіз імунограми вказував на наявність вторинного імунодефіциту за комбінованим лімфоцитарно-фагоцитарним типом. У всіх хворих виявлені високі рівні специфічних антитіл до капсидного й нуклеарного антигенів EBV. У 75,0 % пацієнтів ідентифікована ДНК EBV в слині та зішкрябах слизової задньої стінки глотки, у 25,0 % – у крові. Хворі отримували протівірусну, протизапальну терапію та препарат "Імодин" підшкірно № 6 за відповідною схемою. У результаті лікування в половини пацієнтів виявлена тенденція до регресії клінічних проявів РеА (зменшення артралгії, втомлюваності, нормалізація температури). Імунологічні дослідження вказували на посилення киснево-залежного процесінгу моноцитів ($P \leq 0,05$) і нейтрофілів ($P \geq 0,05$); збільшення кількості NK-клітин та Т-цитотоксичних лімфоцитів ($P \leq 0,05$) та зменшення числа активованих лімфоцитів.

Висновок. Застосування Імодину в хворих на Епштейн-Барр вірусний реактивний артрит сприяло регресії клінічних проявів хвороби, посиленню фагоцитозу й протівірусного імунітету. Для остаточного вирішення питання щодо застосування Імодину при цій патології необхідно продовжити дослідження.

РАЦІОНАЛЬНА ЦИТОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ: ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Потяженко М. М., Катеренчук І. П., Настрога Т. В., Настрога В. С.

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава*

Мета – підвищити ефективність лікування хворих із поєднаною патологією на ІХС і ХОЗЛ з використанням у комплексному лікуванні препарату кардіоаргініну.

Одним з найбільш частих коморбідних станів є поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), поширеність яких коливається від 6,8 % до 70,2 %, в середньому 34,3 %. Лікування ІХС у поєднанні з ХОЗЛ має певні труднощі оскільки активне лікування одного захворювання складає високий ризик для загострення іншого захворювання.

Під нашим спостереженням перебувало 70 хворих на ІХС: стенокардію напруги стабільну ФК II, ХСН ПА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ у поєднанні з ХОЗЛ групи В-С. Пацієнти були розподілені на дві групи: першій – контрольній ($n = 35$) призначали комплексну базисну терапію (нітрати, комбіновані інгаляційні глюкокортикостероїди та $\beta 2$ -агоністи пролонгованої дії, статини, антикоагулянти) та в якості метаболічної терапії – розчин глюкози 5 % – 100,0 з панангіном 5,0 внутрішньовенно крапельно №5). У другій групі – основній ($n = 35$) до базисної терапії був доданий розчин кардіоаргініну по 5,0 внутрішньовенно крапельно на 5 % розчині глюкози 100,0 1раз на добу № 5.

Порівняльний аналіз основних клініко-лабораторних параметрів показав, що у хворих основної групи, які отримували на тлі базисної терапії кардіоаргінін, порівняно з контрольною групою хворих, відмічено суттєві розбіжності в строках зникнення задишки на $(3,2 \pm 0,9)$ доби проти $(5,8 \pm 1,1)$ ($p < 0,05$); ангінозного синдрому на $(2,5 \pm 1,1)$ доби проти $(4,9 \pm 0,89)$ доби ($p < 0,05$). Зниження рівня артеріального тиску: систолічного на 15,2 % проти 6,1 % та діастолічного на 21,4 %, проти 8,2 %; частоти серцевих скорочень (ЧСС) на 27,7 % проти 8 % ($p < 0,05$), а також зменшення рівня загального холестерину в крові на 22 % проти 14 % ($p < 0,05$), підвищення АЧТЧ на 10,2 % проти 5,2 % ($p < 0,05$). У хворих основної групи відмічено достовірне підвищення показників функції зовнішнього дихання – ОФВ₁ на 9,8 % проти 6,9 %, $p < 0,05$; індексу Тіффно на 11,9 % проти 7,5 % ($p < 0,05$), що свідчило про покращення бронхіальної прохідності.

Позитивна клінічна динаміка у хворих, що отримували комплексну терапію із застосуванням кардіоаргініну сприяла скороченню термінів перебування хворого у стаціонарі на 1,6 доби.

COMPARATIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION IN CONJUNCTION WITH CORONARY HEART DISEASE IN THE EARLY PERIOD AFTER IMPLANTATION OF THE PACEMAKER AND CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY DURING THE MEDICATION

Pochinskaya M. V., *Volkov D. E., Yabluchansky N. I.

V. N. Karazin Kharkov National University, Ukraine

**Zaytcev V.T. Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine, Kharkiv, Ukraine*

Objective: To study the effect of implanted electrocardiostimulator (ECS) and cardiac resynchronization therapy (CRT) and medication on the clinical course of coronary heart disease (CHD) in patients with persistent atrial fibrillation (AF).

Materials and Methods: In the hospital examined 23 men and 16 women, mean age was 72.26 ± 7.99 . The study group included patients with persistent AF before and after pacemaker implantation. ECS is conducted in DDD / DDDR, VVI / VVIR and after CRT. Patients were selected for clinical classification of ischemic heart disease: 1 - stable angina, 2 - silent myocardial ischemia, 3 - syndrome X, 4 - myocardial infarction, 5 - patients without CHD. Accordingly, the classification NYHA, patients with stable angina were divided into groups of functional class (FC): I, II, III classes. The number of such patients was 10 people, average age 70.9 ± 6.23 .

Results: Prior to pacemaker implantation percentage of patients with CHD: stable angina - 25.64%, silent myocardial ischemia - 5.13%, syndrome X - 2.56%, myocardial infarction - 56.41% and the group without CHD - 10.26%. After pacemaker implantation these indicators were: stable angina - 25.64%, silent myocardial ischemia - 5.13%, syndrome X - 2.56%, myocardial infarction - 56.41% and the group without CHD - 10.26%. Changes in the dynamics of clinical CHD were observed, suggesting the control of drug treatment. Performance FC stable angina before pacemaker implantation were as follows: I FC - 10%, II FC - 60%, III FC - 30%. After implantation of the pacemaker data FC patients become so: I FC - 30%, II FC - 40%, III FC - 30%. The obtained results show that 20% of patients FC II angina improved to FC I. This can be explained by the fact that the former has positive hemodynamic effects.

Conclusions: In the study of patients with persistent AF in conjunction with CHD in early period after pacemaker implantation was revealed dynamics of IHD. Regarding FC II was seen a tendency to increase exercise tolerance and reduction of angina attacks that observed in 20% cases. It can be assumed that more changes in the clinical picture of CHD can occur in the longer term after implantation of ECS and properly selected medication and therapeutic monitoring.

ЗВ'ЯЗОК Pro12Ala ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PPAR- γ ІЗ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Присяжнюк В. П.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”,
м. Чернівці*

Вступ. Одними із найбільш важливих генів, які регулюють адипо- та фіброгенез є гени, які кодують синтез рецепторів активаторів проліферації пероксисом (PPAR). PPAR експресуються в багатьох тканинах, зокрема в адипоцитах, гепатоцитах, міоцитах та ендотеліальних клітинах. PPAR- γ у великій кількості розміщується в жировій тканині, де відіграють ключову роль у адипогенезі та регулюванні ліпідного обміну.

Мета дослідження. Вивчити можливий зв'язок Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ із біохімічними показниками крові у пацієнтів із НАЖХП.

Обстежені пацієнти та методи дослідження. Досліджено Pro12Ala поліморфізм гена PPAR- γ у 64 хворих на НАЖХП та 20 практично здорових осіб (контрольна група). Усі пацієнти та практично здорові волонтери дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Кров брали вранці, натще із ліктьової вени до призначення лікування, як антикоагулянт використовували 5 % розчин етилендіамінтетраацетату динатрієвої солі. Біохімічні дослідження крові проводилися на біохімічному аналізаторі “Ассент-200” (“Cormay S.A.”, Польща) за допомогою стандартних реактивів та методик на базі лабораторії Чернівецького обласного діагностичного центру. Дослідження Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ проводили у Державному закладі “Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України” (м. Київ).

Результати дослідження. Показано, що частота зустрічальності мінорного Ala-алеля гена PPAR- γ у зазначених пацієнтів достовірно не відрізняється від такої у практично здорових осіб. Активність аспартатамінотрансферази у пацієнтів із НАЖХП носіїв Ala-алеля була достовірно вища на 55,5 % ($p = 0,007$), ніж у пацієнтів із Pro/Pro-генотипом. Водночас активність аланінамінотрансферази у пацієнтів із Ala-алелем була достовірно більша на 80,0 % ($p = 0,03$), ніж у осіб із Pro/Pro-генотипом гена PPAR- γ . Також у зазначеної когорти пацієнтів із мінорним Ala-алелем активність γ -глутамілтрансферази у 2,1 рази ($p = 0,04$) переважала таку в осіб носіїв Pro/Pro-генотипу.

Висновок. Носійство Ala-алеля гена PPAR- γ у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки асоціює із достовірно вищою активністю маркерів цитолітичного та холестатичного синдромів порівняно з носіями Pro/Pro-генотипу.

РОЛЬ ПРОЗАПАЛЬНОГО ЦИТОКІНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1 β У ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ

Присяжнюк І. В.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”,
м. Чернівці*

Вступ. Відомо, що цитокіни сімейства інтерлейкіну-1 впливають на процеси всмоктування та секреції у жовчному міхурі, зокрема, прозапальний цитокін інтерлейкін-1 β (ІІ-1 β), змінюючи їх може спричиняти холелітіаз. Водночас, експресія ІІ-1 β збільшується у хворих на гіпотиреоз.

Мета дослідження. Вивчити роль прозапального цитокіну інтерлейкіну-1 β у перебігу хронічного некаменевого холециститу на тлі гіпотиреозу та його можливий взаємозв'язок із біохімічними показниками крові.

Обстежені пацієнти та методи дослідження. Обстежено 72 пацієнти із гіпотиреозом та супутнім хронічним некаменевим холециститом (дослідна група) та 30 хворих на хронічний холецистит із нормальною функціональною активністю щитоподібної залози (група порівняння). У групу контролю увійшли 20 практично здорових осіб. Середній вік хворих дослідної групи становив $(42,3 \pm 2,6)$ років, групи порівняння – $(46,0 \pm 1,6)$ років, осіб контрольної групи – $(40,1 \pm 2,9)$ років. Біохімічні дослідження крові та вивчення ліпідного спектру проводилися на біохімічному аналізаторі “Accent-200” (“Cormay S.A.”, Польща) із використанням стандартних реактивів та методик. Вивчення вмісту прозапального ІІ-1 β у плазмі крові проводили методом імуноферментного аналізу.

Результати дослідження. Рівень ІІ-1 β у крові хворих дослідної групи на 55,3 % ($p = 0,03$) переважав такий у осіб групи контролю. Достовірних відмінностей у концентрації зазначеного цитокіну між хворими дослідної групи та пацієнтами групи порівняння не виявлено. Вміст ІІ-1 β позитивно корелював із концентрацією сечовини ($r = 0,41$, $p = 0,04$), активністю аспартатамінотрансферази ($r = 0,40$, $p = 0,05$) та аланінамінотрансферази ($r = 0,43$, $p = 0,04$). Виявлені прямі кореляційні зв'язки між вмістом ІІ-1 β та активністю маркерів цитолізу, свідчать про його роль у розвитку та прогресуванні хронічних запальних захворювань жовчного міхура.

Висновки. У хворих на гіпотиреоз та супутній хронічний холецистит спостерігається достовірне збільшення концентрації прозапального цитокіну ІІ-1 β у крові, порівняно із пацієнтами групи контролю. Встановлені кореляційні зв'язки між вмістом ІІ-1 β у крові та маркерами цитолізу свідчать про його активну участь у патогенезі хронічного холециститу у хворих на гіпотиреоз.

PRIORITIES FOR THE PRIMARY PREVENTION OF AUTOIMMUNE THYROID DISEASES

Ptushchenko N. Yu.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Thyroid dysfunction is one of the most common endocrine disorders. Autoimmune thyroid diseases, including Grave's disease and Hashimoto's thyroiditis are prevalent autoimmune diseases, affecting up to 10 % of the general population. Autoimmune thyroid diseases arise due to complex interactions between environmental and genetic factors. Significant progress has been made in our understanding of the genetic and exogenous triggers contributing to this disease. It has been postulated that 79% of the susceptibility to develop autoimmune thyroid disease is attributed to genetic factors, while environmental factors contribute to 21%. Malnutrition or the presence of numerous nutritional deficiencies in a patient's body can be the cause of thyroid disorders. The nutrient deficiencies usually observed in patients suffering from disease are micronutrient deficiencies, protein deficiencies, vitamin deficiencies and mineral deficiencies. The population's iodine intake is one of the most relevant environmental factors associated to thyroid dysfunction and autoimmunity. The relationship between the iodine intake and the risk of developing thyroid disease is very close and dysfunction occurs in association with extreme nutritional iodine status; the risk is therefore present with both high and low intakes. Antithyroid drugs are combined with selenium the patients with Graves' disease and autoimmune thyroiditis achieved euthyroidism faster than those treated with antithyroid drugs alone. Selenium is needed for the biosynthesis of selenoproteins that are implicated in antioxidant defense and redox control of transcription. It also influence on the size of the thyroid gland. It deficiency can also exacerbate the effects of iodine deficiency and the same is true for vitamin A or iron deficiency. Zinc is essential for many biochemical processes and also for cell proliferation. Thyroid hormones influence zinc metabolism by affecting zinc absorption and excretion. The low levels of vitamin D may contribute to the development of autoimmune disease. Knowledge of the precise mechanism of interaction between environmental factors and genes in inducing thyroid autoimmune disease could result in the development of new strategies for a prevention. In recent years, the authors of epidemiological studies have documented that autoimmune diseases are a major problem of modern society and are classified as diseases of civilization. There is increasing evidence that nutritive and environmental factors are the main determinants in the present-day distribution of this disease. Proper diet helps to reduce the symptoms of the disease, maintains a healthy weight and prevents the occurrence of malnutrition.

Thus, it is a multifactorial disease, which prevention should affect the nutritional deficiency, use natural sources of trace elements, lifestyle and state of the organism as a whole.

**ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ
З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

**Распутіна Л. В., Черепій Н. В., Діденко Д. В.,
Ващук А. І., Распутіна А. В.**

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, Україна*

Актуальність. Останнім часом помітно зросла кількість хворих із поєднаним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих старших вікових груп, яка складає 61,7 %. Гіподіагностика за умов поєднання двох захворювань досягає 40 %.

Мета роботи: встановити поширеність ХОЗЛ серед хворих, що лікувались в кардіологічному відділенні з приводу ІХС та не мали в анамнезі обструктивних захворювань органів дихання.

Методи та матеріали. Обстежено 48 пацієнтів, середній вік – $(64,2 \pm 1,8)$ років, серед них чоловіків було 35 (72,9 %), середній вік – $(61,3 \pm 1,4)$ років, жінок – 13 (27,1 %), середній вік – $(69,2 \pm 2,4)$ років. Клініко-функціональне обстеження включало опитування за анкетною рекомендованою GOLD для раннього виявлення ХОЗЛ, оцінка ступеня задишки за шкалою mMRC, комп'ютерну спірографію на апараті «MasterScopePC» (Erich Jaeger, Німеччина) за стандартною методикою.

Результати. За даними анкетування встановили, що 26 хворих (54,1 %) відмічали симптоми характерні для ХОЗЛ, а саме у 10 хворих (20,8 %) спостерігався постійний кашель та свистячі хрипи у грудях; у 9 хворих (18,8 %) – наявність харкотиння. За результатами комп'ютерної спірографії у 11 пацієнтів (22,9 %) діагностовано ХОЗЛ: у 3 хворих (27,2 %) встановлено ХОЗЛ I ступеня тяжкості, у 6 хворих (54,5 %) – ХОЗЛ II ступеня тяжкості, у 2 хворих (18,3 %) – ХОЗЛ III ступеня тяжкості.

Висновки. Проведений нами аналіз встановив, що існують труднощі з діагностикою ХОЗЛ у пацієнтів на ІХС. У пацієнтів на ІХС, що скаржились на задишку ХОЗЛ вперше діагностовано у 11 пацієнтів (22,9 %). Інформативність опитування становить 64,7 %, що дозволяє відібрати пацієнтів похилого віку для проведення спірографічного дослідження та дозволить підвищити ефективність ранньої діагностики ХОЗЛ.

**РІВЕНЬ IL-6, IL-10, TNF- α У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ З МІКРОБНОЮ
КОНТАМІНАЦІЄЮ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Ратчик В. М., Татарчук О. М., Бабій О. М.,
Кудрявцева В. Е., Вінник Н. В.**

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: визначити вплив мікробної контамінації вмісту кісти та протоки підшлункової залози (ПЗ) на рівень IL-6, IL-10, TNF- α у хворих на хронічний панкреатит(ХП).

Методи дослідження. Мікробіологічні дослідження вмісту кісти ПЗ та головної панкреатичної протоки (ГПП) проводили у хворих на ХП. Загальна кількість досліджень дорівнювала 41 (26 досліджень вмісту кісти ПЗ, 15 – ГПП ПЗ). Кількісне визначення концентрації IL-6, IL-10, TNF- α в сироватці крові проводили за допомогою ІФА з використанням тест-систем ЗАО «Вектор-бест» (м. Новосибірськ) за рекомендаціями виробника. ІФА виконували за допомогою імуноферментного аналізатору “Stat Fax 303 Plus” (США).

Результати. Мікробіологічний аналіз вмісту кісти ПЗ та вмісту ГПП ПЗ у хворих на ХП показав, що мікробна контамінація була виявлена у 12 (46,2 %) зразках вмісту кісти ПЗ та у 9 (60,0 %) – вмісту ГПП ПЗ. Загальною для бактеріологічного аналізу вмісту кісти та ГПП ПЗ була характеристика розподілу якісного складу виділених мікроорганізмів. Так, за частотою виділення переважали грамнегативні палички, що склало 75,0 % у вмісту кісти ПЗ та 77,8 % – у вмісту ГПП ПЗ, домінуючим було виділення ентеробактерії роду *Klebsiella* (частота висівання у вмісту кісти склала 50,0 %, у вмісту протоки – 44,4 %). Другим за частотою виділення був анаеробний мікроорганізм роду *Bacteroides* (33,3 % і 44,4 %, відповідно). До переліку інших ідентифікованих мікроорганізмів належали *Candida albicans*, *Enterococcus faecalis*, *Proteus vulgaris*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus aureus*, гемолітичний стрептокок та анаероби: *Peptostreptococcus*, *Veillonella*. Середні значення прозапальних цитокінів у хворих з контамінацією кісти та ГПП ПЗ достовірно перевищували контрольні показники: рівень IL-6 підвищений до $(41,98 \pm 13,48)$ пг/мл, $p < 0,05$; TNF- α – до $(65,83 \pm 19,73)$ пг/мл, $p < 0,05$. Рівень IL-10 був у межах норми.

Висновки. У хворих на ХП, які мали мікробну контамінацію вмісту кісти та ГПП ПЗ, виявлено дисбаланс про- та протизапальних медіаторів у бік перших. Цей дисбаланс підвищує ризик ускладнень ХП.

ВПЛИВ АЛЬГІНАТІВ НА ПЕРЕБІГ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ СУПРОВІДНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Рева Т. В.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Стратегічними цілями лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є попередження ерозивного пошкодження слизової оболонки стравоходу, розвитку ускладнень та аденокарциноми стравоходу. Тактичні цілі терапії полягають у зменшенні вираженості клінічних симптомів та покращанні якості життя пацієнтів.

Для лікування ГЕРХ антациди/альгірати використовують або в режимі «за потребою» для швидкого усунення симптомів, або короткими курсами. Ці препарати володіють кислотонейтралізуючою, обволікальною, адсорбуючою та цитопротективною дією. Альгірат, створюючи густу піну на поверхні вмісту шлунка при кожному епізоді рефлюксу, повертається у стравохід, чинячи лікувальну дію. Завдяки вмісту альгірати володіють кислотонейтралізуючою дією. Потрапляючи в стравохід, вони утворюють захисну плівку, що створює градієнт рН між слизовою оболонкою і просвітом стравоходу та захищає слизову оболонку від агресивного впливу шлункового соку. Окрім того, застосування антацидних препаратів у формі суспензії сприяє кліренсу (очищенню) стравоходу.

Поєднання ГЕРХ та гіпотиреозу призводить до змін у перебігу захворювання, клінічної картини, знижує ефективність терапії та погіршує прогноз.

Досліджувані хворі приймали препарат Гавіскон - м'ятну суспензію перорально по 5 мл препарату 4 рази на день.

На тлі лікування відбувалося зниження частоти виникнення печії вже на 2-й день. Відмічено регресію симптомів загродинного болю некардіального походження та болю в епігастрії, відрижки кислим та відчуття гіркоти у роті. Препарат полегшував симптоми у 54 % пацієнтів протягом 10 хвилин після прийому та у 91 % протягом 20 хвилин. Динаміка оцінки добового рН-моніторингу показала зниження добового часу з $\text{pH} < 4$ у стравоході з 12,7 % до 4,3 %. Загальне число рефлюксів скоротилось зі 161 до 52,2, а кількість рефлюксів тривалістю більше 5 хвилин – з 5 до 1,8. За даними ендоскопічної оцінки лікування Гавісконом, на 14-й день терапії у 30 % випадків ерозивної форми ГЕРХ відзначали нормалізацію стану слизової оболонки стравоходу. В інших випадках – значне зменшення запально-деструктивних змін.

Отже, застосування альгіратів у хворих на ГЕРХ із супровідним гіпотиреозом дозволяє швидше досягнути позитивної клінічно-ендоскопічної динаміки захворювань.

PECULIARITIES OF LIPID SPECTRUM CHANGES IN PATIENTS WITH COMORBID COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HYPOTHYROIDISM

Reva T.V., Voytkevich Y.I.

*SHEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University"
Chernivtsi, Ukraine*

The problem of gastroesophageal reflux disease (GERD) has recently attracted the attention of scholars and practitioners around the world. This is primarily due to an increasing prevalence of GERD patients with a wide range of complaints, including "extraesophageal" in their nature, the development of serious complications such as Barrett's esophagus, esophageal adenocarcinoma and long-term conservative therapy and in some cases – inevitable surgery. In recent years the tendency to increase of GERD incidence has been stated.

In GERD patients with hypothyroidism an increase of total lipids in the blood on average 1.36 times is found ($p<0.05$) as compared with healthy persons (HP). Examination of total cholesterol (TC) in fasting blood revealed true hypercholesterolemia, which exceeded HP in 1.47 times ($p<0.05$). Similar changes have been reported regarding indicators in blood triglyceride levels that exceeded standards in 1.73 times ($p<0.05$). The same tendency was observed with respect to changes in low density lipoproteins (LDLP) content: the content of the examined patients exceeded the figure of HP in 1.64 times ($p<0.05$). However, the level of antiatherogenic lipoproteins – HDLP (high density lipoproteins) in patients significantly decreased in 1.66 ($p<0.05$). Atherogenic index (AI) was higher than the rate approximately by 3.5 times ($p<0.05$), indicating an increased risk of atherosclerosis in patients. Availability of statistically significant difference in hypercholesterolemia occurrence in patients as compared with HP indicates its importance in overweight and obesity development in future.

The data revealed a direct correlation between the yields of thyroid stimulating hormone (TSH) and total lipids ($r=0,797$, $p<0.05$), between blood levels of TSH and AI ($r=0,739$, $p<0.05$), between blood levels of TSH and TC ($r=0,687$, $p<0.05$), between the content of TSH and LDLP ($r=0,587$, $p<0.05$). Inverse correlation between the level of TSH and HDLP was found ($r=-0,691$, $p<0.05$).

Thus, a comorbid course of GERD and hypothyroidism is characterized by distinct changes in blood lipid spectrum upwards to its proatherogenic fractions.

ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН ЯК МАРКЕР ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Рекалова О. М., Панасюкова О. Р., Кадан Л. П., Сінгаєвський М. Б.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета: дослідження вмісту фактору некрозу пухлин (TNF α) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та пацієнтів з хронічним бронхітом (ХБ) в залежності від наявності чи відсутності клінічних ознак системного запалення (супутня ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба або їх поєднання).

Матеріали і методи: Обстежено 83 хворих на ХОЗЛ в стадії загострення, 25 здорових осіб контрольної групи, у яких методом імуноферментного аналізу визначали вміст TNF α у сироватці крові. В залежності від наявності чи відсутності супутніх серцево-судинних захворювань як клінічних ознак системного запалення, обстежені хворі на ХОЗЛ та ХБ розподілені на 4 групи: I групу склали 47 хворих на ХОЗЛ з клінічними проявами системного запалення, в II групу увійшли 18 хворих на ХОЗЛ без таких ознак, III групу склали 10 хворих на ХБ з клінічними проявами системного запалення і в IV групу увійшли 8 пацієнтів з ХБ без клінічних проявів системного запалення.

Результати. У хворих на ХОЗЛ реєструвався вірогідно підвищений рівень TNF α ($15,4 \pm 3,9$) пг/мл як у зрівнянні з контролем ($7,9 \pm 0,8$) пг/мл, $p \leq 0,05$, так і з пацієнтами з ХБ ($6,8 \pm 1,8$) пг/мл, $p \leq 0,05$. У хворих I групи вміст TNF α у 2 рази був нижчий, ніж у пацієнтів II групи, хоча за рахунок великої розбіжності показників (від 0 до 163,0 пг/мл) вірогідності не спостережено. У пацієнтів III та IV груп концентрація TNF α у сироватці крові знаходилась на контрольному рівні і не залежала від наявності чи відсутності клінічних ознак системного запалення.

Висновок. Підвищений рівень фактору некрозу пухлин може бути використаний як діагностичний маркер наявності ХОЗЛ.

Робота виконана за рахунок державного бюджету України.

СТАН СИСТЕМИ ЗГОРТАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТОРИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Родіонова В. В., Хмель О. С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета дослідження: оцінити стан показників системи згортання у хворих на вторинний остеоартроз (ОА).

Дизайн: було обстежено 23 хворих на ОА колінних суглобів (серед них 16 жінок та 7 чоловіків), середній вік яких склав $(53,62 \pm 2,91)$ років. Тривалість захворювання на ОА становила $(8,1 \pm 1,4)$ роки. До контрольної групи входило 15 здорових чоловік.

Методи обстеження: загальноклінічні, визначення індексу маси тіла, аналіз показників системи згортання, індекс важкості остеоартрозу Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC); оцінка порушення функції суглобів (ПФС), рентгенологічне обстеження уражених суглобів.

Результати. Середній індекс маси тіла склав $26,51 \text{ кг/м}^2$, що відповідало надлишковій масі тіла. Згідно з рентгенологічними даними, усі пацієнти мали II стадію остеоартрозу за Kellgren J.H. та Lawrence J.S. Також усі пацієнти мали II ст. ПФС. За індексом WOMAC хворі мали $(147 \pm 11,43)$ мм.

При оцінюванні показників системи згортання в хворих на ОА достовірно відрізнялися від групи контролю наступні показники: АЧТВ – $(19,33 \pm 1,76)$ с ($p \leq 0,05$), активований час рекальцифікації – $(42,83 \pm 1,3)$ с ($p \leq 0,05$), розчинні фібрин-мономерні комплекси – $(4,8 \pm 0,54) \cdot 10^{-2}/\text{л}$ ($p \leq 0,05$), аутокоагуляційний тест – $(102,16 \pm 1,08) \%$ ($p \leq 0,05$), XII-а залежний лізис – $(19 \pm 2,76)$ хв. ($p \leq 0,05$), міжнародне відношення $(0,97 \pm 0,37)$ ($p \leq 0,05$), що свідчить про наявність порушення системи згортання за типом гіперкоагуляції внаслідок наявності хронічного запального синдрому та прийому нестероїдних протизапальних засобів. Таке порушення системи згортання може спричинити підвищення ризику розвитку тромбозів та, як наслідок, ускладнень з боку серцево-судинної системи.

Висновки. У пацієнтів, хворих на вторинний ОА, наявні порушення показників системи згортання за типом гіперкоагуляції, що може підвищувати ризик розвитку серцево-судинних подій та свідчить про те, що ці хворі потребують моніторингу даних показників.

КРІОКОНСЕРВОВАНІ ПЛОДОВІ ОБОЛОНКИ В ТЕРАПІЇ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Росенко О. О., Фалько О. В., Прокопюк В. Ю., Шевченко Н. О.,

Прокопюк О. С.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

На теперішній час трофічні виразки (ТВ) є одним з поширених захворювань у всьому світі. У загальноприйнятому комплексі лікувальних заходів у разі ТВ особливу роль відіграє місцеве лікування.

Метою роботи було визначення ефективності застосування кріоконсервованих фрагментів хоріальної і амніотичної оболонок (ХО) (АО) при модельованих ТВ кінцівки.

Матеріали та методи. Моделювали ТВ у мишей *Balb C* шляхом внутрішньошкірного введення 9 % оцтової кислоти з подальшою термокоагуляцією нервово-судинного пучка в зоні відходження стегнових і клубових судин. На всю площу виразки на 24 години наносили кріоконсервовані фрагменти АО і ХО, групи порівняння – тварини без лікування, а також після застосування мазі Солкосерил. Пов'язки накладали 4-х кратно з перервою 48 годин. Оцінювали середню площу виразки (СПВ), кількість хибних кроків за даними функціонального тесту «помилка ніг» і імуно-гематологічні показники.

Результати дослідження. На початок лікування СПВ становила 64 мм², ушкоджені кінцівки виглядали набряклими і ціанотичними, тварини на них не спиралися. Дослідження крові виявило загальний лейкоцитоз, без зміни розподілу клітин в лейкоцитарній формулі і посилення функціональної активності лімфоцитів, про що свідчило вірогідне підвищення індукованої реакції бласттрансформації лімфоцитів (іРБТЛ). На 11-ту добу у крові тварин яким застосовували ХО та АО СПВ становила 28 мм², кількість неповноцінних кроків становило 15 % і 25 %, відповідно. У тварин як без лікування так і після застосування мазі Солкосерил, СПВ становила 36-38 мм², кількість помилок ніг 30 % і 36 %, відповідно. У крові тварин усіх експериментальних груп виявляли нейтрофільний лейкоцитоз. За даними імунологічних показників у тварин з ТВ лікованих маззю Солкосерил іРБТЛ значуще не відрізнялася від показників тварин без лікування. Застосування кріоконсервованих фрагментів плодових оболонок призводило до вірогідного збільшення кількості бластних форм лімфоцитів після активації міогеном, що свідчить про підвищення функціональної активності імунокомпетентних клітин. На 28 добу спостереження тварини яким застосовували ХО і АО повністю одужали, тоді як у групах порівняння одужали 86 % мишей. Тварини з незагоєними ТВ робили по одному хибному кроку, середня площа виразки становила 0,5-0,8 мм². У тварин після застосування АО і ХО показники іРБТЛ відповідали нормі, а у тварин груп порівняння не відрізнялися від таких на 11-у добу спостереження і були вірогідно нижчі в порівнянні з тваринами, яким застосовували кріоконсервовані фрагменти АО і ХО.

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ГОНАРТРОЗУ І-ІІ СТАДІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОНОФОРЕЗУ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ

Ромалійська О. В., Світлицька О. А., Печерський О. І.

Університетська клініка ЗДМУ, м. Запоріжжя, Україна

Мета дослідження – оцінити вплив комбінованого засобу, що містить глюкозамін, ібупрофен та алантоїн при його введенні за допомогою фонофорезу на прояви гонартрозу (ГА) І-ІІ стадії в період загострення.

Матеріали та методи обстеження. Обстежено 84 пацієнта хворих на ГА І та ІІ стадій в період загострення у віці від 34 до 77 років. Хворих поділено на 2 групи: 1 група (42 пацієнта, 17 чоловіків, 25 жінок, середній вік – 52,64 років) отримувала стандартне лікування ГА та додатково фонофорез з комбінованим засобом, що містить глюкозамін, ібупрофен та алантоїн; 2 група (42 пацієнта, 14 чоловіків, 28 жінок, середній вік – 58,52 років) отримувала стандартне лікування ГА. Динаміка лікування оцінювалась на 1 та 10 день за допомогою вимірювання об'єму суглоба, обчислення індекса Лекена та оцінки за шкалою WOMAC.

Результати. За результатами клінічного обстеження в 1-й групі до лікування об'єм суглоба складав $(45,46 \pm 4,3)$ см, індекс Лекена – $(16,53 \pm 2)$, за шкалою WOMAC – $(45,9 \pm 19,98)$ балів; в 2-й групі до лікування об'єм суглоба складав $(41,04 \pm 1,99)$ см, індекс Лекена – $(15,5 \pm 3,82)$, за шкалою WOMAC $(55,09 \pm 16,46)$ балів. Після лікування в 1-й групі об'єм суглоба склав $(43,06 \pm 4,48)$ см, індекс Лекена – $(7,15 \pm 3,82)$, за шкалою WOMAC – $(25,43 \pm 6,44)$ балів; в 2-й групі об'єм суглоба склав $(40,69 \pm 2,08)$ см, індекс Лекена – $(13,28 \pm 3,52)$, за шкалою WOMAC – $(50,56 \pm 15,5)$ балів.

Висновки. В першій і другій групах хворих на ГА об'єм суглобу зменшився не достовірно ($p \geq 2,2$), достовірно зменшився індекс Лекена ($p \leq 0,01$) в першій та другій групах. Ступінь порушення функції за шкалою WOMAC в першій групі зменшилась достовірно ($p \leq 0,01$), в другій групі – не достовірно ($p \geq 1,3$). Таким чином, введення за допомогою фонофорезу комбінованого засобу, що містить глюкозамін, ібупрофен та алантоїн дозволяє достовірно зменшити ступінь порушення функції суглоба та важкість проявів ГА за короткий час.

ХАРАКТЕРИСТИКА СПОРТИВНЫХ ТРАВМ И КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ КИКБОКСЕРОВ

Романенко А. Ю., Молотягин Д. Г.

Харьковская государственная академия физической культуры, Украина

Актуальность исследования. Количество людей, занимающихся единоборствами, ежегодно увеличивается. Боевым искусствам присущи различные виды спортивных травм, поэтому основное внимание в работе спортивного врача, спортивного психолога и тренера должно уделяться вопросам предупреждения спортивного травматизма.

Цель исследования: изучить особенности травм и повреждений спортсменов, занимающихся кикбоксингом для разработки и внедрения методов эффективной профилактики спортивного травматизма.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы данные за последние годы о травмах и повреждениях спортсменов, полученных на тренировках и соревнованиях.

Результаты исследования. Анализ материалов показал, что наиболее частыми травмами среди начинающих спортсменов являются растяжения связочного аппарата, преимущественно связок стоп (60 %), переломы фаланг пальцев кисти (20 %) и по 10 % составили ушибы кисти и носовые кровотечения. Так же встречаются ушибы мягких тканей (28 %, в основном области тыльной поверхности стопы – 58 % повреждений), переломы костей кисти и стопы (24 %). Нарушения дыхания, как следствие полученного удара в корпус при недостаточной защите мышц брюшного пресса составили 19 % от общего количества травм; в равной степени (по 14 %) встречаются растяжения мышечно-связочного аппарата и носовые кровотечения.

Установлено, что у 82 % спортсменов, занимающихся кикбоксингом, имеет место легкое снижение продуктивности когнитивных функций и психической работоспособности. Структуру когнитивных дисфункций определяют сужение объемов непосредственной и долговременной памяти, снижение продуктивности процесса запоминания, дефекты селективности, сужение объемов произвольного внимания, нарушения процессов концентрации, распределения и переключения. Имеют место легкие нарушения динамической стороны мышления, в виде лабильности мыслительных операций, чередовании адекватных и неадекватных решений. Также у этой категории спортсменов имеют место нарушения сложных форм произвольной двигательной активности и перцептивных операций, в виде дефектов пространственного праксиса, динамического праксиса и праксиса позы по зрительному образцу и расстройств акустического гнозиса.

Выводы. Структура спортивного травматизма и когнитивных дисфункций различается у занимающихся кикбоксингом в зависимости от уровня спортивного мастерства и этапа тренировочного процесса. Полученные результаты должны быть использованы в работе спортивного врача, спортивного психолога и тренера, с целью сбережения физического и психического здоровья спортсменов.

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК КОМПОНЕНТ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Росул М. М., Бугір І. В., Корабельщикова М. О., Іваньо Н. В.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Вступ. За останні роки все більшої актуальності набуває вивчення ролі безсимптомної гіперурикемії (ГУ) як компонента метаболічного синдрому (МС) у розвитку і прогресуванні серцево-судинної патології.

Мета. Вивчення взаємозв'язку ГУ та компонентів МС у жінок з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи: обстежено 60 хворих віком від 41 до 81 років (середній вік – $(65,25 \pm 10,8)$ років), які були розподілені на 2-і групи залежно від рівня сечової кислоти (СК) у сироватці крові: основна група – хворі на АГ з ГУ та група співставлення – хворі на АГ з нормоурикемією (НУ). Критерієм ГУ вважали рівень СК у сироватці крові ≥ 360 мкмоль/л за рекомендаціями Європейської ліги боротьби з ревматизмом. Всім хворим проводились загальноприйняті клінічні, лабораторні та інструментальні обстеження.

Результати: аналіз отриманих даних свідчить про переважання осіб з надмірною масою тіла та ожирінням І ступеня у групі хворих на АГ з ГУ (56,7 % та 33,3 %) порівняно з такими без ГУ (33,3 % та 16,7 %, відповідно). При цьому абдомінальний тип ожиріння мав місце у 80,0 % хворих основної групи і тільки у 36,0 % у групі порівняння. Нами спостерігалась наявність гіпертригліцеридемії у 30,0 % хворих на АГ з супутньою ГУ проти 16,7 % у групі співставлення, при цьому відмічались більш вищі значення середнього рівня тригліцеридів за наявності ГУ ($(3,67 \pm 3,15)$ ммоль/л та $(2,82 \pm 3,01)$ ммоль/л, відповідно). Зафіксовано зменшення середнього значення рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності у жінок з АГ та супутньою ГУ на відміну від хворих з АГ без ГУ ($(1,07 \pm 0,15)$ ммоль/л та $(1,7 \pm 0,56)$ ммоль/л, відповідно).

Висновок. У хворих на артеріальну гіпертензію гіперурикемія у першу чергу асоціюється з наявністю і вираженістю таких компонентів метаболічного синдрому як абдомінальне ожиріння, гіпертригліцеридемія та зменшення рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності, що свідчить про тісний патогенетичний взаємозв'язок між розвитком і прогресуванням метаболічного синдрому та порушеннями пуринового обміну у вигляді гіперурикемії.

ОСОБЛИВОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ МАРКЕРІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

Руденко М. І., Титова Г. Ю., Ринчак П. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження. Вивчення зв'язку між порушеннями клубочкової (креатинін (Кр), кліренс креатиніну (ККр), цистатін С (ЦсС)), електролітовидільної (Na^+ , K^+) та канальцевої ($\beta 2$ -мікроглобулін сечі ($\beta 2$ -МГ)) функцій нирок при ІХС та ІХС в поєднанні з хронічним пієлонефритом (ХП).

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН різних функціональних класів. Перша група (І) – 40 хворих з ХСН без супутнього ХП, друга (ІІ) – 20 пацієнтів з ХСН та ХП. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня ЦсС сироватки крові, $\beta 2$ -МГ сечі. Рівень Кр визначали методом Яфе, K^+ сироватки крові – іонселективним методом, Na^+ сироватки крові – потенціометричним методом; ККр – за формулою Кокрофта-Голта.

Результати дослідження. В І групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 23,9 %, ($p < 0,05$), зниження ККр на 28,4 %, ($p < 0,05$), підвищення рівня ЦсС на 49,3 %, ($p < 0,05$), збільшення $\beta 2$ -МГ на 57 % ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У ІІ групі рівень Кр підвищувався на 65,4 %, ($p < 0,01$), ККр знижувався на 49,7 % ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 84,2 % ($p < 0,01$), $\beta 2$ -МГ підвищувався на 113,9 % ($p < 0,01$) в порівнянні з контрольною групою. Відмінності показників між І і ІІ групами були достовірні ($p < 0,05$). У І і ІІ групах рівні Na^+ і K^+ знаходилися в межах норми, проте у пацієнтів ІІ групи в порівнянні з хворими І групи визначалося достовірне збільшення рівня Na^+ на 11,4 % ($p < 0,05$).

Висновки. При поєднанні ХСН та ХП у хворих виявлені субклінічні порушення функції нирок. Багатофакторність патогенезу кардіоренального синдрому, що розвивається на тлі ІХС і ІХС у поєднанні з ХП, обумовлена рядом ініціальних факторів, що забезпечують формування «застійної» нирки, порушенням гломерулярної, канальцевої, електролітовидільної функцій нирок з проліферацією позаклітинного матриксу, розвитком нефросклерозу.

ВПЛИВ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОГО КОЛАГЕНУ ТА ДИССИНХРОНІЇ МІОКАРДА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЯК ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ

Руденко Т. А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Стан структурних компонентів серця і функціональні особливості – важливі прогностичні фактори у пацієнтів з кардіоваскулярною патологією. Останнім часом фокусують увагу на екстрацелюлярному відкладанню колагену у відповідь на провокуючий патологічний процес, в наслідок якого розвивається дискоординація скорочень ділянок міокарда, що виявляється різними порушеннями ритму та провідності. Це все ускладнює перебіг хронічної серцевої недостатності (ХСН)

Мета: оцінити ступінь впливу інтерстиціального колагену та диссинхронії міокарда (ДМ) на тлі цукрового діабету 2-го типу як факторів формування різних видів ремоделювання серця.

Матеріали і методи: Проведено комплексне клініко-інструментальне та лабораторне обстеження 68 хворих (52 жінки і 16 чоловіків) з ЦД 2-го типу у віці від 43-71 року, середній стаж ЦД 2-го типу ($2,2 \pm 0,8$) року з синдромом ХСН II-III ФК по NYHA. Всім пацієнтам проводили ехокардіографічне дослідження спрямоване на виявлення показників ДМ та електрокардіографічне дослідження в 12 відведеннях. Об'ємну фракцію інтерстиціального колагену розраховували за формулою J.Shirani et al.

Результати. Ексцентрична гіпертрофія лівого шлуночка спостерігалася у 47 пацієнтів (69 %) з блокадою лівої ніжки пучка Гіса без підвищення цифр артеріального тиску. Концентрична гіпертрофія мала місце у 21 хворого (31 %). Відзначалася кореляція ОФК з рівнем глікемії і тривалістю ЦД 2-го.

Висновки. Незалежно від типу геометрії, збільшена кількість інтерстиціального колагену призводить до зниження розтяжності серця в діастолу тим самим сприяє розвитку діастолічної дисфункції. Це підкреслює необхідність своєчасного проведення діагностичного мінімуму і адекватної корекції спрямованих на запобігання прогресування ХСН.

**ВПЛИВ БІСОПРОЛОЛУ НА ІНДЕКС
ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ
B1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ
СЕРДЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

Рудик Ю. С., Удовиченко М. М., Болотських Г. В., Лозик Т. В.

*ДУ « Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої
НАМН України», м. Харків*

Мета: дослідити вплив бісопрололу на індекс інсулінорезистентності НОМА-IR у хворих із хронічною серцевою недостатністю (СН) та систолічною дисфункцією лівого шлуночка в залежності від різних типів Ser49Gly поліморфізму гена $\beta 1$ -адренорецепторів (B1AP).

Методи дослідження. Обстежено 99 хворих із СН та систолічною дисфункцією лівого шлуночку на тлі перенесеного інфаркту міокарду. Поліморфізм гена B1AP за 2 точковими мутаціями Ser49Gly (49 локус) та Arg389Gly (389 локус) було визначено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції). Концентрацію інсуліну у плазмі крові визначали імуноферментним методом за допомогою набору реактивів "DRG" (Німеччина), згідно до інструкції, що додається для проведення аналізу. Інсулінорезистентність оцінювалася за допомогою методу "гомеостатичної моделі" (Homeostasis Model Assessment) для розрахунку індексу інсулінорезистентності (НОМА-IR) за допомогою формули: $\text{НОМА-IR} = (\text{рівень глюкози} \times \text{рівень інсуліну}) / 22,5$. Усі пацієнти отримували стандартну терапію СН із застосуванням бісопрололу. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням STATISTICA, версія 6 для MS Windows MS. Для порівняння параметрів в двох незалежних групах були використані критерії (U) Манна-Уїтні. Різниця значень вважалася достовірною при $p < 0,05$.

Результати. При вивченні впливу тривалого прийому бісопрололу на тлі стандартної терапії СН на інсулінорезистентність залежно від різних видів поліморфізму гена B1AP за 49 локусом відзначено відсутність негативного впливу цього препарату на динаміку НОМА-IR як у гомозиготних носіїв Ser49 (з 3,50 (2,66 : 5,11) до 3,47 (2,60 : 5,05)), так і у пацієнтів з Ser49Gly генотипом (з 4,96 (2,32 : 6,99) до 3,99 (2,02 : 5,24)), ($p > 0,05$). Погіршення інсулінорезистентності не було також виявлено при оцінці впливу бісопрололу залежно від різних типів Arg389Gly поліморфізму гена B1AP у пацієнтів з СН. У носіїв Gly389Gly типу поліморфізму динаміка індексу НОМА до і після лікування становила з 3,07 (2,58 : 4,44) до 3,02 (1,50 : 5,24), носіїв Arg389Gly – з 4,32 (2,48 : 5,90) до 3,84 (2,57 : 5,42) та у гомозиготних носіїв Arg389Arg – з 3,33 (2,72 : 5,30) до 3,46 (2,40 : 4,84), ($p > 0,05$).

Висновки. Тривалий прийом бісопрололу не погіршував інсулінорезистентність у пацієнтів із СН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка незалежно від різних типів Arg389Gly та Ser49Gly поліморфізму гена B1AP.

ВИЗНАЧЕННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ ТА ЕХОКАРДІОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ

Руснак І. Т., Злонікова К. М., Ташук М. В., Стецик Н. І.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,

м. Чернівці

З метою визначення взаємовідносин та інформативної цінності різних систем діагностики гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), оцінити їх у зіставленні з ехокардіографічними показниками та даними диференційованої електрокардіографії (ЕКГ) у віковому аспекті обстежено 202 пацієнти, що лікувались в обласному клінічному кардіологічному диспансері м.Чернівці, у діагнозі яких були вказівки на ГЛШ. Статевий розподіл пацієнтів свідчив про наявність серед них 86 (42,6 %) чоловіків і 116 (57,4 %) жінок. За розподілу за діагнозом серед обстежених пацієнтів переважали випадки ішемічної хвороби серця – 164 (81,2 %) хворих, серед яких у двох випадках діагностована стабільна стенокардія (СС) І функціонального класу (ФК), у 63 (38,4 %) – СС II ФК, у 99 (60,4 %) – СС III ФК. Гіпертонічна хвороба (ГХ) виявлена в 156 (77,2 %) випадках, ще в 46 (22,8 %) хворих діагностована симптоматична гіпертензія (СГ).

Із усіх обстежених пацієнтів у 161 (79,7 %) спостерігали ознаки ГЛШ, що визначені клінічно за попереднього обстеження (ЕКГ, ЕхоКГ тощо) та за оцінки ефективності лікування. Аналізу підлягали наступні ЕКГ критерії визначення ГЛШ – індекс Sokolow-Lyon і Cornell критерій ГЛШ, індекс Lewis або Gubner-Ungerleider, Фремінгемські критерії та індекси Мінесотського коду, критерії Scott та Romhilt-Estes, а також інші, менш специфічні. Відповідно до вікового цензу (молодше/старше 44/45 pp.) визначено наступний розподіл артеріальної гіпертензії (АГ) в її формі есенціальної гіпертензії (ЕГ) II ст, що оптимальна для аналізу ГЛШ, яка спостерігалась у 15 із 22 осіб молодшої групи проти 54 зі 180 старшої ((68,18 ± 9,93) % проти (30,00 ± 3,41) %, $p < 0,001$), що свідчить про суттєве її переважання в молодшому віці, а звідси і процесів ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ). У віковому аспекті при порівнянні показників ЕхоКГ розбіжності гемодинамічних показників недостовірні, окрім фракції викиду (ФВ) ЛШ, яка переважала в осіб молодшого віку ((64,37 ± 0,84) % та (62,05 ± 0,30) %, $p < 0,02$

Таким чином, нами визначено суттєве переважання ЕГ II ст. у молодшому віці, що активно впливає на процеси ремоделювання ЛШ, а віковий аспект є преформуючим чинником змін ЕхоКГ-показників, що найбільш щільно корелює зі змінами скоротливості за аналізу ФВ. Зв'язок між системою споріднених відведень для першої похідної ЕКГ, що відображають передню/задню/перетинково/бокову стінки ЛШ, і віковим аспектом не доведений.

АКТУАЛЬНИЙ НАПРЯМ МЕДИЦИНИ – ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Руснак І. Т., Ташук В. К., Самойленко С. В.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Оздоровлення нації шляхом лише лікування уже проявлених хвороб та їх ускладнень веде до постійного зростання захворюваності, оскільки не усувається корінь проблеми – причина виникнення хвороби. Людина, вилікована від хвороби, не означає – здорова людина. Вона знову повертається через кілька місяців вже з іншою хворобою – і знову витрати на обстеження, лікування. Чому б не спробувати інший шлях?

У медицині існує парадокс: ставлячи своєю метою досягнення здоров'я, вона займається хворобою. Досвід показує, що медицина здатна лікувати і врятувати людину в гострих ситуаціях, але вона безсила повернути йому здоров'я у разі розвитку хронічних захворювань, від яких, головним чином, вмирають в наш час (серцево-судинних, злоякісних, ендокринних та ін.). Для того, щоб досягти здоров'я, потрібно займатися здоров'ям.

Зміни в способі життя є першими серед підходів терапії в рекомендаціях Європейського товариства гіпертонії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року з лікування артеріальної гіпертонії. Клінічні дослідження показують, що спрямовані на зниження артеріального тиску зміни в способі життя по ефективності можуть дорівнювати медикаментозній монотерапії. В рекомендованих підходах змін стилю життя - регулярні фізичні навантаження, наприклад, не менше 30 хвилин помірної динамічної фізичної активності впродовж 5 - 7 днів на тиждень. Помірними аеробними навантаженнями можуть бути ходьба, біг підтюпцем, їзда на велосипеді, плавання.

У 2005 році представники Національного інституту дослідження ракових захворювань повідомили, що «фізична активність на робочому місці або у вільний час на 50 відсотків знижує ризик виникнення раку прямої кишки».

Результати одного широкомасштабного восьмирічного дослідження, що охопило більше 84 тисяч медсестер, красномовно свідчать про наступне. У тих із них, хто регулярно виконував комплекс фізичних вправ, ризик стати жертвами серцевого нападу або інсульту був на 54 відсотка менше порівняно з жінками, які вели малорухомий спосіб життя.

У Фінляндії наполегливо пропагували здоровий спосіб життя, рух, раціональне харчування і добилися того, що за 25 років знизили смертність від ішемічної хвороби серця на 73 %! Їх пропаганда була підкріплена реальними діями держави. Один із кроків - безкоштовна роздача салатів у місцях громадського харчування. Таким чином, буквально навчили людей їсти зелені.

Акцент на покращення здоров'я людини, а не виявлення та лікування хвороб, значно знизить захворюваність та пов'язані з цим проблеми.

ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Рынчак П. И., Мартовицкий Д. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность: более 50 % всех лекарственных средств (ЛС) назначаются нерационально, 50 % пациентов принимают ЛС неправильно, а 30 % населения не имеет доступа к жизненно важным ЛС.

Цель исследования: оценка рациональности фармакотерапии стабильной стенокардии в стационарах.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 476 историй болезни пациентов с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения II или III функционального класса, наблюдавшихся в стационарах ХГКБ № 27 в 2012-2014 гг.

Результаты исследования. Документированность состояния пациента была удовлетворительной в 90,9 %. Антиагреганты (ацетилсалициловая кислота) назначались у 90 %, в 0,9 % в дозе, не соответствующей современным рекомендациям. Антиангинальные препараты назначались у 75,8 %: нитраты у 59 %; в – адrenoблокаторы у 54 %, в 94 % представленные метопрололом (в дозе ниже средней терапевтической дозы); блокаторы медленных кальциевых каналов (9,6 %): дигидропиридинового ряда (52,8 %) в дозах ниже средней терапевтической дозы и недигидропиридинового ряда (47,2 %). Гиполипидемические препараты (статины), назначались у 80 %. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента были назначены у 58,8 %. Случаев нерациональных комбинаций препаратов не было. Полипрагмазия. В 11,8 % было назначено 2, в 22,8 % – 3, в 38,8 % – 4, в 19,9 % – 5, в 6,7 % – 6 препаратов.

Выводы. Структура применения ЛС у пациентов со стабильной стенокардией в стационарах отличается от существующих рекомендаций. Для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией необходима разработка и внедрение образовательных программ, разработка системы контроля качества оказания медицинской помощи пациентам со стабильной стенокардией.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Садыкова Г. А., Арипов Б. С., Таджиходжаева Ю. Х.,

Рахимова Д. А., Рахматуллаев Х. У.

АО, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент

Цель: вызов модели бронхиальной астмы (БА) у экспериментальных белых беспородных крыс путём ксеногенной трансплантации адаптированных лимфоцитов и изучение морфологических особенностей лёгочной ткани.

Материал и методы. В эксперименте использованы 20 беспородных белых крыс самцов весом 120-180 гр. Животные разделены на 2 группы: 14 опытных крыс и 6 контрольных. 14 опытным крысам внутрибрюшинно однократно вводили отмывые лимфоциты больных БА в дозе 5×10^6 . Остальным 6 опытным крысам вводили 0.2 мл физиологического раствора внутрибрюшинно. Через 14 и 20 сут. после ксеногенной трансплантации лимфоцитов забивались по 3 крысы из каждой группы. Кусочки лёгочной ткани фиксировались в 10 % нейтральном формалине и заливались в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5-6 мкм окрашивались гематоксилином и эозином. Микроскопические исследования проведены с помощью светового микроскопа XS-213 и микроскопа фирмы Leica.

Результаты. Поведение экспериментальных крыс изменялось через 6 суток после ксеногенной трансплантации лимфоцитов: появлялись движения захвата воздуха ртом, учащалось дыхание, двигательная активность повышалась. Макроскопически при забое отмечались гипервоздушность лёгких с единичными петехиальными кровоизлияниями под висцеральной плеврой. Ткань лёгких бледно-розового цвета. Стенки бронхов утолщены за счет разрастания соединительной ткани и деформированы. Морфологические изменения лёгких, в обширных полях эмфиземы, чередующиеся с участками дистлектаза очагового внутриальвеолярного отёка спазма бронхиол, обтурация просвета бронхов и бронхиол слизью и десквамированным эпителием. Воспалительный инфильтрат выявлен и в подслизистом слое. Перибронхиальная легочная ткань также была инфильтрирована эозинофильными лейкоцитами, лимфоцитами. Выявлялись участки фибриноидного некроза. Описанные выше морфологические изменения были более выражены на 20 сутки эксперимента. У контрольных интактных крыс, которым внутрибрюшинно был введён физиологический раствор, видимых изменений в лёгких не было обнаружено, т.е. развитие экспериментальной астмы не произошло.

Вывод: внутрибрюшинное однократное введение отмывых лимфоцитов больных бронхиальной астмой в дозе 5×10^6 вызывает модель бронхиальной астмы у белых беспородных крыс.

Таким образом, ксеногенный барьер не является препятствием для передачи трансплантированными лимфоцитами человека с бронхиальной астмой этой патологии крысам.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЁГКИХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И ЭФФЕКТЫ ФОТОТЕРАПИИ

Садыкова Г. А., Таджиходжаева Ю. Х., Рахимова Д. А., Арипов Б. С.
АО, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент

Цель: вызов модели хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) методом воздействия табачного дыма (ТД) и изучение морфологических особенностей лёгочной ткани в динамике импульсной концентрированной фототерапии (ФТ).

Материал и методы: модель ХОБЛ вызвана путём вдыхания ТД в течение двух месяцев в специальной камере у беспородных белых крыс весом 120-180 г. Фототерапия концентрированным импульсным светом проведена от установки «СЛУ-2», по 5 мин. первые 5 процедур, следующие 5 – по 10 мин. ежедневно. Контрольная группа ФТ не получала. Через 5, 10, 30 дней после лечения крыс декапитировали под эфирным наркозом. Для морфоисследований брали легкие и трахею, фиксировали в 10 % растворе нейтрального формалина и заливали в парафин. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином и эозином. Микроскопические исследования проведены с помощью светового микроскопа XS-213 и микроскопа фирмы Leica.

Результаты. До лечения макроскопически при забое лёгкие были местами повышенной воздушности, серо-розоватого цвета, местами ткань плотноватой консистенции, красно синюшного цвета. Стенки бронхов утолщены. На разрезе легочная ткань имеет пеструю картину, очаги повышенной воздушности чередуются с плотными, красно-синюшными участками. При исследовании гистологических срезов под микроскопом, альвеолы разной величины и формы, межальвеолярные перегородки местами утолщены, местами разрушены, выявлены очаги эмфиземы. Отмечается деформация бронхов, в просвете десквамированный эпителий и слизисто-гнойное содержимое. Слизистая бронхов гиперемирована, отёчна, инфильтрирована лимфоцитами и единичными лейкоцитами. Гиперплазия желез слизистой оболочки, выявлены в большом количестве слизь продуцируемые бокаловидными клетками. Также имела место лимфоцитарная инфильтрация межальвеолярной легочной ткани, выявлялись нежные прослойки соединительной ткани. Артерии, артериолы и капилляры резко расширены и полнокровны. Через 5 и 10 процедур лечения макроскопически лёгкие умеренной воздушности, пестрота легочной ткани сохранилась, орган выглядел серо-красно-розовым. Стенки бронхов без видимых изменений. При микроскопии выявлена небольшая тенденция к улучшению морфологической картины, т.е. уменьшился воспалительный инфильтрат в паренхиме органа. Результаты, полученные через 30 дней после лечения, оказались более убедительными. Просвет некоторых бронхов приобретал нормальные очертания, гофрированность, и деформации стенок бронхов выровнились, слизь продуцирующих бокаловидных клеток стало меньше. Слизистая оболочка бронхов и паренхима органа была инфильтрирована лишь единичными лимфоцитами.

Таким образом, результаты морфологических исследований показывают, что воздействие концентрированным импульсным светом оказывает положительное воздействие на течение экспериментального ХОБЛ, вызванного воздействием ТД.

ЕНЗИМИ ТКАНИННОГО УТВОРЕННЯ АНГІОТЕНЗИНУ І ТА ДЕСТРУКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЇ В РОЗВИТКУ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ АБО ГІПЕРТЕНЗІЇ

Самохіна Л. М.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета – винайти алгоритм розвитку фізіологічної адаптації або патологічного стану – гіпертензії за умов впливу стрес-факторів токсичного та емоційного генезу на активність окремих ензимів тканинного утворення АІІ та деструкції ендотелію.

У роботі використано щурів самців і самок, хом'яків-самців ((8 ± 2) міс.) *Mesocricetus auratus*, що утримувались у стандартних умовах віварію Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна або Інституту проблем кріобіології та кріомедицини НАН України. Об'єктом дослідження були сироватка крові та гомогенати тканин кори мозку (КМ), мозочку, гіпоталамусу, легень, серця, печінки та нирок щурів після осадження ядер. Тварини були розподілені на групи: щури-самці Wistar (3 міс.), яким вводили одноразово внутрішньочеревинно хлорид кобальту (3 мг/100 г маси тіла) або HgCl_2 (0,7 мг/100 г маси) в 0,9 % розчині NaCl , тварин декапітували через 2 год.; білі безпородні щури (6 міс. і 1,5 роки), у яких моделювали гіпертензію шляхом емоційного впливу, 8-місячного віку, у яких моделювали тривалий емоційний стрес, самці і самки, у яких моделювали алкоголь-залежну гіпертензію. Щури-самки (5-6 місяців), яким викликали гіпометаболічний стан введенням внутрішньочеревинно 2,5 % аміназину періодично 1 раз у 3 доби протягом 2 тижнів. Безпородні щури і хом'яки самці (6-8 міс.), у яких взимку викликали ШГМС згідно Анджуса-Бахметьева-Джайя. Хом'яки, які впадали у стан зимової сплячки. Відповідно за віком досліджено групи контролю. Досліджено сироватку крові людей з ГХ ІІ стадії, 1-2 ступеня ($n=12$), 7 чоловіків і 5 жінок, середній вік – $(46,4 \pm 3,1)$ років. Виключали пацієнтів з гіперурикемією, яку визначили за рівнем сечової кислоти (здатна безпосередньо викликати порушення функції ендотелію судин). Контрольна група людей представлена 14 здоровими особами, середній вік $(34,8 \pm 1,9)$ лет. Досліджено активність хімази, тоніну, катепсину G, еластази, ендотеліальної еластази (ЕЕл), металоеластази, кальпаїнів і виявлені зміни їх активності у всіх використаних моделях. Аналіз результатів дозволив запропонувати концепцію розвитку фізіологічної адаптації, яка включає залучення ЕЕл, її активність сприяє збереженню цілісності ендотелію судин за умов впливу стрес-факторів, а відсутність можливостей її вивільнення є віддзеркаленням зриву адаптації і формування патологічного стану організму, а саме – гіпертензивних змін. Стимулювання гіпертензії (емоційний стрес) призводить до неспецифічної активації катепсину G на відміну від тканинспецифічного його підвищення (в нирках) за умов тривалого емоційного стресу, коли гіпертензія не розвивається.

МОЖЛИВОСТІ СТИМУЛЯЦІЇ ГОРМЕЗИСУ І ВІТАУКТА

Самохіна Л. М., *Ломако В. В., *Бабійчук Г. О.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,

**Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків*

Мета – провести аналіз можливостей стимулювання ензимної системи старого організму в нормі і при гіпертензії за допомогою ритмічних холодових впливів (РХВ).

В експеримент були задіяні білі безпородні щури 1,5-річного віку зі стимульованою гіпертензією емоційним стресом (СГ₁) або алкоголем (СГ₂), яким проводили РХВ з частотою 0,1 Гц 65 хв, використовуючи охолоджувальний пристрій, створений в Інституті проблем кріобіології і кріомедицини НАНУ, який переривчасто подає повітря з температурою $(5 \pm 1) ^\circ\text{C}$. Щурів декапітували через 4 доби. Група порівняння – РХВ. Досліджено активність хімази, тоніну, еластази (Ел), ендотеліальної еластази (ЕЕл), металоеластази (МЕл), кальпаїнів в сироватці крові та гомогенатах тканин кори мозку (КМ), мозочку, гіпоталамусу, легень, серця, печінки та нирок щурів.

З віком знижується активність хімази, тоніну, вичерпуються їх функціональні можливості. При СГ₁ активується Ел, що може бути обумовлено участю нейтрофілів і призводити до органного пошкодження, сприяти вазоконстрикції за участю Ел-2. РХВ активує тонін, Ел у інтактних тварин, а при СГ₁ – хімазу і тонін, останнє може призводити до підвищення тиску. При СГ₂ активність хімази зростає у самок в сироватці крові, що вказує на можливість її вивільнення та участь у розщепленні ангіотензину II і може обумовлювати стійкість самок до гіпертензії. Активність тоніну знижується в сироватці крові, крім того, у самців – в печінці, що свідчить про порушення біосинтезу протеїнів. Активність кальпаїнів у самців суттєво знижується, що вказує на можливість прискореної вазоконстрикції. РХВ збільшує у десятки разів активність хімази, що може бути проявом гормезису, холодового збудження. Активність кальпаїнів не відновлюється, а зростає, більш у сироватці крові, що може бути обумовлено їх вивільненням з клітин, крім того, в серці, КМ і нирках, що вказує на стимулюючий ефект РХВ, пов'язаний з утилізацією недоокислених продуктів та інш. СГ₂ у самців призводить до зниження активності Ел – у всіх тканинах, ЕЕл – в КМ та нирках, МЕл – в КМ, легенях, печінці та нирках, що може обумовлювати пригнічення функцій нейтрофілів, ендотелію судин, деградацію екстрацелюлярного матриксу (ЕМ), відповідно. У самок активність Ел зростає у всіх зразках, ЕЕл – окрім печінки, що скоріше за все пов'язано з розвитком оксидативного пошкодження, а МЕл – знижується, окрім нирок, що можливо є наслідком її витрачання в процесах деградації ЕМ. РХВ істотно пригнічують підвищену активність Ел, МЕл і ЕЕл в КМ, легенях, серці, печінці і нирках. Таким чином, за допомогою РХВ можливі і нормалізація, і стимулювання ензимної системи старого організму, що пов'язано з проявами вітаукту у інтактних тварин і гормезису при СГ.

КАЛЬПАЇНИ І КАЛЬЦІЙ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК

Самохіна Л. М., Топчій І. І.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета – провести сумісний аналіз вмісту кальцію і активності кальпаїнів у пацієнтів з хронічною хворобою нирок (ХХН).

Обстежені пацієнти з ХХН І стадії, середній вік ($46,4 \pm 7,8$ років), 10 – з хронічним гломерулонефритом, 14 – з хронічним пієлонефритом. Контроль – 17 здорових осіб ($48,4 \pm 8,2$ років). У добовій сечі визначали рівень альбуміну з використанням тест-систем «Альбумін - ІФА» (Україна). У хворих з відсутністю мікроальбумінурії досліджували активність кальпаїнів в сироватці крові та сечі до лікування ензиматичним методом.

Активність кальпаїнів при ХХН суттєво підвищувалася і становила ($56,95 \pm 9,58$) мкЕкв./хв. проти ($10,9 \pm 1,7$) мкЕкв./хв. в контролі, а в сечі ($0,017 \pm 0,003$) проти ($0,00025 \pm 0,00003$). Концентрація кальцію в сироватці крові в нормі становить 2,15-2,57 ммоль/л, у добовій сечі 2,5-7,5 (фірма Cormay (Польща)) або 2,1-2,6 ммоль/л і у сечі 1,25-7,5 ммоль/доб («СпЛ» (Харків, Україна)). Такого вмісту кальцію більш ніж потрібно для активації кальпаїнів: μ - і m -кальпаїнам потрібно ~ 30 і 350 мкМ іонів Ca^{2+} для досягнення половини максимальної активності, відповідно. В клітинах, у яких рівні Ca^{2+} в наномолях, для активації ензимів необхідні аутопротеоліз, дисоціація, посттрансляційна модифікація або допоміжні протеїни. Зниження вмісту кальцію в сироватці крові прямо пов'язано з розвитком ХХН: тяжка гіпокальціємія спостерігається на пізніх стадіях ХХН, наприклад на фоні лікування остеопорозу у жінок в постменопаузі (Denosumab). При цьому кальпаїни, які активуються при високій концентрації Ca^{2+} , можуть повертатися в неактивний стан, готовий до реактивації. Підвищення вмісту внутрішньоклітинного Ca^{2+} сприятиме прояву активності кальпаїнів, але може призводити до розвитку кальцифікації судин, гломерулярних змін, аномальної транскломерулярної секреції протеїнів плазми крові, передчасного старіння. Кальцифікація судин – активний процес, в основі якого лежить трансформація гладеньком'язових клітин в остеобласт-подібні в результаті взаємодії різних факторів (гіперфосфатемія, уремичні токсини, реактивні кисневі радикали, зниження експресії інгібуючих протеїнів, таких як матриксний Gla-протеїн і фетуїн А). З виразною кальцифікацією артерій асоціюють і підвищення рівнів фосфатів (кальцій-фосфатів) у сироватці крові хворих з термінальною нирковою недостатністю. При цьому кальпаїни, які є посередниками ангіогенних сигналів судинного ендотеліального фактора росту, сприятимуть патологічному ангіогенезу, утворенню архітектурно дефектних, погано інтегрованих судин зі сліпими кінцями та інш.

Лишається актуальним питання адекватного вживання кальцію, враховуючи можливість патологічних змін і процент людей ($> 75\%$), які не досягають рекомендованої норми.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СИМПТОМАТИЧНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ ГІПЕРТЕНЗІЙ СЕРЕД ВАГІТНИХ

Свистак В. В., Блецкан М. М., Рішко О. А.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Мета дослідження: вивчити розповсюдженість симптоматичних артеріальних гіпертензій у вагітних жінок та розробити критерії диференційованого підходу до принципів корекції рівня артеріального тиску у даної категорії осіб з урахуванням сучасних європейських та вітчизняних рекомендацій.

Матеріали та методи. Було проаналізовано 722 історії хвороб та індивідуальні карти вагітних, що знаходились на обліку у перинатальному центрі м. Ужгорода впродовж 2004-2009 рр. Середній вік обстежених становив $(27,3 \pm 7,4)$ років з діапазоном від 19 до 41 року.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних свідчить, що есенціальна артеріальна гіпертензія відмічається у 115 вагітних (15,9 %), а симптоматичні артеріальні гіпертензії діагностуються у 607 осіб (84,1 %). Серед захворювань, що зумовлюють вторинну (симптоматичну) артеріальну гіпертензію ниркова гіпертензія має місце у 370 вагітних (61,1 %), ендокринна гіпертензія – у 135 осіб (18,7 %), гемодинамічна гіпертензія – у 114 обстежених (15,8 %), центрогенна гіпертензія – у 32 вагітних (4,4 %). Відмічається негативна тенденція зростання розповсюдженості артеріальної гіпертензії ниркового генезу протягом 2004-2009 років. Зокрема, частота симптоматичної артеріальної гіпертензії ниркового генезу складала відповідно: у 2004 р. – 58,6 %, у 2005 р. – 58,1 %, у 2006 р. – 58,0 %, у 2007 р. – 59,8 %, у 2008 р. – 60,3 % та в 2009 р. – 61,1 %.

Немедикаментозними заходами вдавалося досягнути стабілізації рівня артеріального тиску у 525 вагітних (72,7 %). Проте, 197 обстежених (27,3 %) потребували призначення медикаментозної терапії. Монотерапію антигіпертензивними препаратами отримували 172 вагітних (87,1 %), комбінацію 2-х препаратів – 25 вагітних з артеріальною гіпертензією (12,9 %).

Висновки. Необхідним є подальше вдосконалення методів прогнозування виникнення артеріальної гіпертензії у вагітних, її профілактика та лікування ще при плануванні вагітності, як один із методів попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

ДИНАМІКА АКТИВНОСТІ НЕЙРОН-СПЕЦИФІЧНОЇ ЕНОЛАЗИ НА ФОНІ КОРЕКЦІЇ ГОСТРОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ РІЗНИМИ ІНФУЗІЙНИМИ РОЗЧИНАМИ

¹Семененко А. І., ²Кобеляцький Ю. Ю., ³Кондрацький Б. О.

¹Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Україна, ²ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України",

³ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини
НАМН України», м. Львів

Оптимізація мозкової перфузії досить важлива для поліпшення наслідків гострого інсульту. В більшості випадків це досягається за допомогою проведення інфузійної терапії.

Мета: в рамках комплексного вивчення впливу різних інфузійних засобів на головний мозок при гострому порушенні мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом, метою цієї роботи є дослідити динаміку нейрон-специфічної енолази NSE на фоні застосування ізоосмолярного 0,9 % розчину NaCl та гіперосмолярного розчину маніт при гострому інсульті.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на пацієнтах з ГПМК за ішемічним типом. Пацієнти розподілялись на дві групи, що додатково до стандартної терапії отримували досліджувані розчини: 1-ша група: отримували 0,9 % NaCl. 2-га група: 0,9 % NaCl+ маніт. Розчини вводили внутрішньовенно (в/в) крапельно в умовно ефективній дозі (визначеній в експерименті) одразу при підтвердженні діагнозу, і далі щодоби через кожні 12 год. впродовж 7-ми діб. За контрольну групу брались пацієнти, що отримували з інфузійних розчинів лише 0,9 % NaCl, група порівняння – пацієнти, що отримували 0,9 % NaCl+ маніт. Для визначення специфічного маркеру ішемії головного мозку – активності NSE у відповідні строки (1-ша, 4-та та 7-ма доба ГПМК) у пацієнтів проводили забір крові. Активність NSE в сироватці крові визначали імуноферментним методом.

Результати та їх обговорення. Упродовж семи діб лікування ГПМК, в/в інфузія 0,9 % NaCl сприяє статистично вірогідному підвищенню активності NSE на сьому добу інсульту ($p < 0,05$). Подібна динаміка NSE, як і в контрольній групі, спостерігалась при введенні маніту у всі періоди спостереження від 17 нм/мл до 23 нм/мл ($p < 0,05$), що вказує на збільшення масиву некрозу, і, обов'язково, знаходить своє віддзеркалення у зростанні летальності хворих та погіршенні їхнього неврологічного статусу.

Висновок. Семиденне застосування ізоосмолярного 0,9 % розчину NaCl у хворих з ГПМК за ішемічним типом додатково до стандартної терапії сприяє статистично вірогідному підвищенню активності NSE, що пов'язано зі збільшенням некротизованої тканини у зоні ішемії. Зростання NSE у пацієнтів із ГПМК корелює з об'ємом інфаркту головного мозку тому, можливо, застосування манітолу при ГПМК за ішемічним типом повинно бути різко обмежене.

КИСЛОТНО-ОСНОВНОЙ БАЛАНС И СУБФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., Ерёменко Г. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Выделение фенотипов и субфенотипов бронхиальной астмы (БА) на основании биохимических, молекулярных, генетических маркеров признаётся в настоящее время перспективным для достижения максимально возможного в каждом конкретном случае уровня контроля болезни. Мы использовали показатели кислотно-основного состояния (КОС) и кислотно-выделительной функции почек для выделения субфенотипов БА с целью оптимизации лечения и вторичной профилактики развития нефропатий.

У 102 больных с БА исследована экскреция почками титруемых кислот титрационным методом ($E_{\text{тк}}$), экскреция аммония ($E_{\text{NH}_4^+}$) методом Ван Слайка – Пальмера, КОС с помощью газоанализатора крови 348. Для изучения функции внешнего дыхания (ФВД) использован компьютерный спирограф «Микролаб 330».

Проведенные исследования позволяют выделить 3 субфенотипа БА:

1 – БА с респираторным ацидозом (снижение pH крови, повышение $p\text{CO}_2$, максимальное повышение $E_{\text{тк}}$ и $E_{\text{NH}_4^+}$, минимальный уровень обструкции дыхательных путей при умеренно выраженной суточной вариабельности бронхиальной обструкции; 2 – БА с метаболическим ацидозом (низкий pH, значительный дефицит буферных оснований, компенсаторное снижение $p\text{CO}_2$, умеренное увеличение $E_{\text{тк}}$ и $E_{\text{NH}_4^+}$, высокие показатели бронхиальной обструкции на фоне субнормальных колебаний суточной вариабельности обструкции бронхов; 3 БА с респираторным алкалозом: повышение pH крови, снижение $p\text{CO}_2$ и $p\text{O}_2$, нормальные показатели кислотно-выделительной функции почек, самые низкие показатели ФВД и наибольшая суточная вариабельность бронхиальной обструкции.

Таким образом, субфенотип БА с респираторным алкалозом может рассматриваться как предиктор наиболее тяжёлых нарушений ФВД. При субфенотипе с метаболическим ацидозом наиболее вероятен риск развития вторичных нефропатий в связи с максимальным напряжением функционирования канальцевых компенсаторных механизмов. При этом субфенотипе мы с успехом использовали современную ощелачивающую терапию (препарат «Сода - Буфер», который позволяет избежать резких колебаний КОС). При субфенотипе с респираторным ацидозом с целью ренопротекции необходимо своевременное использование всех возможностей преодоления бронхиальной обструкции.

ОЦІНКА ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ПЕРЕДДІАБЕТОМ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Сердобінська-Канівець Е. М., Серік С. А., Ченчик Т. О., Бондар Т. М.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків

Мета – оцінити інтенсивність проявів оксидативного стресу (ОС) при ішемічній хворобі серця (ІХС) у поєднанні із переддіабетом і цукровим діабетом (ЦД) 2 типу в залежності від рівню глікозильованого гемоглобіну (HbA1c).

Матеріали і методи. Обстежено 165 хворих на ІХС, з яких у 75 був переддіабет, у 98 – ЦД. Хворі із супутнім ЦД були розподілені на дві групи в залежності від рівню HbA1c: з HbA1c $\geq 7,00\%$ – 50 пацієнтів, з HbA1c $< 7,00\%$ – 48. Рівень малонового діальдегіду (МДА) досліджували як маркер ОС. Активність ГПО і рівень HbA1c визначали в гемолізаті крові, SH-групи і МДА – в сироватці крові фотометричним методом.

Результати. Активність ГПО при ІХС, переддіабеті і ЦД виявилась найнижчою в групі ЦД, де була на 9,46 % нижче ніж при ІХС ($p < 0,05$). Достовірної різниці між активністю ГПО при ЦД і переддіабеті, переддіабеті та ІХС не було ($p > 0,05$). Рівень SH-груп, також виявився найнижчим при ЦД, він був на 3,67 % нижче, ніж при ІХС ($p < 0,05$). Достовірної різниці між його рівнями у групах ЦД і переддіабету, переддіабету та ІХС не було ($p > 0,05$). На відміну від ГПО і SH-груп найвищі значення МДА спостерігалися при ЦД, вони були на 12,75 % вище, ніж при ІХС ($p < 0,05$). Достовірної різниці між його рівнями у групах ЦД і переддіабету, переддіабету та ІХС не було ($p > 0,05$). При порівнянні хворих з ЦД, за рівнем глікемії виявлено, що в групі із HbA1c $\geq 7,00\%$ показники ГПО і SH-груп були на 12,92 % і 13,55 % нижче, ніж у групі з HbA1c $< 7,00\%$ ($p < 0,05$). Порівняння цих показників у групах ЦД, виділених за рівнем HbA1c, з групою ІХС дозволило встановити, що у хворих з ЦД при HbA1c $\geq 7,00\%$, показники ГПО та SH-груп були нижче ($p < 0,05$), ніж у хворих ІХС, а при HbA1c $< 7,00\%$ зменшувались відносно показників групи ІХС незначуще ($p > 0,05$). При зіставленні показників ГПО і SH-груп у хворих із групи ЦД з HbA1c $\geq 7,00\%$ і $< 7,00\%$ з хворими із групи переддіабету, відмінностей також не було ($p > 0,05$). Рівні МДА при ЦД з HbA1c $\geq 7,00\%$ і $< 7,00\%$ між собою суттєво не відрізнялись ($p > 0,05$). Як при HbA1c $\geq 7,00\%$, так і $< 7,00\%$ показники МДА були вище ніж у хворих при ІХС ($p < 0,05$). Достовірних відмінностей по МДА при ЦД з HbA1c $\geq 7,00\%$ і $< 7,00\%$ з переддіабетом не було ($p > 0,05$).

Висновки: При поєднанні ІХС з ЦД прояви ОС виражені більше, ніж при ІХС без ЦД. Активність антиоксидантної системи при ЦД тісно пов'язана із гіперглікемією. У хворих на ІХС з ЦД і HbA1c $\geq 7,00\%$ показники ГПО і SH-груп нижчі, ніж у хворих на ІХС з ЦД з HbA1c $< 7,00\%$ та ІХС без ЦД, а при HbA1c $< 7,00\%$ їх зменшення відносно показників групи ІХС без ЦД був незначущим. У той же час зростання рівнів МДА при ІХС з ЦД практично не залежало від глікемії і рівні МДА були більшими, ніж при ІХС без ЦД, як з HbA1c $\geq 7,00\%$, так і $< 7,00\%$. Достовірні розбіжності активності ГПО в групі переддіабету відмічались тільки по відношенню до групи ЦД, і тільки при HbA1c $\geq 7,00\%$.

ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ И УРОВЕНЬ ЦИСТАТИНА С У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Серик С. А., Оврах Т. Г., Бондарь Т. Н., Клименко Т. И.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины», г. Харьков*

Цель исследования. Оценить показатели тромбоцитарного гемостаза и уровни цистатина С при приеме двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) после острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. Обследовано 30 больных ИБС с СКФ > 60 мл/мин./ $1,73 \text{ м}^2$, которые за (4 ± 2) недели до включения в исследования перенесли ОКС и получали ДАТ (АСК 75-100 мг/сут. и клопидогрель 75 мг/сут.): 15 больных с СД и 15 больных без СД. Группу контроля составили 15 человек без ИБС и СД, не принимавших антитромбоцитарных препаратов. Оценивали АДФ- и арахидонат-индуцированную агрегацию тромбоцитов по суммарному индексу агрегации тромбоцитов (СИАТ, %), концентрацию 11-дегидротромбоксана В2 (ТхВ2) в моче (нг/мг креатинина), уровень цистатина С в сыворотке крови.

Результаты. СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат и ТхВ2 в моче у пациентов с СД $((61,75 \pm 1,61) \%, (15,53 \pm 1,01) \% \text{ и } (0,79 \pm 0,09) \text{ нг/мг креатинина})$ были достоверно выше, чем у пациентов без СД $((49,88 \pm 2,01) \%, (6,51 \pm 0,71) \% \text{ и } (0,59 \pm 0,04) \text{ нг/мг креатинина})$, ($p < 0,05$). СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат, ТхВ2 в моче в обеих группах больных ИБС были значимо ниже, чем у лиц контрольной группы $((73,98 \pm 2,94) \%, (32,15 \pm 4,89) \%, (1,11 \pm 0,19) \text{ нг/мг креатинина})$, ($p < 0,05$). Уровень цистатина С у больных ИБС и СД $((2882,43 \pm 83,20) \text{ нг/мл})$ был значимо выше, чем в группе без СД $((2291,37 \pm 102,86) \text{ нг/мл})$ и в группе контроля $((1966,63 \pm 74,86) \text{ нг/мл})$ ($p < 0,05$). В то же время, повышение уровня цистатина С у пациентов без СД по сравнению с контрольной группой было недостоверным, ($p > 0,05$). В группе больных ИБС и СД были выявлены положительные корреляции между СИАТ-арахидонат и уровнем цистатина С ($r = 0,63$, $p = 0,008$), СИАТ-арахидонат и уровнем глюкозы натощак ($r = 0,44$, $p = 0,035$), уровнем ТхВ2 в моче и инсулином ($r = 0,61$, $p = 0,027$) У больных без СД таких связей выявлено не было.

Выводы. На фоне приема ДАТ активность АДФ- и арахидонат-индуцированной агрегации тромбоцитов, уровень ТхВ2 в моче, уровень цистатина С у больных ИБС с СД после недавно перенесенного ОКС были достоверно выше, чем у пациентов без СД. Только у пациентов с ИБС и СД выявлены положительные корреляции СИАТ-арахидонат с уровнем цистатина С и глюкозой крови натощак, уровнем ТхВ2 в моче и инсулином.

КАРДИОМЕТАБОЛІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Серкова В. К., Кузьміна Н. В., Романова В. О.

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
Україна*

Мета дослідження: оптимізація лікування хворих на ІХС на основі вивчення впливу неалкогольної жирової інфільтрації печінки на потенціювання кардіометаболічних факторів ризику у хворих на ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 64 хворих з верифікованою ІХС (46 чоловіків і 18 жінок). Середній вік обстежених – $(55,32 \pm 4,43)$ роки. Поєднання ІХС з ГХ мало місце у 33 пацієнтів. У 45 обстежених хворих на ІХС діагностована стабільна стенокардія напруги, у тому числі у 22 – II функціональний клас (ФК) і у 23 – III ФК, та у 19 – нестабільна (прогресуюча) стенокардія. У 37 хворих в анамнезі був перенесений інфаркт міокарда. У 42 пацієнтів (65,6 %), що були включені в дослідження, виявлений стеатоз печінки, що було підтверджено даними сонографії печінки, проведенням SteatoTest та виключенням інших захворювань печінки, у т.ч. вірусної етіології. Визначали рівень загального холестерину (ХС) і ХС ліпопротеїнів, апоА- й апоВ-протеїни; С-реактивний протеїн (СРП) визначений високочутливим методом; ендотелін-1 (ЕТ-1) й активність фактора Віллебранда (фВ). Контрольну групу склали 30 здорових осіб аналогічного віку і статті. Для корекції порушень ліпідного профілю застосовували розувастатин (Розарт®) в дозі 10 мг/добу. Пацієнти зі стеатозом були розділені на 2 групи: основну (I) та порівняння (II). Пацієнти основної (21 хворий) групи додатково отримували урсодезоксихолеву кислоту в дозі 750 мг/добу протягом 1 місяця та в дозі 500 мг/добу наступні 2 місяці. Групи були співставні за статтю, віком, діагнозом та тривалістю захворювання. Обстеження проводили до лікування, через 1 та 3 місяці від початку спостереження.

Результати. У хворих на ІХС виявлено достовірне зростання рівня ЗХС, переважно за рахунок ХС ЛПНЩ, при зменшенні рівня ХС ЛПВЩ; достовірно вищий рівень СРП ($(3,78 \pm 0,17)$ мг/л проти $(0,78 \pm 0,04)$ мг/л), зростання концентрації СРП спостерігалось у 51 хворого (79,7 %); значне зростання рівня ЕТ-1 й активності фВ відносно контрольної групи.

Наявність ураження печінки потенціювало метаболічні зрушення, що характеризувалося зростанням вмісту тригліцеридів і в більшій мірі зменшення ХС ЛПВЩ, більш значним (на 43,4 %) підвищенням вмісту СРП, зростанням рівня ЕТ-1 (на 29,5 %) й активності фВ (на 24,6 %).

Висновок. Оцінка вивчаємих показників після лікування свідчила про їх позитивну динаміку в обох групах. Додавання в комплексну терапію урсодезоксихолевої кислоти сприяло тенденції до нормалізації як показників, що характеризують стан печінки, так і метаболічних критеріїв кардіоваскулярного ризику.

КАРДІОПРОТЕКТИВНА ЖИТТЄВА ПОВЕДІНКА ЯК БАЗОВИЙ КОМПОНЕНТ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Сіделковський О. Л., Макареня В. В., Овсянніков О. А.

Клініка сучасної неврології «Аксімед», м. Київ, Україна

Мета: сформулювати дефініцію терміну «кардіопротективний спосіб життя» та провести апробацію технології виявлення кардіоваскулярного ризику з наступним алгоритмом його немедикаментозної корекції в умовах амбулаторного прийому пацієнтів із соматичною патологією.

Досягнення амбітної стратегічної мети ВООЗ – зменшення до 2025 року кардіоваскулярної смертності до 25 %, базується на концепції раннього виявлення факторів ризику з наступним консультуванням пацієнтів щодо необхідності дотримання засад здоров'язбережувальної життєвої поведінки, яка реалізується у форматі кардіопротективного способу життя (КПСЖ).

Згідно нашого тлумачення, КПСЖ – це компетентно інформований та мотиваційно детермінований стиль індивідуальної здоров'язбережувальної життєвої поведінки, що формується на науковій парадигмі усунення модифікованих факторів ризику (МФР) власними зусиллями пацієнта і спрямований на підвищення адаптаційних можливостей організму немедикаментозними засобами.

Використання лікарем терміну КПСЖ більш доцільне, ніж абстрактне поняття «Здоровий спосіб життя». Адже при спілкуванні з пацієнтом інформація стосовно наявних у нього факторів кардіоваскулярного ризику, вже створює емоційно – мотиваційний стимул до бажання підвищити якість та тривалість життя немедикаментозними засобами.

Технологія виявлення та оцінювання МФР передбачає вимірювання антропометричних показників, артеріального тиску та ЧСС у стані спокою, визначення показників ліпідного метаболізму та цукру крові, самооцінку стану здоров'я та наявності шкідливих звичок. Кількісна (бальна) оцінка кожного показника передбачала його диференціацію: 0 – норма, а від 1 до 4 одиниць – дуже погано. Інтерпретація суми балів за її збільшенням здійснюється у такому порядку: низький ризик, незначно підвищений, підвищений, значно підвищений, загрозово підвищений.

Отримана інформація дозволяє лікарю аргументовано пропонувати пацієнту індивідуальну оздоровчо-профілактичну програму використання немедикаментозних засобів.

Таким чином, використання в амбулаторних умовах експрес-технології виявлення та оцінювання факторів ризику є важливою складовою персоніфікованої немедикаментозної профілактики неінфекційної соматичної патології.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СУДИННО-МОЗКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІЗІОТЕРАПІЇ

Сіделковський О. Л., Монастирський В. О., Овсянніков О. А.

Клініка сучасної неврології «Аксімед», м. Київ, Україна

Мета: вивчити поєднану дію магнітного поля та лазерного випромінювання на перебіг дисциркуляторної енцефалопатії та оптимізувати її лікування.

Зростання захворюваності на цереброваскулярну патологію призводить до інвалідизації та значної втрати працездатності, раннього старіння населення. Це диктує необхідність пошуку засобів лікування судинно-мозкових розладів, в тому числі немедикаментозних, що будуть доповнювати фармакотерапію. Зокрема набуває цікавості метод поєднаної дії магнітного поля та лазерного випромінювання – магнітолазерна терапія (МЛТ), який чинить вазоактивну та антигіпоксичну дію, поліпшує реологічні властивості крові.

Методи та результати дослідження: клініко-неврологічне обстеження з оцінкою важкості стану хворих за шкалами Бартела MMSE, нейровізуалізаційна верифікація дисциркуляторної енцефалопатії за допомогою МРТ головного мозку.

На базі денного стаціонару спеціалізованої неврологічної клініки “Аксімед” було обстежено 64 пацієнта з хронічною церебральною ішемією на тлі церебрального атеросклерозу та артеріальної гіпертензії. Клінічні прояви хвороби були представлені вестибуло-атактичним синдромом (100 %), когнітивною дисфункцією (62,6 %) та екстрапірамідними розладами (41,2 %). Всіх пацієнтів було розподілено на дві групи: I група – 31 пацієнт отримувалася уніфіковану інфузійну метаболічну терапію; II група – 33 хворих, крім вищевказаної терапії, отримувала 10-денний курс МЛТ на шийно-потиличну ділянку із щільністю лазерного випромінювання 10 мВт/см² та напруженням магнітного поля 20 мТл. В 1-шу та 10-ту добу перебування в стаціонарі у пацієнтів було оцінено ступінь неврологічного дефіциту за шкалою Бартел та стан когнітивних функцій за шкалою MMSE.

Під час оцінки результатів лікування було відмічено статистично достовірний регрес неврологічного дефіциту (атаксія, прояви судинного паркінсонізму) на 10,2 % та когнітивних розладів на 7,4 % у пацієнтів II групи, які отримували у складі комплексного лікування МЛТ, що формалізувалося зростанням сумарного балу за шкалами Бартел та MMSE у порівнянні з пацієнтами I групи ($p < 0,05$).

Висновки: застосування методу магнітолазерної терапії є ефективним у лікуванні хронічної судинно-мозкової недостатності, сприяє регресу неврологічного дефіциту, що є підставою його включення у комплексну терапію цереброваскулярної патології.

ПІДВИЩЕННЯ СИМПАТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ І ЇЇ КОРЕКЦІЯ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Сидоренко Г. В., Білий Д. О., Макаревич О. М.

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
м. Київ*

Мета дослідження: оцінка ефективності застосування бета-адреноблокатора (БАБ) бісопролола і його комбінації з інгібітором ангіотензинперетворюючого фермента (ІАПФ) периндоприлом для корекції підвищеної симпатичної активності у хворих з ІХС.

Об'єкт і методи. Обстежено 112 хворих ІХС і ознаками підвищеної симпатичної активності за даними варіабельності серцевого ритму (ВСР). За допомогою системи "DiaCard-II", визначали показники ВСР: індекс стандартного відхилення NN інтервалу (SDNN-i), потужність в діапазоні низьких (LF, мс^2) і високих (HF, мс^2) частот, відношення LF/HF. Для лікування у 52 хворих застосовували бісопролол (група I), 60 – комбінацію бісопролола з периндоприлом (група II). Термін нагляду 12 місяців. Для статистичної обробки використано пакет програм Microsoft Excel 2007.

Результати. За вихідними даними підвищення симпатичної активності встановлено у всіх випадках хворих на ІХС. Впродовж госпітального лікування у групі I зменшення ЧСС склало 13,4 %, групі II – 16,6 %. Підвищення SDNN-i в групі I становило 4,3 %, групі II – 6,4 %, не зареєстровано випадків з SDNN-i < 35 мс, які за вхідними даними склали 22,3 %. При лікуванні БАБ зменшилось LF/HF на 0,6 ум од, комбінованому застосуванні БАБ і ІАПФ – 0,8 ум.од. Лікування протягом року забезпечувало збереженню досягнутого ефекту. Середня ЧСС залишалась на попередньо досягнутому рівні. Зростання SDNN-i склало в групі I – 3,1 мс, групі II – 3,6 мс. Випадків SDNN-i < 35 мс не реєстрували в жодній з груп. Відбувалося посилення парасимпатичної активності, групі I – HFp збільшилася на 172 мс^2 , групі II – 198 мс^2 при суттєво меншому прирості LFp, відповідно, на 94 мс^2 і 82 мс^2 . За рік LF/HF на рівні $\geq 3,5$ ум од. в групі I реєстрували у третини, групі II – чверті обстежених від вихідних даних. Для хворих з LF/HF $> 3,5$ ум од. закономірними були більш високий рівень систолічного і діастолічного АТ, збільшення маси міокарда, зростання частоти і тривалості епізодів ішемії міокарда.

Висновок. Застосування у програмі лікування бісопролола дозволяє ефективно контролювати взаємодію симпатичної і парасимпатичної активності у хворих з ІХС. Комбінація бісопролола з периндоприлом сприяла більш суттєвому впливу на симпатичну активність, більш значному зменшенню частоти і тривалості ішемії міокарда і таким чином зменшенню ризику кардіоваскулярних подій. Зміни SDNN-i < 35 мс, LF/HF $\geq 3,5$ ум од є маркерами не тільки підвищення симпатичної активності, а і оцінки ефективності її корекції.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНІВ МЕЛАТОНІНУ

Сікало Ю. К.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити ефективність традиційного лікування ревматоїдного артриту (РА) в залежності від рівнів мелатоніну в сироватці крові.

Методи. Обстежено 105 хворих на РА та 30 практично здорових осіб контрольної групи, репрезентативних за віком та статтю. Середній вік становив $(49,8 \pm 12,6)$ років, жінок було 75,2 %. Кількісну оцінку активності РА проводили з використанням комбінованих індексів DAS 28, CDAI. Функціональну здатність пацієнтів визначали за анкетною оцінкою стану здоров'я HAQ. Всім хворим проводили підрахунок болісних та набряклих суглобів із 28 (КБС та КНС), визначення рівнів болю та оцінку загального стану за 100-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Вміст мелатоніну в сироватці крові визначали о 8-й та 20-й годині імуноферментним методом. Основу лікування хворих на РА становила схема, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12.10.2006 року № 676 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія», що включала прийом нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикоїдів (еквівалент 10 мг преднізолону), базову терапію (метотрексат, лефлуномід або сульфасалазин).

Результати. При аналізі ефективності лікування в залежності від рівнів мелатоніну було встановлено, що у хворих, які отримували традиційне лікування, найбільш виражений ефект спостерігається при низьких рівнях мелатоніну. Значущі розбіжності виявлено при порівнянні показників між групою, що за рівнем мелатоніну віднесена до першого квартилю (до 25 % за мелатоніном) і групою, що віднесена до другого-третього квартилю (25-75 % за мелатоніном) для КНС, ВАШ болю, DAS 28 та CDAI ($p < 0,05$). Також значущі розбіжності виявлені при порівнянні показників між групою, віднесеною до першого квартилю та групою, віднесеною до четвертого квартилю (понад 75 % за мелатоніном) для КНС, ВАШ болю та CDAI ($p < 0,05$) при вимірюванні о 8 годині, а також при порівнянні показників між групою, віднесеною до першого квартилю та групою, віднесеною до другого-третього квартилю для всіх показників, крім ШОЕ ($p < 0,05$), а для групи, віднесеної до першого квартилю та групи, віднесеної до четвертого квартилю, для КНС та CDAI ($p < 0,05$) при вимірюванні о 20 годині.

Висновок. Високий вміст мелатоніну в крові та втрата циркадності його продукції є одним із предикторів резистентності до традиційного лікування РА. Виявлені закономірності потребують подальшого вивчення для вибору персоніфікованої стратегії лікування РА.

СТАН ТОВСТОЇ КИШКИ ЗА ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ

Сімонова О. В., Бойко Т. Й., Сорочан О. В., Стойкевич М. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) є тяжким захворюванням, поширеність якого в усьому світі зростає. Захворювання проявляється симптомами, які обумовлені ураженням кишечника, позакишковими проявами, а також – системними змінами, зокрема – системною запальною реакцією, на фоні якої відбувається метаболічний стрес. Дослідження останніх років виявили високу частоту порушень нутритивного статусу у хворих на НВК, що обумовлює важливість ранньої діагностики, профілактики та подальше вивчення механізмів розвитку цих порушень.

Мета: вивчення ендоскопічних особливостей слизової оболонки (СО) товстої кишки (ТК) у хворих на НВК в залежності від їх нутритивного статусу (НС).

Матеріали і методи. Проведено ендоскопічне обстеження ТК у 28 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) віком від 18 до 69 років. Для визначення ендоскопічної активності НВК застосовано індекс ендоскопічної активності НВК Мауо. За результатами біоімпедансметрії та визначенням долі жиру в організмі хворі були поділені на 3 групи: I – 15 пацієнтів з трофологічною недостатністю, II – 5 хворих з нормальним нутритивним статусом, III – 8 пацієнтів з підвищеними значеннями масової долі жиру в організмі. Проводили порівняльну характеристику стану СО ТК у хворих в залежності від нутритивного статусу.

Результати. У всіх хворих на НВК виявлено типову ендоскопічну картину, характерну для виразкового коліту у фазі загострення з різним ступенем ендоскопічної активності. При порівнянні макроскопічної картини СО ТК у хворих на НВК зі зміненим НС (з нутритивною недостатністю та підвищеною долею жиру в організмі) встановлено суттєве переважання частоти набряку, виразок, контактної кровоточивості СО ($p < 0,05$), тенденцію до збільшення частоти геморагій, ерозій СО. В цілому у пацієнтів з порушенням НС вірогідно частіше спостерігався виражений індекс активності НВК, ніж у пацієнтів з нормальною вагою.

Висновки. Таким чином, у хворих на НВК з порушеннями трофологічного стану спостерігаються більш виражені структурні зміни СО ТК.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Сімонова О. В., Діденко В. І., Ягмур В. Б.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити стан слизової оболонки (СО) стравохода (С), шлунка (Ш) і дванадцятипалої кишки (ДПК) за даними езофагогастроудоденоскопії (ЕГДС) у хворих на цироз печінки (ЦП) різної етіології.

Матеріали і методи. ЕГДС виконана 53 хворим на ЦП, з них: 38 – з ЦП, асоційованим з вірусом С (ЦПС); 8 – з криптогенним ЦП (ЦПК); 7 – з первинним біліарним ЦП (ПБЦ).

Результати. В стравоході в ряді випадків виявлено зміни, характерні для гастроезофагеальної рефлюксної хвороби: недостатність кардії – 22,9 %, ознаки кили стравохідного отвору діафрагми – 5,7 %, рефлюкс-езофагіт – 22,9 %, в т.ч. ерозивний – 8,6 %. Частота і вираженість рефлюкс-езофагіту були вище при ЦПС ($p > 0,05$). Варикозне розширення вен (ВРВ) С виявлено в 54,3 % випадків, з однаковою частотою при різних типах ЦП. У третини пацієнтів відмічено збільшення розмірів складок СО Ш, що є однією з ознак застійної гастропатії; у всіх випадках діагностовано виражену еритему СО Ш (у більшості випадків – дифузну, з максимальною інтенсивністю у верхніх відділах Ш. Ознаки атрофії СО Ш, переважно - в антральному відділі, зафіксовано тільки у хворих на ПБЦ (8,6 %). При ЦПС частіше виявлено геморагії (55,3 %, $p < 0,05$) і контактну ранимість СО Ш. Частота ерозій СО Ш по групах суттєво не відрізнялась (25,8 %). У третини пацієнтів з ЦПС виявлено контактну ранимість СО Ш, яка сполучалась з геморагіями, рідше – з ерозіями СО. Портальна гастропатія (ПГ) значно частіше була діагностована при ЦПС і ЦПК (63,2 % і 75,0 %), при ПБЦ – в 28,6 % ($p < 0,05$). Лише в 1 випадку виявлено ВРВ Ш при ЦПС, що сполучалось з ВРВ стравоходу. Усі випадки ВРВ сполучались з ПГ. Дуодено-гастральний рефлюкс значно частіше було діагностовано при ЦПС. В ДПК у 25,7 % хворих виявлено рубцеву деформацію цибулини, і в 1 випадку при ЦПС – виразку цибулини. У 74,3 % пацієнтів виявлено еритематозні зміни СО ДПК. Геморагії і ерозії СО цибулини ДПК діагностовано в 14,3 %.

Висновки: при ЦП різної етіології виявлено низку поєднаних змін і змін, які обумовлені портальною гіпертензією. ЦП, асоційований з вірусом С, характеризується збільшенням частоти геморагічних змін СО шлунка.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ОЧИСНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ КЛІЗМИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ТОВСТОЇ КИШКИ

Сімонова О. В., Сніжинський С. І., Цабєрябий О. О., Кузнєцов Г. Е.
*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ,
КЗ «ДОКЦКК» ДОР, КЗ «ДКОШМД» ДОР, м. Дніпропетровськ, Україна*

Ректороманоскопія і сигмоскопія застосовуються як для діагностики, так і для скринінгу захворювань дистальних відділів товстої кишки (ТК). Якість підготовки цих відділів ТК впливає на ефективність ендоскопічної діагностики.

Мета дослідження: вивчити ефективність препарату «Нормакол клізма» для підготовки до ендоскопічного дослідження дистальних відділів ТК.

Матеріали і методи. Обстежено 68 хворих на хронічний коліт і синдром подразненого кишківника; з них 42 жінки і 26 чоловіків, у віці від 21 до 66 років. Проведено 48 сигмоскопій і 20 ректороманоскопій (РРС). За 2 дні до обстеження всім хворим призначали низькошлакову дієту. Для підготовки кишечника пацієнти самостійно використовували розчин для ректального введення «Нормакол клізма» (у флаконі 130 мл). «Нормакол» є гіпертонічною клізмою, яка сприяє притоку води в просвіт кишечника. Зволожені й розм'якшені фекальні маси збільшуються в об'ємі, розтягуючи стінки кишечника, що забезпечує дефекацію через 5-20 хвилин. Для підготовки до РРС препарат вводили однократно за 30 хвилин до обстеження, до сигмоскопії – двічі (на ніч і за 30 хвилин до обстеження). Для оцінки якості підготовки було застосовано елементи «Шкали оцінки підготовки ТК Harefield» (Harefield Cleansing Scale – HCS, 2013) – оцінювали кишковий вміст без аналізу по сегментам ТК: 0 ступінь – твердий кал, який не підлягає видаленню, 1 – напівтвердий кал, який видаляється частково, 2 – коричнева рідина / напівтвердий кал, який повністю видаляється, 3 – прозора рідина, 4 – пуста і чиста кишка.

Результати. При проведенні РРС 1 ступінь підготовки відмічено в 4,2 % випадків, 2 ступінь – в 16,7 %, 3 ст. – в 54,2 %, 4 ст. – в 25 %. При проведенні сигмоскопії 1 ст. відмічено в 5 % хворих, 2 ст. – в 20 %, 3 ст. – в 50 %, 4 ст. – в 25 %. Тобто, в 79,2 % при РРС і в 75 % при сигмоскопії було досягнуто доброї і відмінної підготовки ТК. При аналізі причин неякісної підготовки було виявлено, що в 2 випадках хворі не дотримувались дієти, в 1 випадку наявність пухлини з обтурацією просвіту кишки і кровотечею не дозволила увести всю дозу препарату. Всі хворі відмітили простоту і зручність застосування препарату, переносимість якого була доброю.

Висновки. Застосування препарату «Нормакол клізма» в комбінації з низькошлаковою дієтою сприяє ефективному очищенню прямої кишки (при однократному застосуванні) і ректосигмоїдального відділу ТК (при двукратному застосуванні).

СВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С ЭКОЛОГИЕЙ

Синяченко О. В., Ливенцова Е. В., Микухтс В. Я., Потапов Ю. А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Красный Лиман, Украина*

Цель: оценить связь распространенности и характера течения системных заболеваний соединительной ткани с загрязнением атмосферы, почвы и питьевой воды ксенобиотиками. **Материал:** обследованы более 600 больных, страдающих системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД) и ревматоидным артритом (РА). **Результаты.** Распространенность СКВ и ССД тесно связаны с развитием в регионах химической промышленности и производства строительных материалов, с уровнями в атмосфере диоксида углерода и 3,4-бензпирена, с содержанием в почве токсичных микроэлементов висмута и кобальта, в грунтовых водах бария и никеля, а РА – со степенью выбросов в атмосферу аммиака и фенола, с концентрацией в питьевой воде сульфатов, в грунте – олова, лития, марганца, титана и цинка. Особенности экологической ситуации в регионах определяют более молодой возраст начала ССД (степень накопления отходов химической и энергетической промышленности), частоту летальности и характер причин смерти при СКВ (уровень угледобывающей промышленности и выбросов в воздух 3,4-бензпирена). Формирование в крови больных СКВ аутоантител связано с уровнями в воздухе кремния, аммиака, фенола, диоксидов азота и углерода, а интегральные значения неблагоприятной экологической ситуации воздушного пространства влияют на развитие и тяжесть поражений кожи, сердца и почек, сельское хозяйство – на изменения щитовидной железы, возникновение асептических остеонекрозов, нефротического синдрома, нарушений электрической проводимости сердца, легочной гипертензии и диастолической дисфункции левого желудочка. Степень загрязнения атмосферы ксенобиотиками влияет на интегральные сонографические признаки артикулярного синдрома у больных РА, частоту воспаления голеностопных и коленных сочленений, формирования тендовагинитов, энтезопатий, лигаментоза, внутрисуставных кальцинатов, системного остеопороза, кист Бейкера и хондромных тел, изменений рогов менисков при гоните, поражения периферической нервной системы и темпов прогрессирования заболевания, что определяют концентрации в воздухе аммиака, 3,4-бензпирена, фенола, диоксида азота, серы и углерода. Содержание нитратов в питьевой воде оказывает влияние на адсорбционно-реологические свойства крови и уровень нитрат-/нитритемии при СКВ и ССД, который прямо коррелирует с показателями антител к нативной дезоксирибонуклеиновой кислоте и кардиолипину, с тяжестью течения поражений легких у больных ССД и почек в случаях СКВ.

СПЛЕНЕКТОМІЯ – КЛІНІЧНІ НАСЛІДКИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ

Сипливий В. О., Акименко А. В., Петюнін О. Г., Доценко В. В.,
Євтушенко О. В.

*Харківський національний медичний університет,
18 міська багатoproфільна лікарня, м. Харків, Україна*

Мета: вивчити та оцінити якість життя хворих, які перенесли спленектомію внаслідок її травматичного ушкодження залежно від терміну після оперативного втручання.

Матеріал та методи: для вивчення та оцінки якості життя було проанкетовано 45 хворих, які перенесли спленектомію з приводу її травматичного ушкодження. Серед проанкетованих чоловіків було 73,3 % та їх середній вік становив – $(37,4 \pm 2,6)$ років, жінок відповідно – 26,7 % та $(38,2 \pm 4,1)$ років. В залежності від терміну після проведення оперативного втручання всі респонденти були розподілені наступним чином: І група – це пацієнти, прооперовані 10 років та менше та ІІ група – це пацієнти, прооперовані більше 11 років тому.

Результати: показники по всіх блоках обмежень в різних сферах життєдіяльності опитаних знаходяться переважно в межах задовільного, окрім блоку фізичного функціонування (82,9 %) – оптимальний рівень життя та блоку повсякденного функціонування (38,9 %) – мінімальний. При вивченні якості життя пацієнтів, які перенесли спленектомію, встановлено, що пацієнти, які перенесли операцію 10 років та менше оцінили якість свого життя вище, ніж інша група. При розрахунку основних показників: фізичного та психологічного компоненту здоров'я встановлено, що в І групі показник фізичного компоненту здоров'я в – 82,3 % та психологічного – 76,1 %; в ІІ групі відповідно: 61,9 % та 57,0 %.

Висновки: показники якості життя досліджуваної групи по всіх блоках обмежень в різних сферах життєдіяльності респондентів знаходилися переважно в межах задовільного рівня, окрім блоку фізичного функціонування (82,9 %) – оптимальний рівень життя та блоку повсякденного функціонування (38,9 %) – мінімальний рівень життя.

При аналізі показників якості життя хворих, які перенесли спленектомію не встановлено статистично достовірної різниці залежно від статі ($p > 0,05$).

При порівняння окремих показників якості життя по групах встановлена статистично значима різниця між їх переважною більшістю ($p \leq 0,05$).

Таким чином, чим більший термін після оперативного втручання, тим нижче якість життя хворих.

ДИНАМІКА ЗМІН ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛАНГІТ

Сипливий В. О., Євтушенко Д. В., Петренко Г. Д.,
Грінченко С. В., Євтушенко А. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: визначити динаміку змін гематологічних індексів у післяопераційному періоді у хворих на гострий холангіт.

Матеріали та методи: проведено аналіз результатів лікування 184 хворих на холедохолітіаз, оперованих з приводу обтураційної жовтяниці доброякісного генезу. Гострий холангіт було діагностовано у 85 хворих. Чоловіків було 35 (41,18 %), жінок 50 (58,82 %). Середній вік хворих склав $(66,2 \pm 1,5)$ рік і варіював від 31 до 88 років. У 35 хворих з клінікою гострого холангіту були виконані малоінвазивні втручання, у 50 – з урахуванням характеру патології та важкості стану хворого-були проведені відкриті втручання.

Результати: Нейтрофільно-лімфоцитарний індекс (НЛІ) та лейкоцитарний індекс інтоксикації Каль-Каліфа(ЛІІ) прогресивно знижувалися протягом післяопераційного періоду. НЛІ до операції: $(6,67 \pm 0,79)$; НЛІ 3-5 доба після втручання: $(5,54 \pm 0,57)$; НЛІ 6-8 доба після втручання: $(4,38 \pm 0,74)$; ЛІІ до операції: $(2,87 \pm 0,59)$; ЛІІ 3-5 доба після втручання: $(1,94 \pm 0,38)$; ЛІІ 6-8 доба після втручання: $(0,95 \pm 0,18)$. Ядерний індекс зсуву нормалізувався (показники збільшувалися) відразу після проведеного втручання, і надалі зазнавав статистично незначущих змін (ЯІЗ до операції: $(0,08 \pm 0,01)$; ЯІЗ 3-5 доба після втручання: $(0,58 \pm 0,01)$; ЯІЗ 6-8 доба після втручання $(0,59 \pm 0,005)$). Найбільш чутливим до змін був показник інтоксикації (запропонований нами), що окрім змін формули лейкоцитів враховував зміни загальної кількості лейкоцитів та ШОЕ (ПІ до операції: $(0,44 \pm 0,14)$; ПІ 2-5 доба після втручання: $(0,69 \pm 0,42)$; 6-14 доба після втручання: $(0,138 \pm 0,04)$). Саме аналіз цього показника дозволяє краще оцінити перебіг післяопераційного періоду. Показник зростає протягом перших трьох діб після операції, що корелює з реакцією організму на оперативне втручання, а надалі приходить до оптимальних значень після 6-7 дня післяопераційного періоду.

Висновки: визначення гематологічних індексів дозволяє точно та адекватно оцінити перебіг післяопераційного періоду хворих на холангіт. Найбільш чутливим до змін у післяопераційному періоді був показник інтоксикації, який може бути використаний для максимально точної оцінки стану хворого та оцінки ефективності лікування.

УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ACLF В ХІРУРГІЇ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Сипливий В. О., Петюнін О. Г., Мороз К. Л., Петюнін П. О.,
Євтушенко О. В., Виноградов Б. О.

*Харківський національний медичний університет,
18 міська багатoproфільна лікарня, м. Харків, Україна*

Мета: визначити критерії ультразвукової діагностики (УЗД) та прогнозування виникнення «acute-on-chronic liver failure» (ACLF) при хірургічному лікуванні хворих на цироз печінки (ЦП).

Матеріал та методи: проведено оцінку факторів ризику розвитку ACLF в післяопераційному періоді у 137 хворих на ЦП. УЗД проводилося на апаратах "SAL-77A" фірми "Toshiba" та "SSD-650" фірми "Алока" з конвексними датчиками 3,5 МГц та доплеровськими пристроями. Визначали форму, розміри, ехоструктуру печінки та селезінки, констатували наявність чи відсутність рідини в черевній порожнині, а також довжину, форму та розмір просвіту воротної і селезінкової вен, визначали кровоток у воротній вені шляхом доплерографії. Визначали лінійну швидкість кровотоку (ЛШК) та об'ємний кровоток (ОК) в воротній вені, індекс портального застою (ІПЗ).

Результати: під час УЗД діаметр воротної вени у хворих без ACLF дорівнював $(1,22 \pm 0,013)$ см, при розвитку ACLF він достовірно збільшувався до $(1,5 \pm 0,026)$ см ($P < 0,001$). Діаметр селезінкової вени у хворих без ACLF дорівнював $(0,88 \pm 0,012)$ см, при розвитку ACLF він достовірно збільшувався до $(1,32 \pm 0,035)$ см ($P < 0,001$). ЛШК в воротній вені у хворих без ACLF дорівнювала $(14,5 \pm 0,86)$ см/с, при розвитку ACLF вона достовірно зменшувалась до $(10,8 \pm 0,48)$ см/с ($P < 0,001$). ІПЗ у хворих без ACLF дорівнював $(0,08 \pm 0,005)$ см \times с, при розвитку ACLF він достовірно збільшувався до $(0,14 \pm 0,015)$ см \times с ($P < 0,001$). ОК в воротній вені у хворих без ACLF дорівнював $(1024,65 \pm 61,65)$ мл/хв., при розвитку ACLF він зменшувався до $(997,57 \pm 72)$ мл/хв., але розбіжності виявилися статистично недостовірними. Таким чином, у хворих з ACLF ЛШК був у 1,6 рази нижчим, а ІПЗ у 2,8 рази вищим за аналогічні показники у хворих без ускладнень. Нами було встановлено, що ACLF виникала у хворих, якщо в них були одночасно присутні слідуючі зміни: діаметр воротної вени більше за 1,4 см, ЛШК в ній менший за 12 см/с та ІПЗ більший за 0,13 см \times с.

Висновки: ультразвуковими критеріями діагностики ACLF при хірургічному лікуванні хворих на ЦП є збільшення діаметрів воротної та селезінкової вен, ІЗ, та зменшення ЛШК в воротній вені. Наявність у хворого на ЦП комплексу ультразвукових ознак, як то: діаметр воротної вени більший за 1,4 см, ЛШК в воротній вені менша за 12 см/с та ІПЗ більший за 0,13 см \times с вказує на високу вірогідність розвитку ACLF.

ВИКОРИСТАННЯ СОНОГРАФІЧНИХ РЕСУРСІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Скирда І. Ю., Петішко О. П., Зав'ялова І. Ю.,

Буренко А. М., Пантелєєва Т. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: проаналізувати динаміку використання ультразвукової техніки для діагностики гастроентерологічних захворювань.

Матеріал і методи. Вивчення проводилось на підставі аналізу матеріалів Центру медичної статистики МОЗ України за 2005-2014 рр. Для виявлення характеру змін використовувався темп приросту/зниження.

Результати та обговорення. Аналіз ресурсної бази засвідчив, що загальна кількість лікарів за спеціальністю ультразвукової діагностики (УЗД) у 2014 р. становила 2191 осіб проти 1857 у 2005 р., тобто відбулось збільшення числа лікарів УЗД на 18,0 %. За останні 10 років абсолютна кількість УЗ-досліджень органів черевної порожнини зменшилась на 18,3 %, їх питома вага у загальній структурі УЗД у 2014 р. складала 37,9 %, (у 2005 р. – 54,3 %). Відмічається коливання по окремих адміністративних територіях від 24,9 % у м. Києві до 51,4 % – у Закарпатській та Рівненській областях. При розрахунку числа УЗ-досліджень черевної порожнини на 1 громадянина України у 2014 р. встановлено, що у середньому цей показник складав 0,21, тобто це обстеження було проведено кожному 5 мешканцю. Відділень (кабінетів) УЗД в Україні у 2014 р. зареєстровано 1249. З 2005 р. їх кількість зменшилась на 119 (8,7 %). За найбільшим числом відділень (кабінетів) по адміністративних територіях відрізняються Дніпропетровська, Харківська та Львівська області – 110, 98 та 87, відповідно. У решті областей забезпеченість відділеннями (кабінетами) УЗД коливалась від 15 у Луганській до 75 в Одеській областях. Кількість діючих апаратів УЗД у 2014 р. в Україні дорівнювала 3486, що на 707 (25,4 %) перевищило показник 2005 р. Найбільше число апаратів зареєстровано у м. Києві (342), Харківській (289), Дніпропетровській (242) та Львівській (216) областях. На 1 зайняту посаду лікаря УЗД у середньому в Україні в 2014 р. було проведено 9223 дослідження. Розбіжність по адміністративних територіях цього показника складала 3 рази та коливалась від 4797 у Запорізькій до 14001 – у Херсонській областях. У період 2005-2014 рр. кількість досліджень на 1 зайняту посаду збільшилась на 1062 дослідження, або на 13,0 %. Встановлено зменшення за 10 років числа УЗ досліджень на 1 діючий апарат в Україні на 207 випадків (2,9 %).

Висновки: аналіз стану і динаміки матеріально-технічних ресурсів практичної охорони здоров'я сприяє ефективному управлінню ресурсним потенціалом для своєчасної діагностики гастроентерологічних захворювань, їх ускладнень і прогнозування перебігу патологічного процесу.

РОЛЬ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ ЗМІН БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МІОКАРДА У ДІАГНОСТИЦІ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ

Скрипник І. М., Лиманець Т. В., Маслова Г. С.

*ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава*

Складною проблемою проведення поліхіміотерапії (ПХТ) із включенням антрациклінових антибіотиків (АА) залишається кардіотоксичність, яка характеризується відсутністю типової симптоматики, розвитком безбольової ішемії міокарда (ББІМ), що призводить до пізньої її діагностики з високим ризиком формування застійної серцевої недостатності, особливо у пацієнтів із супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС).

Мета роботи – оцінити характер змін біоелектричної активності міокарда на фоні низьких кумулятивних доз (КД) АА у хворих на гострі лейкемії (ГЛ) у поєднанні з ІХС за даними добового ЕКГ-моніторингу.

Обстежено 83 пацієнти з ГЛ: гострі лімфобластні лейкемії ($n = 19$) і гострі мієлобластні лейкемії ($n = 64$) віком 16-72 роки, з них чоловіки – 43 (51,8 %), жінки – 40 (48,2 %) осіб. Тривалість перебігу ІХС склала ($7,5 \pm 2,62$) роки. Включали хворих із вперше виявленим ГЛ (за ECOG I-II), яким призначали курси індукції ремісії, що містять АА. Обстежували пацієнтів двічі: до початку ПХТ і при досягненні КД АА 100-200 мг/м². Виконували добовий ЕКГ-моніторинг. Хворі були розподілені на дві групи: I ($n = 47$) – хворі на ГЛ без супутньої ІХС; II ($n = 36$) – хворі на ГЛ із супутньою ІХС.

До початку ПХТ, за даними добового ЕКГ-моніторингу, у пацієнтів I групи епізоди тахікардії зафіксовані у 25 (53,19 %) хворих, поодинокі надшлуночкові екстрасистоли (НШЕ) – у 19 (40,4 %) пацієнтів. У II групі у 26 (72,2 %) хворих діагностовано періоди тахікардії, у 19 (52,7 %) та 9 (25 %) пацієнтів, відповідно, – епізоди поодинокі НШЕ та шлуночкової екстрасистолії (ШЕ), а також короткі періоди депресії сегменту ST за умов збільшення фізичного навантаження. При повторній оцінці у 23 (49 %) хворих без ІХС на фоні періодів тахікардії виявлені епізоди поодинокі НШЕ при збільшенні фізичної активності. У II групі при мінімальній фізичній активності у 36 (100 %) пацієнтів зафіксовані періоди тахікардії, із них у 24 (66,6 %) вони супроводжувались зростанням кількості поодиноких НШЕ, виникненням епізодів парних, групових НШЕ, у 19 (52 %) – епізодами поодиноких ШЕ, а також збільшенням кількості періодів клінічно значущої депресії сегменту ST у 29 (80,5 %) і подовженням інтервалу Q-T у 14 (38,8 %) пацієнтів, що не супроводжувалось типовим больовим ішемічним синдромом. Отже, у пацієнтів групи ризику антрациклінова кардіотоксичність розвивається на фоні низьких КД АА і характеризується ББІМ із стійкими порушеннями біоелектричної активності міокарда у вигляді порушень ритму і провідності, які можуть бути діагностовано за допомогою добового ЕКГ-моніторингу.

ПОСТІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ: КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ПАРАДОКСИ

Солейко О. В., Черних М. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна

Мета: вивчення клініко-біохімічних особливостей перебігу постінфарктного кардіосклерозу у пацієнтів з синдромом недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ).

Матеріали і методи: клініко-інструментальне обстеження у повному обсязі було проведено 60 пацієнтам чоловічої статі із верифікованим діагнозом ішемічної хвороби серця (ІХС) та постінфарктним (Q-інфаркт міокарда) кардіосклерозом (середній вік – $(59,02 \pm 1,59)$ років). Критерії виключення: гіпертонічна хвороба, ожиріння, цукровий діабет, ідіопатичний пролапс мітрального клапану та інша тяжка патологія. Використовуючи спеціально розроблену анкету з виявлення стигм НДСТ на основі фенотипової карти М. J. Glesby в модифікації А. І. Мартинова та співавторів, всі пацієнти були розділені на 2 групи. До основної групи увійшли 30 пацієнтів із 6 і більше стигмами НДСТ (у середньому – $(8,34 \pm 0,92)$). До групи порівняння увійшли 30 пацієнтів із числом стигм до 5 включно (у середньому – $(4,53 \pm 0,27)$). В основній групі середній стаж ІХС складав $(2,25 \pm 0,74)$ років, постінфарктного кардіосклерозу – $(3,45 \pm 0,96)$ років, в групі порівняння – $(2,31 \pm 0,58)$ років та $(3,53 \pm 0,92)$ років, відповідно.

Результати: напади пароксизмальної надшлуночкової тахікардії (ПНТ) були виявлені у 26,67 % пацієнтів основної групи та у 10 % пацієнтів групи порівняння, пароксизмальна форма фібриляції передсердь (ФП) виявлена тільки у 30 % пацієнтів основної групи. Хронічна постінфарктна аневризма лівого шлуночка (ХПАЛШ) була виявлена тільки у 10 % пацієнтів з НДСТ. У 21 пацієнта (70 %) з НДСТ спостерігалась виражена діастолічна дисфункція лівого шлуночка (ДДЛШ) по II типу, тоді як у групі порівняння було зареєстровано 11 таких пацієнтів (36,67 %) ($p < 0,05$). Разом з цим, у пацієнтів основної групи виявлена менша середня кількість атеросклеротично вражених артерій ($1,77 \pm 0,21$) ніж у пацієнтів групи порівняння ($2,03 \pm 0,23$). Встановлено, що у осіб з НДСТ локальне стенозування вінцевих артерій (ВА) та атеросклеротичне ураження ВА зі стенозом ≤ 75 % зустрічались достовірно частіше ніж у осіб без НДСТ ($p < 0,05$). До того ж, середній рівень загального холестерину був достовірно менший в основній групі, і складав $(4,42 \pm 0,14)$ ммоль/л проти $(5,03 \pm 0,12)$ ммоль/л у групі порівняння ($p < 0,05$).

Висновки: клініко-біохімічними парадоксами перебігу постінфарктного кардіосклерозу у пацієнтів з НДСТ є зниження якості репаративного фіброзу у вигляді ХПАЛШ, важких порушень ритму (ПНТ, ФП), ДДЛШ по II типу на тлі менших рівня загального холестерину та ступеня атеросклеротичного ураження ВА.

ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИПРОБІОТИКІВ ПРИ КАНДИДОЗІ У ВАГІТНИХ

Солоніна Н. Л.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
НАМН України», м. Харків

В останні роки серед ускладнень вагітності та пологів все частіше постають інфекційно-запальні процеси статевих органів. Бактеріальний вагіноз (БВ) – клінічний синдром, обумовлений різноманітним мікробіоценозом вагінального секрету, є актуальною проблемою в гінекологічній практиці, що сприяє розвитку ускладнень, особливо при вагітності. Специфіка клінічних проявів БВ у вагітних потребує призначення препаратів з мінімальним токсичним впливом, тому застосування мультипробіотиків є обґрунтованим.

Мета дослідження – провести комплексну клінічну оцінку застосування мультипробіотиків «Сімбистер» та «Ентерол-250» при лікуванні БВ у вагітних.

Під спостереженням знаходилось 76 вагітних жінок віком від 20 до 36 років, у яких був поставлений діагноз бактеріальний вагіноз. Всього було виділено та ідентифіковано 92 штами мікроорганізмів. У 68 жінок мікрофлора вагінального секрету була виділена в асоціації. Серед виділеної мікрофлори найбільша частка належала *Staphylococcus epidermidis* (15,2 %), *Staphylococcus aureus* (14,1 %), *Escherichia coli* (19,5 %), *Klebsiella pneumoniae* (17,4 %), *Candida albicans* (39,1 %). Також були виділені *Enterococcus faecalis* (8,6 %), *Streptococcus agalactiae* (15,2 %). У 11 жінок реєструвалась герпесвірусна інфекція, у 4 виділялась мікоплазма, у 23 було знайдено трихомонади. Частка анаеробних мікроорганізмів склала 34,8 % . При цьому спостерігалось зниження кількості *Lactobacillus spp.* до 10^2 – 10^4 КУО/мл.

У 75,0 % жінок після комплексного лікування БВ з застосуванням мультипробіотиків «Сімбистер» та «Ентерол-250» кількість умовно-патогенної мікрофлори знизилась, а саме *Candida spp.* з 49,0 % до 4,5 % , *E. coli* – з 9,7 % до 1,2 %, *S. aureus* – з 13,3 % до 2,5 %. Застосування мультипробіотиків дозволило підвищити кількість *Lactobacillus spp.* до 10^4 – 10^6 КУО/мл.

Висновок. Дослідження підтвердили ефективність застосування мультипробіотиків «Сімбистер» та «Ентерол-250» при лікуванні БВ у вагітних.

УДОСКОНАЛЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Сорочан О. В., Бойко Т. Й., Стойкевич М. В.,

Кленіна І. А., Верхолаз Н. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

З урахуванням надмірного накопичення вільних радикалів та продуктів перекісного окислення ліпідів (ПОЛ), які виникають на тлі хронічної інтоксикації при неспецифічному виразковому коліті (НВК) та хворобі Крона (ХК) і сприяють підтриманню запальних реакцій та процесів ендотоксикозу, необхідно в лікуванні цих пацієнтів поряд з базисною терапією включати препарати з антиоксидантною властивістю.

Мета роботи: вивчити ефективність препарату цитофлавін у складі комплексної терапії у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗК).

Матеріал та методи дослідження. В дослідження було включено 38 хворих на ХЗК (21 – з НВК та 17 – з ХК). Середній вік хворих склав $(39,2 \pm 2,2)$ роки. На тлі базисної терапії, що включала салазопрепарати, при тяжкому перебігу кортикостероїди, антибіотики, всі хворі отримували препарат цитофлавін внутрішньовенно крапельно на 200 мл фізіологічного розчину, або 5 % глюкози протягом 7-10 днів. Контрольне обстеження проводилось на 21 день лікування.

Результати. На фоні позитивної клінічної динаміки, покращення загально-клінічних лабораторних показників, встановлені позитивні зміни показників системи перекісного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту (АОЗ) у вигляді зниження вторинного продукту ПОЛ – малонового деальдегіду у плазмі крові з $(2,58 \pm 0,15)$ ммоль/мл до $(1,75 \pm 0,14)$ ммоль/мл ($p < 0,05$) та підвищення загальної антиоксидантної активності плазми крові з $(33,14 \pm 1,87)$ % до $(40,18 \pm 1,16)$ %. Під впливом лікування було відмічено зменшення явища ендотоксикозу, про що свідчило зменшення рівня сіркомуюкоїдів з $(0,76 \pm 0,23)$ г/л до $(0,46 \pm 0,04)$ г/л та молекул середньої маси з $(666,53 \pm 16,34)$ мг/л до $(602,01 \pm 42,30)$ мг/л ($p < 0,05$).

Висновок. Комплексне лікування хворих на ХЗК з використанням цитофлавіну виявилось високо ефективним, що доведено позитивною динамікою клінічних спостережень, покращенням загально-клінічних лабораторних показників та показників системи ПОЛ-АОЗ, зменшенням ендотоксикозу.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА РІВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

Старченко Т. Г., Юшко К. О., Милославський Д. К.,
Щенявська О. М., Грідасова Л. М.

*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета: вивчити стан ліпідного обміну та показник перекісного окислення ліпідів малоновий діальдегід (МДА) в крові хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з різними варіантами порушення вуглеводного обміну.

Матеріали і методи. Обстежено 49 хворих ГХ, з яких у 15 виявлено гіперглікемія натще (ГГНТ), у 34 хворих був виявлений цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Контрольну групу склали 38 хворих на ГХ з нормальним вуглеводним обміном. Вивчення стану ліпідного обміну включало визначення загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності, ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Вивчення МДА проводили фотометричним засобом.

Результати. Порівняльний аналіз проатерогенних показників вірогідних відмінностей у обстежених групах не виявив. При цьому ЛПВЩ при ГХ з ЦД 2 типу були вірогідно нижчими за такий показник при ГХ з ГГНТ та контрольною групою. Аналіз стану окисдантної системи за даними визначення МДА не виявив вірогідних розбіжностей між показниками в групі хворих на ГХ у порівнянні з пацієнтами на ГХ з ГГНТ. Однак, при приєднанні до ГХ ЦД 2 типу значно зростає рівень МДА і перевищує цей показник при ГХ на 35 % ($p < 0,001$) і на 27 % ($p < 0,001$) при ГХ з ГГНТ. У разі поєднання ГХ з ЦД 2 типу стан перекісного окислення ліпідів суттєво залежав від тривалості ЦД. Так, рівень МДА при тривалості в анамнезі ЦД до 5 років і після 5 років склав відповідно $(5,44 \pm 0,18)$ нмоль/л і $(7,17 \pm 0,23)$ нмоль/л ($p < 0,001$), що свідчить про значення більш тривалої гіперглікемії у підтримці активації перекісного окислення ліпідів. Проведений кореляційний аналіз у хворих на ГХ з ЦД 2 типу виявив позитивний кореляційний зв'язок між МДА та ТГ ($r = 0,42$, $p < 0,05$), що може вказувати на роль МДА в підвищенні атерогенності плазми крові у цієї категорії хворих.

Висновки. Хворі на ГХ з ЦД 2 типу характеризуються найбільш вираженими проатерогенними змінами у порівнянні з пацієнтами на ГХ з ГГНТ та з нормальним вуглеводним обміном. Встановлена асоціація між гіперглікемією та вираженістю окисдантного стресу у обстежених хворих.

СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Степанов Ю. М., Коненко І. С., Стойкевич М. В., Сорочан О. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: вивчити ультразвукові (УЗ) параметри структури паренхіми печінки у пацієнтів на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) в залежності від нутритивного статусу.

Матеріали та методи: проаналізовані результати соноеластографічного дослідження (СЕГД) печінки 40 хворих на ХЗЗК віком від 18 до 60 років, у тому числі 30 пацієнтів на неспецифічний виразковий коліт (НВК), 10 – на хворобу Крона (ХК). Контрольну групу склали 15 здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю. Серед обстежуваних було 26 пацієнтів зі зниженим нутритивним статусом, 5 – з нормальним та 9 – з нутритивним статусом вище норми. Усім хворим проводили ультразвукове дослідження (УЗД) трансабдомінально, конвексним датчиком 3,5-5,5 МГц в 2D режимі на УЗ сканері Toshiba Xario. Еластографічні параметри були оцінені за допомогою УЗ апарата Radmir Ultima, методом зсувнохвильової еластографії, також конвексним датчиком аналогічних частот. Виконувалися ехографічна оцінка розмірів, зернистості, ехогенності, жорсткості паренхіми печінки.

Результати: У 80,0 % хворих в порівнянні з контрольною групою спостерігалось збільшення розмірів печінки переважно за рахунок правої долі, у тому числі 83,3 % пацієнта на НВК та 70,0 % – на ХК. У 55,5 % хворих спостерігались зміни структури печінки. Частота структурних змін суттєво не відрізнялась у хворих на НВК та ХК: 46,6 % та 40,0 %, відповідно. Відхилення у вигляді дистального затухання УЗ спостерігались лише у хворих з надмірним нутритивним статусом (66,7 %). У пацієнтів І та ІІ групи ця ознака не визначалась. Середні показники жорсткості паренхіми печінки та швидкості зсувної хвилі не відрізнялись від групи контролю, однак зміни, характерні для фіброзу 0 – І стадії за шкалою Metavir спостерігались у 82,8 % хворих, ІІ – у 11,4 %, ІІІ – у 2,8 %, ІV – у 3,0 % хворих. Таким чином, результати еластографії у хворих з різним нутритивним статусом показали, що з підвищенням нутритивного статусу пацієнтів збільшувались параметри, які характеризують жорсткість паренхіми печінки. Дистальне затухання ультразвуку виявлено у 66,7 % хворих ІІІ групи з підвищенням жорсткості паренхіми печінки та збільшенням швидкості проходження зсувної хвилі дозволяє припустити наявність метаболічних порушень у вигляді неалкогольної жирової хвороби печінки.

КОРЕКЦІЯ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА

Стойкевич М. В., Сорочан О. В., Вінник Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: Вивчити особливості стану кишкової мікрофлори у пацієнтів з хронічними запальними захворюваннями кишечника (ХЗК) і оцінити ефективність препарату «Ентерожерміна» у корекції виявлених порушень.

Матеріали та методи: Обстежено 38 хворих на ХЗК віком від 18 до 60 років, в середньому ($37,38 \pm 1,94$) роки, в тому числі 29 хворих на НВК, 9 – на ХК. Дослідження видового та кількісного складу мікрофлори вмісту товстої кишки проводили методом посіву десятикратних розведень (10^{-1} - 10^{-9}) на стандартний набір селективних та диференційно-діагностичних поживних середовищ. Оцінку ефективності проведеної терапії проводили шляхом порівняння глибини дисбіотичних порушень, виявлених до та після лікування.

Результати: Дисбіотичні порушення різного ступеня визначалися в у 100,0 % хворих на ХЗК, з переважанням дисбіозу II (42,1 %) та III (39,5 %) ступеня. У групі пацієнтів з НВК домінувало виявлення субкомпенсованої та декомпенсованої форми дисбіозу (41,4 % та 37,9 %, відповідно), у хворих на ХК субкомпенсова та декомпенсована форми зустрічались з однаковою частотою (по 44,4 %) та майже у 4 рази перевищували частоту виявлення дисбіозу легкого ступеня. Як при НВК, так і при ХК виявили вірогідне зниження рівня біфідо- і лактобактерій. Однак, у групі хворих на ХК частота виявлення цих порушень була вищою і дорівнювала 88,9 % проти 72,4 % ($p < 0,05$) та 88,9 % проти 86,2 % ($p < 0,001$), відповідно. Також при ХК майже у 2 рази вищою була частота виявлення умовно-патогенних ентеробактерій, яка склала 44,4 %. Підвищення концентрації дріжджоподібних грибів роду *Candida* також переважало у групі хворих на ХК і склала 55,5 %. Але, у хворих на НВК була декілька вищою частота виділення гемолітичних біоварів кишкової палички (у 27,6 % хворих на НВК і у 22,2 % – на ХК). У групі хворих на НВК у 20,7 % випадків було виділено патогенний стафілокок. Ентерожерміна призначався пацієнтам з дисбактеріозом на фоні базисної терапії по 1 ампулі 2 раз на день протягом 10 днів. Після лікування відмічалось значне поліпшення стану мікробіоценозу товстої кишки: частота дисбіозу III ступеня знизилася на 34,2 % у хворих на ХЗК, нормалізація мікрофлори спостерігалася в 36,8 % випадків. Таким чином, мікробіологічні дослідження виявили наявність дисбіотичних порушень у 100 % хворих на ХЗК з перевагою декомпенсованої форми дисбіозу. Використання препарату «Ентерожерміна» на фоні базисної терапії сприяє поліпшенню стану кишкової мікрофлори у цієї категорії хворих.

**ЗАСТОСУВАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ
У ЛІКУВАННІ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ**

Стойкевич М. В., Сорочан О. В., Мосалова Н. М., Шевцова З. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: вивчити ефективність гепатопротектору «Ессенціале» в лікуванні стеатозу печінки у хворих на хронічні запальні захворювання кишкового тракту (ХЗКТ).

Матеріал та методи. Під нашим спостереженням перебували 59 хворих на ХЗКТ (18 – з неспецифічним виразковим колітом, 5 – з хворобою Крона та 36 з хронічним колітом), які мали зміни функціональних печінкових проб та сонографічної картини ураження печінки, характерної для стеатозу. Вік хворих коливався від 29 до 68 років. Середня тривалість захворювання становила $(7,6 \pm 1,3)$ року. Усім хворим проводили ультразвукове дослідження (УЗД) трансабдомінально, конвексним датчиком 3,5-5,5 МГц в 2D режимі на УЗ сканері Toshiba Xario та біохімічний аналіз печінкового комплексу з визначенням активності трансаминаз (АсАТ, АлАТ). Стан системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та стану антиоксидантного захисту (АОЗ) оцінювали за концентрацією малонового альдегіду та загальної антиоксидантної активності у плазмі. На тлі комплексної терапії основного захворювання всі хворі отримували препарат «Ессенціале» внутрішньовенно протягом 10 днів, а потім Ессенціале форте Н по 2 капс. 3 рази на добу 60 днів, після чого проводилось контрольне обстеження.

Результати. На фоні позитивної клінічної динаміки, як з боку основної патології так і з боку гепатобіліарної системи, під впливом терапії було встановлено зниження активності запального процесу в печінці за рахунок вірогідного зниження показників амінотрансфераз: АсАТ з $(58,2 \pm 2,6)$ од/л до $(28,6 \pm 1,8)$ од/л ($p \leq 0,05$); АлАТ з $(84,4 \pm 2,8)$ од/л до $(32,6 \pm 1,7)$ од/л ($p < 0,01$). Встановлено покращення показників системи ПОЛ-АОЗ у вигляді зниження вторинного продукту ПОЛ – малонового диальдегіду у плазмі крові з $(2,6 \pm 0,1)$ ммоль/мл до $(1,8 \pm 0,1)$ ммоль/мл ($p < 0,05$) та підвищення загальної антиоксидантної активності плазми крові з $(31,4 \pm 1,3)$ % до $(40,9 \pm 1,6)$ %.

Таким чином, результати лікування дозволяють зробити висновок про те, що включення «Ессенціале» в комплекс лікування хворих на ХЗКТ з гепатозом патогенетично обгрунтовано. Про це свідчать: поліпшення клінічної симптоматики, позитивна динаміка показників біохімічного аналізу печінкового комплексу та показників системи ПОЛ-АОЗ.

КОРЕКЦІЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Строєнко К. С., Хижняк А. А., Мовчан М. Г.

*Харківський національний медичний університет,
Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної
допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова, Україна*

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – найпоширеніша патологія в Україні. Інфаркт міокарду (ІМ) є одним з найбільш серйозних ускладнень ІХС. Однією з причин несприятливої течії гострого періоду ІМ є судинні порушення головного мозку. Їх частота, за даними різних авторів, складає від 30-80 %.

В Україні прийняті стандарти діагностики і лікування серцево-судинних захворювань (ССЗ) і ІМ. Але для виявлення цереброваскулярної недостатності у хворих в гострому періоді інфаркту міокарду, є перспективним визначення С-реактивного білку і кортизолу. Також доцільне проведення нейропсихологічних тестів. На сьогодні немає єдиної тактики медикаментозної корекції цереброваскулярних порушень у хворих в гострому періоді інфаркту міокарду у віці від 35 до 60. Рекомендованим патогенетичним лікарським засобом в комплексному лікуванні гострого інфаркту міокарда (ГІМ) є кверцетин. Проте регрес когнітивних розладів у хворих з ГІМ під впливом кверцетину, вивчено недостатньо. Існують дані, що вказують на ефективне застосування антигіпоксантив (що містять бурштинову кислоту) як у хворих на ГІМ, так і при цереброваскулярних порушеннях, але вони широко не вивчені. Тому поєднання кверцетину і антигіпоксантив в комплексній лікувальній терапії ГІМ є перспективним.

Метою дослідження є удосконалення діагностики і оптимізації лікувальної тактики церебральної недостатності у хворих на ГІМ у віці від 35 до 60. У дослідженні планується обстежити близько 100 хворих. Критерії включення у дослідження: хворі з ГІМ у віці від 35 до 60 років. В залежності від виду терапії хворі розподілені на три групи: 1-ша група – хворі, яким проводиться терапія кверцетину і антигіпоксантив однієї групи; 2-га група – хворі, яким проводиться терапія кверцетину і антигіпоксантив другої групи; 3-тя група – хворі з ГІМ без антигіпоксантив. Додатково до методів дослідження включені: визначення рівня кортизолу, С-реактивного білку; проведення нейропсихологічних тестів.

Несвоєчасна діагностика цереброваскулярних порушень і відсутність адекватної терапії призводять до їх подальшого прогресу. У зв'язку з цим, усіх пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями і ГІМ слід активно обстежувати на предмет можливих церебральних порушень. Крім того розробка ефективної медикаментозної корекції цереброваскулярної недостатності у хворих на ГІМ призведе до покращення прогнозу захворювання та зниження летальності.

**МИТОПРОТЕКТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ
РЕЦЕПТОРНОГО АНТАГОНИСТА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1
ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

Супрун Э. В., *Мищан С. А., Супрун А. С.

*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков,
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: на модели экспериментального геморрагического инсульта у крыс изучить влияние рецепторного антагониста интерлейкина-1 (РАИЛ-1) (7,5 мг/кг) на динамику показателей активности митохондрий, окислительной модификации белков (ОМБ), энергетического и белкового обменов, процессов апоптоза и неврологических дефицитов в сравнении с Тиотриазолином (50 мг/кг).

Материалы и методы. РАИЛ-1 получен во ФГУП «ГосНИИ ОЧБ» ФМБА России. Внутримозговое кровоизлияние (ВМК) вызывали введением аутокрови во внутреннюю капсулу головного мозга под этаминал-натриевым наркозом. РАИЛ-1 в дозе 7,5 мг/кг вводили внутримышечно сразу после выхода животных из наркоза и в дальнейшем 1 раз в сутки в течение 18 дней. По истечении острого периода ишемии (4 дня) и фазы восстановления (18 дней) в гомогенате мозга биохимическими методами определяли мембранный потенциал заряда митохондрий (МПЗМ) в присутствии сафронина-О, а также показатели ОМБ (по уровню альдегидных (АФГ) и карбоксильных (КФГ) продуктов), уровень адениловых нуклеотидов (АТФ, АДФ, АМФ). Оставшийся мозг фиксировали в 10 % жидкости Буэна (24 часа) и после стандартной обработки методами непрямой иммунофлюоресценции определяли содержание РНК в глиальных клетках и долю апоптотических клеток. Неврологический дефицит у животных оценивали по шкале Stroke-index McGrow на 4-е и 18-е сутки.

Результаты. Установлено, что развитие ВМК у экспериментальных животных сопровождалось дестабилизацией функциональной активности митохондрий, повышением уровней ранних и поздних маркеров ОМБ (АФГ и КФГ), энергетическим и белковым дефицитом и активацией процессов апоптоза, что привело в итоге к выраженным неврологическим дисфункциям. РАИЛ-1 в дозе 7,5 мг/кг при ВМК оказывает выраженный многоуровневый митопротекторный эффект – торможение процессов прямой ОМБ способствует стабилизации функциональной активности митохондрий, сохранению должного уровня энергетического обеспечения, белкового синтеза и модуляции апоптотической активности, что стабилизирует неврологический статус крыс в постишемическом периоде.

Таким образом, РАИЛ-1 в перспективе может использоваться для фармакологической защиты мозга при его повреждениях, в том числе при лечении геморрагического инсульта.

FEATURES IN AFTERISCHEMIC ACTIVITY OF IL-1RA IN EXPERIMENTAL DIABETES AND CEREBRAL ISCHEMIA

Suprun E. V., Piminov A. F., *Tereshchenko S. V., Suprun O. S.,
Gubchenko T. D.

National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine.

**UE «Dnepropetrovsk' sity hospital № 4», Dnepropetrovsk, Ukraine.*

Objective: To study the effect of receptor antagonist of interleukin-1 (IL-1Ra) (7.5 mg/kg) on the performance of thiol-disulfide system (TDS), oxidative modification of proteins (OMP) and carbohydrate-energetic metabolism in modeling alloxan diabetes (DM) and focal stroke (FS) in rats compared to cerebroprotector Thiocetam.

Materials and Methods: The IL-1Ra was obtained in the Federal State Unitary Enterprise «Institute of Highly Pure Biopreparation» of Russia. Experimental diabetes was modeled using a single subcutaneous injection of water solution of alloxan monohydrate (Sigma, USA) at a dose of 150 mg/kg. Clinical picture of the FS method to reproduce by B.D.Waston on the model of bilateral photoinduced thrombosis. Test drugs (Thiocetam 500 mg/kg and IL-1Ra at a dose of 7.5 mg/kg) were injected intramuscularly 1 time per day. To study the activity of TDS in rat brain homogenates were determined levels reduced and oxidized thiols and glutathione, activity of glutathionperoxidase and glutathionreductase, as well as evaluated the processes of carbohydrate and energy metabolism (the level of ATP, ADP, AMP, pyruvate, lactate and malate) and the content of OMP in the level of aldehyde (AFG) and carboxyl (KFG) products.

Results: Determined that afterischemic damages of brain tissue in experimental animals on two models were accompanied with discordant changes of components of thiol-disulphide system (increase of levels of oxidative forms of glutation and thiols on the background of disulphide system – glutathionperoxidase and glutathionreductase) and of the pool of high-energy phosphate (decrease of levels of ATP and ADP on the background of apparent increase of AMP) and also by the increase of markers of oxidative modification of protein in homogenate of brain markers of OMP (AFG and KFG) and formation of decompensated acidosis. Was founded distinction in dynamics of changes of studied indexes on the model of experimental diabetes and focal stroke. Proved that the course administration IL-1Ra contributed to the stabilization of thiol-disulfide balance, normalization of enzyme activity TDS, carbohydrate metabolism and energy metabolism, as well as indicators of OMP in the brain tissue of rats with experimental diabetes and focal stroke. Activity was studied on the models studied IL-1Ra for stabilizing post-ischemic brain tissue damage exceeds that in Thiocetam.

This allows us to consider IL-1Ra as a promising drug for the effective protection of post-ischemic brain tissue states, including in the treatment of diabetes and focal stroke.

DIABETIC SKLEREDEMA - SKIN MARKER OF NEGATIVE PROGNOSIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Suprun O. V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Nowadays diabetes mellitus (DM) is a systemic disease with violation of all types of metabolism and involvement in the pathological process of all organs and body systems, including the skin. Certain skin manifestations of DM are considered cutaneous markers of the disease, whereas others are nonspecific conditions that occur more frequently among individuals with diabetes compared with the general population. Patients with DM have the specific skin lesions - diabetic skleredema (DS). DS is the most frequent specific dermatologic manifestation of DM and it occurs from 2.5% (USA) to 14% (Kuwait) of patients.

The first Krakowski et al. (1973) described clinical features of specific diabetic scleredema which has been considered as a dermatome in diabetic patients. In classic form the DS manifested by symmetrical diffuse induration of the skin and underlying tissues from the initial localization in the neck, upper body, upper third of the back. In the following the DS spreads involving skin, proximal upper extremities. By visual examination skin lesions manifested "orange peel" and with the progression of the pathological process often reaches the rocky density. Pain and temperature sensitivity is reduced in the affected areas of the skin. Minor or moderate motor disorders observed in the joints of the upper extremities and neck. Total loss of joint mobility is rarely observed.

Typically DS detected in patients with long-standing (10 years and more) DM who are overweight poor glycemic control. In most cases DS accompanied by DM complications and associated (but not the result of causal relationship) with angiopathy, retinopathy, arterial hypertension, neuropathy, nephropathy, insulin resistance.

Own research of DS based on a survey of 4 patients with DM (two cases with type 1, two cases with type 2). All of the patients were male. The average age of patients was $53,3 \pm 3,7$ years. In all cases (100%) DS was associated with angiopathy, neuropathy, retinopathy. Also DS was associated with arterial hypertension, nephropathy, overweight and high level of total cholesterol and high level of low-density lipoprotein in four cases out of five (80%).

Thus, changes of the skin as a DS is inherently systemic manifestation of DM and a cutaneous marker of poor prognosis, reflecting unfavorable and complicated course of the main disease (DM).

КСЕНОБИОТИКИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Такташов Г. С.

*Донецкий национальный медицинский университет,
г. Красный Лиман, Украина*

Цель: оценить риск развития хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) в регионах проживания больных с загрязнением атмосферы ксенобиотиками.

Методы исследования: под наблюдением находились 474 больных ХРБС в возрасте от 16 до 66 лет (в среднем – $(38,9 \pm 0,42)$ лет). Среди этих пациентов было 155 (32,7 %) мужчин и 319 (67,3 %) женщин. Длительность выявленного порока сердца составила в среднем $(17,2 \pm 0,52)$ лет. Проводились стандартные методы обследования больных, изучены в воздухе концентрации аммиака, 3,4-бензпирена, диоксидов С, N, S, оксида С, сероводорода и фенола. Статистическая обработка проведена с помощью пакета прикладных программ и вариационного, непараметрического, корреляционного, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа.

Результаты и их обсуждение: превышение предельно допустимой концентрации в атмосфере оксида С констатируется в 98,7 % регионов проживания больных ХРБС, фенола – в 98,1 %, диоксида S и сероводорода – в 96,8 %, бензпирена – в 94,9 %, аммиака – в 93,0 %, диоксида N – в 91,8 %, диоксида С – в 61,4 %. Больные ХРБС, которые проживают в городах, вдыхают воздух с концентрацией бензпирена, превышающей таковую в сельских регионах в 3,6 раза, диоксидов С, N и S соответственно в 2,3, 2,1 и 2,0 раза, сероводорода на 83 %, оксида С на 59 % и фенола на 50 %. Распространенность и заболеваемость ХРБС в Донецкой области соответственно составили $(37,6 \pm 2,04)$ на 10 тыс. населения и $(1,3 \pm 0,20)$ на 10 тыс. населения, причем, в городских регионах – $(34,8 \pm 2,65)$ на 10 тыс. и $(1,1 \pm 0,25)$ на 10 тыс., а в сельских – $(40,8 \pm 3,05)$ на 10 тыс. и $(1,4 \pm 0,32)$ на 10 тыс. (различия статистически недостоверны). По результатам множественной регрессии существует прямая зависимость от интегрального состава ксенобиотиков в атмосферном воздухе распространенности в регионах ХРБС ($R = +3,77$, $p = 0,001$), но не уровня заболеваемости ХРБС ($R = +0,08$, $p = 0,934$). На показатели распространенности ХРБС достоверно влияют концентрации в атмосфере аммиака ($D = 2,95$, $p = 0,026$) и диоксида S ($D = 4,40$, $p = 0,010$), а на заболеваемость ХРБС – содержание во вдыхаемом воздухе фенола ($D = 2,85$, $p = 0,042$). Корреляционный анализ демонстрирует прямые связи уровня заболеваемости ХРБС с параметрами аммиака и фенола.

Выводы: значения в атмосфере аммиака больше 220 мкг/м^3 и фенола больше 15 мкг/м^3 ($>M+SD$ регионов проживания больных) являются факторами риска развития ХРБС.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ СТАТИНІВ НА СТАН КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСЛІПІДЕМІЄЮ

Татаренко О. М., *Бардах Л. Б.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,

**Національний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Статини широко використовуються в клінічній практиці з метою лікування дисліпідемій. Перші повідомлення про гіполіпідемічну дію статинів з'явилися менше 40 років назад. Вважаючи, що препарати цієї групи використовуються відносно недавно, особливу увагу надають питанням безпеки статинів. Однією із важливих побічних ефектів статинів є вплив на стан кістково-м'язової системи. Відомо, що на фоні терапії препаратами цієї групи може виникати міопатія та рабдоміоліз. Механізм виникнення вказаних ефектів пов'язують із прискоренням апоптозу міоцитів на фоні статинотерапії, а також ушкодженням мембранних іонних каналів, які пригнічують процеси синтезу селенопротеїдів.

Під нашим наглядом знаходилось 460 пацієнтів з дисліпідемією, яким була призначена терапія статинами. На момент включення в аналіз серед учасників дослідження не було жодного пацієнта з патологією м'язової системи, в тому числі всі мали підтверджений нормальний рівень креатинфосфокінази (КФК) в сировотці крові. Учасники дослідження приймали низькі та помірні дози препаратів: симвастатин 5-40 мг/добу, розувастатин 5-20 мг/добу, ловастатин 10-40 мг/добу, аторвастатин 10-40 мг/добу.

За період спостереження, який тривав в середньому 12 місяців, лише у 3 пацієнтів були виявлені легкі форми міопатії, які проявлялися незначним підвищенням концентрації креатинфосфокінази. Двоє з цих пацієнтів приймали ловастатин, ще один – симвастатин, в усіх випадках дози препаратів були 40 мг/добу. У жодного пацієнта не було скарг на болі у литкових чи інших групах м'язів та інших симптомів рабдоміолізу.

Таким чином, за результатами нашого спостереження, найчастіше побічні ефекти зі сторони кістково-м'язової системи виникають на фоні прийому ловастатину та симвастатину. При цьому ці побічні ефекти були незначного ступеня тяжкості та не викликали суб'єктивних скарг зі сторони пацієнтів. Тим не менше, слід пам'ятати про можливість статинової міопатії та рабдоміолізу, особливо при використанні високих доз препаратів цієї групи та звертати уваги на рівень КФК в сировотці крові у пацієнтів, що приймають таку терапію.

МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА РАДІАЦІЙНОГО ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖИТЕЛІВ КОНТРОЛЬОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ

Татаренко О. М., Сушко В. О.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ*

Станом на початок 2015 року статус постраждалих внаслідок аварії (ПВА) на ЧАЕС мали 2 025 тисяч жителів України. На сьогоднішній день основна частина постраждалих сконцентровані у Вінницькій, Волинській, Житомирській, Київській, Рівненській, Тернопільській, Черкаській, Чернігівській областях України та м. Києві.

Був проведений аналіз справ осіб, що проживають на контрольованих територіях (постраждалі внаслідок аварії на ЧАЕС, які мають статус категорії 4), чії справи розглядались на засіданнях Центральної міжвідомчої експертної комісії (ЦМЕК) для встановлення зв'язку захворювань, інвалідності та смерті з наслідками аварії на ЧАЕС впродовж 2013-2015 рр. Було визначено, що переважна кількість справ постраждалих категорії 4, що розглядались на засіданнях ЦМЕК, стосувалась визначення захворюваності та смерті внаслідок онкологічної патології (85-93 %). Решта частина справ була пов'язана з експертизою неонкологічної патології, серед якої трійку лідируючих позицій займають серцево-судинні захворювання, патологія нервової системи та органів дихання. Слід відзначити, що в більшості випадків у постраждалих була зафіксована поєднана кардіоваскулярна та неврологічна патологія (75-86 %). Відмічена тенденція щодо зменшення чисельності ПВА на ЧАЕС та зростання відсотку осіб категорії 1, тобто інвалідів, захворювання яких пов'язане з наслідками Чорнобильської катастрофи. Звертає увагу особливості структури інвалідності, де основний внесок також вносять захворювання системи кровообігу (більше 50%) з ураженням серця та центральної нервової системи. Також відмічена тенденція щодо зростання відносної кількості встановлення зв'язку для померлих осіб з числа постраждалих категорії 4 від захворювань серцево-судинної системи. Підвищення рівня показників інвалідності та смертності постраждалих внаслідок серцево-судинної патології свідчать про тяжкість захворювань і їх прогресування, а також про недостатню медичну реабілітацію.

Таким чином, широке використання сучасних методів діагностики та лікування серцево-судинних захворювань, медико-соціальна експертиза та реабілітація ПВА на ЧАЕС залишається вкрай важливим та актуальним питанням.

РІВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Татарчук О. М., Бойко Т. Й., Єгорова С. Ю., Стойкевич М. В.,
Сорочан О. В., Вінник Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета дослідження: визначити рівень прокальцитоніну у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК).

Методи дослідження. Було обстежено 40 хворих на ХЗЗК: 30 хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) та 10 хворих на хворобу Крона (ХК). Серед обстежених 20 чоловіків та 20 жінок, середній вік склав $(37,38 \pm 1,94)$ років.

У ході роботи визначали абсолютну кількість лімфоцитів, швидкість зсідання еритроцитів (ШЗЕ) та рівень прокальцитоніну.

Вміст прокальцитоніну в сироватці крові проводили імуноферментним аналізом (ІФА) з використанням тест-систем ЗАО «Вектор-бест» (м. Новосибірськ) за рекомендаціями виробника. Кількісне визначення концентрації прокальцитоніну в досліджуваних зразках визначали за допомогою каліброваних кривих із значеннями оптичної щільності стандартних зразків в нг/мл. Концентрацію прокальцитоніну в сироватці крові нижче 0,1 нг/мл вважали нормою.

ІФА виконували за допомогою імуноферментного аналізатору “Stat Fax 303 Plus” (США).

Отримані результати. Аналіз отриманих даних показав, що рівень прокальцитоніну був підвищеним у 8 (20,0 %) хворих на ХЗЗК до $(0,24 \pm 0,053)$ нг/мл. У цих хворих встановлено дисбіоз 3 ступіня та у 62,5 % – бактеріальна та/або грибова інфекція. Крім того, у цих хворих встановлено підвищення абсолютної кількості лімфоцитів до $(3,3 \pm 0,42) \times 10^9/\text{л}$. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем прокальцитоніну та ШЗЕ ($r = 0,43$; $p = 0,016$).

При аналізі показника залежно від нозології встановлено, що прокальцитонін був підвищеним у 6 (15,0 %) хворих на НВК до $(0,22 \pm 0,053)$ нг/мл і у 2 (22,2 %) хворих на ХК до $(0,3 \pm 0,053)$ нг/мл. Слід відзначити, що у 83,3 % хворих на НВК з підвищеним рівнем прокальцитоніну та у всіх хворих на ХК з підвищеним рівнем прокальцитоніну був тяжкий перебіг захворювання.

Висновки. У 20,0 % хворих на ХЗЗК встановлено підвищення рівня прокальцитоніну у сироватці крові та абсолютної кількості лімфоцитів.

ВПЛИВ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Ташук В. К., Аль Салама М. В., Гінгуляк О. М., Амеліна Т. М.
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет",
м. Чернівці

З метою визначення клініко-функціональних особливостей впливу астеноневротичних нашарувань в редукції коронарного і функціонального резервів за дисбалансу симпатичної і парасимпатичної ланок нервової системи та ендотеліальної дисфункції в умовах формування коронарної хвороби серця з обстеженням 286 хворих в розподілі діагнозів: нестабільна стенокардія (НС), що вперше виникла (60 пацієнти; 21,53 %), стабільна стенокардія (СС) I-II ФК (75; 26,04 %), нейроциркуляторна дистонія (НЦД, 111; 38,54 %), ЕГ I ст (40; 13,89 %), що були розподілені згідно клініки астеноневротичного синдрому (АНС), епізодів симпатоадреналових криз (САК) та їх поєднаного перебігу, що в цілому по групі дорівнювало 191 (66,32 %) випадок, відповідно діагнозів в наступному розподілі: в 38,71; 32,26; 16,13 % для НС, 38,67; 9,33; 20,00% – СС, 37,50; 10,00, 10,00% – ЕГ, 35,14; 17,12; 4,50 % – НЦД. Для об'єктивізації стану, оцінки коронарного і функціонального резервів використані стрес-тести, ехокардіографію, аналіз варіабельності серцевого ритму, дослідження ендотеліну-1 (ЕТ-1).

Розподіл досягнутого навантаження свідчив про мінімальний рівень досягнутого навантаження у пацієнтів із СС ($(89,74 \pm 6,03)$ Вт) на відміну від НЦД ($(123,98 \pm 4,77)$ Вт) та ЕГ ($(122,43 \pm 10,24)$ Вт), розбіжності в групах СС-НЦД ($p < 0,001$), СС-ЕГ ($p < 0,02$) достовірні. За наявності клініки АНС і епізодів САК у пацієнтів з СС визначено більшу ймовірність позитивної ВЕМ ($p < 0,02$) та досягнутого навантаження ($(108,88 \pm 6,61)$ Вт та $(69,78 \pm 8,50)$ Вт, $p < 0,001$. Аналіз ролі ендотеліну-1 свідчив про зв'язок між збільшенням його вмісту та старшим віком пацієнтів ($p < 0,02$), збільшеною частотою серцевих скорочень в спокою ($p > 0,05$) зі зворотним спрямуванням на навантаженні ($p < 0,005$).

Доведено залежність між зростанням рівня ендотеліну-1 і зменшенням досягнутого навантаження ($p < 0,001$), збільшенням ймовірності ішемічної реакції ($p < 0,005$), обмеженням загальної фракції викиду ($p < 0,05$), суттєвим погіршенням функціонального стану гемодинаміки на висоті навантаження за оцінки регіональної контрактильності в 12 сегментах ($p < 0,05$) та зменшення приросту рівня ЕТ-1 на висоті повторного стрес-тесту з 20,74 % до 0,88 %, що визначає нові можливості впливу β -адреноблокаторів при моделювання ішемії міокарда.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ЯКІСНОГО ТА КІЛЬКІСНОГО АНАЛІЗУ ЕКГ ЗА ДОПОМОГОЮ СПЕЦІАЛЬНО РОЗРОБЛЕНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ПРОГРАМ

Ташук В. К., Іванчук П. Р., Злонікова К. М., Руснак І. Т.

*ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет",
Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Чернівці, Україна*

З метою визначення можливостей власно розробленого медичного програмного забезпечення кількісної оцінки електрокардіограми з використанням першої похідної та методу диференціювання зубця Т, з метою покращення її інформативності залежно наявної ішемії, гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГЛШ) та кардіосклерозу в статевому аспекті, проявів серцевої недостатності (СН), гострого інфаркту міокарда (ГІМ) було обстежено 359 пацієнтів, що надійшли в обласний кардіологічний диспансер м. Чернівці. Діагнози були встановлені згідно рекомендацій Української асоціації кардіологів. Всім хворим після визначення діагнозу проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні, та на фоні лікування, з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою першої похідної ЕКГ визначенням змін диференційованого зубця Т при комп'ютерному аналізі та розрахунком відношення максимальних швидкостей (ВМШ).

Встановлено, що існує суттєве переважання показника ВМШ при ГЛШ (2,31 Од), натомість мінімальний рівень ВМШ визначений для ІМ (0,66 Од), проміжною ланкою доведена межа між стабільною стенокардією (Ст) зі зростанням показника за зменшення тяжкості функціонального класу, що складало для Ст I-II ФК 1,38 Од проти Ст II-III ФК 1,13 Од і межевим показником є рівень ВМШ у відносно здорових – група з діагнозом нейроциркуляторна дистонія (НЦД) (1,53 Од). При аналізі гендерного впливу на показники диференційованої ЕКГ, встановлено загальну тенденцію до переважання значень ВМШ у групі чоловіків з ознаками ГЛШ, з достовірною різницею обрахунків диференційованого зубця Т згідно показників ВМШ верхівкових і бокових ділянок ЛШ – $ВМШ_{V1} ((1,86 \pm 0,03) \text{ Од проти } (1,67 \pm 0,05) \text{ Од, } p < 0,05)$, $ВМШ_{V6} ((2,53 \pm 0,06) \text{ Од проти } (2,20 \pm 0,07) \text{ Од, } p < 0,01)$ визначених на початку дослідження та збереження вказаних змін ($ВМШ_{V1} ((1,98 \pm 0,07) \text{ Од проти } (1,75 \pm 0,05) \text{ Од, } p < 0,05)$ та $ВМШ_{V6} ((2,52 \pm 0,06) \text{ Од проти } (2,23 \pm 0,07) \text{ Од, } p < 0,01)$) залежно гендерного розподілу, що було характерним для чоловіків, і наприкінці дослідження.

Таким чином, застосування диференційованої ЕКГ з її специфічними змінами відносно наявної патології дозволяє значно покращити діагностичну цінність проведення ЕКГ дослідження у пацієнтів з патологією серцево-судинної системи та диференціювати пацієнтів з органічними і функціональними діагнозами за подібного наявного негативного зубця Т вже при реєстрації ЕКГ надходження.

РЕПЕРФУЗІЙНА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST. РЕЗУЛЬТАТИ ТА АНАЛІЗ РІЗНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ПІДСТАВІ ДОСВІДУ КЛІНІКИ ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ»

Титаренко Н. В., Петюніна О. В., Родіонова Ю. В., Біла Н. В.,
Вишневська І. Р., Гільова Я. В., Зарівчацька І. Т.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета: вивчити вплив різних підходів до реперфузійної стратегії на летальність у хворих на гострий інфаркт міокарду (ІМ) з підйомом сегменту ST.

Матеріали та методи. Досліджено 87 пацієнтів з гострим Q-позитивним ІМ, які надходили до стаціонару в першу добу захворювання. Хворим проводилися рутинні клінічні дослідження та телефонний дзвінок через півроку після індексної події. Протягом півроку 14 пацієнтів померли (16,1 %), з них 8 (в стаціонарі) – (9,2 %), 6 – вдома (6,9 %). Причини смерті розподілилися наступним чином: розрив міокарда – 42,8 %; інсульт ішемічний – 14,3 %; інсульт геморагічний – 14,3 %; шок – 7,1 %; гостра серцева недостатність – 14,3 %; індексний інфаркт міокарда – 7,1 %.

Смертність в групах достовірно відрізнялась у хворих, яким проводили або не проводили будь-який вид реперфузійної терапії ($p = 0,0225$). Найбільш низька смертність спостерігалася в групі пацієнтів з Q-позитивним ІМ, яким було проведено первинне стентування – 4,7 %, у групі пацієнтів, які отримали тромболізис і, потім, стентування смертність була 6,25 %, в групі тромболізісу – 10,5 %; в групі, де реперфузійна терапія не проводилася смертність протягом півроку склала 32,3 %.

У групі пацієнтів, які вижили, стентування проведено у 27 %, тромболітична терапія проведена у 22 %, тромболізис та стентування проведені у 20,3 %, не проводилася реперфузія – у 29,7 % пацієнтів, які вижили. В групі померлих: тромболітична терапія та наступне стентування проведене 7,14 % хворих; тромболітичну терапію застосовували у 14,28 % пацієнтів; стентування проведене у 7,14 % хворих; реперфузійна терапія не проводилася у 71,42 % пацієнтів, які померли на протязі півроку.

Висновки: Пацієнти, яким проведено первинне стентування, мали найнижчий ризик смертності 4,7 %, пацієнти з фармакоінвазивною стратегією – 6,25 %, з тромболітичною терапією – 10,5 %, без реперфузійної терапії смертність на протязі півроку складала 32,3 %. Рівень смертності хворих, яким проведено будь-який вид реперфузійної терапії в порівнянні з хворими, яким реперфузійна терапія не проводилася, був нижче в 3-6,5 разів.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОДУКЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ИНТЕРЛЕЙКИНОВ 6 И 4 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Титкова А. В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

В последние годы активно обсуждаются изменения цитокинового статуса у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), поскольку помимо регуляции воспалительного ответа, интерлейкины (ИЛ) не только контролируют направление, интенсивность и продолжительность иммунного ответа (Decramer M. et al., 2012; Gouzi F. et al., 2013), но и являются предикторами прогрессирования патологического процесса (Cosio M.G., Sietta M., 2009). Однако в зависимости от течения заболевания существуют определенные закономерности в продукции указанных маркеров. В связи с этим целью нашего исследования стало изучение продукции ИЛ-6, ИЛ-4 и С-реактивного белка (СРБ) в период обострения и ремиссии ХОБЛ.

Под нашим наблюдением находилось 44 пациента с ХОБЛ I-III стадиями (средний возраст составил $(54,82 \pm 9,43)$ лет). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц. Уровни ИЛ-4 и 6 в сыворотке крови определяли методом конкурентного ИФА с использованием тест-систем «ВекторБест» (Россия), уровень СРБ – методом латекс-агглютинации с помощью набора реактивов фирмы НПЛ «Гранум» (Украина).

Было выявлено, что у пациентов с ХОБЛ в период обострения заболевания уровни ИЛ-6 ($(8,93 \pm 1,95)$ пг/мл) и СРБ ($(0,78 \pm 1,87)$ г/мл) составили статистически достоверную разницу ($p \leq 0,05$) с показателями контроля ($(4,68 \pm 0,74)$ пг/мл и 0 г/мл, соответственно), а уровень ИЛ-4 ($(2,14 \pm 0,32)$ пг/мл) существенно не отличался ($p > 0,05$) от показателя здоровых пациентов ($(1,92 \pm 0,22)$ пг/мл). В период ремиссии заболевания (через 6 недель после лечения) у данных пациентов наблюдалось достоверное ($p \leq 0,05$) снижение уровней ИЛ-6 до $(4,67 \pm 0,14)$ пг/мл, СРБ – до 0,1 г/мл и повышение уровня ИЛ-4 до $(5,97 \pm 0,32)$ пг/мл.

Таким образом, уровни ИЛ-6, ИЛ-4 и СРБ коррелируют с течением ХОБЛ, по их уровням в сыворотке крови можно судить о завершенном обострении и исходе заболевания. А ранняя диагностика и своевременное начало лечения больных ХОБЛ нормализует изменения в иммуновоспалительном гомеостазе, что приводит к замедлению ограничения воздушного потока и снижению вероятности развития системных проявлений.

АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко О. В., Серик С. А., Строна В. И., Смолкин И. М.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков

Ожирение, особенно висцеральное, является фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний .

Цель работы изучить взаимосвязь антропометрических показателей с показателями процентного состава тела у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) с ожирением.

Материал и методы. Было обследовано 30 мужчин с ожирением ($ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$) ИБС и компенсированным СД. Антропометрические показатели определяли в утренние часы натощак. Измерялись объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитывались показатели ОТ/ОБ, ОТ/рост. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от наличия СД (75 больных (50%) ИБС без СД и 75 больных с СД). Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст – $(57,62 \pm 6,73)$). Методом биоимпеданса на мониторе состава тела (модель OMRON BF 511, Япония) измеряли процентное содержание жировой массы тела (ЖМТ, %), процентное содержание мышечной массы тела (ММТ, %) и уровень висцерального жира (ВЖ, ед.), и основной обмен (ОО) в покое (Ккал/сутки). Статистический анализ проводили с использованием программы статистической обработки данных Statistika 7,0 (StatSoft Inc, США), Microsoft Office Excel 2003.

Результаты и обсуждение. В группе без СД показатели ОТ ($(98,15 \pm 10,92) \text{ см}$), ОБ ($(102,35 \pm 7,22) \text{ см}$), ОТ/ОБ ($0,95 \pm 0,06$), ОТ/рост ($0,56 \pm 0,05$). В группе с СД показатели ОТ ($(107,15 \pm 12,18) \text{ см}$), ОБ ($(105,35 \pm 8,37) \text{ см}$), ОТ/ОБ ($1,01 \pm 0,07$), ОТ/рост ($0,61 \pm 0,07$). Достоверно эти показатели не отличались. В группе без СД и с СД, соответственно, были получены следующие данные: ЖМТ ($(29,15 \pm 8,61) \% \text{ vs } (29,89 \pm 8,87) \%, \text{нд}$), ВЖ ($(13,78 \pm 4,87) \% \text{ vs } (17,65 \pm 5,70) \%, p = 0,0056$) и ММТ ($(31,53 \pm 4,92) \text{ vs } (29,89 \pm 8,87) \%, \text{нд}$) и ОО ($(1764,55 \pm 214,52) \text{ vs } (1789,29 \pm 312,86) \%, \text{нд}$). При анализе корреляционных связей была отмечена равнозначная корреляционная связь ОТ и ИМТ в обеих группах. Так ОТ коррелировал с: ОО ($r = 0,32 \text{ vs } 0,33$), ВЖ ($r = 0,43 \text{ vs } 0,43$), ЖМТ ($r = 0,54 \text{ vs } 0,56$). ИМТ коррелировал с: ОО ($r = 0,62 \text{ vs } 0,63$), ЖМТ ($r = 0,58 \text{ vs } 0,54$) ($p < 0,05$). Показатель ОТ/рост в обеих группах коррелировал с ВЖ ($r = 0,62 \text{ vs } 0,58$).

Выводы. При отсутствии достоверных различий между группами в антропометрических показателях, в группе с СД показатель ВЖ достоверно выше. В обеих группах ОТ и ОТ/рост коррелируют с ВЖ, однако коэффициент корреляции у ОТ/рост выше, следовательно ОТ/рост может оцениваться как показатель висцерального ожирения.

ПОРУШЕННЯ КАЛЬЦІЄВО-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Якименко Ю. С.,
Семенових П. С., Самохіна Л. М.

*ДУ«Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої
НАМН України», м. Харків*

У дослідженнях останніх років доведено, що порушення фосфорно-кальцієвого обміну тісно корелює із зростанням смертності, збільшує ризик судинної кальцифікації, та пов'язано з підвищенням артеріального тиску, гіперкінетичною циркуляцією, збільшенням роботи серця і високим стресом артеріальної стінки. Особливості мінерального обміну при захворюваннях нирок, зокрема при діабетичній нефропатії (ДН) вивчені недостатньо.

Мета дослідження: вивчення концентрації кальцію та фосфору в плазмі крові хворих на ДН на доклінічних та клінічних стадіях захворювання.

Матеріали и методы. Було обстежено 58 пацієнтів на ДН у віці від 40 до 73 років. Хворі були розподілені на групи в залежності від ступеня ураження нирок (по Mogensen, 1983 р.). Першу групу склали 35 пацієнтів з початковими стадіями захворювання ДН I-III стадії. Друга група складалася з 23 хворих на ДН IV-V стадії. Групу порівняння склали 20 хворих на ГХ, групу контролю – 10 здорових осіб. Концентрація кальцію та фосфору в сироватці крові вивчалась з використанням набору реагентів фірми Cormay (Польща). Принцип метода засновано на тому, що іони кальцію в лужному середовищі утворюють фіолетовий комплекс з о-крезолфталейнкомплексом. Інтенсивність фіолетового забарвлення утвореного комплексу, вимірювана при довжині хвилі 570-580 нм, пропорційна концентрації кальцію в пробі.

Результати дослідження: встановлено, що концентрація фосфору в плазмі крові хворих першої групи (ранні стадії ДН) достовірно не змінювалась та становила $(1,31 \pm 0,22)$ ммоль/л, контроль $(1,23 \pm 0,18)$ ммоль/л, $p > 0,05$. У другій групі хворих (ДН IV-V стадії) мало місце вірогідне підвищення концентрації досліджуваного показника до $(1,73 \pm 0,28)$. Вміст загального кальцію у плазмі крові в першій групі пацієнтів на ДН I-III стадії дещо підвищувався в порівнянні з контролем та складав $(3,03 \pm 0,12)$ ммоль/л, контроль $(2,81 \pm 0,18)$ ммоль/л. У групі хворих з пізніми стадіями захворювання при зниженні ШКФ концентрація загального кальцію достовірно знижувалась та складала $(2,54 \pm 0,13)$ ммоль/л.

Висновки. У хворих на діабетичну нефропатію мають місце порушення кальцієво-фосфорного обміну, які характеризуються гіперфосфатемією та гіпокаліємією. Найвищі концентрації фосфору та найнижчі рівні кальцію виявлено на пізніх стадіях захворювання.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИПРИМА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Топчий И. И., Якименко Ю. С., Семеновых П. С., Гальчинская В. Ю.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков

Не вызывает сомнения факт взаимно-отягощающего влияния ишемической болезни сердца (ИБС) и патологии почек, в частности диабетической нефропатии (ДН). На сегодняшний день неустанно ведется активный поиск новых препаратов и более совершенных схем лечения таких больных. Перспективным является использование препарата мексиприм. Эффекты данного препарата у больных с коморбидной патологией, в частности ДН и ИБС исследованы недостаточно.

Цель. Изучение влияния мексиприма на клинические проявления сочетанной патологии и липидный спектр моноцитов периферической крови у больных ДН в сочетании с ИБС.

Материалы и методы. В исследование было включено 84 пациента ДН в сочетании с ИБС в возрасте от 46 до 68 лет. Больные были разделены на две группы в зависимости от схем лечения: 39 пациентов, которые получали стандартную базовую терапию, и 45 пациентов, которые дополнительно получали мексиприм инфузионно в дозе 0,25 г в сутки в течение 10 дней, далее принимали перорально 0,25 г в сутки в течение месяца. Моноциты из венозной крови выделяли путем градиентного центрифугирования по методу Recalde. Определение липидного спектра в моноцитах проводили методом тонкослойной хроматографии.

Результаты. Базовая терапия приводила к уменьшению ангиозных приступов у пациентов ДН и ИБС с $(5,24 \pm 0,28)$ до $(4,12 \pm 0,32)$. Дополнительное применение мексиприма сопровождалось более выраженным снижением частоты приступов стенокардии до $(3,85 \pm 0,28)$. В моноцитах периферической крови больных ДН и ИБС выявлено достоверное повышение содержания эфиров холестерина (ХС), их уровень достигал $(38,5 \pm 3,7)$ мкг/мг белка, и уровня триглицеридов (ТГ) – $(35,0 \pm 3,2)$ мкг/мг белка. Контроль – $(18,6 \pm 2,1)$ мкг/мг белка и $(17,2 \pm 2,8)$ мкг/мг белка, соответственно. Базовая терапия приводила к достоверному снижению уровней общего ХС и ТГ в моноцитах периферической крови пациентов до $(25,3 \pm 3,6)$ мкг/мг белка и $(24,1 \pm 2,4)$ мкг/мг белка, соответственно. На фоне комплексной терапии с применением мексиприма внутриклеточное содержание эфиров ХС в моноцитах снижалось более демонстративно и составило $(22,4 \pm 2,7)$ мкг/мг белка. В то же время прием мексиприма не сопровождался дополнительным влиянием на уровень ТГ в моноцитах крови.

Выводы: использование мексиприма в комплексном лечении больных ДН в сочетании с ИБС сопровождается уменьшением частоты ангинозных приступов и способствует усилению антиатеросклеротического эффекта благодаря положительному влиянию на липидный спектр моноцитов крови.

MEDICAMENTAL CORRECTION OF LIPIDIC EXCHANGE IMBALANCE WITH POLYORGANIC PATHOLOGY IN THE ELDERLY

Trefanenko I. V., Grechko S. I.

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

In atherosclerosis pathogeny great attention has been recently paid to lipid peroxidation (LP) processes in combination with inhibition of antioxidant protection (IAP). On the other hand atherosclerosis processes increase existing changes of all organs and systems of the human body. The connection between changes in liver, gall bladder and myocarditis has been established. The aim of the present research is to improve the methodology of differentiated treatment for patients with combined coronary heart disease (IHD) and chronic acalculus cholecystitis (CAC) by means of IAP status study. According to the set aim a complex examination of 29 patients with combined IHD and CAC, 10 patients with IHD and 10 healthy people was carried. The first group of patients (with combined IHD and CAC) was subdivided into two subgroups: the first one got the basic treatment; the second one got additionally quercetin and atorvastatin.

The investigation showed that for elderly with combined IHD and CAC there is an increase in LDL level ($55,7 \pm 7,4\%$ and $43,2 \pm 6,2\%$), total cholesterol ($7,83 \pm 1,22$ mmol / l and $6,43 \pm 0,91$ mmol / l) and lipids ($52,5 \pm 2,7$ units. and $49,1 \pm 5,3$ units) and a decrease in HDL level ($21,6 \pm 3,5\%$ and $25,3 \pm 5,2\%$) in blood. Treatment with quercetin and atorvastatin for elderly patients decreased LDL level from $55,7 \pm 7,4\%$ to $46,5 \pm 3,6\%$ ($p < 0,05$). LDL level for the first subgroup (additional treatment with quercetin and atorvastatin) was lower by $7,4\%$ ($p < 0,05$) than LDL level for the second subgroup with basic treatment (accordingly LDL is $50,2 \pm 2,3\%$). An increase of HDL level by $2,9\%$ (from $21,6 \pm 3,5\%$ to $28,7 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$) was also noticed which is very close to the verification group level of HDL ($29,0 \pm 3,2\%$, $p > 0,05$). Any significant changes of proteinogram indices were not observed ($p > 0,05$).

Thus, elderly patients with coronary heart disease combined with chronic acalculus cholecystitis compared to those with coronary heart disease tend to have reduced level of total cholesterol, presence of HDL cholesterol with increased LDL. For elderly patients with combined IHD and CAC treatment with combination of quercetin and atorvastatin reduces alpha-2- globulin, gamma globulin in blood, aligns imbalance between lipoproteins by decreasing LDL and increasing HDL.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ЭФФЕКТЫ ОЗОНОТЕРАПИИ

Убайдуллаев А. М., Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабирджанова З. Т.

*ТашиУВ, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз,
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель: исследовать состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и адаптационный потенциал периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем (ЛС) в динамике комплексного лечения с озонотерапией (ОТ).

Материал и методы. Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям доплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию (ЛГ), дилатацию правого желудочка (ПЖ). Больные разделены на 2 группы: 1 – 16 больных БА с ЛГ, 2 – 12 больных ХОБЛ с дилатацией ПЖ сердца. Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2006) и ОТ. Функциональное состояние периферической гемодинамики изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, Основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма – индекс напряжения. Эндотелийзависимую вазодилатацию оценивали с помощью доплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon. Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока и индекс циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу с помощью метода L. Laurent.

Результаты. При проведении КИГ выявлено: уменьшение показателей мода ($0,70 \pm 0,02$), увеличение амплитуды мода ($36,1 \pm 0,03$), свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела ВНС. Проведенное КИГ исследование у больных БА, осложненной ЛС, в 1 и 2 группах выявило нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов ВНС. При анализе индекс напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скоростью кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов. При повторном исследовании состояние периферической ВНС установили уменьшение симпатикотонии ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелийзависимой вазодилатации: у больных 1 и 2 групп увеличилась максимальная систолическая скорость кровотока на 5,9 % и 5,2 %, соответственно, и уменьшился индекс циркуляторного сопротивления сосудов, соответственно, на 6,2 % и 5,9 % ($p < 0,05$).

Закключение. В основе возникновения и развития БА, осложненной ЛС, лежат дезадаптивные состояния в сфере ВНС, что проявляется в виде симпатикотонии как результата снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. ОТ на фоне базисного лечения больных БА, осложненной ЛС, приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

**ЕКСПРЕСІЯ ЕНДОТЕЛІНУ-1 В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ
СТРАВОХОДУ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ
РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ
З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Фадєєнко Г. Д., Гальчінська В. Ю., Єфімова Н. В., Шапкін А. С.,

Кушнір І. Е., Чернова В. М., Нікіфорова Я. В., Сакал В. В.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої

НАМН України», м. Харків

Численні дослідження останніх років підтвердили роль порушень функції ендотелію в патогенезі багатьох захворювань органів травлення, в тому числі і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). В значній мірі це стосується і коморбідних станів, при яких основне захворювання поєднується з патологією серцево-судинної системи, зокрема з ішемічною хворобою серця (ІХС). Одним з найважливіших регуляторів функціонального стану ендотелію є біологічно активний пептид широкого спектру дії – ендотелін-1.

Мета дослідження - визначення інтенсивності десквамації судинного ендотелію та дослідження експресії ендотеліну-1 (Е-1) в слизовій оболонці (СО) стравоходу хворих на ГЕРХ та на ГЕРХ в поєднанні з ІХС.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 18 хворих на ГЕРХ та 21 хворий на ГЕРХ в поєднанні з ІХС. Контрольну групу склали 12 здорових осіб. Дослідження проводили на препаратах СО стравоходу з ознаками рефлюкс-езофагіту та порівнювали їх з препаратами незміненої СО. Експресію ендотеліну-1 виявляли непрямим імуногістохімічним пероксидазним методом. Виділення та кількісний аналіз десквамованих циркулюючих ендотеліальних клітин (ЦЕК) у збагаченій тромбоцитами плазмі здійснювали за методом Hladovec J.

Результати дослідження. У хворих як на ізольовану ГЕРХ ($n = 18$), так і на ГЕРХ в поєднанні з ІХС ($n = 21$), відзначалось суттєве зростання експресії ендотеліну-1 клітинами СО стравоходу. Рівень експресії ендотеліну-1 асоціювався з морфофункціональними порушеннями стану СО стравоходу. Гіперекспресія ендотеліну-1 спостерігалась у хворих з поєднаною патологією та з ознаками ерозивного ураження стравоходу. Виявлено тісний кореляційний зв'язок між експресією ендотеліну-1 та кількістю ЦЕК. В групі хворих на ГЕРХ вміст ЦЕК становив $(10,65 \pm 1,9)$ кл/10мкл, при наявності коморбідної патології – $(15,3 \pm 2,9)$ кл/10мкл, в контрольній групі – $(5,6 \pm 2,9)$ кл/10мкл.

Висновки. Отримані результати свідчать, що маркери дисфункції ендотелію (Е-1 та ЦЕК) можуть відігравати визначальну роль в розвитку катарального і ерозивного ураження стравоходу та бути предиктором збільшення ускладнень у хворих з поєднаною патологією.

НАРУШЕНИЯ СНА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Фадеев Г. Д., Измайлова Е. В.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков*

Бессонница и снижение общего эмоционального статуса – частая жалоба у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), причиной которой является ночной рефлюкс. У больных ишемической болезнью сердца (ИБС) также часто наблюдаются нарушения сна, часто сопровождающиеся психическими расстройствами, что в совокупности утяжеляет течение патологии.

Цель – изучить выраженность нарушений сна и депрессии у пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 65 пациентов с сочетанием ГЭРБ и ИБС: 54 муж. и 11 жен, ср. возраст – $(61,57 \pm 11,37)$ гг. Давность ГЭРБ – $(4,12 \pm 2,25)$ гг., давность ИБС – $(7,07 \pm 4,61)$ гг. Нарушения сна диагностировали по результатам опросников бальной оценки субъективных характеристик сна (СХС), эпвортской шкале сонливости (ЭШС), выраженность депрессии – по результатам опросника Бека (ОДБ). Статистический анализ производился с помощью программы «STATISTICA 6.0».

Результаты. Ср. балл анкеты СХС составил $(17,75 \pm 1,98)$, медиана – 18 бал., интерквартильный размах 13-22 бал. При анализе ответов пациентов на вопросы анкеты было установлено, что пациентов в большей степени беспокоили долгое время засыпания (55,38 %), короткая продолжительность сна (47,69 %), частые ночные пробуждения (75,38 %), множественные и тревожные сновидения (46,15 %). На плохое и очень плохое качество сна жаловались 73,85 % опрошенных. Ср. балл ЭШС составил $(9,75 \pm 1,59)$, медиана – 10 бал., интерквартильный размах от 6 до 14 бал. Наличие умеренной дневной сонливости, имели 21 (32,31 %) больных, у 44 (67,69 %) опрошенных дневная сонливость отсутствовала. Депрессия различной степени выраженности имела место у 38 (58,46 %) пациентов. Ср. балл ШДБ был равен $(11,89 \pm 4,38)$, медиана – 11 бал., максимальное значение – 23 бал. и минимальное – 5 бал. Установлена обратная корреляция между СХС, и возрастом пациента ($r = -0,320$; $p = 0,0075$), прямая корреляция между возрастом пациента и суммарным баллом ШДБ ($r = 0,371$; $p = 0,0024$), прямая корреляция между индексом массы тела и суммарным баллом ЭШС ($r = 0,291$; $p = 0,0188$). Кроме того, были установлены прямые корреляции между длительностью ИБС и СХС ($r = -0,315$; $p = 0,011$), ИБС и ЭШС ($r = 0,273$; $p = 0,0280$), ИБС и ОДБ ($r = 0,379$; $p = 0,0018$).

Выводы. Нарушения сна и депрессия имеют место у большинства больных коморбидной патологией, что необходимо учитывать при выборе препаратов для патогенетической лекарственной терапии ГЭРБ и ИБС.

ТИПЫ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПЕМИИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Фадеев Г. Д., Никифорова Я. В.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой
НАМН Украины», г. Харьков

Цель: выявить ассоциативные связи между типами нарушения пищевого поведения (ПП) и пищевого статуса (ПС) и липидным обменом у лиц с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии в сочетании с ожирением 1-2 степени.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов (42 мужчины и 58 женщин) с НАЖБП, ГБ и ожирением 1-2 степени. Пищевое поведение (ПП) и пищевой статус (ПС) изучены с помощью Голландского опросника DEBQ и дополнительно разработанного опросника. Изучены показатели липидного обмена: уровни холестерина (ХС) ммоль/л, липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) ммоль/л, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) ммоль/л и триглицеридов (ТГ) ммоль/л крови.

Результаты. Установлено, что у пациентов с НАЖБП в сочетании с ГБ 1-2 стадии и ожирением 1-2 степени встречаются три типа нарушения ПП: экстернальный, ограничительный и эмоциогенный с достоверным преобладанием экстернального и ограничительного типа ПП над эмоциогенным ($(3,40 \pm 0,09)$ баллов и $(3,10 \pm 0,09)$ в сравнении с $(2,00 \pm 0,14)$, соответственно). При сравнении ПС у мужчин и женщин выявлены различия в количестве употребления различных видов продуктов: жиров, углеводов, фруктов и овощей ($p = 0,047$). Получена прямая корреляция между нарушением ПП и ПС с дислипидемией. Среди мужчин с употреблением овощей и фруктов >400 г выявлена тенденция к снижению ЛПНП – $(2,4 \pm 0,8)$ ммоль/л в сравнении с группой мужчин, употребляющих овощи и фрукты до 100г/сут – $(3,6 \pm 0,8)$ ммоль/л ($p = 0,05$). Уровень ЛПНП у мужчин имел слабую обратную зависимость с количеством употребления овощей и фруктов $r = -0,397$ ($p = 0,02$). Среди женщин показатели липидного обмена не зависели от количества употребления овощей и фруктов ($p > 0,05$). Общий уровень ТГ был выше у мужчин в сравнении с женщинами – $(1,7 \pm 0,5)$ и $(1,5 \pm 0,5)$ ммоль/л ($p = 0,018$).

Выводы. Изучены типы нарушения ПП, среди которых у пациентов с НАЖБП, ГБ и ожирением 1-2 степени достоверно преобладает экстернальный тип. Во всех группах с тремя типами нарушения ПП выявлено большую часть пациентов (88 %, 82 % и 78 %, соответственно), которые злоупотребляли жареной пищей, жирами и углеводами. Изучение ПС пациентов с НАЖБП, ГБ и ожирением 1-2 степени показало, что мужчины употребляют меньше овощей и фруктов, чем женщины ($p = 0,047$), но только у мужчин эти продукты приводят к достоверному снижению ЛПНП ($p = 0,038$).

**ПОКАЗНИКИ ДОБОВОЇ рН-МЕТРІЇ У ХВОРИХ
НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
ПРИ ПОЄДНАННІ ЇЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Фадєєнко Г. Д., *Фролова-Романюк Е. Ю.

ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої

НАМН України”, м. Харків

**Харківський національний медичний університет*

Мета роботи. Вивчити показники добової рН-метрії у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу у при поєднанні її з цукровим діабетом 2 типу.

Методи дослідження. Обстежено 109 хворих на цукровий діабет 2 типу у віці від 30 до 72 років, з них 68 жінок, 41 чоловіків, середній вік – $(57,4 \pm 7,6)$ року.

Алгоритм обстеження включав в себе збір скарг, анамнестичні дані про тривалість, тяжкості перебігу діабету, ускладнення ЦД, дослідження глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), проведення рН-метрії на апараті «Гастроскан-24», ендоскопічного дослідження стравоходу та шлунка з біопсією двічі (на 0 та 4-му тижні від початку лікування).

Результати. Аналіз показників рН-метрії виявив, що у хворих 1-ї групи (особи с поєднаним перебігом ГЕРХ та ЦД 2-го типу) вірогідно меншими були показники загального часу з $\text{pH} < 4$ та часу з $\text{pH} < 4$ у вертикальному положенні, вірогідно більш лужну реакцію мала внутрішньошлункова кислотність, проте вірогідно вищими виявились час з $\text{pH} < 4$ в горизонтальному положенні, добова кількість рефлюксів тривалістю більше 5 хв., час найбільш тривалого рефлюксу. Встановлено, що ступінь компенсації ЦД 2-го типу вірогідно впливав лише на 2 параметри рН-метрії: відсоток часу, протягом якого $\text{pH} < 4$ та загальна кількість рефлюксів з $\text{pH} < 4$ тривалістю більше 5 хв. за добу. Відсоток часу з $\text{pH} < 4$ вірогідно збільшувався з тяжкістю перебігу ЦД 2-го типу: у компенсованих хворих цей показник складав $(29,08 \pm 0,06) \%$, у субкомпенсованих – $(33,28 \pm 0,92) \%$, у умовно субкомпенсованих – $(35,43 \pm 0,93)$ ($p\text{ANOVA} = 0,003$).

Загальна кількість рефлюксів з $\text{pH} < 4$ тривалістю більше 5 хв. за добу вірогідно збільшувалась із погіршенням компенсації вуглеводного обміну, проте з меншим ступенем вірогідності ($p\text{ANOVA} = 0,045$). У компенсованих осіб кількість рефлюксів склала $(18,71 \pm 1,05)/\text{добу}$, у субкомпенсованих $(19,38 \pm 0,32)/\text{добу}$, у умовно субкомпенсованих — $(21,22 \pm 0,55)/\text{добу}$ (різниця вірогідна між субкомпенсованими та умовно субкомпенсованими пацієнтами: $p = 0,048$).

ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН МІОКАРДУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Федорова Н. С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Ремоделювання серця, яке діагностується у людей похилого віку з артеріальною гіпертензією (АГ) та проявляється порушенням діастолічної функції (ДФ) лівого шлуночка (ЛШ), являє собою одну з головних причин розвитку фатальних ускладнень АГ. Тому дуже необхідним вважається проведення таким пацієнтам адекватної антигіпертензивної терапії (АТ) препаратами з підтвердженою антиремоделюючою ефективністю.

Мета: оцінити вплив комбінованої АТ на основні показники структурно-функціонального стану міокарду ЛШ у хворих похилого віку з АГ 2 та 3 ступенів.

Матеріали та методи: до дослідження залучені 30 пацієнтів з АГ, середній вік яких склав $(65 \pm 8,5)$ років. Хворі отримували блокатор рецепторів ангіотензину II лозартан 50 мг/добу у комбінації з дігідропірідиновим антагоністом кальція амлодипіном 5-10 мг/добу. До початку терапії та через 12 місяців лікування проводилось ультразвукове дослідження серця на апараті «PHILIPS» HD-11 XE (США) з визначенням розмірів камер серця, товщини задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ), товщини міжшлункової перегородки (ТМШП), максимальної швидкості раннього (Е) та пізнього діастолічного наповнювання (А) і їх співвідношення (Е/А). Індекс маси міокарду ЛШ (ІММЛШ) визначався за формулою: $\text{ІММЛШ} = \text{ММЛШ (г)} / \text{площа поверхності тіла (м}^2\text{)}$. Критерієм гіпертрофії ЛШ (ГЛШ) вважався ІММЛШ для чоловіків більш 125 г/м^2 , для жінок – більше 110 г/м^2 .

Результати: виявлено зниження систолічного артеріального тиску на $(14,4 \pm 2,1)$ мм рт. ст, діастолічного на $(8,9 \pm 1,5)$ мм рт. ст., цільового рівня АТ досягли 42 % хворих. Проведений аналіз змін показників структурно-функціонального стану міокарду ЛШ до початку терапії довів, що у переважної кількості пацієнтів (93 %) були ті або інші варіанти зміненої геометрії ЛШ та зниження співвідношення $\text{Е/А} < 1,0$. Через 12 місяців лікування відбувалось зменшення ІММЛШ на 12,8 %, ТЗСЛШ на 6,1 % і ТМШП на 5,2 %. Зафіксовано покращення ДФ ЛШ у 73 % хворих, про що свідчило збільшення співвідношення Е/А на 17,8 %.

Висновки: комбінована терапія лозартаном та амлодипіном продовж 12 місяців у людей похилого віку призводить до регресу гіпертрофії ЛШ та позитивно впливає на його ДФ.

ПРОТИЗАПАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Хайменова Г. С.

ВДНГ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ) – одна з найважливіших проблем сучасної охорони здоров'я. За даними дослідження, проведеного ВООЗ і Світовим банком, до 2020 р. ХОЗЛ буде займати 5-е місце в структурі захворюваності і 3-є місце в структурі смертності.

Системне запалення є головною патогенетичною ланкою розвитку ХОЗЛ та остеоартриту (ОА). Запуск, регуляція і прояв всіх симптомів є наслідком впливу численних медіаторів запалення. Основними з них є: гістамін, метаболіти арахідонової кислоти і цитокіни (серед яких ІЛ-1 β).

Метою нашого дослідження стало виявлення протизапального ефекту фенспирида у хворих на ХОЗЛ II (В) поєднаним з ОА на тлі базисної терапії.

Матеріал і методи. У дослідження були включені 14 пацієнтів з діагнозом ХОЗЛ поза загостренням (12 чоловіків і 2 жінки); середній вік ($59,4 \pm 6,3$) року; тривалість ХОЗЛ ($14,3 \pm 2,5$) року. Пацієнти курили і продовжували курити (тривалість куріння – ($46,2 \pm 3,4$) пачок / років). Хворі були розділені на дві групи: I – контрольна група (протокольне лікування); II – додатково призначався фенспирид (160 мг / доб.).

По результатах дослідження вираженість симптомів у пацієнтів I групи із інфекційним загостренням ХОЗЛ поєднаним з ОА, скаржилися на виражену постійну задишку в спокої, яка посилювалася при незначному фізичному навантаженні, підвищену температуру тіла до $37,4-37,8^{\circ}\text{C}$, надсадний кашель із гнійною мокротою, слабкість, дратівливість. Рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) у пацієнтів становив ($53,4 \pm 3,9$) %, тест на зворотність бронхіальної обструкції в тесті з бронхолітиком перед лікуванням надав результат ($2,9 \pm 0,3$) %, сатурація кисню – ($92,3 \pm 2,4$) %. Загальні симптоми у групи II достовірно зникали вже на 2 добу, на відміну від I – на 5 добу.

ОФВ₁ перед випискою у пацієнтів підгрупи I став дорівнювати ($57,6 \pm 4,2$) %, підгрупи II – ($68,1 \pm 3,9$) %, зворотність бронхіальної обструкції в обох групах дещо підвищилася: в групі I до ($3,2 \pm 0,7$) %, в групі II – до ($4,6 \pm 0,5$) %.

Після курсу терапії у пацієнтів підгрупи I рівень ІЛ-1 β знизився у 1,7 рази ($p < 0,01$). Після проведення лікування із додаванням до базисних засобів фенспириду в осіб групим II це зниження було більш значущим – у 2,8 рази ($p < 0,001$). Зменшення концентрації інших медіаторів запалення під впливом вказаних препаратів спостерігалось і в інших дослідженнях.

Висновок. Плейотропний протизапальний ефект фенспириду гідрохлориду значно прискорює процес видужування хворих на поєднану патологію ХОЗЛ і ОА, достовірно покращує показники ОФВ₁ та більш суттєво знижує вміст ІЛ-1 β у сироватці крові.

ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З МУЛЬТИФОКАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Ханюков О. О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета дослідження. Встановити основні фактори ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (ССУ) у хворих з мультифокальним атеросклерозом (атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок (АУАНК) та хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС)).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 330 хворих з АУАНК ІІБ – ІІІ стадії та хронічною ІХС (274 чоловіка та 56 жінок, середній вік – $(62,1 \pm 6,9)$ років). Клініко-інструментальне обстеження для визначення стану пацієнтів та особливостей перебігу захворювання включало збір скарг та анамнезу, анкетування, фізикальне обстеження, антропометрію, лабораторні (біохімічні, імуноферментні) та інструментальні дослідження (електрокардіографію (ЕКГ), добове моніторування ЕКГ, ехокардіографію, ультразвукове дослідження артерій нижніх кінцівок).

Результати. Аналізуючи вплив різних факторів на ризик розвитку ССУ у хворих з мультифокальним атеросклерозом встановлено що індекс маси тіла $> 30 \text{ кг/м}^2$ сприяє збільшенню ризику ССУ в 3,61 рази протягом 12 місяців ($BP = 3,61, 95 \% CI: 2,03-6,41; p < 0,05$); паління – в 4,19 рази ($BP = 4,19, 95 \% CI: 1,90-9,23; p < 0,05$); рівень глюкози крові $> 6,5 \text{ ммоль/л}$ – в 3,18 рази ($BP = 3,18, 95 \% CI: 1,71-5,92; p < 0,05$); рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності $> 4 \text{ ммоль/л}$ – в 2,79 рази ($BP = 2,79, 95 \% CI: 1,43-5,46; p < 0,05$); рівень інтерлейкіну-1 $> 23,5 \text{ пг/мл}$ – в 3,0 рази ($BP = 3,0, 95 \% CI: 1,54-5,86; p < 0,05$); рівень інтерлейкіну-6 $> 15 \text{ пг/мл}$ – в 5,35 разів ($BP = 5,35, 95 \% CI: 2,43-11,76; p < 0,05$); рівень С-реактивного білку $> 20 \text{ мг/л}$ – в 4,44 рази ($BP = 4,44, 95 \% CI: 2,02-9,78; p < 0,05$) індекс маси міокарда лівого шлуночка $> 145 \text{ г/м}^2$ – в 3,36 рази ($BP = 3,36, 95 \% CI: 1,53-7,42; p < 0,05$), відповідно.

Висновки. Для профілактики серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з мультифокальним атеросклерозом (атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок та хронічною ішемічною хворобою серця) необхідна повна відмова від паління, нормалізація ваги, корекція гіперглікемії та дисліпідемії, пригнічення активності хронічного системного запалення (як одного з патогенетичних механізмів розвитку та прогресування атеросклерозу).

ЗБАГАЧЕНА ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА В ЛІКУВАННІ ОСТЕОАРТРИТУ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Хімійон Л. В., Смоліна Л. О., Кіча Н. В.

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,
Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна*

Вступ. Аутологічно збагачена тромбоцитами плазма (Platelet rich plasma – PRP) є новим терапевтичним засобом з достатнім теоретичним та експериментальним потенціалом лікування остеоартриту (ОА) I-II стадії.

Мета: визначити ефективність та безпеку використання PRP в комплексному лікуванні хворих на ОА колінних суглобів I-II стадії.

Методи. В дослідження було включено 28 пацієнтів з ОА колінних суглобів в фазі загострення (9 чоловіків (30,8 %) і 19 жінок (69,2 %), (середній вік – $(44,7 \pm 1,2)$ років), які були розподілені на 2 групи. Група 1-14 пацієнтів, що отримували стандартне лікування ОА і 3 внутрішньо-суглобові ін'єкції PRP щотижня (загальний обсяг – 12-15мл, середньою тромбоцитарною кількістю $(860,24 \pm 32,1) \times 10^9/\text{мкл}$); група 2-14 пацієнтів які отримували тільки стандартне лікування ОА. До початку лікування та через 1, 3 і 6 місяців в обох групах були проаналізовані рівні СРБ, масштаб WOMAC та індекс Lequesne.

Результати. На початку дослідження у частини хворих (42,9 % в групі 1 і 35,7 % в групі 2) виявлявся підвищений рівень СРБ. В період лікування рівень СРБ був в межах норми у всіх пацієнтів. За період спостереження та через 3 місяці лікування в групі 1 рівень СРБ достовірно знизився ($7,34 \pm 0,52$) мг/л і ($4,34 \pm 0,22$) мг/л, ніж у групі 2 ($9,56 \pm 0,67$) мг/л і ($6,92 \pm 0,57$) мг/л, ($p < 0,005$). В 3 хворих 2-ї групи рівень СРБ знову збільшився після 3 місяців, що було свідченням загострення ОА. В 1-й групі не було показників загострень ОА протягом 6 місяців спостереження.

WOMAC та індекс Lequesne мали позитивну динаміку в обох групах. За 6 місяців спостереження функціональний стан пацієнтів у групі 1 покращився за рахунок зменшення скутості на 23 % (на початку дослідження – $(3,8 \pm 1,0)$); показників болю під час руху ($3,6 \pm 0,1$) – на початку дослідження і ($2,4 \pm 0,1$) через 6 місяців після лікування. Показник проходження дистанції знизився на 37,8 %, біль та дискомфорт при підйомі та спуску по сходах знизився на 38,6 % (в 1-й групі на початку дослідження – $(10,9 \pm 1,3)$, у групі 2 – $(10,2 \pm 0,9)$ та через 6 місяців – $(2,3 \pm 0,3)$ і $(4,5 \pm 0,3)$, відповідно, ($p < 0,05$)). Період функціональної активності в групі 1 позитивно збільшився на 44,1 %, ніж в групі 2. Побічних ефектів через використання PRP ін'єкцій не спостерігалось.

Висновки. Амбулаторне використання PRP, доданої до стандартного лікування ОА колінних суглобів I-II ст., покращує функціональну активність, зменшує біль та дозволяє лікарю загальної практики продовжити ремісію у пацієнтів з ранніми стадіями захворювання. Подальші довгострокові дослідження необхідні з використанням ультразвуку та МРТ моніторингу суглобового хряща.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ. В ФОКУСІ ВАЖЛИВІСТЬ ВПЛИВУ СТРЕСУ

Хомазюк І. М., Настіна О. М., *Хомазюк В. А.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Актуальність проблеми стресу і хронічної ішемічної хвороби серця (ІХС) обумовлена збільшенням за таких умов показників серцево-судинної захворюваності. Особливу увагу привертає стрес при техногенних аваріях і військових конфліктах з участю значної кількості населення.

Мета: визначити основні патофізіологічні зміни серця при стресіндукованій стенокардії і оцінити їх значення.

Об'єкт і методи. Обстежено 300 хворих на стабільну стенокардію (Ст), які брали участь в ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (група 1) і 100 хворих без стресу в анамнезі (група 2). Лікування хворих стандартизовано за останніми Рекомендаціями Європейського Товариства щодо лікування хронічних форм ІХС. В дизайн дослідження включені добове моніторування електрокардіограми (ДМ ЕКГ), велоергометрія (ВЕМ), ехо-доплеркардіографія, ретроспективний аналіз історій хвороби.

Результати. На відзнаку від контролю розвиток Ст приходився на більш молодий вік. У хворих групи 1 переважали типові епізоди Ст. У 2 рази більшою була частота епізодів Ст та потреби у застосуванні нітрогліцерину. За даними ДМ ЕКГ кількість епізодів ішемії (Іш) у 1 хворого групи 1 переважала значення контролю на 4,5 за добу. Тривалість Іш на 1 хворого за добу на рівні ФК ІІІ становила 121,7 хв і достовірно перевищувала контроль на 9,7 хв. Переважала депресія сегменту ST > 1,5 мм, яку реєстрували при ЧСС меншій відносно даних у цих же хворих при ВЕМ. Більше половини хворих групи 1 мали екстрасистоли (Ех). Середня кількість Ех за годину при Іш в середньому ($66,6 \pm 12,1$) хв. становила ($10,7 \pm 4,2$) і зростала до ($26,6 \pm 6,4$) при Іш тривалістю > 100 хв. Індекс маси міокарда у 83,9 % хворих з ФК ІІІ перевищував 170 г/м^2 . Фракція викиду у 90 % була більше 50 %, у 3,2 % – менше 45 %. Позитивні зміни в динаміці лікування проявлялись протягом кількох тижнів, оптимального рівня досягали впродовж року. Достовірно зменшувалась кількість епізодів Іш міокарда, потреби хворих у нітрогліцерині, покращувався профіль показників ДМ ЕКГ. Тривалість Іш за добу скорочувалась на 49,3 хв, покращувався вегетативний баланс, зменшувалась симпатична активність.

Висновок. Доведена можливість впливу на основні патофізіологічні і клінічні наслідки стресіндукованої стенокардії. Отримані результати корисні для оптимізації її діагностики і лікування, можуть бути використані при вирішенні проблеми стресіндукованої стенокардії в умовах інших видів стресу.

ХРОНІЧНА СТРЕСОВА СИТУАЦІЯ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА: ПРОЯВИ І НАСЛІДКИ

Хомазюк І. М., Сидоренко Г. В., *Хомазюк В. А.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,

**Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Мета дослідження: Визначити участь хронічного стресу у формуванні ішемії міокарда та структурно-функціонального ремоделювання серця у хворих, які перенесли ІМ.

Об'єкт і методи: Обстежено 218 хворих, які перенесли Q ІМ (група 1) і 100 хворих без ІМ (група 2) у віці до 65 років. Поряд із традиційним клінічним обстеженням використовували добове моніторування електрокардіограми (ДМЕКГ), варіабельності серцевого ритму (ВСР), ехо-доплеркардіографічне (ЕхоКГ) дослідження, велоергометрію.

Результати. У групі 1 зміни частоти серцевих скорочень (ЧСС) і ВСР демонстрували перевагу симпатичної активності. Базальна ЧСС у них була на рівні 72,6 за хв., проти 63 за хв. у групі 2. Більшість показників ВСР була знижена, середнє значення стандартних відхилень NN (SDNN) – зменшено на 28 мс (22 %), індекс SDNN в середньому складав 48 мс, різниця подовженості сусідніх інтервалів NN, що перевищує 50 мс була на рівні 8,4 %. Відношення низько і високочастотних складових спектру збільшувалось на 19 %, до 2,5 ум.од. Індекс напруги зростав на 48 ум.од. до 132 ум. од. У групі 1 переважала стенокардія ФК II-III, в контролі ФК I-II. За даними ДМЕКГ епізоди ішемії міокарда в групі 1 у два рази були більш частими і тривалими. У них тривалість ішемії за добу на 1 хворого становила 38 хв, при 10,2 хв у групі 2. Безбольова ішемія складала 75 % від загальної у групі 1 і 45 % – групі 2. У групі 1 частіше на 22 % реєстрували епізоди надшлуночкової тахікардії, у 2 рази була більшою ніж в контролі кількість екстрасистол. У групі 1 збільшення маси міокарда лівого шлуночка (ЛШ) на 262 г (40 %) переважало контроль і в середньому становила 365 г., індекс маси міокарда відповідно збільшився до 191 г/м². Зони гіпокінезії задньої стінки ЛШ встановлено у 60 %, міжшлуночкової перетинки – 40 %. Встановлено тісну кореляцію між показниками ВСР та тривалістю ішемії міокарда за добу, масою та індексом маси міокарда лівого шлуночка.

Висновок. Закономірна для хворих, які перенесли ІМ, хронічна стресова ситуація сприяє збільшенню тривалості і кількості типових нападів стенокардії, загальної тривалості ЕКГ-ознак ішемії міокарда за добу, суттєво посилює ремоделювання серця, ризик серцевої недостатності та інших кардіоваскулярних подій. Визначення детермінант несприятливих наслідків ІМ, надає можливості класифікувати хворих за ступенем ризику і забезпечувати надійний контроль у майбутньому.

СИНДРОМ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хомазюк Т. А., Кротова В. Ю., Лакиза Т. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Актуальность. Клинические исследования последних лет свидетельствуют о том, что существует достоверная статистическая связь между уровнями систолического, диастолического артериального давления (АД) и показателями когнитивных функций (КФ) у больных с артериальной гипертензией (АГ) независимо от уровня образования, анамнеза курения, коморбидной патологии. Внимание к этим взаимоотношениям в общей врачебной практике обусловлено социальным аспектом вопроса качества жизни (КЖ) больных с АГ, необходимостью своевременной диагностики и адекватной коррекции нарушений КФ.

Цель. Изучить структуру когнитивных нарушений и качество жизни у больных трудоспособного возраста с первичной артериальной гипертензией II стадии, АГ 1-2 ст. и взаимосвязь с общим риском сердечно-сосудистых событий.

Методы и материалы. Обследовали 90 больных с АГ II ст., 1-2 ст. по стандартному протоколу кардиологического профиля. Дополнительные диагностические процедуры включали: СМАД, нейропсихологическое обследование (интегральную оценку КФ по шкале MMSE, FAB, изучение памяти по методике «Запоминания 10 слов» и по методу Лурия, внимания и скорости сенсомоторных реакций – по Шульте и Рыбакову), анализ КЖ – по опроснику SF-36, общего риска сердечно-сосудистых событий – по шкале SCORE. Средний возраст обследованных составил ($55,7 \pm 7,9$) лет, средняя длительность АГ – ($11,8 \pm 5,7$) лет.

Результаты. Больные АГ трудоспособного возраста, включенные в исследование, имели легкие (35,4 %), умеренные (56,1 %) КН и у 8,5 % – была деменция легкой степени. В большей степени страдали процессы концентрации внимания, скорость психомоторных реакций и вербальная память, что отражалось на показателях КЖ: у женщин было более выражено снижение жизненной силы и социального функционирования ($(46,87 \pm 2,60)$ и $(52,50 \pm 4,08)$, соответственно), а у мужчин – ментальное здоровье и эмоционально-ролевое функционирование ($(42,37 \pm 3,50)$ и $(47,33 \pm 6,45)$, соответственно). Вместе с тем, при анализе общего сердечно-сосудистого риска у обследованных с АГ 1-2 ст. и КН установлено, что у 25 % из них вероятность развития фатальных сердечно-сосудистых событий была менее 1 %, у 17 % – эта вероятность составила 2 %, у 14 % – 3-4 %, у 10 % – 5-9 %, 6 % – 10-14 % и только у 3 % обследованных – 10-летний риск сердечно-сосудистых событий составил более 15 %.

Выводы. У больных трудоспособного возраста с АГ 1-2 ст. и низким риском фатальных сердечно-сосудистых событий формируются КН, определяющие низкое КЖ, что определяет необходимость ранней диагностики и коррекции состояния КФ для улучшения прогноза болезни.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Хребтій Г. І., *Трутяк В. Я., *Назарчук М. С., *Білецький С. С.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет»,

*Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Чернівці, Україна

Метою дослідження є визначення в сукупності гемодинамічних особливостей і змін міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з супутньою інсулінорезистентністю (ІР).

Обстежено 126 хворих на ГХ II стадії віком від 45 до 60 років, в середньому – $(55 \pm 5,9)$ років. Першу групу склали 66 хворих на ГХ II стадії без ІР, другу групу – 60 хворих на ГХ II стадії та ІР. При порівняльному аналізі показників ехокардіографії було виявлено збільшення товщини задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) (I група – $(1,05 \pm 0,01)$ см; II група $(1,16 \pm 0,01)$ см; $p < 0,01$), товщини міжшлуночкової перетинки (I група – $(1,05 \pm 0,01)$ см; II група – $(1,15 \pm 0,01)$ см; $p < 0,01$) у хворих з ІР, що поєднувалось з високим кінцевим систолічним і кінцевим діастолічним розмірами і об'ємами і було причиною збільшення маси міокарда ЛШ (I група – $(147,1 \pm 6,8)$ г; II група – $(170,4 \pm 5,4)$ г; $p < 0,01$). У групі пацієнтів із ГХ II стадії та супутньою ІР, на відміну від хворих без ІР, достовірно більшими були розміри лівого передсердя (ЛП) (медіана – 4,0 см та 3,7 см, відповідно, $p = 0,05$), значення індексу маси міокарда ЛШ^{2,7} ($65,3 \text{ г/м}^{2,7}$ та $56,2 \text{ г/м}^{2,7}$; $p = 0,04$) та меншим співвідношення максимальної швидкості періоду раннього діастолічного наповнення ЛШ (Е, м/с) до максимальної швидкості періоду пізнього діастолічного наповнення ЛШ (А, м/с) – Е/А ($0,67$ та $0,82$; $p = 0,006$). Виявлені зміни вказують на схильність у хворих на ГХ із ІР до розвитку переважно концентричної гіпертрофії ЛШ, котра являється найбільш несприятливим видом ремоделювання. Поглиблення порушень діастолічної функції та зменшення здатності міокарда до релаксації у хворих на ГХ із супутньою інсулінорезистентністю, згідно літературних даних, відбувається внаслідок збільшення жорсткості ЛШ, обумовленої посиленням росту фіброзної тканини.

При проведенні ультрасонографії встановлено, що вихідний діаметр плечової артерії в I групі склав $(4,4 \pm 0,3)$ мм; в II – $(4,1 \pm 0,2)$ мм ($p > 0,05$). Ендотелійзалежна вазодилатація (ЕЗВД) в I групі дорівнювала $(7,5 \pm 0,8) \%$; в II групі $(4,9 \pm 0,2) \%$ ($p < 0,01$). Величина ендотелійнезалежної вазодилатації (ЕНВД) в I групі склала $(12,5 \pm 0,1) \%$; в II групі – $(11,2 \pm 0,4) \%$ ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих на ГХ II стадії, за даними дослідження, виявлені порушення ЕЗВД плечової артерії і зниження чутливості плечової артерії до напруження зсуву, незалежно від наявності ІР, хоча більш виражене у інсулінорезистентних хворих. Слід зазначити, що порушення нормальної судинорозширюючої реакції на нітрогліцерин у пацієнтів з ГХ та ІР робить імовірною можливість участі в розвитку ендотеліальної дисфункції порушеної відповіді гладеньком'язових клітин судини на нітровазодилататори.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Хребтій Г. І., *Трутяк В. Я., *Назарчук М. С., *Білецький С. С.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет",

*Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Чернівці, Україна

Мета дослідження – оцінити вплив різних режимів діуретичної терапії на ендотеліальну функцію судин у хворих з хронічною серцевою недостатністю упродовж 6 міс лікування.

У ході дослідження обстежено 106 пацієнтів (61 чоловіків і 45 жінок, віком 56-82 років (в середньому – $(68,1 \pm 0,9)$ років)) з гіпертонічною хворобою (ГХ) III стадії з ішемічною хворобою серця (ІХС) та без неї, ХСН II–III функціонального класу за NYHA і фракцією викиду $< 45 \%$. Всі включені у дослідження пацієнти були декомпенсованими, потребували застосування петлевих діуретиків та не мали протипоказань до їх прийому. Термін спостереження за хворими – 6 міс. з моменту включення їх у дослідження. Усім хворим була проведена корекція лікування згідно з сучасними протоколами лікування ГХ, ускладненої ХСН.

Залежно від характеру діуретичної терапії всі обстежені хворі з ХСН були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи ($n = 55$) увійшли пацієнти, яким була призначена щоденна діуретична терапія торасемідом, до 2-ї ($n = 53$) – хворі, яким призначали інтермітентну терапію фуросемідом (прийом препарату через 1-2 дні або 2-3 дні підряд із наступною перервою на 1-2 дні). Зміни діаметра плечової артерії оцінювали із застосуванням ультразвукового діагностичного сканера "LOGIQ 500", за допомогою лінійного датчика 7 МГц з фазованою решіткою ультразвукової системи. У групі хворих, котрі отримували фуросемід ЕЗВД змінилась з $-3,5 \%$, до лікування до $+1,7 \%$ через 3 міс. ($p < 0,0001$) та $+5,4 \%$ через 6 міс. ($p < 0,0001$). У пацієнтів з ХСН, до схеми лікування котрих входив щоденний прийом торасеміду ЕЗВД змінилась з $-3,8 \%$ до лікування до $+3,1 \%$ через 3 міс. ($p < 0,0001$) та $+7,1 \%$ через 6 міс. ($p < 0,0001$). Через 6 міс ЕЗВД у виділених групах пацієнтів під впливом інтермітуючої терапії фуросемідом збільшилась на $63,1 \%$, а при щоденному прийомі торасеміду – на $97,9 \%$ ($p = 0,036$ між групами, порівняння проводили за допомогою критерію Манна-Уїтні).

Проведене дослідження продемонструвало, що у хворих з ХСН величина зміни швидкості кровотоку в плечовій артерії через 3 міс. стандартної терапії з інтермітуючим прийомом фуросеміду збільшилась на $6,2 \%$, а при призначенні торасеміду – на $17,1 \%$ ($p = 0,026$); через 6 міс при схемі з фуросемідом – збільшилась на $22,5 \%$, а при призначенні торасеміду – на $33,9 \%$ ($p = 0,033$). При щоденному прийомі торасеміду, внаслідок статистично значимого покращення ендотеліальної функції судин відбувається ефективна корекція нейрогуморальної складової у хворих з декомпенсованою ХСН.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЗА РІЗНИМИ ДІАПАЗОНАМИ ТРИВАЛОСТІ ІНТЕРВАЛУ QTc ЕКГ

Целік Н. Є., Шевчук М. І., Томіна О. Є.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна

Мета роботи: вивчення зв'язку між тривалістю комплексу QTc ЕКГ та клінічними ознаками артеріальної гіпертензії (АГ) для розробки пропозицій щодо вдосконалення її діагностики та терапії.

Матеріали та методи: на базі Харківської міської поліклініки № 24 обстежено 54 пацієнта (16 чоловіків та 38 жінок) віком від 45 до 87 років з давністю АГ (58 ± 18) років.

В виділених класах тривалості інтервалу QTc ЕКГ (табл.) визначали вік пацієнтів, давність АГ, систолічний і діастолічний артеріальний тиск (САТ, ДАТ), а також частоту серцевих скорочень (ЧСС).

Дані оброблялися методами параметричної статистики.

Результати: дані щодо клінічних ознак пацієнтів з АГ в залежності від діапазону тривалості інтервалу QTc ЕКГ наведені у таблиці.

Клінічні ознаки АГ в діапазонах тривалості інтервалу QTc ЕКГ ($M \pm sd$)

Клінічні ознаки АГ	Діапазон тривалості інтервалу QTc, мс			
	320-359	360-399	400-439	>440
Вік, роки	49 ± 0	58 ± 11	56 ± 8	58 ± 10
Давність АГ, років	2 ± 0	12 ± 8	8 ± 6	6 ± 3
САТ, мм рт. ст.	200 ± 0	151 ± 17	148 ± 18	151 ± 17
ДАТ, мм рт. ст.	120 ± 0	90 ± 11	86 ± 11	89 ± 10
ЧСС, уд./хв.	70 ± 0	74 ± 16	77 ± 11	79 ± 11

Висновки. У вивченій популяції пацієнтів з АГ виділені діапазони тривалості інтервалу QTc ЕКГ зустрічаються в усіх вивчених вікових категоріях з перевагою серед чоловіків. Рівень САТ і ДАТ вищий в діапазоні тривалості інтервалу QTc ЕКГ 320-359 мс, ЧСС вища в діапазонах тривалості інтервалу QTc ЕКГ 400-439 мс та більше 440 мс.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЗДАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА

Цубанова Н. А., Тараев К. Н., Губарь С. Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

На сегодняшний день одной из серьезных проблем для системы здравоохранения большинства стран мира является оптимизация фармакотерапии сахарного диабета (СД), который из категории эндемического заболевания, за последние десятилетия превратился в глобальную эпидемию. Стремительный рост числа больных СД (около 350 млн.) человек, требует особого внимания к этому вопросу. В настоящее время во всем клинически доказано, что только эффективный контроль СД может свести до минимума или предотвратить многие из связанных с ним осложнений. Эффективное управления СД 2 типа достоверно улучшает гликемический контроль значительно снижает риск развития полинейропатий и ангиопатий. По результатам исследования DCCT (Контроль за диабетом и его осложнениями) установлено, что на каждый процент снижения гликированного гемоглобина риск развития микрососудистых осложнений (ретинопатии, нефропатии) снижался на 35 %. Исходя из этого, применение комплексной и патогенетически обоснованной терапии, учитывающей хроническое течение заболевания и гетерогенность метаболических нарушений, позволит достичь эффективного долгосрочного гликемического контроля для пациентов с СД 2 типа. Патогенетически оправдано может быть создание нового комплексного лекарственного средства содержащего метформин и бенфотиамин. Метформин является препаратом первой линии в фармакотерапии СД 2 типа. Основной механизм действия метформина направлен на снижение резистентности периферических тканей (мышечной и печеночной) к действию инсулина. Кроме того, метформин повышает текучесть плазменных мембран, увеличивает подвижность мембранных белков в фосфолипидном бислое. Клинические эффекты метформина и его антигипергликемические свойства хорошо изучены.

Бенфотиамин введен в состав нового комплексного лекарственного средства с целью профилактики развития и коррекции диабетической полинейропатии, так как способен нивелировать ключевые изменения в структурах периферических нервов и микроциркуляторном русле, что характерно для патогенеза полинейропатий. Кроме того, бенфотиамин нормализует эндоневральный кровоток и метаболические процессы в нервных волокнах, увеличивает активность фермента транскетолазы, обеспечивает утилизацию промежуточных продуктов гликолиза в пентозофосфатном цикле. Таким образом, разработка фиксированной комбинации метформина и бенфотиамина, позволит не только качественно контролировать диабетическую гипергликемию, но и профилактировать и/или нивелировать развитие диабетической полинейропатии.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Черкасова О. Г., *Данилова А. В., Вдовиченко Е. А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,

*КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДООС»

Актуальность: в Украине каждая десятая женщина фертильного возраста имеет повышенное артериальное давление (АД). В европейских странах артериальная гипертензия (АГ) осложняет течение 1-5 % беременностей, тогда как в Украине подобные осложнения составляют 6-10 %. Отдаленный прогноз женщин, имевших АГ в период беременности, характеризуется повышенной частотой развития ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых событий. Наличие АГ у матери также ведет к росту перинатальной заболеваемости и смертности у детей.

Цель: изучить особенности АГ у беременных.

Материалы и методы: ретроспективно проведен анализ 61 истории болезни беременных с кардиальной патологией, находившихся в отделении патологии беременных. В исследование было включено 27 женщин в возрасте от 21 до 38 лет. Всем пациенткам проводилось общеклиническое обследование, с обязательным расчетом индекса массы тела; контроль цифр АД, запись ЭКГ, осмотр офтальмолога.

Результаты: АГ была выявлена у 27(44 %) беременных, средний возраст – $(29,5 \pm 0,9)$ лет. Средний срок беременности на момент госпитализации – $(31,6 \pm 1,6)$ недель. В большинстве случаев женщины госпитализировались планово в связи с недостаточным контролем цифр АД на амбулаторном этапе (56 %) и дородовой подготовкой (22 %); у 4 (15 %) отмечалась угроза прерывания беременности, преэклампсия – у 2 (8 %). Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) выявлена у 19 (70 %) беременных, средний возраст – $(28,7 \pm 0,7)$ лет, срок беременности – $(29,6 \pm 1,3)$ недель. Гестационная гипертензия (ГГ) – у 8 (30 %) женщин (средний возраст – $(29,7 \pm 1,3)$ лет, средний срок беременности – $(34,0 \pm 1,9)$ недель). Среднее систолическое АД и диастолическое АД у беременных с ХАГ и ГГ достоверно не отличались друг от друга – $(131,5 \pm 3,2) / (82,3 \pm 2,4)$ мм рт. ст. и $(131,2 \pm 4,5) / (81,8 \pm 3,5)$ мм рт. ст., соответственно. ГГ чаще развивалась у женщин с первой беременностью – 50 %, при повторных беременностях – в 12,5 % случаях. Избыточная масса тела либо ожирение выявлено у большинства обследованных женщин – 19 (70 %). В 2 случаях у беременных с I степенью ожирения ГГ сопровождалась развитием гестационного сахарного диабета.

Выводы: почти у половины беременных с кардиальной патологией выявлена АГ – 44 %. Особого внимания требуют женщины с избыточной массой тела и ожирением. Данные пациентки требуют динамического наблюдения в период беременности для профилактики сердечно-сосудистых и акушерских осложнений.

РОЛЬ ГІПЕРУРИКЕМІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ОСІБ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Чернацька О. М.

Сумський державний університет, Україна

Перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) часто ускладнюється розвитком хронічної серцевої недостатності (ХСН). Кардіоваскулярний ризик, асоційований з підвищенням рівня сечової кислоти на один мг/дл порівнюється з підвищенням систолічного артеріального тиску на 10 мм рт. ст. Доведена роль гіперурикемії у розвитку гіпертрофії міокарду лівого шлуночка у хворих із артеріальною гіпертензією, так як сечова кислота здатна до стимуляції росту кардіоміоцитів.

Мета: виявити зв'язок між рівнем гіперурикемії та іншими предикторами серцево-судинних захворювань (ССЗ) в осіб з АГ.

Матеріали і методи. Було обстежено 50 пацієнтів із АГ, ускладненою ХСН (основна група), 30 пацієнтів із АГ (група порівняння), що знаходилися на лікуванні у КЗ ЦПМСД №3 м. Суми та мали підвищений рівень сечової кислоти. 20 практично здорових осіб, що проходили профілактичні медичні огляди, склали групу контролю. Дослідження включало наступні методи: лабораторні, антропометричні, інструментальні, імуноферментного аналізу. Рівень сечової кислоти визначався в сироватці крові біохімічним методом; С-реактивного білку (СРБ) – методом імуноферментного аналізу, використовуючи дані ехокардіоскопії (ЕХОКС) було обчислено індекс маси міокарда лівого шлуночка як показника діастолічної серцевої недостатності. Після виміру окружності талії та стегон було діагностовано абдомінальний тип ожиріння.

Результати. Встановлена прямо пропорційна залежність між індексом маси міокарда лівого шлуночка, індексом атерогенності та рівнем сечової кислоти. У пацієнтів із гіперурикемією рівень СРБ був достовірно вищим, ніж у здорових. У 70 % пацієнтів основної групи відмічався абдомінальний тип ожиріння. Встановлено обернено пропорційну залежність між рівнем сечової кислоти і фракцією викиду лівого шлуночка.

Висновок. Гіперурикемія – сильний, незалежний предиктор ССЗ та загальної смертності у хворих з високим кардіоваскулярним ризиком, які мають ХСН і АГ.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧАЕС, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Чикалова І. Г., Муравйова І. М.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ*

Мета дослідження: вивчити особливості тиреоїдного статусу в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції (УЛНА на ЧАЕС), хворих на цукровий діабет (ЦД).

Для обстеження було відібрано 89 осіб, хворих на ЦД, які лікувалися у відділенні радіаційної ендокринології ННЦРМ протягом 2013-2014 років, та не мали органічної патології щитовидної залози (ЩЗ): 46 - УЛНА на ЧАЕС, 43 особи групи порівняння. Функціональний стан ЩЗ оцінювався за концентраціями у сироватці крові ТТГ, T_3 , T_4 . Рівень глікемії натще в обстежених у середньому дорівнював $(9,9 \pm 1,7)$ ммоль/л, рівень HbA_{1c} перевищував 7,0 % $((8,8 \pm 1,6) \%)$. Вік пацієнтів становив від 48 до 72 років, тривалість захворювання – від 1 до 24 років. В УЛНА на ЧАЕС, хворих на ЦД, відносно осіб групи порівняння визначалось статистично значиме зниження середньої концентрації у сироватці крові T_3 $((1,2 \pm 0,2)$ нмоль/л; $(2,9 \pm 0,3)$ нмоль/л, $p < 0,05$, відповідно) і суттєве підвищення середнього значення відношення T_4/T_3 $((102,4 \pm 11,6)$ проти $(57,5 \pm 10,3)$, $p < 0,05$, відповідно). Частота синдрому „низького” T_3 склала $(14,8 \pm 9,2) \%$ серед осіб контрольної групи та $(54,2 \pm 11,3) \%$ – серед УЛНА на ЧАЕС. Розподіл обстежених за віком виявив, що у віковій групі старше за 50 років вірогідно частіше зустрічався синдром „низького” T_3 $((41,3 \pm 7,2) \%$ проти $(27,1 \pm 6,9) \%$; $p < 0,05$). В УЛНА на ЧАЕС встановлено помірний позитивний кореляційний зв'язок між T_4/T_3 та тривалістю захворювання, між T_4/T_3 та HbA_{1c} ($r = 0,34$, $p < 0,05$; $r = 0,31$, $p < 0,05$, відповідно).

Висновки: в УЛНА на ЧАЕС, хворих на ЦД2, які не страждають на органічну патологію ЩЗ, має місце стійка тенденція до розвитку функціональних зсувів у тиреоїдному статусі, що проявляється схильністю до формування синдрому „низького” T_3 , що більш чітко простежується у пацієнтів вікової підгрупи старші за 50 років. Зі збільшенням ступеня декомпенсації діабету погіршується конверсія T_4 у T_3 та зменшується концентрація T_3 у сироватці крові, що свідчить про порушення периферичного метаболізму гормонів ЩЗ на тлі прогресування ЦД.

РАННІ ОЗНАКИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Чумак А. А., Овсяннікова Л. М., Саркісова Е. О., Гасанова О. В.,
Альохіна С. М., Носач О. В.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ*

Мета: виявити ранні ознаки розвитку стеатогепатиту у хворих із неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП), що зазнали дії факторів аварії на ЧАЕС.

Проводилось визначення специфічних печінкових ферментів – L-серіндегідратази (СДГ) та L-треоніндегідратази (ТДГ), що локалізуються у цитоплазмі гепатоцитів. Дослідження було проведено у 48 хворих на НАЖХП, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, та 26 хворих на НАЖХП групи порівняння.

Показники цих ферментів були підвищеними у хворих на НАЖХП обох груп із характерною для запалення перевагою ТДГ над СДГ. Середні показники СДГ дорівнювали ($53,2 \pm 9,9$) мкмоль/л/год в основній групі та ($52,8 \pm 13,5$) мкмоль/л/год в групі порівняння; ТДГ – ($85,8 \pm 9,9$) мкмоль/л/год та ($82 \pm 24,4$) мкмоль/л/год, відповідно. У постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС при стеатогепатозі визначалися більш високі рівні ферментів, ніж в групі порівняння: СДГ ($(69,7 \pm 8)$ мкмоль/л/год та ($46,8 \pm 19,1$) мкмоль/л/год); ТДГ ($(97,2 \pm 16,8)$ мкмоль/л/год та ($58,6 \pm 16,8$) мкмоль/л/год.). При прогресуванні НАЖХП і розвитку стеатогепатиту виявлялася протилежна тенденція активності досліджених ферментів – у постраждалих значення були меншими, ніж в групі порівняння: СДГ ($(39,3 \pm 8,6)$ мкмоль/л/год та ($58,4 \pm 19,6$) мкмоль/л/год.); ТДГ ($(76,2 \pm 11,8)$ мкмоль/л/год. та ($102 \pm 43,2$) мкмоль/л/год.).

Таким чином, підвищення цитоплазматичних печінкових ферментів – СДГ та ТДГ при НАЖХП є ранніми ознаками цитолітичного синдрому і з'являються вже на етапі стеатогепатозу печінки та можуть бути маркерами запалення у печінці при нормальній активності трансаміназ. Виявлене відносне зменшення рівня СДГ та ТДГ в основній групі хворих на стеатогепатит може бути непрямою ознакою розвитку печінково-клітинної недостатності внаслідок тривалого перманентного перебігу хронічного запального процесу у печінці постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС 25 років поспіль.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РАННЬОГО ВИНИКНЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ (огляд)

Шалашов В. В., Гольцова С. В.

*ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України",
м. Харків*

В останні десятиліття залишається актуальною проблема поєднання алкогольної залежності (АЗ) та іншої патології (Т. В. Чернобровкіна та співавт., 2006). Особливу увагу привертають поєднані варіанти сформованої в ранньому віці з іншими психічними та поведінковими розладами: депресією, біполярним афективним розладом, невротами, шизофренією (Ш), психопатіями. Ймовірність розвитку галюцинозів у молодих осіб з АЗ збільшується у випадках повторного впливу в онтогенезі тих самих факторів – травм, застудних захворювань тощо. При гострих алкогольних психозах спостерігається зміна метаболічного статусу організму, яка супроводжується розвитком клінічного синдрому ендогенної інтоксикації, що свідчить про глибинні порушення гомеостазу (П.І. Сидоров та співавт., 2003). Ймовірність розвитку Ш у осіб, які страждають на АЗ, в 3,3 рази вище, ніж у здорових і, навпаки, ймовірність розвитку АЗ у пацієнтів, що страждають на Ш, у 3,8 рази вище, ніж у здорових. Ймовірність появи АЗ при наявності будь-якого психічного розладу в 2,2 рази вище, ніж при його відсутності. Серед хворих на Ш спостерігається широкий спектр адикцій, але найчастіше АЗ, нікотинова, сексуальна і художньо-графоманічна (Ю.В. Валентик, 2002). Вивчення емоційного статусу у молодих людей у віці 20-24 років (n = 2404) виявило високі рівні депресії і тривожності у питущих осіб і високий рівень дистресу у непитущих. Встановлено зв'язок між занепокоєнням/перевантаженням і формуванням АЗ у молодих частково опосередковується дистресом (Т.М. Caldwell, 2002; J.A. Richmanet al., 2003). При дослідженні хворих (n = 163) на гострий алкогольний гепатит у віці 26-46 років в умовах гепатологічного стаціонару було виявлено: енцефалопатію (100,0 %); виражені порушення реполяризації міокарда на ЕКГ (79,2 %), невиліковна жовтяниця (66,7 %); ниркова недостатність (58,3 %); геморагічний гастрит (58,3 %); розвиток профузних кровотеч з виразок, ерозій, варикозу вен верхніх відділів ШКТ (50,0 %); ін. (С.Г. Пехташев з співавт., 2002).

Наведені вище дані свідчать про широту спектру різних патологічних станів, що передують, супроводжують чи виникають в результаті розвитку залежності від алкоголю. У більшості випадків вони маніфестують вже в підлітково-юнацькому віці певними комплексами психосоматичних відносин. Всю сукупність коморбідних порушень у преморбіді та на клінічних етапах АЗ має сенс розглядати не як ізольовані патологічні стани, а як різні прояви еволюції єдиної хвороби.

ОЦІНКА ВАРІАТИВНОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ І СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Шалімова А. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

До теперішнього часу механізми розвитку та прогресування гіпертонічної хвороби (ГХ) і супутнього цукрового діабету 2 типу (ЦД 2) залишаються не до кінця вивченими, тому оцінка внеску різних показників у формування зазначеної коморбідності представляє науковий інтерес.

Мета дослідження: комплексна оцінка варіативності антропометричних, ехокардіографічних і біохімічних показників у пацієнтів з ГХ та супутнім ЦД 2т. Обстежено 441 пацієнт віком 45-60 років. Основна група складалася з 320 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеня і СД 2 середнього ступеня тяжкості, субкомпенсованого; група порівняння – з 90 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеня без ЦД 2. Контрольна група складалася з 31 практично здорової особи. Комплексна обробка даних проводилася за допомогою факторного аналізу. Було виділено 4 фактора, які в сукупності пояснювали 52,61 % всієї варіативності емпіричних даних. При цьому перший, найпотужніший, фактор пояснював 33,07 % всієї варіативності змінних. Найбільші навантаження за Factor 1 відзначалися у змінних: дієнові кон'югати (ДК), малоновий діальдегід (МДА), фактор некрозу пухлин- α (ФНП- α), інтерлейкін-6 (ІЛ-6), глюкоза та інсулін крові, глікозильований гемоглобін (HbA1c), індекс НОМА, лептин, товщина інтими-медії загальної сонної артерії (ТІМ), тоді як на негативному полюсі цього фактора опинилися показники: супероксиддисмутаза (СОД), каталаза (Кат), ендотелій-залежна вазодилатація, адипонектин, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ). Усереднені факторні оцінки за найбільш значущим Factor 1 склали: $0,517 \pm 0,025$ – в основній групі, – $0,986 \pm 0,039$ – в групі порівняння і $-2,476 \pm 0,037$ – в контрольній групі при високо достовірних відмінностях між факторними оцінками у всіх групах ($p < 0,001$). Враховуючи змінні, які навантажували Factor 1, зазначені положення можна інтерпретувати наступним чином: для пацієнтів основної групи характерні високі рівні метаболічних показників (глюкоза, інсулін крові, HbA1c, НОМА, лептин), показників оксидантного стресу (ДК, МДА), прозапальних цитокінів (ФНП- α , ІЛ-6), ТІМ при низьких значеннях показників антиоксидантного захисту (СОД, Кат) і низьких рівнях адипонектину і антиатерогенних ЛПВЩ. Таким чином, встановлено, що у пацієнтів з коморбідністю ГХ і ЦД 2 відзначаються метаболічні порушення при вираженій ендотеліальній дисфункції, що достовірно відрізняє основну групу від групи порівняння і контролю.

Висновки: встановлено 4 основних фактори, спільною дією яких пояснювалося 52,61 % варіативності показників при коморбідній патології – ГХ і ЦД 2. Факторні оцінки по найбільш потужному Factor 1 з високим ступенем достовірності відрізняли досліджувані групи пацієнтів.

sCD40L – УНІВЕРСАЛЬНА ЛАНКА ПАТОГЕНЕЗУ, ЩО ОБ'ЄДНУЄ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Шапаренко О. В., Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Провідне місце серед серцево-судинних захворювань в загальній популяції займає артеріальна гіпертензія (АГ). Наявність супутньої патології істотним чином впливає на перебіг АГ. Найчастіше АГ ускладнюється цукровим діабетом (ЦД). В останні два десятиріччя активно обговорюється роль хронічного імунного запалення в розвитку ЦД та його ускладнень у хворих на АГ. Порівняно нещодавно увагу дослідників привернула система сигнальних молекул «Рецептор CD40-ліганд CD40» (CD40-CD40L). Дана система бере участь у формуванні імунозапальних реакцій в серцево-судинній системі, у тромбоутворенні, розвитку аутоімунних хвороб, реакціях відторгнення трансплантатів.

Мета – оцінити роль системи sCD40L як універсальної ланки патогенезу, що об'єднує АГ та ЦД 2 типу.

Нами проведено комплексне обстеження 60 хворих на АГ, що знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківська міська клінічна лікарня № 27. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 ($n = 40$) другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу ($n = 20$). До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб.

Визначення рівня sCD40L проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «eBioscience» (Австрія). Отримані результати подано у вигляді середнього значення \pm стандартне відхилення від середнього значення ($M \pm m$). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Установлено, що рівень sCD40L був достовірно значно вищий у хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу, ніж без нього та в порівнянні з контрольною групою і склав ($4,21 \pm 0,12$) мг/мл ($p < 0,001$), що говорить про активацію імунозапальної ланки патогенезу в даної когорти хворих.

У хворих визначалося достовірне підвищення рівнів глюкози, HbA_{1c} , інсуліну, КА та зниження рівня ХС ЛПВЩ у хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу на тлі наростання ІР ($p < 0,05$) свідчать про збільшення кардіоваскулярного ризику. В обстежених хворих відзначалося достовірне підвищення рівнів САТ та ДАТ від I до III тертилів, що свідчить про зв'язок виразності ІР зі ступенем АГ. У хворих на АГ та ЦД 2 типу відбувалося наростання рівня CD40L.

За результатами проведених досліджень систему sCD40L можна вважати як універсальну ланку патогенезу, що об'єднує АГ та ЦД 2 типу.

ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Шапкін В. Є.

Харківський національний медичний університет, Україна

Не дивлячись на досягнення сучасної медицини в усьому світі відзначається широке поширення соматичних захворювань, що говорить про необхідність розширення підходів до вирішення медичних проблем. Одним з таких актуальних напрямків розвитку є подальше вивчення взаємозв'язку порушень психічної сфери та соматики.

Традиційно до психосоматичних хвороб відносять нейродерміт, гіпертонічну хворобу, бронхіальну астму, неспецифічний виразковий коліт, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, ревматоїдний артрит. Пізніше, до цих захворювань додали ішемічну хворобу серця, тиреотоксикоз, цукровий діабет II типу, ожиріння, різні види дискінезій і дистоній, синдром подразненого кишечника, мігрень, радикуліти і багато інших.

Мова йде про досить поширені захворювання. Тому великий інтерес, як з економічної точки зору, так і з позиції покращення якості життя пацієнтів представляє профілактика даної патології. Організаційно склалося, що практично вся первинна і здебільшого вторинна профілактика цих захворювань відноситься до компетенції первинної медико-соціальної допомоги, тобто до загальної практики - сімейної медицини, яка є основою даної ланки системи охорони здоров'я. Тому сімейний лікар при здійсненні профілактичних заходів на своїй ділянці повинен також брати до уваги психічну складову захворювань своїх пацієнтів.

Для практичного втілення вищезначених заходів профілактики необхідно навчання сімейних лікарів питанням психодіагностики та практики психокорекції, спрямованої на попередження виникнення та прогресування психосоматичних захворювань. Слід зазначити, що професіограма сімейного лікаря досить перевантажена і додавання нових медичних знань та методик ще більш ускладнить його роботу та навчання. Тому необхідно ранжування методик психодіагностики та психокорекції на два рівні: перший рівень, який може застосовуватися сімейними лікарями у більшості пацієнтів, другий (спеціалізований), призначений для використання фахівцями.

Використання психодіагностичних та психотерапевтичних методик в практиці сімейної медицини представляє додаткову можливість для поліпшення надання первинної медико-соціальної допомоги населенню.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДОБОВОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ

Швець Н. В.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Важливим фактором у поєднанні остеоартрозу та артеріальної гіпертензії є те, що лікування першого захворювання у багатьох випадках призводить до прогресування іншого. А за наявності ще й надлишкової маси тіла гормони та цитокіни, які утворює жирова тканина, взаємодіють на рівні нейрональних систем, спричиняючи гіперактивацію симпатичної активності, зростання рівня артеріального тиску. Добове моніторування артеріального тиску – єдиний неінвазивний метод обстеження, який дозволяє: отримати інформацію про рівень та коливання АТ впродовж доби, під час сну та неспання; виявляти хворих з нічною гіпертонією, в яких підвищений ризик ушкодження органів-мішеней; оцінювати адекватність зниження АТ між прийомами чергових доз лікарського засобу; контролювати відсутність надмірного зниження АТ на піку дії препарату або недостатнього зниження перед наступним прийомом та вирішувати питання про підбір і призначення гіпотензивного препарату, з урахуванням його впливу на показники АТ не тільки в денний, але й в нічний час.

Мета дослідження: вивчення змін добового ритму АТ у пацієнтів із АГ та ОА залежно від наявності надлишкової маси тіла. Досліджувались 65 пацієнтів з ізольованою АГ (група I, $n = 35$) та АГ поєднаною з ОА (група II, $n = 30$). Залежно від величини ІМТ пацієнтів обох груп було розподілено на дві підгрупи: ІА ($n = 17$) та ІА ($n = 18$) – особи з $ІМТ < 25$ $кг/м^2$; ІБ ($n = 15$) та ІІБ ($n = 15$) – пацієнти з $ІМТ > 25$ $кг/м^2$. Погруповий аналіз результатів ДМАТ у пацієнтів з АГ та ОА показав, що показник середньодобового систолічного артеріального тиску (САТ) був достовірно вищим у хворих групи II ($161,34 \pm 5,24$ мм рт. ст.) у порівнянні з особами групи I ($148,26 \pm 3,82$) мм рт. ст., $p < 0,05$). Подібна закономірність відмічалась і для значень середньодобового діастолічного артеріального тиску (ДАТ). Так, у пацієнтів групи I цей показник становив ($86,44 \pm 2,72$) мм рт. ст., в той час, як у осіб групи II він складав – ($95,18 \pm 3,15$) мм рт. ст.) ($p < 0,05$).

Отже, у пацієнтів з поєднаним перебігом АГ та ОА відмічається більш істотне збільшення середньодобових значень АТ, що може бути пов'язане з цілим рядом причин. На підставі аналізу змін показників ДМАТ виявлено, що при коморбідному перебігу АГ та ОА реєструються достовірно вищі середньодобові значення САТ та ДАТ, збільшується варіабельність АТ, зменшується значення ДІ, переважає частота реєстрації несприятливого в прогностичному плані типу добової кривої АТ «non-dipper», причому всі наведені зміни прогресують зі збільшенням ІМТ.

**РІВЕНЬ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН- α ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК
З ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ
Шеховцова Ю. О., Тесленко І. І.**

Харківській національний медичний університет, Україна

Мета роботи – визначити рівень фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) у хворих на хронічний панкреатит (ХП) та його взаємозв'язок з показниками функціонального стану підшлункової залози (ПЗ).

Матеріали та методи. Обстежено 20 хворих на ХП (10 чоловіків та 10 жінок, середній вік – $(55,25 \pm 1,34)$ років): 1 група ($n = 14$) мали нормальну масу тіла, 2 група ($n = 6$) – підвищену масу тіла. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Функціональний стан ПЗ оцінювали за вмістом α -амілази, фекальної панкреатичної еластази-1, С-реактивного протеїну (СРП). Рівень ФНП- α визначався методом імуноферментного аналізу в сироватці крові за допомогою набору реактивів «Вектор-бест» (Росія). Для статистичного аналізу даних використовували ліцензійну програму Statistica версія 6.0.

Результати дослідження. В досліджуваних групах було виявлено вірогідне підвищення α -амілази та СРП у порівнянні з групою контролю, окрім еластази-1, де спостерігалось вірогідне зниження ($(37,8 \pm 4,54)$ та $(40,1 \pm 11,03)$ vs $(15,45 \pm 0,68)$; $(3,14 \pm 1,35)$ та $(2,83 \pm 1,1)$ vs $(0,25 \pm 0,18)$; $(155,5 \pm 19,7)$ та $(160,7 \pm 27,7)$ vs $(204,1 \pm 1)$; відповідно, $p < 0,05$). Середній рівень ФНП- α у хворих на ХП визначався вищий в 2,8 рази в 1-й групі та в 2,5 рази у 2-й групі у порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$). Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між ФНП- α та СРП ($R_1=0,74$, $p < 0,05$), а також негативний зв'язок еластазою-1 ($R_1=-0,82$, $R_2=-0,83$, $p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ХП додатковим показником прогресування функціональних змін у ПЗ є значне підвищення рівня ФНП- α . Позитивна кореляція між рівнем ФНП- α та СРП узгоджується з даними про те, що цитокіни є одними із провідних медіаторів запалення, тобто гіперцитокінемія асоціюється з виразністю синдрому мезенхімального запалення. Негативний кореляційний зв'язок між ФНП- α та показниками функціонального стану ПЗ підтверджує думку про те, що гіперцитокінемія є допоміжним фактором, який здійснює протифібротичну дію при ХП.

СТИМУЛЯЦІЯ ГІАЛУРОНІДАЗНОЇ АКТИВНОСТІ *S. PYOGENES*

Шимановський А. Р., Кравченко О. А., *Лук'яненко Т. В.,

*Андрєєва І. Д.

КЗ «Харківський фізико-математичний ліцей

Харківської міської ради Харківської області», Україна

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова

Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Виробництво лікувальних ферментних препаратів має величезне значення для забезпечення потреб практичної охорони здоров'я. Одним із високовартісних у виробництві є препарат гіалуронидаза (ГН). Низький вміст цього ферменту в сироватці крові людини робить нерентабельним промисловий випуск гомологічного препарату, що змушує шукати альтернативні джерела. Сьогодні у якості такого використовують насінники великої рогатої худоби, які є найдоступнішою та найдешевшою сировиною. Але неможливо не враховувати того, що препарати, виготовлені на основі сировини тваринного походження, є гетерологічними для людини та можуть викликати алергічні реакції різного ступеню тяжкості. Питання виробництва ГН шляхом біосинтезу стає дедалі актуальнішим. Відомо, що ГН виробляється бактеріями роду *Streptococcus*.

Метою роботи стало вивчення активності продукування ферменту ГН шляхом модифікації складу поживного середовища та нарощування біомаси *S. pyogenes*.

Матеріали та методи Об'єкт дослідження – субстанція ГН, KI, K₂Cr₂O₇, K₄Fe(CN)₆, K₃Fe(CN)₆, FeSO₄, Na₂SO₃, MgSO₄, Ca(C₆H₁₁O₇)₂, мелдоніум, дібазол, еуфілін у концентраціях 0,001 г/мл, 0,003 г/мл, 0,005 г/мл, 0,007 г/мл. Предмет дослідження – еталонний штам *S. pyogenes* ATCC 2432 та клінічні штами *S. pyogenes*. Методи дослідження: бактеріологічні, фотонейфелометричні, математико-статистичні.

Результати дослідження При застосуванні KI, K₄Fe(CN)₆, K₃Fe(CN)₆, K₂Cr₂O₇ визначали пригнічення росту та гіалуронідазної активності (ГА) *S. pyogenes* ATCC 2432, клінічних штамів *S. pyogenes* у визначених концентраціях. Приріст біомаси та збільшення ГА відзначали для: еуфіліну (1,4168 ± 0,011) отп. од. та дібазолу (2,1036 ± 0,01) отп. од. при концентрації 1 мг/мл; Na₂SO₄ (1,1761 ± 0,005) отп. од., MgSO₄ (1,17784 ± 0,016) отп. од., Ca(C₆H₁₁O₇)₂ (1,78738 ± 0,013) отп. од., мелдонію (1,6014 ± 0,021) отп. од. при концентрації 3 мг/мл; FeSO₄ (1,3889 ± 0,01) отп. од. при концентрації 7 мг/мл.

Висновки Встановлено, що найкращими стимуляторами росту та ГА *S. pyogenes* виявилися органічні сполуки, а саме дібазол (C₁₄H₁₂N₂) при концентрації 0,001 г/мл, кальцію глюконат (Ca(C₆H₁₁O₇)₂) та мелдоній (C₆H₁₄N₂O₂) при концентраціях 0,003 г/мл. Вважаємо за доцільне продовжити дослідження у цьому напрямку.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА СТУПЕНЮ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Шкапо В. Л., Несен А. О., Чирва О. В.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої

НАМН України», м. Харків

Мета – оцінити якість життя (ЯЖ) у пацієнтів на артеріальну гіпертонію (АГ) та коморбідну патологію в залежності від стадії гіпертонії та кардіоваскулярного ризику (КВР).

Матеріали і методи. Обстежено 257 хворих на АГ з супутніми захворюваннями: ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, мозковий інсульт, серцева недостатність на момент обстеження, цукровий діабет, переважно 2-го типу, хронічна хвороба нирок. Серед них 90 (35,0 %) чоловіків та 167 (65,0 %) жінок, середній вік яких склав – $(60,5 \pm 0,4)$ років. ЯЖ вивчалась за результатами заповнення анкети SF-36. Кількісно оцінювали вісім показників, які формують два загальних показники: «фізичний компонент здоров'я» (ФКЗ) та «психологічний компонент здоров'я» (ПКЗ). Статистична обробка результатів виконана з використанням пакету програм «SPSS 21 for Windows» та критерія Манна-Уїтні.

Результати. У пацієнтів на АГ з коморбідною патологією ЯЖ була значно знижена, порівняно зі здоровою популяцією, за всіма шкалами. Вельми низькими були показники за шкалами, що характеризували «рольове функціонування». У хворих були значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності. Загальні показники ФКЗ та ПКЗ були значно меншими від нормального для популяції значення ($43,350 [37,550; 49,300]$) та ($40,600 [33,900; 49,800]$) для пацієнтів АГ II стадії а також ($36,500 [32,000; 45,000]$) та ($37,300 [29,450; 43,100]$) для пацієнтів АГ III стадії ($p < 0,05$). При порівнянні показників ЯЖ в залежності від ступеню КВР, у пацієнтів з дуже високим КВР були виявлені достовірно нижчі показники «рольового фізичного функціонування», «життєвої активності», «психічного здоров'я». Достовірно низький в порівнянні з середнім та високим КВР був показник «фізичний компонент здоров'я» у хворих на АГ з дуже високим ризиком ($39,100 [33,500; 46,700]$) та ($43,600 [39,100; 54,750]$) ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, ЯЖ у хворих на АГ з коморбідною патологією значно знижена за всіма показниками. У пацієнтів були значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним станом. Найгірші показники ЯЖ виявлені у хворих на АГ III стадії з дуже високим кардіоваскулярним ризиком.

ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Шоп И. В., Лебединская М. Н., Дорошенко О. В., Левадна Ю. В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Целью оценить влияние гиперсимпатикотонии и других факторов риска на возможность развития артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с избыточной массой тела (МТ).

Материалы и методы. Было обследовано 97 больных АГ (возраст – 51 (47-57) года). Среди которых 34 (35 %) мужчин и 63 (65 %) женщин. Пациенты были разделены на группы: 1-я – больные с АГ и нормальной МТ, 2-я – больные с АГ и ожирением (ОЖ). Больные АГ и ОЖ были разделены на группы в зависимости от ИМТ согласно критериям ВОЗ. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Всем больным проводилось определение показателей инсулинорезистентности (ИР) – индекс НОМА, глюкозы натощак, инсулина, липидного спектра крови, уровня лептина. Функциональное состояние симпатoadреналовой системы (САС) оценивали методом КВЧ – диэлектрометрии.

Результаты. Группа больных АГ с ОЖ характеризовалась достоверно повышенными уровнями лептина (21,24 (15,71-27,03) нг/мл, $p < 0,001$), инсулина (23,86 (20,96-29,45) мкЕд/мл, $p < 0,001$) и индекса НОМА (4,88 (4,09-6,91), $p < 0,001$) в сравнении с практически здоровыми лицами, у которых уровень лептина был равен (4,2 (2,56-5,85) нг/мл), инсулина – (12,27 (10,75-14,48) мкЕд/мл) и индекса НОМА – (2,12 (1,71-2,43)). У пациентов страдающих ОЖ и АГ, показатели функциональной активности адренорецепторного комплекса тромбоцитов достоверно превосходили аналогичные у пациентов, не страдающих ОЖ ($p < 0,05$). Это позволило предположить, что пациенты с ОЖ и АГ имеют высокий риск развития кардиоваскулярных осложнений, что связано с увеличением активности САС у больных с ОЖ. При корреляционном анализе определили, что показатели состояния САС имеют достоверные корреляции в группе больных АГ с сопутствующим ОЖ: между базальным уровнем диэлектрической проницаемости адренорецепторов тромбоцитов и уровнями лептина, индекса НОМА, ИМТ, степенью АГ (r в границах от 0,29 до 0,67, $p < 0,05$).

Выводы. Степень ОЖ, высокий уровень лептина, ИР ассоциируются с гиперактивностью САС, что создает предпосылки для увеличения кардиоваскулярного риска у пациентов с АГ.

СТАН ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУНОЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Шумко Г. І.

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці*

Вступ. Важливу роль у виникненні та прогресуванні бронхіальної астми (БА), а також у підтриманні запалення та формуванні гіперреактивності бронхів відводять різним клітинам-ефекторам і цитокінам. У хворих на БА комплексне визначення вмісту в сироватці крові інтерлейкіну-1 β (ІЛ-1 β), фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) та імуноглобуліну Е (Ig Е) може служити маркером вираженості та системності запальної реакції, яка багато в чому зумовлює тяжкість нападу та загострення захворювання.

Мета дослідження. Вивчити стан окремих показників імуноцитокінового профілю осіб молодого віку, хворих на бронхіальну астму.

Матеріал і методи. Дослідження проведені в 76 осіб хворих на БА атопічну та змішану з переважанням атопії у період легкого загострення, віком від 15 до 21 року. Контрольну групу склали 14 практично здорових особи відповідного віку, в яких на момент обстеження не спостерігалось гострих та загострення хронічних захворювань, алергологічний анамнез не був обтяженим. Обстежені залежно від діагнозу були розподілені на дві групи: I група (36 осіб молодого віку) – хворі на БА з інтермітуючим перебігом, II група (40 осіб молодого віку) – хворі на БА з персистувальним легким перебігом.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних свідчить про значні відхилення від норми в обстежених хворих. В пацієнтів молодого віку, хворих на БА відбувається активація системи цитокінів та цитокін-опосередкована гіперпродукція Ig Е, що відіграє важливу роль у патогенезі імунної стадії атопічного запалення, підтримує патологічний процес та сприяє прогресуванню гіперреактивності бронхів. Найбільш суттєві зміни показників виявлені у хворих на персистувальну БА. Це свідчить, що прогресування патологічного процесу супроводжується зростанням активності системи цитокінів та гіперпродукції Ig Е. Тому, доцільним буде якомога раніше, провести корекцію виявлених змін із метою не допустити прогресування патологічного процесу.

Висновки. У осіб молодого віку, хворих на бронхіальну астму, спостерігається зростання вмісту в крові факторів, що сприяють прогресуванню бронхіальної астми, а саме: інтерлейкіну-1 β , фактору некрозу пухлин- α та імуноглобуліну Е.

FREE RADICAL OXIDATION OF LIPIDS AND THE STATE OF ANTIRADICAL SYSTEMS IN YOUNG PERSONS WITH ASTHMA IN DYNAMICS OF TREATMENT

Shumko G. I.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Introduction. The lungs directly exposed to oxygen and oxidant air pollution, they are most susceptible to oxidative damage, so the possibility of free radical reactions increased in lungs. Protection against damaging effect of reactive oxygen forms and free radicals provides antiradical protective systems, particularly glutathione system. Therefore, at this stage of asthma is very relevant the inclusion in a patients' course of therapy of low-peak laser radiation and Fakovit with antioxidant characteristics.

The purpose of the study. To study the effect of low-energy laser radiation and Fakovit on free radical oxidation of lipids and antioxidant system of young adults with asthma.

Material and methods. Research conducted in 64 individuals suffering from asthma during mild exacerbation. Control group consisted of 14 healthy people of appropriate age. Depending on the therapy patients were divided into subgroups: subgroup "a" received basic therapy, subgroup "b" received basic therapy in combination with laser therapy, subgroup "c" received basic therapy in combination with laser therapy and Fakovit; subgroup "d" received basic therapy in combination with Fakovit.

Results: In all patients before treatment revealed a significant increasing of malonic dialdehyd in erythrocytes and plasma, increasing of dienes conjugates, ketodiyens, conjugated triyens; and also decreasing of activity of glutathione reductase, glutathione peroxidase, superoxide dismutase.

Inclusion of therapy young people suffering from asthma Fakovit and laser therapy reduced free radical oxidation of lipids by both primary and secondary its products as well as improving the functioning of glutathione antioxidant defense system, due to the increasing of reduced glutathione and decrease of activity of glutathione dependent enzymes and superoxide dismutase. After the basic treatment only upside of the studied parameters is much less, indicating the feasibility of incorporating Fakovit and laser therapy in complex treatment of patients with bronchial asthma.

Conclusions. 1. Intensification of processes of free lipids peroxidation in asthma is accompanied by decreasing levels of reduced glutathione in plasma. Compensation mechanisms of antioxidant protection are increasing activity of superoxide dismutase, glutathione peroxidase and glutathione reductase.

2. Inclusion in the complex therapy of patients with low-energy laser radiation and Fakovit provides better antioxidant effect, reducing the intensity of free radical oxidation of lipids and correct antioxidant system.

**ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА
ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА КАК ПОЛИМОРБИДНОЙ
ПАТОЛОГИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Шумова Н. В., Шушляпин О. И., Карпьяк Т. Ф.,
Ромасько Е., Донская А.**

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В настоящее время в связи с постарением населения хроническая сердечная недостаточность (ХСН) становится одним из наиболее распространенных заболеваний и является причиной смерти в результате патологии сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования: улучшение диагностики и лечения больных сердечной недостаточностью (СН) с инсулин-независимым сахарным диабетом, обусловленной ИБС.

Материал и методы исследования. Обследовано 78 больных с СН, обусловленной ИБС, с верифицированными признаками сахарного диабета 2 типа. Проводилось изучение уровня про- и противовоспалительных цитокинов с оценкой эффективности медикаментозной терапии, подбором курсовых доз карведилола. Учитывая специфику поражения миокарда и развития ХСН на фоне СД 2 типа, лечение карведилолом проводилось с применением стандартной терапии вазодилататорами (изосорбида динитрат), диуретиками (фуросемид), дигоксином и сахароснижающими средствами (метформин+глибенкламид).

Результаты исследования и их обсуждение. Как показали исследования, уровень ФНО- α ($78 \pm 6,1$ пг/мл), ИЛ-1 β ($47 \pm 3,1$ пг/мл), ИЛ-4 ($48 \pm 2,8$) пг/мл и ИЛ-6 ($59 \pm 4,8$) пг/мл были повышенными до начала терапии; после лечения карведилолом отмечалось достоверное снижение содержания цитокинов у больных ХСН II ФНО- α до ($60 \pm 3,5$) пг/мл, ИЛ-1 β до ($36 \pm 5,8$) пг/мл, ИЛ-4 до ($37 \pm 3,8$) пг/мл и ИЛ-6 до ($47 \pm 4,6$) пг/мл пг/мл ($P < 0,05$).

Выводы. Про- и противовоспалительные цитокины, влияющие на дисфункцию ЛЖ и его ремоделирование, являются одним из важных биохимических механизмов, ответственных за развитие ХСН, обусловленной ИБС на фоне сахарного диабета 2 типа. В целом, полученные нами данные об эффективности и безопасности карведилола при лечении больных с ХСН в сочетании с сахарным диабетом свидетельствуют о положительном влиянии на ремоделирование ЛЖ и дают основание широко применять этот препарат в лечении полиморбидной патологии в клинике внутренних болезней.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Ягмур В. Б., Коненко І. С., Дементій Н. П., Гладун В. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: оцінити функціональний стан жовчного міхура у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НЖХП).

Об'єктом дослідження були 26 хворих на НЖХП, серед яких 16 жінок, 10 чоловіків. Критерії включення – ознаки стеатозу печінки за даними ультразвукового дослідження, а саме – підвищення ехогенності паренхіми по відношенню до паренхіми нирки, заокруглення нижнього краю печінки,

акустичне послаблення ультразвуку в її паренхімі, слабке або повністю відсутнє відображення печінкових вен в 2D режимі. Критерії виключення – наявність хронічних вірусних гепатитів, хвороб накопичення, зловживання алкоголем. Середній вік хворих склав $(55,2 \pm 4,9)$ років, індекс маси тіла був підвищеним у 20 пацієнтів (76,9 %) до $(33,7 \pm 5,9)$ кг/м².

Методи дослідження. Усім хворим проводилось сонографічне обстеження печінки з визначенням функціонального стану жовчного міхура на ультразвуковому сканері експертного класу "TOSHIBA XARIO". Функціональний стан жовчного міхура визначали методом динамічної сонографії конвексним датчиком 3,5 МГц з використанням системи лінійного сканування в реальному масштабі часу. Дослідження проводилось з холікінетичним сніданком за методикою З.А. Лемешко.

Результати дослідження. У більшості хворих – 84,6 % виявлялось збільшення розмірів правої долі печінки до $(145,41 \pm 1,73)$ мм, лівої долі до $(64,36 \pm 2,30)$ мм. Розміри жовчного міхура були збільшені у 21 (80,76 %).

Зниження скоротливої функції міхура спостерігалось у 19 (73,07 %) пацієнтів. Довжина жовчного міхура $(72,90 \pm 3,68)$ мм, ширина $(35,76 \pm 3,56)$ мм. Підвищення ехогенності стінки міхура було виявлено у 26 (100 %) пацієнтів, відмічалось потовщення стінки до $(3,23 \pm 0,13)$ мм. У 16 (61,5 %) обстежуваних порожнина міхура була негомогенна, за рахунок наявності гіперехогенного осаду.

Висновки. У більшості хворих на НЖХП спостерігається збільшення розмірів жовчного міхура та зниження його скоротливої функції. Для цієї категорії пацієнтів характерним є також підвищення ехогенності стінки жовчного міхура.

ВИКОРИСТАННЯ АМПЛІПУЛЬСУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ З ГІПОТОНІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Ягмур В. Б., Постольник В. Г., Коненко І. С., Зайченко Н. Г., Попок Д. В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: оцінити вплив ампліпульсу на суб'єктивний та об'єктивний стан хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НЖХП) з гіпотонічною дискінезією жовчного міхура (ЖМ).

Об'єкт та методи дослідження. Об'єктом дослідження були 22 пацієнта (14 жінок та 8 чоловіків) на НЖХП, у яких за даними сонографічного дослідження спостерігалось зниження скоротливої функції ЖМ. Середній вік хворих склав ($53,6 \pm 4,8$) років.

Сонографічне дослідження функціонального стану ЖМ проводилось на ультразвуковому сканері експертного класу "TOSHIBA XARIO". Скоротливу функцію визначали за стандартною методикою динамічної сонографії натще та після прийому сорбіту. Згідно терапевтичного комплексу пацієнти були розподілені на дві групи. Першу (І) склали 10 хворих, в терапії яких використовувався препарат лецитину, вітамін Е та сілімарін. У другу групу (ІІ) увійшли 12 пацієнтів, яким, крім вищезазначеного комплексу призначалася фізіотерапія синусоїдально-модульованими струмами з використанням апарату «Ампліпульс-5». Процедуру проводили в стимулюючій методиці з частотою модуляції – 70-30 Гц та глибиною модуляції 75-100 %. Тривалість – 10 хвилин, курс лікування – 10-12 процедур. Результати лікування оцінювались за динамікою скарг та змінами скоротливої функції ЖМ після 14-15 днів лікування.

Результати дослідження. До лікування на біль в правому підребер'ї скаржились 8 хворих І групи та 9 – ІІ. В кінці лікування біль зник у всіх обстежених хворих. Відчуття важкості в правому підребер'ї після їжі, що турбувало 10 хворих І групи та 12 пацієнтів у ІІ, зникло, або значно зменшилось у 50,0 % хворих І групи та у 91,7 % пацієнтів ІІ групи. Зменшення здуття живота відмітили 42,9 % у І та значно більше – 87,5 % – у ІІ групі. Показники функціонального стану ЖМ покращились у 40,0 % пацієнтів І групи та у 91,7 % хворих ІІ групи. Так, об'єм ЖМ в І групі до лікування був ($24,3 \pm 4,2$) мл, в ІІ групі – ($23,6 \pm 3,8$) мл. Після лікування ці показники становили ($22,8 \pm 3,2$) мл та ($19,3 \pm 1,9$) мл по групах відповідно. Час скорочення ЖМ до лікування склав ($68,3 \pm 3,2$) хв. у І групі та ($62,3 \pm 5,8$) хв. – у ІІ групі. Після курсу терапії показники були ($61,3 \pm 3,9$) хв. та ($39,9 \pm 3,2$) хв., відповідно.

Висновки. Використання ампліпульсу в лікуванні пацієнтів на НЖХП, що супроводжується гіпофункцією ЖМ, позитивно впливає на скоротливу функцію міхура та покращує суб'єктивний стан хворих.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗМІН СУДИН СЕРЦЯ, НИРОК ТА АОРТИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ХВОРОБИ НИРОК

Яковцова І. І., Данилюк С. В., *Топчій І. І., *Кірієнко О. М.,

***Грідасова Л. М.**

Харківська медична академія післядипломної освіти,

**ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України,
м. Харків*

З метою вивчення інтими судин нирок, коронарних артерій, аорти, нами було проведено морфологічне дослідження матеріалу аутопсії осіб у віці від 50 до 60 років з хронічною нирковою патологією в 20 випадках. Для виявлення особливостей імунних клітинних реакцій в зонах запального процесу використовувалися первинні моноклональні антитіла (МКАТ) фірми DAKO (Данія), Ready - to - Use. Особливості ендотелізації інтим судин вивчався за експресією маркера ендотеліальних клітин (CD31 JC 70a), тенденцію до васкуляризації оцінювали за допомогою фактору росту ендотелію судин (VEGF (VG1)). У якості маркера апоптозу використовували bcl-2. Комплекс морфологічних досліджень проводився на мікроскопі Primo Star (Carl Zeiss) з використанням програми AxioCam (ERc 5s).

У ході досліджено було відмічено, що стан ендотелію характеризувався порушенням ендотелізації та проявлявся нерівномірністю, комковатістю з оголенням широких міжклітинних з'єднань. У субендотеліальному шарі спостерігалася клітинна інфільтрація макрофагами, огрядними і плазматичними клітинами, посилюючи стан судинної стінки. Ці зміни призводять до активація процесів апоптозу ендотеліоцитів, що проявляються імуногістохімічно слабкою експресією bcl-2.

Отже, проведені морфологічні дослідження ендотелію судин нирок, серця і аорти показали, що в більшості інтима судин зазнавала глибоких патологічних змін, які проявляються різним ступенем дезорганізації ендотеліальної вистилки судини та порушеннями структурно-функціональної організації ендотеліоцитів, субендотеліального шару, базальної мембрани. Ці патологічні процеси у всіх спостереженнях мали подібні риси з розвитком імунного запалення. У клітинному складі інфільтратів переважали макрофаги, тучні клітини, плазматичні клітини, біологічні медіатори яких, у свою чергу, здатні посилювати пошкодження ендотеліальних клітин. Непрямою ознакою низької здатності до відновлення структури стінки судин і ендотеліальної вистилки може бути слабка експресія фактора росту ендотелію судин VEGF і bcl-2, так як в умовах їх нестачі створюються передумови до активації апоптозу.

**ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
АНТИДЕПРЕСАНТА АГОМЕЛАТИНУ НА ЯКІСТЬ СНУ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
У ПОЄДНАННІ З ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ**

Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Поточняк О. В.,

Зволь І. В., Москаленко С. М.

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

Мета дослідження – вивчити вплив комплексної терапії із застосуванням антидепресанта агомелатину на якість сну хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з депресивним епізодом (ДЕ).

Обстежено 30 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ДЕ (20 чоловіків і 10 жінок, середній вік $(61,7 \pm 1,9)$ років, з тривалістю ХОЗЛ $(14,8 \pm 1,1)$ років та тривалістю куріння $(14,6 \pm 2,7)$ пачко-років), FEV_1 після проби з бронхолітиком – $(55,3 \pm 3,6) \%$, FEV_1/FVC – $(53,9 \pm 3,7)$.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Методи дослідження: анкетування, загально-клінічне обстеження, функціональні (спірометрія, полісомнографія (ПСГ)), тест із 6-хвилинною ходьбою (6MWT), статистичні.

Результати. Методом кореляційного аналізу встановлено достовірний кореляційний прямий зв'язок середньої сили між тяжкістю симптомів депресії за шкалою PHQ-9 та REM фазою сну ($r = 0,51$, $p < 0,05$), статистично достовірний кореляційний зворотній зв'язок середньої сили між тяжкістю симптомів депресії за шкалою PHQ-9 та I стадією сну ($r = -0,50$, $p < 0,05$), що свідчило про вплив симптомів депресії на порушення архітекτονіки сну за даними ПСГ. Призначення антидепресанта агомелатину в дозі 25 мг/доба одноразово перед сном на тлі базисної медикаментозної терапії ХОЗЛ протягом 3 місяців сприяло підвищенню ефективності сну за даними ПСГ з $(67,9 \pm 5,1) \%$ до $(77,3 \pm 3,2) \%$ ($p < 0,05$), нормалізації NREM фази сну, за рахунок подовження 3 і 4 стадій сну, скорочення REM фази сну, збільшенню загального часу сну з $(4,9 \pm 0,4)$ год до $(5,8 \pm 0,3)$ год ($p < 0,05$), що свідчило про нормалізацію загальної архітекτονіки сну. Відбувалось зменшення бронхообструкції, підвищення толерантності до фізичного навантаження, про що свідчило підвищення FEV_1 з $(53,1 \pm 2,8) \%$ до $(59,6 \pm 5,0) \%$ ($p < 0,05$) та FEV_1/FVC з $(57,1 \pm 2,0) \%$ до $(68,2 \pm 2,2) \%$ ($p < 0,05$), збільшення кількості пройдених метрів 6MWT з $(277,0 \pm 11,5)$ м до $(302,0 \pm 11,7)$ м ($p < 0,001$).

Висновки: додаткове призначення антидепресанта агомелатину до базисної терапії хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ДЕ сприяє позитивній динаміці показників функції зовнішнього дихання, покращенню толерантності до фізичного навантаження, підвищенню ефективності сну та нормалізації загальної архітекτονіки сну.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИДЕПРЕСАНТА АГОМЕЛАТИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ

Яшина Л. О., Ігнат'єва В. І., Поточняк О. В.,

Зволь І. В., Москаленко С. М.

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

Мета дослідження – вивчити ефективність комплексної терапії із застосуванням антидепресанта агомелатину у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з депресивним епізодом (ДЕ).

Обстежено 30 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ДЕ (20 чоловіків і 10 жінок, середній вік $(61,7 \pm 1,9)$ років, з тривалістю ХОЗЛ $(14,8 \pm 1,1)$ років та тривалістю куріння $(14,6 \pm 2,7)$ пачко-років), FEV_1 після проби з бронхолітиком - $(55,3 \pm 3,6) \%$, FEV_1/FVC – $(53,9 \pm 3,7)$.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Методи дослідження: анкетування, загально-клінічне обстеження, функціональні (спірометрія), статистичні.

Результати. В результаті призначення антидепресанта агомелатину в дозі 25 мг/доба одноразово перед сном на тлі базисної медикаментозної терапії відповідно до клінічної групи хворого протягом 3 місяців спостерігалась стабілізація клінічних симптомів ХОЗЛ та зменшення бронхообструкції, про що свідчило зменшення значення шкали задишки Медичної дослідницької ради (Modified Medical Research Council (mMRC)) з $(2,4 \pm 0,2)$ балів до $(1,9 \pm 0,2)$ балів ($p < 0,05$), ХОЗЛ тесту з $(20,8 \pm 1,3)$ балів до $(11,9 \pm 1,4)$ балів ($p < 0,0001$), збільшення FEV_1 з $(53,1 \pm 2,8) \%$ до $(59,6 \pm 5,0) \%$ ($p < 0,05$) та FEV_1/FVC з $(57,1 \pm 2,0) \%$ до $(68,2 \pm 2,2) \%$ ($p < 0,05$). Клінічно значиме зменшення рахунку симптомів з $(71,6 \pm 3,2)$ до $(61,9 \pm 4,5)$ балів та статистично достовірне обмеження активності – з $(57,7 \pm 3,4)$ до $(43,4 \pm 3,5)$ балів ($p < 0,05$) за результатами опитувальника якості життя госпіталю святого Георгія свідчило про покращення якості життя хворих. Зниження рівню депресії за даними опитувальника PHQ-9 з $(16,8 \pm 0,3)$ балів до $(5,9 \pm 0,6)$ балів ($p < 0,0001$), шкали Монтгомері-Асберга з $(25,5 \pm 0,8)$ балів до $(10,3 \pm 1,1)$ балів ($p < 0,0001$) свідчило про стабілізацію клінічних симптомів депресії. В результаті проведеного лікування досягнута клініко-функціональна ефективність – 86,7 %.

Висновки: додаткове призначення антидепресанта агомелатину до базисної терапії хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ДЕ сприяє позитивній динаміці клінічних симптомів як ХОЗЛ, так і ДЕ, підвищенню якості життя, покращенню показників функції зовнішнього дихання, в результаті чого ефективність лікування хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ДЕ склала 86,7 %.

ЗМІСТ

СТАТИНЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ

Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Исхаков Ш. А., Каримов М. М., Касимова Г. М.
АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Ташкентский
педиатрический медицинский институт, Узбекистан..... 3

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ВТОРИННОЇ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

Александрова М. Я., Корсак Ю. В., Александров О. Ю.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Закарпатська обласна клінічна
лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород, Україна..... 4

СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабиржанова З. Т.
АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан..... 5

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабиржанова З. Т., Садыкова Г. А.
АО «РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан..... 6

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аляви А. Л., Туляганова Д. К., Сабирджанова З. Т.
АО «СНПМЦ терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан 7

СПЕКТР АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

**Андреева И. Д., Осолодченко Т. П., Лукьяненко Т. В., Батрак Е. А., Завада Н. П.,
Рябова И. С.**
ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И. И. Мечникова НАМН
Украины», г. Харьков..... 8

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА ТА ПОДАГРА – ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ КІСТКОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ

Андруша А. Б.
Харківський національний медичний університет, Україна..... 9

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАСЧЕТНЫХ МАРКЕРОВ ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Ащеулова Т. В., Ковалева О. Н., Гончарь А. В., Иванченко С. В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 10

РОЛЬ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ В НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ Ащеулова Т. В., Ковалева О. Н., Гончарь А. В., Иванченко С. В. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	11
ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ Бабак О. Я., Молодан В. И., Железнякова Н. М., Просоленко К. А., Зайченко О. Е., Голенко Т. Н. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	12
КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА Бабак О. Я., Просоленко К. А., Лапшина Е. А., Черняк А. М. Харківський національний медичний університет, ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	13
ПОРУШЕННЯ СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Бабак О. Я., Просоленко К. О., Молодан В. І., Супрун С. А., Лапшина К. А., Алексеева Т. М. Харківський національний медичний університет, Україна.....	14
ВЛИЯНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ КОРДОВОЙ КРОВИ НА ДИНАМИКУ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ МОЛОДЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Бабийчук Л. В., Коваль С. Н., Бабийчук В. Г., Комарова И. В. Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков, ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков.....	15
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ Бевзенко Т. Б., *Ермолаева М. В., *Потапов Ю. А., *Синяченко Т. Ю. ГУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, г. Киев, Украина, *Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Красный Лиман, Украина.....	16
КОНТРОЛЬ НАД СИМПТОМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВОЗМОЖЕН Бездетко Т. В., Хохуда О. Н., Еременко Г. В. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	17

ВЛИЯНИЕ СЕАНСОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ЗАМКНУТЫМ КОНТУРОМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ НА КОНТРОЛЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ Белал С. А. С., Яблучанский Н. И. Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина.....	18
РОЛЬ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	19
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ КАК ФАКТОРА РИСКА СМЕРТНОСТИ Беловол А. Н., Златкина В. В., Немцова В. Д., Шапошникова Ю. Н. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	20
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Беловол А. Н., Ильченко И. А., Бобронникова Л. Р. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	21
ПРОФІЛАКТИКА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ - ЗАПОРУКА БОРОТЬБИ З ХНІЗ У ДОРΟΣЛИХ Бердник О. В., Добрянська О. В., Рудницька О. П. ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва НАМН України», м. Київ....	22
ЛІКУВАННЯ ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА Березуцкий В. І., Кравченко О. І. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».....	23
НОВШЕСТВА, НОВОВВЕДЕНИЯ, ИННОВАЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ И СУЩНОСТЬ Беседина А. С. ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....	24
АЛЬБУМІНУРІЯ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА МОЖЛИВІСТЬ ЇЇ КОРЕКЦІЇ Більченко А. О. Харківський національний медичний університет, Україна.....	25
САРКОИДОЗ ОГРАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ Бильченко О. С., Савоськина В. А., Химич Т. Ю., Красовская Е. А., Веремеенко О. В. Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	26

ОСОБЛИВОСТІ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Бичкова Н. Г., Бичков О. А., Коротя М. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 27

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Бичкова Н. Г., Кондратюк В. Є., Бичков О. А.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 28

ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бичкова С. А., *Бичкова Н. Г.

Українська військово-медична академія, м. Київ, * Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ..... 29

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЕУБІОЗУ КИШКІВНИКА

Блецкан М. М., Ганич Т. М., Свистак В. В.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна..... 30

УРАЖЕННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Бобро Л. М.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 31

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Божко В. В., Снегурская И. А., Пенькова М. Ю., Корнейчук И. А.,

Дунаевская М. М.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой» НАМН Украины, г. Харьков..... 32

IMPACT OF AGE FACTORS AND LIFE STYLE ON HEALTH STATE OF POPULATION IN POLAND AND ITS MORBIDITY OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Boyko V. V., Dubrovina N. A., Zamiatin P. N., Kolesnikova E. V., Siwec A.,

Chorna Yu. A., Zamiatin D. P.

University of Economics in Bratislava, Slovakia..... 33

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE PREVALENCE OF ESOPHAGEAL CANCER IN THE COUNTRIES OF CENTRAL AND EASTERN EUROPE

Boyko V.V., Dubrovina N.A., Sinelnikov A.Ya., Zamiatin P.N.

University of Economics in Bratislava, Slovakia..... 34

ROLE OF MATRIX METALLOPROTEINASES SYSTEM IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Bolokadze E.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine..... 35

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ Болтобаев С. А., Кулдашев Т. А., Азизов С. В. Наманганский государственный университет, г. Наманган, Узбекистан.....	36
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ Болтобаев С. А., Кулдашев Т. А., Азизов С. В. Наманганский государственный университет, г. Наманган, Узбекистан.....	37
О КОНЦЕПЦИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ Бондаренко С. В. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	38
РОЛЬ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Боровик Е. Н. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	39
ДІУРЕТИЧНА ДІЯ НАСТОЙКИ ТРАВИ КУНИЧНИКА ЗВИЧАЙНОГО ТА ТРАВИ ЩУЧНИКА ДЕРНИСТОГО Бурлака І. С., Омельченко З. І., Кисличенко В. С. Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна.....	40
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И БАЛАНСА ЦИТОКИНОВ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ Бурмак Ю. Г., Казаков Ю. М., Чекалина Н. И. ГВУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава.....	41
СТАН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ Василечко М. М. Івано-Франківський національний медичний університет, Україна.....	42
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ВРОСЛОГО НІГТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ОНІХОМІКОЗОМ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Вергун А. Р., Кіт З. М., Вергун О. М. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна.....	43
ОЦЕНКА БИОМАРКЕРОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Вишневская И. Р., Петюнина О. В., Титаренко Н. В., Белая Н. В., Гилева Я. В. ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....	44

РЕЗЕРВИ АПАРАТУ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОВСЯКДЕННОЇ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЗА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ Волинець Л. М., Овдій М. О. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	45
ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ У КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАНУ Гайдар Ю. А., Аржанова Г. Ю. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	46
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ТІВОРТІНУ НА КЛІТИННІ МЕХАНІЗМИ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Гальчінська В. Ю., Топчий І. І., Щербань Т. Д., Єфімова Н. В., Семенових П. С. ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	47
КЛІНІЧНІ, ГЕМОДИНАМІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С. ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	48
КЛІНІЧНА ЦІННІСТЬ ВИМІРЮВАННЯ АСОЦІЙОВАНОГО З ВАГІТНІСТЮ ПРОТЕЇНУ-А ПЛАЗМИ ТА С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ З ПРОЯВАМИ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ Гінгуляк О. М., Хребтій Г. І., Злонікова К. М., Руснак І. Т. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	49
СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВСР У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРОБЕ С МЕТРОНОМИЗИРОВАННЫМ ДЫХАНИЕМ Голубкина Е. А. Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина.....	50
CHANGES OF THE TUMOR NECROSIS FACTOR-6 ACTIVITY IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSIA AND OBESITY Goptsi O., *Reznik L., *Buryakovska O. Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine, *Government Institution «L. T. Malaya Therapy National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv.....	51
ВИМІРЮВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ЄМНОСТІ ПЛАЗМИ КРОВІ МЕТОДОМ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ ¹Горяча І. П., ²Говор І. В., ¹Головіна К. М., ¹Зінченко В. Д., ³Топчий І. І., ³Кірієнко О. М. ¹ Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків, ² ДНУ «Інститут монокристалів» НАН України, м. Харків, ³ ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	52

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ НА ФОНІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ Гречко С. І., Хребтій Г. І., Злонікова К. М., Стецик Н. І. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	53
ФАКТОРИ РИЗИКУ ЯК ПРЕДИКТОРИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ В ЧЕРНІВЕЦЬКОМУ РЕГІОНІ Гречко С. І., Хребтій Г. І., Злонікова К. М., Стецик Н. І. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	54
СИНДРОМ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ Грінченко С. В., Робак В. І., Курбатов В. О., Бизов Д. В., Петюнін О. Г. Харківський національний медичний університет, 18 міська багатoproфільна лікарня, м. Харків, Україна.....	55
FEATURES OF CHRONIC HEART FAILURE IN PATIENTS WITH OVERWEIGHT AND OBESITY Guzhva N. Y. Kharkov medical Academy of postgraduate education, Ukraine.....	56
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ДЕРМАТОМИОЗИТА Гуйда П. П. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	57
РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ Гуйда П. П. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	58
ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА СТАН НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА Гулага О. І., Гінгуляк О. М., Полянська О. С., Ташук В. К. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	59
САРКОЇДОЗ З УРАЖЕННЯМ ПАРЕНХІМИ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, СТАН ЛЕГЕНЕВОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ І ДИФУЗІЇ, ПОКАЗИ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ Гуменюк Г. Л. ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ.....	60
ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ В КЛІНІЧНИХ ГРУПАХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Гуменюк М. І., Яшина Л. О., Ігнатська В. І., Матвієнко Ю. О., Харченко-Севрюкова Г. С. ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ.....	61

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА, СПОЛУЧЕНА З ДИСФУНКЦІЄЮ СФІНКТЕРУ ОДДІ І ЖОВЧНОГО МІХУРА: КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ І ПОХОНДРИЧНИХ ЗМІН Демешкіна Л. В., Мосійчук Л. М., Кушніренко І. В., Зигало Е. В., Ярош В. М., Бочаров Г. І., Васильєва І. О. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	62
КОРРЕКЦІЯ ХОЛЕСТАЗА СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА Дербак М. А., Лазур Я. В. ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», Украина.....	63
ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Дербак М. А., Лазур Я. В., *Брич Н. І. ДНБЗ «Ужгородський національний університет», *Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород, Україна.....	64
THERAPEUTIC POSSIBILITIES OF SPIRONOLACTONE IN REMODELING OF THE LEFT VENTRICLE OF MYOCARDIUM IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE Dielievska V. Yu. Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine.....	65
SERUM MARKERS OF CONNECTIVE TISSUE METABOLISM IN PROGRESSION OF CHRONIC HEART FAILURE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE COMBINED WITH ARTERIAL HYPERTENSION Dielievska V. Yu., Kadikova O. I. Kharkiv National Medical University, the department of Internal Medicine № 2, Clinical Immunology and Allergology, Kharkiv, Ukraine.....	66
ПОКАЗНИКИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ КАРДІАЛЬНОЮ ТА ЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Делєвська В. Ю., Кравчун П. Г. Харківський національний медичний університет, Україна.....	67
НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ПРИ HCV-ІНФЕКЦІЇ Діденко В. І., Меланіч С. Л. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	68
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ ЗАГОСТРЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ Добрянський Д. В., Дудка П. Ф., Ільницький Р. І., Бодарецька О. І., Тарченко І. П., Резнікова Н. М. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	69

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ: ВИБІР
ОПЕРАЦІЇ З УРАХУВАННЯМ ЯКОСТІ ЖИТТЯ**

Доценко В. В., Петренко Г. Д., Робак В. І., Бизов Д. В., Гузь А. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 70

**КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ
УЛЬТРАСТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІВ
ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ**

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Бодарецька О. І., Соколова Л. І., Тарченко І. П.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 71

**ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ПІД ЧАС
ЗАГОСТРЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Ільницький Р. І., Іорданова Н. Х.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 72

**ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ ПРОТЕЇНІВ В ІНІЦІАЦІЇ РИЗИКУ
АРИТМІЙ СЕРЦЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ**

Дудка П. Ф., Кузнєцова-Арабулі Ю. В., Тарченко І. П., Добрянський Д. В.,
Бодарецька О. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 73

**ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ ОСВІЧЕНОЇ ТА КУЛЬТУРНОЇ
ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО ЛІКАРЯ**

Дудка П. Ф., Тарченко І. П., Бодарецька О. І., Добрянський Д. В., Соколова Л. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 74

КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ И ОСТЕОПОРОЗ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

¹Думанский Ю. В., ²Столярова О. Ю., ¹Синяченко О. В., ³Егудина Е. Д.,

¹Верзилов С. Н.

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Красный
Лиман, Украина, ²Национальный институт рака, г. Киев, Украина,

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»..... 75

**КРИТЕРІЙ TOKYO GUIDELINES 2013 ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО
ХОЛАНГІТУ**

Євтушенко Д. В.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 76

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНО-
КАРДИАЛЬНОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ**

Емельянова Н. Ю., Гальчинская В. Ю., Ефимова Н. В., Шапкин А. С., Попович А. С.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков... 77

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМОЙ**

Ерёменко Г. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 78

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ В РАЗНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ Ермолаева М. В., Седая Л. В., Бевзенко Т. Б., Синяченко Т. Ю., Помазан Д. В. Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Красный Лиман, Украина.....	79
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ У ПОЄДНАННІ З КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Ждан В. М., Лебідь В. Г., Ткаченко М. В. ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....	80
CERTAIN PATHOGENETIC MECHANISMS OF SYSTEMIC INFLAMMATION IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC PANCREATITIS Zhelezniakova N. M., Zelena I. I., Pasiieshvili T. M. Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine.....	81
ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Журавка Н. В., Махаринская Е. С., Яблучанский Н. И. Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Украина.....	82
«ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ГОЛОДАНИЯ» КАК СЛЕДСТВИЕ ГИПОКАЛОРИЙНЫХ РАЦИОНОВ И ВАРИАНТ ЕЁ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ Журавлева Л. В., Моисеенко Т. А. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	83
ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА И УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА И СОПУТСТВУЮЩИМ НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ Журавлёва Л. В., Филоненко М. В. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	84
ВИВЧЕННЯ АНТИОКСИДАНТОЇ ДІЇ НОВОГО СТРУКТУРНОГО АНАЛОГА МЕЛАТОНІНУ ЗА УМОВ ГОСТРОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ Журенко. Д. С., Цубанова Н. А. Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна.....	85
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МІЛІАРНИМИ ТА ІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Ягмур В. Б., Скирда І. Ю., Петішко О. П. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	86

ELDERLY PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION IS A SPECIAL GROUP OF MEDICAL AND SOCIAL RISK

Zazdravnov A. A.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine..... 87

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ХВОРОБ НИРОК СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Заикіна Д. С., Флегантова Б. Л.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава..... 88

ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА РІВЕНЬ sVE-КАДГЕРИНУ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДА

Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Сапричова Л. В., Глебова О. В.

Харківський національний медичний університет, Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна..... 89

ВПЛИВ ТРИВАЛОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА РІВЕНЬ sCD40-ЛІГАНДУ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДА

Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д., Цівенко В. М., Леонідова В. І.

Харківський національний медичний університет, Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна..... 90

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ И РИСК НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Запровальная О. Е., Бондарь Т. Н., Попович А. С.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков... 91

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ПЕРКУТАННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Запровальная О. Е., Волков В. И., Бондарь Т. Н.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков... 92

ОСОБЕННОСТЬ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Зелёная И. И., Железнякова Н. М., Панченко Г. Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 93

THE IMPACT OF ANEMIA ON THE COURSE OF CHRONIC HEART FAILURE

Zelenaya I. I., Zhelezniakova N. M., Panchenko G. Y.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine..... 94

ВІКОВІ ТА СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІНФАРКТМ МІОКАРДА

Злонікова К. М., Гречко С. І., Поліщук О. М., Хребтій Г. І.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці..... 95

**СИСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ И МАРКЕРЫ НЕКРОЗА МИОКАРДА
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST**

Золотайкина В. И., Кравчун П. Г., Лапшина Л. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 96

**ПОБУДОВА ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ
ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, ДИСПЕРСІЇ ІНТЕРВАЛУ QT**

Іванчук П. Р., Аль Салама М. В., Савчук О. В., Злонікова К. М.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці..... 97

**ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ЗМІН
СЕГМЕНТА ST ПРИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ**

Іванчук П. Р., Ташук В. К., Поліщук О. М., Стецик Н. І.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці..... 98

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ НОСИТЕЛЬСТВА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОТИПОВ
ПОЛИМОРФНОГО ГЕНА Xba I и Pvu II**

Исаева А. С., Резник Л. А., Вовченко М. Н., Буряковская А. А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков..... 99

**КОМБИНІРОВАННЕ ПРИМЕНЕННЯ НЕБИВОЛОЛА І
ГОРМОНЗАМЕСТИТЕЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ЖЕНЩИН
В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ С НЕОБСТРУКТИВНОЇ ІШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Исаева А. С., Резник Л. А., Вовченко М. Н., Буряковская А. А., Гопций Е. В.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....100

**ПОЛИМОРФИЗМ Met235Thr ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ**

Кадыкова О. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....101

**ДИНАМІКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІСЛЯ 8-МИ
ТИЖНЕВОЇ ПУЛЬМОНАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХОЗЛ
У ПОЄДНАННІ З ІХС ТА НАЯВНІСТЮ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО
АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ**

Калашник Д. М., Колеснікова О. М., Антонова І. В., Харченко Ю. Є., Грідасова Л. М.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....102

**ДИАГНОСТИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ИБС АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ
СИСТЕМОЙ С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ
КАРДИОРИТМА**

Камышникова Л. А., Ефремова О. А., Митин М. С., Никитин В. М., Липунова Е. А.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия.....103

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА СМЕРТНІСТЬ ВІД ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ

Канатнікова Ю. О.

ДУ “Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України”, м. Київ.....104

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗАЛЕЖНОСТІ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Капустник В. А., Костюк І. Ф., Шелест Б. О., Істоміна О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна.....105

ПОДБОР КЛЕТОК БУККАЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ АУТОНОЗОДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Карамышев В. Д., Ключко Н. И., Панасенко В. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 106

PREDICTORS OF PSYCHOSOMATIC DISTURBANCES IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Katerenchuk O .I.

Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava, Ukraine..... 107

ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Каушанська О. В., Каньовська Л. В., Антофійчук М. П.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....108

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ТОКСИЧНИМ ВПЛИВОМ НА ПЕЧІНКУ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Кіча Н. В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна.....109

АДИПОЦИТОКІНИ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коваль В. Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна..... 110

ДІАБЕТИЧНА ГЕПАТОПАТІЯ ТА СТАТИНИ

Коваль В. Ю., Архій Е. Й.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна..... 111

РОЛЬ ПРЕПАРАТУ МАГНІЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коваль В. Ю., *Ізай Е. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», *Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород, Україна..... 112

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ АНГІОПОЕТИНУ-2 У КРОВІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Коваль С. М., Мисниченко О. В., Снігурська І. О., Пенькова М. Ю., Божко В. В.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....113

**АПЕЛІН КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО В ДИНАМІЦІ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ**

Коваль С. М., Юшко К. О., Старченко Т. Г., Божко В. В., Конькова В. С.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....114

**ТЮТІОНОПАЛІННЯ ТА ЦИРКАДНИЙ РИТМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Ковальова О. М., Ащеулова Т. В., Ситіна І. В.

Харківський національний медичний університет, Україна.....115

**ЗМІНИ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ І ОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ
У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

Ковальова Ю. О., Шелест Б. О., Кудрик С. О., Шелест О. М., Сидоров О. П.

Харківський національний медичний університет, Україна.....116

**ВКЛАД ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ADIPOR2
В ФОРМИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ
ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НР**

Колесникова Е. В., Козырева Т. А., Шуть И. В.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.... 117

ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ЖІНОК В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

Колеснікова О. В., Яресько М. В., *Зайченко О. Є.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків,

*Харківський національний медичний університет.....118

**ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ КЛАС ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
ТА ДИНАМІКА ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ
З ІМПЛАНТОВАНИМИ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРАМИ
НА РІЧНОМУ ЕТАПІ ПІДТРИМУЮЧОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ**

Коломицева І. М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна.....119

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ
НЕФРИТЕ ХЕЙМАНА**

Кондаков И. И., Топчий И. И., Кириенко А. Н., Денисенко В. П., Гридасова Л. Н.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, ГУ «Национальный

институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....120

**ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА ТА ЇЇ РОЛЬ У ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кондратюк В. Є., Шевчук С. Г., Бичков О. А., Осташевська Т. Г.,

Прима А. В., Бишовець Р. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 121

**МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ОСТРОГО
КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

Копица Н. П., Вишневская И. Р., Литвин Е. И., Аболмасов А. Н.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....122

**РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА**

**Копица Н. П., Гончарь А. В., Титаренко Н. В., Юхновский А. Ю., Петюнина О. В.,
Вишневская И. Р., Аболмасов А. Н.**

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....123

**ДИССИНХРОНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Копица Н. П., Родионова Ю. В., Титаренко Н. В., Лопин Д. А.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков,

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», г. Харьков..... 124

**СТРАТИФІКАЦІЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
ІНФАРКТ МІОКАРДА МОЛОДОГО ВІКУ**

Корабельщикова М. О., Пацкун С. В., Росул М. М.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна..... 125

**КЛІНІКО-ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ХОЛЕСТЕРОЛУ КРОВІ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНОЮ
ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ**

Королюк О. Я., Горбач Л. О., Горбач М. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна...126

**THE STUDY OF EXTRACELLULAR MATRIX COMPONENTS
IN THE DEVELOPMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION**

Koteliukh M. Yu.

Kharkiv national medical university, department of internal medicine № 2,

clinical immunology and allergology, Kharkiv, Ukraine.....127

**ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Кравченко И. Г., Черненко М. Э.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....128

**СТАН ТА ЗМІНИ ГЕОМЕТРІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ
ХВОРОБУ З ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ**

Кравченко О. І., Березуцкий В. І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».....129

**ІНФОРМАТИВНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ
У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ
ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ**

Кравчун Н. О., Дорош О. Г., Черняєва А. О., Чернявська І. В.

ДУ "Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського

НАМН України", м. Харків..... 130

АНГІОНЕВРОТИЧНІ НАБРЯКИ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ, ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ Кравчун П. Г., Бабаджан В. Д., Шумова Н. В., Амер Л. Б. Харківський національний медичний університет, Україна.....	131
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА (M235T) В РАЗВИТИИ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ Кравчун П. Г., Кадыкова О. И. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	132
ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА (M235T) В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ Кравчун П. Г., Кадыкова О. И. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	133
THE STUDY OF THE LEVEL OF TENASCIN C IN THE PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Kravchun P. G., Koteliukh M. Yu. Kharkiv national medical university, Ukraine.....	134
ЗМІНИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПАРАМЕТРІВ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ТЛІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Кравчун П. П. Харківський національний медичний університет, Україна.....	135
ОЦІНКА ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Кравчун П. П. Харківський національний медичний університет, Україна.....	136
THE POSTINFARCTION REMODELING IN PATIENTS WITH POSTINFARCTION CARDIOSCLEROSIS Kravchun P. P. Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine.....	137
КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ С УРОВНЕМ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА КАК МАРКЕРОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ХОЗЛ И ХОЗЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС Крахмалова Е. О., Харченко Ю. Е., Колесникова Е. Н., Антонова И. В. ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины", г. Харьков.....	138

**ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ
У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОПОРОЗ**

Криворучко І. Г., Іваницький І. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....139

**ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОДАВЛЕННОГО
ЦИТОТОКСИКАНТАМИ КОСТНОМОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ
ПРЕПАРАТАМИ КОРДОВОЙ КРОВИ**

Кудокоцева О. В., Ломакин И. И., Бабийчук Г. А.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков..... 140

**ЛІПІДНИЙ ОБМІН, НЕСПЕЦИФІЧНЕ СИСТЕМНЕ ЗАПАЛЕННЯ ТА
СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІЮ
У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ З РІЗНИМ
СТУПЕНЕМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кузьміна Н. В., Грібенюк О. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.....141

**КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ТА СТАН КАРОТИДНИХ АРТЕРІЙ
У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ
З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ**

Курята О. В., Сіренко О. Ю., *Лисунець Т. К.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечникова»..... 142

**THE TREATMENT OF ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS
WITH DIABETES MELLITUS**

Kucherenko O. D., Brek V. V., Shelest B. A., Pogorelov V. N.

Kharkiv National Medical University, Kharkov, Ukraine.....143

**ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ТЕРАПЕВТІВ
ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ “ДНІВ ТЕРАПЕВТА” НА БАЗІ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ
НАМН УКРАЇНИ» У 2015 РОЦІ**

Лавренко Т. А.

ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 144

**КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З
НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ
ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**

Лапшина Е. А., Бабак О. Я., Молодан В. І., *Черняк А. М.

Харківський національний медичний університет, *ДУ «Національний

інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 145

**SIGNIFICANCE OF THE PROINFLAMMATORY BIOMARKERS USAGE IN
NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE PATIENTS WITH
HYPERTENSION**

Lapshyna K., Prosolenko K.

Kharkiv National Medical University, Department of Internal Medicine № 1, Ukraine.....146

**ВПЛИВ ЛІКУВАННЯ КОРДАРОНОМ І АПРОВЕЛЕМ НА ПЕРЕБІГ
МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ У ХВОРИХ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Латогуз С. І., Супрун С. А.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 147

**АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЕЙ ПУЛЬСОВОГО
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ И
СТЕПЕНИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Литвин А. С., Журавка Н. В.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина.....148

**КЛІНІЧНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОРАГІЧНИХ
ВАСКУЛІТІВ НА ТЛІ ПОЛІСЕНСИБІЛІЗАЦІЇ**

Ліщук-Якимович Х. О., Потьомкіна Г. О., Ломіковська М. П., Горбаль Н. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна..... 149

**ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ СТАРЕНИЕ ОРГАНИЗМА И РОЛЬ
ЭКСТРЕМАЛЬНОГО АЭРОКРИОВОЗДЕЙСТВИЯ (-120°С) И
КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ КОРДОВОЙ КРОВИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ
СИСТЕМЫ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ**

Ломакин И. И., Кудокочева О. В., Луценко Д. Г.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков..... 150

**АКТИВНОСТЬ α -2-МАКРОГЛОБУЛИНА В ТКАНЯХ ПРИ ГИПЕР- И
ГИПОТЕНЗИИ**

Ломако В. В., *Самохина Л. М.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, *ДУ

«Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков..... 151

ДІЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ НА КЛІНІЧНІ ШТАМИ *S. AUREUS*

Лук'яненко А. С., *Щербак О. М., Хить І. І., *Лук'яненко Т. В.

КЗ «Харківський фізико-математичний ліцей Харківської міської ради

Харківської області», Україна, *ДУ «Інститут мікробіології та імунології

ім. І. І. Мечникова НАМН України», м. Харків.....152

**МІКРОФЛОРА ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ КИШЕЧНИКУ ТА
ОКСАЛАТНИЙ ГОМЕОСТАЗ**

Лук'яненко Т. В., Осолодченко Т. П., Андреева І. Д., *Матяш Н. М.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України»,

м. Харків, *КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 13», Україна.....153

**ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЕ СВОЙСТВА ИНТЕРВАЛЬНОЙ
НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ**

Майлян Д.Э., *Гагарина Д.О., Эль-Хатиб М.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк,

Украина, *Белгородский государственный национальный исследовательский

университет, г. Белгород, Россия.....154

**ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ IN-STENT РЕСТЕНОЗУ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ
ЧЕРЕЗШКІРНОГО КОРОНАРНОГО ВТРУЧАННЯ**

Майлян Д. Е., *Гагаріна Д. О., Ель-Хатіб М. А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк,
Україна, *Белгородський державний національний дослідницький університет,
м. Белгород, Росія.....155

**ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ
В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ
АЕС, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ, ЩО
ЗУМОВЛЕНА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Макаревич О. М., Круглова В. О., Садова С. В.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ.....156

**НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ВІРУС-
ІНДУКОВАНИХ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

Малкович Н.М., *Пянковська Н.В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», *Комунальна
медична установа «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці, Україна.....157

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА
КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ**

Маманазарова Д. К., Абдуллаев А. Х., Искандерова С. Дж., Хасанова Х. Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт
усовершенствования врачей, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации
МЗ РУз, г. Ташкент..... 158

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМА ВІДМІНИ СІРДАЛУДУ
(ТИЗАНІДИНУ) (КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД)**

Маркозова Л. М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків..... 159

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ
У ОСІБ ЖІНОЧОЇ СТАТІ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ**

Маркозова Л. М., Аборнєва Л. І., Антонова О. О., *Бенько О. Г.,

Катаргина Г. М., Лопіна Н. Г.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
*ДУ «Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 160

**ГЕНДЕРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЛІКОВАНИХ В КЗОЗ «ХОКНЛ»
ЗА 2010-2014 РОКИ**

Маркозова Л. М., *Слюсар В.В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків,
*КЗОЗ «Харківська обласна наркологічна лікарня».....161

**ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Мартовицкий Д. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....162

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПІАСКЛЕДИНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ
Масік Н. П.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.....163

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛОГОЛЬНОЇ
ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Машура Г. Ю., Ганич Т. М., Блецкан М. М., Січка А. С., Петрик І. М.,
Безушко Д. В.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна..... 164

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРА ФИБРОЗА ST2 В ДИАГНОСТИКЕ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Меденцева Е. А., Рудык Ю. С.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....165

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ
В ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Мелеховець О. К., Жалдак Д. О.

Сумський державний університет, Україна.....166

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
В 2014 РОЦІ

Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Дюльдєва Т. А., Рябоконт А. І., Моргун Т. М.

НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, *Харківська медична академія
післядипломної освіти, Україна.....167

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЖИРОВОЙ ТКАНИ САЛЬНИКА И
ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКЕ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Милица К. М., *Сорокина И. В., *Мирошниченко М. С., *Плитень О. Н.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Украина,

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....168

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАХОДІВ ЩОДО МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА
ХАРЧУВАННЯ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Милославський Д. К., Коваль С. М., Снігурська І. О., Божко В. В.,
Щенявська О. М.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 169

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА
У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Минухина Д. В., Габисония Т. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 170

МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ
РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Мікулець Л. В., Ілашук Т. О., *Захарчук Т. В., *Гончар Л. В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»,

*КМУ МКЛ № 3, м. Чернівці, Україна.....171

РІВНІ ПРОАНГІОГЕННОГО ФАКТОРУ АНГІОПОЕТИНУ-2 В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	
Мисниченко О. В., Снігурська І. О., Пенькова М. Ю., Божко В. В.	
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	172
КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ВИТАМИНОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
Мищенко О. Я.	
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина.....	173
КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЕЙ ЦИТОКИНОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Мозговая Ю. Н., Рынчак П. И., Пискарева А. М.	
Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	174
ГІПЕРУРИКЕМІЯ І РОЗВИТОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ	
Молодан Д. В.	
Харківський національний медичний університет, Україна.....	175
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ПИТАВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
Молотягин Д. Г., Кудрик Е. А.	
Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	176
ПЕНТРАКСИН-3 КАК МАРКЕР ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Молотягин Д. Г., Рынчак П. И., Кудрик Е. А.	
Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	177
ИРИДОЦИКЛИТ – ОДИН ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА	
Молотягина С. П., Гуйда П. П.	
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Харьковский национальный медицинский университет.....	178
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА	
Молотягина С. П., Гуйда П. П.	
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Харьковский национальный медицинский университет.....	179
ПОШИРЕНІСТЬ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
Мостовой Ю. М., Распутіна Л. В., Діденко Д. В., Ващук А. І.	
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.....	180

**ПОШИРЕНІСТЬ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ
ІНФАРКТОМ МІОКАРДА**

**Мостовой Ю. М., Распутіна Л. В., *Соломончук А. Г., *Гладких В. Ю.,
*Щербак В. П.**

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, *Комунальний
заклад «Вінницький регіонарний центр серцевої патології», м. Вінниця, Україна.....181

**ПАТОЛОГІЯ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК
АВАРІЙ НА ЧАЕС З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Муравйова І. М., Чикалова І. Г.

Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ.....182

**МАРКЕРИ ІМУНОЗАПАЛЕННЯ ТА ПОКАЗНИКИ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ
З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ
ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Наріжна А. В.

Харківський національний медичний університет, Україна.....183

**ПОКАЗНИКИ МАРКЕРІВ ІМУНОЗАПАЛЕННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ
КЛАС ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ
ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Наріжна А. В., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна.....184

**СПОСІБ ЖИТТЯ – ОСНОВНА ПРИЧИНА ФОРМУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

**Несен А. О., Грунченко М. М., Чирва О. В., Валентинова І. А., Тверетінов О. Б.,
Оробінський В. В.**

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....185

**ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ ХВОРИХ
ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З ПРОТЕЇНУРІЄЮ**

**Несен А. О., Чернишов В. А., Грунченко М. М., Шкапо В. Л.,
Валентинова І. А., Чирва О. В., Ярина Н. А.**

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....186

**КОМОРБІДНІ ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ У ХВОРИХ СТАЦІОНАРУ
З ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ**

**Несен А. О., Чирва О. В., Чернишов В. А., Грунченко М. М., Шкапо В. Л.,
Валентинова І. А., Резнікова О. І.**

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....187

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТАГОНІСТІВ ЛЕЙКОТРИЄНІВ
У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕКОНТРОЛЬОВАНИМ ПЕРЕБІГОМ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ**

Нечипорук С. В., Осипенко І. П.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.....188

МОДЕЛЬ ОЦІНКИ ВПЛИВУ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Боровик І. Г., Мумджі З. Ф. Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна.....	189
РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПРАВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ ПРИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ГЕНЕЗУ Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Боровик І. Г., Мумджі З. Ф. Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна.....	190
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛАБОРАТОРНОГО МОНІТОРИНГУ СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ У ОСІБ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ДІЇ ФАКТОРІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ Носач О. В. Державна установа "Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України", м. Київ.....	191
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ Нурмухамедов А. И., Абдуллаев А. Х., Туляганова Д. К. АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Узбекистан.....	192
ПРИЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ПРЕПАРАТУ АМЛЕССА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ Овчаренко Л. І. Харківський національний медичний університет, Україна.....	193
ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Олейник М. А. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	194
ЗВ'ЯЗОК РЕЗУЛЬТАТІВ КАПНОМЕТРІЇ І ПОКАЗНИКІВ ГАЗОВОГО СКЛАДУ КАПІЛЯРНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Опімах С. Г. ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ.....	195
ВПЕРШЕ ВИЯВЛЕНА ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ: СТАН ГЕМОСТАЗУ Оринчак М. А., Василечко М. М. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна.....	196
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МІКРОЕЛЕМЕНТУ ФОСФОРУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК Оринчак М. А., Гаман І. О., Човганюк О. С., Артеменко Н. Р., *Фрезані Л. Р. ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», *Центральна міська клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна.....	197

**ВПЛИВ ТЕЛМІСАРТАНУ І ТОРАСЕМІДУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН
СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ**

**Оринчак М. А., Шеремета О. М., Човганюк О. С., Вакалюк І. І.,
Артеменко Н. Р., *Палій О. Ю.**

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», *Центральна
міська клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна.....198

ПРОБИОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ: РАСШИРЕНИЕ СПЕКТРА ПРИМЕНЕНИЯ

Осолодченко Т. П., Лукьяненко Т. В., Андреева И. Д., Штыкер Л. Г., Козубова А. Н.

ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И. И. Мечникова НАМН, г. Харьков... 199

**АНАЛІЗ КИСЛОТНО-ЛУЖНОГО СТАНУ КРОВІ В ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

Оспанова Т. С., Єрьоменко Г. В., Болокадзе Є. О.

Харківський національний медичний університет, Україна.....200

МОЛЕКУЛИ АДГЕЗІЇ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Оспанова Т. С., Заозерська Н. В.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 201

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОГО СТАТУСА

Оспанова Т. С., Заозерская Н. В., Смирнов И. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 202

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ПОЄДНАННІ
З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Оспанова Т. С., Чернякова І. А., Болокадзе Є. О.

Харківський національний медичний університет, Україна.....203

**ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ МАТКОВИХ
КРОВОТЕЧАХ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ ЗА РАХУНОК ВИКОРИСТАННЯ
ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ**

Остапець М. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна..... 204

**НЕИНВАЗИВНАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ НАЛИЧИЯ
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ
У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ**

Острополец С. В., *Исаева А. С., *Лавренко Т. А., *Клименко Т. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, *ГУ «Национальный
институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....205

**С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН ЯК МАРКЕР СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ
ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Кадан Л. П., Сінгаєвський М. Б.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського
НАМН України», м. Київ..... 206

**КОРРЕЛЯЦИЯ СТРУКТУРНЫХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ СНИЖЕНИИ СВЕТОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ
ГЛАУКОМОЙ**

Панченко Н. В., Гончарь Е. Н., Арустамова Г. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 207

**ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА
ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ И НЕДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Панченко Н. В., Фрянцева М. В., Самофалова М. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 208

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ
СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ**

Пасиешвили Л. М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 209

**РОЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ ТА РІВНЯ АПЕЛІНА
У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ В КЛІНІЧНІЙ
ПРАКТИЦІ**

Пасієшвілі Л. М., Терешкін К. І.

Харківський національний медичний університет, Україна.....210

**РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В МОНИТОРИНГЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ
СЕТЧАТЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ
ГРЫЖАМИ**

Петренко Г. Д., Петренко Д. Г., Евтушенко А. В., Менкус Б. В., Сидельников В. В.

Харьковский национальный медицинский университет, клиника «Доктор Алекс»,
18 городская многопрофильная больница, г. Харьков, Украина.....211

**ТИПЫ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ: ДОСТАТОЧНО ЛИ
ОГРАНИЧИВАТЬСЯ СИСТОЛИЧЕСКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ?**

Петренко Е. В., Яблучанский Н. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина.....212

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ
З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Петров Є. Є., Треумова С. І., Боряк В. П.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....213

ОЦІНКА ПРОБИ З 6-ХВИЛИННИМ НАВАНТАЖЕННЯМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ

Петюніна О. В., Вишневська І. Р., Титаренко Н. В.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 214

РОЗПОДІЛ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ СЕРЕД ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Пивоваров О. В., Журавльова Л. В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	215
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ ОЖИРІННІ Піонова О. М., Болокадзе Є. О. Харківський національний медичний університет, Україна.....	216
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗМІН ТОВЩИНИ КОМПЛЕКСУ ІНТИМА МЕДІА ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ З ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ОЖИРІННЯ ТА АУТОІММУННИЙ ТИРЕОЇДИТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ Плігівка В. М., Шапошнікова Ю. М., Ільченко І. А., Немцова В. Д. ДУ "Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України", м. Харків, Харківський національний медичний університет, Україна.....	217
ГИГАНТСКАЯ ДЕРМОИДНАЯ КИСТА ЯИЧНИКА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ Плитень О. Н., Мирошниченко М. С. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	218
ТОРАСЕМІД У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ Погорелов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Лисицька Н. А. Харківський національний медичний університет, Україна.....	219
ВПЛИВ АНТАГОНІСТІВ АЛЬДОСТЕРОНУ НА НЕЙРОГУМОРАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК Полянська О. С., Гулага О. І., Амеліна Т. М. ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці.....	220
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧЕК ПО ДАННЫМ ХАРЬКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ ИМЕНИ В.И. ШАПОВАЛА ЗА ДВА ДЕСЯТИЛЕТИЯ (1993-2002 гг. и 2003-2012 гг.) Потапов С. Н. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	221
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ В ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ОСІБ Потьомкіна Г. О., Зубченко С. О. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна...	222

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРЕПАРАТУ ІМОДИНУ У ХВОРИХ НА ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНИЙ РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ
Потьомкіна Г. О., Ломіковська М. П., Лішук-Якимович Х. О., Горбаль Н. М.
 Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна...223

РАЦІОНАЛЬНА ЦИТОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ: ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ
Потяженко М. М., Катеренчук І. П., Настрога Т. В., Настрога В. С.
 ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....224

COMPARATIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION IN CONJUNCTION WITH CORONARY HEART DISEASE IN THE EARLY PERIOD AFTER IMPLANTATION OF THE PACEMAKER AND CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY DURING THE MEDICATION
Pochinskaya M. V., *Volkov D. E., Yabluchansky N. I.
 V. N. Karazin Kharkov National University, Ukraine, *Zaytcev V.T. Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine, Kharkiv, Ukraine.....225

ЗВ'ЯЗОК Pro12Ala ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PPAR- γ ІЗ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
Присяжнюк В. П.
 ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....226

РОЛЬ ПРОЗАПАЛЬНОГО ЦИТОКІНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1 β У ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ
Присяжнюк І. В.
 ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....227

PRIORITIES FOR THE PRIMARY PREVENTION OF AUTOIMMUNE THYROID DISEASES
Ptushchenko N. Yu.
 Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine.....228

ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
Распутіна Л. В., Черепій Н. В., Діденко Д. В., Ващук А. І., Распутіна А. В.
 Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.....229

РІВЕНЬ IL-6, IL-10, TNF- α У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ З МІКРОБНОЮ КОНТАМІНАЦІЄЮ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Ратчик В. М., Татарчук О. М., Бабій О. М., Кудрявцева В. Е., Вінник Н. В.
 ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....230

ВПЛИВ АЛЬГІНАТІВ НА ПЕРЕБІГ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ СУПРОВІДНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ
Рева Т. В.
 ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....231

PECULIARITIES OF LIPID SPECTRUM CHANGES IN PATIENTS WITH COMORBID COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HYPOTHYROIDISM Reva T.V., Voytkevich Y.I. SHEE of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine.....	232
ФАКТОР НЕКРОЗУ ПУХЛИН ЯК МАРКЕР ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Рекалова О. М., Панасюкова О. Р., Кадан Л. П., Сінгаєвський М. Б. ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ.....	233
СТАН СИСТЕМИ ЗГОРТАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТОРИННИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ Родіонова В. В., Хмель О. С. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».....	234
КРІОКОНСЕРВОВАНІ ПЛОДОВІ ОБОЛОНКИ В ТЕРАПІЇ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) Роєнко О. О., Фалько О. В., Прокопюк В. Ю., Шевченко Н. О., Прокопюк О. С. Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків.....	235
КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ГОНАРТРОЗУ І-ІІ СТАДІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОНОФОРЕЗУ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ Ромалійська О. В., Світлицька О. А., Печерський О. І. Університетська клініка ЗДМУ, м. Запоріжжя, Україна.....	236
ХАРАКТЕРИСТИКА СПОРТИВНИХ ТРАВМ И КОГНИТИВНИХ ДИСФУНКЦИЙ КИКБОКСЕРОВ Романенко А. Ю., Молотягин Д. Г. Харьковская государственная академия физической культуры, Украина.....	237
ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК КОМПОНЕНТ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Росул М. М., Бугір І. В., Корабельщикова М. О., Іваньо Н. В. ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна.....	238
ОСОБЛИВОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ МАРКЕРІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНИЙ ПІСЛОНЕФРИТ Руденко М. І., Титова Г. Ю., Ринчак П. І. Харківський національний медичний університет, Україна.....	239
ВПЛИВ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОГО КОЛАГЕНУ ТА ДИССИНХРОНІЇ МІОКАРДА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЯК ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ Руденко Т. А. Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна.....	240

ВПЛИВ БІСОПРОЛОЛУ НА ІНДЕКС ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРДЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Рудик Ю. С., Удовиченко М. М., Болотських Г. В., Лозик Т. В.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....241

ВИЗНАЧЕННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ ТА ЕХОКАРДІОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ

Руснак І. Т., Злонікова К. М., Ташук М. В., Стецик Н. І.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....242

АКТУАЛЬНИЙ НАПРЯМ МЕДИЦИНИ – ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Руснак І. Т., Ташук В. К., Самойленко С. В.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....243

ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Рынчак П. И., Мартовицкий Д. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 244

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Садыкова Г. А., Арипов Б. С., Таджиходжаева Ю. Х., Рахимова Д. А., Рахматуллаев Х. У.

АО, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент.....245

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЁГКИХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ И ЭФФЕКТЫ ФОТОТЕРАПИИ

Садыкова Г. А., Таджиходжаева Ю. Х., Рахимова Д. А., Арипов Б. С.

АО, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент.....246

ЕНЗИМИ ТКАНИННОГО УТВОРЕННЯ АНГІОТЕНЗИНУ І ТА ДЕСТРУКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЇ В РОЗВИТКУ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ АБО ГІПЕРТЕНЗІЇ

Самохіна Л. М.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 247

МОЖЛИВОСТІ СТИМУЛЯЦІЇ ГОРМЕЗИСУ І ВІТАУКТА

Самохіна Л. М., *Ломако В. В., *Бабійчук Г. О.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,

*Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків.....248

КАЛЬПАЇНИ І КАЛЬЦІЙ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК

Самохіна Л. М., Топчій І. І.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків.....249

**РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СИМПТОМАТИЧНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ
ГІПЕРТЕНЗІЙ СЕРЕД ВАГІТНИХ**

Свистак В. В., Блецкан М. М., Рішко О. А.

ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна..... 250

**ДИНАМІКА АКТИВНОСТІ НЕЙРОН-СПЕЦИФІЧНОЇ ЕНОЛАЗИ НА ФОНІ
КОРЕКЦІЇ ГОСТРОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ РІЗНИМИ ІНФУЗІЙНИМИ
РОЗЧИНАМИ**

¹Семененко А. І., ²Кобеляцький Ю. Ю., ³Кондрацький Б. О.

¹Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна,

²ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України", ³ДУ «Інститут патології

крові та трансфузійної медицини НАМН України», м. Львів..... 251

**КИСЛОТНО-ОСНОВНОЙ БАЛАНС И СУБФЕНОТИПЫ БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ**

Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А., Ерёменко Г. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 252

**ОЦІНКА ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ
ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ПЕРЕДДІАБЕТОМ І ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Сердобінська-Канівець Е. М., Серік С. А., Ченчик Т. О., Бондар Т. М.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 253

**ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ И УРОВЕНЬ ЦИСТАТИНА С
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

Серик С. А., Оврах Т. Г., Бондарь Т. Н., Клименко Т. И.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков..... 254

**КАРДИОМЕТАБОЛІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

Серкова В. К., Кузьміна Н. В., Романова В. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна..... 255

**КАРДИОПРОТЕКТИВНА ЖИТТЄВА ПОВЕДІНКА ЯК БАЗОВИЙ
КОМПОНЕНТ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ
СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Сіделковський О. Л., Макареня В. В., Овсянніков О. А.

Клініка сучасної неврології «Аксімед», м. Київ, Україна..... 256

**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СУДИННО-МОЗКОВУ
НЕДОСТАТНІСТЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІЗІОТЕРАПІЇ**

Сіделковський О. Л., Монастирський В. О., Овсянніков О. А.

Клініка сучасної неврології «Аксімед», м. Київ, Україна..... 257

ПІДВИЩЕННЯ СИМПАТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ І ЇЇ КОРЕКЦІЯ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Сидоренко Г. В., Білий Д. О., Макаревич О. М. ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ.....	258
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНІВ МЕЛАТОНІНУ Сікало Ю. К. Харківський національний медичний університет, Україна.....	259
СТАН ТОВСТОЇ КИШКИ ЗА ДАНИМИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ Сімонова О. В., Бойко Т. Й., Сорочан О. В., Стойкевич М. В. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	260
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ Сімонова О. В., Діденко В. І., Ягмур В. Б. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	261
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ОЧИСНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ КЛІЗМИ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ТОВСТОЇ КИШКИ Сімонова О. В., Сніжинський С. І., Цабєрябий О. О., Кузнєцов Г. Е. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ, КЗ «ДОКЦКК» ДОР, КЗ «ДКОШМД» ДОР, м. Дніпропетровськ, Україна.....	262
СВЯЗЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С ЭКОЛОГИЕЙ Синяченко О. В., Ливенцова Е. В., Микухтєс В. Я., Потапов Ю. А. Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Красный Лиман, Украина.....	263
СПЛЕНЕКТОМІЯ – КЛІНІЧНІ НАСЛІДКИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДАЛЕНІ ТЕРМІНИ Сипливий В. О., Акименко А. В., Петюнін О. Г., Доценко В. В., Євтушенко О. В. Харківський національний медичний університет, 18 міська багатопрофільна лікарня, м. Харків, Україна.....	264
ДИНАМІКА ЗМІН ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛАНГІТ Сипливий В. О., Євтушенко Д. В., Петренко Г. Д., Грінченко С. В., Євтушенко А. В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	265

УЛЬТРАЗВУКОВІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ASLF В ХІРУРГІЇ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Сипливий В. О., Петюнін О. Г., Мороз К. Л., Петюнін П. О., Євтушенко О. В., Виноградов Б. О.

Харківський національний медичний університет, 18 міська багатoproфільна лікарня, м. Харків, Україна.....266

ВИКОРИСТАННЯ СОНОГРАФІЧНИХ РЕСУРСІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ

Скирда І. Ю., Петішко О. П., Зав'ялова І. Ю., Буренко А. М., Пантелєєва Т. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....267

РОЛЬ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ ЗМІН БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МІОКАРДА У ДІАГНОСТИЦІ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ

Скрипник І. М., Лиманець Т. В., Маслова Г. С.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....268

ПОСТІНФАРКТНИЙ КАРДІОСКЛЕРОЗ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ: КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ПАРАДОКСИ

Солейко О. В., Черних М. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна.....269

ЗАСТОСУВАННЯ МУЛЬТИПРОБІОТИКІВ ПРИ КАНДИДОЗІ У ВАГІТНИХ

Солоніна Н. Л.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України», м. Харків.....270

УДОСКОНАЛЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Сорочан О. В., Бойко Т. Й., Стойкевич М. В., Кленіна І. А., Верхолаз Н. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....271

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА РІВЕНЬ МАЛОНОВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ПОРУШЕННЯМ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

Старченко Т. Г., Юшко К. О., Милославський Д. К., Щенявська О. М., Грідасова Л. М.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....272

СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Степанов Ю. М., Коненко І. С., Стойкевич М. В., Сорочан О. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....273

КОРЕКЦІЯ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКА

Стойкевич М. В., Сорочан О. В., Вінник Н. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....274

ЗАСТОСУВАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У ЛІКУВАННІ СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ Стойкевич М. В., Сорочан О. В., Мосалова Н. М., Шевцова З. І. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	275
КОРЕКЦІЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА Строєнко К. С., Хижняк А. А., Мовчан М. Г. Харківський національний медичний університет, Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова, Україна.....	276
МИТОПРОТЕКТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ РЕЦЕПТОРНОГО АНТАГОНИСТА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ Супрун Э. В., *Мищан С. А., Супрун А. С. Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, *Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	277
FEATURES IN AFTERISCHEMIC ACTIVITY OF IL-1RA IN EXPERIMENTAL DIABETES AND CEREBRAL ISCHEMIA Suprun E. V., Piminov A. F., *Tereshchenko S. V., Suprun O. S., Gubchenko T. D. National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine, *UE «Dnepropetrovsk» sity hospital № 4», Dnepropetrovsk, Ukraine.....	278
DIABETIC SKLEREDEMA - SKIN MARKER OF NEGATIVE PROGNOSIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS Suprun O. V. Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine.....	279
КСЕНОБИОТИКИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Такташов Г. С. Донецкий национальный медицинский университет, г. Красный Лиман, Украина.....	280
АНАЛІЗ ВПЛИВУ СТАТИНІВ НА СТАН КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСЛІПІДЕМІЄЮ Татаренко О. М., *Бардах Л. Б. ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», *Національний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	281
МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА РАДІАЦІЙНОГО ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖИТЕЛІВ КОНТРОЛЬОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ Татаренко О. М., Сушко В. О. Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», м. Київ.....	282

РІВЕНЬ ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ Татарчук О. М., Бойко Т. Й., Єгорова С. Ю., Стойкевич М. В., Сорочан О. В., Вінник Н. В. ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ.....	283
ВПЛИВ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Ташук В. К., Аль Салама М. В., Гінгуляк О. М., Амеліна Т. М. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.....	284
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ЯКІСНОГО ТА КІЛЬКІСНОГО АНАЛІЗУ ЕКГ ЗА ДОПОМОГОЮ СПЕЦІАЛЬНО РОЗРОБЛЕНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ПРОГРАМ Ташук В. К., Іванчук П. Р., Злонікова К. М., Руснак І. Т. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Чернівці, Україна.....	285
РЕПЕРFUЗІЙНА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST. РЕЗУЛЬТАТИ ТА АНАЛІЗ РІЗНИХ ПАЦІЄНТІВ НА ПІДСТАВІ ДОСВІДУ КЛІНІКИ ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ» Титаренко Н. В., Петюніна О. В., Родіонова Ю. В., Біла Н. В., Вишневська І. Р., Гільова Я. В., Зарівчацька І. Т. ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	286
ЗАКОНОМЕРНОСТІ ПРОДУКЦІЇ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА, ІНТЕРЛЕЙКИНОВ 6 И 4 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Титкова А. В. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	287
АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ Ткаченко О. В., Серик С. А., Строна В. И., Смолкин И. М. ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....	288
ПОРУШЕННЯ КАЛЬЦІЄВО-ФОСФОРНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Топчий І. І., Гальчинська В. Ю., Якименко Ю. С., Семенових П. С., Самохіна Л. М. ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	289
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИПРИМА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Топчий И. И., Якименко Ю. С., Семеновых П. С., Гальчинская В. Ю. ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....	290

MEDICAMENTAL CORRECTION OF LIPIDIC EXCHANGE IMBALANCE WITH POLYORGANIC PATHOLOGY IN THE ELDERLY Trefanenko I. V., Grechko S. I. Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.....	291
ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ЭФФЕКТЫ ОЗОНОТЕРАПИИ Убайдуллаев А. М., Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабирджанова З. Т. ТашИУВ, РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан.....	292
ЕКСПРЕСІЯ ЕНДОТЕЛІНУ-1 В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ СТРАВОХОДУ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Фадєєнко Г. Д., Гальчінська В. Ю., Єфімова Н. В., Шапкін А. С., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Нікіфорова Я. В., Сакал В. В. ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків.....	293
НАРУШЕНИЯ СНА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Фадєєнко Г. Д., Измайлова Е. В. ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....	294
ТИПЫ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПЕМИИ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Фадєєнко Г. Д., Никифорова Я. В. ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков.....	295
ПОКАЗНИКИ ДОБОВОЇ рН-МЕТРІЇ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ПРИ ПОЄДНАННІ ЇЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Фадєєнко Г. Д., *Фролова-Романюк Е. Ю. ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків, *Харківський національний медичний університет.....	296
ВПЛИВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН МІОКАРДУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ Федорова Н. С. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».....	297
ПРОТИЗАПАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ Хайменова Г. С. ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.....	298
ПРОФІЛАКТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З МУЛЬТИФОКАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ Ханюков О. О. ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».....	299

ЗБАГАЧЕНА ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА В ЛІКУВАННІ ОСТЕОАРТРИТУ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ Хіміон Л. В., Смоліна Л. О., Кіча Н. В. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна.....	300
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ. В ФОКУСІ ВАЖЛИВІСТЬ ВПЛИВУ СТРЕСУ Хомазюк І. М., Настіна О. М., *Хомазюк В. А. ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», *Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	301
ХРОНІЧНА СТРЕСОВА СИТУАЦІЯ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА: ПРОЯВИ І НАСЛІДКИ Хомазюк І. М., Сидоренко Г. В., *Хомазюк В. А. ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», *Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	302
СИНДРОМ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Хомазюк Т. А., Кротова В. Ю., Лакиза Т. В. ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».....	303
ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ Хребтій Г. І., *Трутяк В. Я., *Назарчук М. С., *Білецький С. С. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», *Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Чернівці, Україна.....	304
ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ Хребтій Г. І., *Трутяк В. Я., *Назарчук М. С., *Білецький С. С. ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», *Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Чернівці, Україна.....	305
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЗА РІЗНИМИ ДІАПАЗОНАМИ ТРИВАЛОСТІ ІНТЕРВАЛУ QTc ЕКГ Целік Н. Є., Шевчук М. І., Томіна О. Є. Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна.....	306
ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЗДАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА Цубанова Н. А., Тараев К. Н., Губарь С. Н. Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина.....	307
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ Черкасова О. Г., *Данилова А. В., Вдовиченко Е. А. ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», *КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДООС».....	308

**РОЛЬ ГІПЕРУРИКЕМІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ В ОСІБ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Чернацька О. М.

Сумський державний університет, Україна.....309

**ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ В УЧАСНИКІВ
ЛІКВІДАЦІЇ АВАРІЇ НА ЧАЕС, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Чикалова І. Г., Муравйова І. М.

Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ.....310

**РАННІ ОЗНАКИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ
У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС**

Чумак А. А., Овсяннікова Л. М., Саркісова Е. О., Гасанова О. В., Альохіна С. М.

Носач О. В.

Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ.....311

**ФАКТОРИ РИЗИКУ РАННЬОГО ВИНИКНЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ
ЗАЛЕЖНОСТІ ТА КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ (огляд)**

Шалашов В. В., Гольцова С. В.

ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", м. Харків.....312

**ОЦІНКА ВАРІАТИВНОСТІ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ
І СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ**

Шалімова А. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна.....313

**sCD40L – УНІВЕРСАЛЬНА ЛАНКА ПАТОГЕНЕЗУ, ЩО ОБ'ЄДНУЄ
АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Шапаренко О. В., Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, Україна.....314

**ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

Шапкін В. Є.

Харківський національний медичний університет, Україна.....315

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДОБОВОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ**

Швець Н. В.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці.....316

**РІВЕНЬ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН- α ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК
З ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПІДШЛУНКОВОЇ
ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

Шеховцова Ю. О., Тесленко І. І.

Харківський національний медичний університет, Україна.....317

СТИМУЛЯЦІЯ ГІАЛУРОНІДАЗНОЇ АКТИВНОСТІ *S. PYOGENES*

Шимановський А. Р., Кравченко О. А., *Лук'яненко Т. В., *Андрєєва І. Д.
КЗ «Харківський фізико-математичний ліцей Харківської міської ради Харківської області», м. Харків, *ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України», м. Харків, Україна..... 318

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА СТУПЕНЮ КАРДІО-ВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Шкапо В. Л., Несен А. О., Чирва О. В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 319

ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Шоп И. В., Лебединская М. Н., Дорошенко О. В., Левадна Ю. В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина..... 320

СТАН ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУНОЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Шумко Г. І.
ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці..... 321

FREE RADICAL OXIDATION OF LIPIDS AND THE STATE OF ANTIRADICAL SYSTEMS IN YOUNG PERSONS WITH ASTHMA IN DYNAMICS OF TREATMENT

Shumko G. I.
Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine..... 322

ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА КАК ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Шумова Н. В., Шушляпин О. И., Карпак Т. Ф., Ромасько Е., Донская А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 323

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Ягмур В. Б., Коненко І. С., Дементій Н. П., Гладун В. М.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ..... 324

ВИКОРИСТАННЯ АМПЛУЛЬСУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ З ГІПОТОНІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Ягмур В. Б., Постольник В. Г., Коненко І. С., Зайченко Н. Г., Попок Д. В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ..... 325

ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗМІН СУДИН СЕРЦЯ, НИРОК ТА АОРТИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ХВОРОБИ НИРОК

Яковцова І. І., Данилюк С. В., *Топчій І. І., *Кірієнко О. М., *Гридасова Л. М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, *ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків..... 326

**ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
АНТИДЕПРЕСАНТА АГОМЕЛАТИНУ НА ЯКІСТЬ СНУ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
У ПОЄДНАННІ З ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ**

Яшина Л. О., Ігнатська В. І., Поточняк О. В., Зволь І. В., Москаленко С. М.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського

НАМН України», м. Київ.....327

**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
АНТИДЕПРЕСАНТА АГОМЕЛАТИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
У ПОЄДНАННІ З ДЕПРЕСИВНИМ ЕПІЗОДОМ**

Яшина Л. О., Ігнатська В. І., Поточняк О. В., Зволь І. В., Москаленко С. М.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського

НАМН України», м. Київ.....328

Комп'ютерна верстка: Грідасова Л. М., Лавренко Т. А.

Адреса редколегії:
ДУ “Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”
просп. Постишева, 2-а, м. Харків, 61039, Україна
E-mail: info@therapy.gov.ua
www.therapy.org.ua

Підписано до друку 23.10.2015 р. Формат 60х84 1/16.
Надруковано у типографії ТОВ «Цифра Принт»
на цифровому комплексі Xerox DocuTech 6135.
Свідоцтво про державну реєстрацію А01 № 432705 від 03.08.2009 р.
Адреса: м. Харків, вул. Данилевського, 30.
Ум. друк. арк. 21,4. Замовлення. № 78.
Гарнітура Times New Roman. Наклад 72 прим.