

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
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ
ТА ШЛЯХИ ЇХ РЕАЛІЗАЦІЇ: ВІД ПОСТУЛАТІВ
МИНУЛОГО В МАЙБУТНЄ**

4 листопада 2016 року



Харків,
2016

УДК: 616.1/4-084
С 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.

С 33 “Стратегії профілактики неінфекційних хвороб та шляхи їх реалізації:
від постулатів минулого в майбутнє”: Матеріали науково-практичної
конференції з міжнародною участю, 4 листопада 2016 р. /за ред.
Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2016. – 272 с.

У збірник включено тези доповідей, в яких розглянуто фактори та предиктори ризику неінфекційних захворювань (НІЗ); сучасні клінічні, лабораторні та інструментальні методи діагностики НІЗ в медичній практиці; наукові та практичні аспекти хронізації неінфекційних захворювань внутрішніх органів, питання персоналізованої первинної і вторинної профілактики НІЗ; пріоритетні напрямки сучасної профілактики НІЗ; інноваційні підходи до вирішення проблеми.

Матеріали конференції призначені для спеціалістів різних медичних спеціальностей, що займаються проблемами теоретичної та практичної медицини, а також студентам медичних закладів.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ

Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Шарипова А. А., Турдикулова Ш. У.

*АО «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;*

Институт биоорганической химии АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель – изучить сравнительную эффективность статинов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) узбекской популяции в зависимости от наличия полиморфизма генов ApoE и HMGCR.

Материал и методы. Пациенты ИБС, стабильной стенокардией II–III функционального класса, были разделены на 2 группы: I группа пациентов получала аторвастатин, а II группа – розувастатин, в течение 3-х месяцев. Лечение включало дезагреганты, бета-блокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, диуретики. Изучали содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), содержание С-реактивного белка (СРБ), полиморфизм генов ApoE и HMGCR.

Результаты. Трехмесячное лечение розувастатином оказало более выраженный эффект в отношении ОХС и ХСЛПНП по сравнению с аторвастатином. В группе розувастатина было отмечено достоверное повышение уровня ХСЛПВП и снижение соотношения ХСЛПНП/ХСЛПВП, что говорит о более заметном антиатерогенном эффекте розувастатина. Состояние больных значительно улучшилось (уменьшилось количество приступов, потребление антиангинальных препаратов, повысилось и качество жизни). В ходе генотипирования образцов ДНК пациентов с ИБС с оптимизированными параметрами real-time PCR полиморфизма rs445925 гена APOE/APOC было определено, что у 23 пациентов встречалась С/С аллель (норма) – 95,8% и у 1 пациента С/Т аллель (гетерозигота) – 4,2%. Мутации 1 класса делают соответствующие аллели "недействительными", что выражается в полном отсутствии иммунологически обнаруживаемых рецепторов, при этом аллели 2 класса нарушают транспорт на поверхность клетки рецепторов и аллели 3 класса вызывают образование функционально дефектных рецепторов, не способных связывать ЛПНП. Вариант полиморфизма rs445925 гена APOE в гетерозиготном состоянии связан со снижением уровня ХС и ХСЛПНП. Подобраны безопасные дозы изученных статинов.

Вывод. Обнаруженные мутации ассоциированы с ИБС и атеросклерозом, связаны с гиперхолестеринемией, в том числе с ее наследственными и семейными формами. Исследование позволило подобрать наиболее безопасную и эффективную дозу аторвастатина и розувастатина с учетом полиморфизма изученных генов.

ВЛИЯНИЕ РИТМИЧЕСКОЙ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА НЕКОТОРЫЕ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У СПОНТАННО ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС

Айдарова В. С., Кудокоцева О. В., Ломакин И. И.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Для крыс линии SHR (spontaneously hypertensive rat) характерны структурно-функциональные изменения сердца и головного мозга, а также нарастание сопротивления в периферических сосудах.

Ритмическая краниocereбральная гипотермия (pКЦГ) относится к группе «активных» методов, приводящих к реализации физиологического эффекта гипотермии на уровне подкорковых структур, что в клинической практике приводит к снижению внутричерепного давления с нормализацией гемо- и ликвородинамики головного мозга.

Цель работы – изучить влияние pКЦГ на некоторые гемореологические показатели у крыс линии SHR.

Эксперименты проведены на крысах в возрасте 10-ти месяцев с наследственной спонтанной гипертензией (SHR). Артериальное давление (АД) у крыс определялось непрямым методом с помощью электрокардиографа «Поли-Спектр», вязкость крови – с помощью вискозиметра ВК-4. Количество эритроцитов (Э) в периферической крови (ПК) и гематокрит определяли общепринятыми методами. Ритмическую КЦГ проводили на аппарате «Флюидокраниотерм» с блоком программного управления – шторкой, обеспечивающей в задаваемом режиме прерывистую подачу хладагента (холодный воздух с температурой от +5 до -2 °С).

Результаты исследований показали достоверные различия в количестве циркулирующих Э, вязкости ПК и показателях гематокрита у крыс линии SHR в сравнении с нормотензивными сородичами. Данные показатели превосходили аналогичные у нормотензивных крыс на 41%, 81% и 17%, соотв. У SHR крыс был достоверно снижен уровень доставки кислорода к тканям, определяемый отношением гематокрита к вязкости крови. На модели крыс SHR показано, что среднее АД, равное 221/129, на 75% превышает цифры систолического АД (САД) и на 73% диастолического АД (ДАД) в сравнении с соответствующими показателями для беспородных нормотензивных крыс. На 7 сут. после проведения pКЦГ у крыс SHR достоверно снижались цифры САД (до 180 ед.) и отмечалась тенденция к снижению ДАД. Цифры абсолютного количества циркулирующих Э, вязкости ПК и гематокрита на 7 сут после pКЦГ снижались на 25, 12 и 7%, соотв.

Т. о. можно заключить, что pКЦГ как немедикаментозный метод лечения и профилактики сосудистых заболеваний головного мозга вследствие хронической гипертонической энцефалопатии может приводить к улучшению гемодинамики и частичному снижению цифр АД.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Аль-Травнех Е. В., Бобронникова Л. Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – оценка эффективности использования L-аргинина в терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 42 пациента с АГ II стадии и 2-й степени с субкомпенсированным СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил $(51,3 \pm 5,2)$ года. Контрольная группа ($n=20$) была сопоставима по возрасту и полу. Изучали показатели углеводного обмена: глюкоза крови натощак (ГКН), гликозилированный гемоглобин (Hb_{A1c}), индекс инсулинорезистентности (НОМА-IR); показатели липидного профиля: холестерин липопротеиды низкой плотности (ХСЛПНП), холестерин липопротеиды высокой плотности (ХСЛПВП); показатели окислительного стресса: уровень супероксиддисмутазы (СОД), концентрация малонового диальдегида (МД). В зависимости от вида лечения, пациенты были разделены на группы: 1-я группа пациентов ($n=19$) получала базисную антигипертензивную терапию согласно протоколам оказания помощи Европейского общества по АГ (ESH, 2013) и метформин в дозировке 2000 мг в сутки; 2-я группа ($n=23$), дополнительно получала L-аргинин в дозировке 6000 мг в сутки. Мониторинг пациентов проводился на протяжении 12-ти недель. Статистический анализ был выполнен с использованием программы Microsoft Excel, Statistica for Windows 8,0.

Результаты. У пациентов 2-й гр. НОМА-IR был достоверно ниже в сравнении с пациентами 1-й гр. и контролем ($p < 0,05$). Уровень ГКН во 2-й гр. составил $((7,5 \pm 0,4)$ ммоль/л и $(8,4 \pm 0,5)$ ммоль/л, $p < 0,05$, соответственно). Показатель Hb_{A1c} во 2-й гр. составил $((5,2 \pm 0,05)$ ммоль/л и $(7,5 \pm 0,42)$ ммоль/л, $p < 0,05$, соответственно). Уровень ХСЛПНП у пациентов 2-й гр., после лечения был достоверно ниже в сравнении с 1-й гр. пациентов $((3,25 \pm 0,22)$ ммоль/л и $(4,68 \pm 0,34)$ ммоль/л, $p < 0,05$, соответственно), а показатели ХСЛПВП после лечения в сравнении с пациентами 1-й группы составили $((1,34 \pm 0,82)$ ммоль/л и $(1,23 \pm 0,58)$ ммоль/л, $p < 0,05$, соответственно). Показатели активности СОД у пациентов 2-й гр. после лечения повысились на 17%, в сравнении с повышением в 1-й группе на 5% ($p < 0,05$), а уровень МД снизился на 26% в сравнении со снижением в 1-й гр. на 14% ($p < 0,05$). Во 2-й гр. установлено достоверное уменьшение систолического давления $((162,3 \pm 5,7)$ мм рт. ст., после лечения $(145,3 \pm 4,6)$ мм рт. ст., $p < 0,05$) и диастолического давления $((95,1 \pm 3,1)$ мм рт. ст., после лечения $(89,5 \pm 2,4)$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с сочетанным течением АГ и СД 2 типа назначение L-аргинина в дозировке 6000 мг в сутки, способствовало улучшению показателей окислительного стресса, углеводного обмена и замедлению прогрессирования атеросклероза.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Амеліна Т. М., Полянська О. С., Іванчук П. Р.,
Турубарова-Леунова Н. А., Стецик Н. І.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Одним з основних механізмів розвитку і прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС) є дестабілізація гемоваскулярного гомеостазу: порушення функціонального стану ендотелію, підвищення агрегаційної активності тромбоцитів, в'язкості крові виступають у ролі тригера розвитку ІХС, обумовлюючи тяжкість перебігу і прогноз захворювання.

Метою дослідження стало вивчення взаємозв'язку дисфункції ендотелію (ДЕ) і змін протеїназо-інгібіторного гомеостазу у хворих з коморбідним перебігом ІХС і хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Обстежено 113 хворих на хронічну ІХС. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. З метою дослідження клініко-патогенетичних особливостей перебігу ІХС у поєднанні з ХОЗЛ обстежені були розподілені за групами: I група складалася з 63 хворих на ІХС; II група – 50 пацієнтів із поєднаним перебігом ІХС і ХОЗЛ. Оцінювали протеолітичну (за лізисом низькомолекулярних (ЛНБ) і високомолекулярних білків (ЛВБ) плазми крові) і колагенолітичну активність плазми (КАП) крові, сумарну фібринолітичну активність (СФА), її ферментативну (ФФА) та неферментативну (НФА) ланки. ДЕ визначали за рівнем ендотеліну-1 (ЕТ-1) у плазмі крові за допомогою імуноферментного аналізу з використанням наборів реагентів «Biomedica» (Австрія).

Результати дослідження підтвердили дисбаланс в системі протеолізу та фібринолізу плазми крові в обох групах пацієнтів порівняно з групою контролю, що виражався у вірогідному зниженні ЛНБ ($p < 0,0001$), ЛВБ ($p < 0,0001$) і КАП крові ($p < 0,0001$). Наявність ХОЗЛ поглиблює патогенетичні зрушення, підтвердженням цьому є вірогідне зниження ЛНБ і КАП крові порівняно з хворими на ІХС без супутньої патології. Дослідження фібринолітичної активності встановило зниження СФА у пацієнтів I і II груп порівняно з групою контролю ($p < 0,0001$), при чому в групі хворих на ІХС проходить за рахунок зниження НФА, в той час як у хворих на ІХС з супутнім ХОЗЛ НФА переважає над ФФА. Проведений кореляційний аналіз між показниками протеолітичної і фібринолітичної активності та ДЕ встановив зворотній кореляційний зв'язок між ЕТ-1 та ЛНБ ($r_s = -0,6$, $p < 0,05$), між ЕТ-1 та КАП ($r_s = -0,5$, $p < 0,05$), кількістю ЕТ-1 та НФА ($r_s = -0,5$, $p < 0,05$) у пацієнтів II групи.

Отримані результати свідчать про дисбаланс протеїназо-інгібіторної системи та функціонального стану ендотелію у пацієнтів на ІХС.

CONDITION OF COMMON CAROTID ARTERY AND LEVELS OF VISFATIN AND INTERLEUKINS IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH

Andrieieva A. O., Golenko T. M.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose: To determine the changes in levels of visfatin and interleukin-4, 6 (IL-4, 6) in the serum of patients with essential hypertension (EH) with and without abdominal obesity (AO) depending on the state of the thickness of common carotid artery (CCA).

Materials and methods: The survey of 93 patients was conducted randomly. A study group comprised 64 patients with EH in conjunction with AO, which were - 31 men (48.4%) and 33 women (51.6%). The comparison group consisted of 29 patients who had only EH: 14 men (48.3%) and 15 women (51.7%), respectively. The average age of hypertensive patients was ($58 \pm 3,3$) years. The levels of visfatin and IL-4, 6 were determined by immunoassay method and the levels of triglycerides – by enzyme-photometric method. Definition of intima-media thickness (IMT) CCA was conducted using doppler ultrasound. Statistical processing of the results of research was conducted with the help of MS® Excel®2013™ software version 6.1 and STATISTICA.

Results: Comparing the level of visfatin with normal IMT CCA there was a significant increase of the first one's level founded only in group with hypertensive patients with AO. Analyzing the level of visfatin with different IMT CCA, a significant increase of this adipocytokine was founded only with pathological thickening of the vessel wall – ($39,49 \pm 1,51$) ng / ml in EH-group with AO and ($24,46 \pm 1,48$) ng / ml in EH-group without AO ($p < 0.05$). Also, there was a positive correlation between the level of visfatin and body mass index founded in EH-group with AO ($r = 0,49$, $p < 0.05$) and without AO ($r = 0,41$, $p < 0.05$). Comparing the level of IL-6 with a IMT CCA there was a positive correlation between the latter in EH-group with AO established ($r = 0,42$, $p < 0.05$). In addition, there was a negative correlation between the levels of IL-4 and visfatin founded ($r = -0,41$, $p < 0.05$). One of the atherogenic indices causing a significant increase of the visfatin's level in blood is hypertriglyceridemia. This fact is confirmed by a positive correlation between the levels of visfatin and triglycerides in EH-group with AO with increasing IMT CCA ($r = 0,43$, $p < 0, 05$).

Conclusions: There was founded, that all of the hypertensive patients regardless of the presence of AO have the damage of CCA, in which levels of visfatin and IL-6 are significantly increased. The results indicate the need for medicines reducing the levels of IL-6 and visfatin to decrease inflammation in the vascular wall. The detected imbalance between IL-4 and visfatin suggests a possible protective effect of this cytokine in the development of vascular remodeling.

СОСТОЯНИЕ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Асанов Э. О., Дыба И. А., Осьмак Е. Д.

*ГУ «Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины»,
г. Киев*

Известно, что автономной нервной системе (АНС) принадлежит большое значение в механизмах регуляции бронхиальной проходимости и развития бронхоспазма. Однако состояние АНС у пожилых больных с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) не изучалось.

Цель исследования: изучить состояние АНС у пожилых больных с ХОЗЛ.

Обследуемые и методы. Обследовано 25 больных ХОЗЛ пожилого возраста (60-74 года), I-II ст., вне обострения, с давностью заболевания от 7 до 26 лет. В качестве контроля обследованы пожилые практически здоровые люди (16 человек).

Для оценки регуляции АНС использовали анализ вариабельности ритма сердца с помощью монитора фирмы "ЮТАС" (Украина) в соответствии с международными стандартами. Проводили спектральный анализ волновой структуры сердечного ритма.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что у пожилых больных с ХОЗЛ значения HF существенно выше, чем у пожилых здоровых людей. Эти различия отражают повышение парасимпатической активности при развитии ХОЗЛ и связаны с нарушением бронхиальной проходимости. Выявлена обратная зависимость между бронхиальной проходимостью и парасимпатическим тонусом у пожилых больных с ХОЗЛ. Наряду с этим, у пожилых больных с ХОЗЛ, наблюдается снижение симпатических влияний, по сравнению со здоровыми пожилыми людьми. Это находит отражение в повышении симпатовагального индекса у пожилых больных с ХОЗЛ. Снижение симпатической активности при развитии ХОЗЛ у пожилых людей может способствовать развитию бронхоспазма.

Выводы:

1. У больных пожилого возраста с ХОЗЛ развивается повышение парасимпатического и снижение симпатического тонуса.

2. У больных пожилого возраста с ХОЗЛ выявлена обратная зависимость между бронхиальной проходимостью и парасимпатическим тонусом.

АВТОНОМНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Асанов Э. О., *Полягушко Л. Г., Дыба И. А., Осьмак Е. Д.

*ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины»,
г. Киев,*

**НТУУ «КПИ им. И. Сикорского», г. Киев, Украина*

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является одной из основных причин заболеваемости и смертности в пожилом возрасте. Важную роль в механизмах бронхиальной обструкции при ХОЗЛ играет автономная нервная система (АНС).

Цель исследования: оценить влияние интервальных нормобарических гипоксических тренировок (ИНГТ) на состояние АНС у пожилых больных с ХОЗЛ.

Обследуемые и методы. Обследовано 16 больных ХОЗЛ пожилого возраста (60-74 года), I-II ст., вне обострения, с давностью заболевания от 7 до 26 лет.

ИНГТ проводились на аппаратном комплексе «Гипотрон-М» (Украина). Курс тренировок состоял из 10 ежедневных сеансов, каждый сеанс включал в себя чередующиеся циклы 5 минутного дыхания гипоксической смесью и 5 минутного дыхания атмосферным воздухом (всего 3 цикла дыхания гипоксической смесью).

До и после тренировок оценивали регуляцию АНС с помощью анализа вариабельности ритма сердца (монитор фирмы «ЮТАС», Украина) в соответствии с международными стандартами. Проводили спектральный анализ волновой структуры сердечного ритма.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показали, что под влиянием курсового применения ИНГТ у пожилых больных с ХОЗЛ снижался парасимпатический тонус. Также у больных с ХОЗЛ пожилого возраста после ИНГТ отмечалось повышение симпатической активности. Это нашло отражение в повышении у них симпатовагального индекса HF/LF.

Вывод: учитывая, что симпатические влияния оказывают бронходилатирующее действие, а парасимпатические вызывают бронхоспазм, выявленные изменения АНС у больных пожилого возраста с ХОЗЛ под влиянием ИНГТ можно расценивать как положительные.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ МИОКАРДА СТАРЫХ КРЫС ПРИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,

г. Харьков

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков

Одним из наиболее распространенных хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия (АГ) основное клиническое проявление которой – длительное и стойкое повышение артериального давления (АД).

В основе развития АГ лежит нарушение функционального состояния центральной нервной системы и других систем организма, регулирующих тонус сосудов.

Гипертензия часто сопровождается структурно-функциональными перестройками тканей и сосудов сердца, оценка состояния которых необходима для определения степени риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель работы: оценка морфологического состояния тканей и сосудов миокарда у экспериментальных животных на фоне неврогенной стресс-индуцированной АГ. Эксперименты проводились на 24 месячных беспородных белых крысах с соблюдением международных принципов Европейской конвенции о защите позвоночных животных (Страсбург 1986г.)

Животные были разделены на две группы по 7 крыс в каждой: 1 – интактная; 2 – крысы с неврогенной стресс-индуцированной АГ.

У старых крыс в течение месяца после развития АГ наблюдали прогрессирующее нарушение кровообращения, дистрофические и деструктивные изменения мышечных волокон миокарда. Повышение АД сопровождалось плазматическим пропитыванием стенок артерий и артериол, затем развивалось мукоидное набухание (разновидность стромально-сосудистой дистрофии) которое к 30 суткам после возникновения АГ трансформировалось в фибриноидное набухание и фибриноидный некроз стенок сосудов с последующими кровоизлияниями. Выявлялись морфологические признаки очаговой ишемии миокарда, а также спазма артериальных сосудов, пареза венозных сосудов и капилляров, периваскулярного отека и склероза. Способность миокарда компенсировать сократительную функцию сердца в условиях плохой трофики путем внутриклеточной гипертрофии (увеличение размера ядер кардиомиоцитов) к 30 суткам после развития АГ усугубляла развитие патологического процесса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Бездетко Т. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В течение 17 лет, существует концепция аллергодиагностики на основе компонентов аллергенов или компонентная аллергодиагностика (component resolved diagnostics, CRD). В настоящее время есть возможность обобщить и подчеркнуть необходимость использования молекулярной аллергодиагностики в клинической практике врача. Данный метод позволяет идентифицировать значимые сенсibilизаторы у пациентов моно- или олигосенсibilизированных к аллергенам имеющим перекрестные аллергические реакции.

Цель исследования: доказать преимущества молекулярной диагностики с помощью компонентов аллергенов.

Материалы и методы. Было обследовано 45 пациента, средний возраст которых составил ($31,2 \pm 2,5$) лет, пациентам было проведено общеклиническое обследование и прик-тесты на указанные анамнестически значимые аллергены. В период активности аллергической реакции пациенты предъявляли жалобы на кашель, удушье, боли в эпигастрии, высыпание на теле после приема определенной пищи. С учетом анамнестических данных больным было предложено провести прик-тесты на аллергию. Выявлена сенсibilизация к пищевые аллергенам, которая и подтвердила предположение об пищевой аллергии. Этой группе больных было предложено продолжить обследование с учетом специфического IgE (sIgE). Исследование аллерген-специфической сыворотки IgE антител проводили методом иммунофлюоресценции с использованием ImmunoCAP системы («Phadia AB», Швеция).

В результате проведенного обследования были выявлены мажорные аллергены, которые отличались от результатов полученных прик-тестов у 75,5% пациентов. У 16 (35,6%) пациентов при помощи прик-тестов выявлена положительная реакция на пищевые аллергены – яблоко, картофель, сельдерей; после использования молекулярной диагностики выявлен мажорный аллерген березы rBetv1, который в среднем составил у этой группы больных ($78,56 \pm 3,5$) U/L. У 18 пациентов (40,0%) использование прик-тестов показали положительную реакцию на морковь, сельдерей, пастернак. Полученные результаты лабораторным путем выявили мажорный аллерген sIg E к полыни, который составил в среднем ($82,5 \pm 4,46$) U/L.

Выводы. Молекулярная аллергодиагностика – новый метод выявления sIgE-антител к молекулярным компонентам – открывает новую эру в аллергологии. Точное объективное прогнозирование системных реакций, в том числе и угрожающих жизни, возможно только при консультации опытного аллерголога и проведении анализа молекулярной аллергодиагностики в клинико-диагностических лабораториях.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ АДИПОНЕКТИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

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

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Совокупность факторов кардиоваскулярного риска (КВР) оказывают неблагоприятное прогностическое влияние на течение заболеваний, формирование осложнений, эффективность проводимого лечения. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и абдоминального ожирения (АО) сопровождается каскадом метаболических нарушений, повышающих КВР.

Цель: выявить гендерные особенности изменений содержания высокомолекулярного адипонектина (ВМАН) и мочевой кислоты (МК) у пациентов с АГ и АО.

Материалы и методы. Обследовано 64 больных (30 мужчин и 34 женщины), в возрасте ($49,4 \pm 3,8$) лет с АГ II стадии и АО (индекс массы тела (ИМТ) у мужчин и женщин, соответственно, ($33,4 \pm 1,6$) $\text{кг}/\text{м}^2$ и ($32,2 \pm 1,4$) $\text{кг}/\text{м}^2$). Изучены показатели ВМАН и МК и особенности их изменений у лиц разного пола.

Результаты. У больных с АГ и АО содержание ВМАН было достоверно ниже у женщин, чем у мужчин (соответственно, ($2,96 \pm 0,38$) $\text{мкг}/\text{мл}$; ($3,86 \pm 0,24$) $\text{мкг}/\text{мл}$; $p < 0,05$). Уровень МК у мужчин достоверно превышал аналогичные показатели у женщин (соответственно, ($0,64 \pm 0,07$) $\text{ммоль}/\text{л}$; ($0,53 \pm 0,04$) $\text{ммоль}/\text{л}$; $p < 0,05$). Установлена отрицательная корреляция между окружностью талии (ОТ) и уровнем ВМАН ($r = -0,28$) у женщин, а также положительная корреляция между ОТ и уровнем МК как у женщин, так и у мужчин (соответственно, $r = 0,34$; $r = 0,31$). При регрессионном анализе установлено превалирующее влияние ВМАН на уровень систолического давления у женщин (95%, ДИ: 1,68–3,24; $p < 0,001$) и уровня МК на диастолическое давление у мужчин (93%, ДИ: 1,02–2,76; $p < 0,001$).

Выводы: установлены гендерные особенности изменений уровней ВМАН и МК у пациентов с АГ и АО. У женщин повышение САД ассоциировалось со снижением уровня ВМАН, а повышение ДАД у мужчин – с повышением МК.

**ВНЕСОК ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА TCF7L2
У РОЗВИТОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Біловол О. М., Шалімова А. С., Боброннікова Л. Р.**

Харківський національний медичний університет, Україна

В останні роки активно вивчаються гени, відповідальні за розвиток інсулінорезистентності (ІР) – важливої ланки у формуванні цукрового діабету 2 типу (ЦД 2т). При цьому менш вивченою залишається роль спадковості в іншій патогенетичній ланці ЦД 2т – генетичних дефектах β -клітин підшлункової залози. У ряді досліджень встановлено, що генетичний поліморфізм гена транскрипційного фактору-7 (TCF7L2) впливає на кількість і функціональну активність β -клітин у багатьох популяціях.

Метою дослідження було вивчення поліморфізму гена TCF7L2 і його асоціацій з показниками вуглеводного та ліпідного профілів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) і супутнім ЦД 2т. Основна група дослідження складалася з 252 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеня у поєднанні з ЦД 2т середньої важкості, субкомпенсованим у віці від 45 до 60 років. Групу порівняння склали 70 пацієнтів з гіпертонічною хворобою без ЦД 2т. Визначалися показники вуглеводного та ліпідного профілів, ІР оцінювалася за індексом НОМА, проводилося генотипування поліморфного маркера rs7903146 гена TCF7L2. У результаті проведеного дослідження встановлено, що у пацієнтів основної групи мав місце наступний розподіл генотипів: у 46,8% пацієнтів з ГХ і супутнім ЦД 2т спостерігався гетерозиготний генотип С/Т, а у 17,1% – гомозиготний генотип Т/Т. Аallel T, який за даними ряду дослідників, асоціюється з розвитком ЦД 2т, був встановлений у достовірно ($p < 0,05$) більшій кількості випадків пацієнтів основної групи порівняно з групою хворих без ЦД 2т. Генотип С/С був встановлений лише у третини (36,1%) пацієнтів основної групи, тоді як більша половина (54,3%) групи порівняння мала саме цей варіант генотипу ($p < 0,01$). Аналіз показників вуглеводного і ліпідного профілів показав, що в обох групах пацієнтів при наявності генотипів Т/Т і С/Т відзначалися більш високі рівні глюкози і HbA1c, ніж при генотипі С/С ($p < 0,01$). Індекс НОМА при генотипі Т/Т як в основній, так і в групі порівняння, був достовірно ($p < 0,05$) нижчим, ніж у пацієнтів з С/С генотипом TCF7L2. У пацієнтів основної групи при генотипі Т/Т встановлені достовірно ($p < 0,01$) вищі рівні тригліцеридів і ХС ЛПНЩ при достовірно ($p < 0,05$) нижчих рівнях ХС ЛПВЩ, ніж при інших генотипах. У пацієнтів з ЦД 2т індекс маси тіла (ІМТ) при генотипі Т/Т був достовірно нижчим, ніж при інших варіантах генотипів ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено асоціація алеля Т поліморфного маркера rs7903146 гена TCF7L2 з розвитком ЦД 2т. У пацієнтів з ЦД 2т при генотипі Т/Т встановлені достовірно вищі рівні тригліцеридів і ХС ЛПНЩ, а також достовірно нижчі ІМТ та рівні ХС ЛПВЩ, ніж при інших генотипах.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ

Белый Д. А., Настина Е. М., Сидоренко Г. В., Курсина Н. В.,
Базыка А. Д., Макаревич Е. Н., Круглова В. А.,
Садовая С. В., Ковалев А. С.

Государственное учреждение "Национальный научный центр радиационной медицины Национальной академии медицинских наук Украины", г. Киев

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из самых распространенных заболеваний среди участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС). Поскольку женщины составляли только 8,7% от общего числа УЛПА, то воздействие радиации на систему кровообращения изучалось ранее в основном у мужчин.

Цель. Определить особенности развития ИБС у мужчин и женщин, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения, для будущей оптимизации подходов к её профилактике и лечению.

Объект и методы. В исследование вошли 584 УЛПА 1986 г. (472 мужчины и 112 женщин), которые не имели признаков кардиальной патологии на период своего участия в ликвидации последствий Чернобыльской аварии. На момент аварии возраст женщин составлял $(40 \pm 7,1)$ года, а мужчин $(37,8 \pm 8,49)$ лет ($p=0,013$).

Результаты. На момент обследования у женщин, по сравнению с мужчинами, ИБС чаще сочеталось с артериальной гипертензией (94,6% против 87,7% при $p=0,001$), сахарным диабетом (26,8% против 23,9% при $p=0,821$), алиментарно-конституциональным ожирением (57,1% против 39,2% при $p=0$) и гиперхолестеринемией (67% против 60,4% при $p=0,238$). Как показал ретроспективный анализ медицинской документации 25% всех УЛПА-мужчин заболели ИБС через $(11,7 \pm 0,5)$ лет после облучения, тогда как такое же число УЛПА-женщин через $(15,7 \pm 1,2)$ года. Ровно у половины состава мужской группы ИБС диагностировали через $(18,7 \pm 0,8)$ лет, а у женской – через $(21,7 \pm 0,8)$ лет. Через $(24,7 \pm 0,4)$ лет и $(26,7 \pm 0,5)$ лет ИБС развилась у 75% мужчин и женщин соответственно. Анализ выживаемости по Каплан-Мейеру показал высокую достоверность различий в развитии ИБС в двух группах наблюдения (лог-ранговый тест: $\chi^2=9,023$ при $p=0,003$; критерий Бреслоу: $\chi^2=12,122$ при $p=0$). Медиана выживаемости мужчин пришлась на возраст $(57 \pm 0,6)$ лет, а женщин – $(61,4 \pm 0,8)$ лет. Средний возраст мужчин на момент развития у них ИБС был на 5,3 года меньше, чем у женщин.

Выводы. Гендерные особенности развития ИБС у УЛПА на ЧАЭС заключаются в том, что у мужчин это заболевание появляется в более ранние сроки после облучения и в более раннем возрасте, чем у женщин.

АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ: СТРАТЕГІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ І ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ В УКРАЇНІ

Бенько О. Г.

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

Проблема академічної доброчесності – одна з найважливіших, яка потребує негайного вирішення заради якості вищої освіти і науки в Україні.

Термінологічно прояв академічної нечесності (плагіат) закріплений у законодавстві України: в Законі України “Про авторське право і суміжні права” (від 23 грудня 1993 року із змінами // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – №13. – ст.64. Останні зміни від 13.01.2016) та Законі України “Про вищу освіту” (№ 1556-VII від 1 липня 2014 року із змінами // Відомості Верховної Ради України. – 2014. – № 37-38. – ст. 2004. Останні зміни - № 1415-VIII від 14.06.2016).

У Законі України “Про вищу освіту” у ст. 69 передбачена відповідальність осіб, що здобувають наукові ступені. У випадку виявлення плагіату в їхніх дисертаційних роботах вони позбавляються такого ступеня. «Якщо дисертація (наукова доповідь), в якій виявлено академічний плагіат, була захищена у постійно діючій спеціалізованій вченій раді, науковий керівник (консультант), офіційні опоненти, які надали позитивні висновки про наукову роботу, та голова відповідної спеціалізованої вченої ради позбавляються права брати участь у роботі спеціалізованих вчених рад строком на два роки, а вищий навчальний заклад (наукова установа) позбавляється акредитації відповідної постійно діючої спеціалізованої вченої ради та права створювати разові спеціалізовані вчені ради строком на один рік. Скасування рішення спеціалізованої вченої ради про присудження наукового ступеня у разі виявлення академічного плагіату здійснюється Національним агентством із забезпечення якості вищої освіти за поданням Комітету з питань етики у порядку, визначеному Кабміном України».

Останнім часом за ініціативою МОН України і за підтримкою Міністерства юстиції в Україні обрано стратегію формування академічної доброчесності та механізмів запобігання і протидії плагіату в наукових текстах. Міжнародна підтримка стратегії здійснюватиметься завдяки проекту сприяння академічної доброчесності в Україні – SAIUP (STRENGTHENING ACADEMIC INTEGRITY IN UKRAINE PROJECT). Розпорядженням КМУ №504-р від 22.07.2016 «Про створення Національного репозитарію академічних текстів» уряд підтримав пропозицію МОН України та затвердив створення єдиної електронної бази академічних робіт, що міститиме тексти дисертацій, інших наукових робіт, робіт здобувачів вищої освіти. Створення репозитарію допоможе автоматизувати процес виявлення академічного плагіату. Таке рішення є важливим для системної боротьби з проблемою наукового плагіату. Вже рік в Україні діє наказ МОН №758 (з липня 2015 р.) «Про оприлюднення дисертацій та відгуків офіційних опонентів» на сайтах ВНЗ, який також став важливим кроком у боротьбі з науковим плагіатом.

Основна частина репозитарію міститиме: тексти дисертацій, які оприлюднені на сайтах ВНЗ з початку дії наказу № 578 – в режимі відкритого доступу, тексти дисертацій, які захищалися до вступу в дію Наказу №578 – в режимі закритого доступу; наукові статті, які були опубліковані в українських наукових журналах – в режимі відкритого чи закритого доступу, залежно від рівня доступу журналів, в яких вони публікувалися.

АКАДЕМІЧНИЙ ПЛАГІАТ: ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ І ЗАСОБИ КОНТРОЛЮ

Бенько О. Г.

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

Плагіат є найпоширенішою формою прояву академічної нечесності, яка розглядається як навмисне чи усвідомлене представлення або оприлюднення, в тому числі, опублікування повністю чи частково, чужого твору, тексту або ідей під іменем особи, яка не є автором цього твору, без належного оформлення посилань. В наукових дослідженнях плагіатом вважають також підтасовку експериментальних результатів на основі чужих даних.

Дотримання академічної доброчесності на даний час можна контролювати за допомогою спеціалізованих програм – пошуковиків плагіату. В Інтернеті такі можливості надають програми “Turnitin tool” (<http://www.Turnitin.com/>), “Plagiarism-Finder” (<http://www.m4-software.com/en-index.htm>), Antiplagiat (<https://www.antiplagiat.ru/>).

Turnitin tool – це провідний на світовому ринку онлайн-засіб перевірки документів на наявність плагіату. Працює з більшістю європейських мов, в т. ч. з англійською, іспанською, німецькою, французькою, італійською. Програма є платною. Зазвичай ліцензію купує установа, наприклад, університет. Plagiarism-Finder – програмний додаток, що дозволяє перевірити текст на предмет текстуального збігу з документами, що зберігаються в Інтернеті. Генерує HTML-звіт, виділяє в тексті підозрілі абзаци і видає посилання на Web-сторінки, де містяться схожі абзаци. Antiplagiat – російська програма з пошуку плагіату в мережі. Дозволяє провести детальний аналіз унікальності тексту і визначити оригінальність статті в процентному співвідношенні.

За результатами звіту програми “Turnitin” створена своєрідна класифікація академічного плагіату. Суть класифікації представлена у документі “A Top 10 List”:

1. CLON - дослівне копіювання чужої роботи.
2. CTRL-C - якщо у письмовому фрагменті міститься значна частка тексту з одного джерела без жодних змін.
3. FIND-REPLACE - передбачає заміну ключових слів та фраз, але основний зміст джерела залишається незмінним.
4. REMIX - парафрази інших джерел, упорядкованих таким чином, щоб їх зміст виглядав цільним (“безшовним”).
5. RECYCLE - передбачає значні запозичення з попередніх робіт самого автора без цитування (“самоплагіат”).
6. HYBRID - досконале комбінування в одній роботі цитованих праць та скопійованих уривків без посилань.
7. MASHUP - сполучення запозичених матеріалів з джерел без цитування.
8. 404 ERROR - це письмові фрагменти з посиланнями на неіснуючу або неточну інформацію.
9. AGGREGATOR - робота включає в себе правильне цитування джерел, але майже не містить оригінальної частини.
10. RE-TWEET - включає правильне цитування, але занадто залежить від початкової редакції і/або структури тексту.

МОЖЛИВІСТЬ КОРЕКЦІЇ АЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Більченко А. О.

*Харківський національний медичний університет, Україна,
Кафедра внутрішньої медицини № 1*

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

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

Результати. Ми спостерігали 46 хворих на ішемічну хворобу серця, серед них жінки – 52,2% (24 осіб), чоловіки – 47,8 % (22 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.

ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ

Більченко О. С., Болокадзе Є. О., Піонова О. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Матеріали та методи: досліджено 82 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) віком від 47 до 79 років, середній вік – $(68,9 \pm 6,5)$ років. Серед них 73 (89,02%) чоловіків і 9 (10,98%) жінок. Верифікацію діагнозу ХОЗЛ проводили згідно до наказу № 555 МОЗ України, 2013 р. за допомогою дослідження функції зовнішнього дихання. Для оцінки симптомів перебігу захворювання використовувалася модифікована шкала задишки Медичної дослідницької ради (mMRC).

Результати дослідження: провідними скаргами хворих на ХОЗЛ були кашель, задишка. При клінічному огляді виявлено ціаноз, блідість шкіри, ознаки емфіземи, легеневої недостатності. У 74% хворих на ХОЗЛ домінував продуктивний кашель, у 47,45% хворих виявлено ціаноз діагностовано бронхітичний тип. У 34% хворих на ХОЗЛ домінував непродуктивний кашель та у 100% виявлено блідість шкіри діагностовано емфізематозний тип. Найбільш тривалий перебіг захворювання ($(12,4 \pm 5,4)$ років) визначено у хворих на емфізематозний тип на відміну від бронхітичного типу ($(9,35 \pm 5,1)$ років). Початок захворювання у хворих на емфізематозний тип спостерігався в більш молодому віці. Середній стаж паління вірогідно не відрізнявся ($(31,35 \pm 11,55)$ пачко/років у бронхітичного типу і $(32,7 \pm 11,2)$ пачко/років у емфізематозного типу). Найбільший середній показник ступеня задишки за шкалою mMRC був у хворих на емфізематозний тип ($3,96 \pm 0,67$) ніж у хворих на бронхітичний тип ($2,29 \pm 0,67$). Найбільша відносна кількість хворих з легеневою гіпертензією (ЛГ), яка підтверджена даними ЕКГ та ультразвукового дослідження серця, виявлено при бронхітичному типі ХОЗЛ (39%) на відміну емфізематозного типу (29,5%). Найбільша кількість хворих з хронічним легневим серцем (ХЛС) була при бронхітичному типі (32%) в порівнянні з хворими на емфізематозний тип (24%). У жінок хворих на ХОЗЛ провідним симптомом був сухий або малопродуктивний кашель (79%), ступінь задишки за шкалою mMRC складала $(2,01 \pm 0,88)$ балів, ЛГ діагностовано у 32% жінок, ХЛС - у 29% хворих. Тривалість захворювання у жінок – $(9,3 \pm 5,0)$ років, середній стаж паління $(25,9 \pm 8,5)$ пачко/років. Перебіг захворювання у жінок характеризувався частими загостреннями, наявністю резистентності до використовуваної терапії.

Висновки: перебіг ХОЗЛ відрізняється залежно від фенотипу та має гендерні особливості. При бронхітичному типі ХОЗЛ швидше прогресує легенева гіпертензія з легеневою недостатністю. У жінок превалюють емфізематозний тип ХОЗЛ з більш сприятливим перебігом. Паління безсумнівно є фактором ризику однаковою мірою для обох фенотипів.

ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Бильченко О. С., Веремеенко О. В., Бильченко А. А.
Харьковский национальный медицинский университет

Целью нашей работы явилось изучение факторов риска тяжелого течения внебольничной пневмонии (ВП).

Под наблюдением находилось 68 больных ВП с тяжелым течением ВП. 17 (25%) были госпитализированы в ОРИТ и палаты интенсивной терапии, т.к. имели осложнения в виде острой дыхательной недостаточности, кровохарканья, нарушения общей гемодинамики, отека легких.

У большого количества больных имело место позднее обращение к врачу. Так, до истечения первых суток болезни в клинику обратились всего лишь 4% больных, до семи дней болезни – 34%, а 10% - лишь спустя один месяц после начала болезни. До поступления в клинику 62% больных антибиотики не принимали. Возраст больных колебался от 28 до 78 лет, из них 65% были старше 60 лет. У 15 больных выявлен отягощенный социальный статус. Многие больные имели вредные привычки: 38% были курильщиками, 28% злоупотребляли спиртными напитками, 24% курили и злоупотребляли спиртными напитками одновременно. У 73% больных отмечено наличие сопутствующей патологии: ХОЗЛ, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, бронхиальной астмы, сахарного диабета, ВИЧ-инфекции, заболеваний печени и др.

Состояние всех больных было тяжелым: лихорадка, дыхательная и сердечная недостаточность, интоксикация. Физикальные данные свидетельствовали о наличии одно – и двустороннего инфильтратов в легких, что было подтверждено рентгенологическим исследованием.

К факторам риска развития тяжелой пневмонии следует отнести: возраст старше 60 лет, наличие сопутствующей патологии, поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, отягощенный социальный статус, плохая диагностика пневмонии на догоспитальном этапе, отсутствие у подавляющего большинства на догоспитальном этапе антибактериальной терапии, вредные привычки, наличие ассоциации возбудителей у лиц 60 лет.

РИЗИК ОСТЕОПОРЕТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Бобро Л. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити відносний ризик переломів у пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлексною хворобою на тлі лікування інгібіторами протонної помпи.

Матеріали та методи. Обстежено 65 жінок в постменопаузі з анамнезом гастроєзофагеальної рефлексної хвороби (ГЕРХ) до $(3 \pm 2,5)$ років. У I групу увійшли 32 (49,2%) пацієнтки з тривалістю безперервного застосування інгібіторів протонної помпи (езомепразол) до $(3 \pm 1,8)$ років. Середній вік жінок становив $(53,6 \pm 3,2)$ року. У II групу віднесені 33 (50,8%) пацієнтки, середній вік – $(51,4 \pm 1,3)$ року, з переривчастим (на вимогу) застосуванням езомепразола тривалістю до $(3 \pm 1,2)$ років. Досліджувалася мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) методом подвійної рентгенабсорбціометрії (DEXA), проводилося анкетування пацієнтів за допомогою хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу. Для розрахунку 10-річної ймовірності перелому і розвитку остеопорозу використовувався метод для розрахунку FRAX® (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>). Обробка результатів дослідження здійснювалася методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 17.0 for Windows.

Результати. За даними результатів хвилинного тесту і антропометричного обстеження встановлено, що високий ризик остеопорозу мав місце у 35 обстежених (53,8% $p < 0,05$): у 24 (36,9%) пацієнток I групи і 11 (33,3%) пацієнток II групи (OR 6,0 при 95% CI = 2,0 - 17,5). За даними DEXA, у 30 (46,1%, $p < 0,05$) пацієнток з групи високого ризику виявлено наявність остеопенії різного ступеня, при цьому остеопороз у 17 (53,1%) хворих I групи і у 7 пацієнток (21,2%) II групи ($\chi^2 = 7,1$, $p < 0,01$). До групи ризику при оцінці 10-річного ризику остеопоротичних переломів за методикою FRAX віднесені 44 (66,1%) обстежених, що достовірно більше, ніж при використанні стандартних методів оцінки без МПК ($\chi^2 = 7,1$, $p < 0,01$.) і з урахуванням даних МПК ($p < 0,05$). Середнє значення ризику остеопорозу в I групі становить $(19,1 \pm 9,7)\%$, в II групі – $(10,1 \pm 3,7)\%$ ($p < 0,05$). Згідно з методикою FRAX, в медикаментозному лікуванні потребують 76,5% обстежених I групи проти 46,7% II групи ($p < 0,05$).

Висновок. Наявність остеопенії встановлено у кожного другого з обстежених, при цьому у хворих з безперервним прийомом ІПП достовірно частіше. Приймаючи рішення про необхідність лікування остеопорозу у хворих на ГЕРХ, що приймають ІПП, ми повинні спиратися не тільки на проведені денситометричне дослідження, але і на оцінку ризику остеопоротичних переломів за методикою FRAX.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

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

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития сердечно-сосудистых (СС) заболеваний (ССЗ). Однако при отсутствии инсулинорезистентности (ИР), дислипидемии (ДЛ) и артериальной гипертензии (АГ) такие пациенты считаются метаболически здоровыми (Metabolically Healthy Obesity (МНО)).

Цель: изучить изменения уровней адипокинов (лептина и адипонектина) при метаболических нарушениях у бессимптомных пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. Обследовано 79 пациентов (из них 35 женщин) в возрасте (46,8±3,7) лет. Определение МНО проводилась согласно критериям Wildman. Метаболически здоровыми считались пациенты с уровнем систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (АД) соответственно: САД≤130 мм рт. ст.; ДАД≤85 мм рт. ст.; уровнем триглицеридов (ТГ)≤1,7 ммоль/л; липопротеинов высокой плотности у мужчин и женщин, соответственно: ≥1,04 ммоль/л, ≥1,30 ммоль/л; гликемией ≤5,55 ммоль/л; уровнем С-реактивного белка (СРБ)<4,24 мг/л; сохраненной чувствительностью тканей к инсулину (НОМА-IR< 4,32).

Результаты. Избыточная масса тела была у 34 (43,04%), ожирение – у 45 (56,96%) больных (индекс массы тела (ИМТ), соответственно: (29,4±1,2) кг/м²; (32,8±1,5) кг/м²). Фенотип МНО по критериям Wildman установлен у 16 пациентов (20,25%). Уровень адипонектина был достоверно выше у МНО пациентов (соответственно, (16,58±2,16) мкг/мл; (7,32±1,24) мкг/мл (p<0,05)). Уровень лептина существенно не отличался у пациентов МНО и метаболически нездоровых пациентов (соответственно, (11,93±2,18) нг/мл; (13,54±3,15) нг/мл; p>0,05).

Выводы. У пациентов с избыточной массой тела и ожирением повышение адипонектина может рассматриваться как защитный механизм, тормозящий развитие других метаболических нарушений и оказывающий протективное действие развития ССЗ.

ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Бобронникова Л. Р., Немцова В. Д., Шапошникова Ю. Н.,
*Тихонова И. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

**Харьковский медицинский колледж № 1, Украина*

Большое значение в развитии эндотелиальной дисфункции и последующего ремоделирования сердечно-сосудистой системы имеют процессы свободнорадикального окисления. Оксидативный стресс является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений, частота которых увеличивается с возрастом.

Цель: оценить показатели оксидативного стресса у больных артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом 2 типа (СД2) в зависимости от возраста.

Материалы и методы: В исследование включено 72 человека с АГ 2 стадии с СД2 (мужчины/женщины: 32/40). Все пациенты по возрасту были разделены на 2 группы: 1-я группа менее 65 лет (n=37), 2 группа – более 65 лет (n=35). Контрольную группу составили лица без серьезных хронических заболеваний внутренних органов 15 человек до 65 лет и 15 после 65 лет. Оксидативный стресс изучали по показателям малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови и глутатионпероксидазы (ГПО).

Результаты. Оксидативный стресс наблюдался у пожилых людей в большей степени, чем у молодых независимо от наличия АГ и СД2. В обеих группах пациентов с АГ и СД2 по сравнению с контрольной группой наблюдался более выраженный оксидативный стресс, степень которого была более выражена в старшей возрастной группе, однако различия не достигали достоверных значений (МДА: $(4,84 \pm 1,11)$ мкмоль/л и $(3,69 \pm 1,14)$ мкмоль/л соответственно, $p > 0,05$ ГПО $((7,21 \pm 3,17)$ мкмоль/л/мин. и $(9,14 \pm 2,04)$ мкмоль/л/мин., соответственно, $p > 0,05$)

Выводы. Увеличение возраста является самостоятельным фактором увеличения оксидативного стресса. Артериальная гипертензия в сочетании с сахарным диабетом сопровождается наличием оксидативного стресса независимо от возрастной категории.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бобронникова Л. Р., Шалимова А. С., Ильченко И. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: изучить предикторы нарушений углеводного обмена на течение артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 87 пациентов с АГ II стадии и 2-й степени. Пациенты разделены на группы: 1-я группа (n=45) с сочетанным течением АГ и СД 2 типа; 2-я группа (n=42) пациенты с АГ без СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил (54,7±5,4) года. Контрольная группа (n=20) была сопоставима по возрасту и полу. Проанализированы результаты нарушений углеводного обмена, эхокардиографии и суточного мониторирования АД (СМАД). Статистическая обработка результатов исследований осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica – 8.0 с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследований. У всех пациентов наблюдалась повышенная масса тела, индекс массы тела у большинства пациентов составил (35,6±14,8) кг/м².

Нарушения сердечного ритма (экстрасистолическая аритмия) достоверно чаще встречались у женщин (47% и 34%, соответственно); Атерогенная гиперлипидемия отмечалась у 72% женщин и 85% мужчин, ассоциировалась с повышением HbA1c в среднем (8,26±1,2)%, (p<0,05) и встречалась чаще у мужчин (18% и 8%, соответственно) и индекса инсулинорезистентности (ИР) НОМА-IR (p<0,05).

У пациентов с сочетанным течением, имеющих нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) в сравнении с пациентами с нарушением гликемии натощак и с пациентами с изолированным течением АГ, регистрировались более выраженные изменения параметров СМАД (p<0,05). Установлено, что для пациентов с сочетанным течением диаметр и объем ЛП был достоверно большим в сравнении с пациентами с АГ (p<0,001). Показатель ФВ был достоверно ниже, чем в группе сравнения (p<0,001).

Отмечено, что при АГ и ИР процент гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) был достоверно выше (p<0,01), чем при АГ без ИР (74,4% и 43,2%, соответственно), и приближался к частоте встречаемости ГЛЖ у пациентов с СД 2 типа (81,2%), что подтверждало негативное влияние ИР на процессы ремоделирования ЛЖ у пациентов с АГ.

Выводы. Установленные нарушения углеводного обмена способствуют нарушению структурно-функционального состояния сердца, прогрессированию атеросклероза и кардиоваскулярного риска у данной группы пациентов.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Болтобаев С. А., Азизов С. В.

Наманганский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования: изучение механизма влияния антистрессовой пластической гимнастики (АПГ) на иммунную, свертывающую системы и липидный обмен больных хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 40 больных ХБП в возрасте 18-83 лет. Из них 21 (52,5%) мужчин и 19 (47,5%) женщин. Давность заболевания от 2 года до 5 лет. До и после лечения изучались содержание СДЗ-лимфоцитов (Жондал), СД4 и СД8 (Моретта), СД19 (Е.Р.Кудрявцева) и G(IgG), A(IgA), M(IgM) иммуноглобулины (Манчини); ПТИ (Туголукова), фибриноген Рутбергу); общий холестерин-ОХС (Илька), триглицериды-Тг, β -липопротеиды (ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП) и α -липопротеиды (ХС-ЛПВП) (Брунштейн-Самай). Всем больным проводилась базисная терапия и АПГ в течение 2 лет. Основной частью АПГ являются вводная часть, суставный массаж и бег. Предусматривались постепенное увеличение объема материала и его расширение.

Результаты. До лечения выявлено Т- и В-иммунодефицитное состояние, гиперкоагуляция, гиперхолестеринемия и гиперлипидемия.

После лечения отмечалось достоверное повышение средних показателей клеточной соответственно: ДЗ – 21,2%, 24,4%, 27,1%, 29,7% ($P<0,05$); СД4 – 26,4%, 25,6%, 29,8%, 31,2% ($P<0,01$); СД8-37,9% ($P<0,05$), 45,2%, 50,3%, 55,5% ($P<0,01$); СД19 – 79,2%, 89,3%, 98,5%, 104,3% ($P<0,001$) и достоверное снижение средних показателей гуморальной (IgA – 25,6%, 23,4%, 21,2%, 19,8% ($P<0,05$); IgM – 17,7%, 21%, 19,2%, 17,5% ($P<0,05$); IgG – 22,7% ($P<0,05$), 36%, 50,5%, 55% ($P<0,01$)) и иммунной защиты организма. В ходе исследования были получены показатели свертывающей системы и липидного обмена. Имело место достоверное снижение, соответственно: ПТИ – 10,8%, 13,3%, 15,2%, 16,8% ($P<0,01$); фибриноген – 19,1%, 23,4%, 23,4%, 27,6% ($P<0,01$); ОХС – 18,8%, 21,5%, 29,1%, 35,4% ($P<0,05$); Тг – 26,5%, 27%, 33,3%, 38,7% ($P<0,01$); ХС-ЛПОНП – 36,4%, 36,3%, 40,9%, 40,9% ($P<0,001$); ХС-ЛПНП – 21%, 27,4%, 37%, 40,3% ($P<0,01$) и достоверное повышение средних показателей α -липопротеидов то есть ХС-ЛПВП – 88%, 153,7%, 165,6%, 197% ($P<0,001$).

Выводы. Таким образом, проводимое в комплексе с АПГ лечение оказывает гипокоагуляционный, гипохолестеринемический и гиполлипидемический эффект. На фоне чего выявлена достоверная положительная динамика показателей иммунной защиты организма, свертывающей системы крови и липидного спектра обмена в реабилитации больных ХБП.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Болтобаев С. А., Газиев Н. Р., Бутаев З. А.

Наманганский государственный университет, Узбекистан

Цель: выяснение роли физических упражнений в формировании здорового образа жизни.

Материалы и методы. Материалом исследования в области формирования здорового образа жизни стали нормативные документы и др. данные. В работе использованы следующие методы исследования: анализ научно-методической литературы, анализ документальных и архивных материалов.

Результаты. Исследование проводилось в течение 2015 г. с помощью анализа и обобщения учебной, учебно-методической, научной литературы. В этом исследовании нами проанализированы документальные и архивные источники; произведено выяснение роли физических упражнений в формировании здорового образа жизни.

Всемирно признано, что занятия физической культурой и спортом являются превентивным средством поддержания и укрепления здоровья и профилактики различных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, ишемической болезни сердца, диабета, остеопороза, ожирения и т. д.) и вредных привычек (пьянства, табакокурения, токсикомании и т. д.).

Здоровый образ жизни – это комплекс оздоровительных мероприятий, обеспечивающих гармоничное развитие, укрепление здоровья, повышающее производительность труда. Кроме того, здоровый образ жизни выражает ориентированность человека на укрепление и развитие личного и общественного здоровья, реализует наиболее ценный вид профилактики неинфекционных заболеваний – первичную профилактику, предотвращающую их возникновение, способствует удовлетворению жизненно важной потребности в активной двигательной деятельности.

Элементами здорового образа жизни являются: двигательный режим; закаливание организма; рациональное питание; гигиена труда и отдыха; личная и общественная гигиена; гармонизация психоэмоциональных взаимоотношений в коллективе.

Выводы. Таким образом, регулярные занятия физическими упражнениями укрепляют здоровье, повышают нервно-психическую устойчивость к эмоциональным стрессам, поддерживают физическую и умственную работоспособность, являясь превентивным средством поддержания и укрепления здоровья и профилактики различных неинфекционных заболеваний и вредных привычек, тем самым формируя здоровый образ жизни.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Болховитина О. А.

*Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, Россия*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире.

В патогенезе ХОБЛ важнейшую роль играют угнетение клеточного и гуморального иммунитета, нарушение мукоцилиарного клиренса, локальное разрушение иммуноглобулинов, снижение уровня интерферона, лизоцима, лактоферрина, угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов и альвеолярных макрофагов, активная продукция провоспалительных медиаторов и окислительный стресс.

В норме мукоцилиарный клиренс обеспечивается работой реснитчатого эпителия. Действие неблагоприятных факторов вызывает разрушение и уменьшение количества реснитчатых клеток. В ответ на это происходит гиперпродукция слизи бокаловидными клетками, увеличиваются ее вязкость и адгезивность, что способствует мукостазу, развитию микробной колонизации, нарушению бронхиальной проходимости и нарастанию дыхательной недостаточности. Застой бронхиального содержимого приводит к нарушению вентиляционно-респираторной функции легких и развитию бронхолегочного воспаления.

Биомаркерами воспаления при ХОБЛ являются нейтрофилы. Они играют ключевую роль в цепи процессов, ведущих к необратимым морфологическим изменениям.

В воспалительный процесс, лежащий в основе развития и прогрессирования ХОБЛ, вовлекаются все структуры легочной ткани, возникают выраженные вентиляционно-перфузионные нарушения. Повреждение альвеолярно-капиллярных единиц вызывает изменение давления в легочной артерии и формирование легочной гипертензии. В свою очередь легочная гипертензия запускает «каскад», во главе с сердечной недостаточностью, который неминуемо ведет к смерти больного.

Таким образом, ХОБЛ продолжает оставаться болезнью, прогрессирование которой приводит к смертности и инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Большой промежуток времени между началом болезни и появлением первых ее клинических признаков способствует тому, что в большинстве случаев, больные с ХОБЛ обращаются за медицинской помощью поздно, когда возможности терапии ограничены.

Учитывая современные данные о клинико-морфологических изменениях, особую актуальность приобретает вопрос ранней диагностики и профилактики ХОБЛ у лиц с повышенной степенью риска, а также о своевременном начале лечения.

ЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Бондарева О. О., Тищенко І. В., Червоний С. І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ»,

КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 9 ДОР», Україна

Мета: оцінити вплив якості передопераційної підготовки на стан серцево-судинної системи (ССС) пацієнток гінекологічного відділення в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи: проведено аналіз 78 історій хвороб жінок, госпіталізованих до гінекологічного відділення у березні-серпні 2016 р. для хірургічного лікування лейоміоми тіла матки. Проаналізовані спектр супутньої кардіальної патології, повнота передопераційного обстеження на амбулаторному етапі (у планових хворих) та зміни функціонального стану ССС в післяопераційному періоді. Середній вік хворих – $(45,4 \pm 7,0)$ років.

Результати: серед супутньої патології ССС найчастіше мали місце гіпертонічна хвороба (ГХ) – 36% (стадія I – 7,1%, II – 85,8%, III (після гострого порушення мозкового кровообігу) – 7,1%, ступінь 1 – 3,6%, 2 – 85,7%, 3 – 10,7%), ішемічна хвороба серця – 7,7%, порушення ритму серця (екстрасистолія) в анамнезі – 3,8%. Планово госпіталізовані хворі були обстежені згідно протоколу з акушерської та гінекологічної допомоги (2003 р.), постійно отримували терапію згідно діагнозу або були проліковані безпосередньо перед операцією (30%), протипоказань до оперативного втручання не мали. При госпіталізації не було виявлено проявів порушень ритму, застійної серцевої недостатності, у хворих з ГХ (71,4%) рівень систолічного артеріального тиску (САТ) склав $(128,9 \pm 14,2)$ мм рт. ст., діастолічного (ДАТ) – $(77,8 \pm 5,4)$ мм рт. ст. (110/70; 150/90), частота серцевих скорочень (ЧСС) – $(81,1 \pm 9,9)$ /хв. (68; 96). У післяопераційному періоді: САТ – $(131,1 \pm 11,5)$ мм рт. ст., ДАТ – $(76,5 \pm 2,1)$ мм рт. ст. (125/70; 150/80), ЧСС – $(85,7 \pm 9,2)$ /хв. (72; 100), погіршення стану не спостерігалось. 28,6% хворих з ГХ госпіталізовані ургентно (значний больовий та геморагічний синдром). З них 62,5% не дотримувались планового лікування, після операції в них визначені САТ – $(149,3 \pm 12,2)$ мм рт. ст., ДАТ – $(89,8 \pm 5,4)$ мм рт. ст. (134/82; 164/100), ЧСС – $(98,7 \pm 9,2)$ /хв. (84; 112), спостерігались тимчасові порушення ритму (синусова тахікардія – 50%, екстрасистолія – 37,5%), що потребувало додаткового лікування. Значущих порушень з боку інших систем не було виявлено. Регулярна терапія забезпечила кращі показники гемодинаміки після операції: САТ – $(137,3 \pm 5,3)$ мм рт. ст., ДАТ – $(84,4 \pm 3,1)$ мм рт. ст. (130/80; 148/88), ЧСС – $(88,7 \pm 4,6)$ /хв. (80; 96) без порушень ритму серця.

Таким чином, дотримання рекомендацій з приводу лікування хронічних хвороб, насамперед, серцево-судинної системи, сприяє кращому перебігу післяопераційного періоду, навіть за умов ургентної госпіталізації.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Бондаренко С. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Актуальность разработки новых методов лечения сахарного диабета, в том числе и немедикаментозных, не вызывает сомнений.

С целью активизации остаточной секреции инсулина β -клетками поджелудочной железы, компенсации (субкомпенсации) сахарного диабета и последующей возможной коррекции доз сахароснижающих препаратов у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа применялось электровиброакустическое воздействие, представляющее собой сочетание виброакустического воздействия от аппарата «Витафон», который создает микровибрацию с непрерывно меняющейся звуковой частотой при помощи виброакустических преобразователей – виброфонов и диадинамотерапии.

Данная методика предполагает улучшение микроциркуляции, обмена веществ в поджелудочной железе под влиянием импульсных токов и механических колебаний. Кроме того, раскрытие резервных капилляров под влиянием вибрации способствует охвату большего массива тканей электрическим током, что существенно усиливает лечебный эффект. У данной категории больных мы использовали диадинамофорез никотиновой кислоты.

Под наблюдением находились 27 больных СД 2 типа 40–48 лет. Из них 18 женщин и 9 мужчин. Всем больным дополнительно к базовой сахароснижающей терапии назначали курс электровиброакустического воздействия, которое проводилось по следующей методике: катод от аппарата диадинамотерапии с прокладкой, смоченной 1% раствором никотиновой кислоты, располагался в области левого подреберья, анод – в левой подлопаточной области. Режим воздействия: двухтактный непрерывный ток – 10 минут, короткий период – 10 минут. По обе стороны от катода размещались виброфоны от аппарата «Витафон». Использовались 2 и 4 режимы работы по 10 минут каждый. Курс лечения составлял 10 процедур, отпускаемых ежедневно или через день. После первых 2–3 процедур больные отмечали уменьшение сухости во рту, полиурии, кожного зуда. К концу курса лечения у 82% из них эти симптомы прошли. У 5 больных содержание глюкозы крови снизилось до показателей физиологической нормы. Это дало возможность уменьшить дозу сахароснижающих препаратов под контролем уровня глюкозы в крови пациентов.

Таким образом, одновременные виброакустическое воздействие и диадинамофорез никотиновой кислоты позволяют получить достаточно выраженный терапевтический эффект у больных СД 2 типа.

ЭЛЕКТРОВИБРОАКУСТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Бондаренко С. В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Поиск новых, эффективных методов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остаётся одним из важнейших направлений гастроэнтерологии. Поэтому заслуживают особого внимания новые методы и методики немедикаментозной терапии, которые позволяют получить быстрый обезболивающий эффект и ускорить процессы репарации в области язвенной ниши.

Различные виды импульсных токов вполне соответствуют указанным требованиям. Не стоит забывать и о том, что местное электроимпульсное воздействие рефлекторно оказывает влияние на центральную нервную систему, особенно на тот участок, который отвечает за пораженный орган.

Для усиления местного эффекта мы применяли виброакустическое воздействие от аппарата «Витафон» в 1V режиме. В качестве источника импульсных токов использовался аппарат для дидинамотерапии «Тонус-1».

Методика воздействия была следующая: катод с прокладкой соответствующего размера располагался в области эпигастрия, анод – поперечно. Справа и слева от катода размещались вибрафоны. Применялся дидинамический ток «короткий период» в сочетании с виброакустическим воздействием в течение 20 минут, ежедневно. Курс лечения – 10 процедур.

Уже после первой процедуры больные отмечали выраженный обезболивающий эффект, который определялся, не только субъективно, но и при пальпации надчревной области. В дальнейшем значительно уменьшались или полностью исчезали проявления диспепсии.

Метод апробирован у 52 больных, причем язвенная болезнь желудка была установлена у 17 пациентов, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 35. Положительный результат был отмечен у 49 человек.

Таким образом, предлагаемая методика сочетания виброакустического воздействия и дидинамотерапии позволяет получить быстрый и стойкий терапевтический эффект и может быть рекомендована для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ТРОМБОСПОНДИНА-2 И ПАРАМЕТРОВ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ КАК МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ Q-ПОЗИТИВНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Борзова-Коссе С. И., Алтыбаева Л.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – оценить прогностические свойства тромбоспондина-2 и лейкоцитарной формулы в отношении развития Q-позитивного инфаркта миокарда у больных с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST при наличии ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных с ИМ, из них 50 с Q-позитивным инфарктом миокарда (ИМ), 20 – с Q-негативным ИМ. Прогностическая ценность оценивалась путем построения ROC (Receiver Operator Characteristic) кривых на плоскости чувствительность – специфичность.

Результаты. Нами была оценена предикторная информативность изучаемых показателей относительно развития Q-позитивного ИМ после острого коронарного синдрома (ОКС) с элевацией сегмента ST при ожирении. Наибольшую площадь под кривой, что отражает прогностические свойства, имели концентрация тромбоспондина-2 (0,985) и уровень лейкоцитов крови (0,699). Тромбоспондин-2 выявил высокую специфичность и чувствительность – 96% и 91,5% соответственно. Согласно ROC-анализа при повышении уровня тромбоспондина-2 более 40,41 нг/мл можно прогнозировать развитие Q-позитивного ИМ у больных, госпитализированных с ОКС с элевацией сегмента ST при ожирении. В тоже время уровень лейкоцитов крови выявил высокую специфичность (92%) при низкой чувствительности (40,4%), что некоторым образом снижает предикторные свойства данного показателя. Однако, использование расчета отношения шансов для оценки развития ИМ с зубцом Q после ОКС с элевацией сегмента ST выявило повышение прогностической информативности при объединении показателей тромбоспондина-2 и уровня лейкоцитов с помощью логистической регрессии по сравнению с информативностью отдельных показателей.

Выводы. 1. У больных с Q-позитивным ИМ уровни тромбоспондина-2 и лейкоцитов были выше по сравнению с не Q-ИМ при ожирении. 2. Высокую прогностическую ценность выявили концентрация тромбоспондина-2 и уровень лейкоцитов в отношении развития Q-позитивного ИМ после ОКС с элевацией сегмента ST при ожирении. 3. Повышение уровня тромбоспондина-2 выше 40,41 нг/мл у больных с ОКС с элевацией сегмента ST при ожирении может рассматриваться как маркер прогноза развития Q-позитивного ИМ.

ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

**Боровик І. Г., Ніколенко Є. Я., Ткач С. І., Захаров О. Г.,
Нікуліна Г. Л., Багмут В. В.**

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: визначити пріоритетні напрями роботи щодо зниження професійної захворюваності (ПЗ) працюючих.

Матеріали: чинні нормативні документи щодо медико-санітарної допомоги (МСД) працюючим в шкідливих та небезпечних умовах, статистичні дані державної санітарно-епідеміологічної служби (СЕС), фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань України (Фонд), фахові медичні видання.

Рівень ПЗ в Україні є досить високим і нестабільним: за даними державної СЕС, у 2008 році він досягнув максимуму за 2006-2010 рр. Статистичні дані Фонду свідчать про збільшення кількості постраждалих до 5396 у 2011, 5612 – у 2012, 5861 – у 2013 році; за даними Інституту медицини праці кількість постраждалих у 2010 році становила 9179, у 2011 – 8112, у 2012 – 6145, у 2013 – 5860 та у 2014 – 4352. На сьогодні заходи державної СЕС не забезпечують попереджувального впливу на стан ПЗ. Ефективна профілактика ПЗ є можливою за умови зниження рівня шкідливих виробничих факторів (ШВФ) на робочих місцях чи впровадження методики захисту часом працюючих (МЗЧП), тобто тривалості дії на робітників ШВФ. Підставою щодо запровадження МЗЧП є доведений дозо-залежний вплив ШВФ фізичного, хімічного походження на стан здоров'я працюючих. В Україні на законодавчому рівні є певні передумови для реалізації методології керування ризиками ПЗ: з 2006 р. запроваджено державний соціально-гігієнічний моніторинг. Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), що проводять профілактичні медичні огляди згідно з наказом МОЗ №246, фактично констатують наявність чи відсутність у працюючих проявів профзахворювань, роблять внесок у попередження їхнього розвитку шляхом прийняття рішення про непридатність до роботи робітників з захворюваннями, що сприяють підвищенню ризиків щодо ПЗ. Клініко-епідеміологічні дослідження НДІ гігієнічного профілю створили підстави для визначення граничних термінів роботи в умовах дії ШВФ з прийнятним ризиком щодо розвитку профзахворювань, тобто є всі передумови стосовно керування ризиками ПЗ. Впровадження результатів цих досліджень у практику є можливим за умови внесення змін до законодавства України про працю: контрактна система найму працюючих в умовах дії ШВФ.

Таким чином, запобігання ПЗ працюючих є можливим за умови перебудови стратегії профілактичної роботи державної СЕС та ЗОЗ щодо надання медико-санітарної допомоги робітникам, вирішення завдань на законодавчому рівні за участю фахівців Міністерства соціальної політики, Міністерства юстиції тощо.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Боровик К. М., Риндіна Н. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження. Дослідити рівень якості життя хворих на гострий інфаркт міокарда в залежності від наявності або відсутності супутнього ожиріння з використанням опитувальника SF-36.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідження було залучено 60 пацієнтів з ГІМ. Першу групу склали 35 хворих з супутнім ожирінням, другу – 24 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком (середній вік – $(70,73 \pm 1,26)$ років та $(72,92 \pm 1,34)$ років, відповідно, $p < 0,05$). Ожиріння I ст. було виявлено у 17 осіб, ожиріння II ст. – у 15 осіб, ожиріння III ст. – у 3 осіб. ІМТ у групі хворих на ГІМ із супутнім ожирінням склав $(35,13 \pm 0,57)$ кг/м², тоді як у групі зіставлення ІМТ був на рівні $(23,21 \pm 0,35)$ кг/м². Оцінку якості життя було проведено за допомогою неспецифічного опитувальника «SF-36 Health Status Survey». Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Statistica 8.0», «Microsoft Office Excel».

Результати досліджень та їх обговорення. Дослідження якості життя виявили достовірне зниження показників фізично-рольового функціонування (RP) на 75,3%, життєвої активності (VT) на 48,3% та емоційно-рольового (RE) на 64,1% у хворих з ГІМ за наявності супутнього ожиріння порівняно з пацієнтами без ожиріння. Ці результати підтверджуються зворотніми кореляційними зв'язками між індексом маси тіла пацієнтів і вищенаведеними параметрами якості життя ($p < 0,05$). Крім наявності низького рівня якості життя за умов супутнього ожиріння у хворих з ГІМ привертає увагу нерівнозначність ступеня відхилення вищезазначених параметрів від групи порівняння, представленої пацієнтами з ГІМ без ожиріння.

Ранжування ступеня відхилення параметрів якості життя за допомогою F-критерія Фішера визначило, що першу рангову позицію займає RP ($F=56,4$), другу – VT ($F=25,8$), третю – RE та MH ($F=19,03$ та $17,29$, відповідно). Далі за зменшенням ступеня відхилення слідує GN ($F=5,8$), SF ($F=5,58$) та PF ($F=4,8$).

Висновки. Зниження якості життя у хворих з гострим інфарктом міокарда на тлі ожиріння при зіставленні з пацієнтами, що мали нормальну вагу тіла, зумовлене низькими показниками шкали рольового функціонування, обумовленого фізичним станом та шкали життєвої активності, що свідчить про підвищену стомлюваність пацієнтів на тлі ожиріння, пригнічений емоційний стан, відчуття тривоги, знесиленості та відображає дисонанс у когнітивній сфері, що може призвести до зниження комплаєнтності.

ПОКАЗНИКИ ЕЛАСТОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД АКТИВНОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Вакалюк І. І.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Мета: оцінити показники еластографії у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС) залежно від активності неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали 220 хворих на стабільну ІХС поєднану з НАЖХП, а саме: хворі на ІХС, яким проведено аорто-коронарне шунтування (20 хворих) (1 група); хворі з перенесеним гострим коронарним синдромом, яким проведено стентування коронарних артерій (60 хворих) (2 група); хворі з перенесеним гострим коронарним синдромом та постінфарктним кардіосклерозом (140 хворих) (3 група). Серед них були виділені хворі на неалкогольний жировий гепатоз (НАЖГ) та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Пацієнтам було проведено загально-клінічне обстеження, електрокардіографія, коронарографія, еластографія.

Результати: у хворих із НАЖГ швидкість зсувної хвилі була більшою в 1,5 рази (1 група) та 1,6 рази (2 група) порівняно зі здоровими ($p < 0,05$). У осіб 3-ї групи з НАЖГ цей показник був найбільшим, перевищуючи рівень контролю в 1,8 рази ($p < 0,05$) та на 16,7% рівень таких пацієнтів 1 групи, та на 11,1% – 2 групи, відповідно. Аналогічна направленість змін спостерігалась на тлі НАСГ у хворих усіх груп. Причому, якщо в осіб 1-ї та 2-ї груп швидкість зсувної хвилі перевищувала величину контролю в 2,2 рази та 2,3 рази відповідно, то в пацієнтів 3-ї групи цей показник майже в 2,6 рази був більшим порівняно зі здоровими ($p < 0,05$). Встановлено достовірну відмінність стану паренхіми печінки залежно від стадії НАЖХП. Так, швидкість зсувної хвилі суттєво зростала на тлі НАСГ, досягнувши свого найбільшого значення у хворих 3-ї групи. Цей показник у пацієнтів 1-ї групи з НАСГ був вищим у 1,4 рази порівняно з хворими на НАЖГ ($p < 0,05$). Подібні зміни були характерні для хворих 2-ї групи, а саме величина швидкості зсувної хвилі у них на тлі НАСГ достовірно перевищувала рівень осіб із НАЖГ на 38,1% ($p < 0,05$). У осіб 3-ї групи наявність НАСГ обумовила збільшення швидкості зсувної хвилі на 48,4% порівняно з пацієнтами з НАЖГ ($p < 0,05$).

Висновки: перебіг НАЖХП у хворих на стабільну ІХС характеризується підвищенням жорсткості паренхіми печінки, що достовірно залежить від активності НАЖХП та є найбільш вираженою на тлі НАСГ. Доцільним є включення методу еластографії до протоколу обстеження хворих на стабільну ІХС із метою ранньої діагностики пошкодження печінки у даної категорії хворих.

**ПРОЛЕЖНІ М'ЯКИХ ТКАНИН III-IV СТАДІЙ З НЕКРОЗАМИ
І ГНІЙНИМИ ЗАТЬОКАМИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ТА НАСЛІДКИ
ПОЛІМОРБІДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ:**

АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

**Вергун А. Р., Кіт З. М., *Чуловський Я. Б., *Мощинська О. М.,
Шалько І. В., Вергун О. М., Калитовська М. Б., Ковальчук В. В.**

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

**Комунальна 4 міська клінічна лікарня, м. Львів, Україна*

Незважаючи на проведення профілактичних заходів, частота виникнення колікваційних некрозів та ускладнень залишається високою. Наявність гнійних процесів є характерною для III-IV стадій пролежнів.

Мета: оптимізувати комплексне лікування пролежнів м'яких тканин III-IV стадій з гнійно-некротичними ускладненнями впровадженням поєднання антибактеріальних лініментів та комплексних алгоритмізованих стратегій.

Ретро- та проспективно проаналізовано гнійні ускладнення пролежнів і результати комплексного лікування у 53 пацієнтів, віком 63-89 років, 29 жінок і 24 чоловіків. В структурі фонові переважала поліморбідна серцево-судинна та неврологічна патологія. Усім хворим проведено адекватний догляд та комплексне лікування, включаючи оперативне втручання. Алгоритми консервативного лікування включали адекватне нутритивне забезпечення, декомпресію ділянки пролежня ортопедичними засобами, обробку «сумнівних» та уражених ділянок шкіри безспиртовими антисептиками, корекцію водно-електролітного балансу, білкового та ліпідного обміну; антибактеріальну терапію (антибіотики, метронідазол); нестероїдні протизапальні середники; ангіопротектори і дезагреганти; вітамінотерапію й імуномодулятори, корекцію фонові та коморбідної патології.

Гнійно-некротичні ускладнення пролежнів III-IV стадій, що вимагали ургентного оперативного лікування, нами констатовано у 27 пацієнтів. Здійснювали видалення колікваційного некрозу, розкриття, санацію та дренажування гнійних затьоків, тампонаду сформованої порожнини з застосуванням антисептиків та мазьових пов'язок – комбінацією лініменту банеоцину (бацитрацину цинку і неоміцину сульфату) та лініменту полівідоніоду у співвідношенні 3:1. Сформовану суміш використовували з добрим клінічним ефектом після санації ранової поверхні для інсталяції у ділянки гнійних затьоків.

Висновок. Покращення результатів комплексного лікування детермінується впровадженням поєднання стратегій догляду та повноцінної санації пролежнів III-IV стадій з системною терапією, корекцією коморбідної патології, адекватним місцевим застосуванням антисептиків та мазьових пов'язок.

NESFATIN-1 LEVEL IN HYPERTENSIVE MEN AND WOMEN WITH OBESITY

Vizir M. O.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

It is known that the incidence of cardiovascular disease in the population has a certain gender characteristics. For example, mortality from cardiovascular diseases among men is 1.6-2.0 times higher than among women. Concomitant obesity adversely affects the course and prognosis of the disease also. According to recent investigations, nesfatin-1 plays an important role in the pathogenesis of metabolic disorders. Besides hypothalamus and adipose tissue, its secretion is also found in the tissues of other organs, particularly gonads, and due to some studies it may depend on the level of some sex hormones.

We aimed to investigate gender features of nesfatin-1 level in hypertensive patients with concomitant obesity.

Methods. The study involved 83 patients with essential hypertension. The basic anthropometric indices were measured. Serum nesfatin-1 levels was measured using ELISA method. Results are represented as Me (Q25-Q75). Mann-Whitney U-test, ANOVA rank Kruskal-Wallis test, the median test, Spearman's rank correlation coefficient were used, $p < 0.05$.

Results. The study involved 34 men and 49 women with essential hypertension. The patients were divided into three groups. Group I included 13 (16% of the total number of examined patients) hypertensive patients with normal body weight. Group II consisted of 37 (44%) patients with a moderate increase in weight (overweight and obesity I class). The phenotype of Group III included 33 (40%) hypertensive patients with significant overweight (obese of II and III classes). The control group consisted of 12 healthy persons.

Serum nesfatin-1 level in the I group was 8.26 (7.75-8.58) ng/ml, in the II group – 7.51 (6.70-8.10) ng/ml, in the III group – 7.57 (6.85-8.37) ng/ml and in the control group it was 4.53 (4.23-4.87) ng/ml. There were a significant increasing in nesfatin-1 levels in all patients as compared with healthy individuals ($p < 0.001$).

The analysis of gender characteristics showed that there was a significant difference between nesfatin-1 level in men (8.04 (7.19-8.56) ng/ml) and females (7.38 (6.65-8.10) ng/ml) of all patients ($p < 0.01$). Levels of nesfatin-1 depending on the presence and severity of obesity were as follows: in the I group – 8.27 (7.81-8.58) and 7.78 (7.58-8.55) ng/ml ($p > 0.05$), in the II group – 7.91 (6.99-8.57) and 7.19 (6.57-7.67) ng/ml ($p < 0.05$) in the III group – 8.07 (6.94-8.47) and 7.26 (6.79-8.17) ng/ml ($p > 0.05$) in men and women respectively.

Conclusions. According to these results, we can suppose that nesfatin-1 contributes to the pathogenesis of hypertension and concomitant obesity, and may relevant in a sex-specific way.

БІЛІАРНИЙ СЛАДЖ-ФЕНОМЕН ТА РОЛЬ РІДИННОГО КОМПОНЕНТУ ЇЖІ В ЙОГО ГЕНЕЗІ, ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ

Волошин О. І., Васюк В. Л., Сенюк Б. П., Доголіч О. І.

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

Мета: дослідити роль порушень рідинного компоненту їжі в генезі БС та шляхом дієтичних корекцій добитися його регресу.

Методи: клінічні, ультрасонографічні, біохімічні, обстежено 166 пацієнтів.

Результати. Встановлено, що майже у всіх пацієнтів (162-97,6%) мали місце різні огріхи в харчуванні. Основні з них: дефіцит рідинного компоненту їжі (0,7-1,2 л на добу), зміщення основного прийому їжі на вечірній час, вечірнє переїдання (143 хворих – 86%), дефіцит рослинно-овочевого компоненту (120-170 г замість 300-400 г/добу), рослинних олій (139 осіб – 83,7%), великі часові проміжки між прийомами їжі (7-9 годин замість 4-6), без сніданку 84 особи (50,6%), неповноцінний сніданок – 82 особи (49,4%), гіподинамія – 43 хворих (26%) тощо. Тривалість таких порушень складала 6-32 роки. Цим грішили студенти, інтелігенція, працівники торгівлі, бізнесмени. Стан хворих оцінювали як нестійка ремісія чи незначне загострення. Зі всіма пацієнтами проведено навчання, вручені пам'ятки зі змістом дієтичних корекцій. Вони включали: 1/3 рідини у вигляді перших страв та молочно-кислих продуктів (700-900 мл) 1/3 у вигляді фруктово-овочевих страв та 1-2 стаканів соків із них (700-900 мл), 1/3 у вигляді трав'яних чаїв із жовчогінно-протизапальною дією (2-3 склянки та 2 склянки якісної питної води), врегулювання часових аспектів харчування, акцент на рослинні жири, підвищення фізичної активності. Інші засоби корекції не застосовувалися. Клінічний контроль здійснювали щомісячно впродовж одного кварталу, УЗД-контроль – через 3 та 6 місяців. Всі хворі мали тривалий досвід застосування різних синтетичних та рослинних лікарських засобів з нетривалим позитивним результатом. На попередніх етапах медичного обслуговування ніхто з лікарів на дефекти їх харчового режиму уваги не звертав. Вагоме покращення пацієнти відмічали з 2-4 тижня через 4-6 тижнів наступала стійка ремісія, суттєво покращувалися якісні показники життя, в т.ч. стабілізація психо-емоційної сфери. Швидші і стабільніші ремісії були в осіб молодших вікових груп, з нетривалим анамнезом, біліарної патології, без ознак ожиріння та дробним комплаєнсом. У осіб старше 50-60 років з тривалим анамнезом та ознаками метаболічного синдрому навіть при дробному комплаєнсі подібні результати наступали на 1,5-2 місяці пізніше. При УЗ-дослідженні явища БС в осіб молодшої групи у більшості зникали через 3 місяці, у старших осіб – лише через 6-9 місяців.

Висновок. У осіб з явищами біліарного сладжу доцільно старанно вивчати недоліки харчового режиму, особливо рідинного компоненту їжі. Корекція цих недоліків є ефективним базовим лікувально-профілактичним заходом.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Гайворонская М. А., Ефремова О. А., Лопанов А. Н.

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия,

*Химико-технологический институт БГТУ им. В. Г. Шухова,
г. Белгород, Россия*

Горнорудная промышленность продолжает оставаться отраслью с наиболее вредными и опасными условиями труда. Наиболее вредные условия труда характерны для подземных работ, где действие на организм горнорабочих больших концентраций пыли, высоких уровней вибрации и шума усугубляется тяжестью труда, психоэмоциональными нагрузками, отсутствием естественного света, неблагоприятным микроклиматом, ограниченностью пространства при выполнении рабочих операций (вынужденные позы), наличием взрывных газов. Проведенные периодические медицинские осмотры данных рабочих свидетельствуют о наличии полиморфных нарушений здоровья. Тем не менее, в настоящее время регистрируемые уровни заболеваемости не отражают истинной картины, что можно объяснить недостаточной квалификацией медработников по профессиональной патологии. Достоверная информация необходима специалистам центров профпатологии и Роспотребнадзора для решения вопросов, связанных с оздоровлением условий труда и предупреждения производственно обусловленных заболеваний рассматриваемой профессиональной группы. При проведении предварительных медицинских осмотров не оценивается пригодность человека к выполнению соответствующих профессиональных обязанностей, с учетом состояния здоровья. Кроме того, аттестация рабочих мест не отражает истинного состояния условий и характера труда. Исключение из производственной среды неблагоприятных факторов невозможно даже в тех производствах, где внедрены передовые технологии, современное оборудование и для которых характерны высокая культура производства и отличное медицинское обслуживание. Новой и прогрессивной методологией медицины труда, как и других направлений гигиены, является методология оценки и управления рисками. Становится всё более очевидной необходимость дифференцированной оценки условий труда, исходя из реальных производственных ситуаций, детальной проработки показателей экспозиции вредных факторов, разработки широкого комплекса медико-биологических показателей состояния здоровья работающих, использования вероятностной оценки негативных последствий воздействия факторов рабочей среды на здоровье, категорирование и структурирование профессионального риска, системное управление рисками.

КОГНІТИВНІ ПОКАЗНИКИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІЇ НИРОК

Гарміш І. П., Демкова Н. І.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро,
Україна*

Мета. Оцінити динаміку когнітивної функції у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в залежності від функціонального стану нирок.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 37 пацієнтів (середній вік – $(63,7 \pm 6,4)$ років), 14 чоловіків та 23 жінки. Пацієнтів включали в дослідження на фоні медикаментозної корекції артеріальної гіпертензії. Після консультації невропатолога всім пацієнтам був виставлений діагноз «Дисциркуляторна енцефалопатія». Для визначення ступеня когнітивних порушень використовувалася монреальська шкала оцінки когнітивних порушень (MoCA).

Пацієнти були розподілені на дві групи в залежності від рівня швидкості клубочкової фільтрації (СКФ). Першу групу склали пацієнти з ГХ із збереженою функцією нирок ($СКФ > 90 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$), яким до стандартної антигіпертензивної терапії був доданий препарат етилметилгідроксипіридину сукцинату («Армадин-Лонг» ТОВ "НВФ "Мікрохім"); друга група – пацієнти з ГХ зі зниженою функцією нирок ($60 \text{ мл/хв./1,73 м}^2 < СКФ < 90 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$), яким також був призначений препарат «Армадин-Лонг»; і пацієнти контрольної групи, які отримували тільки «базисну» терапію в рамках Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 384 від 24.05.2012 р ($СКФ > 60 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$).

Результати. Особлива увага приділялася динаміці показників шкали MoCA, як найбільш чутливої при легких когнітивних порушеннях. К фіналу дослідження відзначалася позитивна динаміка в основних групах: в першій - +7,1%, у другій - +5,9%, в контрольній - +1,2% ($p > 0,05$), при достовірно більш вираженій динаміці в групах спостереження на фоні використання препарату «Армадин-Лонг». «Армадин-Лонг» продемонстрував порівнянну ефективність у досліджуваних групах, що свідчить про відсутність впливу зниження функції нирок ($60 \text{ мл/хв./1,73 м}^2 < СКФ < 90 \text{ мл/хв./1,73 м}^2$) на клінічну ефективність даного препарату.

Висновок. Включення в комплексну терапію артеріальної гіпертензії препарату «Армадин-Лонг» зумовило додаткову клінічну ефективність, а саме, позитивну динаміку за шкалою MoCA в основній групі. Препарат «Армадин-Лонг» продемонстрував хорошу переносимість і високу безпеку, а також отримав позитивну оцінку з боку пацієнтів.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ
СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ
З УРАХУВАННЯМ ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ
ІЗОФЕРМЕНТУ СИСТЕМИ ЦИТОХРОМУ P450 CYP2D6*4**

Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.

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

Мета – оцінка впливу поліморфізму гена ізоферменту системи цитохрому P450 CYP2D6*4 на ефективність метопролола сукцинату у лікуванні пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на фоні ожиріння.

Матеріали і методи. На базі ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» обстежено 89 осіб із ХСН II–III ФК за NYHA у віці 32–87 (61 [56; 68]) років, з них 63 чоловіки і 26 жінок. За індексом маси тіла нормальну вихідну вагу мали 22 (24,7 %), надмірну та ожиріння 67 (73,3 %) пацієнтів. 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. Вміст інсуліну та NT-proBNP в сироватці крові оцінювали імуноферментним методом, глюкози – глюкозоксидазним методом. Дослідження алельного поліморфізму G1846A гену CYP2D6 проводили методом ПЛР в реальному часі. Статистичний аналіз проведено непараметричними методами з рівнем значущості 0,05 із наведенням медіани та величин нижнього та верхнього квартилей, достовірність відмінностей у залежних вибірках оцінено методом Вілкоксона.

Результати. Показник виживання за період спостереження склав 88 випадків з 89 (98,9 %). Встановлено тенденцію ($p < 0,10$) асоціації несприятливого гетерозиготного генотипу GA зі збільшенням ваги тіла. Частота його склала 14 з 37 (38 %) серед пацієнтів із ХСН та ожирінням; 15 з 52 (29 %) серед хворих із ХСН та нормальною або надлишковою вагою тіла; 5 з 21 (24 %) - серед здорових осіб контролю. Узагальнена частота клінічно значимих побічних ефектів метопролола сукцинату становила 9 [6; 11] %, причому, в контингенті з генотипом GA виявлено тенденцію до клінічно гірших результатів. Характеристика змін за ШОКС демонструвала загалом суттєве покращення, але за генотипу GA темпи покращення нижчі у порівнянні з генотипом GG (4 [3; 5] балів за вихідних 7 [6; 8] балів проти 4 [3; 6] балів за вихідних 6,5 [5; 8] балів, відповідно, $p = 0,05$).

Висновки. На ефективність метопролола сукцинату в динаміці лікування пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння має вплив несприятливий алель A олігонуклеотидного поліморфізму гена ізоферменту системи цитохрому P450 2D6*4 у гетерозиготному генотипі GA, який асоційований зі збільшенням ваги тіла та демонструє менш виразну позитивну динаміку параметрів якості життя, клінічного статусу, показників гемодинаміки та ритму серця, сироваткового рівню NT-proBNP та маркерів інсулінорезистентності.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРОТИДНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Гелетка А. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: провести оценку способности самостоятельно ухаживать за собой, выраженности клинических проявлений у больных в раннем восстановительном периоде каротидного ишемического инсульта.

Материалы и методы: нами обследовано 118 больных перенесших каротидный ишемический инсульт, в возрасте от 40 до 64 лет, средний возраст составил $(49,2 \pm 6,5)$ лет, из них женщин 53 (44,9%), мужчин 65 (55,1%). В зависимости от уровня повседневной активности, по данным индекса Бартел (ИБ), все больные были разделены на 3 группы. I группу составили 22 пациента, (ИБ: $(94,3 \pm 3,7)$ балла), что соответствовало легким нарушениям, II группу – 57 больных ИБ с умеренными нарушениями: $(78,4 \pm 6,9)$ баллов и III группу – 39 больных: $(55,3 \pm 5,2)$ балла с выраженными нарушениями повседневной активности.

Результаты. Локализация очага ишемии в левом каротидном бассейне была у 54,5% в I группе и 58,9% в III группе. Лица мужского пола составили 53,8% в III группе и 59,1% в I группе. Наиболее представленной была возрастная группа от 50 до 59 лет: 60,1% от всех больных, в которой преобладали лица мужского пола 59,1%. Самой малочисленной была возрастная группа от 60 до 69 лет и составила по 1 человеку мужского и женского пола (1,7%).

Были выявлены следующие клинические синдромы: пирамидный, чувствительные нарушения – у 100% больных. Афатический – у 27,1%, псевдобульбарный у 28,8%, вестибуло-атактический у 72% пациентов. Цефалгии по типу мышечного напряжения были выявлены у 75,4% и судорожный синдром и у 25,4% больных, данные синдромы чаще всего встречались в III группе больных.

Выводы. Во всех группах постинсультных больных преобладали лица мужского пола в возрасте от 50 до 59 лет с расположением очага ишемии в бассейне левой средней мозговой артерии. Наиболее представленной была группа пациентов с умеренными нарушениями уровня повседневной активности. У всех больных из очаговых синдромов были выявлены чувствительные нарушения и пирамидный синдром, афатический и псевдобульбарный синдромы. Из общемозговой симптоматики во всех клинических группах преобладал цефалгический синдром, в виде цефалгии мышечного напряжения. Судорожный синдром, в виде вторично-генерализованных тоникоклонических судорог встречался в основном у больных III группы.

ВИКОРИСТАННЯ СТАТИНІВ І МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Гінгуляк О. М., Руснак І. Т., Аль Салама М. В., Гінгуляк М. О., Савчук О. В.

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

Запропоновані 2013 року дефініції клінічних станів у кардіології, що можуть слугувати проявом субклінічного атеросклерозу, у тому числі безсимптомні пацієнти з ризиком ішемічної хвороби серця, атипового її перебігу, який змінюється розвитком гострого коронарного синдрому, зумовлюють зміни діагностично-лікувальної тактики.

Мета: дослідити ефективність лікування залежно об'єктивізації субклінічного атеросклерозу при дуплексному екстракраніальному ультразвуковому скануванні із застосуванням терапії статинами (аторвастатин) та метаболічної терапії (триметазидин та магне-В6).

Обстежено 164 пацієнти з клінічними проявами субклінічного атеросклерозу та атиповою клінікою, що потребувала диференційної діагностики поміж нейроциркуляторної дистонії, коронарного синдрому Х, стабільної стенокардії напруження I-II функціонального класів при першому обстеженні розділені залежно визначення збільшення комплексу інтима-медіа (КІМ) понад 0,9 мм, що визнано в якості нормативного значення. В групу терапії статинами (аторвастатин, група 1) увійшли 84 хворих, в групу терапії комбінованої метаболічної терапії (триметазидин та магне-В6, група 2) включено 80 пацієнтів за проведення парного обстеження з використанням дуплексного екстракраніального ультразвукового сканування загальних, зовнішніх і внутрішніх сонних артерій в динаміці лікування впродовж 3-х місяців і 1 року спостереження.

Подальше спостереження впродовж 3-х місяців засвідчило суттєве і достовірне зменшення сумарного показника КІМ в групі 1 (з $(0,101 \pm 0,0029)$ мм до $(0,084 \pm 0,0032)$ мм, $p < 0,001$) при відсутності достовірних змін в групі 2 (з $(0,083 \pm 0,0025)$ мм до $(0,079 \pm 0,0043)$ мм, $p > 0,2$). В зіставленні динаміки комплексу КІМ через 1 рік зміни в позитивному напрямку для групи 1 зберігалися позитивними за їх зменшення і достовірними (з $(0,101 \pm 0,0029)$ мм до $(0,087 \pm 0,0036)$ мм, $p < 0,002$) за відсутності достовірних змін в групі 2 при певному збільшенні КІМ (з $(0,083 \pm 0,0025)$ мм до $(0,092 \pm 0,00583)$ мм, $p > 0,1$). У розподілі груп 1 і 2 на три підгрупи (збільшення, не змінення, зменшення показника в межах $\pm 10\%$ Σ КІМ/6) на початку спостереження суттєво переважав процент пацієнтів зі збільшенням Σ КІМ/6 понад 0,9 мм в групі 1 проти групи 2 ($(39,24 \pm 5,49)\%$ проти $(21,92 \pm 4,84)\%$ випадків, $p < 0,02$) і, навпаки, суттєво переважав процент випадків зменшення КІМ відносно 0,9 мм в групі 2 надходження проти групи 1 ($(17,72 \pm 4,30)\%$ проти $(32,26 \pm 8,40)\%$ випадків, $p < 0,002$).

Використання сумарного усередкованого показника КІМ при дуплексному екстракраніальному ультразвуковому скануванні по відношенню до нормативу (0,9 мм) дозволяє виявити прояви субклінічного атеросклерозу.

ТКАНЕВАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гончарь А. В., Ащеулова Т. В., Ковалёва О. Н.,
Кочубей О. А., Иванченко С. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Тщательная оценка состояния диастолического наполнения ЛЖ может быть перспективной для определения течения синдрома хронической сердечной недостаточности у больных гипертонической болезнью, учитывая доказанную связь с клинической симптоматикой, быструю динамику под влиянием терапии маркеров раннедиастолической функции и высокую прогностическую значимость позднедиастолических нарушений в предсказании фиброза миокарда ЛЖ.

Цель исследования. Определить информативность параметров диастолического наполнения ЛЖ по данным тканевой доплерэхокардиографии (ТДЭхоКГ) в оценке эффективности терапии у больных с ГБ и ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 3 месяцев находилось 32 больных с ГБ и ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ. У всех пациентов в течение срока госпитализации был достигнут целевой уровень АД. Всем больным в начале (8-10 сутки госпитализации) и в конце периода наблюдения было проведено углубленное ультразвуковое исследование сердца с установлением типа диастолической функции.

Результаты. В начале периода наблюдения по данным ТДЭхоКГ среди обследованных пациентов 19 имели ДД I типа, 13 – II типа. По истечении 3-месячного срока были проанализированы различия клинической картины и дистанция 6-минутной ходьбы в подгруппах пациентов, достигших / не достигших прироста значения пика E_a движения ФКМК не менее, чем на 10% для больных, имевших ДД I типа ($n = 11$ и $n = 8$, соответственно), и снижения отношения E / E_a не менее, чем на 10% для больных с ДД II типа ($n = 5$ и $n = 8$, соответственно). Для группы больных, достигших на фоне проводимой терапии улучшения показателей наполнения ЛЖ, было характерно достоверно большее снижение интенсивности одышки ($(2,7 \pm 0,4)$ балла против $(1,6 \pm 0,3)$ балла, $p < 0,05$) и усталости ($(3,2 \pm 0,5)$ балла против $(1,8 \pm 0,5)$ балла, $p < 0,05$) по визуально-аналоговой шкале, а также больший прирост дистанции 6-минутной ходьбы ((112 ± 20) м против (63 ± 13) м $p < 0,05$). Субъективно оценивали качество лечения как удовлетворительное 14 (87,5%) больных 1-й и 9 (56,3%) – 2-й группы, $p < 0,05$.

Выводы: у больных ГБ, осложненной синдромом ХСН с сохраненной систолической функцией ЛЖ, определение динамики пика E_a движения ФКМК и отношения E / E_a предоставляет дополнительную информацию об эффективности проводимой терапии и способствует сокращению сроков подбора индивидуальной эффективной схемы лечения.

ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ТА ІНГІБІТОРАМИ F-КАНАЛІВ СИНУСОВОГО ВУЗЛА

Гречко С. І., Поліщук О. Ю., АльСалама Мухамед Васек, Савчук О. В.

Вищий державний навчальний заклад України

”Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

Досягнення цільового рівня частоти серцевих скорочень ЧСС є одним із важливих завдань лікування хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), а бета-адrenoблокатори розглядаються як основний засіб вирішення цього завдання. У дослідження були включені 64 хворих з ГКС без елевації сегменту ST та оцінювали можливість оптимізації та клінічної і прогностичної ролі зниження частоти серцевих скорочень з івабрадину. Ефективний контроль частоти серцевих скорочень був досягнутий менш ніж у 20% пацієнтів, госпіталізованих у зв'язку з ГКС в реальній клінічній практиці.

Серед обстежених та пролікованих пацієнтів 27 (42%) хворим, врешті, виставлено діагноз нестабільна стенокардія, 25 (39%) на інфаркт міокарда (ІМ) без елевації ST, 11 (17%) – ІМ з елевацією сегмента ST, при якому тромболізіс проводили в 3 (27%) випадках. Медикаментозна терапія, як правило, проводилась відповідно до національних рекомендацій з ведення пацієнтів на ГКС.

У 89% випадків у хворих на ГКС застосовувались бета-блокатори. Найбільш часто використовуваним бісопролол (73,8%) і досягнення цільової частоти серцевих скорочень (50-60 уд./хв. в стані спокою) зустрічається у 18,8% хворих на третій день захворювання і 19,1% пацієнтів при виписці з лікарні, з яких 1/3 частоти серцевих скорочень більше 70 уд./хв. Бета-блокатори в цільових дозах призначаються тільки в 10,1% випадків, доза титрування препаратів проводилась при 22,7% хворих. Розвиток брадикардії, порушення провідності, гіпотонії, бронхіальній обструкції або обмеженого титрування дози спостерігалась у 22,4% випадків. Решті 54,9% пацієнтів з об'єктивними причинами збільшення дози бета-блокатори не проводилось.

Монотерапія бісопрололом показує ефективний контроль серцевого ритму у хворих з ГКС, але комбінована терапія з використанням івабрадину та бісопрололу показали кращі результати в протязом перших 3-4 днів лікування. Недостатнє зниження частоти серцевих скорочень у хворих з ГКС протязом перших 3-7 днів госпіталізації, пов'язаних з підвищеним ризиком рецидиву стенокардії або рецидивуючого інфаркту міокарда. Таким чином, її перевага, щоб почати комбінованої терапії з використанням івабрадину. Відповідно сучасним рекомендаціям пацієнти з гострим коронарним синдромом на фоні терапії повинні досягати цільової ЧСС 60 уд./хв., тому можна стверджувати, що більш ніж у 3/4 таких хворих лікування є неадекватним. Не меншу тривогу викликає той факт, що 40% пацієнтів мають ЧСС ≥ 70 уд./хв., і це не дивлячись на широке використання бета-блокаторів. Таким чином, абсолютно очевидно, що особи з ІХС та стенокардією потребують більш жорсткого контролю ЧСС для покращення клінічних результатів і результату.

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Григорова И. А., Григоров Н. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В настоящее время сосудистая деменция (СД) чрезвычайно распространена во всем мире. Ведущим феноменом СД являются когнитивные расстройства, включая нарушение памяти, восприятия, понимания, представления, постижения, планирования, мышления.

Цель: изучить возможность проведения лечебно-профилактических мероприятий в г. Харькове у больных с СД.

Материалы и методы. Нами обследовано 100 больных в возрасте 75-90 лет с СД. Причины СД: инсульты (ишемические полушарные, вертебро-базиллярные) и хронические нарушения мозгового кровообращения (ДЭ III ст.) на фоне перенесенных ранее инсультов и без них. Всем больным проводили стандартные для Украины методы обследования с обязательным использованием шкал MMSE и MoCa, а также Спилберга-Ханина и Бека. В половине случаев было сочетание артериальной гипертензии с церебральным атеросклерозом, во второй половине – сочетание атеросклероза церебральных сосудов с нарушением ритма сердца (мерцательная аритмия).

Результаты. У всех больных по шкале MMSE верифицирована деменция от легкой до умеренной степени (19-11 баллов). У всех обследованных было сочетание очаговых неврологических расстройств (наличие псевдобульбарного, амиостатического, вестибуло-атактического, пирамидного синдрома) и интеллектуально-мнестических расстройств (сосудистая деменция). Лечение деменции осуществляли при помощи сочетанного назначения мемантина (препарат мембрал или нейронтин украинского производства) по общепринятой схеме – 20 мг утром, постоянно в сочетании с препаратом, обладающим нейротропным, нейротрофическим эффектом, улучшающим нейропластичность – церебролизин (10,0-20,0 мл в\в №10) с повторными курсами. Именно эта комбинация вошла в Украинский протокол по лечению сосудистой деменции, наряду с некоторыми другими препаратами (наказ №736 от 19.07.2016 МОЗ Украины). Для профилактики сосудистой деменции мы применяли антигипертензионные препараты, ноотропы, препараты цитиколина, мелдония и средств, улучшающих функцию эндотелия.

Выводы. Сосудистая деменция – это синдром, включающий выраженные когнитивные расстройства в сочетании с неврологическими синдромами. Лечение деменции с доказанной эффективностью осуществляется мемантином (мембрал, нейронтин) в сочетании с полифакторными препаратами (церебролизин) и профилактическим назначением патогенетической терапии, согласно украинским протоколам.

НЕЙРОПЛАСТИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Григорова И. А., Тесленко О. А., Тихонова Л. В., Григоров Н. Н.,
Новак А. С., Ескин А. Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) – является приоритетной в современной медицине из-за ее большой инвалидизации и смертности лиц молодого, трудоспособного возраста. В структуре ЧМТ в настоящее время преобладают легкие черепно-мозговые повреждения и повреждения средней степени тяжести.

Цель: оценить степень нейропластических и когнитивных нарушений у лиц, перенесших ЧМТ.

Материалы и методы. У 100 больных, перенесших ЧМТ легкой и средней степени тяжести преобладали жалобы на общую слабость, головокружение, головную боль, нарушения сна, снижение памяти, нестабильность АД, раздражительность. Субъективно это подтверждалось: астеническим синдромом, наличием вегето-сосудистой дистонии перманентного и пароксизмального характера, ликворно-гипертензионным синдромом, диссомнией, эндокринными нарушениями. Когнитивные расстройства выявляли с использованием Монреальской шкалы (MoCa) и шкалы MMSE. Они проявлялись расстройствами кратковременной и долговременной памяти, нарушениями концентрации внимания, затруднения при ориентации, выполнении действий. По данным шкал Спилберга-Ханина у 50% была выявлена тревожность и депрессивный синдром.

Результаты: 50 больных с преобладанием астенического и депрессивного синдромов и при избыточной массе тела получали фенилпираретам (энтроп) в дозе 100-200 мг утром (1-2 табл.) после еды или 100 мг 2 раза в день (в 8⁰⁰ и 12⁰⁰) после еды курсом 1-2 месяца. У всех больных отмечена положительная динамика неврологических и когнитивных расстройств. У лиц с тревожным синдромом, диссомническими и когнитивными нарушениями (50 человек) мы назначали комбинированный препарат пираретама и ГАМК (олатропил). В этой группе также отмечена положительная динамика после 1 месяца приема препарата (1 табл. 3 раза в день), проявляющаяся регрессом тревоги, диссомнии и когнитивных нарушений. Под влиянием этих препаратов, отмечали улучшение нейропластических процессов в виде уменьшения в сыворотке крови уровня промоторов апоптоза класса Bcl и увеличения уровня BDNF (мозгового трофического фактора) и BDNF (глиального нейротрофического фактора).

Выводы: при ЧМТ легкой и средней степени тяжести преобладают астенический, цефалгический, ликвородинамический синдромы и когнитивные изменения. В комплексе традиционных методов лечения больных с ЧМТ целесообразно включать фенил-пираретам (энтроп) и комбинированный ноотропный препарат олатропил (пираретам + ГАМК).

УРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ТА ВНУТРІШНЬОУТРОБНА ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ

Грищенко М. І., Торяник І. І., Кривенко В. М., Грищенко В. М.
*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН
України», м. Харків*

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
КЗОЗ «Богодухівська центральна районна лікарня»*

Останнім часом увага провідних фахівців України привернута до загрозово зростаючої кількості показників уроджених вад розвитку. Поява останніх є цілком зрозумілою з огляду на карколомні зміни у екологічній ситуації, що відбувались у країні протягом останніх десятиліть, загальне погіршення соціально-економічних умов існування людської популяції, виявлення, так званих, емерджентних та реемерджентних інфекцій, які спонукали до розвитку цілу низку генетичних та геномних порушень. У переліку можливих етіологічних факторів нерідко фігурує внутрішньоутробна інфекція (у тому числі, герпетична), інтерпретація ролі якої дотепер носить дискусійний характер. Отже, остаточне з'ясування впливу факторів інфекційної природи на розвиток уроджених вад видається актуальним. Із зазначеною метою проводили аналіз протоколів (карт) розтину новонароджених, що померли у дитячих стаціонарах міст Харкова, Луганська, Донецька, Сум (переважно інфекційні) протягом останніх 10-15 років. До матеріалів розробки вносили дані щодо дітей, померлих у віці від 0 до 30 діб, а також живих осіб з ідентичними статеві-віковими показниками та вадами розвитку, сумісними із життям (n=134). Верифікацію макромікроскопічних та цитологічних досліджень проводили із застосуванням серологічних проб та молекулярно-генетичного аналізу. Забарвлення препаратів проводили стандартно за Нислем, Браше, гематоксиліном та еозином, азуром та еозином, тионіном. У результаті дослідження було встановлено статистично вірогідний зв'язок між внутрішньоутробною герпетичною інфекцією та уродженими вадами розвитку шлунко-кишкового тракту, органів нервової, репродуктивної, сечовивідної систем. Ймовірної аналогії з іншими системами виявити не вдалось. Серед діагностованих супутніх внутрішньоутробних інфекцій фігурували РНК, ДНК-вірусні, мікоплазмоси, хламідіози. На тлі розвитку зазначених вище моноінфекцій наявність вад не позначалась. Характерними порушеннями були атрезії кишкової трубки (n= 32); роздвоєння сечовивідного каналу, сечового міхура (фундальний сегмент, n=18); мікро-, аненцефалія (n=29); повне подвоєння фалопійових труб (n=2), розщеплення їхніх отворів (n=14), поява додаткових малих труб, бокових отворів у ампульній частині, інфантильний тип труби (n=39). Таким чином, проведені дослідження довели наявність вірогідного статистичного зв'язку між уродженими вадами розвитку органів травної, нервової, сечовивідної, репродуктивної систем та детекцією вірусу простого герпесу в організмі обстежених осіб.

ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНТНЫЙ АНАЛИЗ И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОМАТЕРИАЛА ПРИ АППЕНДИЦИТЕ

Грищенко Н. И., Торяник И. И., Кривенко В. Н., Грищенко В. Н.
ГУ «Институт микробиологии и иммунологии им. И. И. Мечникова НАМН
Украины», г. Харьков,

*Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины,
Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины,
КУОЗ «Богодуховская центральная районная больница»*

Особенностью воспалительного процесса при аппендиците является развитие сложных по этиологии патологических изменений на ограниченном участке органа. В связи с этим их детальное изучение представляет определенный интерес. Материалом предпринятого исследования послужили фрагменты органов (червеобразных отростков) детей от 4 до 12 лет (n=21) и взрослых от 19 до 71 года (n=44) обоего пола. Обнаруженные в них макро-микроскопические изменения носили идентичный характер, не зависели от половых и возрастных особенностей, что давало возможность оценить их суммарно. Дифференциацию материала производили в соответствии с формой аппендицита (флегмонозный, гангренозный, катаральный- острый простой, поверхностный). Иммунофлуоресцентное исследование проводилось по стандартной схеме. Микроскопия выполнялась традиционно. Кусочки органов изымались, фиксировались в 12% формалине на фосфатном буфере, посфиксировались, обезвоживались. Полученный материал заливали в парафин. Из блоков готовили срезы, которые окрашивали геметоксилином и эозином, по Браше, Ван-Гизону. Анализ производили с помощью светового микроскопа ЛОМО (С-Петербург, Россия) при увеличениях x300; x600.

В результате исследования было установлено, что при иммуноферментном анализе в биоматериале у преобладающего числа (92%) больных в энтероцитах и лимфоцитах обнаружены антигены респираторных вирусов, микоплазмы. Чаще выявляли один антиген, реже- по два, лишь в нескольких пробах (n=3) было установлено три антигена. Достоверного отличия частоты выявления антигенов в стенке червеобразного отростка в зависимости от пола, возраста, длительности развития воспалительного процесса установлено не было. Интересным фактом оказалось снижение частоты встречаемости антигенов при хронических вариантах воспаления. Световая микроскопия продемонстрировала преобладающее поражение слизистой аппендикса вирусом простого герпеса и микоплазмой. Морфологические изменения состояли в гигантоклеточном метаморфозе энтероцитов, лимфоцитов, гиперхроматозе, появлении базофильной зернистости в клеточной цитоплазме. Наряду с ним выявляли характерные расстройства кровообращения. Лейкоцитарная инфильтрация носила как диффузный (при деструктивных формах аппендицита), так и очаговый (при поверхностном аппендиците) характер. Микробы частично подвергались фагоцитозу лейкоцитами.

ДИСЛІПДЕМІЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ І ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Грунченко М. Н., Несен А. О., Чернишов В. А., Тверетінов О. Б.,
Валентинова І. А., Протас Ю. В.

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

З'ясовано вплив показників ліпідного обміну та ліпідних співвідношень на ефективність зниження артеріального тиску (АТ). Обстежено 124 пацієнта з ГХ II стадії та 1-2 ступенем підвищення АТ у поєднанні з компенсованим ЦД 2 типу. Діагностику ГХ здійснювали згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (2008). Наявність ЦД 2 типу та його компенсації підтверджували критеріями Європейських рекомендацій по діабету, переддіабету і серцево-судинним захворюванням (EADS/ESC, 2013). Залежно від варіанту антигіпертензивної терапії 51 (41,1%) пацієнт отримував інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) разом із бета-адреноблокатором (БАБ) – I група (гр.), 17 (13,7%) пацієнтів – ІАПФ разом з антагоністом кальцію (АК) – II гр., у 38 (30,6%) осіб у складі комбінованої антигіпертензивної терапії були присутніми 3 препарати: ІАПФ, БАБ і АК – III гр., у решти 18 (14,5%) хворих блокатор рецепторів до ангіотензину II (БРАП) приймався разом з АК IV гр. пацієнтів. Антидіабетична і гіполіпідемічна терапія не змінювалася впродовж 2-тижневого терміну спостереження. Незалежно від варіанту комбінованої антигіпертензивної терапії фенотип дисліпідемії (ДЛП), притаманний ЦД 2 типу, впливає на ефективність зниження діастолічного артеріального тиску (ДАТ) ($\chi^2=14,709$; $p=0,04$), а статинотерапія – на ефективність зниження систолічного артеріального тиску (САТ) ($\chi^2=6,991$; $p=0,02$). Результати. Вагомими ліпідними чинниками, які перешкоджають ефективному зниженню систолічного АТ у хворих на ЦД 2 типу і ГХ є рівні загального холестерину (ЗХС) ($\chi^2=8,073$; $p=0,045$), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) ($\chi^2=8,102$; $p=0,044$), холестерин ліпопротеїдів не високої щільності (ХС не-ЛПВЩ) ($\chi^2=9,551$; $p=0,023$) та величина ліпідного співвідношення ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ ($\chi^2=10,076$; $p=0,018$). На ефективність зниження діастолічного АТ у хворих на ЦД 2 типу і ГХ суттєвий негативний вплив чинять підвищення концентрації тригліцеридів (ТГ) і холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) в сироватці крові ($\chi^2=7,875$; $p=0,02$), зниження вмісту ХС у складі холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) ($\chi^2=8,220$; $p=0,042$) й величина ліпідного співвідношення ТГ/ХС ЛПВЩ ($\chi^2=8,434$; $p=0,038$), що може бути використано в оптимізації антигіпертензивної терапії.

ЛІКУВАННЯ СОМАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Губа Ю. В., Конопкіна Л. І., Вереса О. В.

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

На теперішній час все більше уваги науковців приділяється проблемі соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ. Існує думка, що лікування цих порушень може полегшувати сприйняття хворими симптомів ХОЗЛ.

Мета: визначити ефективність лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ з урахуванням виразності його симптоматики.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 56 хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу захворювання (чоловіків – 46 ((82,1±5,1)%), середній вік – (63,9±1,0) роки, рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) – (51,9±2,2)% належної величини. Усі хворі на момент включення у дослідження приймали базисну терапію ХОЗЛ відповідно до ступеня тяжкості хвороби згідно з національними рекомендаціями протягом не менше шести місяців, в ході дослідження лікування ХОЗЛ не змінювалося. Обстеження хворих включало загальноклінічні методи, оцінка виразності симптомів ХОЗЛ за анкету САТ, спірометрію, і проводилося у динаміці (до лікування психічних порушень та через два місяці після його початку). Оцінка психічного стану, у тому числі у динаміці, проводилася лікарем-психіатром із застосуванням клініко-анамнестичного, психопатологічного та психодіагностичних методів.

Результати: було визначено, що згідно з результатами обстеження хворих лікарем-психіатром 19 хворих на ХОЗЛ не мали жодних психічних змін, а 37 пацієнтів мали різні види психічних порушень. Останнім було рекомендоване відповідне лікування згідно з національними рекомендаціями, і 28 (76%) осіб погодилися на нього. Покращення стану визначалося психіатром через два місяці після початку лікування за зменшенням виразності симптомів діагностованих психічних порушень: позитивна динаміка спостерігалася у 19 хворих з різними психічними порушеннями, а відсутність суттєвої позитивної динаміки – у дев'яти пацієнтів.

Крім того, було визначено, що рівень вентиляційних порушень у хворих, які отримали лікування, залишився без суттєвих змін, а виразність симптомів ХОЗЛ за анкету САТ дещо знизилася. Так, у десяти з 28 пацієнтів було виявлено зменшення суми балів за анкету САТ на три–п'ять балів. Виразність симптомів зменшилась переважно за рахунок покращення сну, збільшення енергії, зменшення виразності задишки.

Висновки: лікування психічних порушень у хворих на ХОЗЛ є досить ефективним і може не лише покращувати психічний стан пацієнтів, а й полегшувати сприйняття ними симптоматики ХОЗЛ.

ВАРИАНТЫ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Поражение кожи является одним из наиболее частых и характерных периферических признаков системной склеродермии (ССД) и считается основным диагностическим критерием заболевания. Чаще наблюдается диффузное (типичное) и очаговое поражение кожи.

Диффузное склеродермическое поражение кожи характеризуется ее уплотнением, изменением окраски, наличием телеангиэктазий и трофических нарушений. Кожа уплотняется, спаивается с подлежащими тканями, с трудом собирается в складки. При выраженной индурации кожа «деревянистая», собрать ее в складки не представляется возможным. Быстро меняется внешний вид больных: лицо амимичное, маскообразное, нос заострен, ушные раковины истончены, губы узкие с радиальными складками вокруг в виде «кисета», веки часто не закрываются, открывание рта затруднено. Рано появляется диффузная или очаговая гиперпигментация кожных покровов. Характерны для ССД единичные или множественные телеангиэктазии с преимущественной локализацией на коже лица, грудной клетки, конечностей, а также на слизистых оболочках губ, языка, твердого неба.

Преобладающей локализацией характерных для ССД кожных изменений являются лицо и руки – пальцы, тыльные поверхности кистей, предплечья (у 64% наблюдаемых нами больных). У 28 пациентов нами отмечено резко выраженное тотальное уплотнение кожи, которое затрудняло или делало невозможным подкожные и внутримышечные инъекции.

У 12 наблюдаемых нами пациентов имелось очаговое поражение кожи с наличием участков уплотнения, гиперпигментации и/или депигментации в различных областях, предшествовавшее у 7 из них появлению сосудистых, суставных и других изменений.

Малая выраженность или полное отсутствие кожных изменений при наличии других характерных симптомов ССД зарегистрированы нами у 7% пациентов.

Кроме диффузного и очагового поражения кожи у больных ССД возможно развитие дерматита, нейродермита, узловой эритемы, крапивницы, псориаза, папулезных и папулезно-некротических высыпаний, эритемы кожи лица по типу «бабочки», что подтверждается также нашими наблюдениями.

Знание и выявление возможных вариантов склеродермического поражения кожи будут способствовать своевременному установлению правильного диагноза и раннему назначению рациональной терапии.

ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ранняя диагностика системной красной волчанки (СКВ) представляет для широкого круга врачей большие трудности, о чем свидетельствуют частые диагностические ошибки. К сожалению, до настоящего времени, как свидетельствует наш опыт, многими врачами, в том числе и ревматологами, за основу диагностики берется обязательное наличие «бабочки» и обнаружение LE-клеток, а при их отсутствии диагноз СКВ исключается. При этом не учитываются возможность моносиндромного начала СКВ и участвовавшие в последние годы различные атипичные варианты дебюта заболевания, что особенно важно для ранней диагностики СКВ.

Проведенный нами анализ эволюции диагноза у 100 больных с достоверной СКВ показал, что правильный диагноз в течение первого года болезни был установлен у 47% и лишь у 6 пациентов – при первичном обращении к врачу. В то же время среди начальных клинических проявлений у подавляющего большинства больных (89%) наблюдались наиболее характерные для СКВ признаки – лихорадка, полиартралгии и различные кожные изменения, из которых эритема кожи лица в виде бабочки имела место лишь у 8 пациентов.

Основу ранней диагностики СКВ составляют в первую очередь знание начальных клинических проявлений заболевания, выявление и учет признаков системности поражения, сопровождающихся в той или иной степени выраженными изменениями клинико-лабораторных, биохимических и иммунологических показателей. При этом необходимо учитывать возможность наличия атипичных вариантов дебюта СКВ, в частности: 1) СКВ с преимущественным и ранним поражением центральной нервной системы по типу менингоэнцефалополирадикулоневрита, эпилептиформных приступов, нейропсихических нарушений, невритов и др.; 2) СКВ с тяжелым поражением легких в виде пневмонита и быстро прогрессирующей легочной гипертензии; 3) СКВ с гематологическими нарушениями (гемолитическая анемия, аутоиммунная тромбоцитопения); 4) СКВ с наличием в дебюте синдромов Рейно и Шегрена.

При ранней диагностике СКВ наряду с установлением характерных признаков заболевания можно использовать и метод исключения, заключающийся в проведении дифференциальной диагностики с ревматическими болезнями и системными заболеваниями крови, прежде всего с острыми лейкозами. В процессе проведения дифференциальной диагностики, особенно при наличии лихорадки, необходимо также исключить инфекционные заболевания, сепсис, злокачественные новообразования.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Системная красная волчанка (СКВ) отличается в группе ревматических болезней (РБ) прежде всего остротой и тяжестью течения. Длительное время считалось, что СКВ – это заболевание девушек и молодых женщин. Однако в последние годы развитие СКВ, как и других РБ воспалительного генеза, нередко отмечается у лиц старшего возраста, в том числе у пожилых пациентов. По нашим наблюдениям, в настоящее время признаки типичной СКВ впервые появляются и в возрасте 70-80 лет.

За последние 3 года нами наблюдались 88 больных с достоверной СКВ (74 женщины и 14 мужчин) в возрасте от 17 до 82 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 22 лет. Начало СКВ у 41 пациента отмечалось в возрасте 21-40 лет. Лишь у 7 больных заболевание развилось в возрасте до 20 лет, а у 13 – СКВ впервые возникла в 60 лет и старше, в том числе в 73 года – у 1, 77 лет – у 1, 78 лет – у 2, 82 года – у 1.

Среди начальных клинических проявлений у подавляющего большинства больных наблюдались наиболее характерные для СКВ признаки – лихорадка, полиартралгии, различные кожные изменения. Считалось, что в пре- и постклимактерическом периодах отмечается постепенное начало СКВ и преобладают хронические варианты течения заболевания. В то же время у наблюдаемых нами пожилых пациентов нередко наблюдались острый и подострый дебют и течение СКВ. Примером может служить следующее наблюдение.

Больной Р., 78 лет, заболел внезапно в ноябре 2015 г., когда на фоне полного благополучия появились лихорадка (до 39-40⁰С), выраженные полиартралгии и миалгии. В течение последующих 3 недель развились экссудативный плеврит и перикардит. При обследовании были выявлены LE-клетки в большом количестве, высокие титры суммарных антинуклеарных антител, антител к нативной и денатурированной ДНК, положительные острофазовые пробы, повышение СОЭ до 72 мм/час. Характерные клинические признаки и лабораторные показатели позволили нам диагностировать СКВ. После назначения метипреда в суточной дозе 32 мг нормализовалась температура тела, исчезли полиартралгии и явления полисерозита. Больной продолжает находиться под нашим наблюдением.

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о возможности развития СКВ у лиц пожилого и старческого возраста, что необходимо учитывать при проведении диагностики РБ.

ЗАСТОСУВАННЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ ПРИ ПЕРВИННОМУ БІЛІАРНОМУ ЦИРОЗІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Гук-Лешневська З. О., Бачинська О. В., * Ільчук М. П.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
* Військово-медичний клінічний центр Західного регіону*

Незважаючи на те, що препарати глюкокортикостероїдів (ГКС) можуть суттєво порушувати гормональний фон хворого, впливати на всі види обміну речовин, пригнічувати імунітет, викликати серйозні побічні ефекти, вони мають широке застосування в клінічній практиці, в тому числі і при автоімунних ураженнях печінки.

Питання лікування первинного біліарного цирозу (ПБЦ) є на стадії активного вивчення. Достовірно доведено та патогенетично обґрунтовано необхідність тривалого прийому препаратів урсодезоксихолевої кислоти (УДХК). Численні багатоцентрові дослідження свідчать, що особливо ефективним є застосування УДХК при лікуванні хворих в прециротичних стадіях хвороби: уповільнюється прогресування, попереджується розвиток ускладнень, поліпшується якість життя хворих. Призначення ГКС у хворих з ПБЦ багато дослідників вважають недоцільним, оскільки вони не купують основні клінічні симптоми, не зупиняють прогресування патологічного процесу, не збільшують тривалість життя пацієнтів. Потреба у прийомі ГКС є доведена у випадку поєднання ПБЦ із автоімунним гепатитом.

Метою нашого дослідження було продемонструвати клінічний випадок ПБЦ з точки зору оцінки ефективності та важких побічних дій ГКС.

Хвора Б., 49 р. на протязі 3 років лікувалась з діагнозом змішаний автоімунний та вірусний (HBV) гепатит. З того часу періодично проходила лікування ГКС, гепатопротекторами. Останніх 7 місяців хвора постійно приймала 60 мг преднізолону. Поступила у Військово-медичний клінічний центр Західного регіону з ознаками декомпенсованої портальної гіпертензії. В процесі обстеження у хворой не було виявлено маркерів автоімунного та вірусного гепатитів, проте був встановлений діагноз первинний біліарний цироз. За час стаціонарного лікування виявлено ряд побічних впливів ГКС: стероїдний діабет (рівень глюкози в крові нормалізувався після відміни ГКС), остеопороз тіл хребців грудного та поперекового відділу хребта, виразка дванадцятипалої кишки, ускладнена кровотечею, післяін'єкційний абсцес лівої сідниці. Хворій відмінено ГКС та призначено патогенетичне лікування препаратом УДХК. Стан незначно покращився, пацієнтка була виписана на амбулаторний етап лікування.

Отже, призначення ГКС без УДХК на стадії гепатиту не дало позитивного ефекту, а спричинило цілий спектр важких побічних дій. Призначення ГКС таким пацієнтам має відбуватись за чіткими показаннями і з дотриманням адекватного дозування.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА РОЗВИТКОМ РЕЗОРБТИВНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА

Гуменюк М. І., Яшина Л. О., Мазур І. П., Ігнат'єва В. І.,

Гуменюк Г. Л., Харченко-Севрюкова Г. С., Куц В. В.

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

Мета дослідження – дослідити взаємозв'язок між хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та розвитком резорбтивно-деструктивних процесів в тканинах пародонта.

Обстежено 63 хворих на ХОЗЛ (41 чоловік і 22 жінки, середній вік – $(63,8 \pm 1,1)$ роки, $ОФВ_1$ після проби з бронхолітиком – $(48,8 \pm 2,1)$ %; $ОФВ_1/ЖЄЛ$ – $(51,6 \pm 1,6)$). Контрольна група – 30 осіб без соматичної патології (18 чоловіків і 12 жінок у віці від 40 до 80 років, середній вік – $(59,6 \pm 1,3)$ років, $ОФВ_1$ – $(111,0 \pm 3,3)$ %; $ОФВ_1/ЖЄЛ$ – $(78,0 \pm 0,6)$).

Методи дослідження: анкетування, клінічні, пародонтологічні, функціональні (спірометрія на апараті "Master Screen PFT" фірми "Cardinal Health" (Німеччина), кількісна комп'ютерна денситометрія (3D QCT) на КТ сканері Aquilion TSX-101A "Toshiba" (Японія), статистичні.

Результати. У 62 (98,4 %) хворих на ХОЗЛ методом денситометрії виявлено системні патологічні зміни кісткової тканини. Остеопороз (ОП) діагностован у 44 $(69,8 \pm 5,8)$ % хворих I групи і у 3 $(10,0 \pm 5,5)$ % осіб II групи, $p < 0,001$. За Z-, T-критеріями остеопорозу основна та контрольна групи достовірно відрізнялися між собою: Z-критерій в I групі становив $(-1,03 \pm 0,13)$, а в II групі – $(0,59 \pm 0,23)$, $p < 0,001$. T-критерій в I групі становив $(-3,19 \pm 0,14)$, в II групі – $(-1,29 \pm 0,17)$, $p < 0,001$.

На підставі даних пародонтологічного обстеження та денситометричних показників у всіх хворих на ХОЗЛ діагностовано генералізований пародонтит (ГП): у 29 (46,0 %) хворих – I ступеня, у 17 (27,0 %) – II ступеня та у 17 (27,0 %) – повну вторинну адентію. Методом кореляційного аналізу встановлено зв'язок між критеріями ОП і мінеральною щільністю альвеолярного відростка у хворих на ХОЗЛ. У осіб II групи також були виявлені ознаки ГП, але переважно початкового та I ступеня тяжкості. При проведенні кореляційного аналізу встановлено від'ємний зв'язок між T-критерієм і тривалістю ХОЗЛ ($\rho = -0,255$, $p < 0,05$), між Z-, T-критеріями і тривалістю тютюнокуріння ($\rho = -0,200$, $p < 0,05$), кореляційний зв'язок між Z-критерієм і $ОФВ_1$ ($\rho = 0,260$, $p < 0,05$). Не виявлено кореляційних зв'язків між критеріями остеопорозу та клінічними симптомами ХОЗЛ і ГП, харчовими звичками пацієнтів, переломами кісток в анамнезі, фізичною активністю та якістю життя.

Висновки: вірогідність виникнення ОП і ГП у хворих на ХОЗЛ підвищується з тривалістю основного захворювання, з тривалістю тютюнокуріння та прогресуванням бронхообструкції.

О РОЛИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Делевская В. Ю.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра внутренней медицины № 2 и клинической иммунологии и
аллергологии, Украина*

Цель работы: оценить выраженность бактериальной сенсibilизации к антигенам стафилококка, стрептококка, синегнойной палочки и легочному антигену у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы. Обследовано 54 больных ХОЗЛ II и III степени бронхообструкции. Диагноз ХОЗЛ групп В и С был выставлен на основании типичных симптомов, модифицированной шкалы одышки (mMRC) и данным спирометрии в соответствии с руководством GOLD 2014. 20 здоровых добровольцев, соответствующие по полу и возрасту, составили группу контроля. Пациентам выполнены общеклинические, лабораторные исследования, спирометрия и определение бактериальной сенсibilизации к антигенам стафилококка (*St. Aureus*), стрептококка (*Str. Pneumoniae*), синегнойной палочки (*Ps. Aeruginosa*) и легочному антигену в реакции ингибирования миграции лейкоцитов (РИМЛ).

Результаты. При исследовании бактериальной сенсibilизации в РИМЛ с бактериальными антигенами стафилококка, стрептококка и синегнойной палочки у больных ХОЗЛ III ст. в сравнении с другими группами больных выявлено значимое – до $(0,84 \pm 0,003)$ и $(0,84 \pm 0,001)$ ($p < 0,05$) – подавление миграционной активности лейкоцитов при внесении в культивационную среду антигенов стафилококка и синегнойной палочки, что подтверждает наличие у данной группы больных выраженной бактериальной сенсibilизации по механизму гиперчувствительности замедленного типа. Также отмечено подавление миграционной активности лейкоцитов в присутствии антигенов ткани легкого – $0,9 \pm 0,001$ ($p < 0,05$), что свидетельствует об аутоиммунных механизмах повреждения легких при ХОЗЛ.

Необходимо отметить, что индекс торможения миграции лейкоцитов на антиген стафилококка и синегнойной палочки прямо коррелировал с индексом торможения на легочную ткань ($r=0,38$ и $r=0,56$) ($p < 0,05$), что указывает на значимую связь бактериальной сенсibilизации с аутоиммунными проявлениями к собственным тканевым антигенам легкого при ХОЗЛ.

Выводы. У больных ХОЗЛ В и С групп отмечается выраженная сенсibilизация к стафилококку и синегнойной палочке, что определяет формирование аутоиммунных проявлений в повреждении ткани легких при ХОЗЛ.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІАЛЬНОЇ, ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ТА РЕНАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Мазій В. В., Грідасова Л. М.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т.Малої НАМН України»,
м. Харків

Мета роботи: вивчення стану ниркової гемодинаміки у хворих на діабетичну нефропатію (ДН) в динаміці лікування.

Об'єкт дослідження: 320 хворих на ДН I-III ст., із них 46 хворих із нормальною масою тіла та 74 хворих із ожирінням I-III ст. (основна група), 40 хворих на гіпертонічну хворобу (група порівняння).

Вивчали гемодинаміку нирок за рівнем швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), індекс резистентності судин нирок (RI) та рівень екскреції білку.

ШКФ компенсаторно зростає при початкових стадіях ДН III ст. і вірогідно знижується у хворих на ДН IV та V стадій. Не виявлено суттєвих відмінностей в ШКФ в залежності від маси тіла. Також не виявлено суттєвої (кореляційно доведеної) залежності ШКФ від величини RI, та від рівня артеріального тиску, що вказує на поліфакторність формування ШКФ.

При вивченні стану ниркового кровотоку у хворих на ДН нами встановлено прогресуюче, не залежне від маси тіла, збільшення RI, який збільшувався до величин в 1,5-1,8 рази, перевищуючі нормальні значення.

В динаміці лікування препаратами базисної терапії (лізіноприл та амлодипін) на протязі року, у хворих із ДН, в першу чергу, слід відмітити вірогідне зниження рівня добової мікроальбумінурії та протеїнурії, відповідно з $(120,8 \pm 46,8)$ мг/добу до $(68,6 \pm 26,4)$ мг/добу, та з $(686,6 \pm 112,4)$ мг/добу до $(452,2 \pm 78,3)$ мг/добу, $p < 0,05$ у хворих на ДН II-III ст. Відмічено вірогідне зменшення ШКФ, що вказує на покращення умов функціонування нирок у хворих на ДН I-III ст.

Мікроальбумінурію при лікуванні препаратами базисної терапії практично вдалося нівелювати. Високий рівень ШКФ на протязі року спостереження мав тенденцію до зниження, особливо у групі хворих з нормальною масою тіла, а у групі хворих із ДН IV ст. ШКФ суттєво збільшилась. При лікуванні базисною терапією одержано суттєве зниження RI судин нирок, незалежно від маси тіла пацієнтів.

Додаткове призначення до базисної терапії кардіоаргініну приводило до відчутного підвищення антигіпертензивної ефективності лікування і посиленню нефропротекції, що виражалось в зменшенні екскреції білка з сечею (на 4-12% від вихідних значень) та додатковому поліпшенні показників ШКФ – збільшення ШКФ на 3-4% у групі зі зменшеними значеннями, та зменшення на 6-9 % у групі хворих із гіперфільтрацією.

Таким чином, довгострокова нефропротекторна терапія здатна суттєво покращувати стан ниркової гемодинаміки та функцію нирок.

ЗМІНИ ПЕРЕКИСНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Денисенко В. П., Толчій І. І., Кірієнко О. М., Щенявська О. М., Грідасова
Л. М.

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

Метою роботи дослідження є визначення змін процесів перекисного окислення ліпідів у хворих на діабетичну нефропатію (ДН).

Було обстежено 420 хворих на ДН I – IV стадії по класифікації С.Е. Mogensen (1983), група порівняння – 80 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), група контролю – 20 практично здорових людей. Стан перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) оцінювали за вмістом малонового діальдегіду (МДА). Стан антиоксидантної системи (АОС) визначали за вмістом сульфгідрильних груп (SH-груп). Нефропротекторна терапія включала інгібітор АПФ раміприл та антагоніст кальцію (амлодипін чи лерканідипін).

При вивченні співвідношень у системі ПОЛ/АОС встановлено, що у хворих на ДН у порівнянні із хворими на ГХ встановлено більш суттєву активацію ПОЛ, за рівнем МДА в плазмі крові ($p < 0,05$). У групі на ГХ рівень МДА був вірогідно вищий, ніж у групі контролю ($p < 0,05$). Ці результати свідчать про те, що у випадках ДН наявність запальних процесів обумовлює більш високий рівень активації перекисного окислення ліпідів. Аналізуючи рівень показників АОС можна відзначити відсутність достовірної різниці між ДН та ГХ.

У процесі двотижневої нефропротекторної терапії рівень МДА в плазмі крові у хворих на ДН та ГХ достовірно знижувався ($p < 0,05$). Це свідчить про позитивний вплив терапії на поліпшення рівня функціонування системи ПОЛ/АОС. Вміст сульфгідрильних сполук у плазмі крові хворих на ДН змінювався недостовірно. У хворих на ГХ після лікування рівень SH-груп достовірно підвищувався ($p < 0,05$). На протязі року, на тлі комплексної нефропротекторної терапії показники ПОЛ невірогідно покращилися, тоді як показники АОС суттєво не змінювалися.

При вивченні показників ПОЛ у сечі відзначається достовірне підвищення МДА ($p < 0,05$) в групі хворих на ДН, що свідчить про суттєве пошкодження клітинних мембран нирок. Вміст сульфгідрильних груп в сечі достовірно знижувався у хворих на ДН ($p < 0,05$). Це може служити показником виснаження антиоксидантної системи у хворих на ДН. При аналізі рівнів МДА і SH-груп в сечі хворих після лікування спостерігалися аналогічні зміни.

Отже, застосування нефропротекторного лікування хворих на ДН позитивно впливає на стан ПОЛ, приводячи до зниження рівнів вторинних продуктів ПОЛ. Проте, навіть довгострокова нефропротекторна терапія не впливає на активність АОС у хворих на ДН внаслідок її виснаження.

СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Дериенко Т. А., * Волков Д. Е., * Лопин Д. А., Яблучанский Н. И.

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

**ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины имени В. Т. Зайцева», г. Харьков*

Цель работы: анализ изменения гемодинамических показателей в течение года после имплантации кардиостимулятора в зависимости от степени АГ.

Материалы и методы. Наблюдали 131 пациента (70 мужчин и 61 женщину) в возрасте ($69,5 \pm 11,60$) лет на годовом этапе поддерживающей медикаментозной терапии после имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС) в режимах DDD/DDDR, VVI/VVIR и CRT-P/CRT-D. До имплантации, в раннем послеоперационном периоде (3-5 дней), через 6 месяцев и через 12 месяцев после имплантации ЭКС в зависимости от степени АГ оценивали: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), конечно систолический объем левого желудочка (КСО ЛЖ), конечно диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки (ТЗС и ТМЖП ЛЖ), размер левого предсердия (ЛП), размер правого предсердия (ПП) и размер правого желудочка (ПЖ).

Результаты: Результаты показали, что у пациентов с имплантированными ЭКС поддерживающая медикаментозная терапия на годовом этапе наблюдения приводит к нормализации САД и ДАД вне существенных различий в изменении гемодинамических показателей между 1, 2 и 3 степенью АГ. Имплантация ЭКС не привела к значимому изменению ТЗС ЛЖ, ТМЖП ЛЖ и размеров ЛП, ПП, ПЖ.

Неполная нормализация гемодинамических показателей у пациентов с АГ и ЭКС свидетельствует о необходимости усиления медикаментозной поддержки.

**ВПЛИВ ВИКОРИСТАННЯ L-АРГІНІНУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ
ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ
У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ**

Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., *Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б.,

***Кучменко О. Б., *Євстратова І. Н., Недлінська Н. М.,**

Денисова О. В., Ячник В. А.

ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, м. Київ,

**ДУ «НЦЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»,
м. Київ*

Для визначення доцільності та ефективності використання в комплексному лікуванні пацієнтів з загостренням хронічного бронхіту (ХБ) вірусної етіології амінокислотного препарату L-аргініну аспартата обстежили та пролікували 20 пацієнтів, в порівнянні з 10 практично здоровими особами (донорами). Пацієнти були розподілені на 2 групи порівняння: до групи 1 включили 10 пацієнтів, яким проводили комбіновану терапію (муколітичну в поєднанні з інгаляціями декаметоксину). До групи 2 включили 10 пацієнтів, яким до цієї терапії додатково призначали L-аргініну аспартат у дозі 5 мл (1 г) 4 рази на день перорально протягом 10 днів. Біохімічне обстеження проводили до початку, та на 10-у добу лікування. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Проведене лікування призвело до нормалізації показників порівняно з такими до початку курсу лікування у пацієнтів із загостренням ХБ. Так, вміст кінцевих продуктів перекисного окислювання ліпідів і вільнорадикального окислення білків під впливом патогенетичної терапії є менший відповідно на 9,0% і 53,0% порівняно з їх значеннями до початку курсу лікування. При цьому в бік нормалізації змінилися також величини активності МПО, які, тим не менш, залишаються вірогідно вищими за контрольні величини відповідно на 129,0%. Під впливом цього лікування значно змінилася активність антиоксидантних ферментів в бік нормалізації: активність каталази досягала майже контрольного рівня, залишаючись нижчою на 11,0%, а активність СОД в кінці курсу лікування залишається зниженою на 14,0% порівняно з контролем. Отримані результати дозволяють стверджувати, що під впливом даної терапії у пацієнтів з загостренням ХБ відбуваються позитивні зрушення стану вільнорадикальних окислювальних систем і антиоксидантної системи захисту. У результаті цього зменшується інтенсивність оксидативного стресу.

СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ І ФЕРМЕНТНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ

Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., *Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б.,

*Кучменко О. Б., *Євстратова І. Н., Недлінська Н. М.,

Денисова О. В., Ячник В. А.

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

**ДУ «НЦЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска» НАМН України»,
м. Київ*

З метою визначення рівня інтенсивності вільнорадикальних окислювальних процесів і стану ферментних антиоксидантних систем у хворих з загостренням хронічного бронхіту (ХБ) вірусної етіології обстежено 20 хворих. Для характеристики інтенсивності процесів вільнорадикального окислення в сироватці крові визначали вміст кінцевих продуктів перекисного окислення ліпідів та продуктів вільнорадикального окислення білків. Оцінювали також активність ферментів мієлопероксидази (МПО), супероксиддисмутази та каталази. Біохімічне обстеження проводили до початку, та на 10-у добу лікування. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

За результатами проведених біохімічних досліджень встановили, що до лікування у пацієнтів з загостренням ХБ відбувається інтенсифікація вільнорадикальних окислювальних реакцій та зменшення активності ферментів антиоксидантного захисту, що може призводити до розвитку оксидативного стресу. На це вказує вірогідне зростання вмісту в крові пацієнтів кінцевих продуктів перекисного окислювання ліпідів – в середньому на 18,0–21,0%, продуктів вільнорадикального окислення білків на 80,0–86,0%, а також величини індексу перекисної модифікації ЛПНГ і ЛПДНГ в середньому на 65–67% порівняно з показниками контрольної групи. Вільнорадикальна модифікація білків системи гемостазу та фібринолізу є можливою причиною змін гемореологічних властивостей крові пацієнтів з загостренням ХБ вірусної етіології. Окрім того, отримані дані свідчать про підвищення атерогенного потенціалу крові в зв'язку зі значним зростанням індексу перекисної модифікації атерогенних ліпопротеїнів.

Таким чином, рівень інтенсивності вільнорадикальних окислювальних процесів і стан ферментних антиоксидантних систем у хворих загостренням ХБ не тільки відображає інтенсивність запального процесу в бронхах, але й потребує корекції за допомогою патогенетичної терапії.

ГЛЮКОКОРТИКОЇД-ІНДУКОВАНИЙ ОСТЕОПОРОЗ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ

Дрогомерецька О. І., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В., Штефюк О. В.,
Сандурська Я. В., Федорович Х. М., Курилів Г. М., Гавриш І. Т.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Гормонозалежна бронхіальна астма (БА) займає особливе місце серед різних захворювань, які можуть служити причиною виникнення вторинного остеопорозу.

Мета дослідження: дослідити частоту виявлення та чинники виникнення остеопорозу у хворих на БА.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 63 хворих на БА у віці від 28 до 76 років (середній вік – $(43,8 \pm 2,4)$ роки), із них 44 жінки та 19 чоловіків. Діагностику остеопорозу проводили на основі визначення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) за допомогою двохенергетичного рентгенівського денситометра "Challenger" (DMS, Франція).

Результати. При суб'єктивній оцінці свого стану хворі вказували на наступні скарги: біль у попереково-крижовому або грудному відділах хребта – у 24 осіб, відчуття важкості між лопатками – у 6, "втома" спини – у 12, підвищена втомлюваність – у 9, порушення ходи, кульгавість – у 4, необхідність багаторазового відпочинку в положенні лежачи упродовж дня – у 7 пацієнтів. У результаті проведення денситометричного обстеження у 33 (52,4%) хворих із 63 було виявлено остеопенію, а у 18 (28,6%) – остеопороз. Проте у 8 (12,7%) осіб прояви остеопенії асоціювалися з похилим віком пацієнтів і наявністю інволюційних процесів. Найбільш чисельною групою, де спостерігалися структурно-функціональні порушення кісткової системи та найчастіше виявляли остеопороз, була група пацієнтів, яка характеризувалася важкою вираженістю клінічних симптомів, найбільш низькими значеннями функціональних показників легень. Слід зазначити, що остеопороз було виявлено у 7 жінок, які перебували в постменопаузальному періоді, що можна пов'язати зі зміною гормонального статусу таких хворих. Наше дослідження показало дозозалежне зниження МЩКТ у хворих, які приймали системні (кілька курсів на рік) та пероральні глюкокортикостероїди (ГКС), чого не було відмічено при застосуванні інгаляційних ГКС у низьких та середніх дозах.

Висновки. Остеопороз виявляється у значної частини ГКС-залежних хворих. Найбільш важливими чинниками, що визначають розвиток ГКС-індукованого остеопорозу при БА вважаються: висока кумулятивна доза ГКС, вік старше 50 років, постменопаузальний період, часте використання коротких курсів пероральних ГКС у зв'язку із загостренням. Рентгенівська остеоденситометрія є одним із найкращих обстежень для діагностики та вчасної медикаментозної корекції цієї недуги.

ГЕМОРЕОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ФЕНСПІРИДОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Ільницький Р. І., Тарченко І. П.,
Гуменюк Г. Л., Резнікова Н. М.

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

Мета: встановлення ролі гемореологічних порушень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та оцінка можливості їх корекції фенспіридом.

Об'єкт дослідження: нами було обстежено 46 хворих на ХОЗЛ I–II стадії у фазі загострення. В досліджувану групу, увійшли 26 пацієнтів (середній вік – $(54,8 \pm 2,1)$ років) яким проводилась оцінка ефективності застосування фенспірида. Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб, співставимі за віком з клінічною групою. Група порівняння, становила 20 пацієнтів, яким призначали стандартну терапію.

Методи дослідження: загальноклінічні, спірографія, в'язкість та інші реологічні показники крові визначались на ротаційному віскозиметрі з вільноплаваючим циліндром.

Результати. Порушення у гемореологічному статусі відзначено в 73,7% хворих на ХОЗЛ I та II стадій. Варто зауважити, що серед усіх хворих на ХОЗЛ у 32,3% виявлено суттєве зростання основних показників реологічної характеристики крові, коли 3 і більше показників гемореології на 30% перевищували відповідні значення в контрольній групі. Встановлено достовірне підвищення рівня гематокриту негативно позначається на реологічній характеристиці крові. Підтвердженням цього є зростання, в порівнянні з здоровими особами, внутрішньої в'язкості крові (на 15,5%, $p < 0,001$) та уявної в'язкості крові (на 23,8%, $p < 0,001$) при швидкості зсуву 1с-1, (ця швидкість відповідає скорості кровотоку в капілярах). Достовірне (на 30,4%; $p < 0,05$) збільшення коефіцієнта агрегації еритроцитів може опосередковано свідчити про наявність тромбоцитарних агрегатів та оклюзію ними мікроциркуляторного русла. Дослідження ефективності фенспірида у хворих на ХОЗЛ в забезпеченні корекції реологічних порушень засвідчило, що його застосування сприяло більш вираженому, у порівнянні з групою порівняння, достовірному зниженню основних показників, що характеризують гемореологічний статус, які після лікування знизились до рівня практично здорових осіб, так коефіцієнт агрегації еритроцитів достовірно зменшився на 37,4 % ($p < 0,05$), внутрішня в'язкість крові. при швидкості зсуву 1с-1 зменшилась на 22,8% ($p < 0,05$), а при швидкості зсуву 1с-5 – на 23,9% ($p < 0,05$).

Висновки: 1. Порушення реологічної характеристики крові виявлено у 73,7% хворих на ХОЗЛ I і II стадії у фазі загострення. 2. Застосування фенспірида у хворих на ХОЗЛ сприяло вираженому, у порівнянні з групою порівняння, достовірному зниженню основних показників, що характеризують гемореологічний статус.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

**Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Соколова Л. І., Тарченко І. П.,
Бондаренко Ю. М., Іорданова Н. Х., Вознюк В. В.**

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

Мета дослідження: дослідити вплив ІНГТ на показники клітинної та гуморальної ланки імунітету у хворих на ХОЗЛ II стадії.

Матеріал та методи. В основну групу були включені 46 хворих на ХОЗЛ II стадії у фазі загострення. Усі обстежені чоловічої статі віком від 42 до 52 років. Контрольну групу склали 13 практично здорових осіб. Вивчення складу основних популяцій та субпопуляцій лімфоцитів проводили за допомогою моноклональних антитіл методом непрямої імуофлюоресценції. Функціональну активність Т-лімфоцитів визначали за допомогою РБТЛ з фітогемаглютиніном (ФГА), а В-лімфоцитів – шляхом визначення концентрації сироваткових Ig. Функціональну активність респіраторної системи оцінювали шляхом дослідження швидкісних показників формування експіраторної фази дихання – кривої «потік-об'єм» форсованого видиху. Метод ІНГТ здійснювався шляхом зворотного дихання із замкненого об'єму повітря з індивідуально визначеною концентрацією кисню.

Результати і їх обговорення. Після проведеної курсової ІНГТ відзначено позитивні зрушення з боку клітинно-опосередкованої імунної відповіді, що проявлялось статистично достовірним збільшенням експресії CD4+. Останні, як відомо, завдяки продукції специфічних і неспецифічних хелперних факторів, активують проліферацію, диференціювання та цитотоксичні ефекти клітин-кілерів, а також стимулюють функціональну активність В-лімфоцитів та макрофагів. Підтвердженням покращення функціональної активності Т-хелперів є відзначене підвищення фагоцитарного індексу. Проліферативна активність Т-лімфоцитів за даними РБТЛ з ФГА помітно підвищувалась. Виявлено покращення функціональної активності В-лімфоцитів. При цьому відзначено збільшення продукції IgA і IgG, які забезпечують місцевий імунітет слизових оболонок дихальних шляхів. Виявлено позитивні зміни у структурі і швидкісних показниках дихального циклу. Зменшення тривалості циклу відбувалось, головним чином, за рахунок фази видиху. Відзначено зростання об'єму форсованого видиху за 1с.

Таким чином, використання інтервального гіпоксичного впливу сприяло підвищенню компенсаторно-адаптаційних можливостей організму, забезпеченню імунної відповіді та регресії патологічного процесу.

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Еременко Г. В., Оспанова Т. С., Бездетко Т. В.,
Блажко В. И., Химич Т. Ю., Хохуда О. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Большие возможности для оценки тяжести состояния пациента с БА и прогнозирования развития заболевания предоставляют современные диагностические исследования, позволяющие оценить функцию эндотелия.

Цель: оценить необходимость изучения эндотелиальной функции у больных бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы: в исследование включены 54 человек, из них 39 – это больные с БА среднетяжелым течением не контролируемой, 15 человек – здоровые добровольцы. Все пациенты прошли комплексное обследование, включавшее сбор жалоб, изучение анамнеза, физикальное обследование (изучение ИМТ в том числе), исследование функции внешнего дыхания (ФВД), липидного обмена. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 7.0, Stat Soft, Inc. Определение уровня эндотелина-1 (ЭН-1) в образцах плазмы осуществлялось с помощью иммуноферментного анализа с использованием стандартных реактивов фирмы DRG (США).

Результаты. Выявлена высокая частота висцерального ожирения в обследуемой группе больных, которая составила – 82,05%. Ожирение сопровождалось гиперхолестеринемией ($6,22 \pm 1,12$) ммоль/л ($p < 0,05$) и повышенным уровнем ХС ЛПНП ($3,80 \pm 0,15$) ммоль/л ($p < 0,05$). Исследование ЭН-1 показало, что у больных бронхиальной астмой с неконтролируемым течением БА уровень ЭН-1 увеличивался в 2,5 раза ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. У всех пациентов с БА была выявлена прямая корреляционная связь между количеством приступов удушья и уровнем ЭТ-1 в крови средней силы ($r = 0,52$), и отрицательными связями – ХС ЛПНП ($r = -0,62$) и ОФВ 1 высокой силы ($r = -0,71$).

Выводы. Исследование показало, что нарушения липидного обмена характерно для абсолютного большинства больных БА со среднетяжелым течением заболевания не контролируемой. Полученные коррелятивные связи подтверждают участие ЭН-1 влиять на тяжесть состояния, и в последующем ЭН-1 может рассматриваться как один из факторов прогноза течения заболевания у этих пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ефименко Е. В., *Ходош Э. М., Ефремова О. А., Камышникова Л. А.

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия,

**Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Тяжелая легочная гипертензия является серьезным осложнением на поздних стадиях хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и прогнозирует увеличение частоты обострений. Основной целью исследования было выявление предикторов возникновения хронического лёгочного сердца (ХЛС) с помощью тканевой импульсно-волновой доплерЭхоКГ. Изучалось структурно-функциональное состояние правых и левых отделов сердца, внутрисердечная гемодинамика правых и левых отделов сердца при использовании импульсно-волнового метода тканевой доплерографии. На основании полученных статистических данных и корреляционного анализа выявлены следующие корреляционные зависимости: между систолической скоростью движения фиброзного кольца трикуспидального клапана и лёгочно-сосудистым сопротивлением (ЛСС): в группе больных ХОБЛ II стадии $r=-0,39$, в группе больных ХОБЛ III стадии без ХЛС $r=-0,53$, ХОБЛ III стадии с ХЛС $r=-0,73$, в группе больных ХОБЛ IV стадии с ХЛС $r=-0,81$; между величиной тканевого индекса правого желудочка и ЛСС: в группе больных ХОБЛ II стадии $r=0,54$, в группе больных ХОБЛ III стадии без ХЛС $r=0,63$, в группе больных ХОБЛ III стадии с ХЛС $r=0,78$, в группе больных ХОБЛ IV стадии $r=0,81$. У больных ХОБЛ II стадии не были выявлены структурные изменения правого желудочка и правого предсердия, также не выявлено признаков увеличения постнагрузки правого желудочка, о чём свидетельствовали нормальные величины, характеризующие гемодинамику малого круга кровообращения. Отмечалась лишь тенденция к нарушению процессов расслабления правого желудочка и замедлению снижения давления его наполнения. Таким образом, изменения показателей, выявляемых методом тканевой импульсно-волновой доплерЭхоКГ для правого желудочка, могут служить маркерами начальных гемодинамических нарушений прекапиллярного колена малого круга кровообращения и быть использованы в качестве критериев возникновения хронического легочного сердца.

ЧАСТОТА ЗУСТРІЧАЄМОСТІ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЧЕРВОНОЇ ОБЛЯМІВКИ ГУБ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ

Ємельянова Н. Ю.

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

Актуальність. В останні роки підвищену увагу привертають зміни слизової оболонки порожнини рота (СОПР) при захворюваннях дихальної системи, що обумовлено їх анатомічною і функціональною єдністю. Особливий інтерес викликають зміни в порожнині рота пацієнтів при хронічних обструктивних захворюваннях легень (ХОЗЛ). Доведено, що патогенез існуючих змін у порожнині рота обумовлений не тільки наявністю соматичної патології, а ймовірно, дисбалансом між захисними та агресивними факторами в наслідок застосування лікарських засобів для лікування основного захворювання.

Ціль дослідження: оцінити частоту зустрічаємості та структуру уражень СОПР у пацієнтів з ХОЗЛ.

Матеріали та методи: Обстежено 58 пацієнтів, з них 38 пацієнтів з верифікованим діагнозом ХОЗЛ. Група контролю була представлена 20 соматично здоровими пацієнтами, які на момент дослідження не приймали будь-які лікарські засоби. Усім пацієнтам було проведено клінічне стоматологічне обстеження з детальним визначенням скарг щодо СОПР.

Результати: Основними скаргами хворих з ХОЗЛ були сухість в порожнині рота ($79,0 \pm 6,6\%$), спотворення смаку ($32,0 \pm 7,6\%$), печія язика ($47,4 \pm 8,1\%$), відчуття неприємного запаху з роту ($68,0 \pm 7,6\%$) та сухість губ ($34,0 \pm 7,7\%$). Слід відмітити, що лише 1 пацієнт вказаної групи не скаржився щодо СОПР та червоної облямівки губ, тоді як пацієнти групи контролю у 100% відмічали відсутність зазначених скарг.

При огляді червоної облямівки губ групи контролю у 2 пацієнтів був діагностований метеорологічний хейліт, тоді як 5 осіб основної групи страждали на ексфоліативний хейліт (суха форма). Крім того, у 8 хворих на ХОЗЛ була недостатня зволоженість і набряк слизової оболонки порожнини рота, з признаками кератинізації. Язик 7 хворих цієї групи був збільшений у розмірах, з відбитками зубів на бічних поверхнях, та признаками десквамативного глоситу.

Висновки:

1. Хворі на ХОЗЛ у 97% випадків мають стоматологічні скарги (сухість у порожнині рота, печію язика зі змінами смакових відчуттів, наявність неприємного запаху з роту).

2. Проявами на СОПР, що найбільш часто зустрічаються, є набряк, наявність місць кератинізації, десквамативні зміни на язичку та ураження червоної облямівки губ у вигляді ексфоліативного хейліту.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Єскін О. Р., Григорова І. А., Тихонова Л. В., Тесленко О. О.,

Тихонова О. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність дослідження визначається значною поширеністю цереброваскулярної патології, насамперед за рахунок ішемічного інсульту, як в Україні, так і за її межами. Однією із основ, що полягає у розвиненні цього стану, є морфологічні зміни судинного русла атеросклеротичного генезу, із залученням магістральних судин та реалізацію мікроангіопатії, що здійснюється на метаболічному рівні. Виходячи з цього, патогенетичним ґрунтом проведення будь-яких лікувальних заходів є діагностика порушень анатомічної та функціональної компонент цереброваскулярного резерву.

Мета: вивчення гемодинамічних змін у хворих зі станом після ішемічного інсульту.

Матеріали та методи. Було обстежено 73 хворих, які перенесли церебральний ішемічний інсульт: 20 хворих із давністю інсульту 3-6 місяців, 26 хворих – від 6 місяців до 1 року, та 37 – від 1 до 3-х років. Ультразвукова доплерографія виконувалась на апараті «Sonodop – 8000».

Результати. Аналіз отриманих результатів свідчив про наявність асиметрії лінійного кровотоку у 93% хворих 1 групи, 78% 2 та 81% 3 групи. У 69% хворих доплерографічна картина співпадала із ступенем важкості хворих та рівнем відновлення рухової сфери. У 31% хворих мали місце гемодинамічно незначні зміни.

Висновки. Отримані результати свідчать про наявність вади компенсаторних механізмів, прискорюючих перерозподіл кровотоку, або збільшення затрат функціональних джерел компенсації, що спричинило судинну катастрофу.

**СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В Г. БЕЛГОРОДЕ**
Ефремова О. А., Головин Н. И., Криворученко М. А., Ефименко Е. В.
Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Целью исследования является обзор и оценка применения препаратов в терапии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в г. Белгороде. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1 Определить существующую практику стационарного лечения хронической обструктивной болезни легких в г. Белгороде, используя метод статистической обработки данных историй болезни.

2 Установить на основании результатов исследования соответствие лечения больных хронической обструктивной болезнью легких принципам доказательной медицины.

3 Определить на основании результатов исследования частоту применения лекарственных препаратов различных фармакологических групп.

Основу лечения ХОБЛ в стационарных условиях г. Белгорода составляют лекарственные средства четырех групп: бронхолитики, муколитики, антибиотики, глюкокортикостероидные средства (ГКС). Бронхолитики назначались в 84% случаев, муколитики – в 74% случаев, антибиотики – в 70% случаев, ГКС – в 61% случаев. Таким образом, бронхолитики занимают первое место, что соответствует рекомендациям GOLD 2014 г., в которых эти препараты предлагают назначать в первую очередь. В структуре назначений бронхолитиков преобладают: эуфиллин (79%), беродуал (65%), ипратерол (4%). Из муколитических препаратов чаще всего назначались амброксол (52%), амбробене (43%), бромгексин (7%). Из глюкокортикостероидов предпочтение отдавалось препаратам: дексамед (89%), будесонид (17%), симбикорт (6%). Все препараты назначались в ингаляционных лекарственных формах. В качестве дополнительной терапии хронической обструктивной болезни легких использовался увлажненный кислород.

Комплексный анализ фармакотерапии хронической обструктивной болезни может быть рекомендован к использованию в целях:

- оценки соответствия лекарственной терапии национальным рекомендациям лечения ХОБЛ;
- осуществления мониторинга за рациональным использованием лекарственных средств в амбулаторных и стационарных условиях;
- выделения случаев нерационального применения лекарственных средств и своевременного принятия решений по их устранению.
- повышения уровня знаний врачей стационаров и поликлиник о возможностях лечения ХОБЛ.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С ВКЛЮЧЕНИЕМ АНАЛИЗА КАРДИОГЕНОВ НА ОСНОВЕ ВИРТУАЛЬНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Ефремова О. А., Никитин В. М., Камышникова Л. А.,
Чурносов М. И., Липунова Е. А., Муромцев В. В.**

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Работа посвящена разработке нового способа оценки текущего состояния сердечно-сосудистой системы (ССС), а также степени риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) на основе современных виртуальных информационных технологий получения и обработки различного рода кардиологических данных, включая результаты анализа кардиогенов, влияющих на развитие факторов риска. Проводилось вычисление условной вероятности наличия ИБС по результатам классификации состояния сердечно-сосудистой системы пациента по группам диагностических признаков, включающим генетический анализ полиморфных генов ИБС. Описан пример формирования обучающей выборки на основе анализа статистических медицинских данных. Проведена оценка эффективности электронной диагностики по результатам клинических испытаний (653 человека). Анализ генерируемых программой «АРМ-Кардиолог» электронных диагнозов позволяет сделать вывод о том, что вероятность правильного диагноза наличия ИБС у больного, с учетом полиморфизма кардиогенов, равна 91,1%. При этом показано, что вероятность ошибочно сгенерированных диагнозов составляет 8,9%. Таким образом, проведенные клинические исследования подтвердили работоспособность интеллектуальной системы «АРМ-Кардиолог» и показали возможность осуществления достоверной диагностики наличия ИБС у пациента с её помощью. Предложенное авторским коллективом техническое решение позволяет проводить дистанционный мониторинг состояния ССС пациента посредством телемедицинских технологий с применением переносных кардиодатчиков для передачи, обработки и хранения информации в базах данных (БД) «АРМ-Кардиолог»; вырабатывать управляющее медицинское решение с учетом сгенерированного программой диагноза ИБС на основе предложенной совокупности диагностических признаков состояния ССС; оказывать кардиологу информационную поддержку при постановке диагноза с помощью справочной системы «АРМ-Кардиолог»; повысить достоверность ранней диагностики (риска развития) заболеваний ССС и осуществить предупреждающую классификацию пациентов по группам риска развития ИБС с момента их рождения с учетом результатов генетического анализа.

ВПЛИВ ЕРАДИКАЦІЙНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ НА ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Жакун І. Б.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Україна*

Патологічний процес, викликаний *Helicobacter pylori* (НР) у гастродуоденальній зоні, може мати вплив на вміст сечовини крові та, опосередковано, на рівень білірубіну крові.

Метою дослідження була оцінка впливу лікування з застосуванням магнітотерапії на хвороби органів гастродуоденальної зони, асоційовані з НР. Для цього були співставлені рівні сечовини та білірубіну до та після лікування 59 пацієнтів з хворобами шлунково-кишкового тракту, асоційованими з НР-інфекцією. Вміст сечовини крові у всіх пацієнтів був в межах норми, проте часто спостерігались його значення на верхній або нижній межах норми. Було виділено три підгрупи: до I підгрупи увійшли пацієнти з рівнем сечовини < 5,0 ммоль/л, у II підгрупу – з вмістом сечовини від 5,0 до 5,4 ммоль/л, III підгрупу становили пацієнти, які мали рівень сечовини понад 5,5 ммоль/л. У дослідженні було проаналізовано динаміку вмісту сечовини під впливом різних схем лікування. Антибіотикотерапія майже не вплинула на частоту різних концентрацій сечовини: число хворих першої підгрупи залишилось незмінним, на 7% знизилась кількість хворих III підгрупи за рівнем сечовини та зросла кількість осіб II підгрупи. Серед хворих, які отримували магнітотерапію (МТ), в 2,1 рази збільшився відсоток пацієнтів з вмістом сечовини < 5,0 ммоль/л, тоді як кількість осіб III підгрупи майже не змінилась. Після лікування хворих, які отримували антибіотикотерапію в поєднанні з МТ, у 2,5 рази зменшилась частка пацієнтів із вмістом сечовини $\geq 5,5$ ммоль/л, в 1,4 рази зросло число осіб II підгрупи, а кількість хворих I підгрупи збільшилась на 10%. Отже, найбільший вплив на рівень сечовини крові в пацієнтів із гастродуоденальними хворобами мала МТ. Рівень білірубіну крові у загальній групі пацієнтів знизився на 37% у підгрупі із зниженням вмісту сечовини, а при підвищенні її вмісту – майже не змінився. Зміни рівня білірубіну у групі хворих, які приймали МТ, відбулись тільки у підгрупі із зниженням сечовини: його вміст знизився у 1,7 разів (на 39%), а за умов зростання сечовини він майже не змінився. У пацієнтів, які приймали антибіотикотерапію, рівень білірубіну не змінився за умов збільшення вмісту сечовини, а у хворих із зниженням рівня сечовини він зменшився на 29%. У пацієнтів, які приймали МТ у поєднанні з антибіотиками, рівень білірубіну істотно знизився майже удвічі за умов зменшення вмісту сечовини, а у осіб із підвищенням рівня сечовини – не змінився. Наведені дані доводять, що зміни рівня білірубіну крові відбуваються за умов застосування різних схем ерадикаційної терапії з стійкою тенденцією до його зниження.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Жалдак Д. О., Мелеховець О. К.

Сумський державний університет МОН України, м. Суми

Мета дослідження – встановити предиктори розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих на гіпотиреоз.

Матеріали та контингент досліджуваних. В дослідження було включено 63 хворих з діагнозом гіпотиреоз, етіологічний чинник якого не враховувався. 1-шу групу склали 22 пацієнти з субкомпенсованим та декомпенсованим гіпотиреозом, до 2-ї групи увійшли 42 пацієнти з компенсованим гіпотиреозом, які протягом 3-х років знаходились на замісній гормонотерапії L-тироксину в дозі 100 мкг. Визначались загальний холестерин (ЗХ), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) за загальноприйнятими методиками. Всі хворі пройшли ультразвукове дослідження (УЗД) щитоподібної залози, УЗД органів черевної порожнини (ОЧП) з жовчогінним сніданком з оцінкою фракції викиду жовчі.

Результати досліджень. При первинному зверненні та обстеженні було встановлено, що в 100% випадків пацієнти обох груп мали прояви дисліпідемій (у пацієнтів 1-ї групи рівень ЗХ склав $(6,2 \pm 1,1)$ ммоль/л, ТГ – $(3,1 \pm 0,8)$ ммоль/л, ЛПНЩ – $(4,1 \pm 0,4)$ ммоль/л, ЛПВЩ – $(0,76 \pm 0,09)$ ммоль/л; у пацієнтів 2-ї групи рівень ЗХ склав $(6,1 \pm 0,4)$ ммоль/л, ТГ – $(3,0 \pm 0,2)$ ммоль/л, ЛПНЩ – $(4,4 \pm 0,5)$ ммоль/л, ЛПВЩ – $(0,8 \pm 0,1)$ ммоль/л). При УЗД ОЧП всі пацієнти мали ознаки дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) з фракцією викиду жовчі 20-30% та наступні зміни: у 1-ї групи пацієнтів були виявлені ознаки жирового гепатозу I ступеня – 7 осіб, ознаки жирового гепатозу II ступеня – 4 пацієнти, ознаки хронічного холециститу – 10 пацієнтів; у пацієнтів 2-ї групи були виявлені ознаки хронічного холециститу – 18 осіб, ознаки жирового гепатозу I ступеня – 7 пацієнти, ознаки жирового гепатозу II ступеня – 5 пацієнти, гепатоспленомегалія – 2 пацієнти. Через 3 роки пацієнти 2-ї групи мали наступні результати: ліпідний профіль – рівень ЗХ склав $(5,8 \pm 0,3)$ ммоль/л, ТГ – $(2,7 \pm 0,2)$ ммоль/л, ЛПНЩ – $(3,7 \pm 0,4)$ ммоль/л, ЛПВЩ – $(1,05 \pm 0,2)$ ммоль/л; за даними УЗД ОЧП з жовчогінним сніданком встановлено зменшення проявів ДЖВШ на 42% (ознаки ДЖВШ залишились 24 пацієнтів). У пацієнтів 1-ї групи показники залишились майже на тому ж самому рівні.

Висновки. Отримані результати свідчать, що у хворих з гіпотиреозом при первинному зверненні діагностуються ознаки ДЖВШ, які без замісної гормонотерапії та симптоматичного лікування при прогресуванні захворювання призводять до розвитку стеатогепатозу, а в подальшому й НАЖХП. Тому, ДЖВШ може бути використано як предиктор розвитку НАЖХП у хворих на гіпотиреоз.

**SYSTEMIC PREDICTORS OF CARDIOVASCULAR EVENTS
IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE AND CHRONIC PANCREATITIS**

Zhelezniakova N. M., Zelena I. I., Pasiishvili T. M., Suprun I. O.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

The aim of the present study is to determine levels of homocysteine and C-reactive protein, as systemic markers of cardiovascular risk in patients with comorbidity of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and chronic pancreatitis.

Methods: 71 COPD patients have been examined: 43 COPD patients in combination with chronic pancreatitis have been regarded as a main group, 28 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 homocysteine and C-reactive protein has been performed by ELISA. 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 homocysteine blood level 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 homocysteine blood level up to $17,3 \pm 1,4 \mu\text{mol/L}$, in comparison with control group – $9,6 \pm 0,5 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0,05$). At the same time, patients with isolated COPD homocysteine level increase to $13,6 \pm 1,1 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0,05$). Simultaneously it has been found out that significantly increase of C-reactive protein in both groups - $6,4 \pm 0,21 \text{ mg/L}$ and $4,1 \pm 0,18 \text{ mg/L}$ respectively, in comparison with almost healthy patients – $1,43 \pm 0,06 \text{ mg/L}$ ($p < 0,05$). The comparative analysis of the examined groups has proved the significant difference ($p < 0,05$) in levels of homocysteine and C-reactive protein.

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 C-reactive protein and homocysteine, which may cause the development of cardiovascular complications in such patients. At the same time, changes in patients with comorbidities of COPD and chronic pancreatitis were significantly deeper and had significant differences from those in patients with isolated COPD, reflecting significant increase of cardiovascular risk in patients with comorbidity.

**ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ
У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ НА ФОНЕ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРОЦЕССЕ
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

Журавлев Ю. И., Тхорикова В. Н., Кладиева Е. П.

*Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, Россия*

Цель: оценить влияние диспансерного (Д) наблюдения на толерантность к физической нагрузке (ТФН) пациентов с полиморбидностью на фоне метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: В ходе рандомизированного контролируемого двухэтапного клинического исследования были обследованы 110 пациентов (47 мужчин, 63 женщины), имеющих 2 и более сопутствующих заболевания на фоне МС, диагностированного в соответствии с критериями ВНОК, входящих в Ша группу Д наблюдения. Пациенты были обследованы в 2 этапа: при постановке на Д учет и через 6 месяцев Д наблюдения, осуществлявшегося согласно Приказу МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. № 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения". Средний возраст обследованных составил ($57,9 \pm 11,3$) лет. Нагрузочную пробу проводили с помощью системы нагрузочного тестирования Shiller CARDIOVIT AT-104 PC по стандартному или модифицированному протоколам R. Bruce.

Результаты. При оценке результатов исходного стресс-теста ТФН составила, в среднем, ($5,03 \pm 0,14$) (2,5; 9,5). Распределение по уровню ТФН было следующим: низкий уровень ТФН (ниже 3,9 METS) выявлен у 26% пациентов; средний уровень ТФН (4,0–6,9 METS) – у 65% больных; высокий уровень ТФН (7,0–9,9 METS) – у 9% больных. Пациентов с очень высоким уровнем ТФН (более 10,0 METS) выявлено не было. В результате исходно преобладали пациенты со средним уровнем ТФН. Через 6 месяцев Д наблюдения уровень ТФН значимо ($p > 0,05$) не изменился и составил, в среднем, ($5,22 \pm 0,15$) (2,8; 9,4). При этом низкий уровень ТФН определялся у 25%; средний уровень ТФН – у 66%; высокий уровень ТФН был у 9% пациентов. Очень высокий уровень ТФН не выявлен ни у одного обследованного.

Выводы: у пациентов с полиморбидной патологией на фоне МС преобладает средний уровень ТФН. Д наблюдение, по предусмотренной приказом МЗ РФ № 1344н программе в течение 6 месяцев не позволяет добиться существенного повышения ТФН. Можно полагать, что это связано, в том числе, с низкой приверженностью пациентов к модификации образа жизни. В связи с этим необходима разработка новых подходов к диспансеризации этой категории пациентов с использованием, в частности, методов повышения комплаенса к модификации образа жизни на фоне стандартной медикаментозной терапии.

**ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ
АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ
ТА ЇХ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД МОДИФІКОВАНИХ
ТА НЕМОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ**

Журавльова Л. В., Лопіна Н. А., *Кузнецов І. В.,

***Коноз В. П., *Бондаренко Д. А.**

Харківський національний медичний університет,

**КЗОЗ «ОКЛ-ЦЕМД та МК», м. Харків*

Мета дослідження – оцінити характер ураження коронарних артерій (КА) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та їх залежність від модифікованих та немодифікованих факторів ризику, зокрема цукрового діабету (ЦД) 2-го типу.

Матеріали та методи дослідження. Був обстежений 131 пацієнт з ІХС (89 чоловіків), середній вік – (59,6±9,11) років. Для верифікації ІХС всім проводилась коронарографія правої і лівої КА за допомогою ангиографа Siemens AXIOM Artis. Для верифікації діагнозу ЦД 2-го типу використовувалися глікемічний профіль і HbA1c. Також оцінювалися ліпідний профіль, індекс маси тіла (ІМТ). Всі хворі в залежності від наявності ЦД 2-го типу були розподілені на дві групи: 1-а група (n=70) – хворі на ІХС з супутнім ЦД 2-го типу, 2-а група (n=61) – хворі на ІХС. Контрольну групу склали 20 практично здорових добровольців з інактивними коронарними судинами.

Отримані результати. Серед пацієнтів 2-ї групи переважали особи з односудинним ураженням в порівнянні з 1-ою групою ($n_2=26$ (42,62%) vs $n_1=16$ (22,86%); $p=0,016$). У пацієнтів 1-ої групи середня кількість бляшок на пацієнта було достовірно вище, ніж у 2-ій групі ((4,06±2,77) vs (2,16±1,42), $p=0,00001$), кількість уражених сегментів на пацієнта також достовірно частіше зустрічалось в 1-ій групі ((3,48±2,08) vs (2,20±1,34), $p=0,0001$). У 42 пацієнтів 1-ої групи (n=42; 60%) реєструвався дифузний характер ураження КА, в той час як всього у 8 пацієнтів 2-ї групи (n=8; 13,11%) реєструвався подібний тип ураження КА ($p<0,0001$). У пацієнтів 1-ої групи реєструвалися вірогідно більші середні значення рівня тригліцеридів ((1,86±0,81) ммоль/л vs (1,56±0,61) ммоль/л; $p=0,02$). На показники ураження КА у хворих обох груп чинили найбільший вплив вік ($R_1=0,30$; $p=0,01$; $R_2=0,19$; $p=0,0007$), тривалість ІХС ($R_1=0,44$; $p=0,00001$; $R_2=0,52$; $p=0,000001$), ІМТ ($R_1=0,30$; $p=0,0002$, $R_2=0,30$; $p=0,0005$), а у пацієнтів з ЦД – тривалість порушень вуглеводного обміну ($R=0,44$; $p=0,00001$). У пацієнтів обох груп були слабкі кореляційні зв'язки між характером атеросклеротичного ураження судин і показниками ліпідограми. Крім того, у пацієнтів із супутнім ЦД 2-го типу показник HbA1c слабо корелював з характеристиками ураження судин у пацієнтів ($R=0,16$; $p>0,05$).

Висновки. Проведене дослідження демонструє несприятливий вплив ЦД на характер атеросклеротичного ураження судин.

РІВЕНЬ СЕЛЕНУ ТА ВІТАМІНУ Е В КРОВІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНІМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Журавльова Л. В., Філоненко М. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Селен та вітамін Е є найбільш потужними представниками відповідних ланок антиоксидантної системи та успішно взаємодіють між собою. Виразне пригнічення АОС у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) може обтяжуватися наявністю супутнього неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ).

Мета дослідження: встановити зміни рівня селену та вітаміну Е в крові хворих на ГІМ в поєднанні з НАСГ.

Методи дослідження: Обстежено 62 хворих з ГІМ та супутнім НАСГ (32 чоловіків і 30 жінок), середній вік ($62,74 \pm 8,03$) років. Рівень селену (Se) вимірювали флуорометричним методом, вітаміну Е – хроматографічним, в перший та 28-й день перебування в стаціонарі. Всі пацієнти отримували базову терапію ГІМ відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів (2012).

Результати. У хворих з ГІМ та супутнім НАСГ в першу добу виявлялися достовірно нижчі рівні Se (на 19,8%, ($0,177 \pm 0,04$) мкг/мл, $p=0,019$) та вітаміну Е (на 21,7%, ($1768,1 \pm 113,4$) нмоль/л, $p=0,029$) ніж у пацієнтів без гепатобіліарної патології. До 28-го дня спостерігалось повільне зростання показників в обох групах, проте в основній групі рівні вивчених показників залишалися достовірно нижчими ($p \leq 0,05$). В обох групах виявлено позитивні кореляційні зв'язки між рівнем Se та вітаміну Е в крові: у хворих з ГІМ в поєднанні з НАСГ $r=0,36$, $p=0,008$, у пацієнтів з ГІМ без гепатобіліарної патології $r=0,43$, $p=0,002$.

Висновки. Для хворих з ГІМ та супутнім НАСГ характерним є значне пригнічення активності антиоксидантної системи, що проявляється, зокрема, низькими рівнями Se та вітаміну Е в крові і вказує на необхідність профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на підвищення антиоксидантного статусу організму.

INFLUENCE OF DYSLIPIDAEMIA CORRECTION ON KIDNEY HEMODYNAMICS AND CALCIUM METABOLISM IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AND OSTEOARTHRITIS

Zhuravlyova L. V., Rogachova T. A.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Objective: To investigate the effect of dyslipidemia (DL) correction with atorvastatin on kidney mechanisms of calcium (Ca) metabolism in patients with co-existent essential hypertension (H) stage II and osteoarthritis (OA) with Kellgren and Lawrence I-II stage (H+OA).

Design and method: 98 patients (52-72 age) with H+OA were examined, before and after month therapy with lisinopril (20-40 mg per day) and then 3 months of additional atorvastatin intake (20 mg per day). The comparison groups included 50 patients with H and 30 healthy persons. It was determined serum lipid spectrum, Ca concentration, Ca-uretic renal function (the oral calcium-tolerance test and it was evaluated by studying renal Ca excretion (RCaE), Ca filtration charge (CaFC) and its excretion fraction (CaEF); bone resorption intensity – by C-terminal telopeptide. Ca transport was characterized by calculation method, renal blood flow – by Doppler examination of renal arteries. Renal vascular resistance was calculated by D.Gomez formulas.

Results: Elevated RCaE was observed in patients with H+OA. It was proved by retarded transport of Ca between kidneys and extracellular fluid (ECF) ($+0.089\pm 0.010$ mmol/min) in difference with Ca transport in patients with H and especially in healthy persons ($+0.108\pm 0.009$ mmol/min). CaEF dynamics indicates a decrease in tubular reabsorption of Ca in patients with H+OA ($4.23\pm 0.11\%$, against $3.76\pm 0.11\%$ in hypertensive patients and $2.94\pm 0.08\%$ in control). Besides effective correction of dyslipidemia (total cholesterol decreased from 5.97 ± 0.14 to 4.11 ± 0.11 mmol/l; low-density lipoprotein (LDLP) – from 3.78 ± 0.12 to 2.12 ± 0.09 mmol/l, $p<0.05$) atorvastatin decreased RCaE after Ca loading on 24.6% as a result of Ca reabsorption elevation on 1.45% ($p<0.05$), which contributed to acceleration of Ca transport from ECF into bones nearly in 2 times (from -0.047 ± 0.007 to -0.092 ± 0.006 mmol/min; $p<0.05$). Mechanism of tubular changes is in improvement of peritubular hemodynamics as a result of increase ($p<0.05$) in kidney blood supply on 102 ± 23 ml/(min \times 1.73M²), which is caused by decrease of total renal vascular resistance from 7022 ± 90 dyn \times c \times sm⁻⁵ to 6519 ± 94 dyn \times c \times sm⁻⁵, predominantly (72.4%) efferent ($p<0.05$). After treatment with atorvastatin, C- terminal telopeptide concentration decreased in 2.34 times (from 252.2 ± 16.1 to 108.0 ± 13.3 mkg/mmol). Correlation ($p<0.05$) was determined between decrease of serum LDLP and RCaE ($r=+0.33$) and C- terminal telopeptide ($r=+0.42$).

Conclusions. In hypertensive patients with OA atorvastatin along with cholesterol-lowering effect causes hypocalciuretic and antiresorptive action. Anticalciuretic effect of atorvastatin is caused by its beneficial effects on renal hemodynamics - increase in renal blood flow due to a decrease of efferent renal vascular resistance. Kidney effects of atorvastatin increase in simultaneous intake of angiotensin converting enzyme inhibitor – lisinopril.

**ROLE OF VON WILLEBRAND FACTOR
AS A MARKER OF COMPLICATED COURSE
OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS
WITH CONCOMITANT DIABETES MELLITUS TYPE 2**

Zaikina T. S., Rynchak P. I., Babadjan V. D., Kravchun P. G.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Introduction: despite on improving of the treatment standards, mortality among patients with acute myocardial infarction (AMI) and diabetes mellitus (DM) is higher than in patients without diabetes mellitus. That's why it is very important to reveal the markers of complicated course.

Aim of study: to establish the markers of complicated course of acute myocardial infarction in patients with concomitant diabetes mellitus type 2 based on the estimation of endothelial damage marker – von Willebrand factor.

Materials and methods: 70 patients were enrolled in this study. They were divided in two groups: I group – 23 patients with complicated course of AMI; II group – 47 patients with uncomplicated course of AMI. Levels of von Willebrand factor were evaluated using immunoassay analysis twice at the first and tenth days of AMI using commercial test-system of YH Biosearch Laboratory (China). Statistical analysis was made with the evaluation of average levels (M), error of the average level (m), reliability of differences (p) between parametrical samples.

Results: Average levels of von Willebrand factor in the I group were significantly higher than in II group – $2,12 \pm 0,06$ ng/ml and $1,94 \pm 0,03$ ng/ml accordingly ($p < 0,01$). Insufficient reduction of this parameter under the influence of treatment was also associated with development of complications ($-14,6 \pm 1,1\%$ and $-18,1 \pm 0,8\%$ accordingly ($p < 0,01$)).

Conclusions: complicated course of acute myocardial infarction in patients with concomitant diabetes mellitus type 2 is associated with higher levels of von Willebrand factor and insufficient reduction of this parameter under the influence of treatment confirm negative impact of endothelial damage.

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО РОЛЬ ПРЕБІОТИКІВ, ПРОБІОТИКІВ І СИНБІОТИКІВ В ПРОФІЛАКТИЦІ ОСТЕОПОРОЗУ

Зайченко О. Є., Панченко Г. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Остеопороз є найпоширенішим метаболічним захворюванням скелета і характеризується зниженням міцності кістки. Епідемічний характер остеопорозу, а також його драматичні наслідки, пов'язані з переломами, роблять його соціально значущим захворюванням, що вимагає ранньої діагностики, активного лікування і профілактики.

В даний час вважається, що вживання протягом життя кальцію в біодоступній формі може збільшити утримання маси кісткової тканини і стабільність структури кістки. Надходження кальцію в організм залежить не тільки від його кількості в раціоні, але і від його біодоступності, тобто кишкової абсорбції і адекватного використання в організмі. Отже, збільшення засвоєння кальцію є важливим фактором зниження ризику остеопорозу.

В останній час проведені дослідження, що свідчать про позитивний вплив вживання препаратів пробіотиків і пробіотичних продуктів в профілактиці остеопорозу. Перспективними є вживання полі- та олігосахаридних пребіотиків. До них відносяться інулін, олігофруктоза, фруктоолігосахариди, галактоолігосахариди, олігосахариди сої. Вони мають позитивний вплив на абсорбцію і метаболізм мінералів, склад і архітектоніку кістки. Оптимальною є комбінація фруктоолігосахаридов з різною довжиною ланцюжка, що є синергістами. Ефективність пребіотиків залежить від таких факторів, як вік, менопаузальний статус і здатність абсорбувати кальцій. Синбіотики, тобто комбінація пробіотика і відповідного йому пребіотика, можуть давати адитивний ефект. Основними механізмами їх впливу на мінеральну щільність кістки є: підвищення розчинності мінералів внаслідок підвищення продукції бактеріями коротколанцюгових жирних кислот; розширення поглинаючої поверхні внаслідок проліферації ентероцитів, опосередкованої продуктами бактеріальної ферментації, переважно лактату і бутирату; збільшення експресії кальцій-зв'язуючих білків; поліпшення функції травного каналу; руйнування фітінової кислоти, що зв'язує мінерали; вивільнення з харчових продуктів факторів, що модулюють кісткову тканину, таких як фітоестрогени; корекція модулюючих факторів росту, таких як поліаміни. Пробіотики мають перспективи при вторинному остеопорозі, пов'язаному із запальними захворюваннями кишечника, або інтоксикацією важкими металами.

Таким чином, використання пробіотиків, пребіотиків та синбіотиків є перспективним напрямком в профілактиці остеопорозу.

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ЇХ ДИНАМІКА ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Зак М. Ю., Пасієшвілі Л. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи. Визначити динаміку факторів резистентності слизової оболонки шлунку (СОШ) у пацієнтів на хронічний гастрит (ХГ) у поєднанні з остеоартрозом (ОА) під впливом комплексного лікування.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 122 пацієнта (середній вік – $(49,65 \pm 3,51)$ р.) з ХГ в поєднанні з ОА, які отримували НПЗП-терапією I групи склали 54 пацієнта з неатрофічним гастритом (НАГ) в поєднанні з ОА, II групи – 68 хворих з атрофічним гастритом (АГ) в поєднанні ОА, III групи – 40 пацієнтів з ОА без супутнього ХГ. У шлунковому вмісті визначали концентрацію факторів резистентності СОШ: глікопротеїни, сіалови кислоти, фукозу, гексозаміни. У якості комплексної терапії хворих застосовували пантопразол в дозі 80 мг / добу – 28 днів та субцитрат вісмуту в дозі 240 мг – 14 днів.

Результати. Результати проведеного дослідження вказують на те, що фактор ХГ при прийомі селективних НПЗП з приводу ОА значимо – у 3,3 рази частіше при НАГ ($\chi^2=84,33$; $p=0,009$) і 4,4 рази частіше при АГ ($\chi^2=36,78$; $p=0,002$), підвищує ризик розвитку ерозивної гастропатії, в порівнянні пацієнтами без гастродуоденальної патології в анамнезі. Виснаження факторів захисту СОШ спостерігалось в I групі у 2 (5,0%) обстежених, а в II групі – у 21 (30,9%) пацієнтів ($2=85,12$; $p=0,002$). В результаті комплексного лікування у всіх групах в середньому на 2-3 добу лікування пацієнти відзначали зменшення болю у животі та явищ диспепсії. Відновлення біохімічної системи резистентності СОШ зафіксовано у всіх пацієнтів I групи та у 83,3% хворих II групи.

Висновки. При проведенні НПЗП-терапії ХГ може розглядатися як фактор підвищеного ризику розвитку ерозивних уражень СОШ у пацієнтів з ОА. НПЗП-терапія при АГ в поєднанні з ОА обумовлює виснаження факторів захисту СОШ у 6,2 рази частіше, ніж при НАГ. Комплексна терапія (пантопразолом і субцитратом вісмуту) демонструє високу клінічну ефективність, приводить до відновлення цілісності СОШ та біохімічного складу шлункового слизу.

СПОСІБ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АТЕРОТРОМБОЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Запровальна О. Є., Бондар Т. М., Беседіна А. С.

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

Мета: підвищити ефективність та безпечність довгочасної терапії ацетилсаліциловою кислотою (АСК) у хворих з коморбідним перебігом ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2-го типу та знизити ризик розвитку атеротромботичних ускладнень

Матеріали та методи. Обстежено 65 хворих на ІХС у поєднанні з ЦД 2-го типу, з них чоловіків – 53, жінок – 24, середній вік – (61,7±1,1) років. До контрольної групи залучено 16 практично здорових осіб. На тлі терапії АСК у хворих додатково здійснюють кількісну оцінку стану функціональної активності тромбоцитів. Для цього проводять біохімічне дослідження цільної крові відомим кондуктометричним методом на гематологічному аналізаторі та вимірюють такі показники тромбоцитарного гемостазу як середній об'єм тромбоцитів та ширина розподілу тромбоцитів за об'ємом. При цьому попередньо встановлюють нормативні значення оціночних критеріїв (результати власних досліджень).

Результати: За даними власних оригінальних досліджень розроблений та запатентований в Україні (заявка № у 2016 03420, пріоритет 04.04.2016) спосіб вторинної профілактики атеротромбозу, за яким в умовах, коли значення показників тромбоцитарного гемостазу знаходяться у межах встановлених нормальних значень, попередньо призначену у складі комплексної терапії добову дозу АСК (100 мг/добу) розподіляють на 2 прийоми (двічі по 50 мг/добу). А якщо значення одного або обох показників тромбоцитарного гемостазу перевищують верхню межу встановлених нормальних значень, попередньо призначену дозу (75 мг/добу) підвищують в 2 рази та розподіляють на 2 прийоми (двічі по 75 мг/ на добу). Так серед обстежених 33 хворим попередньо призначену добову дозу АСК (100 мг/добу) було розподілено на 2 прийоми на добу. 32 хворим попередньо призначену дозу (75 мг/добу) підвищили в 2 рази (150 мг/добу) та розподілили на 2 прийоми на добу.

Висновки. Таким чином, використання запатентованого способу у медичній практиці забезпечує додаткову кількісну оцінку стану функціональної активності тромбоцитів на тлі терапії АСК та можливість на цій підставі розробити не тільки диференційований, патогенетично обґрунтований вибір дози препарату, але й визначити кратність його призначення. А це дозволить підвищити ефективність та безпечність довготривалої терапії АСК та знизити ризик розвитку атеротромботичних ускладнень.

**ПОЛІМОРФІЗМ T924C ГЕНА РЕЦЕПТОРА ТРОМБОКСАНУ A2
ТА C807T ГЕНА ГЛІКОПРОТЕЇНУ Ia У ХВОРИХ
НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

Запровальна О. Є., Бондар Т. М., Рябуха В. В.

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

Мета дослідження – вивчити розповсюдженість поліморфізму T924C (rs4523) гена рецептора тромбоксану A2 (TBXA2R) та поліморфізму C807T (rs1126643) гена глікопротеїну Ia (ITGA2) та їх можливий зв'язок з клініко-анамнестичними показниками у хворих з ІХС.

Матеріали та методи. Обстежено 327 осіб: контрольна група – 44 практично здорові особи та основна група – 283 хворих з хронічними формами ІХС (стабільна стенокардія напруження II та III функціональних класів). ДНК для молекулярно-генетичних досліджень виділяли з цільної крові за допомогою комерційного набору «ДНК-сорб-В» («Амплісенс», Російська Федерація). Ампліфікацію виділеної ДНК проводили в автоматичному режимі на термоциклері TP4-ПЦР-01 – «Герцик» з використанням комерційного набору реактивів «GenePak PCR Core» (Лабораторія «NEOGENE», Україна) та специфічних праймерів («Thermo Scientific», Литва). Міжгрупові відмінності якісних ознак оцінювали з використанням критерія χ^2 Пірсона.

Результати. При аналізі зустрічальності генотипів гена TBXA2R встановлено, що розповсюдженість СС генотипу в контрольній групі та в групі пацієнтів з ІХС не відрізнялась ($\chi^2=0,09$, $p=0,77$), СТ генотип частіше зустрічався в осіб контрольної групи ($\chi^2=3,80$, $p=0,05$), тоді як хворі з ІХС вірогідно частіше були носіями ТТ генотипу ($\chi^2=6,68$, $p=0,01$). Вік маніфестації ІХС у носіїв мінорного ТТ-генотипу був вірогідно нижчим як у порівнянні з носіями розповсюдженого СС-генотипу ($p=0,04$), так і порівняно з пацієнтами з гетерозиготним СТ-генотипом ($p=0,04$). При генотипуванні поліморфного сайту C807T (rs1126643) гена ITGA2, було виявлено наступне співвідношення носіїв СС, СТ та ТТ генотипів: 35,1 %, 45,9% та 19,0%, відповідно. Носії мінорного ТТ генотипу були молодшими як за біологічним віком ($p=0,05$), так і за віком маніфестації ІХС ($p=0,02$) у порівнянні з носіями СС-генотипу.

Висновки. Носії мінорного генотипу ТТ поліморфізму T924C (rs4523) гена TBXA2R та носії мінорного ТТ генотипу поліморфізму C807T (rs1126643) гена ITGA2 мають вищу вірогідність розвитку ІХС. Маніфестація ІХС у хворих на ІХС-носіїв мінорного генотипу ТТ поліморфізму T924C (rs4523) гена TBXA2R та носіїв мінорного генотипу ТТ поліморфізму C807T (rs1126643) гена ITGA2 відбувається у молодшому віці.

ПОРІВНЯЛЬНА СТРУКТУРА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА ДАНИМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Заячук В. М., Семотюк М. М., Макоїда І. Я., Мельник О. П., Заячук Р. В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

На лікуванні в університетській клініці перебувають пацієнти з міста, області, студентська молодь та працівники університету.

Мета. Провести порівняльний аналіз структури неінфекційних захворювань 1278 і 1470 історій хвороб за 2010 та 2015 роки відповідно.

Результати. Питома вага неінфекційних захворювань становила значну частку – 768 (60,1%) в 2010 і 934 (63,6%) хворих в 2015 роках. З них у 2010 році на кардіологічні захворювання (ІХС, стенокардія, гіпертонічна хвороба, нейро-циркуляторна дистонія та інші) припадало 509 (39,8%) хворих та 693 (47,1%) хворих у 2015 році. Із сукупності кардіологічних захворювань – 509 та 693 випадки у відповідних часових проміжках, відмічена тенденція до зростання частоти госпіталізації хворих на гіпертонічну хворобу з 204 (40,1%) до 300 (43,2%) і нейро-циркуляторну дистонію з 69 (13,5%) до 135 (19,5%) хворих.

Неінфекційні захворювання шлунково-кишкового тракту (хронічний холецистит, постхолецистектомічний синдром, хронічний панкреатит, криптогенний гепатит, невірусний цироз печінки та ін.) склали 189 (14,8%) та 165 (11,2%) випадків в цих роках; опорно-рухового апарату (ревматоїдний артрит, остеоартроз, подагрична і псоріатична артропатія) – 46 (3,6%) та 38 (2,3%) хворих, відповідно.

Висновки. Таким чином, значна частка неінфекційних кардіологічних захворювань вказує на важливість профілактики та їх лікування, необхідності проведення реабілітаційних заходів. Для лікування хворих на нейро-циркуляторну дистонію та інші межові стани серед пацієнтів, студентської молоді в клініці функціонують фізіотерапевтичний, масажний та кабінет психологічного розвантаження з досвідченими фахівцями.

МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ ПРОДУКЦІЇ АКТИВНИХ ФОРМ КИСНЮ В КРОВІ ХВОРИХ, СТИМУЛЬОВАНИХ ОЗОНОМ

Зінченко В. Д., *Топчій І. І., Горяча І. П., Головіна К. М.,

*Кірієнко О. М., *Грідасова Л. М.

*Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків,
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України,
м. Харків»*

Мета роботи – дослідження продукції активних форм кисню (АФК) в плазмі крові після дії озону методом хемілюмінесценції (ХЛ) із застосуванням дінатрієвої солі флуоресцеїну – ураніну (УР).

Для спостереження хемілюмінесценції в кювету хемілюмінометра, що містила від 0,5 до 1 мл незабуференого розчину 100 мкмоль УР, і 100–200 мкл крові або плазми крові вводили за допомогою дозатора від 0,2 мл до 1 мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) з концентрацією озону $(5-7) \times 10^4$ моль, дослідження проводились при кімнатній температурі без перемішування.

Умови експерименту: в зразку, що містив 500 мкл розчину УР (100 мкмоль) і 200 мкл плазми запустили хемілюмінесцентну реакцію додаванням 500 мкл ОФР (7 мг O_3 /л), і після виникнення післясвітіння ввели 1 мл розчину H_2O_2 (1 ммоль), через 2 хв. ввели 1 мл розчину $FeSO_4$ (1 мМ), після спаду інтенсивності післясвітіння до нуля стали вводити ОФР порціями по 200 мкл.

Результати цього експерименту дають підстави виключити участь перекису водню і гідроксил-радикала в реакції післясвітіння. Отримані експериментальні факти дозволяють говорити про те, що післясвітіння пов'язано з переносом енергії на УР від інших хімічно активних часток. Найбільш імовірним претендентом на роль такої хімічно активної частки може бути, на нашу думку, синглетний кисень, який утворюється при реакціях озону з органічними молекулами. Антиоксидантні системи плазми крові нейтралізують АФК, що утворюються і післясвітіння затухає. Отримані дані запису озон-індукованого післясвітіння плазми крові пацієнтів, яким був уведений препарат актове гін показали, що час післясвітіння істотно скорочується порівняно з тим, що спостерігається у здорового донора. На наш погляд, це свідчить про те, що актовегін поліпшує антиоксидантний захист плазми крові, компенсуючи активування оксидантних систем.

Висновки: 1. Встановлено факт продукції синглетного кисню, який утворюється при реакціях озону з органічними молекулами плазми крові.
2. Взаємодія озону з органічними молекулами плазми крові має неочікувано довгий перебіг у результаті виникнення ланцюгової реакції.
3. Озон-стимульована продукція синглетного кисню плазмою крові може корегуватися застосуванням лікарських препаратів з антиоксидантною дією.
4. Отримані результати припускають необхідність за допомогою даного методу проведення досліджень з виявлення антиоксидантних властивостей інших препаратів.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІТОТРОПНОГО ПРЕПАРАТУ МЕКСИКОР У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ІІІ ФК ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Зозуляк Н. В., Юрак М. З.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета дослідження: вивчити вплив метаболітотропного препарату мексикор на ефективність перебігу стабільної стенокардії та артеріальної гіпертензії.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 45 хворих на стабільну стенокардію ІІІ ФК та артеріальну гіпертензію. Усі хворі сліпим методом були рандомізовані у дві групи: І – група базової терапії (БТ), 22 хворих, які отримували комплексну терапію антиангінальними засобами (продлонговані нітрати, бета-адреноблокатори), антигіпертензивними середниками (іАПФ), антитромбоцитарними (аспірин), ліпідознижуючими препаратами (статири) та ІІ – група (БТ+М), 23 хворих, які отримували окрім базової терапії додатково метаболітотропний препарат – мексикор перші 10 днів по 2,0 мл 5% розчину довенно, краплинно, розчинивши попередньо в 0,9 % розчині натрію хлориду, впродовж 30-90 хвилин 1 раз на день з переходом на капсули по 0,1 г 3 рази на день. Проводили клінічне, інструментальне обстеження з визначенням показників субклінічного пошкодження артерій: швидкість поширення пульсової хвилі (ШППХ), індекс жорсткості аорти (ІЖА), товщина комплексу «інтима-медіа» (ТІМ).

Результати: Через 1 місяць проведеного лікування спостерігалось достовірне покращення досліджуваних показників в обох групах. Зменшилась ШППХ на 6,2% ($p < 0,05$) в групі БТ та на 11,8% ($p < 0,01$) в групі БТ+М. У групі хворих, які отримували мексикор відмічалось більш виражена позитивна динаміка показника ІЖА, який зменшився на 18,1% ($p < 0,01$), а у групі БТ – на 12,2% ($p < 0,05$). У групі БТ не відмічались достовірні зміни показника ТІМ, натомість у хворих, які вживали мексикор, даний показник знизився на 6,2% ($p < 0,05$).

Висновок: Мексикор покращує перебіг стабільної стенокардії ІІІ ФК із супутньою артеріальною гіпертензією шляхом позитивного впливу на показники субклінічного пошкодження артерій, такі як ШППХ, ІЖА та ТІМ.

ГЕНДЕРНИЙ РОЗПОДІЛ ВМІСТУ ХЕМЕРИНУ СИРОВАТКИ КРОВІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Іванченко С. В., Гончарь О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: вивчити гендерні відмінності вмісту хемерину сироватки крові хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в залежності від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали і методи: в умовах стаціонару обстежено 82 хворих з ГХ, в тому числі 36 чоловіків і 48 жінок у віці від 38 до 76 років. За величиною ІМТ всі хворі були розділені на 4 групи. Першу групу склали 17 пацієнтів: 11 чоловіків і 8 жінок з нормальною вагою – ІМТ 22,27 (21,5; 24,0) кг/м². До другої групи увійшли 26 пацієнтів: 9 чоловіків і 17 жінок з надмірною масою тіла – ІМТ 26,85 (25,84; 27,6) кг/м². Третя група складалася з 16 пацієнтів: 6 чоловіків і 10 жінок з ожирінням I ст. – ІМТ 32,3 (31,8; 33,41) кг/м². Четверту групу склали 23 пацієнта: 10 чоловіків і 13 жінок з ожирінням II-III ст. – ІМТ 39,5 (35,5; 42,8) кг/м². Сироватковий рівень хемерину визначався імуноферментним методом з використанням набору реактивів Human Chemerin ELISA Kit (Kono Biotech Co., Ltd., КНР). Статистичний аналіз даних проводився з використанням комп'ютерного пакету прикладних програм для обробки статистичної інформації Statistica for Windows 6.1. Для порівняння незалежних вибірок, у зв'язку з розподілом, відмінним від нормального, застосовувався непараметричний статистичний критерій Манна-Уїтні. Кількісні ознаки описували медіаною (Me), значеннями верхнього (UQ) і нижнього (LQ) квантилей вибірки. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез складав $p < 0,05$.

Результати та обговорення: в першій групі рівень хемерину сироватки крові склав 5,74 (4,98; 6,52) нг/мл у чоловіків і 5,78 (4,18; 6,52) нг/мл у жінок. У пацієнтів-чоловіків другої групи вміст хемерину сироватки крові був 5,5 (4,45; 5,64) нг/мл, у жінок – 5,71 (4,41; 6,29) нг/мл. У третій групі сироваткові рівні хемерину склали 6,2 (5,86; 6,51) нг/мл у чоловіків та 6,1 (4,62; 6,28) нг/мл у жінок. Пацієнти 4-й групи мали наступні рівні хемерину сироватки крові: чоловіки 4,97 (3,93; 5,1) нг/мл, жінки 5,72 (4,2; 7,36) нг/мл. При проведенні внутрішньогрупового аналізу, в залежності від ІМТ за гендерними ознаками, статистично достовірних відмінностей вмісту хемерину сироватки крові у хворих на ГХ всередині груп виявлено не було.

Висновки: отримані результати дослідження не підтвердили існування гендерних відмінностей рівня хемерину сироватки крові у хворих на гіпертонічну хворобу в залежності від індексу маси тіла.

ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ВЛАСНОСТВОРЕНОГО ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Іванчук П. Р., Тащук В. К., Амеліна Т. М., Савчук О. В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Незважаючи на тривалий досвід аналізу ЕКГ, методика вимірювання її параметрів визнана недостатньо уніфікованою і електрофізіологічно обґрунтованою при визначенні точки підрахунку амплітуд зубців, зміщення сегмента ST тощо.

Метою нашого дослідження була оцінка можливостей клінічного впровадження створеного медичного програмного забезпечення для кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням змін сегмента ST і покращенням інформативності діагностики та прогнозування перебігу кардіальної патології.

Для виконання поставленої мети було обстежено 82 пацієнти. Відносно встановленого діагнозу вони були розподілені на: стабільна стенокардія напруження (СтСт, n=40) з наявністю шлуночкової екстрасистоїї (ШЕ), групу зіставлення склали хворі на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ, n=42) з наявністю ШЕ. Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою з оцінкою змін сегмента ST екстрасистоличного комплексу та дослідженням швидкісної оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії і елевації сегмента ST.

Визначено однакову ймовірність розподілу хворих в групі за статтю, середній вік склав 68 рр., що і слугувало достовірною межею розподілу для двох вікових груп ((61,00±2,46) рр. проти (76,00±3,30) рр., p=0,0069). На першому етапі дослідження проаналізовано розподіл нахилу ST з визначенням змін сегмента ST через 0,08 с після точки J, кута β° спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST – Н (mV) через 1 с реєстрації. Визначено переважання Н передчасного шлуночкового скорочення в старшій віковій групі ((1,80±0,09) mV проти (1,40±0,16) mV, p=0,034). Також в старшій групі суттєво переважав кут β° спрямування сегмента ST ((35,66±2,51) $^\circ$ проти (26,30±2,39) $^\circ$, p=0,0093). На наступному етапі було порівняно кут β° і висоту Н залежно розподілу діагнозів СтСт і ІМ. Було встановлено недостовірне переважання Н у передчасного шлуночкового скорочення в пацієнтів з ІМ проти СтСт ((1,75±0,11) mV проти (1,45±0,18) mV, p= 0,17). Також переважала і величина кута β° у пацієнтів з ІМ проти СтСт ((35,60±2,55) $^\circ$ проти (26,36±2,40) $^\circ$, p=0,011).

Таким чином, клінічне впровадження власної програми надає можливість кількісної оцінки зв'язків ішемії міокарда і змін сегмента ST екстрасистоличного комплексу, оскільки відомим є факт зв'язку типу вихідної ST-депресії з підвищеним ризиком розвитку ішемічної події та небезпечних аритмій, а отже є цінним прогностичним фактором ішемії міокарда.

ЛКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЗУБЦЕМ Q: ВІД ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДО ПЕРВИННИХ ПЕРКУТАННИХ КОРОНАРНИХ ВТРУЧАНЬ

Іваньо Н. В., Росул М. М., Іваньо Т. В., Корабельщикова М. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Мета: вивчити частоту застосування реперфузійної терапії методом фібринолізу або первинного перкутанного коронарного втручання (ПКВ) у хворих на інфаркт міокарда (ІМ) з зубцем Q, мешканців м. Ужгорода протягом останніх трьох років (2013-2015 рр.).

Матеріали та методи. Обстежено 186 хворих, які перенесли ІМ з зубцем Q. Всі вони були поділені на три групи в залежності від року виникнення ІМ. 1-а група складалася з 73 хворих (віком від 45 до 91 років, середній вік $(64,1 \pm 5,9)$ р.), які перенесли ІМ з зубцем Q у 2013 році; 2-га група – з 62 хворих (віком від 33 до 90 років, середній вік $(64,8 \pm 6,3)$ р.) – у 2014 році, 3-га група – з 51 хворого (віком від 36 до 80 років, середній вік – $(63,7 \pm 4,6)$ р.) – у 2015 році.

Результати. Аналіз отриманих даних свідчить, що кількість хворих, які перенесли ІМ з зубцем Q протягом останніх трьох років поступово зменшується, що позначилося на показнику захворюваності на ІМ з зубцем Q: у 2013 році – 0,79 на 1000 дорослого населення (д.н.), у 2014 році – 0,67 на 1000 д. н., у 2015 році – 0,56 на 1000 д. н. Разом з тим спостерігається неухильне зростання відсотку хворих із зареєстрованим ІМ без зубця Q: у 2013 році – 33%, у 2014 році – 38%, у 2015 році – 48%, що може свідчити про значне покращення виявлення хворих на ІМ без зубця Q, в основному за рахунок використання серцевих тропонінів. В 1-й групі хворих на ІМ у гострий період захворювання відновлення коронарного кровообігу проведено 25 хворим (34%), при чому 7 хворим (10%) проводилася тромболітична терапія (ТЛТ), а 18 хворим (24%) – ургентне ПКВ. В 2-ій групі відновлення коронарного кровопостачання було проведено 30 хворим (48%): ТЛТ – 5 хворим (8%), а ПКВ – 25 хворим (40%). В 3-ій групі реканалізація інфаркт-залежної коронарної артерії (КА) була проведена 35 хворим (69%): ТЛТ – 4 хворим (8%), а ПКВ – 31 хворому (61%). Іншим хворим на ІМ з зубцем Q відновлення прохідності інфаркт-залежної КА в гострий період не проводилося, в першу чергу, за рахунок не своєчасного звернення хворих за медичною допомогою.

Висновки. Протягом останніх трьох років кількість хворих на ІМ з зубцем Q зменшилася, але збільшилося виявлення хворих з ІМ без зубця Q в основному за рахунок більш широкого використання тропонінових тестів. Щороку збільшується відсоток хворих на ІМ з зубцем Q, яким в гострий період захворювання проводиться відновлення прохідності інфаркт-залежної КА найбільш оптимальним методом – ПКВ.

ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ЗАСОБУ ДУПЛЕКОР У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Глащук Т. О., Окіпняк І. В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Незважаючи на активне висвітлення у спеціалізованій літературі тактики ведення хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), питання медикаментозного лікування останньої залишається актуальним.

Нас зацікавило вивчення ефективності та прихильності застосування комбінованого засобу дуплекор у пацієнтів із АГ та виявленою дисліпідемією.

У дослідженні взяли участь 36 пацієнтів на АГ віком 56-72 років (середній вік $65,7 \pm 5,9$). Критерієм включення була наявна есенціальна АГ та дисліпідемія. Всім хворим проводили клінічне обстеження, визначення показників ліпідограми, цілодобове моніторування артеріального тиску (АТ). Обстеження здійснювали при першому візиті, через 2 місяці та через 6 місяців. Пацієнти були розподілені на 2 групи: першу (22 особи) склали хворі, яким в якості терапії було призначено амлодипін 10 мг/добу, аторвастатин 10 мг/добу; другу (24 особи) склали хворі, яким призначено дуплекор (аторвастатин/амлодипін) 10/10.

Встановлено досягнення цільового рівня ліпопротеїдів низької щільності ($<2,5$ ммоль/л) через 6 тижнів у 78,3% пацієнтів основної групи, 63,6% - у пацієнтів контрольної групи. Цільового рівня систолічного АТ(САТ) було досягнуто у 56,9% (основна група) та у 44,15% (контрольна група), діастолічного АТ – у 100% спостережень. Достовірно знизився пульсовий АТ (на 11%) у пацієнтів основної групи у порівнянні із контрольною, підвищення якого найбільш характерне для старших вікових груп та відображає погіршення еластичності судин. Про зниження гіпертензивного навантаження протягом доби свідчить виражене зменшення індексу часу: для САТ – на 48,3% та 46,2% (відповідно основна та контрольна група). На 11,1% та 9,9% зменшилася початково підвищена варіабельність САТ впродовж доби (відповідно основна та контрольна група).

Таким чином, вдалося досягти рекомендованого цільового рівня показників ліпідограми та рівня АТ у обстежених, при цьому отримано кращі показники у пацієнтів, які отримували фіксовану комбінацію аторвастатину та амлодипіну, відзначено вищу прихильність хворих до лікування комбінованим препаратом, простий та зручний режим прийому ліків.

ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ (Glu298Asp) У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ

Кадикова О. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – провести оцінку значення поліморфізму гена ендотеліальної синтази оксиду азоту (Glu298Asp) у розвитку хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння.

Матеріали та методи дослідження. З метою дослідження проведено комплексне обстеження 222 хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) та ожирінням, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківської міської клінічної лікарні № 27, яка є базовим лікувальним закладом кафедри внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України. Групу порівняння склали 115 хворих на ІХС з нормальною масою тіла. До контрольної групи увійшло 35 практично здорових осіб. Групи були порівнянні за віком і статтю. У дослідження не включали хворих з важкою супутньою патологією органів дихання, травлення, нирок та осіб з онкологічними захворюваннями.

Дослідження алельного поліморфізму Glu298Asp гена ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOS) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ).

Для визначення відносного ризику розвитку захворювань розраховували відношення шансів (ВШ). Як відсутність асоціацій розглядали ВШ=1; як позитивну асоціацію – ВШ>1; як негативну асоціацію алеля або генотипу з захворюванням (низький ризик розвитку захворювання) вважали ВШ<1. Довірливий інтервал (ДІ) представляє собою інтервал значень, у межах котрого з вірогідністю 95% знаходиться прогностичне значення ВШ. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Наявність G алеля та G/G генотипу поліморфізму гена eNOS (Glu298Asp) у хворих на ІХС з супутнім ожирінням була пов'язана з розвитком хронічної серцевої недостатності (ХСН), відповідно (ВШ = 2,74, 95% ДІ = [1,22–10,46], $\chi^2=8,2$; $p < 0,05$) і (ВШ = 2,58, 95% ДІ = [1,46–9,95], $\chi^2=5,8$; $p < 0,05$), тоді як алель А був пов'язаний зі зниженням ризику розвитку ХСН (ВШ = 0,33, 95% ДІ = [0,19–0,57], $\chi^2=15,7$; $p < 0,05$).

Висновки. У хворих за умов поєднаного перебігу ІХС й ожиріння розвиток ХСН був пов'язан із алелем G та G/G генотипом поліморфізму гена eNOS (Glu298Asp), а алель А мав протекторні властивості.

ФІЛОГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЯК ІНСТРУМЕНТ КЛІНІКО- ЛАБОРАТОРНОЇ ОЦІНКИ СПОРІДНЕНОСТІ ШТАМІВ *RABIES VIRUS*

Калініченко С. В., Торяник І. І.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова

НАМН України», м. Харків

Філогенетичний аналіз молекулярних даних є одним із перспективних підходів у теоретичному дослідженні структури та функції генетичних макромолекул РНК, ДНК, протеїнів та їх еволюційних перетворень. Його кінцева мета полягає у дослідженні та відновленні еволюційного порядку дивергенції послідовностей генів, білків, їхніх складових, відпрацюванні ефективних стратегій відновлення списків еволюційних подій (наявності делецій, вставок, замінів нуклеотидів) у предкових фракціях цих макромолекул. Головним інструментом філогенетичного аналізу у його співвідносності стосовно оцінки спорідненості штамів *Rabies virus*, у тому числі, актуальних для України, є порівняння первинних послідовностей білків та визначення еволюційного консерватизму генів, як маркерного показника їх функціональної значимості. Останнє з успіхом може бути застосоване у виявленні віддаленої спорідненості генів *Rabies virus*, що давно розійшлися еволюційно та нині виконують різні за напрямком функції. З іншого боку, сучасний філогенетичний аналіз певним чином також влаштовує генна мінливість, завдяки якій стає можливим встановлення шляхів еволюції сучасних штамів вірусу сказу та відповідне застосування отриманих результатів у синтезі нових більш ефективних комплексних вакцин. З урахуванням того, що високо варіабельні гени дають найбільше розширення на пізніх еволюційних етапах, цілком доцільним та зрозумілим є застосування молекулярно-біологічних методів, на кшталт рестрикційної ПЛР, за для уточненої ідентифікації вірусів та спорідненості останніх з іншими штамми. Детекція вірусних білків сприятиме безумовному поглибленню та інтерпретації існуючих уявлень щодо класифікаційних доміант, структурно-диференційної належності (існування псевдогена між G та L цистонами - специфічна відмінність вірусу сказу від вірусу везикулярного стоматиту) відомих функціональних груп та їхнього функціонального навантаження. Застосування молекулярно-біологічних методів допоможе у з'ясуванні залежностей між відмінностями у структурі N-гену, превалюючої географічної локалізації збудників та хост-специфічності. Особливого наголосу заявлені дослідження набувають з огляду на повідомлення щодо успішного вивчення антигенної та молекулярно-генетичної структури вірусу гострого енцефаломієліту людини та високу спорідненість його N-гену з гомологічним геном фіксованого вірусу сказу (результати аналізу нуклеотидної послідовності свідчать на користь належності вірусу енцефаломієліту людини до генотипу 1 лісавірусів та відповідності послідовностей N-гена до тих, що визначені у штамів ERA-CB20-M та RV-97 вірусу сказу).

ПОРІВНЯННЯ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ПОДАГРИЧНИЙ АРТРИТ ТА ПРИ БЕЗСИМПТОМНІЙ ГІПЕРУРИКЕМІЇ

Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.

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

Актуальність обумовлена зростанням як рівня сечової кислоти крові, так і частоти гіперурикемії в світовій популяції та асоційованими захворюваннями (подагра, артеріальна гіпертензія, ураження нирок та судин).

Мета – оцінити та порівняти порушення ліпідного спектру крові хворих з хронічним подагричним артритом та безсимптомною гіперурикемією.

Матеріали та методи. Обстежено 70 хворих, середній вік ($47,8 \pm 5,6$) років, чоловіків 58 (83%), жінок 12 (17%), з яких у 35 хворих діагностовано подагру, хронічний подагричний артрит (1 гр.), у 35 – безсимптомну гіперурикемію (2 гр.). Групи були співставні за віком, статтю, частотою та рівнем артеріальної гіпертензії. Рівень сечової кислоти крові був дещо вищим в 1 гр. ($(503,7 \pm 8,9)$ мкмоль/л) в порівнянні з 2 гр. ($(412,5 \pm 11,6)$ мкмоль/л). Проводили загальноклінічне обстеження, визначали загальний холестерин, ліпопротеїди низької щільності, ліпопротеїди високої щільності, тригліцериди крові, С-реактивний білок крові, індекс маси тіла, товщину комплексу інтима-медіа сонної артерії (предиктор серцево-судинної патології, атеросклерозу). Статистичну обробку проводили з застосуванням Т-критерія Стюдента.

Результати. За даними обстеження, в обох групах виявлені порушення ліпідного спектру крові (загальний холестерин ($6,09 \pm 1,09$) ммоль/л (1 гр.) та ($6,04 \pm 1,54$) ммоль/л (2 гр.), ліпопротеїди низької щільності ($3,97 \pm 1,31$) ммоль/л (1 гр.) та ($3,85 \pm 1,17$) ммоль/л (2 гр.), тригліцериди ($3,66 \pm 2,15$) ммоль/л (1 гр.) та ($2,65 \pm 1,15$) ммоль/л (2 гр.). Частота дисліпідемії була більшою у хворих на хронічний подагричний артрит ($p < 0,05$). Абдомінальне ожиріння частіше було у хворих 1 гр. ($p < 0,01$). У хворих на подагру рівень С-реактивного білка крові був вищим ($(18,6 \pm 3,5)$ мг), ніж у хворих з безсимптомною гіперурикемією ($(2,4 \pm 0,3)$ мг). Збільшення товщини комплексу інтима-медіа сонної артерії більше 0,9 мм ($(1,05 \pm 0,08)$ мм) (пов'язане з артеріальною гіпертензією, дисліпідемією) частіше спостерігалось у хворих 1 гр. ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, у хворих на хронічний подагричний артрит, в порівнянні з хворими з безсимптомною гіперурикемією, частіше спостерігається дисліпідемія та збільшення товщини комплексу інтима-медіа сонної артерії, що, ймовірно, обумовлене наявністю хронічного запального процесу. Дисліпідемія потребує корекції для профілактики розвитку атеросклерозу судин головного мозку, серця, нирок та зменшення ризику виникнення порушень мозкового, коронарного кровообігу.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Каширина А. В., Резниченко Е. К.

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина
кафедра неврологии № 1*

Инсульт – одна из основных медико-социальных проблем, поскольку занимает второе место среди причин смертности и первое – среди причин стойкой утраты трудоспособности во всех странах мира. Согласно статистическим данным, за период 1990–2010 гг. количество случаев инсульта у людей в возрасте 20–64 лет возросло на 25%. Одной из жалоб, предъявляемых пациентами в постинсультном периоде (ПИП), является головная боль (ГБ).

Цель: изучить клиническую особенность ГБ у пациентов в постинсультном периоде.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 46 пациентов (19 женщин, 27 мужчин), перенесших ишемический инсульт (ИИ). Возраст пациентов от 42 до 74 лет. Давность заболевания от 3 недель до 18 месяцев. Мы провели оценку неврологического и соматического, а также психологического статуса (госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Результаты. Согласно жалобам пациентов и результатам обследования, 30 (65%) пациентов имеют ГБ. При этом, в течение первого месяца ПИП у 8 пациентов появилась ГБ, в течение 6 месяцев – ГБ возникла у 16 пациентов, и более 6 месяцев – у остальных 6 пациентов. Клинически болевые ощущения у пациентов довольно разнообразны. ГБ наблюдалась у 70% пациентов при локализации ИИ в бассейне задней мозговой или основной артерий (боль в затылочно-теменной области), 35% пациентов – при атеротромбозе среднемозговой артерии (боль внутри- или периорбитально), 20% пациентов – ГБ при поражении позвоночной артерии (распространение боли в области средней скобы Зельдера). У большинства пациентов – 67%, ГБ соответствовала клинике головной боли напряжения. Согласно оценке по госпитальной шкале тревоги и депрессии, именно эта группа пациентов получила 8-12 баллов. Также мы отметили, что к данной группе пациентов относится более молодая группа людей с высоким уровнем интеллекта.

Вывод. ГБ встречается достаточно часто у пациентов в ПИП. Она достаточно разнообразна клинически, в зависимости от срока заболевания, зоны поражения. Также следует обращать внимание на степень тревожных расстройств, связанных с озабоченностью пациента состоянием своего здоровья, проблемами физического и интеллектуального дефекта или социальной дезадаптацией. Данная тема является актуальной для изучения с целью успешной терапии ГБ у такой группы пациентов.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ И УРОВНИ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Коваль С. Н., Божко В. В., Снегурская И. А., Милославский Д. К.
*ГУ «Национальный Институт терапии имени Л. Т. Малой» НАМН
Украины, г. Харьков*

Цель работы – изучить состояние липидного, углеводного и пуринового обменов у больных гипертонической болезнью (ГБ) с абдоминальным ожирением (АО) и гиперурикемией (ГУЕ).

Материалы и методы. Обследовано 130 больных ГБ 2-3 степени, средний возраст ($50,6 \pm 2,4$) лет. Определялись уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой (ХЛПВП), низкой (ХЛПНП) и очень низкой (ХСЛПОНП) плотности; глюкозы натощак и после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ); инсулина (с расчетом индекса НОМА); С-реактивного протеина (СРП). Критерием гиперурикемии (ГУЕ) считали уровень мочевой кислоты крови (МК) >360 мкмоль/л у женщин и >420 мкмоль/л – у мужчин. Больные делились на следующие группы: с наличием АО (92 пациента) и без АО (38 больных); а также – с наличием ГУЕ (69 пациентов – 53,1%) и без ГУЕ (61 больной – 46,9%).

Результаты. Больные с ГБ и АО отличались от больных ГБ без АО достоверно ($p < 0,05$) более высокими уровнями ТГ, ХЛПНП и достоверно более низким уровнем ХЛПВП. У 16,3 % больных с ГБ и АО отмечались нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). В группе больных ГБ без АО НТГ не наблюдалось. Больные с ГУЕ отличались от больных с нормоурикемией (НУЕ) достоверно ($p < 0,05$) более высокими показателями плазменных уровней ТГ и ХЛПОНП. Частота случаев НТГ в группе больных с ГУЕ (10,1%) также оказалась достоверно выше таковой у больных с НУЕ (4,9%). Частота комбинированной дислипидемии при сочетании ГБ с АО и ГУЕ оказалась достоверно выше, нежели при сочетании ГБ только с АО либо с ГУЕ. Только при сочетании ГБ с АО и ГУЕ отмечено повышение уровня СРП до ($9,11 \pm 0,72$) мг/л (у больных с ГБ и АО – ($3,62 \pm 0,16$) мг/л, $p < 0,05$; у больных с ГБ и ГУЕ – ($7,81 \pm 0,38$) мг/мл).

Выводы. АО у больных с ГБ ассоциировалось в большей степени с повышенным уровнем ХЛПНП и снижением уровня ХЛПВП, а также с нарушением толерантности к глюкозе. ГУЕ ассоциировалась в большей степени с гипертриглицеридемией и повышенным уровнем ХЛПОНП. При сочетании ГБ с АО и ГУЕ отмечались дальнейшие негативные изменения липидного и углеводного обменов, а также повышение плазменного уровня СРП у данных больных.

**КЛІНІЧНІ ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ
В КОМБІНОВАНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Коваль С. М., Старченко Т. Г., Юшко К. О.

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

Мета – вивчення ефективності комплексної антигіпертензивної, гіполіпідемічної та антидіабетичної терапії з включенням представника нового класу антидіабетичних препаратів – інгібіторів натрій-глюкозного котранспортеру 2-го типу дапагліфлозину у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу .

Матеріали і методи. Обстежені хворі на АГ (есенціальну АГ) в поєднанні з ЦД 2 типу у віці від 40 до 65 років. У 29 обстежених хворих (73%) було виявлене АО I ступеня, у 11 (27%) – НМТ. У всіх обстежених хворих діагностована комбінована дисліпопротеїнемія. Визначали індекс маси тіла (ІМТ), ЗХС, тригліцериди, ЛПВЩ, ЛПНЩ та ЛПДНЩ, рівні глюкози крові натще і глікозильованого гемоглобіну (Hb). Усі хворі отримували стандартну антигіпертензивну терапію, гіполіпідемічна терапія включала аторвастатин 20 мг ввечері. 18 хворих в якості антидіабетичної терапії отримували гліклазид (30-60 мг/доб.) з метформіном (1000-2000 мг/доб.) (1 гр.), 22 хворих гліклазид з дапагліфлозином (10 мг на добу) (2гр.).

Результати: встановлено, що в 2 групі хворих при застосуванні дапагліфлозина в комбінації з метформіном у порівнянні з 1 групою спостерігається достовірно більша частота досягнення цільових рівнів артеріального тиску (відповідно, 86% і 78%), цільових рівнів глікозильованого гемоглобіну (86% і 72%, відповідно), достовірно більшому зниженні ІМТ ($p < 0,05$), а також рівнів в крові ХЛПНЩ. Комбінація метформіна з дапагліфлозином на відміну від комбінації метформіна з гліклазидом приводила до достовірного зниження частоти гіперурикемії у хворих на АГ з ЦД 2 типу та АО або НМТ.

Висновки: результати даного дослідження вказують на перспективність більш широкого застосування дапагліфлозина в складі антидіабетичної терапії, зокрема в комбінації з метформіном, у хворих на АГ з ЦД 2 типу, особливо при їх перебігу на тлі АО або НМТ.

ВПЛИВ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ АПЕЛІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Коваль С. М., Юшко К. О., Старченко Т. Г.

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

Мета – оцінити вплив комбінованого лікування із застосуванням блокатору рецепторів ангіотензину II (БРАІІ) олмесартану або інгібітору ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) раміприлу на рівні апеліну сироватці крові.

Матеріали і методи. Обстежено 36 хворих на ГХ 2-3 ступеня з ЦД 2 типу (18 чоловіків та 18 жінок) віком від 43 до 70 років. В залежності від виду антигіпертензивного лікування хворі були розділені на дві групи: хворі, які отримували олмесартан (20-40 мг/добу) з лерканідипіном (10-20 мг/добу) (n=18) та хворі, які отримували раміприл (5-10 мг/добу) з лерканідипіном (10-20 мг/добу) (n=18). Усі хворі додатково отримували гіполіпідемічну терапію аторвастатином (20 мг/добу) та антидіабетичну терапію метформіном (1000 мг/добу). Рівні апеліну визначали за допомогою імуноферментного методу до лікування та в динаміці 12 тижневої зазначеної терапії.

Результати. Обидві групи вірогідно не відрізнялися за рівнями апеліну на початку лікування. В групі олмесартану рівні апеліну склали 0,899 (0,841;0,964) нг/мл, в групі раміприлу – 0,881 (0,845;0,933) нг/мл ($p>0,05$). В обох групах відзначався вірогідний негативний кореляційний зв'язок рівнів апеліну з діастолічним артеріальним тиском (ДАТ): в групі олмесартану – $r=-0,43$, $p<0,05$, в групі раміприлу $r=-0,44$, $p<0,05$. В динаміці 12 тижневої терапії рівні апеліну в сироватці крові достовірно змінювалися лише в групі хворих, які отримували олмесартан з лерканідипіном – відмічалось вірогідне його збільшення до 0,989 (0,904;1,085) нг/мл ($p<0,01$). Серед хворих, які отримували раміприл з лерканідипіном рівні апеліну через 12 тижнів вірогідно не відрізнялось від його до початку лікування ($p>0,05$). Після проведеної терапії серед хворих, які отримували олмесартан, зберігалась вірогідна негативна кореляція апеліну з ДАТ ($r=-0,73$, $p<0,001$). В групі хворих, які отримували раміприл, рівні апеліну в крові не корелювали з ДАТ.

Висновки. Застосування БРАІІ олмесартану, на відміну від ІАПФ раміприлу, вірогідно збільшує рівні апеліну в сироватці крові у хворих на ГХ з ЦД 2 типу. При цьому вказане збільшення рівнів апеліну в крові асоціюється зі зниженням ДАТ. Це може вказувати на те, що підвищення продукції апеліну може бути одним механізмів антигіпертензивної дії олмесартану.

CLINICAL-GENETIC FACTORS OF DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION WITH OBESITY

Kovalyova Ju. O., Shelest B. O., Mayorova M. V., Shelest O. N., Kozhyn M. I.

Kharkiv national medical university, Kharkiv

Arterial hypertension (AH) remains to one of the most actual medical and social problems so far. Studying of structural polymorphisms of genes of the systems involved in process of regulation of the arterial pressure (AP) is one of the most urgent and perspective scientific research. The range of the candidate genes which are taking part in formation of AH is rather wide. Nevertheless, these data extremely contradictory that is explained by genetic heterogeneity of populations and physiological distinctions in genesis of a disease.

The aim of research is to discover features of clinical and genetic factors at patients with AH and obesity

Materials and methods. Under the observation there were 34 patients with AH of II stage and obesity (there were 16 men and 18 women) with average age of $59,7 \pm 6,4$ years. Duration of a current AH averaged $8,1 \pm 4,7$ years. The comparison group consisted of 30 patients with AH of II stage without obesity. The clinical diagnosis was established on the basis of complaints of the patient, the anamnesis of a disease, data of objective examination. The diagnosis was verified using the laboratory and instrumental methods according to references of the European cardiologic society (2013), clinical AP $\geq 140/90$ mm hg. As the main sign existence of the central (abdominal) type of obesity was used: the waist circle (WC) more than 80 cm at women and more than 94 cm is at men; increase of the level of triglycerides, cholesterol lipoproteids of low density (ChS LPLD). DNA allocated from lymphocytes of peripheral blood with method of phenolic and chloroformic extraction. For definition of each of polymorphisms of genes sets of "Sintol" (Russia) were used. The control group was made by 20 patients without signs of AH, obesity with average age of $54,7 \pm 3,6$ years).

Results and discussing. According to measurement office AP the reliable difference in the level of levels both systolic, and diastolic AP between groups wasn't registered. The genotype of D/D gene of APF met authentically more often in group of patients with obesity (60%), than in group of comparison (40%). Polymorphism of a gene of angiotensyn II receptors (a genotype A/A) also met more often (76%), than in group of comparison. At a research of other genetic polymorphisms of RAAS and endotelial NO-syntasa genes, reliable differences between groups hasn't been established. An existence of abdominal obesity exerts noticeable impact on development and a current of AH and a research of genetic polymorphisms of genes (D/D and A/A) confirm it.

Conclusion. The study opens new opportunities in studying of developing of arterial hypertension at patients with arterial hypertension and obesity for the purpose of identification of groups with the increased risk of development of cardiovascular diseases, and also holding preventive actions.

ПЛАЗМЕННИЙ РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНА-15 ТА ІНДЕКС МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кожем'яка Г. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Загально відомо, що ожиріння є одним з основних факторів, які підвищують ризик виникнення ускладнень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ). В свою чергу чинники, які впливають на розвиток ожиріння або на його регресію залишаються недостатньо вивченими. Інтерлейкін-15 (ІЛ-15) – цитокін, який окрім протизапальних властивостей має анаболічну дію, та бере участь у регуляції жирової маси в організмі.

Мета дослідження: вивчити взаємозв'язок між рівнем ІЛ-15 та індексом маси тіла (ІМТ) у хворих на ГХ, що асоційована з ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 75 пацієнтів з ГХ. Всім хворим було проведено комплексне клінічне обстеження з визначенням антропометричних показників. Плазматичний рівень ІЛ-15 визначали імуноферментним методом з використанням набору «RayBio® Human IL-15 Elisa Kit» USA.

Результати. Було виділено 2 клінічні групи хворих: I група з $ІМТ > 30$ $кг/м^2$ (основна група) – 44 особи, II група – з $ІМТ < 30$ $кг/м^2$ (група порівняння) – 31 особа. Основна група була поділена на 3 підгрупи в залежності від ступеню ожиріння. 1 – пацієнти з 1 ст. ожиріння, $ІМТ = 30-34,9$ $кг/м^2$, 2 – пацієнти з 2 ст. ожиріння, $ІМТ = 35-39,9$ $кг/м^2$, 3 – пацієнти з 3 ст. ожиріння, $ІМТ > 40$ $кг/м^2$. Серед обстежених основної групи найменший рівень ІЛ-15 ($(88,2 \pm 1,1)$ пкг/мл) був у хворих з 3 ст. ожиріння, тоді як у хворих з 1 ст. ожиріння рівень ІЛ-15 склав $(96,6 \pm 1,3)$ пкг/мл. У хворих з 2 ст. ожиріння рівень ІЛ-15 був $(100,4 \pm 2,1)$ пкг/мл. Проведений кореляційний аналіз між рівнем ІЛ-15 в плазмі крові та ІМТ у пацієнтів, хворих на ГХ в поєднанні з ожирінням, дозволив виявити наявність негативного зв'язку. ($r -0,37$, $p < 0,005$).

Висновки: вивчено вміст ІЛ-15 у хворих на ГХ у сполученні з ожирінням, встановлена асоціація підвищеного рівня ІЛ-15 з ожирінням у хворих на ГХ, що свідчить про взаємозв'язок між рівнем ІЛ-15 у плазмі крові та масою жирової тканини.

СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ У ПЕРИМЕНОПАУЗІ ЗА ДОПОМОГОЮ МАТЕМАТИЧНОЇ МОДЕЛІ

Колеснікова О. В., Висоцька О. В., Яренько М. В., Беседіна А. С.

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

Мета: оптимізувати методологічні підходи до вивчення взаємозв'язків, які відображають різні ланцюги патогенезу гіпертонічної хвороби та ожиріння у жінок у перименопаузі шляхом удосконалення рівня використання методів статистичного аналізу.

Матеріали та методи. Обстежено 115 жінок з гіпертонічною хворобою та ожирінням в перименопаузі. Середній вік ($50 \pm 3,5$) роки. До контрольної групи залучено 20 практично здорових жінок в перименопаузі, порівнянних за віком.

На підставі логістичного регресійного аналізу індивідуальних даних здійснено відбір 10 найбільш значущих прогностичних критеріїв для створення математичної моделі прогнозу, а саме: вік (X_1), рівень експресії фактора росту ендотелію судин (VEGF) (X_2), вміст холестерину ліпопротеїдів високої щільності ХСЛПВЩ (X_3), вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності ХСЛПНЩ (X_4), рівень (вміст) глікозильованого гемоглобіну (X_5), рівень систолічного артеріального тиску (САТ) (X_6), рівень варіабельності серцевого ритму (SDNN) (X_7), наявність або відсутність менопаузи (X_8), паління (X_9), генотипу GG поліморфізму -634 G/C (rs 2010963) гена VEGF-A (X_{10}). При цьому обрані прогностичні критерії визначають відомими стандартними методами з використанням наборів реактивів згідно інструкціям.

Результати: За даними власних оригінальних досліджень створена та запатентована в Україні (заявка № у 2016 07245 пріоритет 04.07.2016) математична модель прогнозу, за якою здійснюють індивідуальну кількісну оцінку прогностичних критеріїв та розраховують в автоматичному режимі в Excel прогностичний індекс (P). І якщо розраховане значення P більш, ніж 0,5, у жінки прогнозують високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. Так за допомогою математичної моделі визначено, що у 45 жінок наявний високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

Висновки. Використання розробленої та запатентованої математичної моделі прогнозу у медичній практиці дозволить оптимізувати лікувальну тактику ведення жінок з гіпертонічною хворобою та ожирінням у перименопаузі та знизити ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

МОНИТОРИНГ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Колесникова Е. В., Лавренко Т. А., *Высоцкая Е. В.

*ГУ “Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН
Украины”, г. Харьков*

**Харьковский национальный университет радиоэлектроники*

В XXI веке актуальной проблемой мирового уровня является значительная распространенность неинфекционных заболеваний (НИЗ). Решение проблемы НИЗ, которые вызываются поведенческими, социальными, экологическими и экономическими факторами, требует пересмотра взглядов с ориентацией на ранние скрининговые выявления факторов риска (ФР) в популяции.

НИЗ вызывают глобальные социально-экономические потери населения многих стран мира, включая Украину. Именно они на 82,8% определяют уровень общей смертности всего населения нашей страны и на 62,4% – смертность населения трудоспособного возраста. Таким образом вопрос выявления и изучения ФР наиболее распространенных НИЗ является актуальным вопросам современной медицины.

В наше время общепризнанно, что эпидемия НИЗ в значительной степени связана с образом жизни и возникновением вследствие этого физиологических ФР. При этом факторы риска, связанные с образом жизни человека, являются общими для основных НИЗ. Снижение повышенных уровней ФР сопровождается уменьшением заболеваемости НИЗ и смертности от них. На основании этих взаимосвязей была создана концепция ФР, учитывающая экспериментальные, клинические и эпидемиологические исследования определяющие факторы, связанные с образом жизни, окружающей средой, генетическими особенностями человека, которые способствуют развитию и прогрессированию этих заболеваний. Эта концепция является научным основанием их профилактики.

Проведение исследований и мониторинг является одной из фундаментальных составляющих в разработке, внедрении и оценке программ борьбы с НИЗ. Чрезвычайное стратегическое значение имеет полноценный контроль целевых ФР и форм поведения.

Учитывая актуальность проблемы мониторинга поведенческих ФР был разработан и апробирован «Опросник для изучения поведенческих факторов риска». Постоянно пополняется и анализируется электронная база данных. В настоящее время в исследовании приняло участие более 3 тыс. респондентов.

Создание постоянно действующей информационной системы мониторинга ФР и прогрессирования НИЗ позволит: оценивать показатели здоровья населения; анализировать распространенность поведенческих ФР среди различных контингентов; контролировать уровень осведомленности населения в области профилактики и здорового образа жизни; своевременно модефицировать ФР, которые участвуют в реализации наиболее распространенных НИЗ.

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Копиця Н. П., Гилёва Я. В., Титаренко Н. В., Петюнина О. В.,
Гончарь А. В., Родионова Ю. В., Кутя И. Н.

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

Наряду с продолжающимися исследованиями прогностической роли наиболее известных биомаркеров тропонина I и NT-Pro BNP в последнее время большое число исследований посвящено ST2.

Цель исследования – изучить роль ST2 при прогнозировании неблагоприятных исходов у пациентов острым инфарктом миокарда (ИМ), а также использовать данный биомаркер в комбинации с наиболее информативными клинико-биохимическими показателями с целью построения многофакторной прогностической модели.

Материалы и методы. В исследование были включены 83 пациента, которые перенесли ИМ с подъемом сегмента ST. Из них – 58 мужчин (70%) и 25 женщин (30%), средний возраст ($61,70 \pm 1,35$) лет. Всем пациентам проводилось клинико-инструментальное и биохимическое обследование. За период наблюдения 30 дней умерли 13 пациентов (15,7%). Уровень ST2 определяли при помощи иммуноферментного метода с использованием набора «Presage® ST2 Assay», Critical Diagnostics (США).

Результаты. При сравнении групп выживших и умерших и анализе различных клинико-биохимических показателей, используя метод Вальда-Генкина, было выявлено 4 значимых показателя для построения модели, которая прогнозирует летальный исход через 30 дней после перенесенного ИМ. При этом определялись следующие точки разделения: креатинин > 115 ммоль/л, СН по Killip > 1 класса, уровень NT-pro BNP > 1000 пг/мл и уровень ST2 > 40 нг/мл. Оказалось, что уровень NT-Pro BNP и СН по Killip имели недостаточный уровень чувствительности (66,7% и 69,2%, соответственно), а уровень креатинина и ST2 недостаточный уровень специфичности (56,5% и 65,7%, соответственно), но высокую чувствительность (92,3% и 92,3%, соответственно). Проведено объединение показателей путем построения мультифакторной модели прогноза неблагоприятного течения ИМ, затем рассчитывали прогностические коэффициенты (ПК) для выбранных показателей по методу Гублера. Для каждого пациента определяли прогностические коэффициенты по выбранным показателям. Затем суммировали полученные баллы, и определяли диагностический коэффициент, характеризующий прогноз пациента.

Выводы: построение мультифакторной модели прогнозирования с использованием суммы прогностических маркеров ST2, NT-Pro BNP, креатинина и класса сердечной недостаточности по Killip позволяет повысить точность прогнозирования летального исхода у пациентов, перенесших ИМ с чувствительностью 92,3% и специфичностью 88,6%.

**ПОКАЗНИКИ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ,
ПОВ'ЯЗАНІ З РЕМОДЕЛЮВАННЯМ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА
ТА ПРОГНОЗОМ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО
ІНФАРКТУ МІОКАРДА**

**Копиця М. П., Гончарь О. В., Титаренко Н. В., Юхновський О. Ю.,
Петюніна О. В., Гільова Я. В., Родіонова Ю. В.**

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

Раптова серцева смерть (РСС) є однією з основних причин смерті у дорослих у всьому світі. У пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда (ГІМ), ризик розвитку РСС підвищується у 4-6 разів порівняно з загальною популяцією. У даний час для стратифікації ризику РСС використовують ряд неінвазивних електрофізіологічних показників, одним з найбільш перспективним з яких є турбулентність серцевого ритму (ТСР).

Мета: дослідити особливості параметрів ТСР та їх зв'язок із даними ехокардіографії, короткостроковим і віддаленим прогнозом захворювання після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ).

Матеріал і методи. Всього обстежено 114 осіб із гострим інфарктом міокарда, яким виконано ехокардіографічне обстеження у термін 8-10 діб та 4-6 тижнів захворювання. 25 пацієнтам (16 чоловіків і 9 жінок), що мали ЖЕС в період 4-6 тижнів після ГІМ за даними Холтер-ЕКГ, розраховано значення початку турбулентності T_0 і нахилу турбулентності T_s .

Результати. Кореляційний аналіз виявив зв'язок T_0 із фракцією викиду ЛШ на 8-10 добу (ФВ ЛШ) ($R=-0,46$, $p<0,05$), T_s із кінцево-систолічним розміром (КСР) ЛШ ($R=-0,46$, $p<0,05$), T_s із ФВ ЛШ ($R=+0,55$, $p<0,05$).

Для пацієнтів з T_0 більше 0% характерним було підвищення ризику за шкалою GRACE: госпітальної смертності (7,5 (4,5; 29,0)% проти 2,0 (1,5; 3,0)%, $p=0,056$), госпітальної смертності/ГІМ (24,0 (20,0; 37,5)% проти 16,0 (11,5; 17,0)%, $p=0,018$), 6-місячної смертності (15,5 (9,0; 44,0)% проти 5,0 (3,5; 7,5)%, $p=0,056$), 6-місячної смертності/ГІМ (38,0 (31,5; 59,0)% проти 25,0 (19,0; 27,5)%, $p=0,045$). Значення $T_s < 2,5$ мс/RR асоціювалися зі збільшенням на 8-10 добу КСР ЛШ (4,00 (3,80; 4,30) см проти (3,50 (3,20; 3,90) см, $p=0,044$), підвищенням ЧСС у термін 4-6 тижні (75 (70; 81) уд. / хв. проти (69 (63; 70) см, $p=0,030$) в порівнянні з групою ($T_s > 2,5$ мс/RR). Серед пацієнтів зі значеннями $T_0 > 0\%$ ФВ ЛШ на 8-10 добу 40,5 (32,0; 42,9)% проти (53,0 (48,5; 61,0)% у хворих із нормальними показниками T_0 , $p=0,019$. У групі хворих з $T_s < 2,5$ мс/RR ФВ ЛШ складала (46,0 (27,0; 53,0)% проти (52,5 (48,5; 61,0)% серед хворих із $T_s > 2,5$ мс/RR, $p=0,089$).

Висновки: показники початку та нахилу турбулентності, отримані в строк 4-6 тижнів після ГІМ, достовірно пов'язані з особливостями структурно-функціонального ремоделювання ЛШ у гострий період захворювання та із ризиком за шкалою GRACE, і являють собою перспективні прогностичні маркери при визначенні прогнозу у віддалений термін спостереження.

ВПЛИВ РАННЬОЇ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПРОГНОЗ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST

Копиця М. П., Титаренко Н. В., Аболмасов О. М.,
Родіонова Ю. В., Кутя і. М., Гільова Я. В.

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

В даний час у світі спостерігається підвищений інтерес до оптимізації лікування хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) в зв'язку з високою смертністю при даному захворюванні.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу терапії на прогноз пацієнтів з ГІМ підйомом сегменту ST.

Матеріали і методи. Обстежено 151 хворий з ГІМ підйомом сегменту ST. Діагноз був верифікований на підставі типових змін електрокардіографії (ЕКГ) – елевація сегменту ST, підвищеним рівнем тропоніну I, скарг пацієнта, даних анамнезу та фізикального обстеження. В дослідження були включені хворі, що надійшли на протязі першої доби від початку захворювання до стаціонару та після повторного обстеження через 6 місяців. В залежності від вибору тактики лікування хворі були розподілені на 4 групи: 1 група – пацієнтам проведена тромболітична терапія і стентування, 2 група – тільки тромболітична терапія, 3 група – первинне стентування, 4 група – ніякий вид реперфузійної терапії не проводився, тільки консервативна терапія. Статистична обробка проводилася за допомогою програми Statistica 6,0 і MedCalc.

Результати. Смертність в групах з будь-яким видом реперфузійної терапії та її відсутністю достовірно відрізнялась ($P=0,0225$). Найбільш низька смертність спостерігалася в групі пацієнтів на ГІМ з підйомом сегменту ST, яким було проведено первинне стентування – 4,7%, у групі пацієнтів, які отримали тромболізис і стентування – 6,25%, в свою чергу, в групі хворих з отриманою тромболітичною терапією – 10,5%; а в групі, без реперфузійної терапії, смертність протягом півроку склала – 32,3%.

У групі пацієнтів, які вижили, стентування проведено у 27,3%, тромболітична терапія проведена у 22,7%, тромболізис та стентування проведені у 20,3%, не проводилася реперфузія – у 29,7% пацієнтів, що вижили. У групі померлих: тромболітична терапія і стентування 7,14%; тромболітична терапія 14,28%; стентування 7,16%; реперфузійна терапія не проводилася 71,42%.

Висновки: Таким чином, можна побачити, що пацієнти, яким проведено первинне стентування, мали найнижчий ризик смертності. Рівень смертності хворих, яким проведено будь-який вид реперфузійної терапії відрізнявся в 3-6.5 разів, від тих хворих, яким реперфузійна терапія не проводилася.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЄДНАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Корж Н. В., Островська К. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Одне з провідних місць серед захворювань внутрішніх органів посідають хронічні неспецифічні захворювання легень (ХНЗЛ), зокрема хронічні обструктивні захворювання, котрі є ваговою проблемою сучасної охорони здоров'я. Нерідко захворювання органів дихання супроводжують патологію серцево-судинної системи. Так, у хворих на ХОЗЛ та бронхіальну астму (БА) артеріальна гіпертензія (АГ) зустрічається частіше, ніж у загальній популяції (Л. И. Ольбинская, А. А. Белов, 2002). Частота виявлення АГ в осіб із БА коливається від 6,8% до 76,3% (у середньому 34,3%). Наявність захворювання серцево-судинної системи має негативний вплив на перебіг захворювань органів дихання. Особливості перебігу поєднаних захворювань органів дихання та серцево-судинної системи пов'язані між собою патогенетичними та фізіологічними функціями. У таких пацієнтів АГ погіршує перебіг ХОЗЛ, а хронічна гіпоксія та обструкція сприяють прогресуванню АГ та ішемічним проявам. У ряді досліджень ритму (О.О.Крахмалова, 2015) вивчалася функція серцево-судинної системи методом добового моніторингу. У 60,0–92,3% таких хворих діагностуються різні порушення ритму, проте найбільш часто спостерігаються надшлуночкові аритмії (70,0%) та в окремих випадках – пароксизмальна тахікардія. На сьогодні на перше місце виходять b1-адреноблокатори, які представлені високоселективними препаратами, що не мають тих побічних ефектів, які б обмежували застосування їх у хворих на ХОЗЛ та БА. Відомо, що із збільшенням селективності препарату зменшується негативний вплив на бронхіальну прохідність (М. М. Козачок, М. М. Селюк, 2004). Підтвердженням цього є ряд міжнародних багатоцентрових досліджень, проте в практичній медицині ми часто стикаємося з іншими протипоказаннями для застосування цих препаратів. Лікування таких пацієнтів вимагає більш ретельної оцінки ступеня безпечності та ефективності того чи іншого препарату, враховуючи патогенетично обґрунтовані механізми впливу як на основні ланки серцево-судинних захворювань, так і на бронхіальну обструкцію. Тому при первинному призначенні b1-адреноблокаторів у складі комплексної терапії захворювань серцево-судинної системи слід мати на увазі, що причина погіршення бронхіальної прохідності може бути різною. Лікування b1-адреноблокаторами бажано розпочинати в період ремісії ХОЗЛ, з мінімальної дози, збільшуючи її поступово до досягнення b-блокуючого ефекту.

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити роль матриксної металопротеїнази-13 та тканинного інгібітора металопротеїнази-4 у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні обстежено 120 пацієнтів, серед яких 46 жінок (42,6%) та 74 чоловіків (57,4%), котрі перебували на стаціонарному лікуванні в інфарктому відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27 (клінічна база кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України) та в першому кардіологічному відділенні Центральної клінічної лікарні Укрзалізниці. Усіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (серед них – чоловіків 31 осіб, жінок 29 осіб у віці від 45 до 88 років); порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ з відсутністю ЦД 2 типу (22 чоловіків і 18 жінок у віці від 45 до 5 років); контрольну групу – 20 осіб (серед них 11 чоловіків та 9 жінок у віці 22-27 років). Контрольну групу склали практично-здорові особи. Імуноферментним методом визначали вміст матриксної металопротеїнази-13 (ММП-13) за допомогою набору реагентів «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA), тканинний інгібітор металопротеїнази-4 (ТІМП-4) з використанням набору реагентів «Human TIMP-4» (R&D Systems, Minneapolis, USA). Статистична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010.

Результати дослідження. Рівень ММП-13 на 1-2 добу у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу склав $(65,6 \pm 2,5)$ пг/мл та $(47,9 \pm 3,8)$ пг/мл без ЦД 2 типу при порівнянні з групою контролю – $(32,2 \pm 2,6)$ пг/мл ($p < 0,05$). Вміст ТІМП-4 на 1-2 добу у хворих на ГІМ та ЦД 2 типу склав (1518 ± 136) пг/мл та (1540 ± 113) пг/мл при порівняно з контрольною групою – (1269 ± 75) пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу визначається більш вірогідна гіперпродукція матриксної металопротеїнази-13 порівняно з хворим на гострий інфаркт міокарда без цукрового діабету 2 типу, що може бути обумовлено ефектами гіперглікемії. У хворих на гострий інфаркт міокарда за наявності та відсутності цукрового діабету 2 типу спостерігається зростання вмісту тканинного інгібітору металопротеїнази-4, що свідчить про компенсаторну роботу з боку цього показника в системі екстрацелюлярного матриксу.

ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОЙ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ХАРЬКОВА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кравчун Н. О., Мисюра Е. В., Балюк М. А.,
Ефименко Т. И., Столярова Н. В.

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

Цель: оценить частоту ожирения и избыточной массы тела, а также патологии эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем, заболеваний опорно-двигательного аппарата у жителей г. Харькова в зависимости от индекса массы тела.

Материалы и методы. Проведено скрининговое исследование 3377 жителей г. Харькова старше 18 лет (мужчины / женщины = 739 / 2638), в ходе которого анализировались антропометрические данные и изучался спектр коморбидной патологии.

Результаты. Выявлено, что 2/3 взрослого населения г. Харькова имеет избыток массы тела различной степени, в том числе более 30% – ожирение (ОЖ).

На первом месте по частоте при ОЖ различной степени диагностировались нарушения со стороны эндокринной (63%), сердечно-сосудистой системы (57%) и опорно-двигательного аппарата (43%).

У лиц с избыточной массой тела (избМТ) – сердечно-сосудистые заболевания (35%), патология желудочно-кишечного тракта (31%) и опорно-двигательного аппарата (31%).

Лица с нормальной массой тела (нМТ) чаще имели патологию желудочно-кишечного тракта (42%) и сердечно-сосудистой системы (19%), а нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и органов дыхания были на одном уровне (16%).

Таким образом, среди жителей г. Харькова с ОЖ сердечно-сосудистые нарушения регистрировались чаще, чем при избМТ и нМТ в 1,6 и в 3 раза, соответственно.

Реже всего у больных с ОЖ и избМТ имела место патология нервной системы (13 и 14%, соответственно). В то же время, по сравнению с лицами с нМТ заболевания со стороны нервной системы встречались в 4,3 раза чаще (13 против 3%).

Выводы: 1. В ходе проведения скрининга в зависимости от массы тела изучен спектр хронической неинфекционной патологии, характерный именно для населения г. Харькова.

2. Установлено, что более половины жителей г. Харькова с избытком массы тела различной степени нуждаются в наблюдении эндокринологов, кардиологов, гастроэнтерологов и лечебных мероприятиях, направленных на устранение патологии опорно-двигательного аппарата.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ КРОПИВ'ЯНКИ. МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ

Кравчун П. Г., Бабаджан В. Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Кропив'янка (*Urtica*, лат. – Кропива) – поняття, що охоплює групу захворювань, основним симптомом яких є уртикарний елемент на шкірі. При хронічній кропив'янці (ХК) уртикарний елементи багаторазово повторюються протягом тривалого часу – понад 6 тижнів.

Етіологічними факторами ХК є харчові алергени, продукти-гістамінолібератори, або продукти, що містять гістамін (риба, морепродукти, яйця, горіхи, бобові, цитрусові, томати, баклажани, копчені вироби, шоколад, сир, алкоголь), кондитерські вироби містять харчові барвники (тартразин) і ін., лікарські препарати, паразитарна інвазія, отрута перетинчастокрилих, бактерії, віруси, гриби. Найбільш частою причиною ХК є патологія шлунково-кишкового тракту, зумовлена *Helicobacter pylori*. Не менш значущою причиною є дисбактеріоз кишечника, хронічна вірусна інфекція: вірусні гепатити, герпесвірусна інфекція, ГРВІ, неопластичні процеси, системні захворювання сполучної тканини хронічний аутоімунний тиреоїдит.

Схеми механізму розвитку висипань при хронічній аутоімунній кропивниці: 1) С5а обумовлене збільшення вивільнення гістаміну внаслідок утворення антитіл до рецептора IgE; 2) перехресне зв'язування рецептора до IgE антитілами IgG2 (підкласу); 3) вивільнення гістаміну викликане хемокінів MCP-1 (моноцитарного хемотаксического протеїну-1) і RANTES (хемокін, експресіруємий і секретується Т-клітинами при активації); 4) психогенне виділення гістаміну внаслідок дії нейропептидів.

Дослідження останніх років свідчать про те, що у значної кількості хворих кропив'янка зумовлена аутоімунними порушеннями, а саме дією IgG-аутоантитіл, спрямованих проти IgE або рецепторів до IgE (Fcε R1), в результаті чого активізуються огрядні клітини.

Виходячи з особливостей патогенезу, лікування кропив'янки в даний час направлено на усунення симптомів, тобто зменшення вираженості сверблячки, числа пухирів, набряку шкіри. У більшості випадків засобами першого вибору в лікуванні хворих на ХК вважають антигістамінні препарати завдяки їх дії на H1-гістамінові рецептори посткапілярних венул шкіри, тим самим усуваючи індуковані гістаміном вазодилатацію та підвищення проникності судин. Перевагу віддають препаратам на основі фармакологічно активних кінцевих метаболітів (що не піддаються подальшим перетворенням в організмі), таким як левоцетиризин, дезлоратадин і фексофенадин. В схемах лікування хронічної кропив'янки використовуються антїлейкотрієнові препарати (монтелукаст). У тяжких випадках і при відсутності ефекту від антигістамінних препаратів для лікування кропив'янки вдаються до призначення системних кортикостероїдів, цитостатиків (циклоспорину А), або введення внутрішньовенного імуноглобуліну. З метою видалення циркулюючих аутоантитіл таким хворим обґрунтовано проведення плазмозаміни.

АКТИВНІСТЬ ФРАКТАЛКІНУ ТА КЛАСТЕРІНУ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ

Кравчун П. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – провести оцінку активності фракталкіну та кластеріну у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу та ожирінням у залежності від віку.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети і завдань дослідження проведено комплексне обстеження 71 хворого з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та ожирінням, які перебували на лікуванні в кардіологічному та інфарктному відділеннях КЗОЗ Харківська міська клінічна лікарня № 27, яка є базовим лікувальним закладом кафедри внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України. Середній вік хворих з постінфарктним кардіосклерозом у поєднанні з ЦД 2 типу та ожирінням склав $(65,13 \pm 1,43)$ років.

Визначення рівня кластеріну проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи Human Clusterin ELISA виробництва фірми «BioVendor» (Чеська Республіка). Визначення концентрації фракталкіну в сироватці крові пацієнтів здійснювали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів Human Fractalkine ELISA Kit виробництва фірми «RayBio®.» (Грузія).

Результати та їх обговорення. Нами було проведено аналіз вмісту фракталкіну та кластеріну у чоловіків та жінок з постінфарктним кардіосклерозом, діабетом та ожирінням у залежності від віку. У жінок середнього віку рівень фракталкіну склав 1007,281 пг/мл, що вище, ніж у чоловіків, де цей показник мав значення 1006,893 пг/мл ($p > 0,05$). У підгрупі похилого віку значення фракталкіну у жінок (1008,346 пг/мл) також перевищує таке у чоловіків (1003,475 пг/мл) ($p > 0,05$). Проте відмічена тенденція, яка полягає в тому, що з віком значення фракталкіну збільшується у жінок та зменшується у чоловіків.

Кластерін у хворих середньої вікової групи був вірогідно вище у чоловіків, ніж жінок – 39,716 мкг/мл та 36,425 мкг/м, відповідно ($p < 0,05$); у хворих похилого віку мала місце та сама тенденція: у чоловіків рівень кластеріну склав 38,123 мкг/мл та був вище порівняно з жінками (37,924 мкг/мл) ($p > 0,05$).

Висновки. Отже, рівень кластеріну збільшується з віком у чоловіків та жінок з постінфарктним кардіосклерозом, ЦД 2 типу та ожирінням так само, як фракталкін.

ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Красюк І. В., Зейтуллаєва А. Р.

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

Мета роботи: дослідити розлади розумової діяльності в групі осіб з ревматоїдним артритом (РА).

Матеріали і методи досліджень. Було обстежено за допомогою шкали оцінювання психічного статусу Minimental State Examination 45 хворих на РА, з них чоловіків – 20, жінок – 25, з діагнозом серопозитивний РА – 25, серонегативний – 20), що перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №3. Хворі були поділені на групи за тривалістю захворювання, віком, рівнем артеріального тиску (АТ) та наявністю супутніх захворювань (СЗ).

Серед хворих з серопозитивним РА не спостерігається порушень з боку когнітивної діяльності, тоді як у пацієнтів з серонегативним РА порушення розумової діяльності проявляються зниженням всіх показників. У хворих чоловіків на відміну від жінок виявлені більші порушення когнітивної діяльності: зниження всіх показників окрім малювання та писемності. При оцінці порушень когнітивної сфери залежно від рівню АТ було виявлено, що у групі хворих з пониженим АТ є найбільші зміни когнітивної сфери, у групі хворих з нормальним АТ немає змін когнітивної діяльності, серед хворих з підвищеним АТ виявляються ознаки легкої деменції. В групі хворих з тривалістю захворювання менше 10 років спостерігались помірні порушення життєдіяльності, у 80% з них були виявлені порушення психологічного стану, при наявності СЗ (53,5% хворих) ці порушення були більш виражені. У групі хворих, тривалість захворювання яких становила від 10 до 20 років, були явно виражені порушення життєдіяльності, також, 35,3% хворих даної групи використовували допоміжні засоби для полегшення виконання певних справ. Порушення психологічної складової були глибшими при наявності видимих деформацій суглобів та СЗ. Серед 3 групи хворих (тривалість захворювання яких становила 20 років і більше), якість життя була значно знижена в усіх сферах: 84,6% – не могли самостійно підійматись по сходах, гуляти по вулиці, доглядати за собою, виконувати фізичні вправи, у 76,9% – були виявлені глибокі порушення психологічного стану, депресивні розлади. Погіршувало стан пацієнтів наявність СЗ з боку ендокринної, сечовидільної, серцево-судинної та травної систем.

Висновки. У осіб з РА глибина порушень якостей життя напряму залежить від тривалості захворювання та наявності супутніх захворювань. Оцінювання широкого спектру когнітивних порушень у хворих РА може допомогти в розробці цілеспрямованих заходів для зведення до мінімуму несприятливих наслідків на стан здоров'я.

АНАЛІЗ КАРДИОГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ІХС, ПРИ ОЗВИТКУ У НИХ СОАГС В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД БАЗИСНОГО БРОНХОЛІТИКА

Крахмалова О. О., Гетман О. А., Колеснікова О. М., Шторх В. В.,
Харченко Ю. Є.

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

Не дивлячись на багато досліджень, вплив бронхолітичної терапії на перебіг синдрому обструктивного апное/гіпопное під час сну (СОАГС) у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) до сих пір в повній мірі не вивчений.

Мета: порівняти вираженість клініко-гемодинамічних порушень у хворих з ХОЗЛ та супутньою ІХС при наявності СОАГС в залежності від вибору базисного бронхолітика.

Матеріали та методи. За темою дослідження скринують 163 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС для виявлення СОАГС. У дослідження рандомізовано 103 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС (ХОЗЛ+ІХС+СОАГС): 77 чоловіка та 26 жінок, середній вік яких становив $(63,34 \pm 7,42)$ роки. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, антропометричні вимірювання, опитування за шкалою Борга. Дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) включало проведення спірометрії (спірограф «Спіроком», Україна). Для виявлення порушень дихання під час сну використовували систему діагностики СОАГС - SOMNOcheck micro WM 94500 (Німеччина). Неінвазивна оцінка гемодинаміки проводилася за допомогою доплерехокардіографії на ультразвуковому аналізаторі «Philips IU 22» (USA). Окрім стандартних показників ЕхоКГ, особливу увагу приділяли визначенню стану правих відділів серця та тиску в легеневої артерії для діагностики ступеня легеневої гіпертензії. У якості базисної пацієнти ХОЗЛ груп В та С (GOLD, 2015) отримували β 2-агоністи тривалої дії чи М-холінолітики у якості базисного бронхолітика та стандартну терапію ІХС.

Результати. У хворих з поєднанням ХОЗЛ та ІХС з СОАГС встановлено взаємозв'язки між показником АНІ і параметрами діастолічної дисфункції правого шлуночка: E'/A' тгк ($r=0,38$), ППплощ. ($r=0,46$), СТЛА ($r=0,44$), а також з балом за шкалою Борга ($r=0,45$). Зниження середньої сатурації крові взаємопов'язано з E'/A' тгк ($r=-0,47$) і з рівнем симптомів за mMRC ($r=-0,44$). Є прямий зв'язок між тяжкістю синдрому обструктивного апное сну і параметрами кардіогемодинаміки. Однак, у пацієнтів, що приймали м-холінолітики протягом 6 міс. спостереження, є тенденція до уповільнення збільшення правого шлуночка, площі правого передсердя, СТЛА, не залежно від величини індексу апное-гіпопное. **Висновки:** у пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та ІХС при розвитку СОАГС з метою поліпшення структурно-функціонального стану правих відділів серця і якості життя пацієнта доцільно в якості базисної терапії ХОЗЛ вибирати М-холінолітики тривалої дії.

**ОСОБЛИВОСТІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ КАРОТИДНИХ
АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ
СЕРЦЯ ЗА НАЯВНОСТІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО
АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ**

**Крахмалова О. О., Харченко Ю. Є., Шторх В. В., Грідасова Л. М.,
*Єфіменко А. С.**

*ГУ “Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України”,
Харківський національний медичний університет

Мета: Вивчити особливості атеросклеротичних уражень каротидних артерій у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) при наявності синдрому обструктивного апное/гіпопное сну (СОАГС).

Матеріали та методи. Було вивчено стан артерій каротидного басейну у 67 пацієнтів з діагностованим СОАГС (середній вік ($M \pm SD$) – $(63,26 \pm 7,39)$ років): 45 чоловіків і 22 жінки. В залежності від тяжкості СОАГС, виявленої за величиною індексу апное/гіпопное (АІІ), всі пацієнти були розділені на 3 групи: з легким (група 1, 26 пацієнтів), середнім (група 2, 17 пацієнтів) і важким (група 3, 24 пацієнти) ступенем тяжкості синдрому нічного апное. Для визначення ступеня стенотичного ураження сонних артерій було проведено ультразвукове картування внутрішніх сонних артерій (ВСА). Визначалася товщина комплексу інтима-медіа в загальних сонних артеріях, також визначали відсоток стенозування загальних сонних артерій.

Результати. Стенотичні ураження були виявлені у 23 (34,33%) обстежених. Всі вони локалізувалися в гирлах внутрішніх сонних артерій (ВСА). Середній показник стенозу серед пацієнтів з ХОЗЛ, ІХС та СОАГС склав ($M \pm SD$) – $(27,29 \pm 5,47)\%$. Середній показник ТКІМ по групах за ступінню тяжкості СОАГС складав: ($M \pm SD$) $(0,52 \pm 0,19)$ мм для групи 1, $(0,94 \pm 0,15)$ мм для групи 2, $(1,08 \pm 0,11)$ для групи 3 ($p < 0,05$). Середній показник стенозу ВСА по групах складав: 1 група – ($M \pm SD$) $(16,33 \pm 6,58)\%$, 2 група – $(25,87 \pm 3,00)\%$, 3 група – $(39,67 \pm 6,84)$ ($p < 0,05$).

Висновки. По мірі поважчання ступеня СОАГС виявлено збільшення товщини комплексу інтима-медіа, ступеня стенозу внутрішніх сонних артерій ($p < 0,05$).

ЗАЛЕЖНІСТЬ ТЯЖКОСТІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ (СОАГС) ВІД БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ХОЗЛ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІХС

Крахмалова О. О., Шторх В. В., Колеснікова О. М., Гетман О. А.

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

Мета роботи : порівняти залежність тяжкості СОАГС від вибору базисного бронхолітика у пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою ІХС.

Матеріали та методи. Обстежено 66 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС (ХОЗЛ+ІХС+СОАГС): 52 чоловіка та 14 жінок, середній вік яких становив $(63,34 \pm 7,42)$ роки. Всі пацієнти страждали на ХОЗЛ групи В, згідно критеріїв GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2016). Діагноз ІХС верифікований за допомогою навантажувальних ЕКГ-тестів, коронароангіографії, а також на підставі даних анамнезу. СОАГС діагностований за допомогою приладу «Somnocheck-micro». Дослідження проводилось на тлі підібраної раніше терапії ІХС, при цьому корекція дози чи заміна препарату не допускалася без значущої необхідності.

Результати та обговорення. В залежності від призначення базисного бронхолітика усіх пацієнтів було розподілено за двома групами. Першу групу склали 34 пацієнта: 26 чоловіків та 8 жінок, середній вік яких склав $(64,29 \pm 9,5)$ років, яким було рекомендовано інгаляційну терапію бета2-агоністом тривалої дії формотеролом фумаратом – 12 мкг 2 р/добу. Другу групу склали 32 пацієнта: 26 чоловіків та 6 жінок у віці $(61,87 \pm 9,5)$ років, яким проводилася терапія пролонгованим антихолінергічним препаратом тіотропію бромідом – 18 мкг 1 р/добу.

На початку дослідження групи були зрівнянні за статтю, віком, тривалістю ХОЗЛ та ІХС ($p > 0,05$), тривалістю паління, індексом маси тіла та особливостями перебігу ХОЗЛ, що визначається за кількістю загострень за рік ($p > 0,05$). За показниками функції зовнішнього дихання групи також були рівнозначні, так ОФВ1 на початку лікування в першій групі склав $(61,26 \pm 10,2)\%$, в другій – $(60,93 \pm 8,5)\%$, ($p > 0,05$). Основним критерієм оцінки тяжкості СОАГС з'явився індекс апное і / або гіпопное (АНІ або RDI). На початку лікування АНІ був рівнозначним в обох групах. Середня тривалість апное, центральні та обструктивні події також не відрізнялись по групах. На фоні проведеного лікування впродовж 6 місяців пацієнтам було проведено контрольне дослідження дихання під час сну. Так в групі, які приймали бета 2-агоністи тривалої дії АНІ склало $(32,4 \pm 6,5)$, в другій – $(23 \pm 3,2)$ ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином можна припустити, що м-холінолітик тривалої дії – тіотропію бромід є препаратом вибору для довготривалої базисної терапії пацієнтів із ХОЗЛ помірного ступеню (гр. В) із супутньою ІХС, що мають СОАГС.

УРОДЖЕНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ ТА ЙОГО КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИЙ ОПИС

Кривенко В. М., Торяник І. І., Грищенко М. І., Грищенко В. М.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України», м. Харків,

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
КУОЗ «Богодухівська центральна районна лікарня»*

Уроджений токсоплазмоз як форма найбільш досконало вивчений. Його прояви на ранніх стадіях пренатального онтогенезу є генералізованими. Збудники хвороби у цей період реєструються майже в усіх таргетних системах органів плода. У місцях, де виявляються токсоплазми, спостерігають локальні вогнища некрозу; тканинах, що їх оточують, відмічають розповсюджені інфільтрати із лімфоцитів, гістіоцитів, плазмоцитів та нейтрофільних чи еозинофільних лейкоцитів. Найбільш суттєвих ушкоджень за умов розвитку токсоплазмозу зазнають органи шлунково-кишкового тракту, дихальної, сечовивідної систем. Згодом, на пізніх стадіях захворювання, переважають ураження головного мозку (у його речовині реєструють токсоплазми). **Метою** започаткованого дослідження було провести морфологічний опис змін при уродженому токсоплазмозі. Матеріалом дослідження стали органи плодів, новонароджених дітей обох статей та віком від 0 до 8 років, що померли у наслідок уродженого токсоплазмозу. Забір біоптатів відбувався за умов прозектури. Органи піддавали макроскопічному аналізу та за для об'єктивізації результатів попередньому серелогічному дослідженню (у тому числі, імуноферментний аналіз). Гістологічні препарати виготовляли традиційно. Шматочки органів фіксували у 12% формаліні зневоднювали у спиртах підвищеної концентрації, заливали у блоки, забарвлювали. Аналізували традиційно у світлооптичному мікроскопі (x 300; x 600). У результаті дослідження встановлено, що найбільш суттєвого ушкодження зазнала печінка, де виявляли інтерстиціальний гепатит, локальні ділянки некрозу та виразну перипортальну інфільтрацію. В міокарді, органах дихання, нирках – вогнищевий некроз, запальні реакції. У тканині легень ознаки запалення, десквамація епітелія. Речовина головного мозку дистрофічна, диференціація шарів без порушень, ексудація виражена слабо, замість неї позначена макрофагальна реакція. Макрофаги активно фагоцитують збудників. У кровоносних судинах помітні ділянки тромбозів, стазів, набряку ендотелію, розростання адвентиціальної оболонки, десквамації. Вогнища некрозу розповсюджуються асиметрично у корі, субепіндимарній зоні бокових шлуночків. На поверхні останніх зосереджувались дефекти епендими та судинних сплетень. Фінальним акордом некротично-запальних процесів залишалось формування кист у локусах колишньої деструкції.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ СЕЛЕЗЕНКИ МЫШЕЙ ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ И ВВЕДЕНИИ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК КОРДОВОЙ КРОВИ

Кудокоцева О. В., Волина В. В., Ломакин И. И.

Институт проблем криобиологии и криомедицины, г. Харьков

Цитостатическая терапия сопряжена с развитием осложнений, связанных с повреждающим действием препаратов на различные органы и ткани. Селезенка может рассматриваться как индикатор иммунологического состояния животных.

Целью данной работы было исследование морфологических особенностей ткани селезенки после воздействия цитостатического препарата фторурацила и последующего введения криоконсервированных ядродержащих клеток кордовой крови (кЯСК КК).

Эксперименты проведены на беспородных мышах, которые были разделены на 4 группы. Опытным группам животных (О1,О2) вводили однократно внутривенно фторурацил (5-ФУ) в максимально переносимой дозе (МПД) 228 мг/кг; через 3-4 часа группе О2 вводили внутривенно криоконсервированные ядродержащие клетки (кЯСК) кордовой крови человека (ККЧ) в дозе 5×10^8 жизнеспособных ЯСК/кг и в объеме 0,2 мл. Контрольной (К) группе вводили физиологический раствор в эквивалентном объеме (0,2 мл). Гистологические исследования препаратов селезенки проводили с помощью анализатора изображений, состоящего из микроскопа Olympus CX-41 с цифровой камерой Olympus SP 500UZ и персонального компьютера.

Показано, что под влиянием 5-ФУ в селезенке мышей на протяжении всего периода наблюдения (16 суток) были выявлены прогрессирующие изменения, характерные для поражения токсическими веществами, а именно – полнокровие, экссудация и инфильтрация лейкоцитами пульпы селезенки; скопления макрофагов с фагоцитированными лимфоцитами или их фрагментами; дегенеративные и некротические изменения со стороны тканевых элементов пульпы и фолликулов. Обнаружена высокая степень реактивности селезенки мыши в ответ на введение кЯСК ККЧ, обусловленная иммуностимулирующим действием препарата. Введение кЯСК ККЧ приводило к структурным преобразованиям селезенки уже на 2 сут. наблюдения и способствовало нормализации ее строения уже к 10 сут. после токсического поражения антимаетаболитом 5-ФУ.

Таким образом, учитывая мировой опыт применения препаратов ККЧ и собственные экспериментальные исследования о положительном коррегирующем влиянии кЯСК ККЧ на динамику восстановления гемо- и иммуногенеза, угнетенного в результате токсического действия антимаетаболита 5-ФУ, можно предположить ведущую роль в этом процессе криоконсервированных стволовых клеток кордовой крови.

СТАН ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ТА СУПУТНІМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ

Кузьміна Н. В., Грібенюк О. В.

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Україна*

Мета: оцінити показники обміну жирової тканини у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії (ст.) в залежності від наявності супутньої неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Обстежено 170 хворих на ГХ II ст. – 98 (57,6%) жінок і 72 (42,4%) чоловіків (середній вік $49,3 \pm 0,5$ роки). Діагноз ГХ встановлювали згідно критеріїв ESC та ESH (2013р.) та УАК (2013). АГ I ступеню встановлена у 50 (29,4%) пацієнтів, АГ II ступеню – у 63 (37,1%) і АГ III ступеню – у 57 (33,5%) хворих. Середня тривалість АГ склала $8,9 \pm 0,4$ роки. ХСН I ст. виявлена у 66 (38,8%) пацієнтів. Діагноз НАЖХП, а саме неалкогольного стеатогепатозу (СП), підтверджували після ультразвукового дослідження печінки із побудовою гістограми щільності тканини та за допомогою біохімічного тесту «FibroMax» (BioPredictive, Франція). Рівень адипонектину сироватки крові визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА). Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, STATISTICA for Windows 12.0.

В залежності від виявлення супутнього СП усіх обстежених було розділено на 2 групи: 1-шу склали 109 (64,1%) пацієнтів із супутнім СП, в 2-гу увійшли 61 (35,9%) пацієнт без ознак НАЖХП (показник SteatoTest у 1-ій групі склав $0,41$ ($0,37; 0,56$) проти $0,17$ ($0,12; 0,22$) – у 2-ій, $p=0,002$). Рівень адипонектину у хворих на ГХ II ст. та супутнім СП достовірно відрізнявся від групи контролю ($p<0,05$) та прогресивно зменшувався по відношенню до групи хворих на ГХ II ст. без враження печінки, складаючи $5,9$ ($4,7; 8,0$) мкг/мл та $10,6$ ($9,2; 13,1$) мкг/мл у двох групах, відповідно, ($p<0,05$). Встановлений прямий кореляційний зв'язок між наявністю СП та рівнем адипонектину ($r = 0,50$, $p<0,000001$).

Таким чином, у хворих на ГХ II ст. та супутнім стеатозом печінки спостерігається порушення обміну жирової тканини, що проявляється суттєвим зниженням рівня адипонектину, який на даний час розглядається у якості захисного чинника розвитку та прогресування серцево-судинної патології.

РІВЕНЬ ВАЗОКОНСТРИКТОРА ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Кузьміна Н. В., Романова В. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

Україна

Згідно сучасних даних літератури важливим аспектом у патогенезі та клініці атеросклерозу, ішемічної хвороби серця (ІХС) та їх ускладнень є порушення структури і функції ендотелію. Головним ендотеліальним вазоконстрикторним пептидом є ендотелін-1 (ЕТ-1), вазоконстрикторний потенціал якого в 10 разів вищий, ніж ангіотензин II).

Мета роботи: оцінити вазоконстрикторну функцію судинного ендотелію за рівнем ендотеліну-1 у хворих з різними клінічними формами ішемічної хвороби серця та при її поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Матеріали і методи: Обстежено 64 хворих з різними варіантами перебігу ІХС (22 пацієнти зі стабільною стенокардією II функціонального класу (ФК), 23 – III ФК та 19 хворих на нестабільну (прогресуючу) стенокардію). Середній вік хворих склав $(55,37 \pm 4,62)$ роки. Поєднання ІХС та ГХ мало місце у 33 (51,6%) пацієнтів. Контрольну групу склали 26 практично здорових осіб співставних за віком і статтю. Вазоконстрикторну функцію ендотелію оцінювали за визначенням рівня ендотеліну-1 (метод ІФА, набір «Endotelin-1», виробництва "DRG", США). Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, STATISTICA for Windows 12.0.

Результати. Відмічено достовірне зростання рівня ЕТ-1 в обстежених хворих відносно контролю $((11,15 \pm 0,42)$ нг/мл проти $(4,01 \pm 0,36)$ нг/мл, відповідно, $p < 0,01$). Його рівень знаходився в прямій залежності від важкості клінічного стану хворих. Так, більш високий рівень ЕТ-1 спостерігався у пацієнтів з III ФК стабільної стенокардії, набуваючи найбільших значень при нестабільній стенокардії ($p < 0,01$).

Поєднання ІХС і ГХ супроводжувалося більш суттєвим і достовірним зростанням ЕТ-1 як загалом, так і в кожній окремо взятій клінічній формі ІХС. Так, у хворих на ІХС без ГХ ступінь збільшення рівня ЕТ-1 склав 127,93%, а при поєднанні з ГХ – 224,94%, $p < 0,01$.

В ході роботи встановлені тісні кореляційні зв'язки між рівнем ЕТ-1 та показниками ліпідного складу крові (ХС ЛПВЩ і індексом атерогенності $r = -0,59$ і $r = 0,53$, відповідно, $p < 0,01$).

Таким чином, у хворих на ІХС має місце порушення вазорегулюючої функції судинного ендотелію, що характеризується зміщенням рівноваги між вазодилататорами та вазоконстрикторами в бік останніх. Ступінь виразності цих змін асоціюється з важкістю захворювання, набуваючи найвищих значень при прогресуючій стенокардії та з приєднанням гіпертонічної хвороби.

**ДИНАМІКА КЛІНІЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ
НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ**

Кушнір Ю. С., *Віхрова Т. О., *Діброва М. С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

**КЗ «Обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова», м. Дніпропетровськ*

Метою нашого дослідження було обрано оцінити клінічний та психоемоційний стан хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) зі збереженою фракцією викиду (ФВ) та їх зміни під впливом терапії.

Дослідження охоплювало 35 хворих (чоловіків -22, жінок -13) у віці від 50 до 75 років ($M \pm m$ – (65,6 \pm 1,2) року) на ХСН II-III ФК згідно з класифікацією NYHA, зі збереженою ФВ (більше 45%). Усіх хворих на ХСН випадковим чином було розподілено на дві групи в залежності від лікування. Перша група – 20 хворих, що у складі комплексної терапії отримували мельдоній, який вводили внутрішньовенно в добовій дозі 1000 мг. Друга група – 15 хворих, що приймали стандартну терапію ХСН без мельдонію. Тривалість активного спостереження становила 10-14 днів. Усім хворим проводилось загально-клінічне дослідження, тест з 6-хвилинною ходою, ЕКГ, Ехо-КГ. Поширеність вегетативних розладів оцінювали після консультації невролога за допомогою шкал депресії та тривоги – PHQ-9 та Гамільтона (HARS) відповідно. Для статистичного аналізу даних використовували ліцензійну програму STATISTICA 6.1.

Результати. В обох групах на тлі лікування відзначено достовірну позитивну динаміку при визначенні толерантності до фізичного навантаження: пройдена дистанція в I групі збільшилась на 17,3 % (з (292,5 \pm 17,9) до (353,6 \pm 15,6)) м; а в II групі на 5,6 % (з (285,0 \pm 17,0) м до (302,0 \pm 17,6) м) ($p < 0,001$ в обох групах). При аналізі опитувальників пацієнтів щодо стану здоров'я PHQ-9, заповнених на початку та наприкінці лікування, відзначено зниження сумарної кількості балів в обох групах: в I групі показник знизився з (7,9 \pm 0,9) до (5,7 \pm 0,8), в II групі – тільки з (6,5 \pm 1,0) до (5,1 \pm 0,9) ($p < 0,01$). Загальний показник за шкалою HARS знизився в обох групах: в I групі – з (14,4 \pm 1,1) до (10,2 \pm 1,0); в II групі – з (14,8 \pm 1,2) до (12,8 \pm 1,02) ($p < 0,01$ в обох групах). Проте частота реєстрації клінічно вираженої тривоги в групі з додаванням мельдонію знизилась на 40,0% на відміну від групи без мельдонію, де показник знизився лише на 7,0%.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що додавання до стандартної терапії мельдонію на тлі додаткового позитивного клінічного ефекту сприяє зниженню рівня ситуативної тривожності у хворих на ХСН, яка у даної категорії хворих є досить високою та потребує корегування.

РІВНІ ФАКТОРА РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ-21 ТА ТРОФОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Лапшина К. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Накопичення жирової тканини при ожирінні призводить до дисбалансу синтезу адипокінів, які можуть грати ключову патофізіологічну роль у розвитку атеросклерозу, гіпертонічної хвороби (ГХ), порушень вуглеводного обміну, в тому числі у виникненні СД 2-го типу і неалкогольний жирової хвороби печінки (НАЖХП), а також впливають на подальше прогресування ожиріння.

Мета дослідження: вивчення рівнів FGF-21 в плазмі крові у хворих НАЖХП на тлі ГХ з надмірною масою тіла та ожирінням.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети було обстежено 50 пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ в стадії стеатогепатиту. В 1 групу були включені пацієнти (n=25), які страждають НАЖХП на тлі ГХ з надмірною масою тіла, 2 група представлена 25 пацієнтами з НАЖХП на тлі ГХ з ожирінням I ступеня. Групу контролю склали 20 практично здорових добровольців. Діагноз НАЖХП був встановлений на підставі клініко-біохімічних та інструментальних даних.

Результати У хворих НАЖХП на тлі ГХ у стадії стеатогепатиту, рівень FGF21 в плазмі крові був достовірно підвищений: (261,6±18,45) пг / мл в першій групі, (383,35±17,26) пг / мл у другій і (101,96±16,37) в групі контролю ($\leq 0,05$). Тобто, збільшення активності FGF21 в порівнянні з практично здоровими зазначалося більш ніж в 2,5 рази, а у пацієнтів з ожирінням I ступеня – в 3,8 рази. При аналізі показників ферментативного обміну печінки підвищення аспартатамінотрансферази (АСТ) і аланінамінотрансферази (АЛТ) було виявлено у всіх хворих НАЖХП на тлі ГХ. Результати досліджуваних показників склали (49,57±3,92) Од/л і (57,23±5,27) Од/л у хворих з надмірною вагою і (59,97±4,85) Од/л і (75,2±7,3) Од/л у хворих з ожирінням, відповідно.

Висновки. У хворих НАЖХП на тлі ГХ спостерігаються підвищені рівні FGF21 в плазмі крові. При цьому у пацієнтів з ожирінням показник вище ніж в групі з надлишковою вагою вище, що свідчить про позитивну кореляцію між цими двома показниками.

**КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ
НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ
ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СТАНДАРТНИХ РЕЖИМІВ ХІМІОТЕРАПІЇ**

Лобанова О. О., Пилипенко І. І., Чайгирева Л. В., Лащев В. М.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб*

Мета дослідження: встановити особливості змін активності ряду органоспецифічних ферментів аргінази, холінестерази, орнітинкарбомойлтрансферази, сорбітолдегідрогенази.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено вивчення порушень функціонального стану печінки на основі визначення у сироватці крові змін показників активності аргінази, холінестерази, орнітинкарбомойлтрансферази, сорбітолдегідрогенази у 136 хворих із вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень. Усім хворим проводилась стандартна протитуберкульозна хіміотерапія згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 04.09.2014 р. Використані епідеміологічні, загально-клінічні, біохімічні, методи дослідження.

Результати дослідження. Встановлено, що у 136 хворих на деструктивний туберкульоз легень активність аргінази у обстежених хворих в процесі лікування поступово підвищувалась і по завершенні курсу лікування вона була статистично достовірно вище норми. Активність холінестерази крові, яка відображає стан білковосинтезуючої функції гепатоцитів, через тубінтоксикацію у хворих до лікування була дещо знижена і під кінець лікування продовжувала знижуватися і була достовірно низькою. Дезинтоксикаційна функція печінки за даними рівня активності орнітинкарбоксоимойлтрансферази була зниженою. У процесі лікування спостерігається поступове підвищення активності цього ферменту, але повної нормалізації не наступало. Рівень показників активності ферменту сорбітолдегідрогенази, що свідчить про ранній розвиток цитолітичного синдрому до лікування, був підвищеним. Встановлено, що показники активності аргінази, холінестерази, орнітинкарбомойлтрансферази, сорбітолдегідрогенази в сироватці крові обстежених хворих корелюють із важкістю перебігу, фазою запального процесу, динамікою морфологічних змін, появою ускладнень, тощо.

Таким чином, визначення в сироватці крові змін показників активності аргінази, холінестерази, орнітинкарбомойлтрансферази, сорбітолдегідрогенази можуть служити об'єктивно і ранніми маркерами розвитку печінкової дисфункції ще до формування недостатності органу і вимагає додаткової корекції в лікуванні.

ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОГО ЭКСТРЕМАЛЬНОГО НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОГО (-120 °С) ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Ломако В. В., * Пироженко Л. Н.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков
КП «Люботинская городская больница», Украина

Цель работы – определение и анализ соотношения различных видов лейкоцитов в периферической крови, а также расчет интегральных лейкоцитарных индексов (ИЛИ) после однократного экстремального низкотемпературного (-120 °С) воздействия (ЭНВ) на организм крыс.

Работа выполнена на половозрелых самцах белых крыс (6-7 мес.) с соблюдением всех биоэтических норм. Однократное ЭНВ ненаркотизированным крысам осуществляли в криокамере для экстремального охлаждения мелких лабораторных животных в течение 90 с. Мазок крови обрабатывали фиксатором Май-Грюнвальда и окрашивали гематологическим красителем (по Романовскому), подсчитывали количество и популяционный состав лейкоцитов. Также рассчитывали ИЛИ, позволяющие оценить в динамике состояние различных звеньев иммунной системы и неспецифической резистентности организма, не прибегая к специальным методам исследования: Статистическую обработку проводили методом Стьюдента-Фишера с использованием программного обеспечения Excel и непараметрической статистики Крускала-Уоллиса.

После однократного ЭНВ увеличивалась доля сегментоядерных нейтрофилов с (27,07±1,53)% до (39,0±2,43)%, количество лимфоцитов, напротив, снижалось с (65,53±1,34)% до (55,25±1,18)%, доля остальных форм лейкоцитов, как и общего их количества не изменялась.

Анализ изменений ИЛИ позволил выявить следующие особенности в реакциях различных звеньев иммунной системы крыс на ЭНВ. Отмечали усиление иммунореактивности, повышение доли клеток неспецифической защиты и компонентов микрофагальной системы при смещении баланса гуморального и клеточного звеньев иммунитета в сторону клеточного; снижение значений индексов алергизации и адаптации организма, активацию процессов гиперчувствительности немедленного типа и эндогенной интоксикации.

Таким образом, анализ изменений интегральных лейкоцитарных показателей позволил установить, что кратковременное (90 с) однократное воздействие на организм экстремально низких температур (-120 °С) вызывает значительные перестройки в различных звеньях иммунной системы. Известно, что уровень активности задействованных функциональных систем организма зависит от интенсивности и длительности холодового воздействия.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА В МИОКАРДЕ ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕРМНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ ГИПОКСИИ, ГИПЕРКАПНИИ И ГИПОТЕРМИИ

Ломако В. В., Шило А. В.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Цель работы – изучить изменения в ткани миокарда крыс и хомяков при сочетанном действии гипоксии, гиперкапнии и гипотермии, способствующем развитию искусственного гипометаболического состояния (ИГМС) и на этапах восстановления (через 2 и 24 ч после ИГМС).

Работа выполнена на самцах золотистых хомяков (массой 85–95 г) и самцах беспородных белых крыс (массой 180–220 г) с соблюдением всех биоэтических норм. Сочетанное действие гипотермии, гипоксии и гиперкапнии осуществляли с помощью метода «закрытого сосуда» (объемом 3 дм³ для крыс и 2 дм³ для хомяков) в темной холодной камере (2–5 °С) в течение 2,5–3 ч, температура тела снижалась до (16±1) °С. Гистологическое исследование проводили по стандартной методике: ткань фиксировали в 10%-ом растворе нейтрального формалина в течение 24 ч. После отмывания фиксированный материал обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. Полученные срезы, толщиной 6–8 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином. Препараты изучали и фотографировали с помощью микроскопа «Axio Observer Z1» («Carl Zeiss», Германия) с программным обеспечением для анализа изображений «AxioVision Rel. 4.8».

Достижение ИГМС сопровождалось резким снижением температуры тела ((16±1) °С) и частоты сердечных сокращений (до (99±20) уд./мин. у крыс и (119±8) уд./мин. у хомяков). На гистологической картине миокарда у крыс и хомяков при этом отмечали сходные и значительные изменения: наблюдали тромбы в сосудах, гиперемии вен, артерий и капилляров, увеличение периваскулярных и интерстициальных пространств, фокально в кардиомиоцитах наблюдали признаки зернистой, гидропической и гиалиново-капельной дистрофий (белые зернистые включения, глыбки и капли), появление большого количества ядер на разных стадиях некробиотического процесса (кариопикноза, кариорексис и кариолизиса). У крыс через 2 ч после ИГМС кроме этого обнаруживались кардиомиоциты с большими ядрами, что является признаком гипертрофии миокарда и компенсаторной реакцией клетки. Отмеченные изменения сохранялись и через 24 ч после выхода из ИГМС, но на выживаемость животных не влияли, так как большая часть отмеченных изменений после восстановления нормального кровообращения обратимы и носят компенсаторно-приспособительный характер, а активация некробиотических процессов в дальнейшем будет способствовать ускорению физиологической регенерации.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕРМНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕЙСТВИИ ГИПОКСИИ, ГИПЕРКАПНИИ И ГИПОТЕРМИИ

Ломако В. В., Шило А. В., Кондаков И. И.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Цель работы – изучить изменения гистологической картины в почках крыс и хомяков при сочетанном действии гипоксии, гиперкапнии и гипотермии (искусственный гипоксически-гиперкапнический гипометаболизм) и на этапах восстановления (через 2 и 24 ч).

Работа выполнена на самцах золотистых хомяков (массой 85–95 г) и самцах беспородных белых крыс (массой 180–220 г) с соблюдением всех биоэтических норм. Сочетанное действие гипотермии, гипоксии и гиперкапнии осуществляли с помощью метода «закрытого сосуда» (объемом 3 дм³ для крыс и 2 дм³ для хомяков) в темной холодной камере (2–5 °С) в течение 2,5–3 ч, температура тела снижалась до (16±1) °С. Гистологическое исследование проводили по стандартной методике: ткань фиксировали в 10%-ом растворе нейтрального формалина в течение 24 ч. После отмывания фиксированный материал обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин. Полученные срезы, толщиной 6–8 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином. Препараты изучали и фотографировали с помощью микроскопа «Axio Observer Z1» («Carl Zeiss», Германия) с программным обеспечением для анализа изображений «AxioVision Rel. 4.8».

При достижении искусственного гипометаболического состояния (ИГМС) в ткани почек крыс выявлены незначительные признаки белковой дистрофии, при этом эпителий сохранен, нефроны большие, редукции кровотока нет. У хомяков при ИГМС в ткани почек наблюдали увеличение интерстициальных пространств (признаки отека), гиперемии сосудов, что может указывать на нарушения кровообращения, проявляющиеся в его замедлении и нарушении оттока крови; в клетках эпителия дистальных канальцев обнаружены признаки зернистой, умеренной гидропической и гиалиново-капельной дистрофий – белые зернистые включения, глыбки и капли. Через 2 ч после выхода из ИГМС у хомяков выявленные изменения в структуре почек еще сохранялись, а через 24 ч – были уже менее выражены. У крыс в период восстановления (через 2 и 24 ч после ИГМС) в ткани почек каких-либо заметных изменений не выявлено.

Таким образом, структура почек у крыс при ИГМС и на этапах восстановления не претерпевает изменений, в то время как у хомяков наблюдаются значительные дегенеративно-дистрофические изменения, сохраняющиеся в меньшей степени и через 24 ч после выхода из ИГМС. Следовательно, факторы, индуцирующие ИГМС, у гетеротермных животных вызывают более значительные нарушения в структуре почек, они оказались менее устойчивыми к их действию.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОСФОКРЕАТИНА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Магдалиц Т. И., Годлевская О. М., Самбург Я. Ю.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Больные, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ), после выписки из стационара нуждаются в дальнейшем восстановительном лечении. Целесообразно проводить его в условиях поликлиники по месту жительства. Задачами реабилитации являются вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, улучшение качества жизни и социальная адаптация пациентов.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности фосфокреатина в период амбулаторного восстановительного лечения больных, перенесших ОИМ.

Материалы и методы. В исследование было включено 32 пациента, выписанных из стационара после ОИМ и находящихся на амбулаторном этапе восстановительного лечения в ХГП №26. Период наблюдения составил 2 месяца. Средний возраст больных $60,4 \pm 3,2$ лет. Функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности (СН) (NYHA) был определен как 3. Исключались пациенты с аритмиями и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также с застойной СН. Всем была подобрана диета, режим физической активности, стандартная терапия в соответствии с протоколами. Больных разделили на 3 группы. 10 человек из 1 группы дополнительно получали лечение фосфокреатином в дозе 1 г, вводимом внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 8 дней и выполняли программу лечебной физкультуры (ЛФК). 2 группа, которая составила 12 человек, – стандартную медикаментозную терапию и ЛФК, остальные – 10 пациентов 3 группы – получали исключительно стандартную медикаментозную терапию, а от занятий ЛФК воздержались. Через 2 месяца оценивались общее состояние и уровень достигнутой физической активности.

Результаты. Улучшение самочувствия, показателей витальных функций и результатов лабораторных анализов наблюдались у всех пациентов, за исключением 1, повторно направленного в стационар для хирургического лечения. Физические тренировки субъективно лучше переносились пациентами из 1 группы. Объективно к концу наблюдения из 3 во 2 ФК перешли 70% пациентов из 1 группы, 50% из 2 группы и 10% из 3 группы.

Выводы. На амбулаторном этапе восстановительного лечения пациентов, перенесших ОИМ, необходимым является сочетание стандартного медикаментозного лечения и ЛФК. Эффективность реабилитации возрастает при включении в схему терапии фосфокреатина.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Макойда І. Я., Стовбан М. П., Островський М. М.,
Молодовець О. Б., Мельник О. П.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: провести аналіз структури захворювань серцево-судинної системи у хворих з хіміорезистентним туберкульозом, що перебувають на стаціонарному лікуванні.

Результати. Нами було обстежено 49 хворих, що перебували на лікуванні у відділенні хіміорезистентного туберкульозу (ХРТБ) обласного фтизіо-пульмонологічного центру міста Івано-Франківська. У 23 (46,9%) пацієнтів, на початку лікування, було діагностовано кардіологічні захворювання: гіпертонічна хвороба (ГХ) – 16(69,7%), аритмія – 4 (17,3%) та ішемічна хвороба серця (ІХС) – 3(13,0%). Окрім, стандартної антимікобактеріальної терапії, хворим з супутньою кардіологічною патологією в схему лікування було включено антигіпертензивні, антиаритмічні та антиішемічні препарати, відповідно. У процесі лікування туберкульозу препаратами 2-го ряду, відмічалось зниження рівня артеріального тиску, як у пацієнтів з ГХ, так і серед решти хворих, що пояснюється побічною дією препаратів основного курсу хіміотерапії (ОКХТ). Дана ситуація потребувала корекції схеми лікування супутньої патології. Зросла кількість аритмій, що спричинені побічною дією етіонаміду чи протіонаміду (дисмікроелементоз). Пацієнти з ІХС потребували постійної корекції доз препаратів ОКХТ, а двох із них було переведено в групу паліативного лікування, в зв'язку з вираженим наростанням ішемії на фоні протитуберкульозного лікування.

Висновок. Таким чином, наявність кардіологічних захворювань у пацієнтів з ХРТБ, що приймають ОКХТ, потребує постійного нагляду та корекції схем лікування супутньої патології. Тривалий прийом хіміопрепаратів, призводить до виникнення побічних дій у вигляді гіпотонії, аритмій, серед хворих без кардіальних ризиків, що потребує негайної корекції та ускладнює лікування. У деяких випадках неможливість контролювати рівень артеріального тиску чи вираженість ішемії міокарду, вимагає відміни антимікобактеріальної терапії та переведу хворого в групу паліативу.

ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У РЕСПІРАТОРНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Малкович Н. М.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Метою дослідження була оптимізація проведення респіраторної реабілітації у пацієнтів з перенесеними гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК).

Впродовж 2014-2016 рр. спостерігали 19 хворих в різних періодах ГПМК, які знаходились на лікуванні в блоці реанімації та інтенсивної терапії неврологічного відділення Міської клінічної лікарні № 3 м. Чернівці.

Хворі отримували базисну терапію згідно протоколу ведення пацієнтів з ГПМК. З метою покращення надання медичної допомоги шляхом попередження розвитку респіраторних розладів хворим були запропоновані і реалізовані схеми небулайзерної терапії. Хворі були розподілені на 2 групи – пацієнти основної групи (11 пацієнтів) отримували додатково небулайзерні інгаляції (НІ); групи порівняння – традиційне лікування.

Заходи респіраторної реабілітації включали НІ розчину флуїмуцилу по 3 мл 2-3 рази на день з метою покращення виділення мокротиння і профілактики мукостазу. У випадку розвитку ГПМК на тлі супутніх бронхообструктивних захворювань застосовували НІ бронхолітиків: сальбутамол 2 мл з 2 мл фізіологічного розчину натрію хлориду 2 рази на день або беродуал по 15-20 крапель з 4 мл фізіологічного розчину натрію хлориду з наступною НІ інгаляційних глюкокортикостероїдів (пульмікорт, флексотид) через 15-30 мин.

НІ проводились одночасно з активним застосуванням немедикаментозних методів лікування, таких як постуральний дренаж, легкий перкусійний і вібруючий масаж грудної клітини. Ефективність комплексної реабілітації хворих основної групи була значно вищою порівняно з результатами терапії хворих групи порівняння.

НІ рекомендували продовжувати і на амбулаторному етапі реабілітації пацієнтів. Хворим з супутніми бронхообструктивними захворюваннями (хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма) рекомендували продовжити комбіновані НІ в амбулаторних умовах, для чого були індивідуально підібрані препарати та їх дозування.

В перспективі передбачається розширення переліку препаратів для небулайзерного введення у пацієнтів за рахунок впровадження у лікувальний процес антибактеріальних і дезінфікуючих засобів (декасан, флуїмуцил-антибіотик).

КОМПЛЕКСНИЙ РОСЛИННИЙ ПРЕПАРАТ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАННЯМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Малкович Н. М.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Мета дослідження: оптимізувати результати комплексного лікування хворих з поєднанням ішемічної хвороби серця та хронічного обструктивного захворювання легень стадії та В в періоді помірного загострення.

Критеріями включення в дослідження була наявність епізодів ішемії при фізичному навантаженні помірної інтенсивності, екстрасистолічної аритмії по типу Лаун II-III, виявлених при добовому моніторингу електрокардіограми (ДМЕКГ), об'єм форсованого видиху за першу секунду в межах 50-70% від належних величин, співвідношення об'єму форсованого видиху за першу секунду до форсованої життєвої ємності легень менше 70%. Критеріями виключення хворих з дослідження були наявність цукрового діабету, інфаркту міокарда та гострого порушення мозкового кровообігу в анамнезі.

Хворі основної групи (15 осіб, в тому числі 9 чоловіків та 6 жінок у віці від 42 до 65 років) паралельно з традиційним лікуванням (сіднофарм від 4 до 8 мг на день, бісопролол 5 мг вранці, комбінований бронхолітик фенотерол/іпратропіум бромід по 1-2 вдихи 3 рази на день) отримували додатково препарат Неокарділ по 1 капсулі 2 рази на день впродовж 1 місяця. Пацієнти групи порівняння (16 досліджуваних, в тому числі 11 чоловіків та 5 жінок) отримували лікувальний комплекс без препарату Неокарділ.

Через місяць у всіх досліджуваних була відмічена позитивна тенденція показників варіабельності серцевого ритму, циркадіаного індексу та частоти серцевих скорочень. У хворих основної групи частота серцевих скорочень склала ($74 \pm 5,29$) на хвилину, зменшилась кількість екстрасистол до рівня Лаун I. Епізоди ішемії міокарда при помірному фізичному навантаженні залишались у 40% пацієнтів, але їх інтенсивність була меншою.

Контрольне ДМЕКГ у пацієнтів групи порівняння показало також позитивний вплив використовуваного лікувального комплексу на функціональний стан міокарду. ЧСС склала ($79 \pm 4,68$) на хвилину, але епізоди ішемії міокарда відмічались у 50% хворих.

Таким чином, включення в лікувальну схему капсул Неокарділ допомагає нормалізувати функціональний стан серцево-судинної системи, в тому числі у пацієнтів із супутнім ураженням респіраторної системи.

ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Малкович Н. М., Сенюк Б. П.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Лікування пацієнтів із загостренням інфекційно-залежного варіанту бронхіальної астми (БА) на тлі фонових та коморбідних патологічних станів залишається не до кінця вирішеним питанням внутрішньої медицини. Надзвичайно важливою є проблема профілактики загострення БА. Відомо, що на поліморбідному фоні у хворого на БА розвивається імунодепресивний стан, що характеризується зміненою або спотвореною імунологічною відповіддю на вірусну інфекцію чи алерген зі зміною чутливості холінергічних рецепторів, дисрегуляцією бета-рецепторів та збільшенням ступеню чутливості бронхів до конструктивних впливів.

Особливої уваги заслуговує сучасний противірусний препарат інозит пранобекс 500 мг. Механізм дії засобу полягає не тільки власне у прямій противірусній дії (пригнічення реплікації ДНК та РНК вірусів, блокування синтезу вірусних білків), але й у імуномодельовальній активності, – стимуляції фагоцитарної активності макрофагів, прискоренні вироблення специфічних антитіл, запобіганні поствірусному послабленню синтезу білка у клітинах, нормалізації клітинного імунітету та рівню цитокінів. Застосування згаданого препарату у пацієнтів з БА та супутньою патологією дозволяє попередити або полегшити перебіг загострення хвороби, спричинене респіраторними вірусами.

Ефективним засобом лікування atopічних станів є також левоцетиризину дегідрохлорид. Препарат володіє достовірно вираженою бронхолітичною активністю за рахунок протинабрякової активності. Препарат добре переноситься хворими, характеризується найвищим показником задоволеності за візуально-аналоговою шкалою порівняно з іншими антигістамінними засобами.

Патогенетичним високоефективним засобом лікування хворих з atopічним та інфекційнозалежним варіантами загострення БА є монтелукаст. Препарат є антагоністом цис-лейкориєну₁ (цис-ЛТ) – потужного провокатору бронхоспазму. Міжнародні рекомендації з лікування хворих на БА рекомендують застосовувати антилейкотриєнові препарати для тривалого лікування. Призначення монтелукасту доцільне пацієнтам з персистуючою БА в комплексі з інгаляційними глюкокортикоїдами, оскільки вважається, що інгібітори цис-ЛТ менше ефективні для контролю захворювання порівняно з глюкокортикоїдними інгаляційними засобами. Водночас інгібітори цис-ЛТ є альтернативою глюкокортикостероїдам при трансформації інтермітуючого перебігу БА в персистуючий перебіг.

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ДАННЫХ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мартовицкий Д. В., Шелест А. Н., Лахно Ю. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность исследования определяется недостаточным количеством данных о результатах суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у больных с сахарным диабетом 2-го типа.

Цель исследования. Целью нашего исследования являлся скрининг артериальной гипертензии (АГ), сопоставление показателей клинического (традиционного) измерения артериального давления (АД) и СМАД, оценка суточного профиля АД у больных с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных сахарным диабетом 2-го типа с компенсированным углеводным обменом амбулаторного профиля в возрасте от 43 до 72 лет (в среднем $(57,73 \pm 8,95)$ лет), которые не получали постоянную гипотензивную терапию в течение последних 3-х недель. Из них 19 женщин (47,5%) и 21 мужчина (52,5%).

Результаты исследования. При традиционном измерении АД, АГ была выявлена у 31 (77,5%) пациента, из них при СМАД по среднесуточному АД подтверждено наличие АГ у 28 пациентов (90,3%). У 3 (7,5%) пациентов имела место быть «гипертония белого халата», для исключения низких среднесуточных значений АД у «овер-дипперов» учитывалось среднее дневное АД. Скрытая АГ по данным СМАД зафиксирована у 7 (17,5%) пациентов, среднесуточное систолическое АД (САД) в этой группе составило $(139 \pm 5,6)$ мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) $(83,4 \pm 4,5)$ мм рт. ст. При СМАД эпизоды гипотензии зафиксированы у 5 (12,5%) пациентов. При анализе суточного ритма АД из числа обследованных 35% «нон-дипперы», 10% «овер-дипперы», 12,5% «найт-пиккеры».

Выводы. Выявленные несоответствия между показателями однократного клинического измерения АД и данными СМАД, нарушение суточного ритма, а так же скрытое течение АГ диктует необходимость рутинного проведения СМАД больным сахарным диабетом.

ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ Met235Thr ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНА НА РІВЕНЬ ST2 У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Меденцева О. О., Рудик Ю. С.

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

Мета дослідження: вивчити клініко-генетичні аспекти впливу поліморфних варіантів гена ангіотензиногена (АТГ) M235T у хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (зФВ ЛШ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу на рівень ST2.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 83 хворих із ХСН II-III ФК за NYHA зі зФВ ЛШ, серед них 45 пацієнтів з ЦД 2 типу, 38 пацієнтів без ЦД 2 типу та група контролю – 27 практично здорових людей. Середній вік хворих склав ($61,8 \pm 9,7$) років; середня тривалість ХСН складала ($7,5 \pm 5,3$) років. Додатково для визначення алелей і генотипів поліморфного гена АТГ M235T проводили виділення геномної ДНК з венозної крові. Молекулярно-генетичне тестування ДНК виконували з використанням набору реагентів для виявлення поліморфізмів в геномі людини методом ПЛР з електрофоретичною схемою детекції результату "SNP-ЕКСПРЕС" з подальшим аналізом поліморфізму довжин рестрикційних фрагментів на ампліфікаторі «Терцик». Правильність розподілу частот генотипів визначалася відповідністю рівноваги Харді-Вайнберга. Рівень NT-pro-BNP у сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою реактивів «NTproBNP-ІФА-БЕСТ» (Росія). ФНП-α в сироватці крові визначали методом ІФА за допомогою реактивів «альфа-ФНП-ІФА-БЕСТ» (Росія). ST2 в сироватці крові визначали методом ІФА за допомогою реактивів PresageST2 Critical Diagnostics (США). Статистичну обробку отриманих даних проведено із використанням пакета статистичних програм.

Результати. При порівнянні груп пацієнтів з поліморфними варіантами T і M алелів виявлено підвищений рівень ST2 у носіїв T алеля в групі хворих з ЦД 2 типу ($p < 0,05$). У групі пацієнтів із ХСН із зФВ ЛШ без ЦД 2 типу, що є носіями генотипу TT, рівень систолічного артеріального тиску був достовірно вищим, ніж у носіїв M алеля ($p < 0,05$), чого не спостерігалось у групі з ЦД 2 типу. Вихідний рівень ST2 корелював із рівнем NTproBNP в загальній групі пацієнтів із ХСН із зФВ ($r = 0,253$, $p = 0,020$).

Висновки. Хворі із ХСН зі зФВ ЛШ які є носіями T алеля мають вищий рівень маркера фіброзу ST2 та систолічного артеріального тиску. Отримані дані можуть свідчити про вплив цього поліморфізму на активність фібротичних процесів в організмі таких пацієнтів.

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРИЮВАНOSTI В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ В 2010-2015 РОКАХ

Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Дюльдєва Т. А.,

Рябокoнь А. І., Моргун Т. М.

НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,

**Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна*

Мета: вивчити стан професійної захворюваності (ПЗ) у Харківському регіоні у 2010-2015 рр.

Згідно з даними клініки НДІ гігієни праці і профзахворювань ХНМУ, кількість потерпілих внаслідок профзахворювань становила 147 – у 2010 р., 115 – у 2011 р., 108 – у 2012 р., 97 – у 2013, 86 – у 2014, 48 – у 2015 році. На протязі зазначеного періоду найбільша кількість постраждалих реєструвалась в машинобудуванні (М), внесок цієї галузі в ПЗ в регіоні становив 79,2-90,4%. Наступною слідувала галузь з виробництва промбудматеріалів: 5,2-11,1% потерпілих. В структурі профзахворювань лідирують такі, що спричинені дією промислових аерозолів фіброгенної дії: хронічний пиловий бронхіт та пневмокoніози. Відсоток зазначених захворювань в 2010-2015 рр. був у межах 39,89-50,00. Наступні рангові місця займали захворювання, які спричинені дією виробничого шуму, перевантаженням і перенапруженням окремих органів і систем, локальної вібрації, відповідно нейросенсорна приглухуватість (27,78-33,91%), профзахворювання опорно-рухового апарата (4,70-14,89%) та вібраційна хвороба (2,00-10,06%). З 2014 р. на захворювання верхніх дихальних шляхів припадає 6,38-8,00%. Рангові місця М і галузі з виробництва промбудматеріалів та роль шкідливих виробничих чинників щодо ПЗ на Харківщині обумовлені регіональними особливостями економіки та недосконалістю застосовуваних технологій на промислових підприємствах. В усі роки зазначеного періоду серед потерпілих переважали чоловіки (56,25-69,40%), а відсоток жінок коливався у межах 30,60-43,75. Щодо віку потерпілих, на протязі 2010-2015 рр. була характерною така черговість: 50-59, понад 60, 40-49 та 30-39 років. Діагноз профзахворювання переважно встановлювали працівникам зі стажем роботи в шкідливих умовах 20-29 р., далі слідували відповідно, стажові групи: понад 30, 10-19 та менш 10 років. Перше рангове місце серед підприємств (П) щодо кількості потерпілих внаслідок ПЗ протягом 2010-2012 рр. посідало Державне підприємство (ДП) «Завод ім. Малишева», далі слідували Публічне акціонерне товариство (ПАТ) «Харківський тракторний завод» (ХТЗ), ПАТ «Харківський плитковий завод», ДП «Електроважмаш». З 2013 р. по теперішній час на першому місці щодо кількості ПЗ - ПАТ «ХТЗ».

Отже, рівень і структура ПЗ, рангові місця промислових П щодо ПЗ на Харківщині є досить сталими, що є аргументом стосовно пріоритетності запровадження профілактичних заходів на підприємствах М.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ

Мельник О. П., Островський М. М., Ленчук Т. Л., Островська К. М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Актуальність. Ряд дослідників (Фещенко Ю.І., 2013; Крохмалова О.О., 2015) доводять, що при хронічних захворюваннях легень, у слизовій оболонці бронхів розвиваються дистрофічні зміни з наявністю елементів неспецифічного запалення.

Мета. Діагностика порушень функції зовнішнього дихання та інтенсивності ендобронхіального запалення в хворих на хронічний бронхіт у фазі загострення.

Матеріали і методи. Досліджено 40 хворих з хронічним бронхітом у фазі загострення. Визначення функції зовнішнього дихання проводилося методом комп'ютерної спірографії, за допомогою спірографа "Спіроком" (Україна, Харків). З метою оцінки ендоскопічної картини запальних змін слизової оболонки бронхів нами були проаналізовані дані фібробронхоскопії (ФБС) у 18 хворих на хронічний бронхіт

Результати. Аналіз даних ФБС встановив, що з 18 пацієнтів із хронічним бронхітом, переважно ідентифікувалося у 83,3% яскраво виражене катаральне запалення, помірне катаральне запалення було ідентифікованим лише в 11,1%, причому тільки в 5,6% з обстежених хворих було встановлено наявність атрофії слизової оболонки. При обстеженні функції зовнішнього дихання 40 пацієнтів нами було виявлено, що ФЖЄЛ становить $(95,6 \pm 3,34)\%$, $ОФВ_1 - (84,8 \pm 2,89)\%$, $МШВ_{25} - (71,8 \pm 4,56)\%$, $МШВ_{50} - (85,1 \pm 2,51)\%$, $МШВ_{75} - (88,6 \pm 3,21)\%$ та $ОФВ_1/ФЖЄЛ - (86,8 \pm 2,39)\%$.

Висновки При оцінці спірографічних показників ми звернули увагу на зниження показника $МШВ_{25}$, що у хворих на хронічний бронхіт свідчить про локалізацію більш вираженого прояву запальних змін у фазі загострення на рівні великих бронхів. А також відмічається кореляція ($r=0,86$; $p<0,05$) ендобронхіальної ідентифікації яскраво вираженого катарального запалення слизової оболонки бронхів та зниження показника $МШВ_{25}$.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Меренкова Е. А.

*ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии
им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев*

Препаратами первого ряда лечения саркоидоза органов дыхания являются глюкокортикостероиды (ГКС). В случаях резистентности, наличия противопоказаний или серьезных побочных эффектов ГКС-терапии назначаются препараты второй линии, основное место среди которых занимают иммуносупрессанты – метотрексат, азатиоприн и лефлуномид.

Цель исследования: изучить эффективность и переносимость метотрексата у больных с противопоказаниями к применению ГКС.

Материалы и методы. Нами были обследованы 19 пациентов саркоидозом органов дыхания II стадии – 14 женщин и 5 мужчин в возрасте от 31 до 67 лет. Всем пациентам назначали МТХ в дозе 10 мг 1 раз в неделю. Для снижения вероятности побочных эффектов применяли фолиевую кислоту 5 мг в неделю. Перед началом терапии ежемесячно в процессе лечения проводили общий анализ крови, определяли концентрацию АЛТ, АСТ и креатинина. Результаты лечения оценивали через 3 и 6 месяцев терапии по результатам компьютерной томографии. На каждом визите проводили клиническое обследование, спирометрию, контролировали развитие возможных побочных эффектов терапии.

Результаты. По данным компьютерной томографии, через 3 месяца терапии метотрексатом у большинства пациентов (14–73,7 %) наблюдались признаки регрессии саркоидоза, в 4 случаях отмечена стабилизация процесса, у 1 пациента наблюдалось прогрессирование – увеличение распространенности и плотности узелковой диссеминации в паренхиме. Лечение больных со стабилизацией было продолжено в прежнем режиме, у больного с прогрессированием доза метотрексата была увеличена до 15 мг/нед. Через 6 месяцев лечения у 6 пациентов (31,6 %) достигнуто клиническое излечение с исчезновением КТ-признаков двусторонней прикорневой и медиастинальной лимфаденопатии, узелковой диссеминации в паренхиме легких. У 10 пациентов (52,6 %) – отмечались признаки регрессии, лечение этих больных было продолжено в прежнем режиме. По результатам исследования функции внешнего дыхания после 6 месяцев лечения метотрексатом наблюдалось достоверное увеличение VC, что свидетельствовало об уменьшении рестриктивных расстройств легочной вентиляции.

Выводы. Применение метотрексата в лечении больных саркоидозом, имеющих противопоказания к проведению ГКС-терапии, было эффективным (достижение клинического излечения или регрессии процесса) у 16 из 19 обследованных больных (84,2 %).

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ
ДІЄТОЛОГІЧНОГО ФАКТОРУ СЕРЕД ХВОРИХ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І ОЖИРІННЯ**
**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: розробка патогенетично обґрунтованих диференційованих підходів до корекції дієтологічного фактору (ДФ) серед хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з аліментарним ожирінням (АО).

Матеріали і методи: обстежено 86 хворих на ГХ II ст., 2-3 ступеня. I групу з високим кардіоваскулярним ризиком (КВР) становили 37 хворих на ГХ з АО та порушенням толерантності до глюкози (ПТГ), II групу – 49 хворих з дуже високим КВР на ГХ з АО та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу АО було у 49,7% і 61,2% пацієнтів обох груп, дисліпідемія (ДЛП) – у 44,7% та 59,8%, ПТГ – у 19,2% та 31,3%, ЦД 2 типу у – 12,5% і 21,7%, відповідно. Хворим визначали рівень глюкози натще та в умовах глюкозотолерантного тесту (ГТТ), оцінювали параметри розгорнутого ліпідного спектра. Порушення ДФ визначали за допомогою розробленої нами модифікованої анкети. Крім терапії, пацієнтам рекомендували комплекс диференційованих заходів, спрямованих на корекцію ДФ і підвищення фізичної активності (ФА). Ефективність заходів щодо корекції ДФ оцінювали через 6 місяців за досягненням цільових рівнів артеріального тиску (АТ), ліпідів, зниженням МТ.

Результати. Для корекції ДФ у хворих I групи використовували адаптовані дієти DASH, середземноморську, Д. Орніша, Вагоспостерігачів з помірним зниженням ЕЦ (-15%) і вмісту жирів (32-35%), з низькою квотою харчового Na⁺ (1,5-2,9 г), високим вмістом клітковини (25-37 г/добу), збагаченням раціону вітамінами, W3-кислотами. Пацієнтам II групи рекомендували продукти з середнім та низьким глікемічним індексом (ГІ), дієти MIND та TLC спрямовані на реверсію ліпідно-вуглеводних порушень, зі збагаченням раціону антиоксидантами. Хворим I гр. рекомендували ФА високої та середньої інтенсивності, II групи – помірної. У результаті проведених заходів щодо МСЖ та корекції ДФ через 6 місяців цільових рівнів АТ досягли 79,7% хворих I групи та 76,8% II групи, ліпідний профіль покращився у 67,3% та 73,2 % пацієнтів, МТ знизилася на 6,2% і 7,3%, відповідно. Ці показники були значно вище, ніж у осіб, які меншу увагу приділяли корекції ДФ (57,5%, 44,3%, 3,8% і 2,1%, відповідно), (p<0,05). Прихильність продовжити надалі корекцію ДФ висловило 88,5% опитаних хворих I та 95,2% II групи.

Висновки. Диференційована корекція ДФ в комбінації з терапією у хворих як I, так і II групи, призводила до досягнення цільових рівнів АТ та ліпідів крові, зниженню МТ в більшій мірі ніж у хворих, які були прихильними тільки до терапії. Підходи до корекції ДФ з урахуванням патогенетичних характеристик пацієнтів покращують якість і тривалість їх життя та служать надійними засобами первинної профілактики у осіб на ГХ з АО.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ЕНТЕРОКОКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Мироненко Л. Г., Торяник І. І., Перетятко О. Г., Ягнюк Ю. А.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН України», м. Харків

У роботі досліджували структурно-функціональні зміни у серцево-судинній системі імунокомпromетованих самців 3-х місячних щурів лінії Вістар з експериментальною ентероковою інфекцією. З метою об'єктивізації отримані результати порівнювали із біоматеріалом груп інтактного контролю. Як довів морфологічний аналіз секцій у переважній більшості випадків розлади стосувались будови міокарду, його шарів, мікросудин (міокардит, кардіоміопатія, кардіосклероз). Макромікроскопічно: у кожному із випадків реєстрували в'ялість, дряблість, набряк тканини серцевого м'язу. Органи видавались дещо крихкими, їхній тканинний рельєф – строкатим, пістрявим. Колір нативних препаратів від тьмяного темно-червоного до червоно – коричневого. Поверхня серця тьмяна, в окремих ділянках натиснення на неї призводить до виділення прозорої опалесцентної рідини мізерного об'єму. Епікардіальна оболонка потовщена, пружність виразна, тривала. Коронарні судини містять багатий еритроцитарний пул, що формує тромби. На розтині камери серця диференційовані чітко у відповідності до нормоанатомічної будови, однак їхня тканина дистрофічна. У окремих зразках позначені некроз, склеротичні зміни. Перикард витончений, в'ялий, без ознак кальцинозу та дефектів прошарків. Виразні тяжі грануляцій надавали патоморфологічній картині міокардиту певного контрасту (хронізація процесу). У камерах серця подекуди знаходили згустки крові темного кольору. Міокард лівої половини серця помітно гіпертрофований з тенденцією до кардіомегалії. Його тканина з помітними порушеннями мікроциркуляції, вогнищами запалень альтеративного характеру. Зміни у будові кардіоміоцитів супроводжуються вакуолізацією, метаморфозом (поодинокі випадки). В інтерстиціальній тканині – набряк, розволокнення з'єднанотканинних компонентів, фібриноїдне набухання. У розташованих поруч фрагментах незначні ділянки лімфо-лейкоцитарних інфільтратів з домішками плазмоцитів. Вказані зміни можливо призводили до розвитку деструктивно-дегенеративних змін у м'язах, знижували місцеву резистентність, сприяли декомпенсації, згодом – атрофії, кардіосклерозу. Частою виявлялась жирова дистрофія. Порушення трофіки, гіпоксія супроводжували ушкодженням ендотелію з підвищенням судинної проникливості. Коронарні судини серця – з ознаками десквамації поверхневого шару, дефектами стінок, міграцією еритроцитів та утворенням доволі об'ємних ділянок геморагій.

**РІВЕНЬ МАРКЕРА ЗАПАЛЕННЯ – ВИСОКОЧУТЛИВОГО
С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
В ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ
В ДИНАМІЦІ ОДНОРІЧНОГО КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ
Мисниченко О. В.**

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

Мета: вивчення динаміки рівню в крові високочутливого С-реактивного білка (вчСРБ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) під впливом однорічної комбінованої антигіпертензивної і гіполіпідемічної терапії.

Матеріали та методи. Було обстежено 70 хворих (54 чоловіків та 16 жінок) на ГХ 2-3 ступеня з АО I-II ступеня у віці від 36 до 69 років. Після первинного обстеження хворим призначалась комбінована терапія (блокатор рецепторів ангіотензину II (БРА II) олмесартан (20-40 мг на добу) та антагоніст кальцію (АК) дигідропіридинового ряду пролонгованої дії лерканідипін (10-20 мг на добу). Тим хворим, у яких не вдалося знизити систолічний і діастолічний артеріальний тиск (АТ) до цільових показників, через 4 тижні додавався бета-адреноблокатор (БАБ) з вазодилатуючою активністю небіволол (Н) (5 мг на добу) і ще через 8 тижнів – тіазидоподібний діуретик індапамід (2,5 мг на добу). Для корекції ліпідного обміну застосовувався аторвастатин (20 мг на добу). Всі хворі також отримували рекомендації щодо гіпокалорійної дієти. Заключне обстеження хворих проведено через рік.

Результати. Застосування на протязі року вказаної схеми комбінованої антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії дозволяє у 63 (90%) хворих на ГХ з АО досягти ефективного контролю АТ і достовірно знизити рівні атерогенних ліпідів крові в цілому по групі. Однак тільки у 27 хворих (39%) ефективний контроль АТ міг бути забезпечений двохкомпонентною комбінацією БРА II і АК. У 61% випадків хворі на ГХ з АО характеризувались значною стійкістю гіпертензії і потребували додавання діуретика або БАБ або їх комбінації. Вивчення рівню вчСРБ в крові хворих показало достовірне його зниження після терапії з застосуванням Н (з 3,90(1,88; 7,00) мг/л до 2,21 (1,60; 2,94) мг/л, $p < 0,001$) і відсутність змін після терапії без застосування Н. При цьому вихідний рівень вчСРБ в крові у хворих, які потребували додаткового застосування БАБ, був достовірно вищий ($p < 0,05$), ніж у хворих, у яких ефективний контроль АТ досягався без застосування БАБ.

Висновки. Підвищення рівню в крові вчСРБ у хворих на ГХ з АО асоціюється з більшою стійкістю до антигіпертензивної терапії. Додавання БАБ з вазодилатуючою активністю до комбінованої терапії БРА II і АК сприяє зниженню рівню потужного маркера запалення – вчСРБ.

**ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОДНОРІЧНОЇ КОМБІНОВАНОЇ
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ БЕТА-
АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБІВОЛОЛА ТА БЕЗ НЬОГО У ХВОРИХ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**

**Мисниченко О. В., Корнійчук І. А., Циганков О. І., Снігурська І. О.,
Пенькова М. Ю., Божко В. В., Висоцька О. В.**

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

Мета: вивчення ефективності однорічної комбінованої терапії з використанням бета-адреноблокатора (БАБ) небіволола (Н) та без нього у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали та методи. Обстежено 84 хворих на ГХ 2-3 ступеня з АО І-ІІ ступеня у віці від 36 до 69 років до і через один рік після комбінованої антигіпертензивної терапії (блокатор рецепторів ангіотензину БРА ІІ олмесартан (О) (20-40 мг на добу) і дигідропіридиновий антагоніст кальцію (АК) пролонгованої дії лерканідипін (Л) (10-20 мг на добу) з додаванням через 4 тижні в разі недосягнення цільових рівнів артеріального тиску (ЦРАТ) БАБ з вазодилатуючою активністю Н (5 мг на добу) та тіазидоподібного діуретика індапаміду (І) (2,5 мг на добу). Додатково застосовувався гіполіпідемічний препарат аторвастатин (20 мг на добу) та всім хворим була рекомендована гіпокалорійна дієта.

Результати. Двохкомпонентна антигіпертензивна терапія О і Л була ефективною через 4 тижні у 46 (55%) хворих (перша група). У хворих, у яких не були досягнуті ЦРАТ (38 хворий (45%) – друга група), додатково застосували Н. В обох групах хворих вказану терапію продовжували до 1 року. Через 1 рік виявлено збереження високої ефективності терапії в першій групі хворих (досягнення ЦРАТ у 87% хворих) і виражене підвищення ефективності в другій (досягнення ЦРАТ у 89%) та достовірне зниження маси тіла і рівнів загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності та триглицеридів в крові в обох групах хворих. Додавання І було потрібне у 15 (33%) хворих першої групи і у 8 (21%) хворих другої. Аналіз динаміки структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка (ЛШ) показав, що після однорічної терапії в першій групі хворих достовірних змін у вираженості гіпертрофії ЛШ та його діастолічної функції не відбувалось. У той же час в другій групі за цей же період виявлено достовірне зниження індексу маси міокарда ЛШ і покращення його діастолічної функції.

Висновки. Для досягнення цільових рівнів АТ у більшості хворих на ГХ в поєднанні з АО потрібна трьохкомпонентна і чотирьохкомпонентна антигіпертензивна терапія. Додавання БАБ з вазодилатуючою активністю до комбінованої антигіпертензивної терапії БРА ІІ і АК, значно підвищує ефективність терапії і сприяє більш вираженому гальмуванню ремоделювання ЛШ у цієї категорії хворих.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

Молодан В. И., Просоленко К. А., Молодан Д. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы. В работе изучено влияние фенофибрата на активность высокочувствительного С-реактивного протеина (вчСРП) и показатели липидного обмена у больных гипертонической болезнью с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 127 пациентов, из них 104 с гипертонической болезнью I-II стадии, 1-2 степени в сочетании с ожирением. Средний возраст больных составил $(53,0 \pm 6,5)$ лет. Группу контроля составили 23 испытуемых без патологии сердечно-сосудистой системы, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. В процессе выполнения работы определялась активность вчСРП и уровень общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности. Лечение больных проводилось с использованием гипотензивных препаратов (ингибиторов АПФ, сартанов, антагонистов кальция и диуретиков) и фенофибрата, который назначался в дозе 200 мг/сут. Оценка эффективности терапии проводилась через 6 месяцев от начала наблюдения. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с помощью пакета прикладных программ "SPSS 16.0 for Windows". Значения считали достоверными, если уровень значимости (P) не превышал 0,05.

Результаты и обсуждение. Применение фенофибрата у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением привело к снижению активности вчСРП с $(11,9 \pm 0,1)$ мг/л до $(5,8 \pm 0,09)$ мг/л ($P < 0,01$). Липидкорректирующее действие препарата проявлялось уменьшением уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов при этом уровень липопротеидов высокой плотности повышался.

Выводы. Полученные в исследовании результаты свидетельствуют о том, что лечение с использованием фенофибрата сопровождается коррекцией липидного метаболизма, а так же снижением активности воспалительного процесса, что проявляется снижением вчСРП у больных с гипертонической болезнью и ожирением.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ШЕГРЕНА

Молотягина С. П., Гуйда П. П.

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

Харьковский национальный медицинский университет

Синдром Шегрена («сухой синдром») – системное заболевание секретирующих эпителиальных желез с преимущественным поражением слюнных и слезных, а также с различными системными проявлениями.

Различают болезнь Шегрена и синдром Шегрена. Для болезни Шегрена характерно наличие сухого кератоконъюнктивита и ксеростомии и/или паренхиматозного паротита. Синдром Шегрена представляет собой сочетание этих двух признаков с каким-либо заболеванием, в патогенезе которого имеют значение аутоиммунные нарушения.

Диагностика синдрома Шегрена нередко затруднена, так как не всегда правильно интерпретируются системные проявления. Диагноз устанавливается в первую очередь на основании классических клинических проявлений с учетом характерных лабораторных показателей.

Основные клинические признаки синдрома Шегрена – ксеростомия (сухость слизистой оболочки полости рта) и ксерофтальмия (снижение секреции слезной жидкости). При ксеростомии наблюдаются выраженная гиперемия слизистой оболочки полости рта, гингивит, стоматит, атрофия сосочков языка, выпадение зубов, увеличение околоушных и/или подчелюстных слюнных желез с развитием асимметрии и деформации лица («мордочка хомячка»), рецидивирующие паротиты.

Следствием ксерофтальмии является сухой кератоконъюнктивит. В тяжелых случаях наблюдаются фотофобия и снижение остроты зрения, часто присоединяется инфекция, возможно развитие кератита, вызывающего тяжелые поражения глаз – эрозии, помутнение роговицы.

Из системных проявлений синдрома Шегрена могут наблюдаться повышение температуры тела, регионарная лимфаденопатия, синдром Рейно, очаговый или диффузный миозит, васкулит, увеличение печени и селезенки, изменения со стороны почек.

В лабораторных показателях отмечаются повышение СОЭ, лейкопения, анемия, гипер- и диспротеинемия, повышение уровня иммуноглобулинов, наличие ревматоидного и антинуклеарного факторов.

При сочетании синдрома Шегрена с другими аутоиммунными заболеваниями признаки ксеростомии и ксерофтальмии присоединяются к основным проявлениям заболевания, как правило, через несколько лет после их начала.

Знание и правильная интерпретация клинических проявлений синдрома Шегрена будут способствовать своевременному установлению правильного диагноза и назначению рациональной терапии.

КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Молотягина С. П., Гуйда П. П.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков,

Харьковский национальный медицинский университет

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

Диагностика СВ до настоящего времени представляет для широкого круга врачей большие трудности, особенно на ранних стадиях болезни, что обусловлено отсутствием специфических лабораторно-инструментальных тестов, недостаточным знанием врачами клинических признаков и диагностических критериев СВ, а также наличием атипичных форм заболевания. Затруднения возникают не только при развитии редких форм СВ (гранулематоз Вегенера, синдром Гудпасчера, болезнь Такаясу, болезнь Хортона и др.), но и при более часто встречающихся (геморрагический васкулит, узелковый полиартериит). Нередко больным выставляются ошибочные диагнозы инфекционных болезней, сепсиса, туберкулеза, в связи с чем проводится активная антибактериальная терапия, усугубляющая тяжесть заболевания.

Диагностика СВ базируется в первую очередь на учете основных клинических признаков болезни. Наиболее частыми общими проявлениями васкулитов, в том числе в раннем периоде, являются лихорадка, миалгии, артралгии, кожные высыпания, похудание. Однако необходимо дифференцированно подходить к оценке клинических симптомов, характерных для ранней и развернутой стадий заболевания.

Вспомогательную роль для диагностики СВ играют лабораторные показатели, в частности лейкоцитоз, увеличение СОЭ, диспротеинемия, положительные острофазовые пробы, наличие циркулирующих иммунных комплексов и ревматоидного фактора. Из других вспомогательных методов используются биопсия кожи и мышцы (при узелковом полиартериите), пораженных тканей верхних дыхательных путей или почек (гранулематоз Вегенера), височной артерии (болезнь Хортона), а также ангиография (болезнь Такаясу, болезнь Хортона). При многих формах СВ определенное диагностическое значение имеет рентгенологическое исследование органов грудной клетки, позволяющее нередко выявить в легких множественные очаговые или сливные участки затемнения с обеих сторон.

Своевременное установление правильного диагноза, раннее назначение и систематическое проведение адекватной терапии позволят повысить эффективность проводимого лечения, улучшить качество жизни и, нередко, восстановить утраченную трудоспособность.

РОЛЬ МИОГЕННОГО ФАКТОРА И БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА В РАЗВИТИИ ДИСГЕМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Морозова О. Г., Ярошевский А. А., Логвиненко А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Цель: изучение роли миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации и биомеханических нарушений позвоночного столба в развитии недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярной системе (ВБС) у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов (20 женщин и 17 мужчин) с вертебрально-базиллярной недостаточностью (ВБН) в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст – $(36 \pm 2,4)$ года). В контрольную группу вошли 25 практически здоровых лиц. Всем больным проведено клинико-неврологическое, мануальное исследование, визуальная диагностика биомеханических нарушений позвоночника, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра – и интракраниальных сосудов головного мозга. Степень ВБН оценивали по шкале Hoffenbert (1990). Пациенты получали комплексное немедикаментозное лечение (мануальная терапия с биомеханической коррекцией позвоночного столба и воздействием на миофасциальные триггерные точки, рефлексотерапия).

Результаты. Основными неврологическими синдромами в исследуемой группе были: цефалгический, вестибуло-атактический, вегетативной дисфункции, астено-невротический. Визуальная диагностика выявила: нарушения осанки – у 100% пациентов, сколиоз – 78%, асимметрию плечевого пояса – 100%, разницу длины ног с формированием косо-смещенного таза – 76%. Мануальное тестирование – укорочение косых мышц и коротких разгибателей головы, ригидность верхних и средних пучков трапецевидной мышцы, напряжение лестничных мышц с наличием в них активных триггерных точек (ТТ). Средняя оценка по шкале ВБН – $(6 \pm 2,1)$ ($p < 0,01$). При УЗДГ в исследуемой группе выявлен вазоспазм в ВБС с повышением индекса пульсации позвоночных артерий (ПА) на 19,7% по сравнению с контрольной группой. При этом асимметрия кровотока и вазоспазм совпадали со стороной максимального мышечного напряжения. После проведенного лечения у всех пациентов исследуемой группы отмечалось клиническое улучшение, нормализация церебральной гемодинамики, средняя оценка по шкале ВБН составила $(2 \pm 1,2)$ ($p < 0,01$).

Выводы: причинами формирования ВБН у лиц молодого возраста могут быть биомеханические нарушения позвоночника в сочетании с миофасциальной дисфункцией шейно-плечевой локализации. Комплексная немедикаментозная терапия с созданием оптимального динамического стереотипа, симметризацией мышечного корсета и устранением ТТ способствует нормализации церебральной гемодинамики.

ЗМІНИ СТРУКТУР І ФУНКЦІЙ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЧЕРЕЗ 30 РОКІВ

Настіна О. М., Курсіна Н. В., Макаревич О. М., Білий Д. О.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України», м. Київ*

Мета. Визначити особливості структурно-функціональних змін міокарда в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС з ішемічною хворобою серця (ІХС) у віддалений період після аварії.

Об'єкт і методи. Обстежено 397 чоловіків з ІХС, із яких 274 УЛНА та 123, які не зазнали впливу іонізуючого випромінювання (контроль). Середній вік хворих склав $(66,1 \pm 9,5)$ років та $(68,9 \pm 11,2)$ років, відповідно ($p > 0,05$). Стандартизоване обстеження включало ехо-доплеркардіографічне (ЕхоКГ) дослідження. Використали Diagnostic Ultrasound System DS-N3 Mindray. Статистична обробка результатів досліджень проведена за допомогою комп'ютерної програми SPSS 19.

Результати. В УЛНА з перенесеним в минулому інфарктом міокарда (ІМ) кінцевий діастолічний, систолічний розміри та їх індекси були вищими, ніж зі стабільною стенокардією без ІМ в анамнезі ($p < 0,05$). Показники маси міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) і її індексу (ІММ) при ФК III стенокардії склали $(307,8 \pm 99,7)$ г і $(148,9 \pm 40,5)$ г/м² і перевищували дані при ФК I-II на 47 г та 17,6 г/м² відповідно ($p < 0,05$). Середні значення кінцевого діастолічного (КДО), систолічного (КСО) об'ємів та їх індексів у хворих з ІМ були вищими, ніж зі стенокардією без ІМ в анамнезі ($p < 0,05$). КДО > 150 мл встановлено у 46,1% УЛНА з ІМ і 22,7% зі стенокардією без ІМ ($p < 0,001$). В УЛНА з ІМ КДО > 178 мл реєстрували в 2,5 рази частіше, ніж без ІМ ($p < 0,01$). Середня фракція викиду (ФВ) у них була меншою на 3,2% ($p < 0,05$). Товщина міжшлуночкової перетинки в діастолу (ТМШПд) в УЛНА складала $(11,6 \pm 1,5)$ мм, в контролі – $(11,3 \pm 1,4)$ мм ($p = 0,015$), задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШд) – $(12,7 \pm 2,2)$ мм і $(12,1 \pm 1,8)$ мм, відповідно ($p = 0,077$). Відносна товщина стінки (ВТС) в УЛНА перевищувала дані контролю ($p = 0,043$). Середні величини ММЛШ і ІММ в УЛНА склали (279 ± 76) г і (138 ± 32) г/м², в контролі – (273 ± 70) г і (135 ± 34) г/м². ТМШПд > 14 мм в УЛНА достовірно переважала дані контролю і складала 29,2% проти 19,8% випадків ($p < 0,05$). В УЛНА частота випадків з ФВ 45-52% переважала дані контролю ($p < 0,05$). Діастолічну дисфункцію ЛШ визначили у 56,5% УЛНА і 46,7% в контролі.

Висновок. Показники структурно-функціонального ремоделювання серця обґрунтовано можна розглядати як детермінанти тяжкості перебігу ІХС, їх значні зміни в УЛНА свідчать про більш високий ризик у них серцевої недостатності та інших небезпечних для життя кардіальних подій в порівнянні з неопроміненими.

СПЕЦИФІКА ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПРИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ

Несен А. О.

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

Мета. Дослідження поширеності основних факторів ризику (ФР), які сприяють становленню та виникненню хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) в Харківському регіоні та проведення скринінгу пацієнтів підвищеного (високого і дуже високого кардіоваскулярного ризику (КВР)) з урахуванням коморбідності для участі в індивідуальних і групових комплексних реабілітаційних та профілактичних заходах.

Матеріал та методи. Проведено аналіз результатів обстеження пацієнтів (n=927) з хронічними неінфекційними захворюваннями з урахуванням коморбідності, серед яких – 535 (57,71%) чоловіки та 392 (42,29%) жінки. Всім пацієнтам проводились антропометричні дослідження (визначення маси тіла та індексу маси тіла, росту, обводу талії). Визначення показників ліпідного спектру крові здійснювалось ферментативним методом; рівень глюкози в сироватці крові досліджували глюкозооксидазним методом. Визначення індексу коморбідності здійснено на електронному калькуляторі за методикою (M.E. Charlson et al.); розрахунок рівня КВР проведено з використанням Riskcalculator.

Результати. Зважаючи на досліджену високу частоту коморбідності у пацієнтів на ХНІЗ (підвищеного КВР), слід особливо зазначити, що розрахунок індексу коморбідності є вельми інформативним та обґрунтованим для уточнення ефективності проведеного лікування, поряд з оцінкою динаміки за загальноприйнятими шкалами КВР. Серед пацієнтів абдомінальне ожиріння визначено у 276 (29,78%); наявність цукрового діабету в анамнезі – у 274 (29,56%); вторинну дисліпідемію визначено у 824 (88,89%); неалкогольна жирова хвороба печінки виявлена у 418 (45,09%) осіб; курці – 189 (20,39%) осіб; всі пацієнти 927 (100%) відзначали суттєві погрішності в харчуванні; індекс коморбідності Charlson становив $(5,92 \pm 0,07)$ балів. Після проведених діагностично-лікувальних заходів всім пацієнтам визначено профілактичні та реабілітаційні заходи з модифікації способу життя; проведено інформування щодо корекції способу життя з метою зниження КВР; рекомендовано дієтичне харчування, боротьба з палінням, контроль маси тіла; проведена робота з підвищення обізнаності та медичних знань пацієнтів.

Висновки. На підставі проведених досліджень визначається новітній алгоритм оцінки найбільш значущих факторів серцево-судинного ризику у пацієнтів на ХНІЗ з урахуванням коморбідності; проводиться розробка інноваційного алгоритму реабілітації для пацієнтів підвищеного КВР на індивідуальному, сімейному та популяційному рівнях.

ФОРМУВАННЯ РЕЄСТРУ ПАЦІЄНТІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ

Несен А. О., Грунченко М. М., Шкапо В. Л., Валентинова І. А.

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

Сьогодні медичними фахівцями в усьому світі визначено, що найскладніші труднощі виникають у разі асоційованих патологічних станів. Все більшої актуальності набуває створення різноманітних медичних реєстрів, що дозволяє отримати реальне уявлення про особливості сучасної медичної практики, а також надає можливість дослідження поширеності неінфекційних захворювань (НІЗ) й комбінаційних тригерних факторів в залежності від віку і соціального статусу людини та здійснення профілактичних заходів.

Мета: формування реєстру даних пацієнтів з НІЗ з урахуванням коморбідності (Харківський регіон).

Матеріали і методи. В процесі дослідження застосовуються клініко-інструментальні, лабораторно-біохімічні та статистичні методи дослідження. Визначення ступеню кардіоваскулярного ризику здійснюється згідно з базовими сучасними світовими рекомендаціями (ESC/EAS, ESH/ESC) з використанням електронного Riskcalculator (CV-Risk and Prevention), який охоплює шкали SCORE, Framingham, PROCAM, DRS. Оцінка коморбідності проводиться на підставі розрахунку індексу коморбідності Charlson. Аналіз якості життя пацієнтів здійснюється за опитувальником "SF-36".

Результати. При формуванні реєстру на паперових і електронних носіях науковими співробітниками відділу популяційних досліджень, заносяться необхідні дані пацієнтів на НІЗ з урахуванням коморбідності (Харківський регіон), створюються спеціальні форми, які максимально відсвічують необхідний інформаційний об'єм. Досліджуються дані про коморбідний перебіг НІЗ, зокрема визначаються найчастіші варіанти поєднаної патології, їх розповсюдженість серед різних соціальних і вікових груп, населення, визначається рівень обізнаності громадян, щодо факторів ризику НІЗ. Розроблюється покроковий алгоритм для групової профілактичної програми у вигляді друкованого матеріалу як для лікарів, так і пацієнтів.

Висновки. Оскільки більшість НІЗ (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння, обструктивні захворювання легенів, метаболічний синдром, тощо) мають спільні фактори ризику (паління, низька фізична активність, нераціональне харчування, порушення вуглеводного та холестеринового обміну, зловживання алкоголю, тощо) - вивчення найбільш інформативних тригерних факторів та впровадження заходів щодо їх модифікації, сприятиме зниженню летальності від НІЗ й попереджатиме розвиток коморбідності.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТАНУ ПРИДАТКІВ ШКІРИ І ФУНКЦІЇ ГІПОФІЗУ

Николайчук Х. Я., Александрук О. Д., Блага І. О., Кухта О. П.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Актуальність. Хвороби шкіри тісно пов'язані із розладами діяльності внутрішніх органів і систем. Особливо яскраво цей зв'язок відслідковується на прикладі ендокринної системи. Від правильної тактики дерматолога залежить не тільки здоров'я, а іноді і життя пацієнта. Не так давно в нашій практиці зустрівся випадок, який цілковито підтверджує це твердження.

Матеріали і методи. На прийом звернулася молода дівчина 22 років, зі скаргами на втрату волосся на волосистій частині голови.

З анамнезу відомо, що втрата волосся відбулася 2 роки тому протягом 2-3 місяців, без видимої причини (стресу, важких інфекційних захворювань або хімічної інтоксикації). Спадковість не обтяжена. Неодноразово зверталася до дерматолога. Але в результатах запропонованих обстежень (загальноклінічні лабораторні обстеження, біохімічний аналіз крові, багаторазове дослідження на гельмінти різними методами) патології не було виявлено. Хвора була скерована до косметолога, який призначив Віохіне комплекс (полівітаміни всередину, ампули для втирання, шампунь) і щотижневі процедури мезотерапії з гормональними і полівітаміновими препаратами. Таке лікування хвора отримувала останні 6 місяців, проте, без ефекту. На момент огляду хвора знаходилася в депресивному стані. Було відмічено, що хвора надмірного відживлення, шкіра блискуча, натягнута, волога. На в\ч голови – тотальна відсутність волоссяного покриву, в аксиллярних ділянках – поодинокі острівки росту довгого чорного волосся, діаметром до 1 см. Середня частина (довжиною 2 см) лівої брові відсутня. Нігтьові пластинки китиць і стоп – блискучі, гладкі, звичайного кольору, без будь-яких покресленостей і нерівностей.

Результати. Проведене повторне загальноклінічне обстеження патології з боку внутрішніх органів не виявило. Результати лабораторних аналізів в межах норми. Консультована стоматологом, ЛОРом, гастроентерологом – патології не виявлено. Гінекологом виявлено дисменорею невстановленого генезу. Оскільки хвора страждає надлишковою вагою, надмірною пітливістю, було рекомендовано визначення вмісту ряду гормонів в крові. В результаті було виявлено різко підвищений рівень ТТГ, АКТГ (в 30 разів), що стало причиною скерування хворої до ендокринолога та проведення рентгенографії черепа. Через 2 дні хвора повернулася із заключенням: пухлина гіпофізу. Потребує негайного оперативного втручання. У даний момент хвора перебуває на лікуванні в інституті онкології. Прогноз стосовно одужання та життя несприятливий.

Висновки. Хочеться відмітити, що правильна тактика спеціалістів при перших зверненнях хворої могла б запобігти таким сумним наслідкам. Тому дерматологам не слід забувати про тісний зв'язок шкіри і її придатків не тільки з органами ШКТ, але і ендокринної системи.

ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРАВМАТИЗМУ ТА РАПТОВОЇ СМЕРТІ ПРАЦЮЮЧИХ

Ніколенко Є. Я., Боровик І. Г., Захаров О. Г., * Пилипенко Н. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

²*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків,
Україна*

За даними міжнародної організації праці (МОП), рівень виробничого травматизму (ВТ) з летальним наслідком на 100 тис працюючих в Україні є одним з найвищих у Європі. Поширеність випадків раптової смерті (РС) на робочому місці в Україні – 14,1 на 100 000 працюючих в шкідливих умовах праці (2012 р.).

Мета: визначити напрями роботи щодо зниження ВТ та випадків РС на робочому місці. Матеріали: чинні нормативні документи (НД) щодо медичного обстеження працюючих, статистичні дані МОП та фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань України, фахові медичні видання.

ВТ переважає серед працівників, що виконують роботи з підвищеною небезпекою (РПН). Коронарна смерть - причина РС на робочому у 94,00% випадків. Розподіл випадків РС на робочому місці в Україні за галузями виробництва: транспорт (15,0%), машинобудування та металургійна промисловість (14,0%), вугільна галузь (9,30%). В Україні відсутній НД, який регламентує психофізіологічне обстеження працюючих. Певна роль у ВТ працівників, що виконують РПН, належить синкопальним станам (СС), раптовій серцевій смерті (РСС) тощо. У наказі МОЗ від 21.05.2007 №246 щодо обстеження працюючих в шкідливих та небезпечних умовах не зазначені захворювання та синдроми, які асоційовані з ризиком розвитку СС чи РСС.

В наказі Міністерства інфраструктури від 30.11.2012 №733 щодо медичного обстеження працівників залізничного транспорту та метрополітену зазначені конкретні захворювання і синдроми, які можуть призвести до розвитку СС чи порушень ритму серця пароксизмального характеру (синдром Бругада, синдром передчасного збудження шлуночків, синдром подовженого інтервалу QT тощо). Цей наказ регламентує оцінювання загального кардіоваскулярного ризику певної категорії працівників (за таблицею SCORE). Передбачений наказом МОЗ від 21.05.2007 №246 обсяг обстежень працівників, що виконують РПН, не дозволяє попередити розвиток СС, діагностувати ранні клінічні прояви ІХС, тобто не забезпечує керування ризиками ВТ чи РСС.

Отже, чинні НД щодо медичного обстеження працюючих в шкідливих та небезпечних умовах потребують конкретизації переліку захворювань і станів, що є асоційованими з високим ризиком СС чи РСС, затвердження порядку психофізіологічного обстеження працюючих, запровадження методів оцінювання кардіоваскулярного ризику тощо.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Овчаренко Л. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

ЧСС является одной из составляющих минутного объема крови и важной детерминантой интенсивности кровообращения, обеспечивающего скорость протекания обменных процессов в тканях, иными словами клеточного метаболизма. Эпидемиологические и клинические исследования, проведенные в различных регионах мира, показали, что увеличение ЧСС в состоянии покоя является независимым маркером риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и смерти. Снижение ЧСС уменьшает потребность миокарда в кислороде и является прогностически благоприятным.

Цель данного исследования состояла в оценке влияния терапии β -адреноблокаторами и ингибиторами I_f -каналов в сочетании со стандартной терапией на клинические проявления острого коронарного синдрома (ОКС).

Учитывая наличие противопоказаний к назначению β -адреноблокаторов, а также необходимость в достаточном снижении ЧСС и улучшении прогноза при ОКС, мы были вынуждены включить в схему стандартной терапии ОКС ивабрадин. Следует отметить, что в аннотации по применению препарата ивабрадин противопоказан в остром периоде ИМ. В настоящее время ведутся международные рандомизированные клинические исследования препарата в острой стадии ИМ.

В исследование включены 24 пациента (средний возраст – $(64,0 \pm 6,0)$ года) с фракцией выброса (ФВ ЛЖ) менее 40% и синусовым ритмом с явлениями СН П-А и с ЧСС более 80 в мин. 11 больных получали стандартную терапию ОКС, включая β -адреноблокаторы. Основную группу ($n=13$) составили пациенты с ОКС, которым β -адреноблокаторы не назначались ввиду наличия противопоказаний. Однако эти больные нуждались в снижении частоты сердечных сокращений (ЧСС), и им был назначен ивабрадин в среднесуточной дозе 10 мг. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Оценивали клинические эффекты влияния препаратов – субъективные и объективные данные, анализ электрокардиограммы (ЭКГ), влияние на липидный состав крови и общеклинические лабораторные показатели. Проводилось мониторирование ЭКГ и Эхокардиоскопия в 1, 7 и 21 день заболевания.

Итак, назначение ивабрадина улучшила течение и прогноз при ОКС. В группе пациентов, которые получали ивабрадин, снижение ЧСС было эффективным и стабильным в течение всего периода наблюдения и было сопоставимо с таковым при приеме β -адреноблокаторов. Выявлены эквивалентные с β -адреноблокаторами положительные антиангинальные и антиишемические эффекты ивабрадина в сочетании со стандартной терапией.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ 6 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Овчаренко Л. С., Шелудько Д. Н.

*ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования
МОЗ Украины»,*

Актуальность: дети в возрасте 6-9 лет, ввиду широкого контакта с патогенами в школе, часто подвержены острым респираторным заболеваниям (ОРЗ). Данные МОЗ Украины свидетельствуют об отрицательной динамике количества школьников, имеющих I группу здоровья, от 10,1% в начале первого класса до 3,8% в конце младшей школы. Такая ситуация негативно влияет на уровень функционального состояния сердечно-сосудистой системы, так как по данным Марушко Ю.В. (2014), Заневский И.П. (2013), Казакова Л.Н. (2011), Сытник О.А. (2013) в основной группе по физкультуре могут заниматься 10-20% школьников.

Цель работы: определение показателей пробы Руфье у детей 6 лет в зависимости от частоты заболеваемости ОРЗ.

Материалы и методы: анализ результатов проведения пробы Руфье, согласно приказа МОЗ Украины №518 / 674 от 20.07.2009 г., у 70 детей 6 лет. Группы наблюдения: 1) 28 детей, болеющих более 4-х раз в год; 2) 42 ребенка, болеющих менее 4-х раз в год

Результаты: При анализе полученных данных пробы Руфье установлено, что 23 (81,8%) ребенка 1-й группы имеют неудовлетворительное функциональное состояние миокарда (величина пробы Руфье составила более 7 баллов). Среди детей 2-й группы снижение резерва сердечной мышцы имели 25 (60%).

Выводы: у большего количества детей 6 лет, которые имеют повышенную заболеваемость ОРЗ (более 4-х раз в год), выявлено снижение функционального резерва миокарда по результатам проведения пробы Руфье, что указывает на негативное влияние инфекционных патогенов на сердечно-сосудистую систему. Полученные данные являются предметом для более углубленного изучения таких факторов как возраст, частота заболеваемости, физиологические особенности нейроиммунной регуляции кардиальных функций ребенка.

АГОНІЯ ЯК ПРИАМБУЛА КЛІНІЧНОЇ СМЕРТІ

Ольховський В. О., Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН
України», м. Харків,*

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,

У сучасному розумінні агонія (з давньо-грецького – боротьба) – згасання головних життєвих процесів, що передують клінічній смерті. В основі агонії лежать процеси, що пов'язані із глибокими порушеннями діяльності найвищих регулюючих центрів кори головного мозку, та збудження бульварних, спинномозкових центрів, що зумовлює сукупність реактивних та адаптивних фізіологічних реакцій організму. Агонії завжди передують термінальна фаза, яка характеризується зникненням електричної активності кори головного мозку, розширенням зіниць, зникненням роговидного рефлексу, короткочасним прискоренням дихання з подальшою його зупинкою та появою типового агонального дихання. Однією із перших ознак агонії є запаморочення, блідість шкіри з отриманням нею характерного сіро-землистого відтінку, помутніла роговиця, опущення верхньої вії, нижньої щелепи, загострення носу. За умов розвитку агонії у певних випадках можуть виникати клонічні, згодом тетанічні судоми, які завершуються розслабленням та паралічем мускулатури. Паралічі сфінктерів призводять до фізіологічних актів. Дихання у наслідок так званого термінального набряку легень стає важким, із клокотанням у грудях та високими хрипами, спричиненими накопиченням слизу у дихальних шляхах. У процесі дихання приймають участь діафрагма мускулатура шії, рота (складається враження, що хворий намагається жадібно заковтнути повітря). Фінішує агональна стадія смерті виключенням із акту дихання м'язів діафрагми, за висхідною-мускулатури грудей, у решті решт, шії. Частий ниткоподібний пульс, з подальшим поступовим зменшенням його частоти, різким прогресуючим зниженням артеріального тиску та блокадою передсердно-шлуночкової провідності знаменують агональний розлад серцевої діяльності. Іноді під час агонії спостерігають повернення свідомості на тлі нетривалого прискорення частоти серцевих скорочень, підвищення артеріального тиску, відновлення біоелектричної активності кори головного мозку, часткового та нетривалого відновлення мовної функції. Однак такі факти більше схожі на винятки, ніж правила. Превалювання гліколітичних процесів у разі розвитку агонії, що зумовлюють накопичення у крові недоокислених продуктів обміну (піровиноградної, молочної кислот), характеризують розлад гомеостазу. (Найшвидше зазначене відбувається у головному мозку, серці, пізніше – гладкій мускулатурі). Останнє спонукає феномен інвагінації кишок на розтині при хаотичній перистальтиці). Період тривалості агонії різний (від декількох хвилин до годин, навіть діб), зі схожим фіналом, що завжди знаменується останнім вдихом. І все ж агонія не є незворотнім станом, своєчасність проведення реанімаційних заходів при певних випадках можуть повернути пацієнта до життя.

АНТОЛОГІЯ ОСНОВНИХ ВИДІВ СМЕРТІ ТА ЇХ РОЛЬ У СУЧАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ

Ольховський В. О., Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН
України», м. Харків*

Класифікацію основних видів смерті досліджує танатологія – вчення про смерть. Танатологія як наука вивчає всі явища та процеси, що стосуються та пов'язані зі смертю: від періоду агонії до завершення кардинальних життєвих функцій-дихання та кровообігу. Тобто, її предметом дослідження являються: механізми вмирання, (танатогенез), зовнішні ознаки, що характеризують смерть, а також причини смерті, у тому числі, безпосередні. Для остаточного з'ясування сутності танатогенезу, власне, причин смерті, велике значення мають специфіка агонального періоду та достеменність відомостей стосовно нього. У танатології розрізняють вид та причину смерті. Останні міцно пов'язані між собою. Основними видами смерті антологічно вважають зупинку дихання (респіраторна або дихальна смерть), зупинку кровообігу або кардіальну чи серцеву смерть, зупинку функціонування життєво важливих нервових центрів (церебральна, мозкова смерть). Узагальнюючим моментом усіх цих видів смерті є загальна гіпоксія. Остання, що важливо, у цілій низці випадків відіграє роль первинного танатогенного фактора у разі певних патогенних впливів (гострі отруєння, недостатня оксигенація крові за умов штучного кровообігу, підйомів на висоту). Усі види смерті взаємопов'язані та взаємообумовлені. У зв'язку з чим на сьогоднішній день наведена класифікація вважається схематизованою. Зрозуміло, що за для досягнення більшої виваженості та достеменності танатологічного аналізу є конче необхідним віднайти основний вид смерті. Саме він відіграє роль практичного важеля у системному алгоритмі встановлення танатогенних факторів тих чи інших впливів, боротьби із ними та їхньому запобіганню. Визначення виду смерті також сприяє вибору більш ефективних реанімаційних заходів, інтенсивної терапії. Слід зауважити також на роль та значення патологоанатомічного діагнозу, де під причиною смерті розуміють саме те захворювання, яке призвело до ускладнень або смертельному вироку. У таких випадках вид та причина смерті можуть співпадати (травма головного мозку і, як наслідок, церебральна смерть). Однак навіть патологоанатомічний діагноз (на відміну від судово-медичного заключення) в окремих випадках не дає конкретної відповіді на важливе практичне питання стосовно безпосередніх причин смерті, які необхідно охарактеризувати у танатологічному висновку. (Останнє, у свою чергу, вимагає деталізації усіх обставин смерті, урахування специфіки заподіяних лікувально-профілактичних заходів, агонального періоду). Цілковиту повноту такого аналізу може забезпечити лише співробітництво патологів із іншими спеціалістами – терапевтами, педіатрами, хірургами, анестезіологами, біохіміками, фахівцями з комп'ютерною діагностики.

МЕХАНІЗМИ ОСНОВНИХ ВИДІВ СМЕРТІ ТА СПЕЦИФІКА ЇХНЬОЇ СУЧАСНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ

Ольховський В. О., Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМН*

України», м. Харків,

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Механізми основних видів смерті (дихальна, серцева, мозкова) є надто складними та специфічними для того чи іншого виду у зв'язку особливостями їх нормальної та патологічної фізіології, хімізму процесів, що характеризують діяльність відповідних систем. Серйозним важелем впливу на розвиток мортальних реакцій є генетична прив'язаність до смерті, тривалість генетичного коду, сімейні традиції та практики щодо збереження здоров'я. Завершення функціонування призводить до цілої низки порушень гомеостазу (на молекулярному, генетичному, субклітинному рівнях), які у перші миті смерті не можуть бути зафіксовані з високим відсотком ймовірності лише зовні, макроскопічно (системно). Такі випадки потребують більш детальної діагностики, глибокого ситуативного аналізу зі ставленням даних status *objectivus ex vitae, curriculum vitae, anamnesis vitae et morbi*, заподіяної терапії (її повноти, ефективності, своєчасності), реанімаційних заходів, специфіки агонального періоду. У решті решт, вивчення механізмів смерті не можливе без багатопланового інструментального підходу (імуноцитохімія, молекулярно-генетичний аналіз, електроенцефало-, кардіографія, комп'ютерна томографія, магнітоядерний резонанс, ядерно-силова мікроскопія, тощо). За останнім, з огляду на сучасний ритм життя та його соціальні вимоги до особистості, – майбутнє. Зауважимо, що детекція обмінних розладів у міокарді, де найсуттєвішу роль відіграють порушення вуглеводного обміну (зникнення глікогену- головного енергетичного ресурсу серцевого м'язу) та ферментативно-окислювальних процесів, не можливо уявити без залучення сучасних діагностичних технологій. Визначення порушень протеїнового обміну, що носять стадійний характер та завершуються денатурацією білків, також унеможлиблює застосування лише класичних методів об'єктивного аналізу. Наявність фібриляції (як ознаки повного та остаточного розладу скорочувальної функції серцевого м'язу), гіпоксії центральної нервової системи-провідної причини смерті головного мозку (якщо вона не пов'язана із безпосереднім руйнуванням життєво важливих центрів) реєструють, використовуючи сучасну апаратуру та оснащення. Танатологічний висновок виходить із ретельного вивчення усіх матеріалів розтину, достеменної та детальної фіксації патологічних процесів, яких виявлено у разі макроскопічного та гістологічного досліджень трупного матеріалу. Іноді гісто-цитологічне дослідження викривають роль ендокринних, імунних, онкопроцесів танатогенезу, що мають велике значення для привентації смерті та проведення потенційних реанімаційних заходів.

СТАН ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РЕКОМБІНАНТНОГО ІНТЕРФЕРОНУ АЛЬФА-2b ЛЮДИНИ

Оринчак М. А., Човганюк О. С., Гаман І. О.,
Артеменко Н. Р., Вакалюк І. І., Василечко М. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Пневмонія – важлива медико-соціальна проблема за своєю значною поширеністю. Одним із можливих факторів, що вимагає госпіталізації є порушення специфічного і неспецифічного імунного захисту з важчим перебігом захворювання та більшим ризиком розвитку його ускладнень.

Мета – оцінити стан показників клітинного імунітету у хворих на негоспітальну пневмонію при застосуванні рекомбінантного інтерферону альфа-2b людини.

Матеріал та методи. Обстежено 46 хворих на негоспітальну пневмонію (17 – чоловіки; 29 – жінки; вік – (49 ± 18) років, III-IV ступеня тяжкості). Діагноз негоспітальної пневмонії підтверджено даними загально-клінічного обстеження, рентгенологічного дослідження органів грудної клітки у прямій і боковій проекціях, лабораторного та імунологічного дослідження з визначенням CD3, CD4, CD8, CD16, спонтанного і стимульованого НСТ-тесту, фагоцитарного показника. Хворі отримували стандартну антибіотикотерапію та супозиторії з інтерфероном альфа-2b людини по 500 000 МО 2 рази/добу впродовж 10 днів.

Результати. У обстежених хворих виявлено дисфункцію Т-клітинної ланки імунної системи із зниженням базального рівня CD3-лімфоцитів, Т-хелперів-CD4, природних Т-кілерів CD16 та функціональної здатності фагоцитів ($p < 0,05$). При застосуванні інтерферону спостерігалася позитивна динаміка показників клітинного імунітету. Виявлено підвищення числа CD3-лімфоцитів на 18,04% ($p < 0,05$). У 45% випадках кількість CD4 зросла на 22,02% ($p < 0,05$), у 28% випадках кількість CD16 підвищилася на 19,68% ($p < 0,05$) порівняно з базальним рівнем. У решти хворих спостерігалася тенденція до зростання даних показників ($p < 0,1$). У 32% хворих виявили зменшення кількості CD8-лімфоцитів на 17,96% ($p < 0,05$), у решти – тенденцію до їх зниження ($p < 0,1$). У всіх хворих спостерігалася посилення фагоцитарної активності нейтрофілів із збільшенням фагоцитарного показника на 22,45% ($p < 0,05$) та спонтанного НСТ-тесту – на 45,96% ($p < 0,05$).

Висновок. Дисфункція Т-клітинної ланки імунної системи у хворих на негоспітальну пневмонію свідчить про зниження протиінфекційного імунітету. Застосування рекомбінантного інтерферону альфа-2b людини в комплексному лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію сприяє нормалізації основних імунологічних показників клітинної ланки імунної системи та активації фагоцитозу.

**ЗВ'ЯЗОК СИРОВАТКОВОГО ВМІСТУ ІЛ-17А
З КЛІНІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

**Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Матвієнко Ю. О.,
Грабченко Н. І., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б.**

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

Мета: визначення зв'язку вмісту інтерлейкіну 17-А (ІЛ-17А) периферичної крові, який характеризує стан Т-хелперних клітин 17 типу, з клінічними особливостями перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали і методи: обстежено 45 хворих на ХОЗЛ (28 чоловіків та 17 жінок) віком від 30 до 89 років ($71,3 \pm 3,6$ років) у фазі ремісії та 17 здорових осіб контрольної групи віком від 28 до 67 років ($49,6 \pm 2,7$), серед яких було 5 чоловіків та 12 жінок, у яких методом імуноферментного аналізу визначали вміст у сироватці крові ІЛ-17А ("Вектор-Бест", Росія).

Результати. Встановлено, що у хворих з легким і помірним ступенем тяжкості перебігу ХОЗЛ рівень ІЛ-17А був у межах нормальних значень – ($0,98 \pm 0,08$) пг/мл [($1,04 \pm 0,07$) пг/мл в контролі], тоді як у пацієнтів з тяжким і дуже тяжким ступенем перебігу захворювання він був вірогідно підвищеними ($1,25 \pm 0,07$) пг/мл, $p < 0,05$. У групі хворих з кількістю загострень до 3 разів на рік він також не різнився від контрольних показників – ($1,08 \pm 0,06$) пг/мл і був вірогідно підвищеним у пацієнтів з кількістю загострень 3 і більше разів на рік – ($1,34 \pm 0,11$) пг/мл, $p < 0,05$.

Отже, у хворих на ХОЗЛ продукція ІЛ-17А підвищувалась по мірі прогресування захворювання і збільшення частоти загострень хвороби.

Висновок. Підвищена продукція ІЛ-17А у фазі ремісії ХОЗЛ пов'язана зі стадією хвороби та з частотою загострень захворювання, що свідчить про участь Т-хелперів 17 типу в патогенезі хвороби.

Робота виконана за рахунок державного бюджету України.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ПОЄДНАННІ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ ТА ОСТЕОАРТРИТУ

Пасієшвілі Л. М., Коряк В. В., Пасієшвілі Т. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: вивчення вмісту та ролі СОМР в перебігу ОА у пацієнтів на аутоімунний тиреоїдит (АІТ).

Матеріали та методи. Обстежено 32 пацієнта з сукупним перебігом ОА і АІТ віком від 27 до 48 років (середній вік – $(34,5 \pm 4,3)$ роки). Серед пацієнтів переважали жінки (90,6%) з тривалістю анамнезу з АІТ від 2 до 17 років. У 7 осіб АІТ перебігав на тлі еутиреоїдного стану; у 25 було встановлено гіпофункцію залози легкого (11) або середнього (14) степеню тяжкості. Тривалість анамнезу з ОА була в межах 2-14 років. Виразність болі та ранкової скутості визначали за візуальною аналоговою шкалою Хасскісона та бальною шкали оцінки болю Лікєрта. Вміст СОМР досліджували методом ІФА наборами ELISA. До групи контролю увійшло 20 практично здорових осіб аналогічної статі та віку.

Результати та їх обговорення. Було встановлено, що у всіх пацієнтів мав місце поліартрит з переважним ураженням суглобів нижніх кінцівок: колінних (28,1%), тазостегневих (15,6%), колінних і тазостегневих (18,8%), колінних і гомілковостопних (21,9%), суглобів нижніх кінцівок та кистей рук (15,6%). Інтенсивність болю за шкалою Хасскісона знаходилася в наступних межах: від 5 до 7 см (87,5%); в 4 випадках (12,5%) – від 8 до 9 см. С урахуванням показників шкали Лікєрта сильний біль (4 бали) реєструвався у 9 випадках (28,1%) та біль помірної інтенсивності (3 бали) – у 23 хворих (71,9%). Стартовий біль, тривалістю до 30 хв. спостерігали у 27 пацієнтів (84,4%), в 5 випадках (15,6%) – він був короткочасним та зникав на протязі 10 хв. після вставання з ліжка. Рентгенологічне дослідження I стадію захворювання визначило в 28,1% випадків; II ст. – у 53,1% і III рентгенологічну стадію – у 18,8%. Вміст СОМР в середньому по групі складав $(21,1 \pm 1,3)$ пг/мл при контролі – $(9,3 \pm 0,9)$ пг/мл. При цьому виразність запальних змін у суглобі та його деріватах (з урахуванням результатів клінічного аналізу крові й гострофазових показників) не корелювала з величиною СОМР. Також не була виявлена залежність між показником СОМР і стадією функціональної активності щитоподібної залози. Одночасно, у хворих з тяжким ураженням суглобів (6 пацієнтів з 3-ю рентгенологічною стадією) даний показник склав $(25,4 \pm 1,1)$ пг/мл, тобто визначена пряма залежність вмісту СОМР від тяжкості морфологічних змін у суглобі.

Висновки. Поєднання ОА та АІТ призводить до збільшення показника СОМР, одного з компонентів матрикса хряща, що дає можливість використовувати даний показник в діагностиці захворювання. Величина СОМР мала пряму залежність від структурних змін в тканині хряща, що може бути використано при контролі терапії.

ЗНАЧЕНИЕ ТИПОВ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Петренко Е. В.

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

Диастолическое артериальное давление (ДАД) является независимым фактором риска сердечно-сосудистой (СС) заболеваемости и смертности, причем у пациентов до 50 лет даже более строгим, чем систолическое артериальное давление (САД) и пульсовое артериальное давление (ПАД).

Цель работы: изучить значение типов суточных профилей ДАД в сравнении с суточными профилями САД в клинической оценке пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы: обследовано 82 пациента с ГБ – 33 мужчины (40%) и 49 женщин (60%). Средний возраст – (56±11) лет. Средняя давность ГБ – (8±6,7) лет. Пациенты были разделены на 8 групп – 4 группы в соответствии с типом суточного профиля САД и 4 группы – в соответствии с типом суточного профиля ДАД. Всем пациентам проводилось измерение массы тела и роста, расчёт индекса массы тела (ИМТ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Определялись частотные соотношения клинических характеристик гипертонической болезни (ГБ) – пол, возраст, стадия, степень и давность ГБ, наличие сопутствующих ИБС, ХСН, острые СС события в анамнезе – для каждого из типов суточного профиля в зависимости от выбранного индекса СМАД, и сравнивались попарно в группах профилей САД и ДАД. Данные обрабатывались методами параметрической статистики.

Результаты: выявлены различия частот встречаемости клинических характеристик ГБ в зависимости от выбранного индекса СМАД. Пациенты женского пола преобладали среди дипперов, найтпикеров и овердипперов в ДАД-группах, мужского – среди дипперов, найтпикеров и овердипперов в САД-группах. Начальные стадии ГБ и пациенты с небольшим стажем заболевания преобладали среди ДАД-овердипперов и ДАД-найтпикеров. Пациенты с ХСН и ИБС преобладали в ДАД-группах прогностически неблагоприятных нондипперов и овердипперов.

Выводы. Оценка суточного профиля ДАД несёт дополнительную к оценке суточного профиля САД информацию о течении ГБ. Более высокому риску патологических типов суточного профиля ДАД подвержены лица женского пола, с коротким анамнезом и начальными стадиями ГБ. Оценка суточного профиля ДАД наравне с суточным профилем САД должна проводиться у всех пациентов с ГБ.

ЗНАЧЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ПРОЯВІВ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА ЇХ УСУНЕННЯ

Пилипенко І. І., Чайгирева Л. В., Лобанова О.О., Заячук В. М.
*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб*

Мета дослідження: встановити характер і розповсюдженість запальних змін трахеобронхіального дерева при активному деструктивному туберкульозі в легенях для їх своєчасного виявлення і лікування з метою підвищення ефективності хіміотерапії хворих.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено вивчення змін трахеобронхіального дерева за допомогою фібробронхоскопії у 136 хворих із вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень. Усім хворим проводилась стандартна протитуберкульозна хіміотерапія згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 04.09.2014 р.

Результати дослідження. У 136 хворих на туберкульоз органів дихання виявлено інфільтративну (75,5%) і дисеміновану (17,0%) форми туберкульозу легень. Бактеріовиділення спостерігалось переважно у пацієнтів з поширеним специфічним патологічним процесом. При фібробронхоскопії у 18,7% пацієнтів ендоскопічно - без патології. Серед них спостерігалися обмежені специфічні зміни в легенях: вогнищеві, туберкуломи. Ендоскопічна картина у 81,3% пацієнтів мала запальний характер різної етіології.

У 12 хворих (9,1%) діагностовано специфічний ендобронхіт, який супроводжувався специфічними змінами в легенях, у 54 (40,0%) при відсутності симптомів, при фібробронхоскопії виявили дифузний катаральний ендобронхіт. Катаральне запалення викликане тубінтоксикацією, як реактивний «параспецифічний» ендобронхіт. У цих хворих виявляли обтяжливі фактори: куріння, осередки неспецифічної інфекції верхніх дихальних шляхів, часті респіраторно-вірусні захворювання та залишкові зміни в легенях після перенесених запальних процесів, що свідчить про важливе значення алергічного компонента у виникненні дифузного катарального ендобронхіту, який призводив до специфічної гіперсенсibiliзації організму з порушенням архітектоники паренхіми легень та бронхів. Стандартна протитуберкульозна хіміотерапія в переважній більшості призводила до зворотного розвитку ендобронхіту.

Таким чином, у значної більшості хворих на деструктивний туберкульоз легень спостерігаються ендобронхіти різної етіології. Наявність ендобронхітів погіршувало перебіг основного захворювання та знижувало ефективність лікування туберкульозу.

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ З ОЖИРІННЯМ

Пилипів Л. І., Радченко О. М., Мазур М. В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Вступ. Коморбідність у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) складає медико-соціальну проблему. Більше 90% пацієнтів з ХОЗЛ мають обтяжений коморбідний фон, часто зумовлений ожирінням. Розлади психоемоційної сфери можуть мати вплив на якість життя пацієнтів та прихильність до лікування, а вплив ожиріння на їх вираженість у пацієнтів з ХОЗЛ вивчений недостатньо.

Мета. Визначити психоемоційний статус хворих на ХОЗЛ з ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 33 пацієнти з ХОЗЛ (15 чоловіків, 18 жінок), медіана віку – 61 рік. Пацієнтам проведено визначення індексу маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле, опитування згідно Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Пацієнтів поділили на 2 групи: з ІМТ <29,9 кг/м² (16 хворих) та ІМТ >30,0 кг/м² (17). Вираженість тривоги та депресії оцінювали в балах: 8-10 – субклінічна тривога/депресія, >11 – клінічно виражена тривога/депресія). Результати подані як медіана [нижній; верхній квантиль], кореляції оцінені за Кендаллом.

Результати. Загалом частота виявлення тривожних та депресивних розладів була лише дещо вищою у хворих з ожирінням, ніж у пацієнтів з нормальною та надмірною масою тіла ((83,0±9,1)% проти (82,0±9,6)%; (89,0±7,6)% проти (75,0±10,9)%; обидва $p>0,05$). Вираженість тривоги у пацієнтів з ожирінням була дещо більшою, хоч медіана в обох групах відповідала субклінічним проявам (10,0[6,0;13,0] проти 8,5[5,5;11,0] балів; $p>0,05$). Більш помітні зміни стосувались рівня депресії. Так, вираженість депресії у пацієнтів з ожирінням була істотно більшою та досягла клінічного вираження (13,0[11,0;14,0] проти 9,5[8,0;12,0] проти балів; $p=0,02$). Це підтвердив кореляційний аналіз, який показав, що вираженість депресії прямо корелювала з вираженістю ІМТ [$\tau=0,3$; $p=0,02$]. Співвідношення тривога/депресія в обох групах істотно не відрізнялись (0,8[0,7;1,3] та 0,8[0,6;1,0]), проте в обох групах була відмічена тенденція до переваги вираженості депресивних розладів над тривожними.

Висновки. Хворі на ХОЗЛ, поєднане з ожирінням, характеризуються більшою вираженістю депресивних розладів, ніж у пацієнтів з нормальною та надмірною масою тіла, яка чітко асоційована з ІМТ, що зумовлює потребу визначення психоемоційного статусу у пацієнтів з ожирінням та проведення його терапевтичної корекції.

СИСТЕМА ФАРМАКОНАГЛЯДУ ЯК ФАКТОР ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ТА НАСЛІДКІВ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Пімінов О. Ф., Квітчатта Г. І., Шульга Л. І., Якущенко В. А.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Серед інноваційних підходів при вирішенні проблеми хронізації неінфекційних захворювань внутрішніх органів та їх персоналізованої первинної і вторинної профілактики вирізняється система фармаконагляду (ФН). ФН – система питань безпеки ліків, яка забезпечує суспільний захист шляхом ефективного, своєчасного визначення, збору, оцінки та розповсюдження інформації щодо побічних реакцій, пов'язаних із застосуванням лікарських засобів (ЛЗ). До сфери діяльності ФН належить виявлення, вивчення та мінімізація медичних помилок, наслідків нецільового використання ЛЗ, негативних результатів взаємодії ліків та ін.

Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України (ДЕЦ) у співпраці з програмою «Зміцнення фармацевтичних систем» (Strengthening Pharmaceutical Systems – SPS) здійснює оцінку системи ФН в Україні з метою визначення її можливостей та фактичного функціонування на кожному рівні системи охорони здоров'я, а також використовує отримані результати для розробки рекомендацій щодо покращення безпеки ЛЗ та виробів медичного призначення в Україні.

Запровадження діяльності з ФН на різних ланках системи охорони здоров'я, включаючи державні програми охорони здоров'я є ефективним механізмом розповсюдження інформації щодо безпеки ЛЗ серед медичних працівників та широкого кола споживачів ліків. Використання методів збору інформації про побічні реакції ЛЗ (активний та пасивний моніторинг) та її аналіз сприяє розробці заходів з мінімізації несприятливих наслідків фармакотерапії, формуванню прихильності пацієнтів та покращанню результатів лікування, що має особливе значення для лікування різноманітної неінфекційної патології.

На сьогодні в усіх регіонах України опановано та впроваджено у практичну площину перший рівень ФН – систему подання спонтанних повідомлень, обробка яких є поштовхом оновлення схем лікування, корекції термінів госпіталізації або непрацездатності тощо. Останнє, крім впливу на якість життя, має соціально-економічні наслідки у вигляді існуючих законодавчих відносин, згідно яких здійснюється відшкодування збитків, які завдано каліцтвом, ушкодженням здоров'я чи смертю.

Отже, гармонізація взаємовідносин фахівців медицини та фармації є важливим аспектом, який сприяє підвищенню ефективності фармакотерапії неінфекційних захворювань внутрішніх органів та її безпеці та покращенню якості життя хворої людини.

CARDIAC REMODELING IN PATIENTS WITH COPD COMBINED WITH OBESITY

Pionova O., Bolokadze Ie.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

Aims and objectives: The study of cardiac remodeling in patients with COPD occurring in combination with obesity.

Materials and methods: 59 patients with COPD combined with obesity aged 59 to 77 years (46 (79%) male and 13 (21%) female), the average age was (68,0±7,3) years were examined. Gathering of the anamnesis, pulmonary function test and cardiac ultrasound were studied. The diagnosis is verified according to the criteria GOLD (2016).

Results: Patients were divided into groups according to BMI: Group 1 - 30 patients with COPD and BMI < 30 kg/m², 2 group - 29 patients with COPD and BMI > 30 kg/m². Among all patients, COPD group A was observed in 4 patients (6%), gr. B - 44 patients (76%), gr C - in 11 patients (18%). This is reflected in the frequency of COPD exacerbations. Exacerbations were observed in these groups 3 (14%), 4 (39%) and more than 4 times a year (47%), respectively. In 35% of patients with COPD combined with obesity revealed severe respiratory failure in 65% - medium severity. Pulmonary hypertension was found in 42% of patients. Chronic pulmonary heart verified in 32% of patients.

Analysis of the functional state of the myocardium has shown that patients of the 2nd group revealed a significant rise of left ventricle (LV) end-diastolic dimension by 5.6% (p <0.05), LV end-systolic dimension by 3.7% (p <0.05), LV end-diastolic volume by 9.5% (p <0.05), LV end-systolic volume by 4.1% (p <0.05), stroke volume by 10.5% (p <0.05), LV myocardial mass by 8.2% (p <0.05), the size of the right ventricle (RV) by 8.2% (p <0.05), left atrium (LA) by 2.5% (p <0.05), thickness of interventricular septum at diastolic phase by 4.4% (p < 0.05), posterior LV wall thickness by 2.7% (p <0.05), the rate of ejection fraction lower by 1.7% (p <0.05) compared with the first group. The possible increase of the RV may indicate increased load right heart to the formation of pulmonary hypertension and the development of chronic pulmonary heart. Increase the value of stroke volume is compensatory in nature, which aims to preserve the pumping function of the heart.

Conclusion: Clinical and instrumental characteristics, as well as modern views on the formation of the right heart remodeling at patients with prolonged obstruction and overweight are presented. Our data suggest a more pronounced heart remodeling in COPD patients in combination with obesity.

НАДПОЧЕЧНИКИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СИМПАТО- АДРЕНАЛОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ НЕРВНОГО ГРЕБНЯ

Плаксина Е. М., Сидоренко О. С., Легач Е. И., Божок Г. А.

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

Учитывая широкий спектр клеток и тканей, образующихся из нервного гребня, контроль над дифференцировкой его производных имеет важное значение для нормального развития организма. Дисрегуляция процесса на любой стадии чревата возникновением опухолей, например, нейробластом, которые обнаруживаются в раннем детском возрасте, чаще всего в надпочечниках (НП). Изучение симпато-адреналовых производных нервного гребня (САПНГ) является актуальным для лечения и профилактики патологий развития периферической симпатической нервной системы. Адекватной экспериментальной моделью для изучения САПНГ в неонатальном периоде являются свиньи, благодаря их схожести по основным анатомо-физиологическим характеристикам с надпочечниками человека.

Целью представленной работы являлось изучение САПНГ, образующихся в культуре надпочечников неонатальных свиней в виде сферических многоклеточных образований (цитосфер).

Исследования были проведены на клетках и срезах ткани, полученных из НП поросят 1-х суток рождения. Клетки культивировали (37°C, 5% CO₂, среда DMEM/F12, 10% фетальная телячья сыворотка) на низкоадгезивной поверхности. Из цельных НП изготавливали срезы ткани (5–7 мкм) на криомикротоме. Культуру клеток и срезы ткани окрашивали антителами к маркеру нейробластом β-III-тубулину. Микрофотосъемку осуществляли на флуоресцентном микроскопе Carl Zeiss Axio Observer Z1.

На 5 сутки в культуре образовывались флотирующие цитосферы диаметром около 600 мкм в количестве 10±5 цитосфер/1млн посаженных клеток. Для дальнейшего культивирования цитосферы переносили на адгезивную поверхность. При этом цитосферы прикреплялись, и из них выселялись клетки, формирующие длинные отростки. Цитосферы и клетки окрашивались антителами к βIII-тубулину, что свидетельствовало об их принадлежности к нейрональному ряду. Однако при окрашивании срезов НП не было обнаружено позитивного мечения на βIII-тубулин, что говорило об отсутствии таких биообъектов в НП на момент рождения.

Таким образом, при создании определенных условий САПНГ из НП могут дифференцироваться в нейрональном направлении. Дальнейший поиск условий переключения их дифференцировки с физиологического направления (хромаффинные клетки) в патофизиологическое (нейроны) может быть полезным для понимания процессов образования нейробластом в НП.

АНТИШЕМИЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Стебліна Н. П.,
Прохоренко В. Л., Лисицька Н. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Згідно даних популяційних досліджень у хворих хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) серцево-судинна смертність пов'язана переважно з атеросклеротичним ушкодженням судин, так як вік хворих ХОЗЛ з ішемією міокарду виступає як фактор ризику формування на протязі життя функціональних, метаболічних й структурних змін в судинах у хворих з цією коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 59 хворих на ХОЗЛ з ішемією міокарду, які були поділені на 2 групи: 1-а – 29, 2-а – 30 осіб. Середній вік хворих склав (61±5) років. Усі хворі одержували комплексну терапію та амлодипін 10 мг/добу. Хворим 2-ої групи додатково включали тіоктову кислоту ("Еспаліпон") в/в крапельно в дозі 600 мг на 0,9% розчину хлориду натрію N10. Стан середнього тиску у легеневій артерії та внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ та доплерЕхоКГ. Вміст загального холестерину (ХС), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) і дуже низької щільності (ЛПДНЩ) визначали за А.Н. Климовим (1999). Рівень ендотеліну-1 та циклічних нуклеотидів визначали імуноферментним методом.

Результати дослідження. На тлі проведеної терапії з включенням амлодипіну у комбінації з тіоктовою кислотою у 2-ій групі спостереження відзначалось поліпшення загального стану хворих, що супроводжувалося збільшенням порога перенесення фізичного навантаження без помірного приросту ЧСС. Стан компенсації супроводжувався зниженням показників ЛПНЩ і ЛПДНЩ та мала місце тенденція до підвищенням ЛПВЩ. Відмічались позитивні зміни стану циклічних нуклеотидів, оксиду азоту та ендотеліна-1. Достовірне зниження рівня ендотеліна-1 та підвищення оксиду азоту під впливом амлодипіну і тіоктової кислоти дає підстави стверджувати, що ця комбінація препаратів впливає на ендотелій судин, ліпідний обмін, що спонукає до зниження середнього тиску в легеневій артерії.

Висновок: зазначені позитивні клініко-біохімічні та функціональні зміни позитивно характеризують застосування амлодипіну з тіоктовою кислотою у терапії хворих ХОЗЛ з ішемією міокарду, як засіб антиатерогенної та антиішемічної дії.

ВИЗНАЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Поліщук О. Ю., Пастернак Н. І., Юрценюк О. С., Пендерецька О. М.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

У сучасних умовах увагу багатьох дослідників привертає наявність двостороннього зв'язку між тривожністю та депресією з соматичними розладами, у першу чергу серцево-судинними захворюваннями. З одного боку, хвороби серця закономірно викликають підвищення рівня тривожності та можуть сприяти виникненню депресивних розладів. З іншого – тривожність та депресія самі по собі викликають фізіологічні зміни – серцебиття, підвищення артеріального тиску, зростання активності згортальної системи крові, зниження імунітету, порушення в роботі шлунково-кишкового тракту, тремор, безсоння, неприємні відчуття в ділянці серця тощо.

Метою роботи було визначення рівня тривожності та депресії у осіб з артеріальною гіпертензією. Обстежено 22 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері з діагнозом «Гіпертонічна хвороба, II стадія». Проведено визначення рівня особистісної та ситуативної тривожності за методикою Чарльза Спілбергера. Також визначався рівень тривожності та депресії з допомогою шкали Гамільтона (HADS) та опитувальника PHQ-9.

Встановлено, що серед хворих на артеріальну гіпертензію більшість складають особи з високим рівнем особистісної та ситуативної тривожності – 72,73% та 77,27%, пацієнти з середнім рівнем особистісної та ситуативної тривожності зустрічались у 27,27% та 22,73%, низький рівень тривожності серед обстежених хворих не представлений взагалі. Середнє значення балів особистісної та ситуативної тривожності були відповідно 48,59 та 47,95, що відповідають високому рівню тривожності. Щодо рівня тривоги та депресії за шкалою Гамільтона, то показники були наступними: субклінічний рівень тривоги виявлявся у 54,54%, виражений рівень – у 31,81% пацієнтів. Депресія загалом діагностувалась у 50% досліджуваних пацієнтів, з яких у 27,27% – була субклінічна депресія, а в 22,73% була виражена депресія. За опитувальником PHQ-9 депресія також виявлялась у 50% хворих, з яких легка депресія була у 27,27% хворих, помірна у 4,55%, середньої тяжкості у 13,63% та тяжка депресія виявлялась у 4,55%. Середнє значення тривоги та депресії було, відповідно, 9,77 та 7,72, що відповідає субклінічному рівню.

Визначення психологічних особливостей особистості, таких як тривожність, наявність у пацієнтів з гіпертонічною хворобою супутньої депресії чинить значний вплив на перебіг основного захворювання, потребує фармакологічної та психотерапевтичної корекції та має враховуватись при плануванні реабілітаційних заходів.

ВИКОРИСТАННЯ ЕПЛЕРЕНОНУ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Полянська О. С., Тащук В. К., Гулага О. І., Хребтій Г. І., Амеліна Т. М.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з гострою серцевою недостатністю (ГСН) часто призводить до зростання смертності та захворюваності.

Метою нашого дослідження було виявлення маркерів прогресування ГСН за нейрогуморальними показниками та протеолітичною активністю плазми у хворих на ГІМ з ГСН. Клінічний матеріал склав 121 хворий, де середній вік склав $51,5 \pm 3,94$ роки. У всіх хворих діагностовано ГІМ з ГСН за Killip I-II. Досліджували рівень передсердного натрійуретичного пептиду (ПНУП) та процеси протеолітичної активності за азоколагеном. Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: до першої групи відносились пацієнти, що отримували терапію, що включала спіронолактон, до другої – хворі, яким окрім основної терапії, було додано еплеренон в дозі 25 мг впродовж 10 днів. Нами виявлено, що до проведеного лікування рівень ПНУП був в 2,02 рази вищим, ніж у контролі ($(28,62 \pm 8,35)$ пг/мл проти $(57,87 \pm 9,95)$ пг/мл; $p < 0,001$). Після проведеного лікування рівень ПНУП зменшувався, більше у другій групі (I група – з $(56,97 \pm 8,42)$ пг/мл до $(45,20 \pm 9,21)$ пг/мл; $p < 0,001$, II група – з $(58,77 \pm 11,48)$ пг/мл до $(30,68 \pm 5,30)$ пг/мл; $p < 0,001$). До лікування лізис за азоколагеном був майже в 1,5 рази нижчим, ніж у контролі ($(0,0097 \pm 0,0013)$ E440/мл/год. та $(0,0096 \pm 0,0017)$ E440/мл/год. проти $(0,03 \pm 0,001)$ E440/мл/год.; $p < 0,01$). Після проведеного лікування протеоліз за азоколагеном в обох досліджуваних групах суттєво зростав ($(0,019 \pm 0,0024)$ E440/мл/год. проти $(0,041 \pm 0,0060)$ E440/мл/год.; $p < 0,01$), однак більш виражено у другій групі, у лікування якої було включено еплеренон.

Включення в комплексне лікування хворих на ГІМ з ГСН еплеренону призводить до нормалізації нейрогуморального балансу та процесів протеолітичної активності плазми крові, що впливає на процеси ремоделювання лівого шлуночка та клінічні прояви СН. Показники рівня натрійуретичного пептиду та протеолітичної активності за азоколагеном можна використовувати як маркери прогресування серцевої недостатності та можливості формування адекватної сполучної тканини в ураженому міокарді. Зростання протеолітичної активності до високомолекулярних білків плазми, у склад яких входять основні гуморальні регулятори функції серцево-судинної системи є одним з механізмів інактивації цих біологічно активних субстратів. Доказом цього є виявлене нами більш виражене зниження у хворих другої групи концентрації загалом всіх досліджених нейрогуморальних медіаторів. А запропонований підхід з впровадженням антагоністів альдостерону, пригнічуючи його синтез, суттєво знижують пошкоджуючу дію на міокард та сприяють відновленню рівноваги нейрогуморальної регуляції органів і систем.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАЛЕЖАТЬ ДО СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП

Попова Т. М., Карaban О. М., *Циганкова Т. І., Багмут І. Ю.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна,

**Харківський національний педагогічний університет ім. Г. С. Сковороди*

Мета: проаналізувати захворюваність студентів ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, які перебували на диспансерному обліку за період з 2011 по 2015 навчальні роки.

Загальна кількість студентів ХНПУ ім. Г.С. Сковороди за період 2011-2015 рр., в середньому складала 5034 студентів, кількість дівчат була 79,2%. Студенти, які віднесені до спеціальних медичних груп становили 17,6% від загальної кількості учнів.

Аналіз захворювань окремих систем організму показав, що захворювання шлунково-кишкового тракту та печінки у студентів за період від 2011 по 2015 роки мали тенденцію до збільшення – від 25,7% до 29,6% відповідно. Стабільно високі показники хвороб серцево-судинної системи: 37,2% у 2011-2012 рр., 39,3% у 2012-2013 рр., 40,3% у 2013-2014 рр., 38,6% у 2014-2015 рр. Кількість студентів, які мали патологію дихальної системи була практично однакова, за виключенням 2012-2013 рр., де спостерігався спад до 7,2% в порівнянні з 2011-2012 рр., коли цей показник складав 18,3%.

З патологією нервової системи кількість студентів збільшилась за чотирьохрічний період, так у навчальній рік 2014-2015 рр. – 8,4% в порівнянні з 2011-2012 рр. – 4,2% .

Проаналізувавши стан захворюваності студентів спеціальних медичних груп за період 2011-2015 рр. на базі ХНПУ ім. Г. С. Сковороди ми зробили наступні висновки:

Загальна кількість студентів з відхиленнями в стані здоров'я, та окремо по захворюванням має тенденції до збільшення. У спеціальних медичних групах у 3 рази більше дівчат, ніж хлопців, що пояснюється їх більшою загальною чисельністю, а також недостатньою руховою активністю, високим рівнем розумового навантаження, тощо.

Найбільша кількість студентів, віднесених до спеціальних медичних груп має захворювання серцево-судинної системи – 38,9%, на другому місці хвороби шлунково-кишкового тракту та печінки – 27,6% та на третьому місці патології дихальної системи – 17,8%.

ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С НАЖБП

Потапенко А. В., Колесникова Е. В., Шуть И. В.

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

Эндотелиальная дисфункция (ЭД) является ранним маркером развития и прогрессирования кардиоваскулярной патологии. Риск развития ЭД увеличивается в зависимости от увеличения общего числа факторов риска и их комбинации. Однако, роль дисфункции эндотелия в развитии факторов кардиометаболического риска у пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ) и НАЖБП остается недостаточно изученной.

Цель оценить изменения сосудистого эндотелия у пациентов с СГ в кардиоваскулярный риск с помощью определения циркулирующих эндотелиальных клеток у пациентов с СГ в сочетании с НАЖБП.

Материалы и методы. В исследование включено 56 пациентов (20 мужчин и 26 женщин). Пациенты были распределены на две группы: I группа – пациенты с НАЖБП $n=23$, средний возраст которых составил $(48,5 \pm 7,2)$ года. II группа пациенты с СГ+НАЖБП $n=33$, средний возраст – $(50,2 \pm 4,6)$ года. Диагноз СГ в сочетании с АГ был установлен согласно существующим унифицированным клиническим протоколам. Группу контроля составили 20 здоровых лиц, средний возраст $(55 \pm 10,5)$ лет.

Состояние сосудистого эндотелия и степень его повреждения изучали путем определения количества ЦЭК в крови по методу Hladovec J. в модификации Rajes J. и соавт. Полученные результаты обработаны с помощью пакета статистических программ «Statistica 6,0» с использованием методики фазово-контрастной микроскопии.

Результаты. В результате исследования было отмечено существенное изменение сосудистого эндотелия на клеточном уровне по данным ЦЭК во 2-й группе в сравнении с 1-й и группой контроля, что проявилось значительным увеличением десквамированной фракции: ЦДЭК $(14,57 \pm 0,23)$ кл/ 100 мкл; против $(8,19 \pm 0,26)$ кл/ 100 мкл и $(4,5 \pm 0,23)$ кл/100 мкл ($p < 0,05$). Обращают на себя внимание значимые гендерные различия показателя ЦДЭК во второй группе ($(13,8 \pm 0,23)$ кл/ 100 мкл – у женщины и $(7,33 \pm 0,23)$ кл/ 100 мкл – у мужчин), при этом у пациентов до 40 лет – $(7,4 \pm 0,23)$ кл/ 100 мкл, после 40 лет $(13,8 \pm 0,23)$ кл/ 100 мкл.

Выводы. У пациентов СГ гипотиреозом в сочетании с НАЖБП в сравнении с пациентами с НАЖБП отмечаются более выраженные нарушения функции эндотелия в виде достоверного повышения в крови уровня ЦЭК. Полученные данные подтверждают участие дисфункции эндотелия в развитии атеросклеротических изменений сосудов у пациентов СГ и НАЖБП.

ЗАГАЛЬНИЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕРИТРОЦИТАРНИХ ВКЛЮЧЕНЬ У НОРМІ ТА ПРИ БАБЕЗІОЗІ

Похил С. І., Торяник І. І., Малий В. П., Тимченко О. М.,
Чигиринська Н. А., Костиця І. А., Грибова М. А.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології 164м. І. І. Мечникова НАМНУ»

На сьогодні бабезіоз справедливо вважають маловивченим ендемічним інфекційним захворюванням з латентним перебігом, розмитою симптоматикою та складними, багатоетапними діагностикою та лікуванням, що не завжди призводять до очікуваних результатів. Від початку своєї історії бабезіоз розглядали як виключно нову північно – американську кровопаразитарну патологію, що згодом розповсюдилась на весь панамериканський континент, Європу, північну та передню Азію. Із середини минулого століття визнано безапеляційність доказів на користь інвазивного характеру, облігатно- трансмісійного способу передачі збудника цього сучасного, але доволі маловивченого антропоозоозу. Сучасний аналіз еволюції поглядів на бабезіоз свідчить щодо концепції його емерджентності. Останнє спонукало дискусійний характер окремих моментів клініко – лабораторної діагностики (з огляду на специфіку таргетної, кровотворної, системи органів) цієї загрозливої хвороби та їхньої клінічної інтерпретації. Отже, подальше дослідження структурно-функціональних змін у таргетних органах при бабезійних інвазіях є своєчасним. Метою започаткованого дослідження було вивчити наявність можливих еритроцитарних включень при бабезіозі та провести порівняльний аналіз із тими, що реєстрували у нормі. За для цього застосовували препарати (мазки крові) від добровольців та хворих чи підозрілих на бабезійну інвазію людей (n=34), що перебували на обстеженні/стаціонарному лікуванні у КЗОЗ «Харківська інфекційна лікарня № 22». З метою об'єктивізації дослідження результати порівнювали з інтактним контролем. Для остаточного з'ясування проблеми використовували препарати крові, що отримано під час виконання експериментального етапу (лабораторні, свійські та сільськогосподарські тварини, n=155). Оскільки визначені структурно-функціональні зміни носили ідентичний характер, результати узагальнювали. Мазки крові забарвлювали у відповідності до існуючих стандартних алгоритмів (за Романовським-Гімзою, Райтом), аналізували у світлооптичному та люмінесцентному мікроскопах. У результаті було встановлено, що у нормі еритроцити (дискоцити) мали зони просвітлення (1/3 діаметра), незначні та малочисельні варіації анізо-, пойкилоцитозу. У разі детектованої інфекції виявляли позначений мікросферо-, ретикулоцитоз (гемолітична анемія), гіпохромцити (гіпохромна анемія), феномени сладжів (гіперпротеїн-, гіперглобулінемія), мішеніподібні дискоцити (гемоглобінопатія SC). Провідним діагностичним фактором залишались, власне, паразити (грушовидної, парагрушовидної, пестнеподібної форм та у вигляді тетрад).

КОМОРБІДНІСТЬ БАБЕЗІОЗУ ТА ЇЇ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ

Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М.,
Чигиринська Н. А., Костиця І. А.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»

Вчення про коморбідність водночас відображає як новітні тенденції у сучасній медицині (еволюцію наукової думки щодо особливостей перебігу хвороби та її асоціативності), так і традиційні погляди на поєднання хвороб, комплексний підхід до їхніх діагностики, лікування та профілактики. На сьогодні добре відомо, що численні всебічно досліджені та хрестоматійно представлені захворювання мають перебіг, обтяжений асоціативними нозологіями. Нехтування клінічним арсеналом останніх не лише унеможливило ефективність застосованої терапії, але й, у решті решт, зводить нанівець застосування найбільш перспективних діагностичних алгоритмів. Особливого значення наведені факти набувають у сучасній клініці внутрішніх хвороб, інфектології, де стрімке розширення діагностичної атрибутики спонукало зростання числа номенклатурних категорій, відкриття нових, суттєве поглиблення знань щодо відомих захворювань. Останнім часом саме такої думки дотримуються фахівці з проблем бабезіозу. З огляду на останнє, колективом дослідників лабораторії нових та маловивчених інфекційних захворювань було заподіяно певних кроків щодо їхнього з'ясування. Матеріалом дослідження стали біологічні об'єкти (кров, сироватка крові, біо-, некропси таргетних органів) від хворих та підозрілих на захворювання бабезіозом людей (n=34), лабораторних (білі нелінійні миші, монгольські піщанки, сірійські хом'яки, (n=43) сільськогосподарських (велика рогата худоба, коні) та домашніх тварин (собаки, коти), n=112 обох статей та пролонгованих вікових категорій. У разі аналізу обов'язковим чином враховували anamnesis vitae, anamnesis morbi, curriculum vitae, професійний анамнез (якщо справа стосувалась респондентів), географічну ендемічність регіону мешкання, т. і. У якості провідних методів дослідження застосовували біологічний, мікроскопічний, серологічний. Верифікацію результатів здійснювали за допомогою молекулярно-генетичного методу. Візуалізацію мікроскопічних препаратів крові (мазки) здійснювали за допомогою забарвлення за Романовським-Гімзою, Райтом, Diff-quick. У разі мікроскопічної верифікації коморбідності було встановлено, що у мазках крові окрім характерних для бабезіозу тетрад, песнеподібних, парагрушоподібних форм збудників, зустрічались тендітні мікрофілярії рожево-фіалкового кольору, які витончено вимальовували спіралі, незавершені вісімки. Поряд із цим у мазках крові між еритроцитами у окремих препаратах спостерігали наявність мікроорганізмів, що нагадували зубчастий локон. Переважну більшість клінічних та експериментальних проб складала мазки з ознаками гіпохромної мікроцитарної (зниження вмісту гемоглобіну у еритроцитах, (гіпохромні мікроцити), гемолітичної анемії (сфероцитоз) та гіперпротеїн-, гіперглобулінемії (зростання рівня фібриногену спонукало появу сладжів, «монетних стовпчиків»).

КЛАССЫ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГОДОВОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Починская М. В.

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

Цель: изучить изменения функциональных показателей кровообращения в классах пульсового артериального давления (ПАД) у пациентов на годовом этапе наблюдения после имплантации кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ).

Материалы и методы. Обследовано 19 пациентов (13 мужчин и 6 женщин) после КРТ на годовом этапе наблюдения в классах ПАД: I – очень низкое - менее 20 мм рт. ст., II – низкое – более 20 – менее 40 мм рт. ст., III – норма - 40 – 60 мм рт. ст., IV – высокое – более 60 – менее 80 мм рт. ст., V – очень высокое ПАД – более 80 мм рт. ст. Оценивали систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО), фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ), толщина задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), размер левого предсердия (ЛП) и правого желудочка (ПЖ). Достоверность отличий между группами определялась с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Исходно повышенное САД достигло физиологического диапазона в III и имело тенденцию снижения в IV классе ПАД через год после КРТ. ДАД было в пределах физиологической нормы у пациентов с КРТ на всех этапах наблюдения. Исходно низкая ЧСС в IV классе ПАД нормализовалась после КРТ, в III классе – в физиологическом диапазоне до и в течение года после КРТ. Исходно увеличенные КСО и КДО нормализовались в III и имели тенденцию снижения в IV классе ПАД, что сопровождалось повышением изначально сниженной ФВ до физиологического уровня во всех классах ПАД на всем периоде наблюдения. Исходно увеличенная ТЗСЛЖ в одинаковой степени в III и IV классе, через год после КРТ имела тенденцию к снижению во всех классах ПАД. Изначально увеличенная ММЛЖ, наиболее выраженная в IV классе, через год после КРТ имела тенденцию к снижению во всех классах ПАД. Одинаково увеличенные ТМЖП, размеры ЛП, ПП и ПЖ не изменились на всем периоде наблюдения после КРТ во всех классах ПАД.

Выводы. Незначительное уменьшение ТЗСЛЖ, ММЛЖ и отсутствие изменений ТМЖП, размеров ЛП, ПП и ПЖ во всех классах ПАД на годовом этапе наблюдения после КРТ свидетельствует о необходимости более активного мониторинга, тщательного подбора параметров стимуляции и коррекции медикаментозной поддержки пациентов в III и IV классах ПАД.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Присяжнюк І. В.

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

Актуальність. Корекція дисліпідемії є важливою проблемою сучасної медицини, особливо у осіб зрілого та літнього віку. Водночас відомо, що одним із важливих чинників ризику її виникнення є гіпотиреоз.

Мета дослідження: вивчити вплив комплексного лікування із включенням L-аргініну аспартату на показники ліпідного профілю у хворих на гіпотиреоз із супутнім хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ).

Обстежені пацієнти та методи дослідження. Обстежено 36 пацієнтів із гіпотиреозом та супутнім ХНХ, котрі, залежно від отриманого лікування, були розподілені на дві групи. У основну групу увійшли 20 пацієнтів, яким разом зі стандартним лікуванням гіпотиреозу та ХНХ додатково призначали розчин L-аргініну аспартату по 5,0 мл 3 рази на добу під час прийому їжі впродовж 14 днів. Групу порівняння склали 16 хворих, репрезентативних за віком та статтю до основної групи. У групу контролю увійшли 20 практично здорових осіб. Вивчення ліпідного спектра крові включало визначення рівня загального холестеролу, триацилгліцеролів, холестеролу ліпопротеїдів високої, низької та дуже низької щільності. Для кожного обстеженого проводився розрахунок індексу атерогенності.

Результати дослідження. Після проведеного лікування у хворих основної групи та групи порівняння відзначали зменшення вмісту загального холестеролу у крові на 22,9% ($p=0,01$) та 21,6% ($p=0,01$) відповідно. Водночас, зниження рівня триацилгліцеролів та холестеролу ліпопротеїдів низької щільності впродовж лікування було властивим лише для пацієнтів основної групи, у котрих він був нижчим за вихідні показники на 45,1% ($p=0,048$) та 25,0% ($p=0,02$) відповідно. Холестерол ліпопротеїдів дуже низької щільності зменшувався під впливом призначеного лікування у хворих обох груп: у пацієнтів основної групи – на 44,6% ($p=0,02$), групи порівняння – на 44,0% ($p=0,04$). Індекс атерогенності зменшувався у хворих обох досліджуваних груп, дещо більше у пацієнтів основної групи – на 12,7% ($p=0,03$), у хворих групи порівняння – на 11,4% ($p=0,05$), порівняно з показниками до лікування.

Висновки. У хворих на гіпотиреоз та супутній хронічний холецистит, яким додаткового до основної лікувальної схеми призначали L-аргініну аспартату, спостерігалось достовірне зменшення рівня загального холестеролу, триацилгліцеролів, холестеролу ліпопротеїдів низької та дуже низької щільності у крові.

**ЗВ'ЯЗОК T894G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ
СИНТАЗИ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ ІЗ РІВНЕМ СТАБІЛЬНИХ
МЕТАБОЛІТІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ У ХВОРИХ
НА ГІПОТИРЕОЗ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

Присяжнюк І. В., Пашковська Н. В.

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

Актуальність. Одним із основних генів, котрі відіграють роль у регуляції судинного тонуусу є ген ендотеліальної синтази монооксиду нітрогену (eNOS). Відомо, що 894G>T варіант поліморфізму гена eNOS характеризується тим, що у носіїв мінорного T-алеля спостерігається зниження активності ферменту eNOS і зменшення вмісту монооксиду нітрогену (NO) у крові. Потребує подальшого вивчення можливий зв'язок T894G поліморфізму гена eNOS із показниками, які відображають стан ендотелію судин.

Мета дослідження: Дослідити ймовірну асоціацію T894G поліморфізму гена eNOS із рівнем стабільних метаболітів монооксиду нітрогену у крові хворих на гіпотиреоз і супутній хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ).

Обстежені пацієнти та методи дослідження. Обстежено 52 хворих на гіпотиреоз та супутній ХНХ, які склали основну групу. Група контролю налічувала 20 практично здорових осіб, репрезентативних за статтю та віком до основної групи. Стабільні метаболіти NO визначали за вмістом нітрит-аніону (NO₂) та нітрат-аніону (NO₃) в крові фотоколориметричним методом використовуючи реактив Гріса. Дослідження T894G поліморфізму гена eNOS здійснювали у Державному закладі “Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України” (м. Київ).

Результати дослідження. У обстежених пацієнтів носіїв T-алелі гена eNOS встановлена достовірно вища на 10,4% (p=0,04) концентрація загальних стабільних метаболітів NO, ніж у хворих із GG-генотипом. Зазначене відбувалося, переважно, у зв'язку з вищим рівнем нітрат-аніонів, котрий у пацієнтів носіїв T-алелі на 10,8% (p=0,02) переважав такий у хворих із GG-генотипом. Достовірної різниці у концентраціях нітрит-аніонів у крові обстежених пацієнтів залежно від алельних варіантів T894G поліморфізму гена eNOS не визначали.

Висновки. Носійство T-алелі гена ендотеліальної синтази монооксиду нітрогену у хворих на гіпотиреоз із супутнім хронічним холециститом асоціює з достовірно вищим вмістом загальних стабільних метаболітів монооксиду нітрогену та нітрат-аніонів у крові, що вказує на вираженішу дисфункцію ендотелію у таких пацієнтів.

ДИНАМИКА ФЕТУИНА-А ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Просоленко К. А., Молодан В. И., Олаволе Олавале

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В последнее время доказано важное значение фетуина-А в патогенезе неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которая во многих странах выходит на первое место среди хронических диффузных заболеваний печени и встречается у 20-30% взрослого населения. При этом этот белок может оказывать влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: провести определение фетуина А до и после комплексного лечения у пациентов с НАЖБП и гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУ "Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины". Обследовано 88 пациентов с НАЖБП и ГБ II стадии, 2 степени, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении. Среди обследованных было 49 мужчин (55,68%) и 39 женщин (44,32%). Средний возраст составлял $(51,3 \pm 6,2)$ лет. Для диагностики стеатоза печени использовали ультразвуковой метод исследования. Исследование проводили на ультразвуковой диагностической системе "GE", США. Фетуин А определяли при помощи ИФА. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров. На втором этапе работы было проведено исследование длительностью 12 месяцев по изучению эффективности комбинированной терапии. Пациенты с НАЖБП и ГБ были разделены на две группы. Пациенты группы 1 ($n=44$) получали лизиноприл 10 мг/сут и аторвастатин 10-20 мг/сут. Пациенты группы 2 ($n=44$) получали лизиноприл 10 мг/сут. и аторвастатин 10-20 мг/сут в сочетании с препаратом О-3полиненасыщенных жирных кислот (О3-ПНЖК) 2 г/сут. и урсодезоксихолиевой кислотой (УДХК) 10 мг/кг/сут на протяжении 12 месяцев. Всем давались рекомендации по рациональному питанию, кроме того рекомендовалось расширение аэробных физических нагрузок.

Выявлено достоверное повышение показателя фетуина А в обеих группах пациентов при базовом исследовании. Так в первой группе этот показатель составил $(311,6 \pm 9,84)$ мг/л, во второй группе – $(298,6 \pm 8,77)$ мг/л, что было достоверно выше показателя контрольной группы – $(236 \pm 10,25)$ мг/л ($p < 0,001$). После проведенного лечения, через 12 месяцев, было выявлено достоверное снижения исследуемого показателя в обеих группах больных, однако в группе комплексной терапии это снижение было более выраженным. Так фетуин А в группе 2 снизился с $(298,6 \pm 8,77)$ мг/л до $(241,6 \pm 9,65)$ мг/л ($p < 0,001$).

Выводы: добавление О3-ПНЖК и УДХК в комплексную терапию пациентов с НАЖБП и ГБ способствует более значимому снижению показателя фетуина-А.

ВИЗНАЧЕННЯ КОРТИЗОЛУ КРОВІ ЯК МАРКЕРА СТРЕСУ

Радченко О. М., Комариця О. Й.

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,
Україна*

Участь гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі в утворенні адаптаційних реакцій може приводити до зміни рівня кортизолу крові, однак дані літератури є неоднозначними, нормальними вважаються значні коливання його вмісту, тому як маркер стресу рівень кортизолу дотепер не знайшов свого використання. **З метою** визначення вмісту кортизолу за умов гострого та хронічного стресу обстежено 162 хворих з патологією внутрішніх органів, в яких визначено кортизол імуноферментним методом за допомогою реактиву фірми „Хема”(Росія). Тип адаптаційної реакції визначали за Гаркави Л.Х. та співав. (1998).

Встановлено, що частота стрес-реакції не залежала від нозології, загалом вона була виявлена у 57 пацієнтів. Гіпокортизолезія істотно частіше зустрічалась у хворих із стрес-реакцією, ніж при інших типах адаптаційних реакцій, а середній рівень кортизолу був істотно нижчим. Це відповідає одному з описаних варіантів морфологічної картини надниркових залоз: стоншення кори залоз та зниження активності ключового ферменту стероїдогенезу [Гаркави Л.Х. і др., 1998]. З іншого боку, частота гіперкортизолезії в хворих із стрес-реакцією також була більшою, ніж при інших реакціях. Описаний інший варіант змін надниркових залоз за умов стресу, який характеризується розширенням пучкової зони та нагромадженням в цитоплазмі ліпідів, які служать сировиною для синтезу кортикостероїдів [Гаркави Л.Х. і др., 1998]. Так само описані дві протилежні тенденції кількості кортизолу крові за умов стрес-реакції: як зростання після великого опіку, операцій, травм, за умов інфаркту міокарду, так і його зменшення при ішемічному інсульті, інфаркті міокарду, пухлинах, дисциркуляторній енцефалопатії та ішемічній хворобі серця. Отже, у пацієнтів із стрес-реакцією рівень кортизолу крові був змінений, причому однаково часто як у бік зменшення, так і у бік зростання. Ми вважаємо, що мова йде про різні види стресу: гострий та хронічний стрес. Для гострого стресу характерно підвищення кортизолу крові, зумовлене викидом його у кров з надниркових залоз. Для хронічного – зменшення кортизолу крові внаслідок виснаження кори наднирників. Такі зміни кортизолу свідчать про різну функціональну активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, діяльність якої може значно пригнічуватись за умов хронічного стресу та активізуватись при гострому стресі.

Висновок. Зміна рівня кортизолу плазми крові може бути маркером (гострого) чи хронічного стресу, про що свідчить відповідно його зростання понад норму чи зменшення.

СУБКЛІНІЧНЕ ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЗА УМОВ ПОЄДНАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ГІПОТИРЕОЗУ

Радченко О. М., Оленич Л. В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Дефіцит тиреоїдних гормонів чинить негативний вплив на усі органи та системи організму, у тому числі на серцево-судинну. Тому значний інтерес викликає проблема поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та гіпотиреозу.

Мета. Дослідити параметри ліпідного обміну, функціонального стану нирок та печінки у хворих з артеріальною гіпертензією та гіпотиреозом.

Матеріали та методи. Обстежено 84 пацієнти з первинним гіпотиреозом, яких поділено на групи: 1 група – 34 пацієнти віком ($40,0 \pm 10,5$) років з нормальним рівнем артеріального тиску та 2 група – 50 пацієнтів віком ($53,0 \pm 10,5$) років з артеріальною гіпертензією 1 та 2 ступенів. Окрім стандартного обстеження, проводили антропометричні виміри, визначали рівень тиреотропного гормону гіпофізу (ТТГ), вільного трийодтироніну (vT_3) та тироксину (vT_4), розраховували швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Голта, визначали мікроальбумінурію (МАУ) тест-смужками MICROALBU-PHAN. Опрацювання даних проводилося за допомогою пакета програм “Statistica for Windows 6.0”.

Результати та обговорення. Встановлено, що у пацієнтів 2 групи значення індексу маси тіла (ІМТ) було істотно вищим, ніж у пацієнтів 1 групи – ($28,0 \pm 5,2$) $\text{кг}/\text{м}^2$ проти ($25,4 \pm 3,9$) $\text{кг}/\text{м}^2$ ($p < 0,01$). Окрім того, істотно частіше у другій групі були вищими рівень тригліцеридів ($1,2 [0,9-2,2]$ проти $0,8 [0,6-1,2]$ ммоль/л, $p < 0,01$), сечовини ($5,2 [4,5-6,4]$ проти $4,3 [3,7-5,4]$ ммоль/л, $p < 0,05$), аланінамінотрансферази ($27,1 [20,3-37,4]$ проти $20,8 [19,1-25,9]$ од/л, $p < 0,05$) та аспартатамінотрансферази (АСТ) ($27,0 [22,9-36,0]$ проти $22,6 [19,7-26,9]$ од/л, $p < 0,05$). У 1 групі рівень ТТГ був прямо пов'язаний з ІМТ ($\tau = 0,17$; $p = 0,0036$). В обох групах виявлено прямий зв'язок систолічного артеріального тиску (САТ) з рівнем АСТ ($\tau = 0,24$; $p = 0,004$ та $\tau = 0,20$; $p = 0,026$). Прогресування гіпотиреозу супроводжувалось зростанням рівня артеріального тиску, про що свідчить прямий зв'язок рівня ТТГ з САТ ($\tau = 0,24$; $p = 0,0012$) та діастолічним артеріальним тиском ($\tau = 0,16$; $p = 0,027$) у 1 групі та обернений зв'язок між рівнем САТ та vT_4 ($\tau = -0,39$; $p = 0,015$) у 2 групі. В усіх пацієнтів обох груп виявлено МАУ. За значеннями вмісту креатиніну, ШКФ групи істотно не відрізнялися. Вплив гормонів щитоподібної залози на функціональний стан нирок підтверджує пряма кореляція між рівнем ТТГ та МАУ у 1 групі ($\tau = 0,25$; $p = 0,029$).

Висновки. Зниження функції щитоподібної залози сприяє розвитку та прогресуванню артеріальної гіпертензії. За умови поєднання АГ та гіпотиреозу підвищується ризик розвитку дисліпідемії, порушення функції печінки та нирок.

**ВИСОКИЙ РІВЕНЬ СИРОВАТКОВОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ 17А
ЯК МАРКЕР ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З РЕМІСІЄЮ
ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

**Рекалова О. М., Панасюкова О. Р., Матвієнко Ю. О., Ясир С. Г.,
Грабченко Н. І., Сінгаєвський М. Б.**

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

Мета: дослідження зв'язків вмісту в крові інтерлейкіну (ІЛ) 17А з порушеннями дихальної функції та іншими імунологічними показниками у хворих з ремісією хронічного бронхіту (ХБ) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали і методи: обстежено 68 хворих, серед яких було 23 пацієнта з ХБ (9 чоловіків та 14 жінок), середній вік ($56,5 \pm 2,9$) років, та 45 хворих на ХОЗЛ (28 чоловіків та 17 жінок), середній вік ($71,3 \pm 3,6$) років, (всього 70 хворих, середній вік ($62,4 \pm 1,5$) років), у яких методом імуноферментного аналізу визначали вміст у сироватці крові ІЛ 17А, ІЛ 8, ІЛ 4, TNF α ("Вектор-Бест", Росія), С-реактивного протеїну («ХЕМА», Росія), методом двокольорової проточної лазерної цитометрії (BD FACS Calibur, Канада) визначали показники Т-, В-лімфоцитів, фагоцитарних клітин (Beckman Coulter, США). Спірометричне обстеження хворих проводилось з використанням апарату "MicroLab" (Велика Британія). Робота виконана за рахунок державного бюджету України.

Результати. Рівень ІЛ 17А в крові хворих зворотно корелював з такими показниками зовнішнього дихання, як FVC, % ($r = -0,32$, $p < 0,02$), FEV1, % ($r = -0,38$, $p < 0,01$), що свідчило про зростання вмісту в крові ІЛ 17А разом з погіршенням дихальної функції. Одночасно були встановлені прямі кореляційні зв'язки рівня ІЛ 17А з рівнем лейкоцитів в крові ($r = 0,27$, $p < 0,02$), С-реактивного протеїну ($r = 0,24$, $p < 0,05$) та рівнем кисеньзалежного метаболізму нейтрофільних гранулоцитів крові ($r = 0,55$, $p < 0,05$), що вказувало на зв'язок рівня ІЛ 17А з показниками триваючого активного запалення у хворих. При цьому рівень ІЛ 17А мав зворотний зв'язок з сироватковою концентрацією протизапального ІЛ 4 ($r = -0,36$, $p < 0,01$).

Висновок. Найбільший вміст ІЛ 17-А в крові у хворих на ХБ та ХОЗЛ в фазі ремісії реєструється при наявності тяжких обструктивних порушень функції легень, що супроводжується тривалим запальним процесом з активацією нейтрофілоцитів крові, а також пригніченням протизапальних реакцій. Отже, високий рівень сироваткового ІЛ 17А можливо використовувати у якості маркера важкого активного запального процесу у хворих з ремісією ХБ та ХОЗЛ.

Робота виконана за рахунок державного бюджету України.

МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ L-АРГЕНІНОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ПОЕДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Риндіна Н. Г.

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» м. Запоріжжя

Мета: оцінити ефективність проведеної 12-тижневої метаболічної терапії L-аргенином аспартатом в середніх терапевтичних дозах (8 г L-аргенину аспартата на добу), спрямованої на корекцію метаболічної дисфункції міокарда, у хворих на ревматоїдний артрит(РА) в поєднанні з артеріальною гіпертензією(АГ).

Матеріали та методи дослідження. Основна група хворі на РА в поєднанні з АГ другої стадії, другого та третього ступеню, 40 чоловік (32 жінки та 8 чоловіків), середній вік ($43,3 \pm 5,4$) років, тривалість захворювання на РА ($9,5 \pm 2,2$) років, на артеріальну гіпертензію ($7,5 \pm 1,5$) років Контрольні групи 10 хворих на РА без АГ та 10 хворих на АГ. Хворі основної групи на догоспітальному етапі приймали базисну терапію метотрексат 10 мг на тиждень, раміприл 5-10 мг на добу, аторвастатин 10-20мг на добу та аспірин 75 мг на добу. Проведена ехокардіоскопія сонографічним комплексом для ультразвукового дослідження серця Ultima Pro-30 в день надходження до стаціонару та після закінчення 12 тижневої метаболічної терапії L-аргенином аспартатом в середніх терапевтичних дозах (8 г на добу перорально).

Результати дослідження. У хворих на РА в поєднанні з АГ виявлена більш виражена діастолічна дисфункція, більш часте виявлення рідини в порожнині перикарду (до 1,3 см) у 15 хворих. Порушень систолічної функції у хворих основної та контрольних груп не виявлено. На фоні проведеної 12 тижневої метаболічної терапії L-аргенином аспартатом в середніх терапевтичних дозах відмічається позитивна динаміка, покращення показників діастолічної дисфункції міокарду: відношення максимальних швидкостей раннього і пізнього наповнення в середньому E/A ($0,65 \pm 0,05$) до початку терапії, та після закінчення E/A ($1,05 \pm 0,04$) ($p < 0,05$); зниження часу ізовольомічного розслаблення IVRT до початку лікування $100 \pm 1,4$ мс, та після ($85 \pm 1,68$) мс ($p < 0,05$); зниження часу уповільнення раннього діастолічного наповнення DT до лікування ($220 \pm 4,1$) мс та ($205 \pm 3,2$) мс ($p < 0,05$) після лікування. Також відмічається зниження проявів серозиту, після лікування рідина в порожнині перикарду виявлена у 10 хворих(до 1см).

Висновки: додаткове призначення метаболічної терапії L-аргенином аспартатом в середніх терапевтичних дозах у хворих на РА в поєднанні з АГ, на фоні прийому базисних препаратів і гіпотензивної терапії, дозволить зменшити прояв дисфункції міокарда, поліпшити діастолічну функцію, тим самим підвищити ефективність лікування.

**ДИНАМІКА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6, ПАРАМЕТРІВ
КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ
СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ**

Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Аянтунджи Флоренс

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – оцінити динаміку параметрів кардіогемодинаміки, ферокінезу у хворих з анемічним синдромом на тлі хронічної серцевої недостатності при ішемічній хворобі серця під впливом стандартної терапії з залученням препаратів двохвалентного або трьохвалентного заліза.

Матеріали та методи. Обстежено 70 хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II-IV функціонального класу (ФК), що виникла внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС). Дослідження структурно-функціонального стану міокарда методами ехокардіографії проводилося на ультразвуковому діагностичному комплексі «Радмір» у М-модальному й двомірному режимах, у стандартних ехокардіографічних позиціях. Товщина стінок і розміри порожнини лівого шлуночка визначалися з парастернальної позиції вісі лівого шлуночка, у М-режимі при ультразвуковому промені, паралельній короткій вісі лівого шлуночка. Визначалися наступні параметри: фракція викиду, кінцево-діастолічний, кінцево-систолічний розміри лівого шлуночка, кінцево-діастолічний, кінцево-систолічний об'єм лівого шлуночка. Хворі з ХСН при ІХС з анемічним синдромом отримували препарат заліза (III) гідроксид полімальтозного комплексу або заліза (II) сульфат. Діагноз анемії встановлювали згідно критеріїв Медичного комітету стандартів гематології (ICST, 1989): зниження концентрації гемоглобіну у венозній крові менш ніж 120 г/л для жінок та менш ніж 130 г/л для чоловіків.

Результати. Параметри кардіогемодинаміки виявили вірогідні зміни на тлі стандартної терапії з додаванням препаратів заліза (II) і заліза (III) у вигляді зниження рівня ІЛ-6 на 34,1% і 37, %, кінцево-систолічного об'єму на 10,1% і 11,8%, кінцево-діастолічного об'єму на 9,02% і 10,4%, кінцево-діастолічного розміру на 6,8% і 7,4% та зростання фракції викиду на 8,4% і 10,3%. За показником кінцево-систолічного розміру вірогідних змін виявлено не було.

Висновки. Застосування препаратів заліза трьохвалентного або двохвалентного супроводжується нормалізацією параметрів, що характеризують структурно-функціональний стан міокарда, а також зниженням активності прозапальної цитокінової ланки за рахунок інтерлейкіну-6 у хворих з анемічним синдромом на тлі хронічної серцевої недостатності при ішемічній хворобі серця.

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ ХВОРОБИ ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА У ПІДЛІТКІВ

Різниченко О. К., Глейзер А. С.

Харківський національний медичний університет,

Кафедра неврології № 1, Україна

Актуальність. У лікуванні хвороби Жилия де ля Туретта дуже часто застосовується немедикаментозна терапія. Але не виключені випадки, коли після компенсації хвороби у дитячому віці, відбувається її рецидив у підлітковому віці. Тому виникла необхідність розглянути немедикаментозні методи лікування як профілактичні заходи щодо запобігання декомпенсації хвороби Жилия де ля Туретта.

Мета: оцінити ефективність немедикаментозних методів лікування у профілактиці розвитку декомпенсації хвороби Жилия де ля Туретта у підлітків.

Матеріали та методи: Було проведено дослідження 5 дітей від 13 до 15 років, яким раніше було діагностовано хворобу Жилия де ля Туретта. Під час лікування дітей застосовувалася комплексна терапія: окрім прийому медикаментозних препаратів, діти відвідували психотерапевтичні сеанси, застосовувалися акупунктурні методики, арт-терапія та інше. На етапі початку дослідження спостерігалась компенсація тикових розладів та учасники дослідження не потребували медикаментозної терапії. 3 із 5 дітей продовжували відвідувати сеанси психотерапії. Проводився аналіз груп, що повністю закінчили лікування, та дітей, які продовжували використовувати немедикаментозні методи, та вплив їх на прояв тикових розладів.

Результати: Отримані результати показали, що у всіх 3 дітей, які продовжували немедикаментозну терапію, спостерігається компенсація генералізованих тиків та стабільний психоемоційний стан. В 1 підлітка з групи, що терапію не продовжував, спостерігався розлад поведінки у вигляді підвищеної дратівливості та одиничні тики у вигляді зажмурювання. Крім того, у піддослідних підлітків, які отримували терапію, спостерігається вищий середній бал у школі та краще засвоювання матеріалу, аніж у групи, яка терапію не отримувала.

Висновки: таким чином, проведене дослідження демонструє ефективність немедикаментозних профілактичних заходів у запобіганні розвитку декомпенсації хвороби Жилия де ля Туретта та підтримки нормального психоемоційного стану і інтелектуального розвитку дітей.

PREVALENCE SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN MEDICAL STUDENTS

Romash I. B.

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University", Ivano-Frankivsk, Ukraine

The objective of our research was to study the effect of lifestyle on the prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) in students of Ivano-Frankivsk National Medical University.

Materials and methods. Was questioned 868 students, 316 men (36.4%) and 552 women (63.6%) from 17 to 24 years old. Survey were voluntary and secret. We used specially designed questionnaire to identify symptoms of GERD. The I surveyed group were 547 students from medical and pediatric faculties, II group – 321 students from the faculty for foreign nationals.

Results of the research. An important point of the questionnaire was to assess physical activity. According to this statement 125 (22.85%) students from I group and 121 (37.7%) students from II group regularly, at least 3 times a week, performing intensive sports training (gym). The appearance main symptom of acid reflux was detected in 374 (43.09%), regurgitation – 395 (45.5%), signs of dysphagia – 35 (4.03%) of the students. Interestingly, that the nascence of heartburn more often noted in the students from I group – 256 (46.8%), compared to the II group – 118 (36.7%) ($p < 0.05$). However, manifestation of acid regurgitation, mostly noted in the respondents from II group – 164 (51.09%) compared to 231 (42.2%) students I group. ($p < 0.05$). Manifestations of dysphagia were present in both groups and listed in the fewest number surveyed. In students of I group precipitating factor of heartburn was eating – in 245 (95.7%) patients. Meanwhile, students of the II group, in number of 96 (81.36%) persons, precipitating factor of heartburn called changing body position after intense training. In all respondents, the greatest incidence of heartburn–nascence 1 time per week – concluded in 43.5%. Daily heartburn troubled 56 (21.88%) from I group and 29 (24.58%) – II group. Heartburn 1 per week among students I group was in 105 (41.02%) of persons, among surveyed II group – 57 (48.31%). The manifestations of heartburn with frequency 1 per month were in 89 (34.7%) students from I group and 34 (28.81%) students from II group. When we comparing factors and the frequency of regurgitation incidence in both groups, the majority precipitating factor were food intake and carbonated beverages.

Conclusions. Revealed, that the leading symptom of GERD among students I group, performed less exercise, was heartburn that provoked food intake, and among student II group, more physically active, acid regurgitation was as a result of sudden changes body position after intense training. Thus, the lifestyle and character of physical activity are important factors that should be considered in diagnosing, preventing and treating of GERD.

ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ, ЩО ОТРИМУВАЛИ ТРИВАЛЕ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

Ромаш І. Р., Винник М. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: дослідити ранні клініко-параклінічні критерії порушення вуглеводного обміну та розвитку супутнього метаболічного синдрому у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які тривало приймали нейролептики та корекція встановлених змін за допомогою метформіну.

Методи та матеріали. обстежено 122 пацієнтів із діагнозом параноїдної шизофренії. В результаті проведених досліджень, у 63 пацієнтів було виявлено порушення вуглеводного обміну та призначено коригуючу терапію медичним препаратом із групи бігуанідів – метформіну гідрохлорид у дозі від 500 до 1000 мг/добу. У залежності від основної 3-х місячної терапії параноїдної шизофренії, що передувала даному етапу дослідження, хворі були розподілені наступним чином: до першої групи ввійшло 15 пацієнтів, які отримували типовий нейролептик галоперидол (середня доза – $(4,6 \pm 1,3)$ мг/добу), до другої – 22 хворих, які отримували атипичний нейролептик рисперидон (середня доза – $(3,7 \pm 1,8)$ мг/добу), третьої – 15 пацієнтів, які отримували атипичний нейролептик кветирон (середня доза – (413 ± 116) мг/добу). Четверта група була контрольною, до неї включено 11 пацієнтів із параноїдною шизофренією в стадії ремісії, які не отримували нейролептичної терапії. Усі дослідження проводилися перед та після 3-місячної коригуючої терапії метформіном.

Висновки. В результаті проведеного дослідження підтверджено, що однією з перших ознак метаболічного порушення є зростання глікемії натще. Виявлено достовірно вищий лікувальний вплив терапії метаболічних порушень метформіном у пацієнтів, які отримували останню у комбінації із галоперидолом. Комбінація метформіну із рисперидоном і кветироном характеризувалась значно низьким клінічним ефектом, щодо нормалізації метаболічних порушень. Запропоновано набір прогностично значущих показників (об'єм талії, індекс маси тіла, порушення толерантності до глюкози, глікемія натще, індекси інсулінорезистентності: HOMA-IR, Cara) для ранньої діагностики метаболічних порушень у хворих на параноїдну шизофренію в процесі лікування нейролептиками.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШОГО ВІКУ

Ромаш Н. І., Тимків І. В., Близнюк М. В., Ромаш І. Б.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: вивчити ступінь ураження органів-мішеней при артеріальній гіпертензії (АГ) у пацієнтів старшого віку.

Матеріали та методи: було обстежено 23 хворих з АГ III ст. у віці 61–87 років (середній вік – 69,3 років) під час лікування в університетській клініці ІФНМУ. Усім хворим проводили загально-клінічні обстеження, коагулограму, біохімічне дослідження крові, ЕКГ в динаміці, доплерехокардіоскопію, доплер-дослідження судин гілок аорти.

Результати: Клінічно АГ проявлялася в поєднанні із ішемічною хворобою серця (ІХС). Оскільки АГ є фактором ризику розвитку атеросклерозу коронарних артерій, в клінічній картині хвороби переважали симптоми ІХС та ознаки хронічної серцевої недостатності (ХСН). ХСН на основі доплеркардіоскопії мала як діастолічний варіант із збереженою систолічною функцією (фракція викиду (ФВ) 46-52%) у 11 пацієнтів, так і систолічну дисфункцію лівого шлуночка (ЛШ) (ФВ<40%) у 6 пацієнтів. Перенесений в анамнезі інфаркт міокарду (ІМ) спостерігався у 15 хворих, ішемічний інсульт на фоні АГ у 8 хворих, їх поєднання у 6 хворих. При УЗД дослідженні судин гілок аорти у всіх пацієнтів було виявлено потовщення інтими (0,8-1,2 мм.), диференціація на шари була втрачена, спостерігались гемодинамічно значущі порушення кровообігу по вертебральних артеріях (у 17 осіб) та сонних артеріях (у 8 осіб), спостерігались ознаки спазму мозкових артерій (у 7 осіб).

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) у обстежених хворих була слабо або помірно вираженою (ХНН I ст. – креатинін 137-144 мкмоль/л, сечовина 8,2-9,3 ммоль/л – у 3-х пацієнтів; ХНН II ст. – креатинін 199 мкмоль/л, сечовина 11,7 ммоль/л – у 1 пацієнта). У 14 пацієнтів АГ поєднувалася з ЦД 2-го типу середньої важкості в стадії субкомпенсації. Лікування проводилося β-блокаторами (карведілол), інгібіторами АПФ (лізіноприл, еналаприл) в поєднанні з лозапом, кардіомагнілом з врахуванням протипоказань, метаболічними, сечогінними (торсид) препаратами. За час лікування побічних ефектів не спостерігалось. Цільового рівня АКТ було досягнуто у 14 пацієнтів.

Висновки: особливістю АГ III ст. у пацієнтів старшого віку є висока коморбідність, яка може ускладнювати перебіг та прогноз даного захворювання.

**ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК СПРИЯЮЧИЙ ФАКТОР
ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВИХ АРИТМІЙ У ЖІНОК
З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

Росул М. М., Бугір І. В., Корабельщикова М. О., Іваньо Н. В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ: на сьогодні є актуальним вивчення ролі гіперурикемії (ГУ) як незалежного чинника ризику кардіоваскулярних захворювань.

Мета: вивчення впливу ГУ на виникнення порушень ритму та провідності у жінок з гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали та методи: обстежено 60 жінок з ГХ (середній вік – $(65,25 \pm 10,8)$ років). Залежно від рівня сечової кислоти (СК) у сироватці крові було виділено 2 групи хворих: основна група – хворі на ГХ з ГУ та група порівняння – хворі на ГХ з нормоурикемією (НУ). За рекомендаціями Європейської ліги боротьби з ревматизмом критерієм ГУ вважали рівень СК у сироватці крові ≥ 360 мкмоль/л. Усім хворим проводились загальноприйняті клінічні, лабораторні та інструментальні обстеження. Статистичну обробку даних проводили із застосуванням програми Statistica 6.0.

Результати: аналіз гемодинамічних показників не виявив достовірної різниці у середніх значеннях систолічного та діастолічного артеріального тиску у групі жінок з ГХ та ГУ ($(167,5 \pm 18,9)$ мм рт. ст. та $(95,3 \pm 6,7)$ мм рт. ст., відповідно) порівняно з такими у групі без ГУ ($(162,7 \pm 19,4)$ мм рт. ст. та $(93,8 \pm 9,7)$ мм рт. ст.). Проте, нами було зафіксовано достовірну різницю між частотою скарг на тахікардію або "перебої" в роботі серця у групі з ГХ та ГУ – 50% пацієнтів порівняно з групою хворих з НУ – 20% осіб ($p < 0,05$). При цьому, різного виду порушення ритму і провідності за даними електрокардіографії спостерігалися у 60% хворих з ГХ та супутньою ГУ проти 33,3% хворих з НУ. Слід зазначити, що фібриляція передсердь була виявлена нами тільки у групі осіб із ГХ та ГУ – 23,3% випадків.

Висновки: таким чином, відмічається більша схильність до розвитку порушень ритму та провідності у жінок з гіпертонічною хворобою за наявності супутньої гіперурикемії.

ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ЗАСТОСУВАННЯ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Росул М. М., Шютева К. М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ: Тромбоемболічні ускладнення (ТЕУ) приблизно у 50% випадків є наслідком кардіальної патології, у першу чергу – фібриляції передсердь (ФП). Правильне комплексне лікування ФП з включенням антитромботичної терапії (АТТ) у значній мірі може попередити їх виникнення.

Мета: вивчити дані анамнезу пацієнтів з ФП та зробити аналіз проведених адекватних профілактичних заходів щодо попередження ТЕУ згідно сучасних рекомендацій.

Матеріали та методи: проаналізовано 44 історії хвороб пацієнтів з ФП, які проходили стаціонарне лікування в кардіореанімаційному відділенні та відділенні судинної неврології центральної міської клінічної лікарні м. Ужгород. Серед обстежених пацієнтів 36% склали чоловіки (середній вік – $(67,6 \pm 11,3)$ років) і 64% – жінки (середній вік – $(72,3 \pm 8,6)$ років). З них жителів м. Ужгороду – 75%, жителів Ужгородського району – 25%. У всіх пацієнтів спостерігались супутні захворювання, серед яких найчастішими були: артеріальна гіпертензія – у 86,4%, ішемічна хвороба серця – у 86,4%, цукровий діабет – у 13,6%.

Результати: в результаті проведеного аналізу було виявлено, що пацієнти із пароксизмальною формою ФП склали 31%, із персистою формою ФП – 9%, із постійною формою ФП – 60%. Тромбоемболічне ускладнення по типу кардіоемболічного інсульту в анамнезі спостерігалось у 44,7% пацієнтів. Фактори ризику за шкалою $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 1$ бал мали 100% осіб.

З усіх пацієнтів постійну терапію варфарином приймали тільки 23,7% пацієнтів, з них ТЕУ в анамнезі мали 44,4%. Тимчасово в анамнезі приймали варфарин 5,3%. Регулярний контроль МНВ проводили 5,3% пацієнтів. Препарати аспірину щоденно приймали 25% осіб.

Висновки: Аналіз історій хвороб у хворих з ФП показав, що, незважаючи на рекомендації щодо призначення АТТ хворим з ФП і факторами ризику виникнення ТЕУ профілактичне призначення АТТ у хворих з ФП на сьогоднішній день є на недостатньому рівні. Серед пріоритетних причин можна виділити такі: неможливість та небажання пацієнтом проводити належний контроль дії варфарину (контроль МНВ), значна вартість нових пероральних антикоагулянтів (дабігатрану і ривороксабану) та неможливість безкоштовного забезпечення хворих даними препаратами.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ З ПОЄДНАННЯМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

Руденко М. 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 каналцевої (β_2 -мікроглобулін сечі (β_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 (I) - 40 хворих з ХСН без супутнього ХП, друга (II) – 20 пацієнтів з ХСН та ХП. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня ЦсС сироватки крові, β_2 -МГ сечі. Рівень Кр визначали методом Яфе.

Результати дослідження. У I 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 β_2 -МГ на 57% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У II групі рівень Кр підвищувався на 65,4%, ($p < 0,01$), ККр знижувався на 49,7% ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 84,2% ($p < 0,01$), β_2 -МГ підвищувався на 113,9% ($p < 0,01$) в порівнянні з контрольною групою. Відмінності показників між I і II групами були достовірні ($p < 0,05$). У I і II групах рівні Na^+ і K^+ знаходилися в межах норми, проте у пацієнтів II групи в порівнянні з хворими I 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, каналцевої, електролітовидільної функцій нирок розвитком нефросклерозу з характерною клінічною картиною.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

Рудик Ю. С., Лазіди К. Л.

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

Хронічна серцева недостатність (ХСН) на сьогоднішній день є найпоширенішим і потенційно фатальним ускладненням серцево-судинних захворювань. За даними національних реєстрів та епідеміологічних досліджень різних європейських країн показник поширеності ХСН серед дорослого населення коливається від 1,5% до 5,5% та зростає пропорційно до віку, а в осіб віком понад 70 сягає 10–15%. При ХСН поширеність гіпонатріємії складає від 8% до 28% в залежності від вибірки, що аналізувалась. За даними американських авторів 1- та 5-річна смертність у хворих з гіпонатріємією становить 22,5% та 42,3%, відповідно. Одним з найважливіших предикторів є електролітні та кислотно-основні аномалії, які в свою чергу, є потенційно небезпечними у хворих із ХСН, особливо якщо вони поєднуються з ожирінням. Відомо, що важливим предиктором розвитку серцево-судинних ускладнень є ожиріння. Ожиріння, яке є фактором ризику артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця і розповсюдженість якого в останні десятиріччя здобула характер епідемії, обтяжує клінічний перебіг та прогноз ХСН, у тому числі у хворих зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. В Україні, за найскромнішими підрахунками, від зайвої ваги страждає кожна четверта жінка і кожен шостий чоловік, всього ожирінням страждає близько 15% населення нашої країни. Для порівняння в США, за даними Американської медичної асоціації, від надмірної ваги страждає кожна третя особа. Слід відзначити, що наявність ожиріння у хворих із ХСН, зумовленою ішемічною хворобою серця, призводить до її прогресування і підвищення смертності. Є свідчення того, що при наявності у хворих із ХСН гіпонатріємії і ожиріння спостерігаються високі показники смертності і частоти розвитку ускладнень перебігу ХСН. Мало вивченим залишається питання про роль порушень обміну натрію у хворих із ХСН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка.

На сьогоднішній день ведеться постійний пошук клініко-прогностичних факторів, які можуть покращити оцінку ризику несприятливого перебігу ХСН. Дані клінічних досліджень дозволяють припустити, що лікування пацієнтів із ХСН з урахуванням порушень обміну натрію, дозволить покращити прогноз таких хворих.

СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ИНДЕКС КАК МАРКЕР ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ

Рудык Ю. С., Удовиченко М. М.

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

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают занимать лидирующее место в структуре общей заболеваемости и смертности. Установлено, что артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение и дислипидемия играют значимую роль в инициации и развитии атеросклероза, который лежит в основе большинства ССЗ. Контроль за данными факторами риска довольно сложен, так как на данный момент нет идеального объективного инструментального показателя количественного определения наличия атеросклероза или поражения артерий. Жесткость артерий может быть использована как один из индикаторов оценки и мониторинга степени развития атеросклероза. В качестве оценки жесткости артерий могут быть использованы несколько методов, в том числе – скорость распространения пульсовой волны. Существует несколько видов измерения скорости распространения пульсовой волны, однако все они все они зависят от уровня артериального давления в момент измерения. В связи с этим был изобретен новый метод измерения жесткости сосудов – сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ). СЛСИ не зависит от уровня артериального давления в момент измерения и отражает истинную жесткость всего артериального русла. При введении доксазозина, альфа-блокатора, который способствует расслаблению гладкой мускулатуры, отмечалось снижение значений СЛСИ. Данный результат доказывает, что сосудистая жесткость состоит из двух компонентов – органического и функционального. Органическая жесткость может быть обусловлена содержанием коллагена, эластина и гиалуроновой кислоты, в то время как функциональная отражает сократимость гладкой мускулатуры сосудов.

Результаты многочисленных исследований говорят о том, что уровень СЛСИ коррелирует с возрастом, наличием атеросклеротических заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда, хронические заболевания почек, проводимый гемодиализ, а также с такими факторами риска, как сахарный диабет, гипертензия, дислипидемия, ожирение, метаболический синдром, уровень мочевины, воспалительные заболевания артерий, а также курение и стресс. Были получены данные, подтверждающие, что коррекция и адекватный контроль вышеперечисленных состояний приводит к снижению СЛСИ. Таким образом, мониторинг СЛСИ может быть использован для контроля за изменением образа жизни в повседневной клинической практике.

САЛІВАЦІЙНА ФУНКЦІЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ОСТЕОАРТРОЗУ

Рудяга Т. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: оцінити стан саліваційної функції у пацієнтів з поєднаним перебігом ЦД та ОА.

Матеріали та методи дослідження. До роботи було залучено 54 хворих на ЦД II типу, серед яких у 37 випадках він поєднувався з ОА (основна група). 17 пацієнтів мали одноосібний перебіг ЦД (група порівняння). Вік пацієнтів був в межах 37-52 років, тривалість ЦД від 3 до 19 років.

Для визначення секреторної активності слинних залоз проводили забір ротової рідини вранці, натщесерце протягом 10 хвилин без стимуляції та додатково після стимуляції 0,5 мл 0,5% розчином аскорбінової кислоти, яку пацієнт утримував у роті протягом 1 хвилини і потім ковтав. Через 2 хвилини після цього хворий починав спльовувати слину в градуйовану склянку впродовж 5 хвилин. Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено за допомогою комп'ютерного варіаційного непараметричного, кореляційного, аналізу (ліцензійні програми «Microsoft-Excel», США).

Показники норми отримували при обстеженні 20 практично здорових пацієнтів аналогічної статі та віку.

Результати дослідження. Було встановлено, що в основній групі хворих відмічалось зниження саліваційної функції до $(0,20 \pm 0,02)$ мл/хв. натщесерце та до $(0,22 \pm 0,03)$ мл/хв. після стимуляції при нормі – $(0,66 \pm 0,02)$ мл/хв. та $(0,84 \pm 0,04)$ мл/хв., відповідно. Стимуляція слиновиділення збільшувала обсяг виділеної слини при анамнезі ЦД до 10 років; в той же час при тривалості захворювання понад 10 років спостерігалась ксеростомія – $(0,22 \pm 0,03)$ мл/хв. після стимуляції. Також було виявлено, що саліваційна функція залежала від передування захворювання. Так, при формуванні ОА на тлі вже існуючого ЦД майже у всіх випадках спостерігалась виражена гіпосалівація аж до ксеростомія $(0,18 \pm 0,02)$ мл/хв. базальна, яка не змінювала свої показники в стимульованій слині $(0,17 \pm 0,02)$ мл/хв.

Висновки. Перебіг ЦД супроводжується змінами в показниках саліваційної функції організму, пригнічення якої більш ніж в 2 рази стає нижче за норму. При поєднанні ЦД і ОА негативні зміни в означених показниках не тільки зберігаються, але їх виразність зростає, що, ймовірно, є результатом виснаження функції великих слинних залоз внаслідок загальних метаболічних порушень.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРШОЇ ПОХІДНОЇ ЗУБЦЯ Т ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Руснак І. Т., Гінгуляк О. М., Амеліна Т. М., Савчук О. В., Стецик Н. І.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Регрес гіпертрофії лівого шлуночка серця пов'язується зі зменшенням серцево-судинної смертності (зокрема від ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії), яка є проблемою сучасної медицини. ІХС є головною причиною смерті населення в індустріально розвинених країнах і в Україні, спричиняє значні економічні втрати внаслідок того, що зумовлює третину причин інвалідності. Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) є одним із основних проявів ураження серця при артеріальній гіпертензії, яка, в свою чергу, суттєво погіршує прогноз захворювання та збільшує смертність.

З метою визначення особливостей електро- (ЕКГ) та ехокардіографічних (ЕхоКГ) критеріїв ГЛШ обстежено 202 хворих на стабільну стенокардію (СС) І-ІІ ФК, що спостерігалась у 164 (81,19%) пацієнтів, та артеріальну гіпертензію (АГ), яка виявлена в 156 (77,23%) випадках у вигляді есенціальної гіпертензії (ЕГ) та ще в 46 (22,77%) – симптоматичної гіпертензії. Проаналізовані ЕКГ критерії діагностики ГЛШ – індекс Соколова-Лайона і Корнельський критерій ГЛШ, індекс Левіса, Фремінгемські критерії, Ромхілт-Естеса, Скотта, Мінесотського коду, а також інші. Всім хворим виконано оцінку диференційованої ЕКГ з кількісною оцінкою першої похідної ЕКГ та визначенням змін диференційованого зубця Т при комп'ютерному аналізі ЕКГ, проведено ЕхоКГ.

Визначено суттєвий вплив ЕГ ІІ ст в молодому віці, що активно впливає на процеси ремоделювання ЛШ, а віковий фактор є преформуючим чинником змін ЕхоКГ-показників, що найбільш щільно корелює зі змінами скоротливості, як і показниками статі та індексу маси тіла (ІМТ). Підтверджені статеві особливості розподілу гемодинамічних показників, які пов'язуються з гендерним розподілом ймовірності ГЛШ, у той час, як зв'язок між ІМТ та ЕхоКГ показниками існував для розміру лівого передсердя, кінцеводіастолічного розміру, товщини задньої стінки ЛШ. Зв'язок між системою споріднених відведень для першої похідної ЕКГ, що відображають передню/задню/перетинкову/бокову стінки ЛШ, і віковим та гендерним аспектами не доведений. Серед ЕКГ-критеріїв ГЛШ найбільш високу інформативність мають критерії Скотта (20,79% випадків), критерії Естеса (16,83% випадків) і, так звані, інші критерії ГЛШ, на долю яких припадає більший відсоток (до 78,71% випадків), ніж таких загальноприйнятих критеріїв, як Соколова-Лайона, Корнельський, Фремінгемські критерії тощо.

Перспективним у дослідженні вікових, гендерних та конституційних особливостей при скринінговому дослідженні хворих на СС та АГ є розширення діагностичних можливостей ЕКГ та ЕхоКГ критеріїв ГЛШ з використанням першої похідної диференційованої ЕКГ.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ НА ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Савохина М. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Цель исследования: оценить влияние препарата магния на проявления депрессии при хроническом холецистите.

Материалы и методы. В исследование включено 31 больных с хроническим холециститом – 20 (64,5%) мужчин и 11 (35,5%) женщин. Возраст больных составил $(49,26 \pm 4,29)$ лет. Уровень депрессии и тревоги регистрировался при помощи шкалы депрессии Бека. Шкала депрессии Бека (Beck depression inventory – BDI) – один из самых распространенных опросников для самооценки депрессивных состояний. Больные хроническим холециститом принимали Магне-В6 по 1 таблетке 3 раза в день в течение двух недель на фоне стандартного лечения. Проводилась оценка степени депрессии и определялось содержание магния в сыворотке крови до и после лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. При хроническом холецистите у 67% больных выявлены симптомы депрессии, которые сопровождаются снижением содержания магния в сыворотке крови: при умеренно выраженной депрессии – $(0,88 \pm 0,05)$ ммоль/л, при критическом уровне депрессии – $(0,27 \pm 0,06)$ ммоль/л. У больных хроническим холециститом с критическим уровнем депрессии уровень магния в сыворотке крови существенно ($p \leq 0,01$) в 3,5 раза был ниже показателей контрольной группы и в 3,2 раза ниже показателей у больных хроническим холециститом с умеренно выраженной депрессией. Под влиянием терапии Магне-В6 уменьшились следующие симптомы: усталости – с 77% до 25,8% случаев, раздражительности – с 56% до 19,35%, пессимизма – с 35,48% до 9,67%, обеспокоенности состоянием своего здоровья – с 32,25% до 12,9%, печали – с 38,7% до 3,22%, неудовлетворенности собой – с 32,25% до 19,35%, нерешительности – с 38,7% до 6,45%, потери сексуального влечения – с 29% до 19,35%. Отмечено уменьшение чувства вины с 19,35% до 6,45%, уменьшение ощущения социальной отчужденности – с 35,48% до 25,8% после курса терапии препаратом магния. У больных полностью прекратилась потеря массы тела, плаксивость. Уровень магния в сыворотке крови после лечения существенно повысился до $(0,103 \pm 0,04)$ ммоль/л.

Выводы.

1. Приём препарата Магне-В6 уменьшил проявления депрессивности у больных с хроническим холециститом за счет повышения показателя уровня магния в сыворотке крови.

2. Оценка содержания магния в сыворотке крови у больных с хроническим холециститом может быть одним из критериев проявлений симптомов депрессивности.

ЧАСТОТА УСКЛАДНЕНЬ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОВЕДЕНОЇ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Савчук Н. В., Мергель Т. В., Гриджук Т. І., Сарапук І. В.,
Сарапук О. Р., Юсипчук У. В., Глушко Н. Л.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: підвищення ефективності лікувань ворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН), що виникла після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ), залежно від проведеної реваскуляризації шляхом стентування в гострий період.

Матеріали і методи. Дослідження виконано на базі ОККД м. Івано-Франківська. Обстежено 84 хворих на ХСН після перенесеного ІМ із проведеною реперфузійною терапією в гострий період, 56 хворих на ХСН після перенесеного ІМ без проведеної реваскуляризації та 22 осіб без ознак ХСН.

Результати дослідження. Ранню після інфаркту стенокардію достовірно частіше реєстрували у хворих на ХСН після перенесеного ІМ без проведеної реперфузійної терапії в гострий період, ніж у пацієнтів на ХСН після перенесеного ІМ із проведеним стентуванням (33,9% проти 9,5%). Гостра серцева недостатність (ГСН) (за Т. Killip) реєструвалась в усіх групах пацієнтів. ГСН Killip I вірогідно частіше зустрічалась у хворих на ХСН після перенесеного ІМ із проведеним стентуванням, ніж в осіб після перенесеного ІМ без проведеної реперфузії (32,1% проти 21,4%). У 23,8% хворих на ХСН після перенесеного ІМ із проведеною реваскуляризацією спостерігалася ГСН Killip II, у 28,6% осіб виявлялася ГСН Killip III. У хворих після перенесеного ІМ без проведеної реперфузії ГСН Killip II мала місце у 21,4% осіб ($p > 0,05$), ГСН Killip III спостерігалася в 23,2% хворих ($p > 0,05$). Слід зазначити, що в групі обстежуваних хворих на ХСН після перенесеного ІМ без проведеної реперфузії частіше, ніж у пацієнтів із проведеним стентуванням в гострий період, виявляли ГСН Killip IV (33,9% проти 15,5%). Епістенокардитичний перикардит виявляли в (4,5%) пацієнтів без ХСН, в (8,3%) хворих на ХСН після перенесеного ІМ із проведеною реперфузією та в (12,5%) ($p > 0,05$) осіб без проведеної реваскуляризації. Синдром Дреслера був притаманним для 1 (4,5%) осіб без ХСН, для 7 (8,3%) хворих на ХСН після перенесеного ІМ із проведеним стентуванням та для 4 (7,1%) пацієнтів без проведеної реваскуляризації ($p > 0,05$). Рецидив ІМ реєструвався у 2 (9,1%) осіб без ХСН, у 3 (3,6%) пацієнтів після проведеної реперфузії та у (23,2%) хворих після консервативної терапії ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, застосування реперфузійної терапії шляхом стентування в гострому періоді ІМ призводило до зменшення частоти ускладнень у постінфарктному періоді.

**МЕТЕОРОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ, ЯК ДОСТОВІРНИЙ
ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ АРИТМІЙ**
**Савчук О. В., Хребтій Г. І., Стецик Н. І., АльСалама М. В.,
Скулінець Т. К.**

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Погодні умови мають значний вплив на самопочуття людини. Феномен метеочутливості вивчається дуже давно. Спостереження продемонстрували, що залежних від метеорологічних факторів близько 35% дорослого населення. Симптоми цієї залежності, як правило, мігрені та інші види головного, а деколи і ангінозного болю. Під час різких перепадів погоди, тобто різкого підвищення або пониження температури навколишнього середовища, коливання тиску та вологості повітря найчастіше трапляються напади у тих, хто страждає хронічними захворюваннями серцево-судинної системи. Людям з високим або низьким артеріальним тиском, а також тим, хто страждає від стенокардії або перенесли інфаркт міокарда, виражений дискомфорт можуть доставляти низький тиск повітря і висока вологість. Зокрема різка зміна метеорологічних чинників завжди призводить до суттєвих порушень в роботі серцево-судинної системи, а саме до розвитку аритмій. На сьогоднішній день це питання вимагає ретельного вивчення у зв'язку із значним негативним впливом на здоров'я населення.

Метою дослідження було провести аналіз впливу таких метеофакторів, як атмосферний тиск, температура та вологість повітря, на розвиток і перебіг аритмій.

Проаналізувавши дані швидкої медичної допомоги про виклики, з пароксизмальними порушеннями ритму, ми отримали наступне: сумарна кількість хворих за рік склала 386 людей віком від 51 до 92 років (129 чоловіків та 255 жінок). Даних пацієнтів розділили на 4 групи в залежності від часу виникнення пароксизму аритмії (00.01–6.00 год, 6.01–12.00 год., 12.01–18.00 год., 18.01–00.00 год.). Було виявлено, що найбільша кількість викликів (31%) зафіксована за період часу з 12.01 по 18.00 год і лише 15% з 00.01 до 6.00 год ранку. Ми проаналізували метеорологічні чинники, які були на час викликів швидкої допомоги, і з'ясували, що найбільша частота виникнення аритмій спостерігалось при температурі повітря +1–5 °С (у 23% хворих), атмосферному тиску 731–735 мм рт. ст. (у 34% хворих) та вологості повітря 75–100% (в 50% хворих).

Висновки. Отже, існує чіткий зв'язок між пароксизмальними порушеннями ритму та зміною погодних умов, оскільки метеофактори суттєво впливають на розвиток аритмій і погіршують їх перебіг.

ВИВЧЕННЯ РОЛІ ЦИРКУЛЮЮЧИХ МІКРОРИБОНУКЛЕЇНОВИХ КИСЛОТ В МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСАХ ПРИ ПОЄДНАННІ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Самохіна Л. М., Беседіна А. С.

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

Мета – провести оцінку патентної ситуації з метою дослідження технічного рівня, тенденцій розвитку проблеми.

Оцінка патентної ситуації показала, що провідною країною щодо дослідженої проблеми є США. Висока винахідницька активність спостерігається у 2015-2016 рр. Особливу увагу привертає прогнозування особливостей перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) за біохімічними та молекулярно-генетичними критеріями, яке базується на визначенні в крові вмісту фактора Вілебранда, моніторингу рівня sCD40L, інсуліну, вмісту прозапального С-реактивного протеїну, показників ліпідного, вуглеводного обміну, лептину (Україна). Розпочато активне вивчення ролі окремих мікроРНК: мікроРНК-221, мікроРНК-222 (США), мікроРНК-9 і мікроРНК-370 (Єгипет). Для медикаментозного лікування ІХС у поєднанні з ЦД значна доля досліджень присвячена вивченню впливу статинів (США, Китай, Австралія, Мексика, Канада), цукрознижуючого засобу метформіну (США, Китай, Корея, Єгипет, Туніс, Словенія, Нова Зеландія, Гонконг).

Цікавим можна вважати те, що дослідження циркуляторної мікроРНК-92а розглядають як біомаркер ефективності використання статинів у лікуванні ендотеліальної дисфункції у хворих на ІХС (Китай), мікроРНК-27-а як терапевтичний маркер попередження атеросклерозу, лікування з мікроРНК-27-а може знижати захват холестерину макрофагами (США, Китай). Кількісна оцінка мікроРНК-221, мікроРНК-222 може сприяти попередженню розвитку серцево-судинних захворювань при ЦД (США), підвищенню ефективності лікування з метформіном (США). МікроРНК-9 і мікроРНК-370 пов'язані з ЦД 2-го типу та ІХС у поєднанні з ЦД 2-го типу (Єгипет), вивчення мікроРНК-1 може сприяти оцінці ризику та/або прогнозування розвитку ІХС (Китай), мікроРНК-765 та мікроРНК-149 – розвитку ІХС з віком (Китай). МікроРНК-103b як біомаркер ранньої діагностики ЦД 2-го типу може бути використана для оцінки ефективності терапії (Китай), мікроРНК-126 – для прогнозування розвитку серцево-судинних ускладнень у пацієнтів на фоні антитромбоцитарної терапії (Китай), мікроРНК-92а – для оцінки ефективності використання статинів у лікуванні ендотеліальної дисфункції у хворих на ІХС (Китай).

Подальше проведення прикладних досліджень дозволить попереджати прогресування серцево-судинних ускладнень при ЦД 2 типу, підвищити ефективність лікування ІХС. Можна очікувати зменшення необхідності повторних госпіталізацій і їх тривалості, зниження інвалідизації, подовження тривалості та підвищення якості життя хворих.

ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА ПРОЦЕССЫ ТКАНЕВОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ У КРЫС

Самохина Л. М., * Ломако В. В.

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

**Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины*

Применение мягкой терапевтической краниocereбральной гипотермии (КЦГ) (34 °С в течение 24 ч) и согревание (0,25 °С / ч) после остановки сердца приводит к увеличению внутричерепного давления (ВЧД) и связано с неблагоприятным исходом, ВЧД > 25 мм рт.ст. или перфузионном давлении головного мозга < 40 мм рт. ст. приводит к смертельному исходу. Известно также, что 24-часовая ~ 33 °С КЦГ уменьшает ВЧД, может влиять на процесс вазоконстрикции.

Цель исследования – изучить активность энзимов тканевого образования вазоконстрикторного пептида – ангиотензина II (АII) - химазы, тонины, в тканях крыс при КЦГ.

Работа выполнена на 7-8 мес. самцах белых беспородных крыс. Для подавления терморегуляторных реакций крыс наркотизировали (смесь тиопентала натрия и оксибутирата натрия, 30 и 100 мг/кг массы соответственно). КЦГ проводили на специальной установке для программного охлаждения, созданной в ИПКиК НАНУ, 60±10 мин до достижения ректальной температуры 32 °С (умеренная гипотермия). Крыс декапитировали. В сыворотке крови и безъядерных фракциях 10%-х гомогенатов тканей коры мозга, гипоталамуса, мозжечка, ствола мозга (СМ), легких, сердца, печени и почек определяли активность химазы, тонины энзиматическими методами, разработанными в ГУ «Национальный институт терапии им.Л.Т. Малой НАМНУ».

Отмечено снижение активности химазы, тонины в результате действия наркоза и КЦГ, что указывает на уменьшение тканевого образования АII из АI и ангиотензиногена. Данный эффект может быть обусловлен действием наркоза, который приводит к подавлению специфических реакций организма на холод, в том числе вазоконстрикции. Кроме того, холод разрушает химазу, что может объяснять более существенный характер снижения ее активности по сравнению с действием наркоза в тканях гипоталамуса, мозжечка, СМ, т.е. в тканях мозга, а также в печени – органе, где максимально аккумулируются тучные клетки, высвобождающие химазу. Полученные данные согласуются с результатами исследования влияния КЦГ на ВЧД после внутримозгового кровоизлияния, при этом 24-часовая ~ 33 °С КЦГ уменьшает ВЧД, что может быть обусловлено снижением тканевой вазоконстрикции с участием химазы, тонины. Таким образом, действие наркоза и КЦГ приводит к снижению активности химазы, тонины, что указывает на уменьшение вазоконстрикции. При этом холод может разрушать химазу в тканях гипоталамуса, мозжечка, СМ, печени.

ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА АКТИВНОСТЬ КАЛЬПАИНОВ У КРЫС

Самохина Л. М., *Ломако В. В., *Бабийчук Г. А.

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

Аномальная активация кальций-зависимых протеиназ – кальпаинов вызывает активацию и прогрессирование апоптотических процессов при нейродегенерации, что приводит к гибели нейронов. С целью защиты нейронов очень важно раскрыть все аспекты кальпаин-опосредованной нейродегенерации. В клинической медицине в комплексном интенсивном лечении больных, находящихся в кризисном состоянии, которое сопровождается гипоксией головного мозга, используется краниocereбральная гипотермия (КЦГ). Широкое распространение КЦГ получила в хирургии, акушерстве, реаниматологии, неонатологии и др. Международные руководящие принципы реанимационных мероприятий свидетельствует, что КЦГ (34°C и ниже) улучшает неврологический исход. **Цель работы** – изучить активность кальпаинов в тканях крыс при КЦГ.

Работа выполнена на 7-8 мес. самцах белых беспородных крыс. Для подавления терморегуляторных реакций крыс наркотизировали (смесь тиопентала натрия и оксибутирата натрия, 30 и 100 мг/кг массы соответственно). КЦГ проводили на специальной установке для программного охлаждения, созданной в ИПКиК НАНУ, (60±10) мин. до достижения ректальной температуры 32 °С (умеренная гипотермия). Крыс декапитировали. В сыворотке крови и безъядерных фракциях 10%-х гомогенатов тканей коры мозга, гипоталамуса, мозжечка, ствола мозга, легких, сердца, печени и почек определяли активность кальпаинов энзиматическим методом, разработанным в ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН».

Отмечено повышение активности кальпаинов при действии наркоза и КЦГ во всех образцах. При этом в результате КЦГ по сравнению с наркозом отмечен менее выраженный характер изменений в гипоталамусе, мозжечке. Основная цель КЦГ - снижение интенсивности метаболических процессов, особенно в головном мозге, где кальпаины могут повреждать нейроны, что приводит к развитию острых нейродегенеративных расстройств, а ингибирование этих протеаз может уменьшить гибель нейронов. Но в результате КЦГ отмечены тенденции к повышению активности кальпаинов в тканях ствола мозга, легких, сердце, по сравнению с действием наркоза, что может приводить к нарушению функционирования тканей органов. Например, в миокарде активация кальпаинов и повышение внутриклеточного Ca²⁺ может вызывать повреждение протеинов, что приводит к гибели кардиомиоцитов. Дальнейшие исследования необходимы для преодоления указанных тенденций.

ВПЛИВ БІЛКОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

Семенових П. С., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Якименко Ю. С.

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

При цукровому діабеті (ЦД) початкові функціональні зміни в нирках не виявляються при рутинному обстеженні хворого і носять назву доклінічної стадії діабетичної нефропатії (ДН). Їх можна виявити за допомогою функціональних навантажувальних проб, з яких найбільш часто вживають дослідження функціонального ниркового резерву (ФНР) з використанням білкового навантаження.

Метою дослідження було вивчення стану ФНР у хворих на ЦД 2-го типу з доклінічними стадіями нефропатії.

Матеріали та методи. Обстежено 35 хворих на ЦД 2-го типу з нормальною або підвищеною ШКФ та без протеїнурії. Контрольну групу склали 10 здорових осіб. Було проведено пробу з білковим навантаженням L-формами амінокислот (препарат "Інфезол"). ФНР визначали як ступінь збільшення базальної швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) після навантаження. ФНР визначали як ступінь збільшення ШКФ після стимуляції білком. При значенні ФНР більше 10% даний показник характеризували як збережений. Якщо значення ФНР було менш ніж 10 %, резерв розцінювали як знижений або виснажений.

Результати. В контрольній групі ФНР був збережений і склав в середньому $(30,52 \pm 13,76)\%$. У хворих на ЦД 2-го типу дослідження внутрішньоклубочкової гемодинаміки за допомогою проби з амінокислотним навантаженням виявило тенденцію до зниження ФНР (середнє значення $(18,51 \pm 4,67)\%$) у порівнянні з контрольною групою. Однак це зниження не є однозначним, оскільки показники ФНР показали виражену варіабельність: від негативних (до $-62,3\%$) до позитивних значень (до $98,7\%$). В 19 хворих на ЦД 2-го типу (54%) резерв фільтрації був збережений; приріст ШКФ склав у середньому $(60,75 \pm 6,34)\%$. У 16 пацієнтів (46%) спостерігалось виснаження ФНР. В даній групі мало місце зниження або відсутність резерву фільтрації в середньому до $(-23,47 \pm 5,85)\%$. В групі хворих з виснаженим ФНР мав місце високий рівень базальної ШКФ.

Висновки. В 46% хворих на ЦД 2-го типу без клінічних ознак нефропатії виявляється виснаження ФНР при проведенні проби з амінокислотою стимуляцією. У хворих на ЦД 2-го типу виснаження ФНР асоціюється з високим базальним рівнем ШКФ. Ймовірно, у пацієнтів, які не мають ренального функціонального резерву, базальна ШКФ може служити індикатором втрати функціонуючої паренхіми та розвитку компенсаторної гіперфільтрації.

ВПЛИВ ХОЛОПЛАНТУ НА МОТОРНУ ФУНКЦІЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Сенюк Б. П., Малкович Н. М.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Метою дослідження було вивчення впливу холопланту на моторику жовчного міхура у хворих на хронічний некаменевий холецистит в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії, та при курсовому лікуванні. До складу вказаного препарату входять екстракти листя артишоку та коріння дягеля лікарського.

Контрольні виміри об'єму жовчного міхура проводили кожні 10 хвилин впродовж 1-1,5 год. Об'єм жовчного міхура визначали за формулою G. T. Everson (1980 р.), ефективність моторики міхура оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС). Групу хворих склали 48 пацієнтів на хронічний некаменевий холецистит. Препарат холоплант в "гострих" клінічних дослідженнях призначали по 2 капсули, для курсового лікування - по 1капсулі тричі на добу за 30 хвилин до вживання їжі впродовж 21 дня при курсовому лікуванні.

За допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії під впливом холопланту відмічали холецистокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (КС – $(56,4 \pm 7,9) \%$, $p < 0,05$). У випадку гіпотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 20-30 хвилині і було нетривалим у часі. Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування холоплантом – зменшення розмірів печінки на 1-2 см, зниження її ехогенності, відновлення розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в порожнині жовчного міхура

Оцінку переносимості холопланту проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було, переносимість вказаного лікувального засобу була доброю.

Таким чином, холоплант у хворих на хронічний некаменевий холецистит забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура і жовчновидільних шляхів, володіє спазмолітичною дією, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ ПРИ ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Середюк В. Н., Вакалюк І. П., Середюк Н. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: дослідити клініко-патогенетичні особливості формування і перебігу хронічного легеневого серця (ХЛС) та взаємозв'язки між клінічними, гемодинамічними та нейро-гуморальними чинниками розвитку коморбідної патології при поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріал та методи. Об'єктом дослідження були 484 хворих на ХОЗЛ. Серед них, 350 хворих на ХЛС унаслідок ХОЗЛ III – IV стадії поза загостренням у поєднанні з есенціальною АГ II стадії і 1–3 ступеня, у тому числі 55 хворих (43 чоловіків, 12 жінок) із компенсованим ХЛС, віком ($43,7 \pm 3,4$) років і 295 хворих (212 чоловіків та 83 жінок) із декомпенсованим ХЛС та хронічною серцевою недостатністю (ХСН) I–II Б стадій, віком ($63,2 \pm 8,9$) років.

Результати дослідження. Непараметричний аналіз за показниками відношення шансів Odds ratio дозволив визначити основні чинники негативного прогнозу, раннього розвитку декомпенсації і швидкого прогресування ХСН при ХЛС у поєднанні з АГ, до яких належать: підвищення САТ ≥ 160 мм рт. ст. ($p=0,030$); ДАТ ≥ 100 мм рт. ст. ($p=0,047$); ПАТ > 40 мм рт. ст. ($p=0,044$); збільшення ЧСС > 80 уд/хв. ($p=0,045$); ІЖА $> 0,87$ ум.од. ($p=0,035$); СТЛА ≥ 50 мм рт. ст. ($p=0,002$); діаметра ПП $> 3,0$ см ($p=0,018$); КДР_{пш} $> 2,7$ см ($p=0,001$); діаметра ЛП $> 4,0$ см ($p=0,015$); КДР_{лш} $> 5,8$ см ($p=0,019$); ТМПШ_д $> 0,35$ см ($p=0,004$); ТМШП_д $> 1,1$ см ($p=0,021$); ТЗСЛШ_д $> 1,1$ см ($p=0,026$); ІММЛШ > 115 г/м² у чоловіків ($p=0,011$) і ІММЛШ > 95 г/м² у жінок ($p=0,008$) та зменшення ОФВ1/ФЖЄЛ $< 70\%$ ($p=0,0002$); ОФВ1 $< 50\%$ ($p=0,015$); ФВ_{пш} $\leq 45\%$ ($p=0,0004$); V_{max} у виносному тракті ПШ $< 0,92$ м/с ($p=0,030$); ФВ_{лш} $\leq 45\%$ ($p=0,004$); V_{max} у виносному тракті ЛШ $< 1,26$ м/с ($p=0,032$); Е/А $< 1,0$ ($p=0,013$); ЕЗВД $< 10\%$ ($p=0,0005$) і зростання вмісту в крові альдостерону $> 56,9$ пг/мл ($p=0,002$); ET-1 $> 1,2$ пг/мл ($p=0,006$); VEGF $> 8,0$ пг/мл ($p=0,001$); bFGF $> 18,6$ пг/мл ($p=0,007$); TNF α $> 4,5$ пг/мл ($p=0,013$); FasL $> 115,9$ пг/мл ($p=0,012$); NT-proBNP $> 95,2$ фмоль/мл ($p=0,014$).

Висновки. Патогенетично обґрунтована концепція формування серцевої недостатності при поєднанні ХЛС з АГ, до головних механізмів якої слід віднести нейро-гуморальну та системну імунозапальну активацію з розвитком ендотеліальної дисфункції і потенціюванням неоангіогенезу, індукцією патологічного апоптозу, підвищенням внутрішньогрудного тиску та екстраторакальним депонуванням крові, які призводять до легеневої і системної гіпертензії, метаболічного й гемодинамічного ремоделювання та дисфункції серця.

**ВПЛИВ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ НА ЗАЛИШКОВУ
РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ
ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ПЕРЕДДІАБЕТОМ ТА
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Серік С. А., Комір І. Р.

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

Мета: оцінити залишкову реактивність тромбоцитів на тлі терапії ацетилсаліциловою кислотою у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) в поєднанні з переддіабетом або цукровим діабетом (ЦД) 2 типу в залежності від ступеню інсулінорезистентності (ІР).

Матеріал і методи. Обстежено 98 хворих з ІХС та ЦД 2, 37 хворих на ІХС з предіабетом та 58 хворих на ІХС. Усім хворим проводилося дослідження аденозиндифосфат (АДФ) і арахідонат – індукованої агрегації тромбоцитів з розрахунком сумарного індексу агрегації тромбоцитів (САТ-АДФ, САТ-арахідонат,%). Усі хворі отримували ацетилсаліцилову кислоту в дозі 75-100 мг/добу, статини, ІАПФ, бета-блокатори. Хворі на ЦД 2 отримували цукрознижувальну терапію. Хворі були розподілені на підгрупи з індексом НОМА-ІР менше та більше або рівному медіані (Ме), яка у групі хворих на ІХС та ЦД 2 типу становила 6,54 (1 підгрупа – НОМА-ІР < 6,54, 2 група – НОМА ІР ≥ 6,54), в групі ІХС з переддіабетом – 4,63 (3 підгрупа – НОМА ІР < 4,63, 4 підгрупа – НОМА ІР ≥ 4,63). Хворі на ІХС без склали 5 групу.

Результати. Оцінка арахідонат-індукованої агрегації тромбоцитів не виявила вірогідних розбіжностей у хворих на ІХС в залежності від наявності глікометаболічних порушень, хоча під впливом антиагрегантів у хворих на ІХС з ЦД 2 типу (14,40±2,48) та з предіабетом (13,09±4,73) відмічалось недостовірне збільшення ($p \geq 0,05$) САТ у порівнянні з хворими на ІХС (11,05±3,67). Пацієнти 2 (88,42±3,73; 18,08±2,71) та 4 (71,80±2,09; 15,38±3,22) підгруп мали суттєво підвищений рівень САТ-АДФ та САТ-арахідонат порівняно з підгрупами 1 (61,42±3,73; 11,05±3,35), 3 (61,42±3,73; 11,05±3,35) та 5 (60,72±3,82; 11,71±2,54). Хворі 1 (7,84%) та 3 (6,34%) підгруп за рівнем САТ арахідонат та САТ АДФ вірогідної розбіжності з хворими 5 підгрупи не мали. Різниця у рівнях САТ-арахідонат та САТ-АДФ між пацієнтами 1-й та 3-й підгруп також не було виявлено ($p > 0,05$). Хворі 2 підгрупи мали більш високі САТ арах. ($p < 0,05$) та САТ АДФ ($p < 0,05$) ніж хворі 4. Пацієнти 5 підгрупи мали достовірно менші показники САТ-АДФ та САТ-арах між всіма підгрупами ($p < 0,05$).

Висновки. Переддіабет та ЦД 2 у хворих на ІХС практично не впливали на залишкову реактивність тромбоцитів на тлі терапії ацетилсаліциловою кислотою, хоча відзначалась тенденція до послідовного зростання арахідонат-індукованої агрегації при прогресуванні розладів метаболізму глюкози від переддіабету до діабету. Аналіз агрегаційної активності тромбоцитів у залежності від ступеню ІР дозволив встановити, що при її наростанні як у хворих з переддіабетом, так і у хворих з діабетом активність АДФ- та арахідонат-індукованої агрегації достовірно збільшується відносно хворих на ІХС без глікометаболічних порушень.

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА НА УРОВНИ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО

Серик С. А., Рябуха В. В., Бондарь Т. Н.

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

Цель: сравнить влияние розувастатина и аторвастатина на уровни провоспалительных цитокинов (интерлейкина-6 (ИЛ-6) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа)) у больных ИБС и ИБС с сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. Обследовано 164 больных стабильной ИБС, в том числе 78 пациентов с СД. Уровни ИЛ-6 и ФНО-альфа определяли иммуноферментным методом, липидные показатели – ферментативным методом. Аторвастатин назначался в дозе 20 мг, розувастатин – 10 мг в сутки. Обследование проводилось исходно и через 6 месяцев терапии, включавшей помимо статинов ацетилсалициловую кислоту, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ. Больные с СД получали метформин или его комбинацию с препаратами сульфонилмочевины.

Результаты исследования. У больных ИБС без СД при приеме аторвастатина (n=41) и розувастатина (n=45) отмечалось одинаково достоверное снижение ХС ЛПНП ($p < 0,01$), уровни которого в группах аторвастатина и розувастатина через 6 месяцев терапии не отличались. В обеих группах также достоверно снизились уровни цитокинов ($p < 0,01$). При этом через 6 месяцев наблюдения концентрация ИЛ-6 в группе аторвастатина ($(12,62 \pm 0,57)$ пг/мл) была несколько выше, чем в группе розувастатина ($(11,43 \pm 0,27)$ пг/мл), но разница была недостоверной ($p > 0,05$). ФНО-альфа, напротив, был выше в группе розувастатина ($(9,12 \pm 1,22)$ пг/мл vs $(8,76 \pm 1,18)$ пг/мл), но также незначимо. У больных с СД, как и у больных без СД, уровни ХС ЛПНП в группах аторвастатина (n=40) и розувастатина (n=38) снизились в одинаковой степени достоверно ($p < 0,01$) и через 6 месяцев наблюдения не отличались. Уровни цитокинов у больных СД также достоверно снизились в обеих группах. Но в группе аторвастатина концентрации ИЛ-6 ($(12,02 \pm 1,95)$ пг/мл), и ФНО-альфа ($(10,73 \pm 0,83)$ пг/мл) через 6 месяцев терапии были значимо ($p < 0,05$) выше, чем в группе розувастатина ($(8,03 \pm 1,63)$ пг/мл и $(8,43 \pm 0,57)$ пг/мл, соответственно).

Выводы. В результате сравнения влияния розувастатина и аторвастатина на уровни провоспалительных цитокинов у больных стабильной ИБС с СД и без него установлено, что при одинаковом гипохолестеринемическом действии у больных с СД розувастатин приводил к более выраженному снижению уровней ИЛ-6 и ФНО-альфа, чем аторвастатин, тогда как у больных без СД противовоспалительные эффекты розувастатина и аторвастатина не различались.

**ЗАЛИШКОВА РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ У ВІДПОВІДЬ
НА КЛОПІДОГРЕЛЬ ТА ПОВТОРНІ СЕРЦЕВО-СУДИННІ ПОДІЇ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПІСЛЯ ГОСТРОГО
КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПРИЙОМІ ПОДВІЙНОЇ
АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ**

Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О., Бондар Т. М., Кліменко Т. І.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета: вивчення залишкової реактивності тромбоцитів (ЗРТ) у відповідь на клопідогрель та її зв'язків з виникненням повторних серцево-судинних подій (ССП) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД) після гострого коронарного синдрому (ГКС) при прийомі подвійної антитромбоцитарної терапії (ПАТ).

Матеріали та методи. Обстежено 85 хворих на ІХС, які за 4-6 тижнів до включення в дослідження перенесли ГКС та приймали ПАТ (ацетилсаліцилову кислоту 75-100 мг/добу та клопідогрель 75 мг/добу), з них 55 хворих з ЦД та 30 хворих без ЦД. ЗРТ оцінювали за допомогою світлової трансмісійної агрегатометрії з використанням у якості індуктору АДФ з визначенням сумарного індексу агрегації тромбоцитів (СІАТ, %). ЗРТ у відповідь на клопідогрель (ЗРТ-К) вважали високою, якщо СІАТ-АДФ був в 3 тертилі значень всіх включених у дослідження пацієнтів. Граничне значення становило – $\geq 63\%$. На протязі 12 місяців спостереження фіксували повторні ССП: інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, інсульт та серцево-судинна смерть.

Результати. Достовірних розбіжностей за СІАТ-АДФ між хворими з ЦД ($(59,93 \pm 1,54)\%$) та без ЦД ($(55,09 \pm 2,56)\%$) не відзначено ($p > 0,05$). Але висока ЗРТ-К серед хворих на ЦД ($40,00\%$ ($n=22$)) виявлена у більшій частки пацієнтів, ніж в групі хворих без ЦД ($20,00\%$ ($n=6$)) ($p < 0,05$). Частота виникнення повторних ССП в групі хворих з ЦД ($25,45\%$) була значуще вищою, ніж в групі хворих без ЦД ($10,00\%$) ($p < 0,05$). При аналізі вихідної ЗРТ у хворих з ЦД в залежності від наявності повторних ССП встановлено, що СІАТ-АДФ у хворих з подіями ($(69,71 \pm 1,66)\%$) був достовірно вищим, ніж у хворих без подій ($(56,59 \pm 1,68)\%$) ($p < 0,001$). В групі хворих на ЦД з ССП частка пацієнтів з високою ЗРТ-К була значно більшою ($78,57\%$), ніж серед хворих на ЦД без ССП ($26,83\%$) ($p < 0,01$).

Висновки. У хворих на ІХС через 4-6 тижнів після ГКС серед пацієнтів з ЦД висока ЗРТ-К зустрічалась частіше, ніж в групі хворих без ЦД. За період від 4 тижнів до 1 року після ГКС частота виникнення повторних ССП у хворих з ЦД була більшою, порівняно з хворими без ЦД. У хворих на ЦД з ССП відносно пацієнтів з ЦД без ССП відзначено вищу ЗРТ до АДФ та більшу поширеність високої ЗРТ-К.

ЗАЛИШКОВА РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ НА ТЕРАПІЇ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЮ КИСЛОТОЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Ченчик Т. О.

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

Мета: дослідити взаємозв'язок між проявами оксидативного стресу та поширеністю високої залишкової реактивності тромбоцитів (ЗРТ) на терапії ацетилсаліциловою кислотою (АСК) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) у поєднанні із цукровим діабетом 2 типу (ЦД).

Матеріали і методи. Обстежено 163 хворих на стабільну ІХС, з яких у 88 діагностовано ЦД 2 типу. Усі хворі отримували АСК у дозі 75-100 мг/добу. Для оцінки проявів оксидативного стресу визначали малоновий діальдегід (МДА), сульфгідрильні групи (SH-групи) та активність глутатіонпероксидази (ГПО) фотометричним методом. Агрегаційну активність тромбоцитів досліджували турбідиметричним методом з використанням у якості індуктора арахідонової кислоти (АК), оцінюючи сумарний індекс агрегації тромбоцитів (СІАТ). ЗРТ вважали високою при СІАТ-АК $\geq 15\%$. Усіх включених в дослідження хворих розподіляли по квартилях за значеннями МДА, ГПО і SH-груп. У кожній квартилі оцінювали поширеність високої ЗРТ окремо для хворих з ЦД і без ЦД.

Результати і обговорення. В групі ІХС висока ЗРТ була виявлена у 9 хворих (12,00%). При ІХС з ЦД висока ЗРТ зустрічалось частіше – у 16 хворих (18,18%) ($p < 0,05$). При аналізі залежності частоти високої ЗРТ від МДА найбільша кількість пацієнтів з високою ЗРТ у групі без ЦД відмічалась в ІV квартилі (при значенні МДА $> 6,25$ мкмоль/л) – 8 хворих (40,00%), перевищуючи ($p < 0,05$) показники в І-ІІІ квартилях. При ЦД значуще зростання частоти високої ЗРТ відзначалось вже в ІІІ квартилі за МДА (5,48-6,25 мкмоль/л) - 4 хворих (17,39%) ($p < 0,05$ у порівнянні з І-ІІ квартилями). В ІV квартилі кількість хворих з високою ЗРТ була ще більшою – 11 хворих (50,00%) ($p < 0,05$ у порівнянні з І-ІІ квартилями). При аналізі ЗРТ в залежності від SH-груп відмічено, що у групі без ЦД найчастішою висока ЗРТ була в І квартилі при значенні SH-груп $< 533,75$ мкмоль/л – 8 хворих (42,11%) ($p < 0,05$ у порівнянні з ІІІ-ІV квартилями). При ІХС з ЦД висока ЗРТ найчастіше спостерігалась в І та ІІ квартилях, де частка таких хворих склала 50,00% (10 хворих) та 20,00% (5 хворих), відповідно ($p < 0,05$ у порівнянні з ІІІ-ІV квартилями). Достовірних закономірностей зв'язку високої ЗРТ із рівнем ГПО виявлено не було.

Висновки. При ІХС з ЦД висока ЗРТ зустрічається при менш виражених проявах оксидативного стресу, ніж у хворих на ІХС без ЦД. Предиктором високої ЗРТ може бути зменшення рівнів SH-груп $< 607,50$ мкмоль/л при ІХС, і $< 618,75$ мкмоль/л при ІХС з ЦД та підвищення МДА $> 6,25$ мкмоль/л при ІХС і $> 5,48$ мкмоль/л при ІХС з ЦД.

**ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ
У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА
У УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ**

Сидоренко Г. В., Білий Д. О.

*Державна установа "Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України", м. Київ*

Мета дослідження: Визначити зміни варіабельності серцевого ритму (ВСР) в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ).

Об'єкт і методи: Обстежено 256 УЛНА на Чорнобильській АЕС з ішемічною хворобою серця, у тому числі 88 які перенесли Q ІМ (група 1), 86 – не-Q ІМ (група 2), 82 – без ІМ в анамнезі (група 3). Контрольну групу склали 54 хворих загальної популяції. Тривалість післяінфарктного періоду в групі 1 становив $(6,7 \pm 0,3)$ років; у групі 2 – $(6,2 \pm 0,2)$ років і відповідали даним контролю. Для дослідження ВСР використана система "DiaCard-II", Україна.

Результати. В УЛНА, які перенесли ІМ, зміни часових і спектральних показників ВСР були більш значимими і прогресували більш інтенсивно ніж в контролі. Стандартне відхилення за 5-хвилинні періоди за весь час реєстрації (SDNN-i) в гр. 1 було менше 50 мс і складало в середньому 48,3 мс, при даних в гр. 3 – 55,9 мс. Достовірна різниця між ними становила 7,6 мс (13,6 %), в контролі – 5,4 мс (9,1 %). Відсоток сусідніх RR інтервалів, різниця між якими перевищувала 50 мс (pNN50) був менше майже вдвічі відносно гр. 3. Загальна потужність спектру в гр. 1 була меншою на 861 мс² (30,9 %) відносно гр. 3 і на 285 мс² (10,3 %) контролю. Закономірною була симпатична гіперактивність. Відношення в діапазоні низьких і високих частот (LF/HF) в гр. 1 становило 2,5 ум. од. проти 2,2 ум. од. в гр. 3 і 2,4 ум. од. в контролі. Перевагу симпатичної активності характеризувало збільшення індексу напруги регуляторних систем, який на 50,9 % (44 ум. од.) перевищував дані у гр. 3 і 34 ум. од. (34,6 %) – контролі. Зниження ВСР в УЛНА асоціювалось із розвитком і прогресуванням структурно-функціональних змін міокарду. Встановлено вірогідну кореляцію між показниками ВСР і екскрецією катехоламінів, масою міокарда, епізодами шлуночкової екстрасистоїї, ознаками хронічної серцевої недостатності, що дає підстави розглядати ці показники як предиктори більш тяжкого перебігу післяінфарктного періоду.

Висновок. Більш суттєві зміни ВСР реєстрували в УЛНА і контролі з перенесеним у минулому Q-ІМ. Встановлено, що показники, які характеризують загальну ВСР, порушення симпато-парасимпатичної рівноваги є чутливими і інформативними ознаками стану хворих після перенесеного ними інфаркту міокарда.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ ТА ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ПОДАГРОЮ

Синиця Ю. П.

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

У численних дослідженнях (SURPHER, MRFIT, PIUMA, LAURA) продемонстровано негативну прогностичну роль сечової кислоти (СК) на розвиток ССЗ, так ризик розвитку ІХС зростає на 60% серед чоловіків середнього віку хворих на подагру, ймовірність інфаркта міокарда зростає на 30%, майже 74% таких пацієнтів мали артеріальну гіпертензію (АГ) (Saddekni M.B, Saag K.G, Dudenbostel T. et al., 2016).

Мета. Вивчити особливості функціонального стану ендотелію судин та ниркових артерій серед хворих на АГ в поєднанні з подагрою.

Матеріали та методи. Обстежено 85 хворих (45 чоловіків і 40 жінок) із АГ (середній вік – $(59,1 \pm 2,2)$ роки, тривалість АГ – $(11,3 \pm 1,4)$ роки). Пацієнти були розділені на дві групи: I – 40 (47,1%) пацієнтів з АГ, але з нормальним рівнем СК крові ($(280,6 \pm 14,4)$ мкмоль/л); II – 45 (52,9%) пацієнтів з АГ в поєднанні з подагрою (СК крові $(500,2 \pm 17,1)$ мкмоль/л), тривалість захворюваності на подагру $(8,0 \pm 0,9)$ роки. Усім хворим проводили пробу Целімаєра – ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД) та доплерографічне дослідження ниркових артерій на апараті «iE 33 Philips», США, за стандартною методикою із визначенням лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) справа та зліва, а також індекс резистентності (PI) з обох сторін.

Результати дослідження. Порівняння структурно-функціонального стану ниркових артерій виявило, що хворі на АГ в поєднанні з подагрою мають достовірне зниження ЛШК справа та зліва (відповідно, $(60,77 \pm 5,06)$ проти $(68,71 \pm 3,54)$, $p=0,02$ та $(65,61 \pm 3,88)$ проти $(69,76 \pm 4,48)$, $p=0,08$) та збільшений PI з обох сторін, що являє собою важливим показником периферичного опору судин (справа – $(0,76 \pm 0,02)$ проти $(0,65 \pm 0,02)$, $p=0,02$ та зліва – $(0,72 \pm 0,02)$ проти $(0,61 \pm 0,02)$, $p=0,02$). Встановлені кореляційні зв'язки між PI та тривалістю подагри і АГ ($r=0,53$; $p<0,05$) та рівнем СК крові ($r=0,57$; $p<0,05$). Приріст діаметру плечової артерії ($\Delta D\%$) при аналізі ЕЗВД у пацієнтів з АГ та подагрою був менше, ніж у групі з АГ без порушення пуринового обміну (відповідно, $(8,2 \pm 2,5)\%$ проти $(17,9 \pm 3,2)\%$, $p<0,02$). Встановлено кореляційні зв'язки між $\Delta D\%$ та тривалістю подагри ($r=-0,67$, $p<0,05$) та рівнем СК у крові ($r=-0,47$, $p<0,05$).

Висновки. Хворі на АГ у поєднанні з подагрою порівняно з хворими на АГ без неї характеризуються більш частим та вираженим порушенням структурно-функціонального стану ниркових артерій та функції ендотелію, прояв яких зростає у разі збільшення тривалості поєднаної патології.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ФОНІ СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Синько У. В., Вакалюк І. П., Середюк В. Н.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Сучасна концепція хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), що розроблена ВООЗ (GOLD, 2015), заснована на тому, що дане захворювання відноситься до таких, розвиток яких можна попередити, досить успішно лікувати; часто важкість перебігу і прогноз визначаються екстрапульмональними проявами. В свою чергу, приєднання до ХОЗЛ симптомів стабільної ішемічної хвороби серця (СІХС) спричинює не тільки погіршення якості життя хворого, але й супроводжується феноменом взаємообтяження вказаних патологій, що значно погіршує прогноз перебігу коморбідних патологій.

Мета роботи. Дослідження особливостей перебігу ХОЗЛ на фоні СІХС за показниками функції зовнішнього дихання, центральної та інтракардіальної гемодинаміки в таких пацієнтів.

Матеріали та методи. Нами обстежено 120 пацієнтів віком від 35 до 65 років, середній вік склав ($44 \pm 2,3$) роки, яким, в результаті проведених клінічних та лабораторно-інструментальних обстежень було встановлено діагноз ХОЗЛ легкого та середнього ступеню важкості у поєднанні з СІХС ФК II-III. До інших груп обстежених увійшло 30 пацієнтів із ХОЗЛ та 30 пацієнтів із СІХС.

Необхідно зазначити, що вказаним пацієнтам проводилася стандартна терапія даних захворювань, що здійснювалася згідно Наказів МОЗ №555 та 152, відповідно.

У результаті проведених досліджень запропоновано і патогенетично обґрунтовано новий спосіб оцінки клінічного перебігу ХОЗЛ та СІХС, показників центральної та інтракардіальної гемодинаміки і функції зовнішнього дихання, про що свідчить кореляційний зв'язок між динамікою індексу Тіффно і КДО ($r=0,70$; $p<0,001$) та між СТЛА і ФВ ($r=0,82$; $p<0,001$).

Висновок. Аналізуючи співвідношення ОФВ1, ФВ та СТЛА, можна оцінити структурно-функціональний стан бронхо-пульмональної та серцево-судинної системи, вираженість бронхіальної обструкції, що дозволить визначити ризики і прогноз у пацієнтів із поєднаним перебігом ХОЗЛ та СІХС.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ СТЕНОЗУ КОРОНАРНИХ СУДИН З ТИПАМИ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: визначити взаємозв'язок ступеня вираженості стенозу коронарних артерій в залежності від типів дисліпідемії у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали і методи: у дослідження було включено 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу, які знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні ХМКЛ № 27. Середній вік хворих склав $(65,16 \pm 1,53)$ років. Визначення рівня загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХСЛПДНЩ) та коефіцієнта атерогенності (КА) проводилися за стандартною біохімічною методикою. Проводили розрахунок КА за формулою Клімова А.М.: $КА = (ЗХС - ХСЛПВЩ) / ХСЛПВЩ$; рівень ХСЛПДНЩ = $ТГ / 2,2 \times 0,45$, (ммоль/л); рівень ХСЛПНЩ = $ЗХС - (ХСЛПДНЩ + ХСЛПВЩ)$, (ммоль/л).

Усім хворим була проведена мультидетекторна (64 зрізова) комп'ютерна томографічна (КТ)-ангіографія коронарних судин. В залежності від типу дисліпідемії усі хворі були розподілені на 3 групи: до першої групи увійшли хворі з Іа типом дисліпідемії (n=21), до другої групи увійшли з Іб типом дисліпідемії (n=24), до третьої групи – хворі з ІV типом дисліпідемії (n=30). Типи дисліпідемії визначалися за допомогою класифікації гіперліпопротеїнемії ВООЗ, яка розроблена на основі класифікації Фредріксона (D.Fredrickson).

Результати: в результаті дослідження було визначено, що у хворих першої групи з Іа типом дисліпідемії визначалися КТ-ознаки атеросклеротичного ураження коронарних артерій на 65-75%, у хворих другої групи з Іб типом дисліпідемії – КТ-ознаки атеросклеротичного ураження коронарних артерій на 55-65%, а у хворих третьої групи з ІV типом дисліпідемії – відбувалося зниження просвіту коронарних судин на 45-55%.

Висновки: таким чином можна зробити висновки, що у хворих з усіма типами дисліпідемії відбувалося зниження просвіту коронарних судин. Було доведено, що ступінь вираженості стенозу коронарних судин залежить від типу дисліпідемії та була значно більшою у хворих з Іа типом дисліпідемії, що може свідчити про негативний вплив даного типу дисліпідемії на ступінь атеросклеротичного ураження коронарних судин у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Слаба О. Р., *Мазур М. В.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького, Україна*

**Перша міська лікарня імені Князя Лева, м. Львів*

Вступ. Відомо, що система кровообігу відіграє провідну роль в забезпеченні адаптаційної діяльності організму та є індикатором загальних пристосувальних реакцій організму. Це визначається передусім її функцією транспортування поживних речовин та кисню – основних джерел енергії для клітин і тканин. Оскільки бронхіальна астма супроводжується гіпоксією тканин, яка ще більш виражена за ожиріння, очевидно, що адаптаційні можливості у таких хворих змінені. Інтегральним маркером адаптаційних можливостей та функціонального стану організму вважається показник адаптаційного потенціалу

Мета. Оцінити адаптаційний потенціал у хворих на бронхіальну астму з різною масою тіла.

Матеріали і методи дослідження. На базі алергологічного відділення 1-ї міської лікарні м. Львова було проведене комплексне клініко-лабораторне обстеження 104 хворих на бронхіальну астму. Діагностику хвороби здійснювали згідно наказу МОЗ України від 08.10.2013 № 868. Хворі були поділені на 3 групи: I група пацієнти з нормальною масою тіла, II група – з надмірною масою та III – з ожирінням. Визначали адаптаційний потенціал (АП) за Баєвським Р.М.: $АП = 0,0011(ЧП) + 0,014(САТ) + 0,008(ДАТ) + 0,009(МТ) - 0,009(Р) + 0,014(В) - 0,27$, де ЧП – частота пульсу (уд./хв.), САТ – систолічний артеріальний тиск (мм.рт.ст.), ДАТ – діастолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.), Р – ріст (м), В – вік (роки). АП нижче 2,6 трактували як задовільну адаптацію, 2,6-3,9 – як напруження механізмів адаптації, 3,1-3,49 – як незадовільну адаптацію, вище 3,5 – як зрив адаптації

Результати. Зрив адаптаційних процесів істотно частіше виявляли у хворих з ожирінням ((35,3±8,1)% проти (2,7±2,7) % при нормальній масі тіла та (5,9±4,1)% за умов надмірної маси тіла, $p < 0,05$), що підкреслює важчий перебіг хвороби. У жінок з ожирінням зрив адаптації зустрічався більш як у 2 рази частіше ($p < 0,05$), а незадовільна адаптація рідше, ніж у чоловіків.

Висновок. У хворих на бронхіальну астму, що супроводжується надлишковою масою тіла спостерігається істотне зменшення функціональних резервів організму та погіршення адаптаційних можливостей організму. Ймовірно, це пов'язано із збільшенням відсотка жирової тканини, що синтезує адипоцитокіни, прозапальні чинники, а також чинить механічні перешкоди під час дихання.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Смирнова В. И., Ащеулова Т. В., Амбросова Т. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оценить частоту повторных сосудистых осложнений и их исходы у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) и сердечно-сосудистой патологией на фоне терапии пероральными сахароснижающими препаратами (ССП) или комбинированной терапии ССП и инсулином 24-часового действия (ССП+И).

Материалы и методы: в исследовании участвовали 78 пациентов (48 женщина и 30 мужчин в возрасте $62 \pm 6,3$ года), продолжительность СД 2 – $5,0 \pm 0,6$ лет, гликемия натощак от 5,3 ммоль/л до 9,7 ммоль/л, HbA1c – $6,6 \pm 0,3$ %. Отбор пациентов проводился по данным амбулаторных карт и проведению активного опроса. Методом случайной выборки пациенты были разделены на 2 равные группы: 50% пациентов получали ССП, 50% – ССП+И. Сахарный диабет 2 типа у пациентов сочетался со следующей патологией: инфаркт миокарда (ИМ) у 20%, артериальная гипертензия (АГ) у 23,3%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) у 3,3%, сочетание ИБС и АГ имели место у 46,4%, перенесенный инсульт у 6,7%.

Результаты: в течение года общее количество госпитализаций по поводу обострения сердечно-сосудистой патологии составило 63% у пациентов, принимавших ССП и 37% – у пациентов, принимавших ССП+И. Из них: ИБС/нестабильная стенокардия имела место у 12% из всех пациентов (16% получающих ССП, 7% получающих ССП+И); инфаркт миокарда (ИМ) – у 10% пациентов, получавших ССП (повторный ИМ – у 67%, первичный – у 33%); острое нарушение мозгового кровообращения – у 7% пациентов, получавших ССП+И (50% первый эпизод, 50% повторный). У 90% пациентов повторные сосудистые катастрофы имели место в течение 12 месяцев после первого эпизода. Летальных исходов среди пациентов, получавших ССП, было 2, у получавших ССП+И – 1.

Выводы: добавление к ССП инсулинотерапии (продолжительным препаратом 24 часового действия) приводит к выраженной положительной динамике – снижению частоты госпитализаций у пациентов с СД 2 типа в связи с сердечно-сосудистой патологией.

EXPERIENCE OF USING ANTIHISTAMINES IN TREATMENT OF CUTANEOUS ADVERSE DRUG REACTIONS

Sorokopud O. O., Radchenko O. M.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Background of adverse drug reactions (ADR) are determined by its usually unpredictable appearance and sufficiently high frequency, which overloads the clinical course of every disease. The most common ADR are cutaneous (CADR). Despite numerous researchers attempts to explore and explain the mechanisms of ADR, its clinical course and various methods of diagnosis, which are trying to prove or disprove the occurrence of reactions to a particular drug, the problem of ADR treatment optimizing is relevant nowadays .

Study design and setting.

A prospective, observational study was conducted in the inpatient allergology department.

Methods.

Out of 60 patients with CADR who were included, were male and - female with mean age $47,3 \pm 2,3$ years. The most frequent manifestations were maculopapular rash and urticaria – in $96,7 \pm 2,3\%$; $61,7 \pm 6,3\%$ patients had angioedema. The most frequent causes of CARD were NSAIDs ($35 \pm 6,2\%$), antibiotics ($31,7 \pm 6,1\%$), and ACE inhibitors ($6,7 \pm 3,2\%$), rarely - antifungal, antiepileptic and vitamins. All patients with CADR were divided into 2 almost equal groups: group A (30 person, mean age $45,4 \pm 3,4$ years, 7 male 23 female) were treated by quifenadine 25 mg 3 times per day and group B (30 person, mean age $49,2 \pm 3,2$ years, 7 male 23 female) – treated by levocetirizine 5 mg 1 time per day. We examined the clinical course, general IgE level, anamnesis data. After 2 weeks all patients were made prick-tests with suspicious drugs.

Results. After studing anamnesis we discovered that most of patients had allergy reactions: group A – $83,3 \pm 6,9\%$ and proup B – $60 \pm 9,1\%$. Anamnetic adverse drug reactions had $66,7 \pm 8,8\%$ group A patients and $36,7 \pm 8,9\%$ group B patients. Although the length of stay of patients in both groups was almost identical, clinical improvement in reducing the itching, redness intensity rash, swelling size was significantly faster in group A – patients who received the quifenadine treatment ($2,1 \pm 0,1$ days), than in group B – $3,1 \pm 0,1$ days.

The general IgE level was higher in group A ($328,5 \pm 67,9$ IO/ml), than in group B ($253,0 \pm 55,4$ IO/ml), and decreased better in group A (by 112,5 IO/ml) than in group B (by 89 IO/ml)

Conclusion

The most frequent causes of CARD were NSAIDs, antibiotics and ACE inhibitors. Most of patients had allergy episodes and ADR in anamnesis.

Cutaneous symptoms in patients treated with quifenadine decreased faster, than in those, who were treated by levocetirizine.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Стародуб Н. Ф., * Самохина Л. М.

*Национальный университет биоресурсов и природопользования Украины,
г. Киев,*

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

Цель – проанализировать роль некоторых эпигенетических изменений, вовлеченных в старение организма и ухудшение здоровья с возрастом.

С ухудшением здоровья с возрастом связано хроническое потребление алкоголя, которое негативно влияет на регуляторные гены, "универсальные" клеточные функции, белковый, ионный, кальциевый гомеостаз, нейронную сигнализацию, рост сателлитных клеток и выживание и др. Вмешательство в ключевые процессы генетических, эпигенетических и возрастных изменений вызывает дисфункцию митохондрий за счет сокращения митохондриального биогенеза, снижение содержания митохондрий, мутации митохондриальной ДНК, окислительный стресс, энергетическую дисфункцию, снижение антиоксидантной защиты и нарушение кальциевого гомеостаза. В разработке способов контроля старения уделяют широкое внимание препаратам, модулирующим эпигенетическую деятельность, это в основном гистондеацетилазы и ингибиторы метилтрансферазы ДНК. Также показано, что применение биоактивных фитохимических и пищевых вмешательств, например, ограничение калорийности, имеет эпигенетический эффект, может задержать старение.

У женщин с ухудшением здоровья связана потеря эстрогенов во время менопаузы. Облегчению симптомов менопаузы способствует эстроген-содержащая заместительная гормональная терапия, которая приводит к улучшению функции костной и мышечной ткани, что ассоциируют с тканеспецифической экспрессией генов. Использование индуцированных плюрипотентных стволовых клеток, дифференцирующих сердечную или скелетную мышцы, позволяет регенерировать эти полосатые мышцы, что обеспечивает терапевтические стратегии, направленные на восстановление мышечных дистрофий.

Исследование стволовых клеток и процессов старения нацелено на понимание механизмов, как стволовые клетки поддерживают ткань, как регенеративная способность соматических стволовых клеток может быть повышена в целях содействия здоровому старению. Исследования последствий старения стволовых клеток в различных тканях направлены на изучение генетических мутаций, эпигенетических изменений, влияние внешней среды. Лучшее понимание этих изменений раскроет потенциальные стратегии для повышения отказоустойчивости ткани в старости.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ МИОКАРДИАЛЬНЫЕ МЫШЕЧНЫЕ МОСТИКИ

Стародубов О. Д., Ефремова О. А., Камышникова Л. А.,

Погурельская Е. П.

Медицинский институт НИУ «БелГУ», г. Белгород, Россия

Гемодинамически значимые миокардиальные мышечные мостики (ММ) во время коронарографии обнаруживаются у 0,5–4,9% больных. Чаще всего ММ связаны с различными проявлениями ишемической болезни сердца (ИБС). Для уточнения диагноза и степени ишемии миокарда применяются нагрузочные тесты, стресс-эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ и радиоизотопные методы с физической нагрузкой. При наличии клинически значимых ММ возможно несколько методов лечения: медикаментозное, чрескожное коронарное вмешательство, хирургическая миотомия или аортокоронарное шунтирование. Медикаментозная терапия должна быть методом выбора, а хирургическое вмешательство должно ограничиваться пациентами со стенокардией, рефрактерной к медикаментозной терапии. Принципы лечения этих пациентов в основном не отличаются от методов лечения пациентов с ИБС. Медикаментозная терапия должна включать бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов и антитромбоцитарные препараты. Антиишемическое действие этих препаратов определяется снижением потребности миокарда в кислороде, уменьшением внутримиокардиального давления и экстрасосудистой коронарной сопротивляемости. Лечение нитратами в основном избегают, поскольку они повышают, по результатам ангиографии, степень систолического сужения и могут приводить к ухудшению клинической картины. В случаях, рефрактерных к фармакотерапии, используют хирургические методы лечения (чрескожное коронарное вмешательство (стентирование данного сегмента артерии), миотомия или аортокоронарное шунтирование). С успехом применяются различные методики, включая коронарное шунтирование, а также изолированное рассечение миокардиального мостика над артерией. Вероятно, в ближайшем будущем в таких ситуациях будут чаще прибегать к ангиопластике и стентированию коронарных артерий, хотя риск и преимущества такого метода еще не получили достоверной оценки. Дискутабельным является вопрос, какому из указанных методов отдать предпочтение. Трудности диагностики и особенности клинического течения ММ требуют дальнейшего изучения и пристального внимания, что позволит более четко определять тактику лечения и оценить ранний и отдаленный прогноз для данного контингента больных.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Стародубцева Д. В., Бабаджан В. Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оптимизация диагностики и лечения кардиометаболических нарушений с учетом патогенетической роли адипоцитокинов (висфатина и адипонектина) в развитии атеросклероза у больных со стабильной стенокардией и ожирением.

Материалы и методы исследования. 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 исследования. 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. Результаты представлены в таблице 1.

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.

ГЕМОДИНАМІЧНІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Старченко Т. Г., Конькова В. С., Шкапо В. Л., Пенькова М. Ю.

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

Мета дослідження – вивчити вплив комбінованої антигіпертензивної терапії на показники добового моніторування артеріального тиску (АТ), стан вуглеводного обміну у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу).

Матеріали і методи: всього обстежено 34 хворих на ГХ II ст. та ЦД 2 типу. Вплив комбінованої антигіпертензивної терапії на гемодинамічні показники оцінювали методом добового моніторування АТ за допомогою апарата «Meditech АВРМ – 04» (фірма «Meditech», Угорщина). Аналіз стану вуглеводного обміну проводили за рівнем глюкози крові натще, а також визначенням глікованого гемоглобіну фотометричним методом. Антигіпертензивна терапія включала призначення периндоприла 8 мг та амлодіпіна 10 мг (препарат «Амлесса», фірми «КРКА») в комбінації з небівололом (препарат «Небілет» фірми «Berlin-Chemie Menarini Group», 5 мг/доб). Дана антигіпертензивна терапія проводилась на тлі адекватного антидіабетичного лікування. Курс лікування склав 12 місяців.

Результати: на фоні комбінованої терапії у обстежених спостерігалось зниження систолічного і діастолічного АТ (САТ і ДАТ) переважно у денні години: Δ САТд – $(16,4 \pm 2,2)$ мм рт. ст., $p < 0,001$; Δ ДАТд – $(12,3 \pm 1,4)$ мм рт. ст., $p < 0,001$. Встановлено вірогідне зменшення середньодобової і денної варіабельності САТ: відповідно, з $(16,5 \pm 0,5)$ мм рт. ст. до $(13,5 \pm 0,9)$ мм рт. ст., $p < 0,001$ і з $(18,8 \pm 0,4)$ мм рт. ст. до $(13,2 \pm 1,1)$ мм рт. ст., $p < 0,001$. Крім того, спостерігалось суттєве зменшення швидкості (для САТ – з $(13,7 \pm 1,1)$ мм рт. ст./год до $(7,0 \pm 0,8)$ мм рт. ст./год., $p < 0,05$; для ДАТ – з $(11,8 \pm 1,0)$ мм рт. ст./год до $(5,2 \pm 0,9)$ мм рт. ст./год, $p < 0,05$) і ступеня ранкового підйому АТ (для САТ – з $(45,4 \pm 3,8)$ мм рт. ст. до $(27,5 \pm 3,2)$ мм рт. ст., $p < 0,05$; для ДАТ – з $(34,7 \pm 2,9)$ мм рт. ст. до $(19,3 \pm 3,0)$ мм рт. ст., $p < 0,05$). Дана комбінація зазначених антигіпертензивних препаратів була найбільш ефективною у хворих з добовим профілем АТ типу «non-dipper» и «dipper». Через 12 місяців лікування спостерігалась нормалізація рівня глюкози крові натще: з $(11,6 \pm 0,9)$ ммоль/л до $(5,8 \pm 0,4)$ ммоль/л, $p < 0,01$. Глікований гемоглобін досяг цільового рівня і склав $(6,49 \pm 0,81)$ мкмоль фруктози на 1 г гемоглобіну. В жодному випадку не було відмічено погіршення стану вуглеводного обміну.

Таким чином, застосування периндоприлу, амлодіпіна та небівололу у хворих на ГХ та ЦД 2 типу слід вважати обґрунтованою комбінацією, яка має високу антигіпертензивну ефективність, особливо в разі наявності добових профілів АТ «non-dipper» та «dipper». Така терапія не викликає погіршення вуглеводного обміну.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Стахова А. П., Синиця Ю. П., Тарасенко О. М.

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

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2

Мета: встановити частоту психоневрологічних порушень та фактори розвитку когнітивних розладів у хворих з ревматоїдним артритом (РА).

Матеріали та методи: обстежено 120 хворих на РА. Проведено загально клінічні, інструментальні обстеження, імуноферментний аналіз, анкетування, міні тест ментального обстеження (MMSE), тести з таблицями Шульте та із запам'ятовування 10 слів за методикою Лурія. Вік хворих становив від 39 до 80 років (середній вік – $(59,0 \pm 6,7)$ років). Серед обстежених у 88 пацієнтів (73,3%) встановлено серопозитивний варіант РА. Тривалість РА в середньому становила $(7,4 \pm 3,4)$ років. Активність РА визначали за показником – індексом активності захворювання (DAS 28) і в середньому становив $(6,2 \pm 0,3)$, що відповідало високій активності. Серед хворих на РА 58 хворих (48,3%) мали супутній діагноз – гіпертонічну хворобу (ГХ).

Результати. Аналіз нейропсихологічної сфери хворих на РА показав, що когнітивні порушення виявляються у 84 (70 %) випадках. Враховуючи, що середній бал за MMSE становив $26,7 \pm 0,4$, серед обстежених переважали хворі з легкими когнітивними порушеннями – 38 (31,7%) менш часто реєструвалися помірні когнітивні порушення – 36 (30 %), початкова деменція визначалася у 7 (8,4%) випадках і лише у 1 особи визначена виражена деменція. Встановлені більш виражені когнітивні порушення у хворих з високою активністю РА порівняно з помірною (відповідно за MMSE $(25,4 \pm 0,3)$ проти $(28,1 \pm 0,3)$, $p < 0,05$). Визначено більш виражені когнітивні порушення у хворих із приєднанням до РА ГХ в порівнянні із відсутністю ГХ (відповідно за MMSE $(26,3 \pm 0,4)$ проти $(27,1 \pm 0,3)$, $p < 0,05$). На підставі багатофакторного регресійного аналізу виявлено, що тривалість РА, наявність системних проявів (ревматоїдних вузликів, синдрому Шегрена) та тривале лікування глюкокортикоїдними препаратами (більше (7 ± 3) років) є чинниками розвитку когнітивних порушень.

Висновки. Для хворих на РА характерне часте виявлення когнітивних порушень (70%). Когнітивні розлади детермінуються тривалістю та активністю РА, наявністю вісцеральних проявів, тривалим використанням у лікуванні глюкокортикоїдних препаратів а також наявністю супутньої гіпертонічної хвороби.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Стахова А. П., Шепетько І. С.

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

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2

Мета: визначити особливості структури психоневрологічних порушень у хворих з ревматоїдним артритом (РА).

Матеріали та методи: обстежено 120 хворих на РА. Проведено загально клінічні, інструментальні обстеження, імуноферментний аналіз, анкетування, міні тест ментального обстеження (MMSE), тести з таблицями Шульте та із запам'ятовування 10 слів за методикою Лурія. Вік хворих становив від 39 до 80 років (середній вік – $(59,0 \pm 6,7)$ років). Тривалість РА в середньому становила $(7,4 \pm 3,4)$ років. Активність РА визначали за показником - індексом активності захворювання (DAS 28) і в середньому становив $(6,2 \pm 0,3)$, що відповідало високій активності.

Результати. Аналіз нейропсихологічної сфери хворих на РА показав, що когнітивні порушення виявляються у 84 (70%) випадках. Під час аналізу профілю субтестів MMSE виявлено, що у 22 пацієнтів (18,3%) з РА мають місце порушення короткотривалої пам'яті, а у 68 пацієнтів (56,7%) визначилося порушення довготривалої пам'яті. При використанні методики запам'ятовування 10 слів за Лурія були підтверджені дані порушення короткотривалої пам'яті у 22 пацієнтів (18,3%), а показники довготривалої пам'яті вказали гірший результат у 83 хворих (69,2%). У 80 хворих (66,7%), відповідно до субтесту MMSE, мали місце погіршення уваги та рахунку, а у 108 хворих (90%) визначалося порушення копіювання малюнку. При дослідженні виконання спеціального нейропсихологічного завдання за таблицями Шульте, у хворих з РА відмічено збільшення сумарного часу, що використовувався на відшукування цифр, що в середньому становило $47,1 \pm 3,8$, дане зниження ефективності роботи відмічалось у 97 пацієнтів (81%). У хворих із високим індексом активності захворювання визначалися гірші показники у визначенні психічної стійкості, що в середньому становило $1,116 \pm 0,007$, на противагу хворим, у яких визначалася менша активність РА – $0,9 \pm 0,06$. У хворих із більшою тривалістю РА (більше 7 років) визначалися гірші показники включення в роботу, що в середньому становило $1,12 \pm 0,011$.

Висновки. Для хворих на РА характерне часте виявлення когнітивних порушень (70 %). У структурі когнітивних змін домінують порушення у сфері пам'яті, більшою мірою довготривалої, копіювання та рахунку. У хворих на РА визначається зменшення ефективності роботи, погіршення функції включення в роботу, що корелюється із активністю процесу, та зменшення психічної стійкості, що пропорційне тривалості перебігу РА.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ТА ЇЇ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ

Стецик Н. І., Руснак І. Т., Іванчук П. Р., Савчук О. В., Гречко С. І.

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Оскільки одним з апробованих і важливих діагностичних методів серцевих подій є електрокардіограма (ЕКГ), то вдосконалення можливостей і підвищення її діагностичної значущості є важливим та актуальним питанням. Запропоновані методи (диференційована ЕКГ, інтегральна ЕКГ, додатково підсилена ЕКГ) суттєво моделюють дозвільну здатність цього методу. Проведені дослідження впродовж останніх років показали, що в ЕКГ закладена додаткова інформація про швидкість процесу реполяризації міокарда. Вивчення швидкісних показників зубця Т у значному ступені сприяють оцінці природи змін кінцевої частини шлуночкового комплексу.

Метою дослідження було продемонструвати інформативність методу диференційованої ЕКГ і подати свідчення про нові можливості методу, які відкриваються при трактовці деяких ЕКГ-синдромів у теоретичному плані і для вирішення завдань практичної діагностики.

Швидкісні показники зубця Т можуть визначатися за допомогою диференціатора, спеціально розробленого за принциповою схемою, який зібраний з використанням інтегральних мікросхем, дозволяє підсилювати звичайну ЕКГ до 10 разів й одночасно отримувати похідну кожного відведення або спеціальних комп'ютерних програм з оцифруванням та диференціацією зубців Т на ЕКГ.

У власній роботі проведений математичний аналіз першої похідної ЕКГ з визначенням відношення максимальної швидкості (ВМШ) змін різниці потенціалів на другому коліні зубця Т до максимальної швидкості на його першому коліні у 29 хворих, що склалися з третини пацієнтів з нейроциркуляторною дистонією, третини – з великовогнищевим інфарктом задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) і третини – з гіпертонічною хворобою II ст.

Визначено, що показник ВМШ дорівнював в 1-й групі $1,31 \pm 0,04$; в 2-й – $0,80 \pm 0,02$ ($p < 0,001$ для відведень задньої стінки ЛШ) і $1,42 \pm 0,06$ ($p > 0,1$ для відведень передньої стінки ЛШ); в 3-й – $1,71 \pm 0,13$ ($p < 0,01$).

Висновки: метод кількісної оцінки ЕКГ з впровадженням диференціації зубця Т ЕКГ в умовах аналізу її першої похідної є високоінформативним неінвазивним тестом. Використання кількісної оцінки ЕКГ з впровадженням диференціації зубця Т ЕКГ в умовах аналізу її першої похідної має широкий спектр об'єктивізації діагностики від функціональних порушень з формуванням негативних зубців Т і гіпертрофії лівого шлуночка до неQ-інфаркту міокарда і гіпертонічної хвороби.

СТАН СЕРЦЯ У ГЕЛІКОБАКТЕР-ПОЗИТИВНИХ ТА НЕГАТИВНИХ ОСІБ

Стрільчук Л. М.

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Україна*

Вступ. Багато наукових досліджень концентрується на вирішенні питання, чи є гелікобактер пілорі (НР) фактором ураження серця, однак результати є протилежними. **З метою** виявлення зв'язку інфікованості НР з ехокардіографічними параметрами серця проведено аналіз медичної документації 110 осіб з ураженнями гастро-дуоденальної зони, в яких крім стандартного обстеження оцінювали стан серця за даними доплерехокардіографії (апарат Toshiba Nemio XG SSA-580A). Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакета програм Statistica 6,0.

Результати. Пацієнти були поділені на дві групи: НР-позитивні (42 хворих), НР-негативні (68 осіб). Вік пацієнтів у групах був співставним: 41,5[32,0;57,0] років та 50,5[31,5;58,0] років ($p>0,05$) і за рівнем артеріального тиску та індексом маси тіла групи були тотожними. Однак виявлена істотна різниця за 5 ознаками: кінцевосистолічним і діастолічним об'ємами та відносними товщинами стінок лівого шлуночка (ЛШ) (задньої стінки, міжшлуночкової перегородки, середньою відносною товщиною стінок). НР-позитивні пацієнти характеризувались істотно більшими кінцево-систолічним та діастолічним об'ємами при меншій товщині стінок, що вказує на розвиток дилатації ЛШ, що може свідчити про вплив НР на ремоделювання ЛШ. Механізм такого впливу не встановлений. Виділяють 4 основні механізми участі НР у патогенезі серцево-судинних хвороб: індукція хронічного запалення, опосередкована цитотоксин-асоційованим геном А (CagA), атрофія слизової оболонки шлунка (мальабсорбція фолатів та вітаміну B₁₂, що призводить до гіпергомоцистеїнемії – незалежного фактору ризику кардіоваскулярних подій), молекулярна мімікрія (структурна гомологічність протеїнів бактерій, людського тропоміозину та серцевих АТФаз пошкоджує кардіоміоцити під час антигелікобактерної імунної відповіді), а також проатерогенні дисліпідемії. На нашу думку, у виявленій нами зміні геометрії серця за умов інфікування НР значення можуть мати індукція хронічного запалення, гіпергомоцистеїнемія та молекулярна мімікрія. Оскільки за рівнем загального холестерину та його фракцій обидві наші групи не відрізнялись, ймовірно, у цих хворих ще не задіяні проатерогенні дисліпідемії, тоді як їх поява може привести до клінічної маніфестації ураження серця.

Висновки. У НР-позитивних пацієнтів виявлені істотно більші розміри кінцевосистолічного та кінцеводіастолічного об'ємів та тонші відносні товщини стінок ЛШ при відсутності різниці в артеріальному тиску, індексі маси тіла та показниках ліпідного спектру.

**КАРДІОВАСКУЛЯРНА КАЛЬЦИФІКАЦІЯ У ХВОРИХ
ІЗ НЕДІАЛІЗНОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК:
ЕФЕКТИВНІСТЬ НОВИХ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕСТІВ**

Сусла О. Б., Швед М. І.,* Гоженко А. І., Михайлів Л. М.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

**ДУ «Український НДІ медицини транспорту МОЗ України», м. Одеса*

Мета роботи: оцінити інформативність і роздільну здатність показників пошкодження/дисфункції ендотелію для діагностики кальцифікації клапанів серця (ККС) і сонних артерій (КСА) у хворих із недіалізною хронічною хворобою нирок (ХХН).

У дослідження було включено 167 хворих на ХХН II-V стадій, які не перебували на діалізі (чоловіки, 78; вік, $(48,7 \pm 1,0)$ років; eGFR-MDRD, $(51,0 \pm 2,2)$ мл/хв. на $1,73 \text{ м}^2$). Усі пацієнти підлягали ультразвуковому дослідженню для виявлення ККС і КСА, застосовуючи стандартизовані підходи. Ендотеліозалежну вазодилатацію (ЕЗВД) плечової артерії (ПА) визначали за результатами тесту Целермайера-Соренсона, плазмовий вміст циркулюючих ендотеліальних клітин (ЦЕК) – згідно з методикою (Hladovec J., 1978) в нашій модифікації. Аналіз точності діагностичного методу проводили за допомогою ROC-аналізу: побудови характеристичної кривої, виходячи із значень чутливості і специфічності.

ККС і КСА діагностовано у 28,7% і 29,3% недіалізних хворих. Ефективність ROC-тесту з пороговими значеннями рівня десквамованих ендотеліоцитів і потікзалежної дилатації ПА для діагностики ККС і КСА у хворих на ХХН II-V стадій представлено в таблиці:

Результати ROC-аналізу для дискримінації хворих із недіалізною ХХН за наявністю/відсутністю ККС і КСА

Показник	AUC	95 % ДІ	m	Порогове значення	Чутливість	Специфічність
ККС						
ЦЕК, $\times 10^4/\text{л}$	0,720	0,637- 0,803	0,042	8,5	0,875	0,563
ЕЗВД, %	0,654	0,563- 0,745	0,046	8,22	0,750	0,521
КСА						
ЦЕК, $\times 10^4/\text{л}$	0,732	0,652- 0,812	0,041	8,5	0,898	0,551
ЕЗВД, %	0,753	0,674- 0,831	0,040	8,42	0,898	0,551
Примітка. AUC (площа під ROC-кривою) значуще відрізняється від 0,5.						

Результати проведеного дослідження свідчать про достатньо високу інформативність запропонованих тестів для діагностики кардіоваскулярної кальцифікації при недіалізній ХХН, демонструють добру якість для дискримінації пацієнтів за наявністю/відсутністю ККС і КСА.

**ОЦІНКА КАРДИОГЕМОДИНАМІЧНИХ, МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН
ТА РІВНІВ АПЕЛІНУ-12 І ОБЕСТАТИНУ НА ТЛІ
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Табаченко О. С., Хасані Амонзода

Харківський національний медичний університет, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) зустрічається у хворих на цукровий діабет приблизно в 2 рази частіше, ніж у загальній популяції. Частота артеріальної гіпертензії серед хворих на цукровий діабет (ЦД) коливається від 20% до 60% в залежності від використаних критеріїв підвищеного артеріального тиску і типу ЦД. АГ має суттєвий вплив на долю хворих на ЦД 2 типу, значно підвищуючи ризик розвитку серцево-судинних і ниркових ускладнень. Препарати, які пригнічують біологічну активність ангіотензину II викликають потужні зниження АТ, володіють високими захисними властивостями щодо органів-мішеней та можуть надавати позитивні метаболічні ефекти, такі як затримку розвитку ЦД 2 типу.

Метою дослідження було оцінити зміни структурно-функціональних параметрів міокарда, метаболічних показників, апеліну-12 та обестатину на тлі антигіпертензивної терапії у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. У дослідженні було обстежено 105 хворих на артеріальну гіпертензію. До основної групи увійшли 75 пацієнтів з поєднанням АГ та цукрового діабету 2 типу (середній вік – $(60,03 \pm 1,17)$ років). Хворі з АГ та ЦД 2 типу були розподілені на дві групи хворих: перша група ($n=32$) отримувала квінаприл у дозі 5 мг на добу, друга група ($n=35$) отримувала азилсартану медоксоміл у дозі 40 мг на добу протягом двох тижнів. В якості гіполіпідемічної терапії хворі обох груп отримували розувастатин та метформін як гіпоглікемічний препарат.

Результати та їх обговорення: Комбінація азилсартану медоксомілу, метформіну та розувастатину виявила більш виразний терапевтичний ефект щодо нормалізації артеріального тиску як за рахунок систолічного, так і діастолічного незалежно від часу доби, а також відносно зменшення ступеня ремоделювання міокарда за рахунок зниження гіпертрофії лівого шлуночка та зменшення порожнини лівого шлуночка при порівнянні з схемою квінаприл у комбінації з метформіном та розувастатином під час лікування хворих з артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Висновки. Отримані достовірні дані щодо позитивної терапевтичної спрямованості обох схем терапії у відношенні компенсації порушень вуглеводного обміну, а також нормалізації атерогенних змін ліпідограми. Залучення до терапії артеріальної гіпертензії азилсартану медоксомілу та квінаприлу асоціюється із зниженням кардіоваскулярних подій та має позитивний вплив щодо нормалізації цифр артеріального тиску.

НАБУТИЙ ЕРИТРОЦИТОЗ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ ВАДІ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ ІЗ ДЗЕРКАЛЬНИМ РОЗТАШУВАННЯМ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ В КОМБІНАЦІЇ З ПРИЙОМОМ ЛІКІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ГІПЕРУРИКЕМІЇ – ЯК РІДКІСНА ПРИЧИНА ВТОРИННОЇ ТОФУСНОЇ ПОДАГРИ

Тарасенко О. М., Стахова А. П.

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

Мета: демонстрація клінічного випадку вторинної тофусної подагри на фоні набутого еритроцитозу при вродженій ваді серця та прийому ліків, що сприяють гіперурикемії.

Об'єкт і методи: проаналізоване власне спостереження тофусної подагри вторинного генезу з вивченням клінічних, лабораторних та інструментальних методів.

Результати: чоловік віком 45 років, різке погіршення стану відмітив у вересні 2015 року, коли посилилась задишка, з'явилися виражені набряки нижніх кінцівок, посилились болі в суглобах. В анамнезі: у хворого з народження має місце вроджена вада серця (декстракардія, декстрапозиція магістральних судин) в поєднанні з дзеркальним відображенням внутрішніх органів (Situs viscerum inversus). Після проведеного зондування серця в 1988 році, почав відмічати періодично серцебиття та неритмічну роботу серця. Близько 15 років назад почав відмічати періодичні болі в суглобах, а згодом і появу підшкірних білуватих вузлів, що постійно збільшувались, але до лікарів з даного приводу вперше звернувся 6 років тому, двічі перебував на лікуванні в кардіологічному відділенні, де призначались схеми лікування, що включали тіазидні діуретики, вірошпірон, рибоксин, що сприяли підвищенню рівня сечової кислоти в крові. Дані проведених УЗД серця та УЗД черевної порожнини підтверджують наявність вищевказаних вад, рівень сечової кислоти в крові складає 447 ммоль/л, рівень гемоглобіну – 166 г/л, на рентгенограмі кистей та стоп – множинні остеолітичні деструкції пястнофалангових, проксимальних міжфалангових суглобів, плюснефалангових суглобів, що призвело до значного обмеження рухів.

Висновки: у хворого має місце вторинна подагра, тофусна форма, яка обумовлена вторинним (набутим) еритроцитозом на фоні вродженої вади серця та періодичним вживанням препаратів, що сприяють гіперурикемії: рибоксин, тіазидні діуретики. У пацієнтів з вадами серця та набутим еритроцитозом необхідно контролювати рівень сечової кислоти в крові для вчасної її корекції при розвитку гіперурикемії. Своєчасне звернення такого хворого до ревматолога та призначення урикозуричної терапії могло б попередити виражену деструкцію суглобів, наявність множинних тофусів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА. НЕЙРОМЕДІАТОРИ ТА ВАЗОАКТИВНІ ЧИННИКИ В ПАТОГЕНЕЗІ ЙОГО РОЗВИТКУ

Ташук В. К., Полянська О. С., *Маковійчук І. О.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет» МОЗ України,

м. Чернівці,

**КМУ «Чернівецький обласний клінічний кардіологічний диспансер»,*

м. Чернівці

Одним з напрямків профілактичного впливу зазначено пошук нових аспектів патофізіології підйому сегмента ST за інфаркту міокарда (ІМ) – а отже нових механізмів його розвитку та лікування (Т.Ф.Lüscher, 2016; F.Montecusso et al., 2016).

Метою дослідження патогенетичних змін, ролі нейромедіаторів та вазоактивних чинників за синдрому з елевацією сегмента ST слугувало дослідження 78 хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (Q-ІМ) з елевацією сегмента ST з дослідженням імуноферментним шляхом вмісту рівнів альдостерону, ангіотензинперетворювального ферменту, передсердного натрійуретичного пептиду, фактору Віллебранда та вазопресину в умовах оцінки вихідного рівня та за лікування антикоагулянтами, дезагрегантами, нітратами пролонгованої дії, β-адреноблокаторами, інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту, статинами і антагоністами альдостерону.

У цілому по групі виявлено збільшення вивчаємих показників в зіставленні з нормативними показниками для здорових, що склало для альдостерону 240,58 пмоль/л (в 1,6 рази більше норми, $p < 0,001$), ангіотензинперетворюючого ферменту – 70,9 мкмоль/хв./л (в 1,4 рази більше норми, $p < 0,01$), передсердного натрійуретичного пептиду – 57,9 пг/мл (в 2 рази більше норми, $p < 0,001$), фактору Віллебранда – 1,17 мг/л (в 2 рази більше норми, $p < 0,001$), вазопресину – 2,12 пг/мл (недостовірно, $p > 0,5$). Аналізуючи збільшення альдостерону за Q-ІМ слід вважати, що його гіперпродукція є відображенням надмірної активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, патогенна дія ангіотензинперетворюючого ферменту при Q-ІМ свідчить про активацію перетворення ангіотензину I в ангіотензин II і підсилення скорочення гладеньком'язових клітин (компенсація патогенезу розвитку СН, як і збільшений передсердного натрійуретичного пептиду – фізіологічний антагоніст активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи), в той же час зростання фактору Віллебранда може свідчити про надмірну активацію коагуляційного потенціалу через виражену ендотеліальну дисфункцію, що за врівноважених впливів на процеси ремоделювання за призначеного лікування оптимізує його негативне спрямування в бік профілактики СН за відсутності достовірної розбіжності для вазопресину. А отже процес інфаркціювання є динамічним, нелінійним і непередбачуваним, спроби перспективної оцінки конкретних морфологічних ознак прогнозування розриву бляшки є важливим з огляду на ефективну стратегію стабілізації, а використання запропонованої патогенетичної моделі є доцільним.

СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Тихонова Л. В., Єскін О. Р., Григорова І. А., Тесленко О. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Проблема церебрального ішемічного інсульту є однією з центральних в клінічній неврології. Поглиблення уяви про формування ішемічного ураження дає нові погляди на стратегії патогенетичного лікування ішемічного інсульту.

Мета: вивчити стан оксидантної та антиоксидантної системи у хворих у гострому періоді ішемічного інсульту.

Матеріали і методи. Обстежено 67 хворих на 1 та 7 добу захворювання (45 чоловіків, 22 жінки, у віці 33-85 років). У сироватці крові хворих визначався рівень дієнових кон'югатів, малонового діальдегіду (с використанням стандартних методик), SH-груп, глутатіону (за методом амперометричного титрування), активність каталази та пероксидази (за методом Баха та Зубкової). Враховуючи стан хворих, вони були розподілені на 4 клінічні групи: 1 група – хворі у задовільному стані (10 чоловік), 2 група – хворі у стані середньої важкості (31 чоловік), 3 група – хворі у тяжкому стані (17 чоловік), 4 група – хворі у край тяжкому стані (померлі) – 9 чоловік.

Результати: нами було отримано стійке порушення компенсаторних механізмів оксидантно-антиоксидантної системи та дисбаланс окислювального гомеостазу. Рівень ДК був підвищеним у хворих 2-4 груп (на 13,5%, 25,%, відповідно, вище контролю на 1 та 7 добу), концентрація SH-груп була низькою у хворих усіх груп (на 8,2%, 9%), в усі періоди спостереження відмічалось підвищення вмісту глутатіону (на 89%, 70,8%), активність каталази в усіх групах хворих не різнилось із контрольною групою, а активність пероксидази була декілька збільшена.

Висновки: у гострому періоді ішемічного інсульту нами була виявлена стимуляція вільнорадикального окислювання ліпідів та накопичення продуктів перекісного окислення ліпідів у організмі, яке веде до пригнічення антиоксидантної системи та розвитку цитотоксичного ефекту з порушенням клітинних мембран.

ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ЖИР И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко О. В., Строна В. И., Смолкин И. М., Корнейчук И. А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т.Малой НАМН Украины» г. Харьков

Цель работы изучить взаимосвязь антропометрических показателей с показателями процентного содержания жира 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 кг/м²) 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 (15 больных (50%) ИБС без СД и 15 больных с СД). Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст – $(57,62 \pm 6,73)$ лет). 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.). 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 ($98,15 \pm 10,92$ см), ОБ ($102,35 \pm 7,22$, см), ОТ/ОБ ($0,95 \pm 0,06$), ОТ/рост ($0,56 \pm 0,05$). В группе с СД показатели ОТ ($107,15 \pm 12,18$ см), ОБ ($105,35 \pm 8,37$, 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 ($29,15 \pm 8,61$ % vs $29,89 \pm 8,87$ %, нд), ВЖ ($13,78 \pm 4,87$ % vs $17,65 \pm 5,70$ %, $p=0,0056$) и ММТ ($31,53 \pm 4,92$ vs $29,89 \pm 8,87$ %, нд). При анализе корреляционных связей была отмечена равнозначная корреляционная связь ОТ и ИМТ в обеих группах. Так ОТ коррелировал с: ВЖ ($r=0,43$ vs $0,43$), ЖМТ ($r=0,54$ vs $0,56$). ИМТ коррелировал с ЖМТ ($r=0,58$ vs $0,54$) ($p<0,05$). Показатель ОТ/рост в обеих группах коррелировал с ВЖ ($r=0,62$ vs $0,58$).

Выводы. При отсутствии достоверных различий между группами в антропометрических показателях, в группе с СД показатель ВЖ достоверно выше. В обеих группах антропометрические показатели ОТ и ОТ/рост коррелируют с ВЖ, однако коэффициент корреляции у ОТ/рост ВЖ выше, следовательно ОТ/рост может оцениваться как показатель висцерального ожирения.

СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА: РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Толстова Т. Н.

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

Цель: оценить качество лечения больного с синдромом Стивенса-Джонсона.

Больной С., 21 года потупил в стационар с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей, слизистой полости рта, конъюнктивы, слезотечение, боль в горле, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость. Из анамнеза известно, что высыпания на коже туловища и конечностей появились в период приема больным на протяжении недели антибиотиков (цефалоспорины и фторхинолоны). Ранее аллергические реакции на медикаменты не отмечались. Объективно: гиперемия конъюнктивы, инъекция сосудов глаз. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, тотальная эритема, множественные болезненные эрозии, покрытые фибринозным налетом, пузыри. При вскрытии пузырей образовывались сплошные кровоточащие болезненные очаги. На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей высыпания округлой формы, диаметром 3 мм, сопровождающиеся жжением и зудом, местами некрозы, покрытые корочкой. Имело место поражение глаз – блефароконъюнктивит. В клиническом анализе крови: лейкоцитоз, повышение СОЭ – 45 мм/ч. Иммуноглобулин Е – 256 МЕ/мл, ЦИК – 90,6 ед., комплемент крови – 50 г/л. В биохимическом анализе крови клинически значимых изменений выявлено не было. Фиброгастроуденоскопия выявила эритематозную гастропатию. При подборе лекарственных препаратов (цефалоспорины и фторхинолоны) тест был положительным.

Лечение метилпреднизолоном по схеме, реосорбилактом 200,0 в/в кап., цефепимм по 1 г 2 раза в день, флуконазолом 50 мг, омепразолом по 20 мг 2 раза в день, медролом 32 мг/сутки перорально проводилось в течение 2-х недель. На протяжении всего времени осуществлялось комплексное лечение уха, горла, носа и обработка высыпаний водным раствором пиоктанина. На 15-е сутки наступила полная регрессия высыпаний на коже конечностей, слизистой полости рта, губах с эпителизацией глубоких язв, купированы проявления блефароконъюнктивита.

Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: прием со снижением дозы метилпреднизолона – по 4 мг в сутки в течение 3-х дней, цетрина по 1 таб. в сутки (10 дней), энтерожермины по 1 флакону в сутки (2 недели), полное исключение применения анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. Через полгода состояние больного оставалось удовлетворительным, жалоб не было.

Рассмотренный клинический случай показывает, что своевременная диагностика и проведенное в полном объеме лечение способствовали выздоровлению больного.

«НЕМАЯ» НЕФРОПАТИЯ – ЭТАП ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Топчий И. И.

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

Диабетическая нефропатия (ДН) является ведущей причиной терминальной стадии почечной недостаточности в развитых странах. В соответствии с классификацией она характеризуется увеличением альбуминурии, прогрессивным уменьшением скорости клубочковой фильтрации и увеличением артериального давления. Именно увеличенная альбуминурия считается одним из основных признаков диабетической нефропатии. Однако, за последние годы морфометрические исследования и исследование аутопсийного материала продемонстрировали, что к тому времени, когда определяется увеличение альбуминурии, почки у некоторых диабетических пациентов уже перенесли гломерулярное и тубулоинтерстициальное повреждение.

На основании результатов обследования 412 пациентов отдела нефрологии Института терапии установлено, что у 18% пациентов ДН со скоростью клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин по данным анамнеза отсутствовала потеря белка с мочой. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что гломерулярные и тубулоинтерстициальные процессы сморщивания обусловлены в основном взаимодействием между проникающими воспалительными и резидентными почечными клетками, приводящим к замене паренхимы внеклеточным коллагеновым матриксом. Кроме того установлены новые аспекты реакции почек на повреждение – наряду с влиянием ренин-ангиотензин-альдостероновой системы показана способность гломерулярных и канальцевых клеток к фенотипическим изменениям под влиянием оксида азота в течение процесса ремоделирования. В ответ на повреждение гломерулярные и канальцевые эпителиоциты регрессируют до примитивно-зародышевого мезенхимального фенотипа путем эпителиально-мезенхимальной трансформации и этот обратный эмбриогенез – ключевой шаг в заживлении и/или сморщивании почек. При анализе биопсийного и аутопсийного материал было установлено, что при утолщении базальной гломерулярной мембраны и развитии мезангиального склероза на этапе «немой» нефропатии альбуминурия еще может сохраняться на нормальном уровне.

Ключевым фактором развития морфологических нарушений на этапе «немой» нефропатии остается недостаточно контролируемая гипергликемия, при этом необходимо принимать во внимание, что определение белка в моче является недостаточно чувствительным маркером развития диабетической нефропатии. Молекулярные механизмы, которые переводят механическое воздействие при гиперфильтрации в повреждение тканей почек еще требуют уточнения.

АЛІМЕНТАРНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ ТА ЙОГО МІКРОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Торяник І. І.

*Харківський національний медичний університет МОЗ України,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»*

Токсоплазмоз як протозойне антропоозоозне захворювання, що викликане облигатним внутрішньоклітинним паразитом *Toxoplasma gondii*, має два провідних шляхи зараження: трансплацентарний та аліментарний. Клініко-морфологічні особливості, лабораторна діагностика, патогенез першого доволі детально вивчено. Що ж стосується аліментарного шляху, то специфіка його розвитку, перебігу, структурно-функціональної характеристики потребує подальшого дослідження. Певні складнощі викликає відсутність аби якої можливості об'єктивізувати дані серологічної діагностики надбаного токсоплазмозу, визначити дійсну частоту розповсюдження цього небезпечного захворювання серед населення. Клінічний перебіг токсоплазмозу нерідко відбувається без суттєвих проявів, латентно, в окремих випадках завершується летально. Ушкодження носять генералізований системний характер (нервова, дихальна, сечовивідна, травна систем), на секції без попередньо проведеного серологічного дослідження вкрай важко діагностуються. Отже, актуальність дослідження цієї хвороби у сучасній клініці внутрішніх хвороб не викликає сумнівів.

Матеріалом дослідження послуговували шматочки органів померлих від мікст-інфекцій дітей та підлітків обоє статі віком від 3 до 14 років. Мікроморфологічне (гістологічне) дослідження проводили у відповідності до стандартного алгоритму (матеріал фіксували, зневоднювали, заливали у блоки, виготовляли зрізи, забарвлювали). Аналіз відбувався у світлооптичній системі мікроскопу ЛОМО (x 200; x 400; x 600; x 1250). Особливої уваги приділяли органам шлунково-кишкового тракту.

У результаті структурного аналізу було встановлено морфологічні ознаки помірно вираженого ентериту, гепатиту та регіонарного лімфаденіту. Останній був найбільш позначеним. Вузли розташовувались поверхнево, щільно зростались з поруч зосередженими тканинами, виявились збільшеними у розмірах за рахунок гіперплазії, в них реєстрували вогнищеві розростання характерного клітинного пулу з домішками гігантських багатоядерних клітин. Диференціація коркової та мозкової речовин в окремих локусах зазнала змін. У тканинах печінки реєстрували чисельні холестази, некроз, міліарні гранульоми, характерні ознаки запальних реакцій (проліферативні процеси, інфільтрація). У декількох випадках спостерігали білкову дистрофію. Слизова оболонка тонкої та товстої кишок набрякла, гіперемічна, з ознаками десквамації ентероцитів. Судини кишок дилатовані, з ознаками стазів. В окремих препаратах визначали наявність локальних крововиливів у параваскулярний простір та підслизовий шар.

КЛІНІЧНА СМЕРТЬ ЯК КІНЦЕВА СТАДІЯ ЖИТТЯ

Торяник І. І.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківська медична академія післядипломної освіти,
Харківський національний медичний університет*

Ефективне відновлення згасаючих функцій життєздатного організму (у разі смерті випадкової чи недостатності заподіяних реанімаційних заходів) на сьогодні переважно базується на всебічному дослідженні та застосуванні знань про термінальний стан. Клініко-фізіологічна та навіть філософська концепції останнього позначена перетином інтересів цілої низки медичних та біологічних дисциплін, що довели доцільність визначення трьох кінцевих стадій життя (преагонія, агонія та клінічна смерть). З точки зору цінності людського життя та об'єктивного розкриття можливостей реанімаційних заходів найважливішою є стадія клінічної смерті.

Клінічна смерть починається відразу за стадією агонії. У цей період є відсутніми зовнішні ознаки життя – діяльність серцево-судинної системи, дихання. Електрокардіографічно (ЕКГ) протягом певного проміжку часу (до 30-60 хв.) можлива реєстрація біопотенціалів серця у вигляді дво- чи монофазних комплексів. Іноді координована діяльність шлуночків порушується з подальшим розвитком фібриляції серця. У таких випадках за рахунок зростаючої гіпоксії відбувається загаснення фібрилярних осциляцій, які надходять на зміну шлуночковим комплексам ЕКГ. У разі невідтермінованих розтинів на секціях спостерігають скорочення серцевого м'язу. Останнє має багатовікову історію з детальними описами середньовічних анатомів. У разі клінічної смерті на тлі пригнічення функцій центральної нервової системи у тканинах реєструють збереження обмінних процесів, перебіг яких відбувається на вкрай низькому рівні. Спочатку відмічається посилення гліколізу (накопичення молочної кислоти, тощо), згодом його інтенсивність падає. За таких умов енергетичні ресурси головного мозку вичерпуються протягом 5-6 хв., зупинка кровообігу відтерміновує смерть до 8-10 хв. Зазначені зміни знаменують незворотні процеси у органах і тканинах (першочергово центральній нервовій системі) у зв'язку із чим повноцінне відновлення життєвих функцій неможливе. Клінічну смерть змінює біологічна. Тривалість клінічної смерті невелика. Розширення меж останньої можливе за рахунок охолодження організму. Унеможливленню летального виходу сприяють нормалізація обміну речовин, стимуляція діяльності провідних систем органів та боротьба з гіпоксією.

РЕСПІРАТОРНИЙ ХЛАМІДІОЗ. ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Торяник І. І.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
Харківський національний медичний університет

Респіраторний хламідіоз – інфекційне захворювання, яке, за сучасними спостереженнями фахівців, може бути викликане мікроорганізмами двох видів *Cl. trachomatis* et *Cl. psittaci*. Зазначені мікроорганізми мають доволі щільну клітинну оболонку, грамнегативні, добре забарвлюються за допомогою ШИК-реакції. Важливою специфічною рисою хламідій є властивість розмножуватись у клітинах епітеліального походження (плаский, кубічний, циліндричний, секретуючий епітелій). Існують повідомлення щодо їхнього паразитування у макрофагах. Однак останні за рахунок виразної спроможності до фагоцитозу сприяють прискореному руйнуванню хламідійної клітини та унеможлиблює віддалену детекцію останніх. Респіраторний хламідіоз становить 10-20% від загального числа хворих на пневмонії. Зараження відбувається повітряно-капельним шляхом не лише від хворих тварин (переважно, - птахів - звідси інша назва респіраторного хламідіозу: пситакоз), але й від інфікованих людей. За даними зарубіжних колег хвороба має перебіг ідентичний до інтерстиціальної кашлюкоподібної пневмонії (особливо у дітей та підлітків). Морфологічна картина сучасного хламідіозу вивчена поверхнево. Отже, з'ясування клініко-морфологічної характеристики зазначеного захворювання на сьогодні видається актуальним. Матеріалом дослідження стали фрагменти легень дітей у віці від 0 до 14 років, що померли у наслідок гострих вірусно-бактеріальних пневмоній. Шматочки органів досліджували за стандартною схемою (фіксували у 12% формаліні на фосфатному буфері (рН=7,0-7,2), піддавали пост фіксації, зневоднювали у батареї спиртів підвищеної концентрації, заливали у парафін. З отриманих блоків виготовляли гістологічні зрізи, забарвлювал гематоксиліном та еозином, по Ван-Гізону). Аналіз отриманих препаратів проводили із застосування оптичної системи мікроскопу ЛОМО (С.-Петербург, Росія). Робоче збільшення: x 200; x 300; x 600. У результаті дослідження було встановлено, що у легенях виникали характерні вогнища, що відмежовувались від нормальної тканини органів, у окремих випадках реєстрували факти лобулярного ураження. За умов мікроскопічного аналізу спостерігався серозний та фібринозний ексудати з домішками моноцитів, макрофагів та десквामованих альвеолоцитів. У альвеолоцитах легень, лімфоцитах паратрахеальних та пара бронхіальних лімфатичних вузлів визначались скупчення елементарних частин. Вогнища запальних реакцій мали лімфогістіоцитарний характер. Судини піддавались характерним для зазначеної патології ушкодженням (стаз, тромбоз).

**МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ
РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З ПІДВИЩЕНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА**

**Фадєєнко Г. Д., Гальчінська В. Ю., Кушнір І. Е., Чернова В. М.,
*Панченко Г. Ю., *Фролова-Романюк Е. Ю.**

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

Метою роботи було визначення гістологічних і морфометричних змін слизової оболонки (СО) у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) з підвищеним індексом маси тіла (ІМТ).

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 57 хворих на ГЕРХ з нормальним ІМТ (18,5-24,9 кг/м²) – 1 група (n=24) та підвищеним ІМТ (більше 25 кг/м²) – 2 група (n=33). Для морфологічного дослідження використовували біопсійний матеріал, який отримували під час відеоезофагогастроуденоскопії (ВЕГДС) із СО дистального відділу стравоходу на 3 см вище умовної циркулярної лінії, що сполучає проксимальні кінці складок шлунку. Для гістологічного аналізу застосовували забарвлення гематоксиліном і еозином та пікрофуксином за Ван-Гізон. Подальше дослідження проводили на препаратах СО з ознаками рефлюкс-езофагіту та порівнювали їх з препаратами незміненої СО стравоходу (контрольна група).

Результати. При гістологічному дослідженні СО стравоходу виявлено порушення в обох групах. Частіше відзначались реактивні зміни багатошарового епітелію СО стравоходу, які найчастіше проявлялись паракератозом, проліферацією базальних клітин та акантозом. У набряклому підепітеліальному просторі спостерігалась різного ступеню лімфо-гістіоцитарна і лейкоцитарна інфільтрація з переходом запального інфільтрату на покривний багатошаровий плоский епітелій. У випадках ерозивного езофагіту – лейкоцитарна інфільтрація СО стравоходу досягала максимуму, аж до формування мікроабсцесів. При морфометричному дослідженні виявлено суттєве збільшення товщини базального шару епітелію та висоти сосочків (p<0,05). У контрольній групі цей показник був (27,8±0,9) мкм на відміну від пацієнтів 1 та 2 груп, де він становив (54,2±2,8) мкм та (57,6±3,8) мкм, відповідно. Загальна товщина епітелію у контрольній групі склала (267,4±7,6) мкм, на відміну від хворих 1 та 2 груп, де цей показник становив (331,3±12,5) мкм та (308,9±11,9) мкм, відповідно. Найбільші показники висоти сполучнотканинних сосочків були саме у пацієнтів 2 групи, яку склали хворі на ГЕРХ з підвищеним ІМТ, та досягли (129,8±8,3) мкм (38,1%), в той час як у пацієнтів контрольної групи (77,4±2,1) мкм (28,9%), а у хворих на ГЕРХ з нормальною масою тіла – (124,3±7,8) мкм (37,5%)

Висновки. Збільшення товщини базального шару може відображати саме підвищення проліферації його клітин. Довжина сполучнотканинних сосочків сягала до 75 % епітеліального пласта, а її зростання, скоріш за все, обумовлюється виділенням при запаленні медіаторів, що стимулюють проліферацію фіброblastів, ендотелію та гладеньком'язових клітин.

**БІОІМПЕДАНСНИЙ АНАЛІЗ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ
У ДІАГНОСТИЦІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ
НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.

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

Мета: вивчити особливості харчового статусу (ХС) та метаболічних показників у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) та гіпертонічну хворобу (ГХ) в залежності від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали та методи. Обстежено 80 пацієнтів (32 чоловіки та 48 жінок) з НАЖБП, ГХ та ІМТ ≥ 25 кг/м², які склали основну групу. Вік пацієнтів у середньому склав (53,42 \pm 3,46) років. Контрольну групу склали 35 практично здорових осіб реципрокних за віком та статтю щодо основної групи з ІМТ=18,5-25 кг/м². У всіх пацієнтів визначали особливості харчової поведінки (ХП) за допомогою опитувальника DEBQ, фактичного харчування (ФХ) за допомогою розробленого для цілей цього дослідження опитувальника, антропометричні показники, проводилася біоімпедансометрія (ВІА) на апараті OMRON BF-511 та оцінка ХС згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Результати. При розрахунку швидкості основного обміну (ШОБ) досліджуваних пацієнтів за допомогою формул, рекомендованих ВООЗ отримані наступні дані: ШОБ в основній групі склала 1670 (1450;1800) ккал, в групі контролю – 2200 (1880;2860) ккал. За даними ВІА ШОБ у пацієнтів основної групи (n=80) – 1460 (1300;1720) ккал, що нижче ніж при розрахунку ШОБ за формулами ВООЗ. Вміст вісцеральної жирової тканини (ВЖТ) у хворих основної групи становив 16,0 (12,3;22,0)%. Середній калораж фактичного харчування (ФХ) згідно з даними опитувальника по вивченню ХС основної групи перевищував 3000 ккал (для екстернального типу ХП – 3400 (2958;3850) ккал, для еоциогенного типу ХП – 3200 (2800;3950) ккал, для обмежувального – 3100 (2600;3730) ккал). У пацієнтів групи контролю без порушень ХП калораж ФХ відповідав добовим витратам енергії (1880 (1780;3220) ккал і 1890 (1700;3020) ккал, відповідно) за формулами ВООЗ, аналогічні показники отримані і при проведенні ВІА (1860 (1800;3100) ккал і 1900 (1860;2890) ккал, відповідно), показники ВЖТ становили 7,6 (6,4;8,2)%, тоді як у пацієнтів з ІМТ=18,5-25 кг/м² та екстернальним типом ХП було виявлено підвищення вмісту ВЖТ – 10,2 (9,8;10,9)% та деяке зниження ШОБ: за даними ВІА 1740 (1680;1800) ккал.

Висновки: результати нашого дослідження показали, що використання ВІА є більш інформативним і достовірним для дослідження ХС пацієнтів з НАЖХП, ГХ та ожирінням або надлишковою вагою (ІМТ ≥ 25 кг/м²), тоді як для пацієнтів з ІМТ ≤ 25 кг/м² при відсутності можливості проведення ВІА ШОБ можна розраховувати згідно з рекомендаціями ВООЗ.

ВЛИЯНИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ И ОТКАЗА ОТ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КУРЕНИЯ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У КУРЯЩИХ, ПЕРЕШЕДШИХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА

Фарсалинос К. Е.

Медицинский центр сердечной хирургии им. Онасис, Греция

Курение сигарет является одной из главных причин преждевременной смерти, которую можно предотвратить. Им обусловлено более 50% всех смертей среди курящих, при этом половина из них связана с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Установлено, что 10-летний риск возникновения смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у курящих в два раза выше, в то время как риск развития инфаркта миокарда у молодых курящих в пять раз выше по сравнению с некурящими.

Цель: изучить и сравнить влияние ограничения и отказа от курения на уровень артериального давления (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) у практически здоровых взрослых курящих, перешедших на альтернативный источник никотина.

Материал и методы. В проспективное (длительностью 12 мес.) рандомизированное контролируемое (9 визитов) исследование включены 300 участников, распределенных на три группы. В группе I (n=100) использовали электронные сигареты (ЭС), содержащие 2,5% никотина; в группе II (n=100) – ЭС, содержащие 1,8% никотина; в группе III (n=100) – ЭС, не содержащие никотин. При каждом визите определяли уровень монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (контроль использования сигарет). Измеряли АД, ЧСС и массу тела, определяли фенотип курения.

Результаты. Прекращение участниками исследования использования обычных сигарет классифицировали как отказ от курения; уменьшение количества выкуриваемых сигарет на 50% и более классифицировали как ограничение курения. У 66 участников исследования выявили повышенный уровень АД при исходном обследовании. Через 52 нед. у этих лиц регистрировали статистически значимое снижение АД.

Данные свидетельствуют, что использование электронных систем доставки никотина является менее вредной альтернативой традиционному табакокурению.

Выводы. Данные о снижении артериального давления, особенно у лиц с исходно высоким АД, при ограничении или отказе от курения на протяжении определенного временного периода позволяют полагать, что ЭС являются менее вредной альтернативой курению сигарет.

ИЗМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ПРОБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ СИГАРЕТ И ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА

Фарсалинос К. Е.

Медицинский центр сердечной хирургии им. Онасиса, Греция

Курение – один из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому необходимо разработать стратегию уменьшения вреда от курения и создания продуктов, основной целью которых будет снижение количества вредоносных субстанций, попадающих в организм курящих при использовании традиционных сигарет.

Цель: изучить и сравнить в острой пробе влияние выкуривания традиционной сигареты и использования электронных систем доставки никотина (ЭСДН) на некоторые показатели гемодинамики и диастолическую функцию левого желудочка сердца.

Материал и методы. Эхокардиографическое исследование проведено у 36 здоровых курящих лиц в возрасте (36 ± 5) лет до и после выкуривания одной сигареты и 40 лиц, использующих электронные сигареты – ЭС (в возрасте – (35 ± 5) лет), до и после применения ЭС с концентрацией никотина 11 мг/мл в течение 7 мин.

Результаты. Различий в показателях исходного состояния гемодинамики и диастолической функции левого желудочка между группами не отметили. В группе применения ЭСДН после использования ЭС не выявили изменений измеряемых показателей. В группе курящих отметили удлинение IVRT и IVRTc, снижение Em и SRe, а также увеличение после курения показателей ИПМ и ИПMt. В группе применения ЭСДН после использования ЭС показатели Em ($P=0,032$) и SRe ($P=0,022$) были больше, а IVRTc ($P=0,011$), ИПМ ($P=0,001$) и ИПMt ($P=0,019$) – меньше, чем в группе курящих. Описанные различия были статистически значимы даже после анализа с учетом изменений частоты сердечных сокращений и артериального давления.

Выводы. Роль ЭС в снижении вреда табакокурения следует изучить более детально с целью определения возможности длительного благоприятного влияния замены курения использованием ЭС на состояние здоровья курящих. Этот кратковременный более благоприятный эффект электронных сигарет по сравнению с влиянием традиционных сигарет не может быть основанием для заключения об общем благоприятном влиянии на здоровье вследствие уменьшения вреда от курения, в том числе и на сердечно-сосудистую систему.

РЕАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ПОТЕНЦІЙНОЇ ДІЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ

Хомазюк І. М., Настіна О. М., *Хомазюк В. А.

*Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини
Національної академії медичних наук України»*

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

Незважаючи на велику кількість антигіпертензивних препаратів (АГП) із доказово доведеною дією, проблемними залишаються визначення умов, що обмежують прихильність хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) до регулярного лікування і можливостей їх подолання.

Мета. Визначити мотивацію недостатньої прихильності хворих на ГХ до лікування, заходи її подолання та оцінити їх значення.

Об'єкт і методи. Обстежено 379 хворих на ГХ II ст. у віці до 65 років. Діагностику, верифікацію ГХ, контроль в динаміці лікування проводили з використанням сучасних клінічних, лабораторних, інструментальних методів дослідження та статистичного аналізу.

Результати. У більшості хворих на ГХ прихильність до лікування виявилася недостатньою, 52% приймали АГП епізодично, 27% з часом припиняли прийом. Тільки 1/3 хворих досягали цільового артеріального тиску (АТ). Мотивацією такої прихильності до лікування виявилася у 35% побоювання шкоди від тривалого вживання ліків, у 36% – економічні труднощі. У 16% мала місце недостатня прихильність лікарів до сучасних стандартів. Комбіноване застосування АГП, необхідне 50% вже на початку лікування, призначали лише половині хворих. У 14% причиною відмови від лікування була його неефективність внаслідок неадекватного дозування, режиму курсового лікування, переважного застосування генеричних препаратів. Показано, що неодмінною умовою досягнення доброго комплаєнсу було застосування адекватної терапії на основі диференційованого підходу до вибору препаратів з фокусуванням на оригінальних препаратах тривалої дії з доведеним впливом на проміжні і кінцеві точки в поєднанні з наполегливою роз'яснювальною роботою, цілеспрямованою на загрозу високого АТ для стану здоров'я, підвищення прихильності хворих до регулярного лікування, несприйняття курсового лікування. Потенційний резерв оптимізації лікування за таких умов досягав 60%. У 2 рази збільшилась кількість хворих, які досягали цільового АТ. Протягом року відбувалось зменшення маси міокарда на 43,2 г, її індексу – 20 г/м². Час ізоволюметричного розслаблення скорочувався на 13,8 мс. Зростали порогове навантаження на 26,7 Вт, його тривалість – 2,7 хв., загальний об'єм виконаної роботи – 13,8 кДж.

Висновок. Отримані дані демонструють реальні можливості оптимізації лікування хворих на гіпертонічну хворобу, регресування її наслідків в умовах регулярного лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТА АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Хребтій Г. І., Поліщук О. Ю., Гречко С. І., Савчук О. В.

Вищий державний навчальний заклад України

”Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

Метою дослідження було визначення інформативних клініко-інструментальних маркерів, які б дозволяли виділяти групи хворих з високою прогностичною ефективністю до того чи іншого варіанту комбінованої антигіпертензивної терапії.

Для проведення багатофакторного аналізу була задіяна статистична матриця, яка складалась із 84 різних клініко-інструментальних показників, отриманих при обстеженні 97 чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з різною масою тіла. Всі пацієнти отримували комбіновану антигіпертензивну (лізиноприл 10 мг 1 раз/добу, амлодипін, 5 мг 1 раз/добу) та гіполіпідемічну (аторвастатин 10 мг 1 раз/добу) терапію. Обстеження пацієнтів ми проводили до, а також через 6 міс. після початку лікування. Як вихідний параметр аналізу був застосований сумарний показник, який у балах характеризував прогностичну ефективність проведеної комбінованої терапії протягом 6 міс. лікування. Величини динаміки показників протягом 6 міс. лікування, які взяті для розрахунку сумарного показника оцінки прогностичної ефективності, обчислювались як 25 перцентиль у разі негативної і як 75 перцентиль – у разі позитивної динаміки показника. Величина сумарного показника оцінки прогностичної ефективності складалась із суми балів, які визначались при повторному обстеженні через 6 міс. лікування. Теоретично мінімальна сума балів склала 0 і максимальна – 14 балів, середній сумарний бал прогностичної ефективності проведеної терапії для обстеженої когорти – $6,77 \pm 0,23$. Як незалежні предиктори розглядали клініко-інструментальні показники, які були отримані при вихідному обстеженні пацієнтів і які виявляли значущий зв'язок із вихідним параметром аналізу (сумарним показником) ($p < 0,05$). При проведенні розрахунків, встановлено, що для холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) критична величина склала ≤ 1 ммоль/л, індексу маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м², тригліцеридів (ТГ) ≥ 3 ммоль/л, індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ)^{2,7} ≥ 73 г/м^{2,7} і ендотелійзалежної вазодилатації $\leq 8\%$. Максимальна інформативність прогнозування спостерігалася при комбінації чотирьох незалежних предикторів – $\text{ІММЛШ}^{2,7} \geq 73 + \text{ТГ} \geq 3 + \text{ІМТ} \geq 30 + \text{ХС ЛПВЩ} \leq 1$ (RI=0,71). Отже, при поєднанні таких вихідних параметрів, як індекс маси міокарда лівого шлуночка^{2,7} ≥ 73 г/м^{2,7}, тригліцериди ≥ 3 ммоль/л, індекс маси тіла ≥ 30 кг/м², холестерин ліпопротеїдів високої щільності ≤ 1 ммоль/л можна передбачати високий прогностичний ефект лікування (лізиноприл, амлодипін, аторвастатин) у чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Хребтій Г. І., Трут'як В. Я., Білецький В. Я., Назарчук М. С.,
Злонікова К. М.

ВДНЗУ “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

Метою дослідження є визначення в сукупності гемодинамічних особливостей і змін міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з супутньою інсулінорезистентністю (ІР).

Обстежено 122 хворих на ГХ II стадії віком від 45 до 60 років, в середньому – $55 \pm 5,9$ років. Першу групу склали 62 хворих на ГХ II стадії без ІР, другу групу – 60 хворих на ГХ II стадії та ІР. Наявність ІР визначали за формулою *НОМА*. За нормальний рівень приймали індекс *НОМА* не більше 2,7.

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; $p < 0,01$). Ударний об'єм та фракція викиду в групах хворих з ІР та без неї достовірно не відрізнялись, проте хвилинний об'єм кровообігу в групі хворих з супутньою ІР виявився більш високим (I група $5,4 \pm 2,4$ л/хв.; II група $6,26 \pm 5,4$ л/хв.; $p < 0,05$). 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 та 3,7 см, відповідно, $p = 0,05$), значення індексу маси міокарда ЛШ^{2,7} (65,3 та 56,2 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. Збільшення розмірів ЛП у пацієнтів з ІР свідчить про збільшення його гемодинамічного вкладу в загальне наповнення ЛШ з потенціюванням його діастолічної дисфункції. 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 ($p > 0,05$). Ендотеліязалежна вазодилатація (ЕЗВД) в I групі склала $7,5 \pm 0,8\%$; в II групі $4,9 \pm 0,2\%$ ($p < 0,01$). Величина ендотеліязалежної 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.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Хребтій Г. І., Трут'як В. Я., Білецький В. Я., Назарчук М. С.,
Злонікова К. М.

ВДНЗУ “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

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 108 пацієнтів (63 чоловіків і 45 жінок, віком 56–82 років (в середньому – $(68,1 \pm 0,9)$ років)) з гіпертонічною хворобою 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 гіпертонічної хвороби, ускладненої ХСН, з обов'язковим урахуванням наявності у них ІХС і цукрового діабету.

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 інтермітивну терапію фуросемідом (прийом препарату через 1–2 дні або 2–3 дні підряд із наступною перервою на 1–2 дні). У хворих з ХСН ЕЗВД істотно покращувалась під впливом різних схем діуретичної терапії вже після 3 міс спостереження ($p < 0,0001$ у порівнянні з вихідним показником, розрахована за критерієм Вілкоксона). 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.

МОЖЛИВОСТІ 2D-СПЕКЛ-ТРЕКІНГ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЇ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ГОСТРІЙ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВИХ АРТЕРІЙ

Целуйко В. Й., Яковлева Л. М., Сухова С. М., Кіношенко К. Ю.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета дослідження: вивчити діагностичні можливості ультразвукової 2D-спекл-трекінг ехокардіографії (2D-СТ-Ехо-КГ) щодо оцінки функціонального стану правого шлуночку (ПШ) у хворих на гостру тромбоемболію легеневих артерій.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 104 пацієнтів з гострою ТЕЛА, середній вік яких становив $(62,9 \pm 13,5)$ років. Усім хворим проводили трансторакальну ехокардіографію (Ехо-КГ), 2D-СТ-Ехо-КГ за допомогою Syngo® Velocity Vector Imaging™ Technology а також мультиспіральну комп'ютерну томографічну ангиографію легеневих артерій.

Результати. Обстежені нами хворі на ТЕЛА були розподілені на дві групи в залежності від наявності хоча б однієї з ознак дисфункції правого шлуночку (ДФПШ) за даними Ехо-КГ: до I групи ввійшли 75 (72,2%) хворих з ДфПШ, до II – 29 (27,8%) пацієнтів без ДфПШ.

Зменшення ступеню повздовжньої деформації за даними 2D-СТ-Ехо-КГ виявили у I групі хворих у всіх досліджуваних сегментах, у чотирьох з шести сегментів – у II групі, у порівнянні з групою контролю.

Ступінь глобальної повздовжньої деформації вільної стінки правого шлуночку був найгіршим у I групі та склав $(-5,1 \pm 7,9)$ % у порівнянні з групою контролю – $(23,2 \pm 7,1)$ %, $p=3E-06$, та $(-10,0 \pm 8,9)$ % – у II групі ($p=2E-05$).

Сегментарна фракція викиду (СФВ) усіх правошлуночкових сегментів була вірогідно нижчою у I групі, тоді як у II групі зниження СФВ зареєстровано тільки у апікальному та середньому правошлуночкових сегментах у порівнянні з групою контролю.

Висновки:

У 27,8% хворих на гостру ТЕЛА при проведенні Ехо-КГ ознаки дисфункції правого шлуночку відсутні. Порушення скорочувальної здатності правого шлуночку у цих хворих можуть бути виявлені за допомогою посегментарних показників 2D-СТ-ЕхоКГ

У хворих на гостру ТЕЛА з доведеною дисфункцією правого шлуночку зміни скорочувальної здатності можуть бути уточнені при 2D-СТ-ЕхоКГ за зниженням ступеню глобальної повздовжньої деформації вільної стінки правого шлуночку ($p=3E-06$) та сегментарної фракції викиду ($p=2E-05$) у порівнянні з контролем.

ГІПОКСІЯ ТА НЕДОСТАТНІСТЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ГЕНЕЗІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Цимбалюк В. І., Торяник І. І., Колесник В. В.

*ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова НАМНУ», м. Київ,
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова НАМНУ»,
м. Харків*

Ішемічний інсульт (від латинського *insulto*- нападаю) раптове гостре порушення мозкового кровообігу, що виникає у наслідок недостатності магістрального та колатерального кровопостачання, гіпоксії, гіпотензії, анемії. Окреме місце у патогенезі ішемічного інсульту посідають структурні порушення судинних стінок та біохімічні зміни у системі крові в цілому (розлади коагулятивних властивостей крові). З метою поглибленого вивчення патогенетичних механізмів ішемічного інсульту проводили експеримент (від 1 до 28 діб) на тваринах (самцях щурів лінії Вістар 3-х місячного віку). Моделювання нозології відбувалось на гілках а. *carotis communis*. У результаті об'єктивізації отриманих результатів було встановлено, що різке зменшення мозкового кровообігу зі зниженням перфузійного тиску та збільшенням судинного супротиву прискорює розвиток нетромботичного ішемічного розм'ягчення мозкової речовини. До цього додаються патологічні зміни, що виникають у разі порушень регуляції мозкових судин (аортально-каротидної, субклавіо-вертебральної зон, артеріального велізієвого кола) та згодом стають імпульсом до запуску початкової ланки ішемічних розладів – ангіоспазму. Одразу за стазом з'являється периваскулярний набряк, гіпоксія, ацидоз та некроз тканини мозку. Розвитку ішемічного інсульту сприяє судинна мозкова недостатність, що посилюється у разі зменшення мозкового кровообігу. У залежності від строків тривалості судинної мозкової недостатності вогнищева симптоматика хвороби може носити зворотній (гостра) або незворотній (хронічна, - з розм'ягченням речовини мозку) характер. Однак центральною ланкою у патологічних механізмах порушень мозкового кровообігу залишається гіпоксія. Завдяки їй відбувається зупинка притоку кисню до головного мозку з подальшою деполяризацією мембран нервових клітин, зниженням їхньої біоелектричної активності, пригніченням нервової діяльності та некрозом. Гіпоксія виникає не лише у разі порушення доступу кисню до нейроцитів, але -відсутності його асиміляції. За умов гіпоксії порушується метаболізм мозку, окислювальні процеси. Гіпоглікемія, що розвивається у зоні порушеного кровопостачання, сприяє некрозу та утворенню молочної кислоти. Ацидоз спричиняє підвищену проникливість судинної стінки та діapedезні крововиливи, набряк порушення синаптичної провідності. Зникнення у разі гіпоксії фосфокреатина та аденозинтрифосфорної кислоти порушує передачу імпульсів від висхідної ретикулярної формації та призводить до зниження збудженості кори головного мозку.

ФИТОПРЕПАРАТ НОРМОМЕНС В ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Цубанова Н. А., Барская А. В., *Цубанова Э. С.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков,

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

По данным медицинской статистики эндометриоз диагностируется у 20-80% женщин репродуктивного возраста, при этом, наружный эндометриоз составляет 7-10% в общей популяции, 50% - у женщин с установленным бесплодием и 80% - у пациенток страдающих тазовыми болями. В основе патогенеза и соответственно лекарственной терапии эндометриоза лежит постулат, о том, что эктопический эндометрий находится под модулирующим влиянием половых гормонов. Применение гормональных препаратов в большинстве своем характеризуется значительными побочными реакциями. Кроме того, анализ последних научных данных о методах лечения эндометриоза показывает, что не существует "золотого стандарта", более того, ни один гормональный препарат не обеспечивает стойкого клинического эффекта. Одним из альтернативных методов оптимизации фармакотерапии может быть введение в схему лечения фитокомпозиции Нормоменс, воздействующей на основное звено патогенеза эндометриоза – гормональный дисбаланс.

Основными компонентами Нормоменса являются экстракты *Vitex agnus castus* – 100 мг; *Zingiber officinale* – 25 мг; *Trigonella foetum graecum* – 50 мг; *Malus sylvestre* – 7,5 мг.

Экстракт витекса священного воздействует на допаминовые D2-рецепторы гипоталамуса, снижая секрецию пролактина. Ритмичная выработка и нормализация соотношения гонадотропных гормонов при нормальных уровнях пролактина упорядочивают вторую фазу менструального цикла. Ликвидируется дисбаланс между эстрадиолом и прогестероном. Экстракт пажитника содержит предшественник прогестерона диосгенин, необходимый для купирования прогестерондефицитных состояний. Диосгенин кроме этого ингибирует пролиферацию клеток, наряду с индукцией апоптоза, подавляет экспрессию проапоптотического белка каспазы-3. Экстракт имбиря имеет выраженное антиоксидантное действие и противовоспалительное действие, которое реализуется за счет угнетения синтеза простагландинов и лейкотриенов. Экстракт Яблони лесной благодаря флавоноидам, оказывает антиоксидантное и противовоспалительное действие.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод, что за счет оптимально подобранного состава, полимодального фармакологического эффекта Нормоменса можно рассматривать как перспективный препарат в терапии эндометриоза.

СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ РОЗВИТКУ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Чайгирева Л. В., Пилипенко І. І., Лобанова О. О., Пітулей О. Г.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб*

Мета дослідження: встановити характер біохімічних порушень і попередити виснаження функціонального резерву печінки та запобігти формуванню небезпечних ускладнень під час проведення стандартних режимів хіміотерапії для підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз легень .

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено вивчення порушень функціонального стану печінки на основі визначення у сироватці крові змін показників активності церулоплазміну, синтез якого здійснюється тільки гепатоцитами у 136 хворих із вперше виявленим деструктивним туберкульозом легень, що лікувалися у відділеннях Івано-Франківського обласного фтизіопульмонологічного центру. Усім хворим проводилась стандартна протитуберкульозна хіміотерапія згідно Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 620 від 04.09.2014 р. Використані епідеміологічні, загально-клінічні, біохімічні, мікробіологічні методи дослідження, які проведені на базі клінічної і баклабораторії Івано-Франківського обласного фтизіопульмонологічного центру. Усі розрахунки виконані за допомогою прикладної програми Static 5.3.

Результати дослідження. У 136 хворих на туберкульоз органів дихання статистично достовірно спостерігалось підвищення показників активності церулоплазміну на рівні $(3,4 \pm 0,25)$ ммоль/л при нормі – 1,66-2,00 ммоль/л. Інтенсивність вільнорадикального окислення в плазмі крові була високою і водночас відмічено виражене пригнічення антиоксидантної системи крові (АОС). Ці зміни активності викликані важким інфекційним інтоксикаційним процесом та участю у компенсаторних реакціях хворого організму, направлених на боротьбу з хворобою. Встановлено, що показники активності церулоплазміну в сироватці крові обстежених хворих залежали від важкості специфічного процесу, інтенсивності тубінтоксикації та розвитку ускладнень і обов'язково вимагає внесення істотних змін у стандартні схеми лікування хворих на туберкульоз.

Висновки. Таким чином, визначення в сироватці крові змін показників активності церулоплазміну дозволяє об'єктивно і своєчасно виявити наявність розвитку печінкової недостатності ще до початку формування поліорганної дисфункції і потребує своєчасної додаткової корекції в лікуванні, що дозволить збільшити його ефективність та якість життя хворих на туберкульоз легень.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОЖИРІННЯ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ СЕРЕД ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ ТА ГОНАРТРОЗ

Черкасова Г. В., Курята О. В., Губарик О. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України, м. Дніпро

Мета: оцінити взаємозв'язок ожиріння та локалізації остеоартрозу (ОА) серед хворих із ОА кульшового та колінного суглобів.

Матеріали та методи: У ході дослідження було проведено ретроспективний аналіз 170 історій хвороб пацієнтів із ОА кульшового та колінного суглобів II та III стадії, серед яких було 64 чоловіка та 106 жінки. Вік хворих варіював від 38 до 87 років (середній вік – $(62,6 \pm 0,75)$ років), середня тривалість захворювання – $(6,7 \pm 0,36)$ років.

Згідно з індексом маси тіла (ІМТ) усі пацієнти були розподілені на групи: хворі на ОА без ожиріння ($\text{ІМТ} < 29,9 \text{ кг/м}^2$, $n=60$) та пацієнти з ОА у поєднанні з ожирінням ($\text{ІМТ} \geq 29,9 \text{ кг/м}^2$, $n=110$), серед яких 1 ступінь ожиріння ($\text{ІМТ} 30-34,9 \text{ кг/м}^2$) був виявлений у 61 хворого (55,4%), 2 ступінь ожиріння ($\text{ІМТ} 35-39,9 \text{ кг/м}^2$) – у 32 хворих (29,1%), 3 ступінь ожиріння ($\text{ІМТ} \geq 40 \text{ кг/м}^2$) – у 17 пацієнтів (15,5%). Більшість хворих із ОА у поєднанні з ожирінням склали жінки - 67,3% (74 хворих).

Результати. У структурі хворих на ОА кульшових та колінних суглобів, коксартроз було діагностовано у 95 пацієнтів (55,9%), гонартроз – у 75 хворих (44,1%), з поміж яких у 84,1% (143 пацієнта) було діагностовано III стадію ОА, II стадію ОА було діагностовано у 15,9% (27 хворих).

Зустрічаємість коксартрозу серед хворих із нормальною вагою тіла склала 63,3% гонартрозу – 36,7%. Серед хворих із ожирінням 1 ступеня коксартроз та гонартроз зустрічалися у 54,1% та 45,9% хворих відповідно. При ожирінні 2 ступеня коксартроз зустрічався у 46,9% хворих, гонартроз у 63,1% пацієнтів. Серед пацієнтів із 3 ступенем ожиріння коксартроз було виявлено у 47% хворих, гонартроз – у 53%.

Висновки. Серед пацієнтів із ОА кульшового та колінного суглобів, було продемонстровано наявність дискордантного впливу підвищення ІМТ щодо частоти зустрічаємості коксартрозу та гонартрозу. Так, збільшення ІМТ було асоційовано із прямопропорційним зростанням питомої ваги хворих на гонартроз, частота зустрічаємості якого серед хворих із ожирінням 3 ступеня була у 1,4 рази вища у порівнянні з пацієнтами із нормальною вагою тіла. Протилежна тенденція була продемонстрована у відношенні поширеності коксартрозу, максимальна розповсюдженість якого спостерігалася серед хворих із нормальною вагою тіла та була у 1,7 рази вища у порівнянні із хворими із 3 ступенем ожиріння.

КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ СЕРЕД ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КУЛЬШОВИХ ТА КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Черкасова Г. В., Курята О. В., Губарик О. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України, м. Дніпро

Мета: оцінити частоту зустрічаємості артеріальної гіпертензії (АГ), цукрового діабету (ЦД) 2 типу, діагностованного гіпотиреозу та ренальної патології серед хворих на ОА кульшових та колінних суглобів

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз 170 історій хвороб пацієнтів із ОА кульшового та колінного суглобів II та III стадії (64 чоловіка та 106 жінки), які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні ендопротезування великих суглобів Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І. І. Мечникова. Середній вік хворих склав ($62,6 \pm 0,75$) роки, середня тривалість захворювання – ($6,7 \pm 0,36$) років.

Результати. Згідно отриманих даних, ОА кульшових суглобів було діагностовано у 95 пацієнтів (55,9%), ОА колінних суглобів – у 75 хворих (44,1%). Домінуючою коморбідною патологією серед хворих на ОА кульшових та колінних суглобів була АГ, яку було діагностовано у 139 хворих (81,8%), у структурі якої превалювали хворі із АГ 2 ступеню – 59,7% та АГ 1 ступеню – 39,6%. ЦД 2 типу було діагностовано у 21 хворого (12,3%), гіпотиреоз – у 8 хворих (4,7%), ренальну патологію – у 6 хворих (3,5%). Аналіз структури супутньої патології в залежності від локалізації ОА продемонстрував, що серед хворих на гонартроз, зустрічаємість АГ була на 9,9%, ЦД 2 типу – на 4,2% та гіпотиреозу у 3,8 разів вища у порівнянні із хворими на коксартроз. При цьому частота зустрічаємості ренальної патології серед хворих на коксартроз та гонартроз була найнижча, та склала 3,2% та 4% відповідно. Комбінація зазначених коморбідних станів було виявлено у 27 хворих (15,9%), 59,3% з яких були представлені комбінацією АГ з іншими супутніми захворюваннями (АГ + ЦД 2 типу – 64%, АГ + гіпотиреоз – 24%, АГ + ренальна патологія – 12%). Поєднання ренальної патології + гіпотиреоз та комбінації гіпотиреоз + ЦД 2 типу було виявлено у 3,7% хворих із коморбідною патологією.

Висновки: ОА колінних та кульшових суглобів нерідко асоціюється із іншими коморбідними станами, такими як АГ, ЦД 2 типу, гіпотиреоз та ренальна патологія, з поміж яких АГ займає провідне місце. При цьому, частота зустрічаємості супутньої патології при гонартрозі дещо вища, ніж при коксартрозі, особливо у відношенні гіпотиреозу. Найбільш частою комбінацією коморбідних станів є поєднання АГ з іншою супутньою патологією, найбільш часто у комбінації АГ + ЦД 2 типу та АГ + гіпотиреоз.

ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ

Черкасова О. Г., *Єсауленко І. А., Данилова Г. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

Кафедра внутрішньої медицини І, м. Дніпро

*КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 9» ДОР», м. Дніпро

Артеріальна гіпертензія (АГ) зустрічається у 5-30% вагітних. Найбільш частим ускладненням вагітності у жінок, які страждають на АГ, є пізній гестоз, який частіше протікає у вигляді прееклампсії. Суттєве значення в профілактиці пізнього гестозу і порушень стану плода у вагітних з АГ має не тільки застосування антигіпертензивних препаратів, але також і аспірину, що рекомендовано національними і міжнародними протоколами.

Мета: оцінити лікування артеріальної гіпертензії під час вагітності.

Матеріали і методи: проаналізовано 65 історій хвороб вагітних з АГ, що перебували у відділенні патології вагітних. Всім вагітним проводилося загальноклінічні дослідження; вимірювання артеріального тиску (АТ); у пацієнок з хронічною АГ (ХАГ) вивчали анамнез лікування АГ.

Результати: в обстеження включені вагітні віком від 20 до 38 років, середній вік (ср.в.) - $28,2 \pm 0,4$ роки. Термін вагітності від 7 до 40 тижнів. ХАГ виявлена у 41(63%) вагітних, ср. в. $29,6 \pm 0,9$ років; середнє систолічний АТ (САТ) - $149,0 \pm 2,4$ мм рт. ст., середній діастолічний АТ (ДАТ) - $96,5 \pm 2,3$ мм рт.ст. АГ 1 ступеня (ст.) зафіксована у 21 пацієнтки, 2 ст. - у 14 жінок і 3 ст. - у 6 вагітних. Гестаційна АГ (ГГ) виявлена у 24(37%) вагітних, ср. в. $27,7 \pm 1,6$ років; середнє САТ - $141,7 \pm 2,5$ мм рт. ст., середнє ДАТ - $90,0 \pm 2,1$ мм рт. ст. АГ 1 ст. зафіксована у 16 пацієнок, 2 ст. - у 8 жінок. Серед хворих із ХАГ гіпотензивну терапію до початку вагітності приймали – 18 (44%) пацієнок, в тому числі 12 жінок приймали інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або сартани. Прийом цих препаратів був зупинений самостійно або лікарем в мінімальні строки вагітності. Антигіпертензивну терапію приймали 34 (83%) вагітні з ХАГ і 18 (75%) з ГГ. Монотерапію отримували 36 (88%) жінок з ХАГ: препарат метилдопа (середня добова доза (ср.д.д) 1000 мг/доба) приймали 26(63%) вагітних, ніфедипін (ср.д.д - 30 мг/доба) - 15(37%) жінок, комбіновану терапію – 5 (13%) вагітних. Жінкам з ГГ монотерапію метилдопою (ср.д.д 750 мг/доба) призначено в 20 (83%) випадках, ніфедипіном (ср.д.д - 20 мг/доба) - в 4 (17%) випадках. Деагрегантну терапію отримували 16(39%) вагітних з ХАГ і 3(12,5%) жінки з ГГ.

Висновки: більшість вагітних 80% (52) приймали антигіпертензивну терапію. Рівні САД та ДАД у жінок з ХАГ перевищували показники АТ у вагітних з ГГ, незважаючи на те, що вагітні з ХАГ отримували більш високі дози препаратів при монотерапії, або перебували на комбінованій антигіпертензивній терапії у порівнянні з вагітними з ГГ. Лише 27% жінок з АГ отримували аспірин. Таким чином до вагітних з АГ повинен бути більш ретельний підхід з боку акушер-гінеколога та кардіолога.

АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ОРГАНІЗМУ МИШЕЙ ПІЗЬНОГО ОНТОГЕНЕЗУ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ КРІОКОНСЕРВОВАНИХ ЕКСПЛАНТІВ ПЛАЦЕНТИ

Чуб О. В., Мусатова І. Б., Прокопюк Ю. В., Карпенко В. Г.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Наслідки цереброваскулярних захворювань в похилому віці: порушення когнітивних процесів і поведінкових реакцій погіршують соціалізацію людини, якість життя і нерідко інвалідизують. Для корекції названих порушень активно використовують різноманітні фармпрепарати, але перспективними з точки зору нейропротекторної та геротерапевтичної дії можуть стати препарати плацентарного походження, які містять різноманітні нейромедіатори, пептиди та стовбурові клітини. Однак механізми їх дії на нервову систему, поведінкові та адаптивні можливості організму досліджені недостатньо.

Мета – визначення впливу імплантації кріоконсервованих експлантів плаценти (КЕП) на адаптаційні можливості організму дослідженням структури поведінки та загальних фізичних показники самців мишей пізнього онтогенезу.

Матеріали та методи. Досліджено три групи самців мишей лінії BALB/c: 1 група – молоді (6-місячні), 2 група – старі (18-місячні), 3 група – 18-місячні з КЕП 1 раз в 3 місяці з 6-місячного віку. Мишам імплантували по 20 мг КЕП. Досліджували зовнішні параметри (зовнішній вигляд у балах, зріст, вага, довжина хвоста). Структуру поведінки піддослідних тварин проводили за методиками кафедри нейрофізіології Стенфордського університету (США), фізичну силу оцінювали методом динамометрії і тестом "висіння на струні". Тестували тварин по 5 хвилин в один і той же час доби.

Результати. Методом "відкритого поля" (кількісний облік вертикальної та горизонтальної локомоторної активності) визначено, що у самців старих мишей з імплантованим КЕП (3 група) переважає дослідницька поведінка (зростає горизонтальна локомоторна активність) в порівнянні як з групою старих (2 група), так і з групою молодих тварин (1 група); соціальна активність в тестах з одно- і різностатевими тваринами збільшена в 3-й групі, особливо в порівнянні з тваринами такого ж віку без імплантації КЕП (2 група). Показники загального фізичного розвитку найвищі в 3-й групі тварин, а фізичної сили – в 2-й групі. Методом "хрестоподібного лабіринту", що відбиває міру тривожності і здатність тварини адаптуватися до стресу, визначили, що час перебування в закритому відрізку хрестоподібного лабіринту старих самців з імплантованим КЕП менше, ніж старих самців без імплантації КЕП, але більше, ніж молодих тварин. Дослідження соціальної активності з одно- і різностатевими тваринами показало найвищу активність тварин 3-ї групи і найнижчу – 2-ї.

Висновки. Вікові зміни поведінки і зовнішніх фізичних показників піддослідних тварин пізнього онтогенезу позитивно корегуються шляхом імплантації КЕП, покращуючи адаптаційні можливості організму. Перспективним є дослідження механізмів дії КЕП на нервову систему, а також ідентифікації нейропротекторних факторів в їх складі.

РОЛЬ sCD40L ЯК УНІВЕРСАЛЬНОЇ ЛАНКИ ПАТОГЕНЕЗУ, ЩО ОБ'ЄДНУЄ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Шапаренко О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Провідне місце серед серцево-судинних захворювань в загальній популяції займає артеріальна гіпертензія (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.

Мета – оцінити роль системи sCD40 як універсальної ланки патогенезу, що об'єднує АГ та ЦД 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. 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-го 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 $p < 0,05$.

Результати дослідження. Установлено, що рівень sCD40L був достовірно значно вищий у хворих на АГ з супутнім ЦД 2-го 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 достовірно підвищення рівнів глюкози, HbA_{1c}, інсуліну, КА та зниження рівня ХС ЛПВЩ у хворих на АГ з супутнім ЦД 2-го типу на тлі наростання ІР ($p < 0,05$) свідчать про збільшення кардіоваскулярного ризику. В обстежених хворих відзначалося достовірно 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-го типу відбувалося наростання рівня CD40L.

Висновки. проведених досліджень систему sCD40L можна вважати як універсальну ланку патогенезу, що об'єднує АГ та ЦД 2-го типу.

САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ НА ПРИКАРПАТТІ

Швець К. В., Островський М. М.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Україна*

Мета: вивчення регіональних вікових, гендерних, геоіндустріальних особливостей поширеності саркоїдозу в Івано-Франківській області.

Для отримання статистичних даних нами було опрацьовано 287 карт стаціонарних хворих, з підтвердженим діагнозом саркоїдоз, у період із 2012 р. по 2014 р. Всього в Івано-Франківській обласний фтизіопульмонологічний центр, де концентруються такі пацієнти, за допомогою зверталось 201 особа віком від 18 років.

У середньому показник захворюваності склав 3,37 на 100 тисяч населення та засвідчив певну тенденцію до зростання (2012 р. – 2,86 на 100 тис., 2013 р. – 3,35 на 100 тис., 2014 р. – 3,92 на 100 тис.). Показник поширеності – 14,35 на 100 тисяч, що значно перевищує середній по Україні. Максимальні в регіоні показники захворюваності відмічено в Калузькому та Коломийському районах, може бути пов'язано з техногенним навантаженням. Серед хворих переважали жінки (54,7%), у яких пік захворюваності відмічається у віці 40-49 років. Разом із тим, райони із найбільш розвиненою деревообробною промисловістю характеризуються вищою захворюваністю серед чоловіків, які власне і задіяні в цій галузі народного господарства. При оцінці кліматичного фактору встановлено: в північній частині області показники захворюваності в 1,65 рази вищі, ніж в південній, що відповідає тенденціям в Україні та світі.

Висновки. Значний вплив на захворюваність, поширеність і розвиток саркоїдозу здійснюють географічні та екологічні фактори.

ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕННЯ ТА ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ У ПОЄДНАННІ ІЗ СУПУТНЬОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ

Шевчук-Будз У. І., Островський М. М.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна
Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб*

Мета роботи. Покращення діагностики порушень функції зовнішнього дихання у хворих на хронічний бронхіт (ХБ) у поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ).

Матеріали і методи дослідження. Проведено аналіз 11 медичних карт стаціонарних хворих, які лікувались в обласному фтизіопульмонологічному центрі та гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні впродовж м. Івано-Франківська 2015–2016 рр. Усі обстежені жінки, віком ($42,8 \pm 3,2$) років. Крім загальних клінічних і лабораторних досліджень в діагностичну програму включено оглядову рентгенографію органів грудної клітки, комп'ютерну спірографію, фібробронхоскопію, езофагогастродуоденоскопію.

Результати. Обстеженим хворим на час загострення були притаманні скарги на посилення задишки та кашлю, появу кашлю в нічний час, відчуття дискомфорту в грудній клітці, загальну слабкість. При рентгенологічному обстеженні органів грудної клітки виявлені ознаки перибронхіального пневмосклерозу виявлені у 100% хворих. При оцінці функції зовнішнього дихання відзначено зниження показників життєвої ємності легень, що не залежали від віку у 9 (81,8%) хворих. При фібробронхоскопії у 10 (90,9%) хворих виявлені ознаки катарального запалення слизової оболонки бронхіального дерева. При ендоскопічному дослідженні стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки у всіх хворих діагностовані ознаки ГЕРХ, рефлюкс-езофагіту.

Висновки. У всіх обстежених хворих жінок на хронічний бронхіт у поєднанні з ГЕРХ відзначали ознаки перибронхіального пневмосклерозу, зниження показників життєвої ємності легень, при проведенні фібробронхоскопії виявлено зміни характерні для катарального запалення. Рання діагностика порушень функції зовнішнього дихання при ХБ у поєднанні з ГЕРХ дасть можливість обрати випереджувальну діагностичну та лікувальну тактику.

АРИТМИИ СЕРДЦА ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕМНЫХ ЖИВОТНЫХ, ВЫЗВАННЫЕ ИСКУССТВЕННЫМ ГИПОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ

Шило А. В., Ломако В. В., Бабийчук Г. А.

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

Цель работы – выявить особенности аритмий сердца у крыс и хомячков, вызванных погружением в искусственное гипометаболическое состояние (ИГМС).

Исследование проведено в соответствии с биоэтическими принципами при работе с экспериментальными животными и было одобрено комитетом по биоэтике при ИПКиК НАН Украины. Эксперименты выполнены на 7-8 мес. беспородных белых крысах ($m=250-300$ г) и 6-8 мес. золотистых хомяках ($m=95-120$ г). Биоэлектрическую активность (БЭА) сердца отводили от 4-х игольчатых электродов, размещенных в области лапок, регистрировали с помощью компьютерного кардиографа PolySpectrum-8 (Neurosoft, Россия). После визуальной коррекции положения R-зубцов, записи БЭА сердца были импортированы в программную среду Kubios (версия 2.2, Финляндия), при помощи которой рассчитывались временные, частотные (абсолютные значения мощности спектральных плотностей в высокочастотной (HF; 1-3 Гц) и низкочастотной (LF; 0.04-1 Гц) областях) и нелинейные параметры variability сердечного ритма. ИГМС достигалось с помощью модели Анждуса-Бахметьева-Джая (метод «закрытого сосуда»): через 150 мин. пребывания в темноте, при температуре 2-4 °С на фоне нарастающей гипоксии и гиперкапнии, животные погружались в гипометаболическое состояние. После перемещения животных в условия комнатной температуры (22-24 °С) и нормального газового состава происходило восстановление двигательной активности и температуры тела до исходного уровня. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с помощью непараметрического теста Уилкоксона.

Развитие ИГМС у крыс и хомячков сопровождалось глубоким снижением температуры тела до (17 ± 1) °С у крыс и (17 ± 3) °С у хомячков. Частота сердечных сокращений снижалась до $(93,4\pm 25,5)$ ударов в минуту (в контроле (360 ± 25) ударов в минуту) у крыс и $(66,3\pm 16,3)$ ударов в минуту (в контроле (395 ± 58) ударов в минуту) у хомячков. Аритмии появлялись в разное время после развития ИГМС, длились от 1 до 15 мин. и в большинстве случаев резко прекращались. Вне зависимости от процессов, лежащих в основе развития аритмий при ИГМС (гипоксия, гиперкапния, гипотермия или их комбинация), как у хомячков, так и у крыс все изученные параметры значительно различались между периодом аритмии и соответствующим периодом после аритмии. Достоверных различий между изученными параметрами аритмий крыс и хомячков при ИГМС в этом исследовании обнаружено не было.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ

Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.

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

Мета – вивчити динаміку якості життя (ЯЖ) в залежності від змінення ступеню ожиріння у пацієнтів на артеріальну гіпертензію (АГ) в поєднанні з метаболічними порушеннями.

Матеріали і методи. Обстежено 77 хворих на АГ з метаболічними порушеннями віком від 40 до 70 років. Усім хворим на початку та наприкінці дослідження проводилось антропометричне обстеження з розрахунком індексу маси тіла (індекс Кетле). На початку дослідження усім пацієнтам були дані рекомендації, щодо антигіпертензивної терапії, правильному харчуванню та оптимальним фізичним навантаженням. Медикаментозне лікування ожиріння не використовувалось. 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).

Результати. Якість життя хворих на АГ з метаболічними порушеннями залежить від ступеню ожиріння. У пацієнтів на АГ та ожиріння II ступеню ЯЖ статистично не відрізнялась від ЯЖ при ожирінні I, однак була нижча ($p > 0,05$) за такими шкалами, як: «фізичне функціонування» (на 4,75%), «сприйняття загального стану здоров'я» (на 6,96%), «соціальне функціонування» (на 5,28%), «психічне здоров'я» (на 3,91%). При порівнянні ЯЖ хворих на АГ та ожиріння II і III ступеню було виявлено незначне зниження ЯЖ за всіма шкалами у останній категорії хворих. ЯЖ пацієнтів з ожирінням III ступеню була вірогідно нижча за шкалами - «фізичне функціонування» на 9,44%, «рольові обмеження внаслідок фізичних проблем» на 6,38%, «сприйняття загального стану здоров'я» на 9,4%, «соціальне функціонування» на 6,98%, «психічне здоров'я» на 13,96%, на відміну від ЯЖ хворих на АГ з ожирінням I ступеню. Така шкала, як «фізичні болі», незалежно від ступеню ожиріння, практично не змінювалась. Хворі на АГ та ожиріння III зазнають труднощі, як при виконанні фізичних навантажень, так і при спілкуванні з людьми (друзями, родичами), внаслідок погіршення фізичного та емоційного стану здоров'я.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про те, що якість життя хворих на артеріальну гіпертензію з метаболічними порушеннями залежить від ступеню ожиріння. Збільшення ступеню ожиріння призводить до прогресуючого зниження якості життя хворих. Зниження ваги сприяє покращенню ЯЖ, особливо його психічної складової.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДОНАТОРІВ NO (АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ ТА АРГІНІНУ АСПАРТАТУ) У КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Штефюк О. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи: оцінити ефективність донаторів NO у корекції ліпідного профілю у хворих на ревматоїдний артрит (РА).

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети було обстежено 45 хворих на РА: 33 (73,3%) жінки і 12 (26,7%) чоловіків. Всіх хворих було розділено на 2 групи: I група (23 чоловік) отримували базисну терапію РА (метотрексат по 10-15 мг/тиж.), а II група (22 чоловіки) - базисну терапію РА та донатори оксиду NO (аргініну гідрохлорид та аргініну аспартат). Обстеження проводили при поступленні пацієнта у стаціонар та через 12 тиж. після виписки. Визначали ендотелій залежну вазодилатацію плечової артерії (ЕЗВПА), титр антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину (аСМV), ендотеліну-1 (ЕТ-1), фактору некрозу пухлин- α (TNF- α), ревматоїдного фактору (РФ), С-реактивного білка (СРБ) та показники ліпідного обміну до і після проведеного лікування. Дослідження ліпідного профілю включало визначення вмісту загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ).

Результати. Провівши моніторинг отриманих даних було встановлено, що у всіх хворих було виявлено ознаки ендотеліальної дисфункції. Встановлено прямо пропорційні кореляційні зв'язки між титром аСМV, СРБ, РФ, TNF- α та ендотеліну-1. Рівень ХС, ТГ та ХС ЛПНЩ має прямопропорційний кореляційний взаємозв'язок з аСМV, СРБ, РФ, TNF- α в обидвох групах хворих. У хворих II групи рівні показників ХС, ТГ та ХС ЛПНЩ після лікування були достовірно нижчими ніж у хворих I групи. Це свідчить про те, що донатори NO у комплексній терапії РА мають гіполіпідемічний ефект. Після проведеного лікування у хворих II групи зменшувалися ознаки ендотеліальної дисфункції, рівні аСМV, TNF- α , ендотеліну-1, СРБ, РФ, покращувалася якість життя.

Висновки. 1. У хворих на РА має місце підвищення вмісту ХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, що прямопропорційно корелює з показниками запалення (СРБ та TNF- α) та ендотеліном-1. Порушення ендотелійзалежної вазорегуляція у ПА вказує на порушення ендотеліальної функції.

2. Титр аСМV прямопропорційно корелює з показниками запалення (СРБ та TNF- α) та ендотеліном-1.

3. У хворих II групи на відміну від I групи через 12 тижнів після початку лікування рівні ХС, ТГ, ХС ЛПНЩ знижувалися, а ХС-ЛПВЩ підвищувався. Це свідчить про ефективність використання донаторів NO у комплексній терапії РА для корекції гіперліпідемії у даних хворих.

ХРОНОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Шульга Л. И., Цубанова Н. А., *Немченко Е. В.

*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина,
КПЗО «Харьковская городская клиническая больница № 27»

Известно, что, устойчивость биосистемы любого уровня – это гармония ее биоритмов. В здоровом организме человека, как и в отдельной клетке, ткани, органе поддерживается строго дискретная иерархия периодов биоритмов в гомеостатических пределах допустимого их варьирования, соответственно, инвариантные соотношения периодов биоритмов отражают термодинамически наиболее выгодные условия, закрепленные в эволюции приспособлением к временной организации внешней среды.

В аспекте хронофармакологии оптимальным является применение лекарственного средства с учетом ритма эндогенных биосистем организма человека. Такой подход позволит обеспечить адекватную подстройку лекарственного препарата к биоритмам тех органов и систем на которые предусмотрено его влияние, с сохранением инвариантных соотношений их периодов в новых функциональных состояниях.

Особенно актуальным это является для пациентов получающих длительную гормональную терапию. Из четырех существующих хронофармакологических методов: *«метод превентивного удара»*, *«метод незаметного воздействия»*, *«имитационный метод»* и *«метод навязывания ритма»* при гормональной терапии клинически апробированы и успешно применяются два последних метода.

При «имитационном методе» лекарственный препарат, обычно это препараты, которые по химической структуре и/или биологической активности являются аналогами каких-либо биологически активных эндогенных молекул, вводят, имитируя биоритмы последних. Так при инсулинотерапии сахарного диабета профиль поступления экзогенного инсулина должен быть максимально приближен к профилю эндогенного инсулина. Комбинированные гормональные препараты, предпочтительнее применять в вечернее время суток, когда происходит пик продукции женских половых гормонов в яичниках.

«Метод навязывания ритма» применяется в терапии хронических аутоиммунных заболеваний – введение через определенные интервалы времени больших доз глюкокортикоидов и цитостатиков способствует блокированию патологических ритмов и навязыванию ритмов, близких к физиологической норме.

Назначение лекарственной терапии с учетом хронофармакологических методов позволит добиться высокой фармакологической эффективности лекарственного препарата в более низких дозах.

ОРГАНОПРОТЕКТОРНИЙ ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА НИРКИ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

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

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

Фармакологічна блокада ренінаангіотензинової системи є найбільш ефективною з точки зору зниження артеріального тиску і нефропротекції у хворих на діабетичну нефропатію (ДН) та гіпертонічну хворобу (ГХ). Разом з тим перспективними препаратами вважаються лікарські засоби, які сприяють відновленню NO-продукуючої здатності судинного ендотелію. До цієї групи належить препарати донатори L-аргініну (амінокислоти, з якої утворюється оксид азоту).

Метою даного дослідження стало вивчення ефективності застосування препаратів L-аргініну в комбінованій терапії хворих на ДН в поєднанні з ГХ.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено 57 хворих на ДН (I-III стадій) в поєднанні з ГХ II стадії. В залежності від призначеного лікування хворі були розподілені на наступні групи: група 1 – хворі, які отримували базову терапію: інгібітор АПФ, антагоніст кальцію в середньотерапевтичних дозах, статини та цукрознижувальні препарати (n=29); група 2– хворі, які отримували базову терапію в комбінації з донатором L-аргініну тівортіном на протязі 1 місяця (n=28).

Лабораторне клінічне дослідження складалось з клінічних аналізів крові і сечі, визначення мікроальбумінурії (МАУ) імуноферментним методом з використанням тест-системи («Гранум», Україна). Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) розраховували за формулою СКД – EPI.

Результати. Комбінація з L-аргініном позитивно впливала на функцію нирок: у пацієнтів групи 2 відзначали збільшення ШКФ майже на 9%, ($p > 0,05$), зниження рівня креатиніну в крові на 5%, ($p > 0,05$) та МАУ на 40% у порівнянні з 1 групою ($p < 0,001$). Таким чином, проведений аналіз показав вірогідно більш високу ефективність комбінованої терапії зі застосуванням L-аргініну стосовно функціонального стану нирок за рахунок зниження рівню МАУ. Крім того, при застосуванні L-аргініну спостерігалось більш виражене зростання ШКФ та зниження рівнів креатиніну, проте різниця була не достовірною. Статистично значущих відмінностей між групами в показниках зниження САТ і ДАТ та змін ліпідного обміну не виявлено.

Висновок. Застосування в комплексній терапії хворих на ДН в поєднанні з ГХ препаратів L-аргініну посилює органопротекторну дію базової терапії, призводить до поліпшення клінічного перебігу захворювання та зменшення альбумінурії.

КОМПЛАЕНС ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, К НАЗНАЧЕННОЙ ТЕРАПИИ

Щукина Е. С., Коваль Е. А., Щукина Л. А.

КУ «ДМА» МЗО Украины,

Ккафедра внутренней медицины №3,

КУ «ДКОСМП» ДОС

Цель: оценить уровень приверженности к терапии пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), оценить преимущество соблюдения назначенной терапии семейными врачами и найти пути улучшения уровня комплаенса.

Материалы и методы. Оценка историй болезни 101 пациента, прошедших лечение КУ «ДКОСМП» ДОС по поводу диагноза ОКС с последующим повторным контактом через 6 месяцев после произошедшего коронарного события. Учитывались основные группы препаратов, которые назначаются пациентам с целью вторичной профилактики ОКС.

Результаты. Ацетилсалициловую кислоту прекратили принимать 29,2% пациентов, тикагрелор – 33,3%, клопидогрель – 49,3%. 5 пациентов не принимали ни одного антитромбоцитарного препарата, не смотря на предписания при выписке.

β-адреноблокаторы продолжали принимать 66,7% пациентов, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента – 54,2%, антагонисты кальция – 55,6%, петлевые диуретики – 58,6%, непетлевые диуретики – 66,7%. Блокаторы рецепторов ангиотензина – единственная группа антигипертензивных препаратов, которую принимало большее количество пациентов, чем те, которым было предписано. Антагонисты альдостерона продолжали принимать 52,9%. Статины продолжали принимать чуть больше половины пациентов (58,8%). Противодиабетическую терапию (как пероральные противодиабетические препараты, так и инсулин) принимали все пациенты. Обращает на себя внимание, что препаратами, которые принимали большее количество пациентов, чем при выписке, были препараты метаболической терапии и нитраты. Ингибиторы протонной помпы принимало менее трети пациентов (28,6%).

Выводы. Несмотря на наличие в анамнезе такого тяжелого состояния как ОКС, пациенты не принимают в полном объеме назначенную им терапию. Это может быть связано с отсутствием преимущества между вторичным и первичным звеном медицинской помощи, отсутствием у самих пациентов приверженности к приему препаратов или дефицитом средств.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРАДИЦІЙНИМИ ЛАБОРАТОРНИМИ МАРКЕРАМИ ЗАПАЛЕННЯ, СПЕКТРОМ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК

Яременко О. Б., Новосад Д. І., Юр'єва Г. О., Матіяшук І. Г.

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

Мета: оцінити частоту підвищення традиційних лабораторних маркерів запалення та кореляційний зв'язок між ними у хворих на системний червоний вовчак (СЧВ).

Матеріал та методи. Проаналізовано клінічні характеристики, ступінь активності, величини С-реактивного білка (СРБ), швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), α 2-, γ -глобулінів і фібриногену у 313 хворих на СЧВ, серед яких було 40 (12,8%) чоловіків та 273 (87,2%) жінки, середній вік – $37,0 \pm 13,6$ року. Середня тривалість захворювання складала 60 місяців (від 0,5 до 516 місяців), хронічний перебіг захворювання був у 81,3% хворих, підгострий – у 11,3%, гострий – у 7,4%. При нормальному розподілі даних розраховували кореляційні характеристики Пірсона, у випадку ненормального розподілу – характеристики Спірмана.

Результати. Рівень СРБ був підвищеним у 65,2% хворих, ШОЕ – у 66,1%, α 2-глобулінів – у 6,7%, γ -глобулінів – у 44,0%, фібриногену – у 41,9%. При цьому майже у чверті хворих з підвищенням ШОЕ чи СРБ зростав рівень лише одного з цих маркерів запалення. Найкраще зі ступенем активності СЧВ корелювали рівень ШОЕ ($r=0,645$, $p<0,001$) та γ -глобулінів ($r=0,532$, $p<0,001$), значно слабше – рівень СРБ ($r=0,385$, $p=0,001$), не виявлено вірогідної кореляції для рівня фібриногену ($r=0,223$, $p=0,153$) та α 2-глобулінів ($r=-0,083$, $p=0,594$). При аналізі кореляційних зв'язків між рівнями СРБ та інших запальних маркерів встановлено, що вірогідний взаємозв'язок існував між рівнями СРБ та ШОЕ ($r=0,437$, $p<0,001$), СРБ та γ -глобулінів ($r=0,353$, $p=0,014$), тоді як для СРБ та α 2-глобулінів і СРБ та фібриногену він був статистично незначущим ($r=0,282$, $p=0,067$ та $r=0,267$, $p=0,096$ відповідно). Цікаво, що найвищі рівні СРБ реєстрували у хворих на СЧВ з вовчаковим дерматитом (медіана – 140 мг/л), ексудативним плевритом (85 мг/л), лихоманкою (78 мг/л), міокардитом (76 мг/л), пульмонітом (71 мг/л), міозитом (64 мг/л), а також у разі схуднення (48 мг/л).

Висновки. Серед лабораторних маркерів запалення найчастіше при СЧВ підвищується рівень ШОЕ та СРБ (близько 66% хворих), причому майже у чверті хворих при підвищенні одного з цих показників інший залишається в межах референтних значень. Зі ступенем активності СЧВ найкраще корелюють рівень ШОЕ та γ -глобулінів, дещо гірше – рівень СРБ. Рівень СРБ добре корелює з величинами ШОЕ та γ -глобулінів, тоді як значущої кореляції з рівнями фібриногену та α 2-глобулінів немає. Найбільше підвищення рівня СРБ реєструється при ураженні шкіри, серозних оболонок, міокарда, легенів, м'язів та загальнотрофічному синдромі.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИМИ
ПОКАЗНИКАМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ЗМІНАМИ НА МРТ
У ХВОРИХ ЗІ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ**

Яременко О. Б., Шинькарук Ю. Л., Федьков Д. Л., Меліксетян А. В.

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

Україна

Мета: оцінити взаємозв'язок між клініко-лабораторними параметрами та хронічними змінами сакроіліальних суглобів (СІС) за даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) у хворих зі спондилоартритами (СпА).

Матеріал та методи. Обстежено 52 хворих зі СпА на момент першого звернення на кафедру внутрішніх хвороб стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Діагноз встановлено відповідно до критеріїв ASAS 2009 та 2011 рр. Серед них було 27 (51,9%) чоловіків і 25 (48,1%) жінок у віці від 20 до 61 року (в середньому – $36,35 \pm 10,79$). Позитивними за HLA-B27 було 88,1% (з 42) хворих. Оцінювали лабораторні маркери запалення (швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) та С-реактивний білок (СРБ)), інтегральні індекси активності хвороби BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) та функціонального статусу BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), тривалість хвороби (в роках) та хронічні зміни СІС (ерозії, жирова інфільтрація та анкілоз за даними МРТ) з використанням Датського рахунку (Danish scoring method [1] – максимальне значення 48 балів).

Результати. У всіх хворих зі СпА середні величини ($M \pm \sigma$) ШОЕ складала $23,2 \pm 22,1$, СРБ – $15,8 \pm 26,8$, BASDAI – $4,38 \pm 1,76$, BASFI – $2,83 \pm 2,33$, тривалість хвороби становила ($9,82 \pm 9,03$) років, Датський рахунок – $22,4 \pm 9,04$.

Виявлено позитивну кореляцію лабораторних маркерів – ШОЕ з СРБ ($r=0,650$, $p=0,0001$), інтегральних індексів – BASDAI з BASFI ($r=0,609$, $p=0,0001$) та Датського рахунку з тривалістю хвороби ($r=0,316$, $p=0,023$).

Висновки. У хворих зі СпА виявлено взаємозв'язок між запальними показниками – ШОЕ та СРБ, інтегральними індексами активності – BASDAI та функціонального статусу – BASFI. Хронічні зміни СІС за даними МРТ не корелювали з клінічними та лабораторними показниками активності хвороби, а залежали лише від її тривалості.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДУ ОЦІНКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

Яресько М. В., Колесникова Е. В.

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

Відомо, що серцево-судинні захворювання займають перше місце серед усіх причин смертності у жінок, що складає 46% у структурі загальної смертності. Найбільший вклад у передчасну смертність населення вносить артеріальна гіпертензія. Артеріальна гіпертензія, що розвивається у жінок у перименопаузі, є об'єктом пильної уваги клініцистів усіх країн.

Мета: максимально виділити групи високого ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (ССУ) у жінок з гіпертонічною хворобою та ожирінням в перименопаузі та дати оцінку реальної ймовірності ризику серцево-судинних подій.

Матеріали та методи: оцінка реальної ймовірності ризику серцево-судинних подій досягалася як вимірюванням певних клініко-інструментальних, біохімічних та генетичних показників, так і комплексним аналізом їх змін, зведених у розроблену математичну формулу. Як прогностичні критерії визначали дані про вік, у сироватці крові вимірювали рівень експресії фактора росту ендотелію судин (VEGF), вміст холестерину ліпопротеїдів високої щільності, вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності, вміст глікозильованого гемоглобіну; визначали рівень систолічного артеріального тиску, рівень варіабельності серцевого ритму (SDNN), наявність або відсутність менопаузи, паління, генотипу GG поліморфізму -634 G/C (rs 2010963) гена VEGF-A, гіпертрофії міокарду лівого шлуночку; здійснювали індивідуальну кількісну оцінку прогностичних критеріїв та розраховували в автоматичному режимі в Excel прогностичний індекс за розробленою математичною формулою: $P = \frac{1}{[1 + e^{-z}]}$, якщо розраховане значення

прогностичного індексу (P) було більш, ніж 0,5, у жінки прогнозували високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень. Було обстежено 115 жінок з гіпертонічною хворобою II ст., 2-3 ст. та ожирінням 1-2 ст. в перименопаузі. Середній вік – (49±4,5) роки. До контрольної групи залучено 20 практично здорових жінок в перименопаузі, порівнянних за віком.

Результати: згідно методу, у 45 жінок, була здійснена ССУ-судинних ускладнень. Так за прогнозом у 39 жінок (45%) був наявний високий ризик розвитку ССУ.

Висновки: даний метод дозволяє на індивідуальному рівні кількісно оцінити взаємозв'язок та взаємовплив обраних прогностичних критеріїв, які відображають різні ланцюги патогенетичних процесів, а саме їх вплив на ризик розвитку серцево-судинних ускладнень, що, в свою чергу, дозволить оптимізувати лікувальну тактику ведення жінок у кожному конкретному випадку.

ЗМІСТ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Шарипова А. А., Турдикулова Ш. У.	3
ВЛИЯНИЕ РИТМИЧЕСКОЙ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА НЕКОТОРЫЕ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У СПОНТАННО ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС Айдарова В. С., Кудокоцева О. В., Ломакин И. И.	4
КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Аль-Травнех Е. В., Бобронникова Л. Р.	5
ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ Амеліна Т. М., Полянська О. С., Іванчук П. Р., Трубарова-Леунова Н. А., Стецик Н. І.	6
CONDITION OF COMMON CAROTID ARTERY AND LEVELS OF VISFATIN AND INTERLEUKINS HYPERTENSIVE PATIENT'S Andrieieva A. O., Golenko T. M.	7
СОСТОЯНИЕ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Асанов Э. О., Дыба И. А., Осьмак Е. Д.	8
АВТОНОМНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК Асанов Э. О., Полягушко Л. Г., Дыба И. А., Осьмак Е. Д.	9
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ МИОКАРДА СТАРЫХ КРЫС ПРИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Бабийчук Л. В., Коваль. С. Н., Бабийчук В. Г.	10
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ Бездетко Т. В.	11
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ АДИПОНЕКТИНА И МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А.	12
ВНЕСОК ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА TCF7L2 У РОЗВИТОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Біловол О. М., Шалімова А. С., Боброннікова Л. Р.	13
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ Белый Д. А., Настина Е. М., Сидоренко Г. В., Курсина Н. В., Базыка А. Д., Макаревич Е. Н., Круглова В. А., Садовая С. В., Ковалев А. С.	14

АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ: СТРАТЕГІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ І ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ В УКРАЇНІ	
Бенько О. Г.	15
АКАДЕМІЧНИЙ ПЛАГІАТ: ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ І ЗАСОБИ КОНТРОЛЮ	
Бенько О. Г.	16
МОЖЛИВІСТЬ КОРЕКЦІЇ АЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	
Більченко А. О.	17
ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ ЗАЛЕЖНО ВІД ФЕНОТИПУ	
Більченко О. С., Болокадзе Є. О., Піонова О. М.	18
ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ	
Бильченко О. С., Веремеенко О. В., Бильченко А. А.	19
РИЗИК ОСТЕОПОРЕТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ	
Бобро Л. М.	20
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ АДИПОКИНОВ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ	
Бобронникова Л. Р., Беловол А. Н., Ильченко И. А.	21
ОСОБЕННОСТИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	
Бобронникова Л. Р., Немцова В. Д., Шапошникова Ю. Н., Тихонова И. А.	22
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
Бобронникова Л. Р., Шалимова А. С., Ильченко И. А.	23
ПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	
Болтобаев С. А., Азизов С. В.	24
ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ	
Болтобаев С. А., Газиев Н. Р., Бутаев З. А.	25
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	
Болховитина О. А.	26
ЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ	
Бондарева О. О., Тищенко І. В., Червоний С. І.	27
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Бондаренко С. В.	28
ЭЛЕКТРОВИБРОАКУСТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	
Бондаренко С. В.	29

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ТРОМБОСПОНДИНА-2 И ПАРАМЕТРОВ ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ФОРМУЛЫ КАК МАРКЕРОВ РАЗВИТИЯ Q-ПОЗИТИВНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Борзова-Коссе С. И., Алтыбаева Л.	30
ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Боровик І. Г., Ніколенко Є. Я., Ткач С. І., Захаров О. Г., Нікуліна Г. Л., Багмут В. В.	31
ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА НА ТЛІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ Боровик К. М., Риндіна Н. Г.	32
ПОКАЗНИКИ ЕЛАСТОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД АКТИВНОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ Вакалюк І. І.	33
ПРОЛЕЖНІ М'ЯКИХ ТКАНИН ІІІ-ІІІІ СТАДІЇ З НЕКРОЗАМИ І ГНІЙНИМИ ЗАТЬОКАМИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ТА НАСЛІДКИ ПОЛІМОРБІДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ: АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ Вергун А. Р., Кіт З. М., Чуловський Я. Б., Мощинська О. М., Шалько І. В., Вергун О. М., Калитовська М. Б., Ковальчук В. В.	34
NEFATIN-1 LEVEL IN HYPERTENSIVE MEN AND WOMEN WITH OBESITY Vizir M. O.	35
БІЛІАРНИЙ СЛАДЖ-ФЕНОМЕН ТА РОЛЬ РІДИННОГО КОМПОНЕНТУ ЇЖІ В ЙОГО ГЕНЕЗІ, ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ Волошин О. І., Васюк В. Л., Сенюк Б. П., Доголіч О. І.	36
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИКОВ ГОРНОРУДНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ Гайворонская М. А., Ефремова О. А., Лопанов А. Н.	37
КОГНІТИВНІ ПОКАЗНИКИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІЇ НИРОК Гарміш І. П., Демкова Н. І.	38
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ З УРАХУВАННЯМ ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ІЗОФЕРМЕНТУ СИСТЕМИ ЦИТОХРОМУ Р450 СҮР2D6*4 Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.	39
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРОТИДНЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ Гелетка А. А.	40
ВИКОРИСТАННЯ СТАТИНІВ І МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ СУБКЛІНІЧНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ Гінгуляк О. М., Руснак І. Т., Аль Салама М. В., Гінгуляк М. О., Савчук О. В.	41
ТКАНЕВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Гончарь А. В., Ащеулова Т. В., Ковалёва О. Н., Кочубей О. А., Иванченко С. В.	42

ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ТА ІНГІБІТОРАМИ F-КАНАЛІВ СИНУСОВОГО ВУЗЛА	
Гречко С. І., Поліщук О. Ю., АльСалама Мухамед Васек, Савчук О. В.	43
СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	
Григорова И. А., Григоров Н. Н.	44
НЕЙРОПЛАСТИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ	
Григорова И. А., Тесленко О. А., Тихонова Л. В., Григоров Н. Н., Новак А. С., Ескин А. Р. ...	45
УРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ТА ВНУТРІШНЬОУТРОБНА ГЕРПЕТИЧНА ІНФЕКЦІЯ	
Грищенко М. І., Торяник І. І., Кривенко В. М., Грищенко В. М.	46
ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНТНЫЙ АНАЛИЗ И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БИОМАТЕРИАЛА ПРИ АППЕНДИЦИТЕ	
Грищенко Н. И., Торяник И. И., Кривенко В. Н., Грищенко В. Н.	47
ДИСЛІПІДЕМІЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ І ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Грунченко М. Н., Несен А. О., Чернишов В. А., Тверетінов О. Б., Валентинова І. А., Протас Ю. В.	48
ЛІКУВАННЯ СОМАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
Губа Ю. В., Конопкіна Л. І., Вереса О. В.	49
ВАРИАНТЫ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ	
Гуйда П. П.	50
ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	
Гуйда П. П.	51
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	
Гуйда П. П.	52
ЗАСТОСУВАННЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ ПРИ ПЕРВИННОМУ БІЛІАРНОМУ ЦИРОЗІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	
Гук-Лешневська З. О., Бачинська О. В., Ільчук М. П.	53
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА РОЗВИТКОМ РЕЗОРБТИВНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА	
Гуменюк М. І., Яшина Л. О., Мазур І. П., Ігнат'єва В. І., Гуменюк Г. Л., Харченко-Севрюкова Г. С., Куц В. В.	54
О РОЛИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ	
Делевская В. Ю.	55
ОСОБЛИВОСТІ КАРДІАЛЬНОЇ, ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ТА РЕНАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ	
Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Мазій В. В., Грідасова Л. М.	56

ЗМІНИ ПЕРЕКИСНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Денисенко В. П., Топчій І. І., Кірієнко О. М., Щенявська О. М., Грідасова Л. М.	57
СТЕПЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІИ И ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА Дериенко Т. А., Волков Д. Е., Лопин Д. А., Яблчанский Н. И.	58
ВПЛИВ ВИКОРИСТАННЯ L-АРГІНІНУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б., Кучменко О. Б., Євстратова І. Н., Недлінська Н. М., Денисова О. В., Ячник В. А.	59
СТАН ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ОКИСЛЮВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ І ФЕРМЕНТНИХ АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ Дзюблик О. Я., Гуменюк М. І., Мхітарян Л. С., Капітан Г. Б., Кучменко О. Б., Євстратова І. Н., Недлінська Н. М., Денисова О. В., Ячник В. А.	60
ГЛЮКОКОРТИКОЇД-ІНДУКОВАНИЙ ОСТЕОПОРОЗ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ Дрогомерецька О. І., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В., Штефюк О. В., Сандурська Я. В., Федорович Х. М., Курилів Г. М., Гавриш І. Т.	61
ГЕМОРЕОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ФЕНСПРИДОМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Ільницький Р. І., Тарченко І. П., Гуменюк Г. Л., Резнікова Н. М.	62
ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Соколова Л. І., Тарченко І. П., Бондаренко Ю. М., Іорданова Н. Х., Вознюк В. В.	63
РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В РАЗВИТИИ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Еременко Г. В., Оспанова Т. С., Бездетко Т. В., Блажко В. И., Химич Т. Ю., Хохуда О. Н. ..	64
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Ефименко Е. В., Ходош Э. М., Ефремова О. А., Камышникова Л. А.	65
ЧАСТОТА ЗУСТРІЧАЄМОСТІ УРАЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЧЕРВОНОЇ ОБЛЯМІВКИ ГУБ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ Ємельянова Н. Ю.	66
ГЕМОДИНАМІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ Єскін О. Р., Григорова І. А., Тихонова Л. В., Тесленко О. О., Тихонова О. О.	67
СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В Г. БЕЛГОРОДЕ Ефремова О. А., Головин Н. И., Криворученко М. А., Ефименко Е. В.	68

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С ВКЛЮЧЕНИЕМ АНАЛИЗА КАРДИОГЕНОВ НА ОСНОВЕ ВИРТУАЛЬНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	
Ефремова О. А., Никитин В. М., Камышникова Л. А., Чурносков М. И., Липунова Е. А., Муромцев В. В.	69
ВПЛИВ ЕРАДИКАЦІЙНИХ СХЕМ ЛІКУВАННЯ НА ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБАМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	
Жакун І. Б.	70
ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ	
Жалдак Д. О., Мелеховець О. К.	71
SYSTEMIC PREDICTORS OF CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH COMORBIDITY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CHRONIC PANCREATITIS	
Zhelezniakova N. M., Zelena I. I., Pasiieshvili T. M., Suprun I. O.	72
ОЦЕНКА ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	
Журавлев Ю. И., Тхорикова В. Н., Кладиева Е. П.	73
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЇХ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД МОДИФІКОВАНИХ ТА НЕМОДИФІКОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ	
Журавльова Л. В., Лопіна Н. А., Кузнецов І. В., Коноз В. П., Бондаренко Д. А.	74
РІВЕНЬ СЕЛЕНУ ТА ВІТАМІНУ Е В КРОВІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА СУПУТНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ	
Журавльова Л. В., Філоненко М. В.	75
INFLUENCE OF DYSLIPIDAEMIA CORRECTION ON KIDNEY HEMODYNAMICS AND CALCIUM METABOLISM IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AND OSTEOARTHRITIS	
Zhuravlyova L. V., Rogachova T. A.	76
ROLE OF VON WILLEBRAND FACTOR AS A MARKER OF COMPLICATED COURSE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DIABETES MELLITUS TYPE 2	
Zaikina T. S., Rynchak P. I., Babadjan V. D., Kravchun P. G.	77
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО РОЛЬ ПРЕБІОТИКІВ, ПРОБІОТИКІВ І СИНБІОТИКІВ В ПРОФІЛАКТИЦІ ОСТЕОПОРОЗУ	
Зайченко О. Є., Панченко Г. Ю.	78
КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА ЇХ ДИНАМІКА ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ	
Зак М. Ю., Пасієшвілі Л. М.	79
СПОСІБ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ АТЕРОТРОМБОЗУ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
Запровальна О. Є., Бондар Т. М., Беседіна А. С.	80

ПОЛІМОРФІЗМ T924C ГЕНА РЕЦЕПТОРА ТРОМБОКСАНУ A2 ТА C807T ГЕНА ГЛІКОПРОТЕЇНУ IA У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Запровальна О. Є., Бондар Т. М., Рябуха В. В.	81
ПОРІВНЯЛЬНА СТРУКТУРА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗА ДАНИМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ Заячук В. М., Семотюк М. М., Макойда І. Я., Мельник О. П., Заячук Р. В.	82
МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ ПРОДУКЦІЇ АКТИВНИХ ФОРМ КИСНЮ В КРОВІ ХВОРИХ, СТИМУЛЬОВАНИХ ОЗОНОМ Зінченко В. Д., Топчій І. І., Горяча І. П., Головіна К. М., Кірієнко О. М., Грідасова Л. М.	83
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІТОТРОПНОГО ПРЕПАРАТУ МЕКСИКОР У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ІІІ ФК ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Зозуляк Н. В., Юрак М. З.	84
ГЕНДЕРНИЙ РОЗПОДІЛ ВМІСТУ ХЕМЕРИНУ СИРОВАТКИ КРОВІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Іванченко С. В., Гончарь О. В.	85
ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ВЛАСНОСТВОРЕНОГО ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ Іванчук П. Р., Тащук В. К., Амеліна Т. М., Савчук О. В.	86
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЗУБЦЕМ Q: ВІД ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДО ПЕРВИННИХ ПЕРКУТАННИХ КОРОНАРНИХ ВТРУЧАНЬ Іваньо Н. В., Росул М. М., Іваньо Т. В., Корабельщикова М. О.	87
ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ЗАСОБУ ДУПЛЕКОР У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Ілащук Т. О., Окіпняк І. В.	88
ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ (Glu298Asp) У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ Кадикова О. І.	89
ФІЛОГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЯК ІНСТРУМЕНТ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ОЦІНКИ СПОРІДНЕНОСТІ ШТАМІВ <i>RABIES VIRUS</i> Калініченко С. В., Торяник І. І.	90
ПОРІВНЯННЯ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ПОДАГРИЧНИЙ АРТРИТ ТА ПРИ БЕЗСИМПТОМНІЙ ГІПЕРУРИКЕМІЇ Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.	91
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ Каширина А. В., Резниченко Е. К.	92
СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНОВ И УРОВНИ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ Коваль С. Н., Божко В. В., Снегурская И. А., Милославский Д. К.	93

КЛІНІЧНІ ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ В КОМБІНОВАНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Коваль С. М., Старченко Т. Г., Юшко К. О.	94
ВПЛИВ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ АПЕЛІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Коваль С. М., Юшко К. О., Старченко Т. Г.	95
CLINICAL-GENETIC FACTORS OF DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION WITH OBESITY Kovalyova Ju. O., Shelest B. O., Mayorova M. V., Shelest O. N., Kozhyn M. I.	96
ПЛАЗМЕННИЙ РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНА-15 ТА ІНДЕКС МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Кожем'яка Г. В.	97
СПОСІБ ОЦІНКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ У ПЕРИМЕНОПАУЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ МАТЕМАТИЧНОЇ МОДЕЛІ Колеснікова О. В., Висоцька О. В., Яресько М. В., Беседіна А. С.	98
МОНІТОРИНГ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ Колесникова Е. В., Лавренко Т. А., Высоцкая Е. В.	99
МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА Копиця Н. П., Гилёва Я. В., Титаренко Н. В., Петюнина О. В., Гончарь А. В., Родионова Ю. В., Кутя И. Н.	100
ПОКАЗНИКИ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, ПОВ'ЯЗАНІ З РЕМОДЕЛЮВАННЯМ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ПРОГНОЗОМ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА Копиця М. П., Гончарь О. В., Титаренко Н. В., Юхновський О. Ю., Петюнина О. В., Гільова Я. В., Родіонова Ю. В.	101
ВПЛИВ РАННЬОЇ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПРОГНОЗ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ З ПІДЙОМОМ СЕГМЕНТУ ST Копиця М. П., Титаренко Н. В., Аболмасов О. М., Родионова Ю. В., Кутя і. М., Гільова Я. В. ..	102
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСЄДНАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ Корж Н. В., Островська К. М.	103
РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ЕКСТРАЦЕЛЮЛЯРНОГО МАТРИКСУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Котелюх М. Ю.	104
ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОЙ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ХАРЬКОВА С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА Кравчун Н. О., Мисюра Е. В., Балюк М. А., Ефименко Т. И., Столярова Н. В.	105
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ КРОПИВ'ЯНКИ. МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ Кравчун П. Г., Бабаджан В. Д.	106

АКТИВНІСТЬ ФРАКТАЛКІНУ ТА КЛАСТЕРІНУ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ Кравчун П. П.....	107
ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ Красюк І. В., Зейтуллаєва А. Р.....	108
АНАЛІЗ КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ІХС, ПРИ ОЗВИТКУ У НИХ СОАГС В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД БАЗИСНОГО БРОНХОЛІТИКА Крахмалова О. О., Гетман О. А., Колеснікова О. М., Шторх В. В., Харченко Ю. Є.....	109
ОСОБЛИВОСТІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ УРАЖЕНЬ КАРОТИДНИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ ТА ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗА НАЯВНОСТІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ Крахмалова О. О., Харченко Ю. Є., Шторх В. В., Грідасова Л. М., Єфіменко А. С.....	110
ЗАЛЕЖНІСТЬ ТЯЖКОСТІ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ (СОАГС) ВІД БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ХОЗЛ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІХС Крахмалова О. О., Шторх В. В., Колеснікова О. М., Гетман О. А.....	111
УРОДЖЕНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ ТА ЙОГО КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНИЙ ОПИС Кривенко В. М., Торяник І. І., Грищенко М. І., Грищенко В. М.....	112
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ СЕЛЕЗЕНКИ МЫШЕЙ ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ И ВВЕДЕНИИ КРИОКОНСЕРВИРОВАННЫХ ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК КОРДОВОЙ КРОВИ Кудкоцева О. В., Волина В. В., Ломакин И. И.....	113
СТАН ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ТА СУПУТНІМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧІНКИ Кузьміна Н. В., Грїбенюк О. В.....	114
РІВЕНЬ ВАЗОКОНСТРИКТОРА ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ХВОРИХ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ФОРМАМИ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Кузьміна Н. В., Романова В. О.....	115
ДИНАМІКА КЛІНІЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ Кушнір Ю. С., Віхрова Т. О., Дїброва М. С.....	116
РІВНІ ФАКТОРА РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ-21 ТА ТРОФОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Лапшина К. А.....	117
КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СТАНДАРТНИХ РЕЖИМІВ ХІМІОТЕРАПІЇ Лобанова О. О., Пилипенко І. І., Чайгірева Л. В., Лащев В. М.....	118
ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОГО ЭКСТРЕМАЛЬНОГО НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОГО (-120 °С) ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ Ломако В. В., Пироженко Л. Н.....	119

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА В МИОКАРДЕ ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕРМНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ ГИПОКСИИ, ГИПЕРКАПНИИ И ГИПОТЕРМИИ Ломако В. В., Шило А. В.	120
СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕРМНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕЙСТВИИ ГИПОКСИИ, ГИПЕРКАПНИИ И ГИПОТЕРМИИ Ломако В. В., Шило А. В., Кондаков И. И.	121
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОСФОКРЕАТИНА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА Магдалиц Т. И., Годлевская О. М., Самбург Я. Ю.	122
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ Макойда І. Я., Стовбан М. П., Островський М. М., Молодовець О. Б., Мельник О. П.	123
ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У РЕСПІРАТОРНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ Малкович Н. М.	124
КОМПЛЕКСНИЙ РОСЛИННИЙ ПРЕПАРАТ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОСДНАННЯМ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Малкович Н. М.	125
ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Малкович Н. М., Сенюк Б. П.	126
ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ ДАННЫХ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Мартовицкий Д. В., Шелест А. Н., Лахно Ю. В.	127
ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ Met235Thr ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНА НА РІВЕНЬ ST2 У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Меденцева О. О., Рудик Ю. С.	128
СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ В 2010-2015 РОКАХ Мельник О. Г., Боровик І. Г., Дюльдева Т. А., Рябокони А. І., Моргун Т. М.	129
ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІАЛЬНОГО ДЕРЕВА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ Мельник О. П., Островський М. М., Ленчук Т. Л., Островська К. М.	130
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Меренкова Е. А.	131
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ДІСТОЛОГІЧНОГО ФАКТОРУ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І ОЖИРІННЯ Милославський Д. К., Коваль С. М., Снігурська І. О., Божко В. В., Щенявська О. М.	132

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ІМУНОКОМПРОМЕТОВАНИХ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЮ ЕНТЕРОКОКОВОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	
Мироненко Л. Г., Торяник І. І., Перетятко О. Г., Ягнюк Ю. А.....	133
РІВЕНЬ МАРКЕРА ЗАПАЛЕННЯ – ВИСОКОЧУТЛИВОГО С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОСДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ В ДИНАМІЦІ ОДНОРІЧНОГО КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ	
Мисниченко О. В.....	134
ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОДНОРІЧНОЇ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА НЕБІВОЛОЛА ТА БЕЗ НЬОГО У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	
Мисниченко О. В., Корнійчук І. А., Циганков О. І., Снігурська І. О., Пенькова М. Ю., Божко В. В., Висоцька О. В.....	135
ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ	
Молодан В. И., Просоленко К. А., Молодан Д. В.....	136
К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ШЕГРЕНА	
Молотягина С. П., Гуйда П. П.	137
КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ	
Молотягина С. П., Гуйда П. П.	138
РОЛЬ МИОГЕННОГО ФАКТОРА И БИОМЕХАНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА В РАЗВИТИИ ДИСГЕМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	
Морозова О. Г., Ярошевский А. А., Логвиненко А. В.....	139
ЗМІНИ СТРУКТУР І ФУНКЦІЙ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЧЕРЕЗ 30 РОКІВ	
Настіна О. М., Курсіна Н. В., Макаревич О. М., Білий Д. О.....	140
СПЕЦИФІКА ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПРИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ	
Несен А. О.....	141
ФОРМУВАННЯ РЕЄСТРУ ПАЦІЄНТІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ	
Несен А. О., Грунченко М. М., Шкапо В. Л., Валентинова І. А.....	142
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТАНУ ПРИДАТКІВ ШКІРИ І ФУНКЦІЇ ГІПОФІЗУ	
Николайчук Х. Я., Александрук О. Д., Блага І. О., Кухта О. П.	143
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	
Овчаренко Л. И.....	145
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ 6 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ	
Овчаренко Л. С., Шелудько Д. Н.....	146

АГОНИЯ ЯК ПРИАМБУЛА КЛІНІЧНОЇ СМЕРТІ Ольховський В. О., Торяник І. І.....	147
АНТОЛОГІЯ ОСНОВНИХ ВИДІВ СМЕРТІ ТА ЇХ РОЛЬ У СУЧАСНІЙ КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ Ольховський В. О., Торяник І. І.....	148
МЕХАНІЗМИ ОСНОВНИХ ВИДІВ СМЕРТІ ТА СПЕЦИФІКА ЇХНЬОЇ СУЧАСНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ Ольховський В. О., Торяник І. І.....	149
СТАН ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РЕКОМБІНАНТНОГО ІНТЕРФЕРОНУ АЛЬФА-2b ЛЮДИНИ Оринчак М. А., Човганюк О. С., Гаман І. О., Артеменко Н. Р., Вакалюк І. І., Василечко М. М.....	150
ЗВ'ЯЗОК СИРОВАТКОВОГО ВМІСТУ ІL-17A З КЛІНІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Матвієнко Ю. О., Грабченко Н. І., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б.	151
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ПОЄДНАННІ АУТОІМУННОГО ТИРЕОІДИТУ ТА ОСТЕОАРТРИТУ Пасієшвілі Л. М., Коряк В. В., Пасієшвілі Т. М.	152
ЗНАЧЕНИЕ ТИПОВ СУТОЧНЫХ ПРОФИЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Петренко Е. В.	153
ЗНАЧЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ПРОЯВІВ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА ЇХ УСУНЕННЯ Пилипенко І. І., Чайгирева Л. В., Лобанова О.О., Заячук В. М.	154
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ З ОЖИРІННЯМ Пилипів Л. І., Радченко О. М., Мазур М. В.	155
СИСТЕМА ФАРМАКОНАГЛЯДУ ЯК ФАКТОР ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ТА НАСЛІДКІВ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Пімінов О. Ф., Квітчата Г. І., Шульга Л. І., Якущенко В. А.	156
CARDIAC REMODELING IN PATIENTS WITH COPD COMBINED WITH OBESITY Pionova O., Volokadze Ie.....	157
НАДПОЧЕЧНИКИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ НЕРВНОГО ГРЕБНЯ Плаксина Е. М., Сидоренко О. С., Легач Е. И., Божок Г. А.	158
АНТИШЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ Погорелов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Стебліна Н. П., Прохоренко В. Л., Лисицька Н. А.....	159

ВИЗНАЧЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	
Поліщук О. Ю., Пастернак Н. І., Юрценюк О. С., Пендерецька О. М.	160
ВИКОРИСТАННЯ ЕПЛЕРЕНОНУ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	
Полянська О. С., Ташук В. К., Гулага О. І., Хребтій Г. І., Амеліна Т. М.	161
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАЛЕЖАТЬ ДО СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП	
Попова Т. М., Карабан О. М., Циганкова Т. І., Багмут І. Ю.	162
ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА В ЗАВИСИМОСТІ ОТ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С НАЖБП	
Потапенко А. В., Колесникова Е. В., Шуть И. В.	163
ЗАГАЛЬНИЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕРИТРОЦИТАРНИХ ВКЛЮЧЕНЬ У НОРМІ ТА ПРИ БАБЕЗІОЗІ	
Похил С. І., Торяник І. І., Малий В. П., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А., Костиря І. А., Грибова М. А.	164
КОМОРБІДНІСТЬ БАБЕЗІОЗУ ТА ЇЇ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ	
Похил С. І., Торяник І. І., Тимченко О. М., Чигиринська Н. А., Костиря І. А.	165
КЛАССЫ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ НА ГОДОВОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	
Починская М. В.	166
ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	
Присяжнюк І. В.	167
ЗВ'ЯЗОК Т894G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ ІЗ РІВНЕМ СТАБІЛЬНИХ МЕТАБОЛІТІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	
Присяжнюк І. В., Пашковська Н. В.	168
ДИНАМИКА ФЕТУИНА-А ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
Просоленко К. А., Молодан В. И., Олаволе Олавале	169
ВИЗНАЧЕННЯ КОРТИЗОЛУ КРОВІ ЯК МАРКЕРА СТРЕСУ	
Радченко О. М., Комариця О. Й.	170
СУБКЛІНІЧНЕ ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ ЗА УМОВ ПОСДНАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ГІПОТИРЕОЗУ	
Радченко О. М., Оленич Л. В.	171
ВИСОКИЙ РІВЕНЬ СІРОВАТКОВОГО ІНТЕРЛЕЙКІНУ 17А ЯК МАРКЕР ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З РЕМІСІЄЮ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
Рекалова О. М., Панасюкова О. Р., Матвієнко Ю. О., Ясир С. Г., Грабченко Н. І., Сінгаєвський М. Б.	172

МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ L-АРГЕНІНОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ПОЕДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Риндіна Н. Г.	173
ДИНАМІКА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-6, ПАРАМЕТРІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Аянтунджи Флоренс	174
ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ В ПРОФІЛАКТИЦІ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ ХВОРОБИ ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА У ПІДЛІТКІВ Різниченко О. К., Глейзер А. С.	175
PREVALENCE SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN MEDICAL STUDENTS Romash I. B.	176
ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ, ЩО ОТРИМУВАЛИ ТРИВАЛЕ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ Ромаш І. Р., Винник М. І.	177
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШОГО ВІКУ Ромаш Н. І., Тимків І. В., Близнюк М. В., Ромаш І. Б.	178
ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК СПРИЯЮЧИЙ ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВИХ АРИТМІЙ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ Росул М. М., Бугір І. В., Корабельщикова М. О., Іваньо Н. В.	179
ЧАСТОТА РОЗВИТКУ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ЗАСТОСУВАННЯ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ Росул М. М., Шютева К. М.	180
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ З ПОЄДНАННЯМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ Руденко М. І.	181
ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ Рудик Ю. С., Лазіди К. Л.	182
СЕРДЕЧНО-ЛОДЫЖЕЧНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ИНДЕКС КАК МАРКЕР ЖЕСТКОСТИ СОСУДОВ Рудык Ю. С., Удовиченко М. М.	183
САЛІВАЦІЙНА ФУНКЦІЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ОСТЕОАРТРОЗУ Рудяга Т. М.	184
ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРШОЇ ПОХІДНОЇ ЗУБЦЯ Т ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Руснак І. Т., Гінгуляк О. М., Амеліна Т. М., Савчук О. В., Стецик Н. І.	185

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ НА ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	
Савохина М. В.	186
ЧАСТОТА УСКЛАДНЕНЬ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОВЕДЕНОЇ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ	
Савчук Н. В., Мергель Т. В., Гриджук Т. І., Сарапук І. В., Сарапук О. Р., Юсипчук У. В., Глушко Н. Л.	187
МЕТЕОРОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ, ЯК ДОСТОВІРНИЙ ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ АРИТМІЙ	
Савчук О. В., Хребтій Г. І., Стецик Н. І., АльСалама М. В., Скулінець Т. К.	188
ВИВЧЕННЯ РОЛІ ЦИРКУЛЮЮЧИХ МІКРОРИБОНУКЛЕЇНОВИХ КИСЛОТ В МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСАХ ПРИ ПОЄДНАННІ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Самохина Л. М., Беседіна А. С.	189
ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА ПРОЦЕССЫ ТКАНЕВОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ У КРЫС	
Самохина Л. М., Ломако В. В.	190
ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА АКТИВНОСТЬ КАЛЬПАИНОВ У КРЫС	
Самохина Л. М., Ломако В. В., Бабийчук Г. А.	191
ВПЛИВ БІЛКОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ	
Семенових П. С., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Якименко Ю. С.	192
ВПЛИВ ХОЛОПЛАНТУ НА МОТОРНУ ФУНКЦІЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ	
Сенюк Б. П., Малкович Н. М.	193
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ ПРИ ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Середюк В. Н., Вакалюк І. П., Середюк Н. М.	194
ВПЛИВ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ НА ЗАЛИШКОВУ РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ПЕРЕДДІАБЕТОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Серік С. А., Комір І. Р.	195
ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА И РОЗУВАСТАТИНА НА УРОВНИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И БЕЗ НЕГО	
Серік С. А., Рябуха В. В., Бондарь Т. Н.	196
ЗАЛИШКОВА РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ У ВІДПОВІДЬ НА КЛОПІДОГРЕЛЬ ТА ПОВТОРНІ СЕРЦЕВО-СУДИННІ ПОДІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПІСЛЯ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПРИЙОМІ ПОДВІЙНОЇ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ	
Серік С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. О., Бондар Т. М., Кліменко Т. І.	197

ЗАЛИШКОВА РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ НА ТЕРАПІЇ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЮ КИСЛОТОЮ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Ченчик Т. О.	198
ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ Сидоренко Г. В., Білий Д. О.	199
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ ТА ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ПОДАГРОЮ Синиця Ю. П.	200
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ФОНІ СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Синько У. В., Вакалюк І. П., Середюк В. Н.	201
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ СТЕНОЗУ КОРОНАРНИХ СУДИН З ТИПАМИ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Сипало А. О.	202
АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ ІЗ ОЖИРІННЯМ Слаба О. Р., Мазур М. В.	203
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ Смирнова В. И., Ащеулова Т. В., Амбросова Т. Н.	204
EXPERIENCE OF USING ANTIHISTAMINES IN TREATMENT OF CUTANEOUS ADVERSE DRUG REACTIONS Sorokopud O. O., Radchenko O. M.	205
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА Стародуб Н. Ф., Самохина Л. М.	206
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ МИОКАРДИАЛЬНЫЕ МЫШЕЧНЫЕ МОСТИКИ Стародубов О. Д., Ефремова О. А., Камышникова Л. А., Погурельская Е. П.	207
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ Стародубцева Д. В., Бабаджан В. Д.	208
ГЕМОДИНАМІЧНІ ТА МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ Старченко Т. Г., Конькова В. С., Шкапо В. Л., Пенькова М. Ю.	209
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Стахова А. П., Синиця Ю. П., Тарасенко О. М.	210

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	
Стахова А. П., Шепетько І. С.	211
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ТА ЇЇ ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ	
Стецик Н. І., Руснак І. Т., Іванчук П. Р., Савчук О. В., Гречко С. І.	212
СТАН СЕРЦЯ У ГЕЛІКОБАКТЕР-ПОЗИТИВНИХ ТА НЕГАТИВНИХ ОСІБ	
Стрільчук Л. М.	213
КАРДІОВАСКУЛЯРНА КАЛЬЦИФІКАЦІЯ У ХВОРИХ ІЗ НЕДІАЛІЗНОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК: ЕФЕКТИВНІСТЬ НОВИХ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕСТІВ	
Сусла О. Б., Швед М. І., Гоженко А. І., Михайлів Л. М.	214
ОЦІНКА КАРДІОГЕМОДИНАМІЧНИХ, МЕТАБОЛІЧНИХ ЗМІН ТА РІВНІВ АПЕЛІНУ-12 І ОБЕСТАТИНУ НА ТЛІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Табаченко О. С., Хасані Амонзода	215
НАБУТИЙ ЕРИТРОЦИТОЗ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ ВАДІ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ ІЗ ДЗЕРКАЛЬНИМ РОЗТАШУВАННЯМ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ В КОМБІНАЦІЇ З ПРИЙОМОМ ЛІКІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ГІПЕРУРИКЕМІЇ – ЯК РІДКІСНА ПРИЧИНА ВТОРИННОЇ ТОФУСНОЇ ПОДАГРИ	
Тарасенко О. М., Стахова А. П.	216
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА. НЕЙРОМЕДІАТОРИ ТА ВАЗОАКТИВНІ ЧИННИКИ В ПАТОГЕНЕЗІ ЙОГО РОЗВИТКУ	
Тащук В. К., Полянська О. С., Маковіччук І. О.	217
СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ	
Тихонова Л. В., Єскін О. Р., Григорова І. А., Тесленко О. О.	218
ВИСЦЕРАЛЬНИЙ ЖИР І АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ	
Ткаченко О. В., Строна В. И., Смолкин И. М., Корнейчук И. А.	219
СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА: РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	
Толстова Т. Н.	220
«НЕМАЯ» НЕФРОПАТИЯ – ЕТАП ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА	
Топчий И. И.	221
АЛІМЕНТАРНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ ТА ЙОГО МІКРОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА	
Торяник І. І.	222
КЛІНІЧНА СМЕРТЬ ЯК КІНЦЕВА СТАДІЯ ЖИТТЯ	
Торяник І. І.	223
РЕСПІРАТОРНИЙ ХЛАМІДІОЗ. ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ	
Торяник І. І.	224

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ З ПІДВИЩЕНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА Фадєєнко Г. Д., Гальчінська В. Ю., Кушнір І. Е., Чернова В. М., Панченко Г. Ю., Фролова-Романюк Е. Ю.....	225
БІОІМПЕДАНСНИЙ АНАЛІЗ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ У ДІАГНОСТИЦІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.....	226
ВЛИЯНИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ И ОТКАЗА ОТ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КУРЕНИЯ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У КУРЯЩИХ, ПЕРЕШЕДШИХ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА Фарсалинос К. Е.	227
ИЗМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ОСТРОЙ ПРОБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ СИГАРЕТ И ЭЛЕКТРОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ НИКОТИНА Фарсалинос К. Е.	228
РЕАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ПОТЕНЦІЙНОЇ ДІЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ Хомазюк І. М., Настіна О. М., Хомазюк В. А.	229
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТА АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ Хребтій Г. І., Поліщук О. Ю., Гречко С. І., Савчук О. В.....	230
СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ Хребтій Г. І., Трутяк В. Я., Білецький В. Я., Назарчук М. С., Злонікова К. М.	231
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Хребтій Г. І., Трутяк В. Я., Білецький В. Я., Назарчук М. С., Злонікова К. М.	232
МОЖЛИВОСТІ 2D-СПЕКТ-ТРЕКІНГ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЇ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ГОСТРІЙ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВИХ АРТЕРІЙ Целуйко В. Й., Яковлева Л. М., Сухова С. М., Кіношенко К. Ю.	233
ГІПОКСІЯ ТА НЕДОСТАТНІСТЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ГЕНЕЗІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ Цимбалюк В. І., Торяник І. І., Колесник В. В.....	234
ФИТОПРЕПАРАТ НОРМОМЕНС В ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА Цубанова Н. А., Барская А. В., Цубанова Э. С.....	235
СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ РОЗВИТКУ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ Чайгирева Л. В., Пилипенко І. І., Лобанова О. О., Пітулей О. Г.	236

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОЖИРІННЯ ТА ЛОКАЛІЗАЦІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ СЕРЕД ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ ТА ГОНАРТРОЗ Черкасова Г. В., Курята О. В., Губарик О. В.	237
КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ SERED ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КУЛЬШОВИХ ТА КОЛІННИХ СУГЛОБІВ Черкасова Г. В., Курята О. В., Губарик О. В.	238
ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ Черкасова О. Г., Єсауленко І. А., Данилова Г. В.	239
АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ОРГАНІЗМУ МИШЕЙ ПІЗНЬОГО ОНТОГЕНЕЗУ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ КРІОКОНСЕРВОВАНИХ ЕКСПЛАНТІВ ПЛАЦЕНТИ Чуб О. В., Мусатова І. Б., Прокопюк Ю. В., Карпенко В. Г.	240
РОЛЬ sCD40L ЯК УНІВЕРСАЛЬНОЇ ЛАНКИ ПАТОГЕНЕЗУ, ЩО ОБ'ЄДНУЄ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Шапаренко О. В.	241
САРКОЇДОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ НА ПРИКАРПАТТІ Швець К. В., Островський М. М.	242
ВИВЧЕННЯ ПОШИРЕННЯ ТА ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ У ПОЄДНАННІ ІЗ СУПУТНЬОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ Шевчук-Будз У. І., Островський М. М.	243
АРИТМИИ СЕРДЦА ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕМНЫХ ЖИВОТНЫХ, ВЫЗВАННЫЕ ИСКУССТВЕННЫМ ГИПОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ Шило А. В., Ломако В. В., Бабийчук Г. А.	244
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ Шкапо В. Л., Несен А. О., Валентинова І. А.	245
ЕФЕКТИВНІСТЬ ДОНАТОРІВ NO (АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ ТА АРГІНІНУ АСПАРТАТУ) У КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Штефюк О. В.	246
ХРОНОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ Шульга Л. И., Цубанова Н. А., Немченко Е. В.	247
ОРГАНОПРОТЕКТОРНИЙ ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА НИРКИ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Щербань Т. Д., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Семенових П. С.	248
КОМПЛАЕНС ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, К НАЗНАЧЕННОЙ ТЕРАПИИ Щукина Е. С., Коваль Е. А., Щукина Л. А.	249
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРАДИЦІЙНИМИ ЛАБОРАТОРНИМИ МАРКЕРАМИ ЗАПАЛЕННЯ, СПЕКТРОМ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК Яременко О. Б., Новосад Д. І., Юр'єва Г. О., Матіяшук І. Г.	250

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ЗМІНАМИ НА МРТ У ХВОРИХ ЗІ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Яременко О. Б., Шинькарук Ю. Л., Федьков Д. Л., Меліксетян А. В.	251
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДУ ОЦІНКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК В ПЕРИМЕНОПАУЗІ Ярьсько М. В., Колесникова Е. В.	252

Комп'ютерна верстка: Грідасова Л. М.

Адреса редколегії:
ДУ “Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”
просп. Любові Малої, 2-а, м. Харків, 61039, Україна
E-mail: info@therapy.gov.ua
www.therapy.org.ua

Підписано до друку 14.10.2016 р. Формат 60x84 1/16.
Ум. друк. друк. арк. 23,07. Замовлення № 0414-2
Гарнітура Times New Roman. Наклад 150 прим.
Видавництво ТОВ «Дім Реклами»
61010, м. Харків, пр. Гагаріна 10/1
Свідоцтво про реєстрацію суб'єкта видавничої справи ДК № 4822 від 19.12.2014 р.