

МАТЕРІАЛИ

**Всеукраїнської науково-практичної конференції
молодих учених**

**«МЕДИЧНА НАУКА
В ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

(Полтава, 9 грудня 2016 року)

Гончаров О.В., Бондаренко Д.А., Максименко Ю.А., Соїнікова А.В., Томішина Є.Л., Ялинська Н.І.	24
ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕКОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПОВІТРЯНОГО БАСЕЙНУ МІСТА ОДЕСИ	
Горіла М.В., Галагур Н.О.	26
НЕІНВАЗИВНІ МЕТОДИ СКРІНІНГОВОЇ ДІАГНОСТИКИ	
Городинська О.Ю.	27
ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ЙОДУ НА ДИНАМІКУ ПОШИРЕНОСТІ ГІПОТИРЕОЗУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА В УКРАЇНІ	
Данилишин Т.М., Хухіна О.С., Антофійчук М.П.	28
ПОШИРЕНІСТЬ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ НА ЛІКУВАННІ В ОКУ «ЛШМД» М. ЧЕРНІВЦІ	
Дяків-Корейба Н.І.	28
КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БІЛІАРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	
Дедунов С.В.	29
ГІГІЄНИЧНІ УМОВИ ПРАЦІ ПРИ ВИВЕЗЕННІ ГРНИЧОЇ МАСИ З КАР'ЄРІВ У СУЧАСНІЙ ГРНИЧОДОБУВНІЙ ПРОМИСЛОВОСТІ	
Дубовик Є.І., Гарбузова В.Ю., Атаман О.В.	30
ВИВЧЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ARG406ARG ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА Г-ГЛУТАМІЛ КАРБОКСИЛАЗИ З РОЗВИТКОМ ШЕМІЧНОГО АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ОСІБ РІЗНОЇ СТАТІ	
Живилко В.В.	31
АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ПІДХОДІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛОПЕЦІЮ	
Завгородня Н.Ю., Лук'яненко О.Ю., Ягмур В.Б., Коненко І.С.	33
ЖОРСТКІСТЬ ПАРЕНХИМИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ	
Зубченко С.О., Маруняк С.Р.	34
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	
Катеренчук О.І.	35
ОЦІНКА ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	
Коваленко О.О.	35
ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ СТАНДАРТАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА КРАЇН ЧЛЕНІВ – ЄС	
Куласць В.М., Куласць Н.М.	37
НПЗП-ІНДУКОВАНА ГАСТРОПАТІЯ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ, ПОЄДНАНИЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ В АНАМНЕЗІ	
Кухта О.П., Александрук О.Д.	38
ВИПАДІННЯ ВОЛОССЯ: АКТУАЛЬНЕ СЬОГОДЕННЯ ТА ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ У ЖІНОК	
Ковальова О.М., Артёмова Н.С., Соловійова Г.О., Калюжка О.О.	38
ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ III – IV СТУПЕНЮ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ	
Лазіди К.Л., Рудик Ю.С.	39
ЧИ ВПЛИВАЄ ДИСБАЛАНС ЕЛЕКТРОЛІТІВ НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ?	
Лоскутов О.А., Жежер А.О., Грекул Н.А.	40
РИЗИКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ГЕМОТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ	
Ляховська Н.В., Сакевич В.Д., Ляховський В.І.	41
ПОЛІМОРФІЗМИ ГЕНІВ ТОЛЛ - ПОДІБНИХ РЕЦЕПТОРІВ 2, 4 ПРИ АЛЕРГІЧНОМУ РИНИТІ ТА АСТМІ	
Медвідь І.І., Бабінець Л.С., Герасимець І.І., Дуць Р.П.	41
ВИКОРИСТАННЯ АДАПТОГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ З СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ	
Меленевич А.Я.	42
ПРОГНОЗУВАННЯ МАЙБУТНІХ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ПІДСТАВІ АНАЛІЗУ СУЧАСНИХ ОЦІНОЧНИХ ТЕСТІВ	
Меденцева О.О., Рудик Ю.С.	43
ПОЛІМОРФНІ ВАРІАНТИ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНА M235T ТА РІВЕНЬ ST2 У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Мехтиева А.Ф.	44
К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	
Мусаев Р.Г.	45
СОСТОЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	
Ніколенко Д.Є., Бойко Д.М.	46
ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ЗАПАЛЕННЯ ТА ПРОЦЕСІВ ФІБРОГЕНЕЗУ В УШКОДЖЕНИХ ТКАНИНАХ ХВОРИХ НА САРКОІДОЗ	
Ofori Ishmael Nii, Igor Vakaljuk, Chinyerenwa Okara, Oleg Libryk	46
EFFECT OF OMACOR ON CARDIOVASCULAR EVENTS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PAROXYSMAL AND PERSISTENT ATRIAL FIBRILLATION	
Олексієнко Я.М.	47
РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МІКРОБНОГО СПЕКТРУ СЕЧІ У ДІТЕЙ З НЕУСКЛАДНЕНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ.	
Онуфрович О.К., Фафула Р.В., Єфремова У.П., Воробець Д.З., Воробець З.Д.	48
АРГІНАЗНА АКТИВНІСТЬ СПЕРМАТОЗОЇДІВ ЧОЛОВІКІВ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ПАТОСПЕРМІЇ	

генної інтоксикації зменшилась у середньому на 6,9 %. У групі ЗКЛ+мебікар динаміка була більш вираженою – 16,2 % і 17,8 %, відповідно. Найбільш значне покращення стану спостерігалось у пацієнтів, що додатково приймали курс ПБРА разом із мебікаром (41,2 % і 35,2 %, відповідно).

Таким чином, за отриманими показниками до початку і після лікування хворих на ГХ із супутнім ХП у фазі нестійкої ремісії, було встановлено, що комбінація ЗКЛ із вегетостабілізуючим препаратом мебікаром, а особливо з курсом апікації за методом Ляпка більш ефективно впливає на клінічний стан, вираженість ендогенної інтоксикації та показники системи антиоксидантного захисту.

УДК 616.24 – 002.2 – 07– 037

Меленевиц А.Я.

ПРОГНОЗУВАННЯ МАЙБУТНІХ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ПІДСТАВІ АНАЛІЗУ СУЧАСНИХ ОЦІНОЧНИХ ТЕСТІВ

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є гетерогенним захворюванням із системними проявами, які впливають на особливості перебігу та можливі наслідки. Поширеність ХОЗЛ серед населення в усіх вікових групах близько 1%, а серед осіб у віці ≥ 40 років різко зростає до $> 10\%$ (Charman K.R., Mappino D.M., Soriano J.V. et al., 2006). За останніми даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ХОЗЛ призводить до загибелі $\geq 2,9$ мільйона осіб на рік.

Мета. Пошук найбільш значущих провісників несприятливих подій у майбутньому у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Ми проаналізували сучасні оціночні тести та оцінили їх прогностичний потенціал у передбаченні майбутніх несприятливих подій у хворих на ХОЗЛ.

Результати досліджень. Серед провісників подальшого перебігу ХОЗЛ окрім об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ₁), розглядають гіперреактивність дихальних шляхів, гіпоксемію, гіперкапнію, гіперінфляцію легень, легеневу гіпертензію, гіпотрофію, зниження толерантності до фізичних навантажень, зниження якості життя, анемію, коморбідну патологію та інші.

Ще у 2004 році Celli B.R. та колеги запропонували прогностичний індекс BODE, що включає індекс маси тіла (ІМТ), вираженість обструкції, тяжкість задишки, толерантність до фізичних навантажень. Шкала оцінки індексу BODE 10-бальна – чим вище індекс, тим важче прогноз (а саме підвищується ризик смерті). Автори індексу підтвердили валідність запропонованого ними тесту в проспективному дослідженні за участю 625 хворих на ХОЗЛ, з яких 162 померли протягом періоду спостереження від респіраторних та інших причин. Всі учасники дослідження були розподілені на 4 квартали за кількістю балів індексу BODE (1 квартал – від 0 до 2 балів, 2 – від 3 до 4 балів, 3 – від 5 до 6 балів, 4 – від 7 до 10 балів). Серед хворих 4 квартилю смертність досягла 80% за 52 місяця. Також визначено, що результат BODE ≥ 7 пов'язаний з 30% 2-річною смертністю, 5-6 пов'язаний з 15% 2-річною смертністю, а якщо результат індексу BODE ≤ 5 , 2-річна смертність становить менше 10%. Індекс BODE може зменшуватись під впливом реабілітаційних та лікувальних заходів, що дозволяє його використовувати в якості критерія оцінки ефективності терапії.

Індекс HADO, запропонований Esteban C. та колегами, у 2006 році, включає оцінку загального самопочуття за опитувальниками якості життя, рівень фізичної активності, тяжкість задишки та вираженість обструкції. Знову ж за цим індексом оцінювали смертність від усіх причин, але на відміну від BODE, HADO краще прогнозував ризики у хворих з середньою тяжкістю обструкції, BODE ж зарекомендував себе ліпше у хворих з ОФВ₁ $< 50\%$.

Briggs A. та колеги у 2008 році представили новий прогностичний індекс для ХОЗЛ - CPI (prognostic index for COPD), який здатний передбачати не тільки смертність, а й майбутні загострення та госпіталізації. CPI є комплексним, і включає якість життя, ступінь бронхообструкції, вік хворого, ІМТ, загострення та серцевосудинні захворювання. Цей індекс досить простий, більш практичний для використання у закладах первинної медичної допомоги. CPI прогнозує смертність від усіх причин.

Kostianec S.S. та колеги у 2008 році запропонували індекс DOREMI BOX, до складу якого входять задишка, обструкція, частота загострень, толерантність до фізичних навантажень, ІМТ, порушення оксигенації крові. Індекс мав хорошу прогностичну здатність щодо смертності в невеликій когорті протягом тривалого періоду спостереження.

Ruhan M.A. та колеги у 2009 році запропонували для прогнозування несприятливих подій у майбутньому індекс ADO, який включає вік хворого, тяжкість задишки та вираженість обструкції. Валідність індексу ADO була підтверджена авторами в 2012 році на підставі аналізу результатів масштабного міжнародного дослідження за участю 13914 хворих на ХОЗЛ (10 європейських та американських когорт), спостереження за якими тривало 3 роки. В результаті отримана 15-бальна шкала з прогнозування ризику 3-річної смертності.

Новий провісник майбутніх несприятливих подій у хворих на ХОЗЛ був запропонований також у 2009 році Jones R.C. та колегами. Індекс DOSE включає тяжкість задишки, вираженість обструкції, куріння та частоту загострень. Індекс був затверджений на підставі проспективних досліджень у різних медичних закладах Голландії, Японії та Великобританії. 8-бальна шкала оцінки індексу DOSE відображає важкість перебігу ХОЗЛ та прогнозує майбутні загострення.

Супутні захворювання суттєво впливають на прогноз хворих ХОЗЛ, що призвело до створення прогностичних індексів, що поряд із загальноприйнятими критеріями тяжкості, включають коморбідну патологію. У 2012 році Divo M. та колеги представили результати дослідження, метою якого був пошук найбільш прогностично несприя-

тливих супутніх ХОЗЛ захворювань. Дослідження проводилось у п'яти центрах, де спостерігали за 1664 хворими на ХОЗЛ з 79 коморбідними захворюваннями, та тривало у середньому 51 місяць. За допомогою багатовимірного аналізу, виходячи з супутніх захворювань, які збільшують ризик смерті, розраховано індекс коморбідності ХОЗЛ (COPD-specific-morbiditytest (COTE)). З 79 супутніх захворювань 12 негативно впливали на виживання хворих та були включені в індекс COTE. Із найбільшою смертністю асоційовані онкологічні (рак легень, підшлункової залози, стравоходу та молочних залоз), легеневі (легеневий фіброз), кардіологічні (фібриляція передсердь, застійна серцева недостатність та ішемічна хвороба серця), гастроінтестинальні (виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, цироз печінки), ендокринні (цукровий діабет з нейропатією), та психіатричні (тривожність) захворювання. Індекс COTE доповнює індекс BODE та підвищує його прогностичну цінність у прогнозуванні смертності хворих на ХОЗЛ.

Almagro P. та колеги у 2014 році представили індекс CODEX, що включає коморбідну патологію, вираженість обструкції, тяжкість задишки та попередні тяжкі загострення. Вплив коморбідної патології на прогноз хворих оцінюється за індексом Чарлсона. За результатами досліджень, CODEX є корисним для коротко- та середньострокового прогнозування загострень, госпіталізації та смертності у хворих на ХОЗЛ.

Для оцінки прогнозу пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, госпіталізованих у стаціонар, Steer J. та колеги у 2012 році запропонували шкалу DECAF, яка містить такі показники, як задишка, еозинофілія $1,05 \times 10^9/\text{л}$, консолидація, ацидоз – рН крові $< 7,3$ та фібриляція передсердь. Шкала DECAF – простий та ефективний предиктор смертності серед хворих на ХОЗЛ, госпіталізованих з загостренням, та має не тільки прогностичний потенціал, а й допомагає лікарю вирішити питання інтенсивності і місця лікування.

Висновки

Таким чином, хоча ОФВ₁ залишається найважливішим показником ступеня тяжкості при ХОЗЛ, є також інші маркери смертності у хворих на ХОЗЛ, що дедалі стають більш влучними. Головними серед провісників смертності є задишка, толерантність до фізичних навантажень та ІМТ. Докази на користь несприятливого прогнозу у хворих на ХОЗЛ мають також легенева гіпертензія та гіперінфляція легень. Індекси з прогнозування наслідків ХОЗЛ, що є в арсеналі на сьогоднішній день, корисні не лише у передбаченні майбутніх несприятливих подій, а й в оцінці впливу лікування та реабілітації. Найбільш перевіреною у багатомасштабних проспективних дослідженнях є індекс BODE. Перспектива майбутніх досліджень полягає у розробці найбільш прогностично значущих критеріїв на підставі всебічної оцінки ХОЗЛ з урахуванням коморбідної патології та впровадженні оціночних тестів у практичну діяльність лікарів.

УДК 616.12-008.46-036.12-092: 616.379-008.64: 577.175.852

Меденцева О.О., Рудик Ю.С.

ПОЛІМОРФНІ ВАРІАНТИ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНА M235T ТА РІВЕНЬ ST2 У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

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

Актуальність теми. Хронічна серцева недостатність (ХСН) є серйозною і виснажливою хворобою, що називають неінфекційною епідемією XXI століття. На сьогоднішній день відомо, що поліморфізм M235T гена ангіотензиногена (AGT) пов'язаний зі схильністю до гіпертонії, ішемічної хвороби серця і фібриляції передсердь. Крім того, деякі дослідження виявили зв'язок між поліморфізмом M235T і серцевою недостатністю, а інші ж, навпаки, не виявили такої. ST2 експресується в серці у відповідь на патологічні зміни, викликані хронічними захворюваннями або гострими ушкодженнями. Він відображає процес ремоделювання і фіброзу міокарда.

Мета дослідження. Вивчити клініко-генетичні аспекти впливу поліморфних варіантів гена ATG M235T у хворих із ХСН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (зФВ ЛШ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу на рівень ST2.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 132 хворих із ХСН II-III ФК за NYHA зі зФВ ЛШ (58 чоловіків та 74 жінки), серед них 82 пацієнти з ЦД 2 типу та 50 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 $7,48 \pm 5,3$ років. Додатково для визначення алелей і генотипів поліморфного гена ATG 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). Діастолічну функцію (ДФ) ЛШ оцінювали ультразвуковим методом на апараті Vivid3 (Японія) з механічним датчиком 3,5 МГц. Визначали співвідношення швидкості раннього діастолічного наповнення ЛШ до швидкості потоку в систолу (E/A), час ізвольомічного розслаблення (IRVT) та час уповільнення кровотоку раннього діастолічного наповнення (DcT). Статистичну обробку отриманих даних проведено із використанням пакета статистичних програм.

Результати. Частота генотипів M235T ATG у хворих із ХСН зі зФВ ЛШ без ЦД 2 типу становила: ММ генотип – 25%, МТ генотип – 50%, ТТ генотип – 25%, у хворих із ХСН із зФВ ЛШ та ЦД 2 типу становила: ММ генотип – 24,1%, МТ генотип – 48,2%, ТТ генотип – 27,7%. Розподіл генотипів в групі контролю був наступним: ММ генотип –