

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ “ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ”
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1 ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції

**“ЩОРІЧНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ:
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ”**

Підписано до друку 20.03.2012 р. Формат 60х90 1/16,
Папір офсетн. Друк – Різографія. Ум. друк. арк. 8,7
Гарнітура Times New Roman. Наклад 100 прим. Зам. №237/9
«ФОП Ліпкіна С.Е.»
Свідоцтво про державну реєстрацію № 203377 від 13.12.2007 р.

19-20 квітня 2012 року

Харків
2012

УДК: 616.1/4-084-07-085
Щ 33

Відповідальний редактор
Г.Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:
Бабак О.Я., Волков В.І., Гріднєв О.Є., Коваль С.М., Копиця М.П.,
Крахмалова О.О., Рудик Ю.С., Топчій І.І., Белозьорова С.В., Богун Л.В.

Відповідальний секретар: Грідасова Л.М.

Щ 33 “Щорічні терапевтичні читання: оптимізація профілактики,
діагностики та лікування в клініці внутрішніх хвороб”: Матеріали
науково-практичної конференції, 19-20 квітня 2012 р. /за ред.
Г.Д. Фадєєнко та ін.; НАМН України та ін. – Х., 2012. – 299 с.

Адреса редколегії:
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”
просп. Постишева, 2-а, м. Харків, 61039, Україна
E-mail: info@therapy.gov.ua
www.therapy.org.ua

**ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С – ФАКТОР АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**
Шустваль Н.Ф., *Волобуева О.В., *Лядова Т.И.
Харьковская медицинская академия последипломного образования,
*Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина..... 261

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОЛИПРЕЛА БИ-ФОРТЕ ПРИ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**
Шустваль Н.Ф., Мишук Н.Е., Ещенко К.Н., Матузок О.Э.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина..... 262

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНАХ ТВАРИН ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ГОСТРОЇ
ТОКСИЧНОСТІ НОВИХ СИНТЕТИЧНИХ СПОЛУК З ПРИМІДИНОВИМ
ФРАГМЕНТОМ**
**Щербак О.М., Андрєєва І.Д., Казмірчук В.В., Погоріла М.С., Євсюкова В.Ю.,
Клиса Т.Л.**
ДУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”, м. Харків..... 263

АНАЛІЗ АКТУАЛЬНОСТІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ПРИ БІЛІАРНІЙ ПАТОЛОГІЇ
Щербиніна М.Б., Гладун В.М.
ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ..... 264

**ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИКАТОРА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВТОРИННОГО РІВНЯ ПАЦІЄНТАМ З ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОЇ
СИСТЕМИ В РОЗДІЛІ ДІАГНОСТИКИ**
Щербиніна М.Б., Закревська О.В.
ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ..... 265

ОПТИМІЗАЦІЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
Щербиніна М.Б., Скирда І.Ю.
ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ..... 266

**ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ
КИШКИ**
Яцишин Р.І., Петрина В.О., Шевчук І.М., Шаповал О.А.
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна..... 267

**ВПЛИВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ НА ПРОЦЕСИ
ФІБРОЗООУТВОРЕННЯ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ**
Яцишин Р.І., Шаповал О.А., Вишиванюк В.Ю., Шевчук І.М., Петрина В.О.
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна..... 268

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ Храмцова В.В. ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск.....	253
КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЇ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ ОЖИРІННІ: ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТИНІВ І ФІБРАТІВ Чернишов В.А. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	254
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МЕТОДОМ ШАГОВО-ДИСКРИМИНАНТНОГО АНАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ Чёрная Ю.А. Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина.....	255
ПЛАЗМИД-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ Чуб О.И., Бильченко А.В. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	256
ВЗАЄМОЗВ’ЯЗКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СЕРЦЯ І С-КІНЦЕВОГО ТЕЛОПЕПТИДУ ПРОКОЛАГЕНА І ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК Шалімова А.С., Кочуєва М.М., *Просоленко К.О. Харківська медична академія післядипломної освіти, *Харківський національний медичний університет, Україна.....	257
ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ Шатило В.Б., Іщук В.О., Бондаренко О.В., Чижова В.П., Наскалова С.С. ДУ “Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України”, м. Київ.....	258
РОЛЬ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФЕНОТИПАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Шевчук В.В., Федів О.І. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.....	259
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІЗИНОПРИЛУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Шкапо В.Л., Несен А.О., Пенькова М.Ю., Каташова О.В. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків, Україна.....	260

СОЦИАЛЬНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Акерми Жаафар

*ГУ “Запорожская медицинская академия последипломного образования”,
Украина*

В исследовании проанализировано архивные данные историй болезни, амбулаторные карточки и результаты биопсии 140 больных с тяжелым течением язвенной болезни (ЯБ) желудка и ЯБ двенадцатиперстной кишки, которые проходили лечение в ГБ № 9 г. Запорожья на протяжении 2009 года. Среди них было 94 мужчины (67,2 %) и 46 женщин (32,8 %).

В первом периоде зрелого возраста (20-35 лет) находились 21,2 % мужчин и 10,8 % женщин с тяжелым течением ЯБ. 10 % пациентов-мужчин имели сопутствующую патологию (2,8 нозологических форм на пациента). Преобладали заболевания дыхательной системы (ДС) (5 %) и печени (5 %).

Во втором периоде зрелого возраста (35-55 лет) находились 19,1 % мужчин и 30,4 % женщин, безработных было в 3 раза меньше, чем в 1 периоде зрелого возраста, причем безработных женщин было в 3 раза больше, чем безработных мужчин в этой группе. Сопутствующая патология была у 44 % муж., 28,5 % женщин (4,2 заболевания на пациента). Преобладали заболевания ССС (27,7 %) и ДС (11,1 %).

Количество пациентов пожилого возраста (55-75 лет) превосходили количество пациентов из 1-го и 2-го периодов зрелого возраста (46,8 % мужчин и 36,9 % женщин). Сопутствующая патология была у 36,3 % мужчин и у 76,4 % женщин. На каждого пациента приходилось по 5,6 заболеваний. Преобладали заболевания ССС (36,3 % у мужчин и 76,4 % у женщин), ДС и опорно-двигательного аппарата (ОДА), вегетативной нервной системы.

В группе больных старческого возраста (более 75 лет) было 12,7 % мужчин и 21,6 % женщин. Сопутствующие заболевания были у 100 % мужчин, преобладали заболевания ССС (33,3 %), дыхательной системы (41,6 %), опорно-двигательного аппарата и вегетативные нарушения. У женщин сопутствующие заболевания были также у всех, преобладали заболевания ССС (60 %) и ОДА (40 %). На каждого пациента старческого возраста приходилось по 5,9 сопутствующих заболеваний.

Таким образом, предиктором тяжелого течения ЯБ во всех возрастных группах является мужской пол, отсутствие работы. Сопутствующие заболевания начинают проявляться во втором периоде зрелого возраста (35-55 лет).

В зависимости от возраста и пола наблюдается следующая тенденция: в возрасте 20-35 лет тяжелое течение ЯБ преобладает у мужчин в соотношении 2:1; в возрасте 35-55 лет – у женщин наблюдалось чаще, в соотношении 1:1,5; в возрасте 55-75 лет – одинаково часто у мужчин и женщин. В старческом возрасте (> 75 лет) количество мужчин и женщин с ЯБ было примерно одинаковым.

Из сопутствующей патологии, начиная с возраста 55-75 лет, наибольшее значение имеют заболевания ССС и ОДА, при лечении которых больные принимали антиагреганты и нестероидные противовоспалительные препараты.

РІВЕНЬ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЯК ОСНОВНИЙ ПОКАЗНИК ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Александрова М.Я., Свистак В.В., Александров О.Ю.
ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, Україна

Актуальність. Досягнення контролю над перебігом бронхіальної астми (БА) вважають основною метою лікування даного захворювання. Більшість випадків невдалого лікування БА пов'язані з нерозумінням пацієнта сутності даного захворювання, що призводить до неповного дотримання лікувальної тактики з розвитком неконтрольованих форм БА.

Мета роботи: визначити рівень контролю над персистуючою БА середнього ступеню важкості до лікування, оцінити його ефективність на основі аналізу клініко-інструментальних показників та тестування хворих.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 25 хворих із діагнозом: бронхіальна астма, персистуюча, середнього ступеню важкості у фазі загострення, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ЗОКЛ м. Ужгород. Діагноз встановлено, опираючись на нормативні документи МОЗ України (Наказ № 128 від 19. 03. 2007 р.), лікування хворих проведено згідно даного наказу. Рівень контролю перебігу БА встановлювали, використовуючи тест контролю астми (Asthma Control Test – AST).

Результати дослідження. При поступленні на лікування у всіх пацієнтів встановлено неконтрольований перебіг БА, на що вказували денні (до 2-х разів на день) та нічні (до 1 разу на тиждень) напади ядухи, задишка при незначному фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель, що підтверджувалось дослідженням функції зовнішнього дихання (ФЗД): $ОФВ_1 - (65,0 \pm 1,2) \%$, $ФЖЄЛ - (64,5 \pm 1,8) \%$. Опитування хворих згідно AST підтвердило неконтрольований перебіг БА – в середньому $(12,2 \pm 0,04)$ балів. Після лікування спостерігалась виражена динаміка регресу основних клінічних показників захворювання, підтверджена достовірним ростом показників ФЗД: $ОФВ_1 - (74,8 \pm 2,4) \%$ ($p < 0,002$), $ФЖЄЛ - (75,7 \pm 1,4) \%$ ($p < 0,05$) та достовірно вищими балами AST – $(21,6 \pm 0,08)$ балів, що відповідає доброму контролю над перебігом БА. Отже, проведене лікування хворих на персистуючу БА середнього ступеню важкості, дало добрі результати, що підтверджено регресом основних клінічних показників, приростом показників ФЗД та достовірно вищими балами AST в порівнянні з аналогічними показниками до лікування.

Висновки. Таким чином, досягнення доброго контролю над перебігом персистуючої бронхіальної астми середнього ступеню важкості є можливим за умови призначення адекватного лікування, що відповідає важкості перебігу захворювання та розумінням хворим сутності даного захворювання.

ПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Ігнат'єва В.І., Гуменюк Г.Л., Загребельний Р.М.
ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України”, м. Київ.....

245

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Филиппова А.Ю.

ГУ “Днепропетровская медицинская академия”, Украина.....

246

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Филиппова А.Ю.

ГУ “Днепропетровская медицинская академия”, Украина.....

247

ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ГЕРХ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Фролова-Романюк Е.Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна.....

248

ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ TAQ1B И GLU298ASP ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ CETP И ENOS

Хайсам Абдалла, Масляева Л.В., Панченко Г.Ю., Нестерцова И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....

249

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МУЛЬТИФОКАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Ханюков О.О., Писаревська О.В., Люлька Ю.П.

ДЗ “Дніпропетровська медична академія”, Україна.....

250

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА С ДИУРЕТИКАМИ

Хомазюк И.Н., Габулавичене Ж.М.

ГУ “Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины”, г. Киев.....

251

ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Хомазюк И.Н., Настина Е.М.

ГУ “Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины”, г. Киев.....

252

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК Топчій І.І., Циганков О.І., Кірієнко О.М., Грідасова Л.М., Бондар Т.М., Лісова А.В. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	237
ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ОКСИДУ АЗОТУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБИ НИРОК Топчій І.І., Якименко Ю.С., Семенових П.С., Бондар Т.М. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	238
МІКРОСКОПІЧНІ ТА МІКРОТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БІЛОЇ ПУЛЬПИ СЕЛЕЗІНКИ ДІТЕЙ, ПОМЕРЛИХ У НАСЛІДОК ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ Торяник І.І., Міщенко В.А. ДУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”, *Харківська медична академія післядипломної освіти	239
ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Трефаненко И.В., Павлюкович Н.Д., Гайдичук В.С., Каушанская О.В. Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина.....	240
ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДИНАМИКУ ДИСТАНЦИИ ПРОЙДЕННОЙ ХОДЬБЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ARG389GLY ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ Удовиченко М.М., Рудык Ю.С., Педан Н.В., Пивовар С.Н. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	241
СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Фадеев Г.Д., Куринная Е.Г. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	242
ПОЛІМОРФІЗМ РЕЦЕПТОРІВ <i>ADIPOR1</i> ТА <i>ADIPOR2</i> У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ Фадєєнко Г.Д., Кушнір І.Е., Чернова В.М., Можина Т.Л., Кравченко Н.О., Соломенцева Т.А. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	243
ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС СНУ НА ТЯЖКІСТЬ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Ігнатєва В.І., Іщук С.Г., Гуменюк Г.Л., Загребельний Р.М. ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України”, м. Київ.....	244

ВПЛИВ СУПУТНЬОГО ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ОКИСНУ МОДИФІКАЦІЮ БІЛКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
Амеліна Т.М., Ташук В.К., Полянська О.С., Гречко С.І.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Серцево-судинну патологію виявляють у 3/4 дорослого населення України, у 2/3 вона є причиною смерті (Амосова К.М., 2011). Останніми роками помітно зросла кількість хворих із поєднаним перебігом ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), яка складає близько 61,7 %. Для хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ характерні ознаки більш вираженого системного запалення за показниками прозапальних цитокінів, більш розповсюджена кальцифікація коронарних артерій, більш виражене порушення регіональної скоротливості міокарда.

З метою виявлення маркерів коронарних інцидентів із дотриманням принципів біоетики нами обстежено 113 хворих на ІХС, які утворили 2 групи: до 1-ої увійшли 63 пацієнти на ІХС, до 2-ої – 50 хворих на ІХС із супутнім ХОЗЛ I-II стадії. Середній вік хворих становив (56,1 ± 0,76) років. Чоловіків було – 105, жінок – 8. Контрольну групу для порівняння результатів досліджень склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Стан окиснювальної модифікації білків (ОМБ) оцінювали за методикою О.Ю.Дубиніної в модифікації І.Ф.Мещишена.

Отримані результати свідчать про зростання процесів ОМБ в обох групах пацієнтів. В 1-ій групі його рівень становив (1,94 ± 0,06) од.опт.густ./мл (p < 0,0001), у 2-ій – (2,03 ± 0,06) од.опт.густ./мл (p < 0,0001) проти (1,29 ± 0,05) од.опт.густ./мл групи контролю. При вільнорадикальній патології відбувається окиснення ліпідів, інтенсивність якого залежить від стану антиоксидантного захисту. Результатом перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) є велика група сполук з вираженою гено- та цитотоксичною дією, білки ж окислюються на другому етапі. У цьому процесі беруть участь не лише активні форми кисню, а й інші радикали, зокрема органічні радикали ПОЛ. Процес ОМБ пов'язаний з процесам ліпопероксидації та руйнуванням клітинних мембран, що призводить до розладів метаболізму, а згодом і до порушення іонного градієнта клітин, поглиблюючи порушення функції кардіоміоцитів, які є дуже чутливими до цих змін.

Посилення процесів окиснювальної модифікації білків буде призводити до прогресування проявів ішемічної хвороби серця на фоні супутнього хронічного обструктивного захворювання легень.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Андреева А.А., Школьник В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Ожирение в настоящее время рассматривают как один из основных факторов, способствующих развитию заболеваний, которые являются главными причинами смертности среди взрослого населения. В первую очередь, речь идет о сахарном диабете 2 типа (СД2Т) и сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ). Известно, что при ожирении риск развития артериальной гипертензии (АГ)- фактора, также значительно влияющего на появление таких ССЗ, как инфаркты и инсульты, увеличен втрое по сравнению с людьми, имеющими нормальную массу тела.

Цель исследования. Изучить динамическое изменение показателей углеводного и липидного обмена у гипертензивных больных на фоне ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 73 пациента, средний возраст которых составил $(68,9 \pm 3,1)$ года с ГБ II стадии и различными степенями ожирения. Больные были разделены на 4 группы. Первую группу составляли пациенты с ГБ ($n = 22$), вторую группу – пациенты ОЖ 1ст. и ГБ ($n = 19$), третью группу – пациенты с ОЖ 2 ст. и ГБ ($n = 17$), четвертую группу – пациенты с ОЖ 3 ст. и ГБ ($n = 15$). Определяли уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности и низкой плотности (ХС ЛПВП), (ХС ЛПНП) проводили в сыворотке крови ферментативным фотоколориметрическим методом наборами фирмы «Human» (производство Германии). Уровень глюкозы в крови натощак определяли глюкозоксидазным методом, на анализаторе «Humolizer» (производство Германия).

Результаты. Отмечается на фоне повышения значения ОХС, ТГ, ХС ЛПНП и уменьшения ХС ЛПВП. В то же время в группах (ГБ+ОЖ 1ст), (ГБ+ОЖ 2ст) и (ГБ+ОЖ 3ст) концентрация ТГ $(1,75 \pm 0,23)$ ммоль/л и $(3,8 \pm 0,12)$ ммоль/л и ОХС $(5,22 \pm 0,16)$ ммоль/л и $(6,28 \pm 0,19)$ ммоль/л достоверно различаются ($p < 0,05$). Так же отмечается увеличение уровня глюкозы натощак у больных в зависимости от увеличения степени ОЖ, который составил $(8,1 \pm 1,7)$ ммоль/л и у больных ГБ без ОЖ $(5,4 \pm 1,6)$ ммоль/л, $p < 0,001$.

Выводы. Данные изменения свидетельствуют о том, что с возрастанiem степени ОЖ отмечается увеличения уровня глюкозы натощак, ТГ, ОХС и снижения ХС ЛПВП свидетельствует.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ХИТОЗАНА КАК КОМПОНЕНТЫ БИОКОМПОЗИТНОГО ПОКРЫТИЯ НА ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАХ Суходуб Л.Б., Радченко Е.А., Поволокина И.В., Волянская Н.А., Казмірчук В.В., Шульга Н.Н.

ГУ “Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова

НАМН Украины”, г. Харьков..... 229

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Табаченко О.С., Голубовська О.С.

Харківський національний медичний університет,

Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна..... 230

МОЖЛИВОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОСТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ФОРМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Тащук В.К., Турубарова-Леунова Н.А., Ілащук Т.О., Гречко С.І., Амеліна Т.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 231

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ОСТЕОАРТРОЗОМ У ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Тесленко Ю.В., Катеренчук І.П.

Высшее государственное учебное заведение

“Украинская медицинская стоматологическая академия”, г. Полтава..... 232

РОЛЬ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА И АКТИВНОСТЬ АДРЕНОРЕЦЕПТОРНОГО КОМПЛЕКСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Титова А.Ю., Лепеева Е.А

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 233

О ПРИМЕНЕНИИ ТЕСТА С ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тищенко И.В., Черкасова О.Г., Рязанова Е.В., Маетная А.Б., Пунтусова Н.В.,

Симоненко Т.Б.

ГУ “Днепропетровская медицинская академия”,

КУ “Городская клиническая больница № 9”, г. Днепропетровск, Украина..... 234

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ НАВАНТАЖУВАЛЬНОГО ТЕСТУ ШЕСТИХВИЛИННОЇ ХОДИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Ткаченко О.В., Серік С.А., Смолкін І.М., Корнійчук І.А., Горб Ю.Г.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 235

ВМІСТ ФАКТОРУ ВІЛЛЕБРАНДА ТА VE-КАДГЕРИНУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ТІВОРТІНОМ

Топчій І.І., Кірієнко О.М., Щенявська О.М., Бондар Т.М., Бенько О.Г., Корнійчук І.А.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 236

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Стадник О.И. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	220
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ Старченко Т.Г., Першина Е.С., Мазий В.В., Корнейчук И.А. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	221
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Старченко Т.Г., Першина Е.С., Різнік Л.А., Грідасова Л.М., Конькова В.С. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	222
АКТИВНІСТЬ АЛАНІНАМІНОТРАНСФЕРАЗИ ЯК ПРЕДИКАТИВНИЙ ФАКТОР НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ Степанова О.В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	223
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Степанова Е.В. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	224
ЗВ'ЯЗОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ З АКТИВНІСТЮ ФЕРМЕНТІВ ПЕЧІНКИ У ЧОЛОВІКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТОНІЄЮ Степанова О.В., *Кравченко Н.О. Харківський національний медичний університет, *ДУ Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України, м. Харків.....	225
НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ЯК ХАРАКТЕРНА ОЗНАКА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Степанова О.В., *Кравченко Н.О. Харківський національний медичний університет, *ДУ Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України, м. Харків.....	226
ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА МВ НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Степанова Е.В., Крючков Е.Д. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	227
РОЛЬ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО КОНТИНУУМУ В ПАТОГЕНЕЗІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ Сурмило М.М. ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти”, Україна.....	228

ГЕНОТИПЫ РЕЦЕПТОРОВ АДИПОНЕКТИНА И ДИСЛИПИДЕМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Бабак О.Я., Колесникова Е.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков
Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) имеет мультифакторный характер возникновения и прогрессирования. Роль пептидов, в т. ч. адипонектина и его рецепторов (ADIPOR1 и ADIPOR2) является предметом дискуссий. Ассоциация нарушений липидного обмена при НАЖБП с полиморфизмом генов-кандидатов, малоизученна.

Цель: изучить влияние генотипов полиморфных маркеров гена ADIPOR1G666089A и ADIPOR2 T767870C у пациентов НАЖБП на показатели липидного обмена.

Материалы и методы: В исследование были включены 98 пациентов НАЖБП, средний возраст которых составил ($36,6 \pm 8,03$) лет, средняя длительность заболевания – ($4,5 \pm 2,0$) лет. Всем пациентам проведено УЗИ, КТ с целью верификации НАЖБП, определение липидного профиля по общепринятой методике. Геномную ДНК выделяли из лимфоцитов периферической крови по стандартному протоколу с использованием набора реагентов Diatom TM DNA Prep 200. Определение ПЦР последовательности гена ADIPOR1 666089, ADIPOR2 767870 проводилась в автоматическом режиме на термоциклерах “Терцик”(“ДНК-технология”),” GeneAmp® 9700” с 96-ячеечным блоком (“Applied Biosystems”) с использованием коммерческого набора реактивов GenePak@ PCR Core «Изоген» в соответствии с протоколом фирмы-изготовителя.

Результаты: У пациентов НАЖБП концентрации общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) достоверно отличались в зависимости от генотипов ADIPOR1 rs666089, ADIPOR2 rs767870. Более высокие показатели ОХС ($(5,7 \pm 0,9)$ ммоль/л), ЛПВП ($(1,40 \pm 0,43)$ ммоль/л) наблюдались у носителей GG генотипа ADIPOR1 и у носителей TT генотипа ADIPOR2 ($(6,06 \pm 0,59)$ ммоль/л; $(1,56 \pm 0,23)$ ммоль/л, соответственно). Существенно более низкие концентрации показателей ОХС ($(5,13 \pm 0,71)$ ммоль/л) и ЛПВП ($(0,71 \pm 0,04)$ ммоль/л) отмечены у пациентов НАЖБП гомозиготных по С аллелю ADIPOR2 и по А аллелю ADIPOR1 – ($(4,75 \pm 0,73)$ ммоль/л, $(1,085 \pm 0,44)$ ммоль/л, соответственно), в сравнении с носителями мажорных аллелей. Достоверность различий ОХС и ЛПВП в зависимости от генотипов ADIPOR1 составила $p < 0,001$, а ADIPOR2 – 0,0052 и 0,0001, соответственно.

Выводы. Показатели липидного статуса при НАЖБП изменяются в зависимости от генотипа полиморфных генов ADIPOR1, ADIPOR2, что свидетельствует о влиянии генетических факторов на формирование дислипидемии у этой категории пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Бабак О.Я., Куринная Е.Г.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является одной из наиболее распространенных заболеваний печени. Известно, что НАЖБП представляет собой самостоятельный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель: оценить эффективность аторвастатина в лечении неалкогольного стеатоза печени (НАСЗ) у лиц с дислипидемией.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 98 пациентов с НАСЗ и дислипидемией: 64 женщины (65,3 %) и 34 мужчины (34,7 %); средний возраст – $(54,2 \pm 12,3)$ года. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту, массе тела, полу. Диагноз НАСЗ устанавливали по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости с определением степени выраженности стеатоза печени (СВСП), а также данным клинико-биохимического обследования. Всем пациентам определяли липидный профиль, а также концентрации С-реактивного протеина (СРП). Больным НАСЗ на фоне стандартной терапии назначали аторвастатин в дозе 20 мг в сутки в течение 6 месяцев.

Результаты: установлено, что в группе больных НАСЗ концентрация СРП в группе НАСЗ $((7,4 \pm 0,5)$ мг/л) достоверно ($p < 0,05$) превышали данные показатели группы контроля $((4,6 \pm 0,6)$ мг/л). Установлена взаимосвязь между СВСП и общим холестерином ($r = 0,48$, $p < 0,05$). Более сильная связь наблюдалась между СВСП и триглицеридами ($r = 0,53$, $p < 0,05$) и холестерином липопротеидов очень низкой плотности ($r = 0,52$, $p < 0,05$). В группе больных с НАСЗ I степени преобладали IIa и IIb типы дислипидемий (32 % и 36 %, соответственно); у больных с НАСЗ II степени – дислипидемии IIa и IV типа (27 % и 36 %). При этом в группе пациентов с НАСЗ III выявлена обратная тенденция – над IV типом дислипидемии статистически достоверно преобладал II тип дислипидемии (41 % против 28 %, $p < 0,05$). В ходе лечения у больных с НАСЗ достоверно снизилась СВСП ($p < 0,05$), снизилась концентрация СРП $(7,4 \pm 0,5)$ мг/л против $(6,2 \pm 0,3)$ мг/л, $p < 0,05$, наметилась тенденция к нормализации нарушений липидного обмена: в группе больных НАСЗ I нормализацию дислипидемии удалось достичь 25 больным (64,1 %), в группе НАСЗ II – у 14 больных (70 %), в группе НАСЗ III – у 10 больных (66,7 %).

Выводы: полученные результаты, вероятно, свидетельствуют о наличии атеросклеротических изменений сосудов у пациентов с НАСЗ. Аторвастатин можно рассматривать в качестве альтернативной терапии неалкогольного стеатоза печени у больных с дислипидемией.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНОЇ ФРАКЦІЇ СИСТЕМИ СУРФАКТАНТУ ЛЕГЕНЬ, ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ МІОКАРДУ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ, ЩО ПОЄДНУЄТЬСЯ З ІХС

Синько У.В., Вакалюк І.П.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна..... 212

РОЛЬ ФНП-а У ФОРМУВАННІ ВЕНТИЛЯЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Ситник К.О.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 213

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЛ-6 З ОБСТРУКТИВНИМИ ЗМІНАМИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Ситник К.О., Бабак О.Я.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 214

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ У ЛІКУВАННІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Скробач Н.В., Вишиванюк В.Ю.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна..... 215

ВПЛИВ ВОБЕНЗИМУ ТА КАНДЕСАРТАНУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДОГРАМІ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА, ПОЄДНАНИЙ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Сміян С.І., Боднар Р.Я., Слаба У.С., Боднар Л.П., Мартинюк Л.П., Коморовський Р.Р., Лепявко А.А., Гусак С.Р., Даньчак С.В., Сиваківський М.А.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачовського”, Україна... 216

ДИНАМІКА АРТРАЛІЧНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ТЛІ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ

Сміян С.І., Гусак С.Р., Грималюк Н.В., Маховська О.С., Задорожна Л.В., Легка Л.Л., Антюк Ж.О., Яцишин Х.Р., Боднар Р.Я., Даньчак С.В.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачовського”, Україна... 217

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

Сміян С.І., Лепявко А.А., Слаба У.С., Мартинюк Л.П., Комаровський Р.Р., Боднар Р.Я., Гусак С.Р., Лихацька Г.В.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачовського”, Україна..... 218

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛМЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Снегурская И.А., Хасанова Х.Д., Мысниченко О.В., Пенькова М.Ю.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков,

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан..... 219

ВПЛИВ СУЛОДЕКСИДУ НА БАЛАНС КОМПОНЕНТІВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ Семенових П.С., Топчий І.І., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	204
КИСЛОТО-ЛУЖНИЙ СТАН ТА КАНАЛЬЦЕВІ ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ Семидоцька Ж.Д., Оспанова Т.С., Авдєєва О.В., Веремєєнко О.В., Єрьоменко Г.В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	205
СТАБИЛИЗАЦИЯ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ АКТИВАЦИИ ФЕРМЕНТОВ АПФ-НЕЗАВИСИМОГО ПУТИ ОБРАЗОВАНИЯ АНГИОТЕНЗИНА-II У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Сердобинская-Канивец Э.Н., Волков В.И., Серик С.А., Самохина Л.М. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	206
ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ АПФ-НЕЗАВИСИМОГО ПУТИ ОБРАЗОВАНИЯ АНГИОТЕНЗИНА-II И ИХ ИНГИБИТОРОВ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТОМ И БЕЗ ДИАБЕТА Сердобинская-Канивец Э.Н., Серик С.А., Самохина Л.М. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	207
ВПЛИВ КАНДЕСАРТАНУ НА НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНУ ТА ІМУНОЗАПАЛЬНУ АКТИВАЦІЮ І ЕКСПРЕСІЮ ІНДУКТОРА ПАТОЛОГІЧНОГО АПОПТОЗУ ПРИ КОМПЕНСОВАНОМУ ХРОНІЧНОМУ ЛЕГЕНЕВОМУ СЕРЦІ Середюк Н.М., Вакалюк І.П., Середюк В.Н. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	208
ЕФЕКТИ КВЕРЦЕТИНУ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Серік С.А., Сердобінська-Канівець Е.М., Комір І.Р., Ченчік Т.О., Бондар Т.М., Горб Ю.Г. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	209
ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ІМУНОЗАПАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Серік С.А., Ткаченко О.В., Ченчік Т.О., Сердобінська-Канівець Е.М. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	210
ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ Синайко В.М., Коровина Л.Д. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	211

ВПЛИВ ГОРМОНУ АПЕЛІНУ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ **Бабак О.Я., Терешкін К.І.**

Харківський національний медичний університет, Україна

Захворювання серцево-судинної системи займають перше місце у структурі загальної захворюваності, що складає не менше 8 % всіх звертань за медичною допомогою. Таким чином, вони є одними з головних причин смертності та інвалідизації населення як в Україні, так і в усьому світі.

Серед захворювань серцево-судинної системи, за даними ВООЗ, перше місце займає гіпертонічна хвороба (ГХ) (33,4 %). Це становить 90-95 % з усіх хворих на артеріальну гіпертензію (WHO, 2011). Станом на 2010 рік в Україні показники поширеності усіх форм ГХ у дорослих становлять 46,8 %.

Важкість перебігу ГХ обумовлена багатьма різноманітними етіологічно-патогенетичними факторами та можливою супутньою патологією. Однією з найголовніших є наявність метаболічного синдрому – симптомокомплексу, складовою частиною якого є ожиріння. Ожиріння – це не лише збитковий об’єм жирової тканини, а й складний комплекс гуморальних та метаболічних порушень. Встановлено, що навіть незначне збільшення вісцерального жиру відіграє значну роль в порушеннях метаболізму, регуляції водно-сольового метаболізму і відповідно розвитку серцево-судинних захворювань.

В останній час було виявлено та доведено, що жирова тканина є не тільки резервуаром запасної енергії, а і розглядається як активний ендокринний орган. Адіпоцити жирової тканини вивільняють велику кількість біологічно активних речовин, залучених до регуляції судинного тонуусу: ангіотензиноген, ангіотензин II, інтерлейкіни, простагландини, естрогени, інсуліноподібний фактор росту-1, фактор некрозу пухлин-α, інгібітор активатора плазміногена-1 та ін.

У 2005 році відкрито новий адіпокін – апелін, який синтезується у жировій тканині, нирках, мозку та серці. Апелін є периферичним вазодилататором позитивної іотропної дії. У пацієнтів, які страждають на ГХ, рівень циркулюючого апеліну суттєво понижений і знижується незалежно від ступеню важкості порушень систолічної та діастолічної функцій лівого шлуночка. В експериментальних умовах доведено, що при голодуванні та ожирінні вміст адіпокіну може збільшуватися. Дефіцит апеліну на моделі цукрового діабету мишей, індукованого стрептоцидом, супроводжується зниженням секреції апеліну в жирових клітинах. На тваринах було показано, що апелін може знижувати рівень артеріального тиску за рахунок пригнічення інгібітора синтезу оксиду азоту. Незважаючи на те, що апелін та його рецептори широко експресуються в тканинах, патофізіологічна дія апеліна в значній мірі залишається не з’ясованою.

Таким чином, визначення впливу рівня апеліну у хворих на ГХ у поєднанні з ожирінням, на підставі вивчення вуглеводного, ліпідного обмінів та антропометричних показників, допоможе не тільки у правильній та своєчасній постановці діагнозу, але і у знаходженні нових принципів та схем лікування цієї тяжкої патології.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ МИОКАРДА СТАРЫХ КРЫС В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕВРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бабийчук Л.В., Бабийчук В.Г., Невзоров В.П.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
ГУ “Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины”, г. Харьков*

Проблема гипертонической болезни является одной из актуальных среди сердечно-сосудистых патологий человека.

Цель исследований: изучить динамику изменений в ультраструктурной организации кардиомиоцитов миокарда старых крыс в процессе развития и прогрессирования неврогенной артериальной гипертензии.

Исследования проводили на белых старых крысах-самцах линии Вистар (возраст 28-30 месяцев). Все животные были разделены на две группы: первая группа – контроль; вторая группа – животные, которым моделировалась неврогенная артериальная гипертензия.

После получения стойкой артериальной гипертензии, животных декапитировали на 3, 7 и 30 сутки и производили забор кусочков ткани миокарда для электронно-микроскопического исследования.

Изменения ультраструктурной организации кардиомиоцитов и эндотелиоцитов кровеносных капилляров миокарда старых крыс в начальные сроки развития артериальной гипертензии соответствуют стрессорной реакции органелл на неврогенные раздражители. По мере прогрессирования данного патологического состояния, дистрофические изменения переходят в деструктивную фазу. Развивается митохондриальная дисфункция, структурно выражающаяся в очаговом лизисе наружных мембран и крист митохондрий.

Дистрофические и деструктивные процессы в миокарде старых крыс являются следствием митохондриальной дисфункции, которая сказывается на внутриклеточной биоэнергетике кардиомиоцитов. Все это, существенным образом снижает сократительную способность кардиомиоцитов.

Нарушения в субмикроскопической архитектонике эндотелиоцитов кровеносных капилляров миокарда, такие как: конденсация ядерного хроматина, очаговая деструкция ядерных, митохондриальных и цитоплазматических мембран влечёт за собой снижение активности трансцеллюлярного транспорта веществ и электролитов.

Таким образом, длительная, неврогенная артериальная гипертензия сопровождается прогрессирующим углублением степени выраженности дистрофического процесса и переходом его в деструктивную фазу, как в кардиомиоцитах, так и эндотелиоцитах кровеносных капилляров.

ХАРАКТЕРИСТИКА РАННИХ МАРКЕРОВ ОЖИРЕНИЕ- АССОЦИИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Рокутова М.К., Перцева Н.О., Машейко И.В., Шевцова А.И., *Кондратьева А.В., *Таджиева Э.И.

ГУ “Днепропетровская медицинская академия”,
*КУ “Днепропетровская ГKB № 9” “ДОС””, Украина..... 196

СТАН ЛПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Романуха В.В.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна..... 197

ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ В₁-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ НА РОЗВИТОК ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Рудик Ю.С., Пивовар С.М., Лозик Т.В.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 198

МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Руснак І.Т., Ташук В.К., Іванчук П.Р., Амеліна Т.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 199

ОСОБЕННОСТИ УЧАСТИЯ ЭЛАСТАЗ В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛЬ- ЗАВИСИМОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КРЫС

Самохина Л.М.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 200

АКТИВНОСТЬ ЭЛАСТАЗ В ПРОЯВЛЕНИИ ГОРМЕЗИСА У СТАРЫХ КРЫС ПРИ РИТМИЧЕСКИХ ХОЛОДОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

Самохина Л.М., *Ломако В.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”,
*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков..... 201

НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТА РИТМИЧЕСКИХ ХОЛОДОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ У КРЫС С АЛКОГОЛЬ-ЗАВИСИМОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Самохина Л.М., *Ломако В.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”,
*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков..... 202

ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ОТВЕТА СИСТЕМЫ ЭЛАСТАЗА- α -1- ИНГИБИТОР ПРОТЕИНАЗ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Самохина Л.М., *Хасанова Х.Д., Снегурская И.А., Милославский Д.К.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков
*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан..... 203

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ Погорєлов В.М., Брек В.В., Денисова С.В., Волкова І.В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	187
ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ADRB1 Попович А.С., Борисова Е.Л. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	188
РОЛЬ T894G ПОЛИМОРФИЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ У РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ Присяжнюк В.П., Волошин О.І., Присяжнюк П.В. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.....	189
ЕФЕКТИВНІСТЬ ІЗОПРИНОЗИНУ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ Прохорова М.П., Бичкова Н.Г. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	190
ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ПРОПОЛТИН» НА ОСНОВЕ ФЕНОЛЬНОЙ ГИДРОФИЛЬНОЙ ФРАКЦИИ ПРОПОЛИСА В ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ Радченко Е.А., Поволокина И.В. ГУ “Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова НАМН Украины”, г. Харьков.....	191
РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ Рева Т.В., Рева В.Б. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.....	192
ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ Рева Т.В., Рева В.Б., Павлюкович Н.Д. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.....	193
РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИННОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Резнік Л.А., Старченко Т.Г., Першина К.С., Божко В.В. ДУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, м. Харьков.....	194
ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Рокутова М.К., Перцева Н.О., *Кондратьева А.В., *Таджиева Э.И. ГУ “Днепропетровская медицинская академия”, *КУ “Днепропетровская ГКБ № 9” “ДОС””, Украина.....	195

ЕКСТРАКТ ГІНГКО БІЛОБА ЯК ЗАСІБ АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Бачук-Понич Н.В., Бобкович К.О., Лукашевич І.В., Сплавський О.І.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення лікувальної дії екстракту гінкго білоба (ЕГБ) в комплексній терапії хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II-III ФК ішемічного генезу.

Обстежено 75 хворих на ІХС, ускладнену ХСН, у віці від 39 до 72 років, серед них жінок було 68 (75,6 %), чоловіків – 22 (24,4 %). Результати клінічного спостереження свідчать, що при додатковому призначенні до базового лікувального комплексу ЕГБ поряд із помірним зменшенням болю в серці, серцебиття, задишки мало місце вірогідне зменшення проявів цереброваскулярних (зменшення головного болю, запаморочення, шуму у вухах) порушень у порівнянні з групою контролю, особливо в осіб старших вікових груп.

Для дослідження якості життя (ЯЖ) використовували опитувальник для аналізу соматичного, психологічного стану та соціального функціонування психосоматичних хворих. Виявлено, що у пацієнтів контрольної та основної груп середня сума балів вказувала на середній рівень ЯЖ у них. Порівнюючи дані, отримані у пацієнтів досліджуваних груп після лікування, варто відзначити вірогідне ($p < 0,05$) збільшення показника рівня ЯЖ у осіб, у лікувальному комплексі яких застосовували як ад'ювантний засіб ЕГБ у порівнянні з аналогічним показником у контрольній групі за рахунок не тільки зменшення клінічних проявів захворювання, а й покращення психологічного стану та соціального функціонування, як невід'ємних критеріїв ефективності терапії. Такі ефекти досліджуваного препарату зумовлені наявністю в ньому численних складових з багатогранним спектром коригуючої дії на патологічні процеси.

У динаміці чотирьохтижневого курсу лікування із застосуванням ЕГБ виявлено більш суттєве зниження середнього значення ФК ХСН ніж у пацієнтів контрольної групи. До лікування середні значення ФК ХСН, становили в контрольній та основній групах відповідно: $(2,57 \pm 0,17)$; $(2,65 \pm 0,22)$. Після лікування дані показники зменшились відповідно до: $(2,13 \pm 0,14)$ ($p < 0,05$); $(1,8 \pm 0,15)$ ($p < 0,05$) без вірогідної міжгрупової різниці.

Екстракт Ginkgo Biloba, як ад'ювантний засіб, позитивно впливає на динаміку клінічної симптоматики хворих із ХСН ішемічного генезу, значно покращує якісні показники життя. Досвід позитивного, але помірного ефекту застосування ЕГБ дослідження свідчить про необхідність більш тривалого чи і повторного його застосування для подальшої оптимізації результатів лікування.

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ
В КОНТУРАХ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО
РИТМА И МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ
СО СТАРТОМ СО СВОБОДНОГО ДЫХАНИЯ
У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ**

Белал С.А.С., Кулик А.Л., Мартыненко А.В., Яблучанский Н.И.
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

Биологическая обратная связь (БОС) хорошо зарекомендовала себя как средство управления состоянием здоровья. Одним из наиболее эффективных вариантов является контур с метрономизированным дыханием и параметрами вариабельности сердечного ритма (ВСР), что делает актуальным поиск его оптимальных алгоритмов.

Цель работы: оценить качество биологической обратной связи у здоровых добровольцев в алгоритме метрономизированного дыхания при старте со свободного немодулированного дыхания.

14 здоровым добровольцам в возрасте от 18 до 27 лет (4 мужчин и 10 женщин) провели по 7 сеансов БОС под контролем параметров ВСР на основе адаптивно изменяемой частоты метрономизированного дыхания при старте со свободного дыхания. Среди параметров ВСР учитывали значение мощностей медленных (V), средних (L) и быстрых (H) частот, которые затем преобразовывали в двумерную координатную плоскость с осями L/H и V/(L+H), соответствующими симпатовагальному и нейрогуморальному балансам регуляции. Оценку качества БОС и степень оптимизации регуляторных систем проводили на основании параметров оптимальности (O) – удаленность от оптимума, чувствительности (S) – восприимчивость к метрономизированному дыханию, эффективности (E) – степень приближения параметров ВСР к оптимуму, как по их расстоянию от зоны физиологических нормативов в целом, так и в проекциях на координатные плоскости L/H и V/(L+H), и индекс качества БОС (BQI).

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что метрономизированное дыхание в замкнутом контуре БОС оказывает положительное влияние на параметры ВСР, приближая их к зоне физиологического оптимума и восстанавливая баланс между ветвями системы регуляции. Наблюдающаяся положительная динамика оптимизации системы регуляции при использовании БОС с метрономизированным дыханием и параметрами ВСР позволяет использовать методику в оздоровительных и лечебных практиках.

ВЕНТИЛЯЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Оспанова Т.С., Заозерська Н.В., Смірнов І.І.
Харківський національний медичний університет, Україна..... 177

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПОКСИИ

Осьмак Е.Д.
ГУ “Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины”, г. Киев..... 178

ЗАЛЕЖНІСТЬ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ ВІД ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, ЗУМОВЛЕНОЇ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Павлик Н.С., Кияк Ю.Г., Сорока О.Я., Березний І.М.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна..... 179

ЕРИТРОЦИТ ЯК МАРКЕР СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Павлюкович Н.Д., Ходоровський В.М., Трефаненко І.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 180

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Панченко Г.Ю., Масляева Л.В., Нестерцова И.А., Гриненко Е.В., Гончарь А.В., Зайченко О.Е.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 181

ФЕНОМЕН БІОЦЕНОЗІВ В РОЗВИТКУ МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ: ЛАБОРАТОРНА ВЕРІФІКАЦІЯ АСОЦІАЦІЇ МІКОПЛАЗМ З ВІРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Панченко Л.О., Попова Н.Г., Кириченко І.І., Коровасьва І.В., Попова Л.О.
ДУ “Інститут мікробіології і імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”, м. Харків..... 182

ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОУГ ОТ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ

Панченко Н.В., Панченко Е.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 183

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ С УВЕИТАМИ

Панченко Н.В., Самофалова М.Н., Панченко Е.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 184

ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Педан Н.В., Кравченко И.Г., Удовиченко М.М.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 185

ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Першина К.С., Старченко Т.Г.
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 186

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА, РЕЗИСТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Немцова В.Д., Шапошникова Ю.Н., *Клименко Т.И. Харьковский национальный медицинский университет, *ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины” г. Харьков.....	169
ФІКСОВАНА КОМБІНОВАНА ГІПОТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ Несен А.О. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	170
ГІПОТЕНЗИВНА ТА ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ Несен А.О., Крахмалова О.О., Чернишов В.А., Грунченко М.М., Шкапо В.Л., Каташова О.В., Конькова М.В. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	171
ЩОДО ЯКОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПРАЦІВНИКІВ ПЕВНИХ КАТЕГОРІЙ Ніколенко Є.Я., Ткач С.І., Лук’яненко О.Ю., Боровик І.Г., *Захаров О.Г. Харківська медична академія післядипломної освіти, *Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.....	172
К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ВЕГЕТО-ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИКИ И МОТОРИКИ ЖКТ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ Опарин А.А., Опарин А.Г., Благовещенская А.В., Федченко Ю.Г., Лаврова Н.В., Кореновский И.П. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	173
ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ Опарин А.Г., Опарин А.А., Лаврова Н.В., Яковенко Е.Л., Двояшкина Ю.И., Хоменко Л.А., Злобин А.А., Мехтиханова З.Ш. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	174
ВПЛИВ ОМЕГА-3 НА ПОКАЗНИКИ МІКРОЗАПАЛЕННЯ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Оринчак М.А., Василечко М.М. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	175
ДИНАМІКА РІВНЯ АЛЬДОСТЕРОНУ В КРОВІ ПІД ВПЛИВОМ МОКСОНІДИНУ Оринчак М.А., Човганюк О.С., Артеменко Н.Р., Александрук Д.П., Краснопольський С.З. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	176

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРЕССА КАК ОСНОВА ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ Белозерова С.В., Кулешова Е.М. <i>ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков</i> Научно-исследовательская деятельность в любой в области, в том числе и в области внутренней медицины, требует не только финансовой, но и информационной поддержки. Издательская деятельность помогает фиксировать и делает публично доступными научные идеи, новые технологии или какую-то иную информацию, являющуюся результатом интеллектуального труда. Большую роль в этом процессе играет профессиональная пресса, которая способствует интеграции науки и практического здравоохранения. На Украине издается более 100 журналов по медицине. Особую роль в массе периодических изданий Украины занимает журнал «Український терапевтичний журнал», публикующий результаты научных исследований специалистов со всей Украины. Издается журнал с 1998 года ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины». Основателем и первым главным редактором журнала была академик Л.Т. Малая. Стабильно поддерживая высокую планку ведущего отраслевого научно-практического журнала в состав редакционной коллегии входят 4 академика НАМНУ, 4 член-корреспондента НАМН Украины, 1 член-корреспондент РАМН, 1 член-корреспондент НАН Украины. Журнал включен ВАК Украины в Перечень украинских научных журналов по медицине, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук. Журнал стремится быть максимально актуальным и отражать основные тенденции и проблемы в области терапии. С этой целью ведется работа по привлечению в качестве его авторов ведущих специалистов, однако страницы журнала открыты и для молодых ученых, делающих только первые шаги в науке. Журнал рассчитан на широкую аудиторию медицинской общественности. Разделы: «Обзоры», «Лекарственные средства», «Оригинальные исследования», «Лекции», «Научная периодика», «Информация» будут интересны для ученых, а такие разделы как «Практика и опыт», «Точка зрения», «Клиническая практика», представляют интерес для практиков и клиницистов. На страницах журнала освещаются также памятные и юбилейные даты, итоги съездов и научно-практических конференций. Внедрение новых технологий в сферу обмена информацией, постоянное увеличения числа пользователей сети Internet потребовало нового формата журнала. С 2009 года появляется электронная версия журнала. Архив журнала представлен полнотекстовыми статьями с 2004 года в PDF формате. Журнал отражается в реферативной базе данных «Україніка наукова» Национальной библиотеки Украины имени В.И. Вернадского.
--

УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПУТИ ОТ ЭКСПЕРИМЕНТА К ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Бенько Е.Г.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

В настоящее время, несмотря на очевидные успехи медикаментозной терапии ишемической болезни сердца (ИБС) и все более широкое применение различных хирургических методов лечения, проблемы улучшения прогноза заболевания, предупреждения развития острого инфаркта миокарда и внезапной смерти, а также улучшения качества жизни пациентов остаются нерешенными. Идет постоянный поиск новых методов лечения ИБС, в том числе и «рефрактерной» стенокардии.

В последние годы в кардиологии появилось новое направление в лечении ИБС – терапевтический ангиогенез. Одним из инновационных методов, позволяющих неинвазивно воздействовать на ангиогенез в зоне ишемии, является ударно-волновая терапия (УВТ).

Целью информационного исследования явилось изучение применения этого метода в эксперименте и клинической практике, а также изучение доказательной базы эффективности УВТ.

Ударно-волновая терапия на протяжении многих лет применяется в урологии и ортопедии. В литературе имеется ряд работ, свидетельствующих об экспериментальных исследованиях акустического воздействия на миокард, которое приводит к целому ряду краткосрочных и долгосрочных биологических эффектов, в том числе таких, которые приводят к неоангиогенезу (росту новых сосудов).

Клиническая эффективность УВТ в лечении ИБС подтверждена в ряде исследований в зарубежных странах (14 исследований антиангинальной эффективности УВТ, 253 пациента), в том числе и в России (15 независимых исследований). К середине 2008 года с использованием этого метода в мире уже было пролечено около 700 пациентов, из них в России – более 300. В настоящее время кардиологическую УВТ успешно используют в 17 ведущих клиниках Российской Федерации. На Всемирном конгрессе по кардиологии в 2006 году группой швейцарских ученых опубликованы результаты первого плацебо-контролируемого исследования УВТ у больных со стабильной стенокардией. Имеются данные об эффективном использовании УВТ при лечении ИБС.

В целом, результаты экспериментальных и клинических исследований характеризуют УВТ как безопасный и высокоэффективный метод лечения ИБС. Однако, для широкого внедрения метода в клиническую практику необходимы более надежные доказательства его эффективности и безопасности. Статус метода УВТ в арсенале борьбы с ИБС может быть подтвержден только в ходе больших рандомизированных, плацебо-контролируемых исследований.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА И БИСОПРОЛОЛА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан..... 161

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST КЛЕКСАНОМ И НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан..... 162

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕТАБОЛІЧНОГО ОБМІНУ ПРИ КРИСТАЛУРІЯХ

Мойсєєнко В.О., Никула Т.Д., *Мазур В.М., Рудюк Л.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, *ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС, м. Київ, Україна..... 163

ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ PPARG, AT1R ТА APOE НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ АБО ОЖИРІННЯМ

Молодан В.І., Гончарь О.В., Чирва О.В.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 164

МЕТАБОЛІЧНІ ЕФЕКТИ ТЕЛМІСАРТАНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ PPARG ТА AT1R

Молодан В.І., Чирва О.В., Гончарь О.В.

Харківський національний медичний університет, ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 165

РІВЕНЬ АСИМЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГІНІНУ ТА СУДИННІ УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА АБДОМІНАЛЬНЕ ОЖИРІННЯ

Молодан Д.В.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 166

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНИМИ ТА ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА КАНДИДОЗОМ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

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

ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ..... 167

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОЖИРЕНИЯ

Мохначёв А.В.

Высшее государственное учебное заведение “Украинская медицинская стоматологическая академия”, г. Полтава..... 168

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Масляева Л.В. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	153
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОЛУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НР-АСОЦІЙОВАНУ ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З РОЗВИТКОМ АНТИБІОТИК-АСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ В ПОЄДНАННІ З ДИСБАКТЕРІОЗОМ Матковська Н.Р., Шевчук І.М., Бабенко О.І., Венгреньук Л.В., Олійник О.І. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	154
ВПЛИВ РІВНІВ ЦУКРУ СИРОВАТКИ КРОВІ НА ПЕРЕБІГ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Махаринська О.С., Пожар В.Й., Дорошенко О.В., Шоп І.В., Лебединська М.Н. Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна.....	155
СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ В 2011 РОЦІ Мельник О.Г., *Боровик І.Г. НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, *Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна.....	156
ПАТОГЕННІ ВЛАСТИВОСТІ БАКТЕРІЙ РОДУ <i>STARPHYLOCOCCUS</i>, ВИДІЛЕНИХ У ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ Менкус О.В., Пономаренко С.В., Свидюк А.Й. ДУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”, м. Харків...	157
СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЯ ХВОРИХ НА АКРОМЕГАЛІЮ ^{1,2} Микитюк М.Р., ¹ Хижняк О.О., ¹ Гогітідзе Т.Г., ¹ Алексеева І.І., ¹ Кравченко Г.Г. ¹ ДУ “Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України”, м. Харків, ² Харківська медична академія післядипломної освіти.....	158
ВЛИЯНИЕ ЭНАЛОЗИДА МОНО НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад) Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан.....	159
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад) Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан.....	160

ВЕБІНАР ЯК ІННОВАЦІЙНА ІНФОРМАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Бенько О.Г., Белозьорова С.В., Грідасова Л.М.

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

Висока кваліфікація лікаря є ключовим фактором підвищення якості надання медичної допомоги населенню, адже очевидно, що тільки фахівець, який володіє необхідним обсягом теоретичних знань і практичних навичок, здатний обґрунтувати алгоритм своїх дій з позицій сучасної медицини і в змозі відповідати всім вимогам сучасних пацієнтів.

В останні роки в світі сформувалася потреба в безперервному професійному розвитку медичних працівників. Основною метою такого розвитку є збереження на належному рівні, перегляд, поглиблення і розширення знань і навичок. Сьогодні парадигма «Освіта на все життя» замінюється новою – «Освіта усе життя».

Ця нагальна потреба значною мірою реалізується за рахунок інноваційних джерел отримання інформації, що базуються виключно на веб-технологіях. Останнім часом активно розвиваються інтерактивні он-лайн технології з інтенсивним використанням потокового відео, VoIP-телефонії. Однією з інноваційних технологій наукової та освітньої комунікації становляться вебінари.

Вебінар (веб-семінар) – це різновид веб-конференції, яка полягає у проведенні онлайн-зустрічей або презентацій через Інтернет в режимі реального часу. Найбільш важливими особливостями вебінарів, що відрізняють їх від інших веб-орієнтованих форм наукової та освітньої комунікації, є гнучкість і високий ступінь інтерактивності.

Вебінар – унікальний інструмент, який дозволяє спілкування від групи в декілька осіб до проведення масштабних конференцій за участю доповідачів і сотень слухачів. При проведенні конференцій або лекцій через систему вебінарів існує можливість спілкування не тільки в напрямку доповідач-слухачі, а й у зворотному напрямку, через вбудовану систему IP-телефонії та за допомогою розвинених систем обміну повідомленнями. У ході вебінарів організатор/доповідач має можливість здійснювати персоніфікований обмін інформацією. Важливою особливістю вебінарів є невисокі вимоги до швидкості Інтернет – комфортна робота можлива при швидкостях 32 KBit / сек, а загальний трафік 2-2,5 годинного вебінару зазвичай не перевищує 50 Мб.

На нашу думку, перспективною формою проведення вебінарів може бути організація онлайн-шкіл пацієнтів, які нададуть змогу консультацій та навчання пацієнтів в реальному часі в режимі прямого спілкування з декількома спеціалістами різних медичних спеціальностей. Вважаємо, що такі технології мають дати свій внесок до майбутнього розвитку взаємовідносин лікаря та пацієнта.

ОХОРОНА ПРАВ НА ВИНАХОДИ І КОРИСНІ МОДЕЛІ В УКРАЇНІ

Беседіна А.С.

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

Мета: зосередити увагу на окремих визначеннях сучасного законодавчого понятійного апарату щодо охорони прав на винаходи і корисні моделі в Україні.

Відносини, що виникають у зв'язку з набуттям та здійсненням права власності на винаходи (корисні моделі) в Україні, регулюються Цивільним кодексом України та Законом України "Про охорону прав на винаходи і корисні моделі". **Винахід (корисна модель)** – результат інтелектуальної діяльності людини в будь-якій сфері технології. Набуття права інтелектуальної власності на винахід (корисну модель) засвідчується патентом. **Патент** (патент на винахід, деклараційний патент на винахід, деклараційний патент на корисну модель, патент (деклараційний патент) на секретний винахід, деклараційний патент на секретну корисну модель) – охоронний документ, що засвідчує пріоритет, авторство і право власності на винахід (корисну модель). **Патент на винахід** – різновид патенту, що видається за результатами кваліфікаційної експертизи заявки. **Строк дії патенту на винахід** становить 20 років від дати подання заявки. **Патент на корисну модель** – різновид патенту, що видається за результатами формальної експертизи заявки. **Строк дії патенту на корисну модель** становить 10 років від дати подання заявки. **Строк дії патенту на винахід**, об'єктом якого є **лікарський засіб**, засіб захисту тварин, засіб захисту рослин тощо, використання якого потребує дозволу відповідного компетентного органу, може бути продовжено за клопотанням власника цього патенту на строк, що дорівнює періоду між датою подання заявки та датою одержання такого дозволу, але не більше ніж на 5 років. **Правова охорона надається винаходу (корисній моделі)**, що не суперечить публічному порядку, принципам гуманності й моралі та відповідає умовам патентоздатності. **Об'єктом винаходу (корисної моделі)**, правова охорона якому (якій) надається, може бути продукт (пристрій, речовина, штам мікроорганізму, культура клітин рослини і тварини тощо) – процес (спосіб), а також нове застосування відомого продукту чи процесу. **Право на одержання патенту** має винахідник та інші особи, які набули право на винахід (корисну модель) за договором чи законом. **Патент надає його власнику:-** виключне право на використання винаходу (корисної моделі) за власним розсудом; - право дозволяти використання винаходу (корисної моделі) на підставі ліцензійної угоди;- виключне право перешкоджати неправомірному використанню винаходу (корисної моделі), у тому числі забороняти таке використання.

Права, які впливають з патенту на винахід, є **чинними** з дати наступного дня після їх державної реєстрації.

СООТНОШЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ И ИСКУССТВЕННОМ ГИПОБИОЗЕ У ХОМЯКОВ

Ломако В.В., *Пироженко Л.Н.

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

*ГУ “Отделенческая больница ст. Люботин УТОО ЮЖД”, г. Люботин..... 144

ЗМІНИ ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ НАСТОЯНКОЮ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО

Лукашевич І.В., Бачук-Понич Н.В., Сенюк Б.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 145

ОПТИМІЗАЦІЯ КУЛЬТИВУВАННЯ ШТАМІВ STREPTOCOCCUS SP. НА СЕРЕДОВИЩІ ІЗ РОСЛИННОЮ СИРОВИНОЮ

Лук'яненко Т.В., Осолодченко Т.П., Штикер Л.Г.

ДУ “Інститут мікробіології і імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”, м. Харків.... 146

ГЕТЕРОГЕННІСТЬ STREPTOCOCCUS SP. ЗА ФАКТОРАМИ ПЕРСИСТЕНЦІЇ, ІЗОЛЬОВАНИХ ВІД ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ДЕЛІРІЙ

Лук'яненко Т.В., *Юрченко М.П., *Кузьмінов В.Н.

ДУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”,

*ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”, м. Харків..... 147

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ВИДОВ ХОЛОДОВОЙ АККЛИМАЦИИ НА ОБМЕН ОКСИДА АЗОТА У КРЫС

Луценко Д.Г.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков..... 148

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ДЛИТЕЛЬНОМ ПРОМЕЖУТКЕ ВРЕМЕНИ

Любота В.В., Величко О.Н., *Вьюнник О.В., *Опарин А.Л.

Харьковский национальный университет радиоэлектроники,

*ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 149

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОРВІТИНУ У ХВОРИХ ІЗ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЮ МІКСТ-ПАТОЛОГІЄЮ

Малкович Н.М., *Марунчик С.Л.

Буковинський державний медичний університет,

*Міська клінічна лікарня № 3 м. Чернівці, Україна..... 150

ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЯВЛЕННЯ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Маркозова Л.М., Бараненко О.В.

ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”,м. Харків..... 151

РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ОСІБ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ВЖИВАННЯ ЕТАНОЛУ

Маркозова Л.М., Усменцева О.І., Аборнєва Л.І., Лопіна Н., *Бенько О.Г.

ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”,

*ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 152

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ПРИ СОЧЕТАННОМ ЛЕЧЕНИИ ФОЗИНОПРИЛОМ С ЛОЗАРТАНОМ Куршубадзе Э.	
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	135
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Кучеренко О.Д.	
Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	136
ИССЛЕДОВАНИЕ ЛОКУС КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Куш И.П., Суганяк К.А.	
ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск.....	137
ДИНАМИКА ЭНДОТЕЛИНА-1, МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА Лапшина Л.А., Глебова О.В., Кожин М.И., Борзова Е.Ю.	
Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	138
СУЧАСНІ АСПЕКТИ КАРДІОРЕНАЛЬНОГО КОНТИНУУМУ Лапшина Л.А., Михайлова Ю.О.	
Харківський національний медичний університет, Україна.....	139
УРОЛЕСАН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ Ліснянська І.С.	
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	140
ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ Лисунець О.М., Фурса О.В., Ханюкова І.Я.	
ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”, м. Дніпропетровськ.....	141
ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ФІЗІОЛОГІЧНОГО КОМПЕНСАТОРНОГО АНГІОГЕНЕЗУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ Лішневська В.Ю., Парасюк О.І.	
ДУ “Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України”, м. Київ.....	142
ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА СФЕРИЧНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КРЫС Ломако В.В., Коваленко И.Ф.	
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков.....	143

**«ВИКИПЕДИЯ» –
УНИВЕРСАЛЬНАЯ ИНТЕРНЕТ-ЭНЦИКЛОПЕДИЯ**
Беседина А.С., Белозерова С.В., Гридасова Л.Н.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

«Википедия» является одним из самых больших коллективных творений человечества. Особенность «Википедии» состоит в том, что ее может пополнять и редактировать любой человек, имеющий выход в интернет. Над созданием этой «супер-книги» одновременно трудятся профессора и школьники, академики и просто эрудированные люди. В результате общими усилиями жителей планеты содержание расширяется ежедневно. Сегодня престижем каждого народа является наполненность его языкового сегмента этой международной энциклопедии. Ведь это свидетельствует об интеллектуальном богатстве той или иной нации, ее любви к собственному языку, культуре, ее желании поделиться своими знаниями с другими народами. На данный момент в украинском сегменте «Википедии» собрано больше 373 тысяч статей, т. е. это крупнейшая в мире украиноязычная энциклопедия и самый большой в мире коллективный труд на нашем языке. Ежедневно в украинском сегменте «Википедии» создается 150-200 статей, а работает над ними около 2 тысяч людей. В Китае зарегистрировано около 7 тысяч активных википедистов, и пишут они гораздо больше статей. В Швеции больше 3 тысяч человек пополняют национальный сегмент «Википедии». Португалия насчитывает 5 тысяч волонтеров-составителей энциклопедии, Япония – 12 тысяч, Российская Федерация – около 13 тысяч. Разумеется, все они работают на благо своего общества для того, чтобы люди могли получать информацию обо всем на свете на своем языке. Ежедневно в «Википедии» просматривается около миллиона страниц пользователями из разных стран мира.

Из сообщения одного из активнейших википедистов Харькова и Украины Сергея Петрова, историка по образованию, аспиранта Харьковского национального университета им. Каразина, известно, что вся энциклопедия создается исключительно волонтерами, людьми, которыми движет только энтузиазм. Никто никому ничего не платит. Именно благодаря этому сайт «Википедии» находится на 7-м месте по популярности в мире и на 9-м – в Украине. **В Харькове**, несмотря на мощный научный и учебный потенциал города, активных википедистов **всего пятеро**. Потому-то город и регион в целом слабо представлены в этой всемирной справочной системе. В Донецке активных википедистов тоже пятеро. А вот в Киеве их намного больше, 250 человек, во Львове – 20-30. Удивительно, но большую активность проявляют, например, Черкассы, Кременчуг (Т. Буряковская, 2012).

Сегодня очень актуальным является участие равнодушных харьковчан к составлению энциклопедии, ведь в ней нет пока информации ни о наших городских достопримечательностях, ни о многих знаменитых людях Харьковщины.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОАЛЬБУМИУРИЮ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Бильченко А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Микроальбуминурия (МАУ) изначально связывалась с наличием поражения почек у больных с сахарным диабетом, однако, данные, накопленные за последние десятилетия убедительно доказали, что МАУ является, прежде всего, предиктором кардио-васкулярных катастроф.

Нами проведено открытое, не интервенционное постмаркетинговое исследование Postmarketing Investigation of LOZAP Treatment (PILOT-1) с **целью**: сравнить влияние на микроальбуминурию различных схем терапии на основе лосартана у больных артериальной гипертензией (АГ).

Исследование проводилось в условиях амбулаторной практики поликлиник г.г. Винница, Горловка, Днепропетровск, Донецк, Ивано-Франковск, Ирпень, Киев, Краматорск, Харьков. Критерием включения в исследование было наличие микроальбуминурии у больного с артериальной гипертензией. Определение микроальбуминурии осуществлялось полуколичественным методом с помощью тест-полосок производства компании Lachema-Pliva.

При скрининговом определении у 2 654 больных АГ в условиях амбулаторной практики МАУ выявлена у 956 (36 %) больных. Уровень МАУ был достоверно выше у больных с гипертрофией левого желудочка и дислипидемией. Больным с МАУ проводилась терапия препаратом лосартаном 1 раз в сутки перорально в дозе 50 или 100 мг в комбинации либо с гидрохлортиазидом (ГХТ) в дозе 12,5-25 мг либо амлодипином в дозе 5-10 мг 1 раз в сутки. Проведена оценка результатов терапии 443 больных АГ в течение 3 месяцев. 93 больных получали терапию Лосартаном в средней дозе 63 мг/сут.; 194 больных – Лосартан 50 мг + ГХТ 12,5 мг; 156 – Лосартан (ср. 58 мг) + Амлодипин (ср. 7,1 мг).

Комбинация лосартана 1 раз в сутки в дозе 50 или 100 мг с амлодипином привела к более значительному снижению как систолического, так и диастолического АД. Степень уменьшения микроальбуминурии была выше в группе больных, получавших комбинацию лосартана с амлодипином. Степень уменьшения микроальбуминурии коррелировала с дозой лосартана (коэф. $r = 0,43$, $p = 0,007$) и снижением систолического (коэф. $r = 0,20$, $p = 0,048$) офисного АД. Связь со снижением диастолического офисного АД была недостоверной (коэф. $r = 0,12$, $p = 0,065$).

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ АКТИВНОСТІ РААС У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЇХ ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Кравцова В.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна..... 126

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САКСАГЛИПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кравчун Н.А., Земляницына О.В.

ГУ “Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины”, г. Харьков..... 127

ДОСЯГНЕННЯ ЦИТОКІНОДІАГНОСТИКИ І ЦИТОКІНОТЕРАПІЇ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Кравчун П.Г., Бабаджан В.Д.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 128

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кравчун П.Г., Ковалёва Ю.А., Шелест Б.О., Кравчун П.П., Шелест А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 129

СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ У ПАТОГЕНЕЗІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: КОНТЕНТ – АНАЛІЗ

Кравчун П.Г., Ольховський Д.В., Наріжна А.В.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 130

РІВЕНЬ ЦИТОКІНІВ В СІРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНУ ІЗ СИНДРОМОМ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Красюк О.А.

Українська військово-медична академія, м. Київ..... 131

НАРУШЕНИЕ ОСТЕОГЕНЕЗА КАК СЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Крахмалова Е.О., Каменир В.М., Калашник Д.Н., Гетман Е.А.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 132

ВПЛИВ ТРИВАЛОЇ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ПАРАМЕТРИ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕЗИСТЕНТНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кузьміна Н.В., Біловол О.М., Серкова В.К.

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, *Харківський національний медичний університет, Україна..... 133*

НАУЧНЫЙ ДОКУМЕНТ КАК ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ ИНФОРМАЦИИ

Кулешова Е.М.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 134

УМЕНЬШЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ВЫСОКОГО РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE ПРИ ПОМОЩИ РАННЕЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ Копица Н.П., Аболмасов А.Н., Литвин Е.И. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	118
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ 6-МЕСЯЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Копица Н.П., Титаренко Н.В., Белая Н.В., Колосов Е.В. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	119
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ Копица Н.П., Титаренко Н.В., Белая Н.В., Опарин А.Л., Петенева Л.Л. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	120
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОМОРБИДНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА Корж И.В. ГУ “Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины”, г. Харьков.....	121
КРОВОТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ИНТРАГАСТРАЛЬНЫЙ рН В БАЗАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ Коркушко О.В., Шатило В.Б., Гавалко Ю.В., Гриб О.Н., *Багрий А.С. ГУ “Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины”, *Киевская городская клиническая больница № 8.....	122
ГЕМОДИНАМИЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ У РОБІТНИКІВ ПИЛОВИХ ПРОФЕСІЙ МАШИНОБУДУВАННЯ Костюк І.Ф., Балагова Л.П., Маслова Є.П., Скіба Т.В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	123
ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК МІЖ РІВНЯМИ ІНСУЛІНУ ТА ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Кочержат О.І., Оринчак М.А. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	124
СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ Кочуев Г.И., Корж А.Н., Кочуева М.Н. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	125

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ОСТЕОАРТРОЗОМ **Бичков О.А.**

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

Відомо, що при артеріальній гіпертензії, обтяженій різними факторами ризику, зокрема наявністю хронічних вогнищ запалення, спостерігається потенціювання порушень ліпідного та вуглеводного обміну, ризик розвитку атеросклерозу, активація системи прозапальних цитокінів. В результаті поєднання патологічних процесів відбувається пошкодження ендотелію, який втрачає протизапальні, антиоксидантні, антитромбогенні властивості, внаслідок чого порушується перфузія крові та розвивається гіпоксія тканин.

Мета роботи – дослідити вміст основних прозапальних цитокінів сироватки крові у хворих на есенціальну гіпертензію (ЕГ), поєднану з остеоартрозом (ОА) до та після лікування. Для вирішення поставленої мети було обстежено 105 хворих на ЕГ, поєднану з ОА. Контрольну групу склали 30 здорових осіб, співставлених за віком та статтю. Діагноз ЕГ та її стадію встановлювали згідно до Наказу № 436 від 03.07. 2006 року та згідно рекомендацій Асоціації кардіологів України 2008, 2010 рр. Діагноз ОА виставлявся у відповідності до діагностичних критеріїв Асоціації ревматологів України (2000р.) та згідно до Наказу № 676 від 12.10. 2006р. Хворі на ЕГ приймали антигіпертензивну терапію, яка включала інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту або блокатор рецепторів до ангіотензину II в поєднанні з β-адреноблокаторами та сечогінними. Терапія ОА включала застосування нестероїдних протизапальних препаратів – селективних та специфічних інгібіторів ЦОГ-2 та хондропротекторів курсами по 2-3 місяці, 2-3 рази на рік. Імунологічне обстеження проводилося двічі: до лікування та через 4-6 місяців постійної терапії.

В результаті дослідження встановлено, що до лікування у хворих концентрація ФНП-α становила (113,54 ± 6,28) пг/мл, ІЛ-1β – (105,97 ± 5,38) пг/мл, а ІЛ-6 – (86,35 ± 4,47) пг/мл, що достовірно перевищувало дані контрольної групи (p < 0,01). Повторне дослідження показало зниження концентрації ФНП-α в 2,36 рази, ІЛ-1β – в 2,24 рази та ІЛ-6 – в 5,78 рази. Отримані дані співпадають з відомими даними, які показують, що застосування хондропротекторів глюкозаміну (ГА) та хондроїтин сульфату (ХС) має виражений протизапальний ефект, який при сумісному застосуванні з нестероїдними протизапальними препаратами дозволяє знизити дозу останніх та сприяє зменшенню прогресування ОА. Так, ХС подавляє стимульований ІЛ-1 синтез РГ синовіальними фібробластами, відміняє залежне від ІЛ-1інгібування синтезу гіалуронової кислоти та колагенази, тим самим, збільшує продукцію компонентів матрикса хряща. ГА пригнічує прозапальну та судинноруйнівну дію ІЛ-1, послідовно знижує обумовлений ІЛ-1 синтез ММР в клітинах. Проведені дослідження показують зниження рівня САТ в середньому на 7,3 мм рт. ст., що може бути пояснено їх протизапальною дією, більш ефективним зменшенням болювого синдрому та покращенням функціонального стану пацієнтів.

ІМУННИЙ СТАТУС У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В РІЗНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПЕРІОДИ

Бичкова Н.Г., Присяжнюк А.П., Серeda П.І., Гичка С.Г.

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

Мета роботи – визначити стан імунної системи у хворих після ішемічного інсульту в різні реабілітаційні періоди.

Для вирішення поставленої мети було досліджено показники імунної системи у 64 пацієнтів в ранньому реабілітаційному періоді, до 6 місяців з моменту ГПМК; 73 хворих в пізньому періоді реабілітації, від 6 місяців до року після інсульту; та 58 хворих в періоді резидуальних явищ, після одного року з дня інсульту. Контрольну групу склали 30 здорових осіб рандомізованих за віком та статтю.

Результати. Встановлено, що вміст лейкоцитів та лімфоцитів у хворих в різні періоди реабілітації після інсульту не відрізнявся від значень контрольної групи та між собою ($p > 0,1$). Дані показники свідчили про те, що навіть у хворих у ранній реабілітаційний період не спостерігалось ознак гострої запальної реакції, які б проявилися лейкоцитозом або лімфопенією та нейтрофіліозом. Вміст CD3+ лімфоцитів, CD4+ лімфоцитів та CD8+ лімфоцитів не мав вірогідних відмінностей ($p > 0,1$) від даних контрольної групи та між собою по періодам, що свідчить, як про відсутність супресивного впливу на Т-ланку імунітету, так і про збереженість функціональної активності клітинної ланки імунної системи в усі періоди реабілітації після інсульту. Вміст CD16+ лімфоцитів не відрізнявся від значень контрольної групи ($p > 0,1$) у хворих в перший період та мав тенденцію до зниження в другий та третій періоди. В той же час що вміст NK-клітин у хворих в 2 та 3 період захворювання був вірогідно ($p < 0,01$) нижчим, ніж у ранній реабілітаційний період. Вміст активованих лімфоцитів з фенотипом CD25+ у всіх групах хворих був вірогідно нижчим ($p < 0,01$) за показники контрольної групи і становив до 50 % від рівня у здорових осіб. Відносна кількість лімфоцитів, які експресують молекулу адгезії ICAM-1 (CD54+), була втричі меншою у хворих в ранній реабілітаційний період та вдвічі меншою від показників контрольної групи у хворих в 2 та 3 період хвороби, що свідчило про більш глибокі порушення процесів міжклітинної взаємодії імунокомпетентних клітин в ранній реабілітаційний період. Відносний вміст активованих CD95+ лімфоцитів, які експресують FAS-рецептор, був вірогідно вищим за показники здорових осіб в усіх групах хворих. При цьому вміст даної субпопуляції лімфоцитів в перший період захворювання був вірогідно вищим на 54 % ($p > 0,01$), ніж в другий та третій.

Висновки. Встановлено імунологічні особливості перебігу раннього реабілітаційного періоду інсульту, які полягають у збереженій кількості Т-лімфоцитів, розвитку В-лімфоцитозу, значному пригніченні активаційних процесів у лімфоцитах за участю молекули міжклітинної адгезії ICAM-1.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО, ВУГЛЕВОДНОГО, ПУРИНОВОГО ОБМІНІВ ТА ПРОЦЕСІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Коваль С.М., Божко В.В., Снігурська І.О., Рєзнік Л.А., Корнійчук І.А.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 109

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Коваль С.М., Снігурська І.О., Милославський Д.К., Щенявська О.М.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 110

РІВНІ УРОТЕНЗИНА-II ТА ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТА-V1 У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Коваль С.М., Старченко Т.Г., Першина К.С., Замазій А.Є., Беседіна А.С.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 111

ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Ковальова О.М., Кочубей О.А.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 112

БІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ-2

Ковальова Ю.О., Шелест М.О., Бойко О.М., Шелест Б.О.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 113

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ковальская Е.А., Клименко О.Г.

МБУЗ “Городская поликлиника № 2”, г. Белгород, Россия..... 114

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

*Козлов А.П., Крахмалова Е.О., Гридасова Л.Н.

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 115

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ПУРИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Коломиец М.В., Бильченко А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина..... 116

РЕЗУЛЬТАТИ ПРИЗНАЧЕННЯ ЕСПА-ЛІПОНУ ХВОРИМ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ У СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Компанієць К.М.

ДЗ “Луганський державний медичний університет”, Україна..... 117

АСОЦІАЦІЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА СУРФАКТАНТНОГО ПРОТЕЇНУ С З ГЕМОДИНАМІЧНИМИ ЗРУШЕННЯМИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ Калмиков О.О., Скіба Т.В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	100
ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ У КАРДИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Каменир В.М., Гетман Е.А., Зоренко Н.В. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	101
ЦИТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА БЕЗ НЕЇ Камінський В.Я. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	102
ВЛИЯНИЕ СПИРОНОЛАКТОНА И АТОРВАСТАТИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ^{1,2} Камышникова Л.А.,²Ефремова О.А. ¹ МБУЗ «Городская поликлиника № 2» г. Белгорода, ² ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия.....	103
СПОЛУЧНОТКАНИННИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ З СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Капустник В.А., Архипкіна О.Л. Харківський національний медичний університет, Україна.....	104
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОПРОЛОЛА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Капустник В.А., Телегина Н.Д., Брек В.В. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	105
ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОАРГІНІНУ ПРИ АСОЦІЙОВАНИХ КАРДІОЛОГІЧНИХ СТАНАХ Катеренчук І.П. Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава.....	106
ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ 24 НЕДЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ САРТАНАМИ Клименко Н.Н., Шапошникова Ю.Н. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	107
СТУПІНЬ УРАЖЕННЯ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ ПОЧАТКОВОЇ ХСН ІШЕМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ Коваль О.А.,*Ткаченко Ю.В. Дніпропетровська державна медична академія,*ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”, м. Дніпропетровськ, Україна.....	108

**ВМІСТ АКТИВОВАНИХ СУБПОПУЛЯЦІЙ ЛІМФОЦИТІВ
У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ,
ІНФІКОВАНИХ ГЕРПЕС-ВІРУСАМИ**
Бичкова Н.Г., Прохорова М.П.

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

На сьогоднішній день існує значна кількість експериментальних та клінічних даних про те, що бронхіальна астма (БА) є імунозалежним захворюванням. На даний час характерним є зростання імунозалежних захворювань з їх реструктуризацією здебільшого в бік хронічних патологічних процесів, що розвиваються на тлі дезадаптації імунної системи і збільшення числа преморбідних станів. Серед них герпетичні інфекції належать до найбільш розповсюджених імунозалежних хвороб.

Мета роботи – вивчити вміст активованих субпопуляцій лімфоцитів у хворих на БА із супутньою герпесвірусною інфекцією залежно від ступеня важкості захворювання.

Для вирішення поставленої мети було обстежено 132 хворих на БА, які мали супутню герпесвірусну інфекцію. Хворі були поділені на три підгрупи залежно ступеня важкості захворювання. Контрольну групу склали 20 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

В результаті проведених досліджень встановлено, що по мірі зростання тяжкості перебігу БА кількість активованих лімфоцитів з фенотипом HLA-DR⁺ зростала, перевищуючи вдвічі ((24,8 ± 2,34) %) при тяжкому перебігу показники як здорових осіб ((12,1 ± 1,07) %), так і аналогічні дані при легкому перебігу ((10,9 ± 1,09) %) та середньої важкості ((18,4 ± 1,73) %). У той же час кількість CD25⁺ лімфоцитів зменшується при зростанні важкості БА. Так, якщо у хворих з легким перебігом ((13,1 ± 1,29) %) їх кількість не відрізнялась від показників контрольної групи ((13,8 ± 1,12) %), то у хворих на БА середньої важкості та важку БА вона становила лише 1/2 та 1/3 від рівня здорових осіб. Оскільки CD25⁺ лімфоцити є клітинами, які експресують α ланцюг ІЛ-2, який, в свою чергу, є Тх 1 похідним цитокином, то стає зрозумілим вірогідне зменшення кількості даної субпопуляції лімфоцитів у хворих на БА. Вміст активованих лімфоцитів, які експресують FAS-R та готові вступити в апоптоз – запрограмовану клітинну загибель, вірогідно підвищувався зі зростанням ступеня важкості БА – від (5,6 ± 0,38) % при легкому перебігу до (12,9 ± 1,39) % при важкому, у здорових – (3,04 ± 0,02) %. Підвищений вміст даної популяції лімфоцитів обумовлений зростанням продукції прозапальних цитокінів ІЛ1-β та ФНП-α, які посилюють апоптоз периферичних лімфоцитів при важкому перебігу БА.

Отже, у хворих на БА, що мають супутню герпесвірусну інфекцію, спостерігається зменшення числа активованих CD25⁺ лімфоцитів, що свідчить про дефіцит Тх 1 лімфоцитів, та активація імунокомпетентних клітин – збільшення числа HLA-DR⁺ та CD95⁺ лімфоцитів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ЦИТОКІНІВ ТА КОМПОНЕНТІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Бичкова С.А., *Бичкова Н.Г.

Українська військова медична академія,

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

Мета роботи – визначити активність системного запального процесу залежно від кількості компонентів метаболічного синдрому (МС) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Обстежено 116 хворих на ХОЗЛ із супутнім МС. Першу групу склали особи з ХОЗЛ без ознак МС, другу – пацієнти з II стадією ХОЗЛ та 3 компонентами МС, третю – пацієнти із ХОЗЛ та 5-компонентним МС. Діагноз МС встановлювався за рекомендаціями IDF, 2005. Трьохкомпонентним вважали МС за наявності абдомінального ожиріння (обсяг талії ≥ 94 см) у поєднанні із АГ $\geq 130/85$ мм рт. ст., або застосування гіпотензивної терапії з приводу раніше діагностованої АГ та зниженим рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності $< 1,03$ ммоль/л для чоловіків, або проведення специфічної терапії з приводу дисліпідемії. П'ятикомпонентним вважали МС, коли до вищенаведених складових додавалися гіперглікемія натще $\geq 5,6$ ммоль/л, або раніше діагностований ЦД2 типу та гіпертригліцеридемія $\geq 1,7$ ммоль/л, або на тлі специфічної гіполіпідемічної терапії. Аналіз представлених результатів показав, що у хворих при ізолюваному ХОЗЛ II стадії у фазу ремісії сироваткова концентрація ФНП- α перевищувала контрольні значення на 33,3 % ($p < 0,05$), ІЛ-1 β – на 39,9 % ($p < 0,05$), ІЛ-6 – в 2,22 рази ($p < 0,05$), при цьому вміст ІЛ-8 та ІЛ-4 не мав вірогідних відмінностей від показників контрольної групи. У пацієнтів 2 групи із ХОЗЛ та 3-х компонентним МС вміст ФНП- α вірогідно перевищував його рівень у першій групі в 1,65 рази ($p < 0,05$), аналогічна тенденція спостерігалася і для ІЛ-1 β , вміст якого був вищим відповідно в 1,6 рази ($p < 0,05$). Сироваткова концентрація ІЛ-6 в даній групі хворих була статистично вищою за показник у осіб із ізолюваним ХОЗЛ на 61,5 % ($p < 0,05$) та на 19,5 % ($p < 0,05$) нижчою, ніж при ізолюваному 3-х компонентному МС. Дані прояви можна розцінювати як потенціювання продукції цитокіну при поєднанні обох нозологічних форм. Аналогічна тенденція відмічена і для ІЛ-8. Вміст ІЛ-4 був вірогідно нижчим за рівень контрольної групи на 21,7 % ($p < 0,05$). Пацієнти із ХОЗЛ та п'ятикомпонентним МС мали зміни сироваткового профілю цитокінів, аналогічні даним в 2 групі, проте вираженість їх була значно вищою за всіма показниками.

Отже, у хворих на ХОЗЛ із супутнім МС спостерігаються виражені зміни в імунній системі, які характеризуються дисбалансом цитокінів, коли по мірі зростання кількості компонентів МС в сироватці крові відмічаються більш високі рівні прозапальних цитокінів, особливо ІЛ-6 та ІЛ-1 β .

ПОСЛОЙНАЯ ОЦЕНКА СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Зубко И.Н., Коваль Е.А.

ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск, ГУ “Днепропетровская медицинская академия” 91

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ У СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Іванова Л.М., Сидоренко Ю.В., Височін М.В.

ДЗ “Луганський державний медичний університет”, Україна 92

ОСОБЛИВОСТІ РЕГІОНАРНОЇ СКОРОТЛИВОСТІ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ: АНАЛІЗ РЕЄСТРУ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ

Іванчук П.Р., Ташук В.К., Поліщук О.Ю., Бачинська І.В.

Буковинський державний медичний університет, Україна 93

АД'ЮВАНТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПОЗАСУГЛОБОВИХ ПРОЯВІВ ПОДАГРИ

Ілашук Т.О., Бобкович К.О., Малкович Н.М., Бачук-Понич Н.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна 94

СТАБІЛЬНА СТЕНОКАРДІЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Ілашук Т.О., Малишевська І.В., Окіпняк І.В., Ілашук І.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна 95

ЗАСТСУВАННЯ КОРВІТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Ілашук Т.О., Окіпняк І.В., Васюк В.Л., Бойко Б.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна 96

ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ (ПЕРВИННА, СКРИТА, ПРОГНОЗОВАНА)

Іпатов А.В., Дроздова І.В., Ханюкова І.Я., *Мацуга О.М.

ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”, м. Дніпропетровськ, *Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара 97

РОЛЬ АДИПОНЕКТИНА И РЕЗИСТИНА В ГЕНЕЗЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кадыкова О.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина 98

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Калашник Д.М., Крахмалова О.О., Васильєв О.О., Гетман О.А.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків 99

ГЕПАТОБІЛІАРНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ОЖИРІННЯМ Журавльова Л.В., Моїсєнко Т.А., Журавльова А.К. Харківський національний медичний університет, Україна.....	82
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА И РЕЗИСТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА Журавлева Л.В., Сокольникова Н.В. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	83
ПРОФІЛАКТИКА ХВОРОБ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Зазикіна Д.С., Лебідь В.Г., Флегантова Б.Л. Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава.....	84
ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ, ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Заикина Т.С. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	85
ПРОТИРЕЦИДИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ В ПОЄДНАННІ З ГІПОТИРЕОЗОМ Залюбовська О.І. Харківський національний медичний університет, Україна.....	86
КЛИНИЧЕСКАЯ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА Запровальная О.Е., Комир И.Р., Рябуха В.В., Клещевникова Л.Л. ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины" г. Харьков.....	87
ВПЛИВ ФЕРОСТАТУСУ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Зелена І.І., Гопцій О.В. Харківський національний медичний університет, Україна.....	88
ОКРЕМІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Зубань А.Б., Островський М.М. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	89
ОЦІНКА ВПЛИВУ ТІОТРОПІО БРОМІДУ НА ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНУ ФРАКЦІЮ СИСТЕМИ СУРФАКТАНТА ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Зубань А.Б., Островський М.М. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	90

РОЛЬ ДИСЛІПІДЕМІЇ В ПОРУШЕННЯХ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бичкова С.А., *Бичкова Н.Г.

Українська військова медична академія,

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

Мета – оцінити показники клітинного та гуморального імунітету у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) із супутнім метаболічним синдромом (МС) залежно від типу гіперліпідемії (ГЛП).

Обстежено 116 хворих на ХОЗЛ із супутнім МС. В 1 групу хворих ввійшли 62 хворих із ХОЗЛ II стадії у фазу ремісії, ознаками МС та ГЛП Па, 2 групу склали 54 пацієнти із ХОЗЛ II стадії, ознаками МС та ГЛП ІІб. Тип ГЛП визначали за класифікацією ВООЗ, 1970.

Проведений нами аналіз показників імунної системи у пацієнтів із МС залежно від типу ГЛП виявив однаково спрямовані прозапальні та аутоімунні зміни в клітинній та гуморальній ланках імунітету: відносна кількість CD3⁺ лімфоцитів, CD22⁺ лімфоцитів та NK-клітин не мала вірогідних відмінностей між групами пацієнтів (р > 0,1), вміст імунорегуляторних субпопуляцій теж не залежав від типу ГЛП. В той же час нами виявлено, що більш глибокі порушення спостерігаються у пацієнтів із ГЛП II а, що проявилось вірогідно вищою кількістю активованих Т та В-лімфоцитів, лімфоцитів, які експресують сигнальну молекулу адгезії ICAM-1 при статистично значимій підвищеній її концентрації в сироватці крові, а саме вищі значення вмісту CD25⁺лімфоцитів на 33,50 %, HLA-DR⁺ лімфоцитів – на 33,43 % та CD54⁺лімфоцитів – на 20,08 %. Також нами встановлено вірогідно вищий вміст у сироватці крові ІЛ-6 при зниженому рівні ІЛ-4, а також дисбаланс циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) за рахунок підвищеної концентрації патогенних. Дані порушення в імунній системі пов’язані, на наш погляд, із тим, що основним порушенням ліпідного профілю при ГЛП II а є надлишок ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), які наділені потужними антигенними властивостями та є одним із компонентів ЦІК, в той час, як при ГЛП II б спостерігається надлишок як ЛПНЩ, так і ЛПДНЩ та ТГ, які при більш виражених змінах ліпідного обміну є менш агресивними агентами впливу на імунну систему.

Отже, дисліпідемії, які є обов’язковим компонентом МС, суттєво впливають на ступінь порушень в імунній системі. У хворих із ГЛП Па встановлено більш високий вміст активованих лімфоцитів, рівня патогенних ЦІК, ІЛ-6 та розчинної молекули адгезії sICAM-1. Не виявлено достовірних відмінностей у кількості основних популяцій та субпопуляцій лімфоцитів, активованих CD95⁺ лімфоцитів, сироватковій концентрації ФНП-α, ІЛ-1β та СРП та фагоцитарній активності нейтрофілів.

ВНЕСОК ДУ “ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ” В ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ТЕРАПЕВТІВ ТА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У 2011 РОЦІ

Богун Л.В., Лавренко Т.А., Ярина Н.А.

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

Одним з важливих напрямків діяльності ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України” є підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей з проблем сучасної діагностики і лікування захворювань внутрішніх органів. Ця робота проводиться шляхом проведення науково-практичних конференцій, “Днів терапевта”, “Днів кардіолога”, засідань Харківського наукового медичного товариства на базі Інституту, виїзних науково-практичних конференцій та наукових семінарів. Щоквартально проводяться Інтернет-конференції в межах освітньої Інтернет-програми для лікарів “Проблеми інтерніста” з найактуальніших питань внутрішніх хворобі за участю лікарів-інтерністів м. Харкова і області.

Так, у 2011 році організовані і проведені Всеукраїнські науково-практичні конференції: “Щорічні терапевтичні читання: нові технології та міждисциплінарні питання у загально терапевтичній практиці”, “Внесок молодих спеціалістів у розвиток медичної науки і практики”, “Медична наука і клінічна практика: минуле, сьогодення, майбутнє” присвячені проблемам діагностики, лікування та профілактики найбільш розповсюджених хронічних неінфекційних захворювань. Також у 2011 році ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» проведено 8 науково-практичних конференцій, 7 “Днів терапевта” та спільних засідань товариства терапевтів, 5 “Днів кардіолога” та спільних засідань товариства кардіологів, 1 наукова сесія. В рамках виїзних “Шкіл терапевтів імені Л.Т. Малої” було проведено 5 науково-практичних конференцій в Рівненській, Івано-Франківській, Миколаївській, Дніпропетровській областях України та Автономній республіці Крим за темами: “Сучасні підходи до діагностики, лікування і профілактики терапевтичних захворювань”, “Нові досягнення в діагностиці, лікуванні і профілактиці терапевтичних захворювань”, “Цукровий діабет і супутні захворювання внутрішніх органів”, “Сучасні проблеми діагностики, лікування і профілактики захворювань нирок”, “Актуальні питання діагностики, лікування та профілактики захворювань внутрішніх органів”.

Загалом в 2011 р. у роботі науково-практичних конференцій на базі ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України” підвищили кваліфікацію 2846 осіб (у т.ч. на виїзних науково-практичних конференціях – 850 осіб), прийняли участь 792 наукових співробітників і лікарів практичної охорони здоров’я. У роботі “Днів терапевта”, “Днів кардіолога”, засідань Харківського наукового медичного товариства терапевтів і кардіологів прийняли участь понад 1200 лікарів.

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ: ПРОВІДНІ ТЕНДЕНЦІЇ ДИНАМІКИ ІНВАЛІДНОСТІ

Дроздова І.В., Ханюкова І.Я., Омельницька Л.В., *Мацуга О.М.

ДУ “Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”, м. Дніпропетровськ,

*Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара..... 74

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦИНОЗА

Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Бабанина С.М., Шилкина Л.Н., Китура Е.М., Сивидова М.В., Третьякова Л.А.

Высшее государственное учебное заведение Украины

“Украинская медицинская стоматологическая академия”, г. Полтава..... 75

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

Ждан В.М., Зазика Д.С., Флегантова Б.Л.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава..... 76

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Ждан В.М., Лебідь В.Г.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава..... 77

L-АРГІНІН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ждан В.М., Штомпель В.Ю., Настрога В.С.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава..... 78

СТАН СИСТЕМИ КОМПЛЕМЕНТУ У ХВОРИХ З КОМОРИДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Железнякова Н.М.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 79

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФОСФОЛІПІДІВ В ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З КОМОРИДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Журавльова Л.В., Александрова Н.К., Летік І.В., Федоров В.О.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 80

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Журавлёва Л.В., Власенко А.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 81

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ: ФАКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ Денисенко В.П., Топчій І.І. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків	66
--	----

ВПЛИВ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО НАДАЄ ДОПОМОГУ ВАЖКОХВОРИМ ПАЦІЄНТАМ, НА ЇХ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ Децик О.З., Золотарьова Ж.М. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	67
--	----

АЛКОГОЛІЗМ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ ХРОНІЧНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Децик О.З., Карпінець І.М. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	68
--	----

РОЛЬ ВІРУСНИХ ЗБУДНИКІВ В ІНФЕКЦІЙНОМУ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Дзюблик О.Я., *Дзюблик І.В., *Обертинська О.В., Капітан Г.Б., Мухін О.О., Чечель Л.В., Сухін Р.Є., Недлінська Н.М., Клягін В.Я., Ячник В.А. ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України”, *ДУ “Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика”, м. Київ, Україна.....	69
---	----

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАГЛУТАМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Дзюблик О.Я., Капітан Г.Б., Недлінська Н.М., Мухін О.О., Чечель Л.В., Сухін Р.Є., Клягін В.Я., Ячник В.А. ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України”, м. Київ, Україна.....	70
---	----

ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ ТРЕНУВАНЬ НА ДИФУЗІЙНУ ЗДАТНІСТЬ ЛЕГЕНЬ У ЛЮДЕЙ З ПРИСКОРЕНИМ СТАРІННЯМ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ Дибя І.А., Осьмак Є.Д., Асанов Е.О. ДУ “Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України”, м. Київ.....	71
---	----

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА Дроздова И.В., Лысунец Е.М., Бирец Н.М., Волкова Т.Н., Санина И.В. ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск.....	72
---	----

ЕХОКАРДИОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЙ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ Дроздова І.В., *Сидорова М.Г. ДУ “Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”, м. Дніпропетровськ, *Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара.....	73
---	----

**ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ
ДУ “ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ”
В РОБОТУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ
УКРАЇНИ У 2011 Р.**

Богун Л.В., Лавренко Т.А., Ярина Н.А.
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків

Одним з напрямків науково-організаційної роботи Інституту терапії імені Л.Т. Малої НАМН України є впровадження наукових розробок інституту в роботу лікувально-профілактичних закладів України. За останні 8 років в закладах охорони здоров’я областей України впроваджено 606 наукові розробки.

Географія впровадження наукових розробок інституту суттєво розширюється завдяки виїздам в області України. Так у 2011 році 63 наукові розробки інституту терапії імені Л.Т. Малої НАМН України було впроваджено в роботу лікувально-профілактичних закладів чотирьох областей України та в Автономній республіці Крим. Зокрема в Рівненській обласній клінічній лікарні впроваджено 39 наукові розробки (окремо з КПКВ 6561020 – 12 нововведень, з КПКВ 6561040 – 27 нововведень); в Косівській центральній районній лікарні Івано-Франківської області впроваджено 53 наукові розробки (окремо з КПКВ 6561020 – 14 нововведень, з КПКВ 6561040 – 39 нововведень); в Миколаївській обласній клінічній лікарні впроваджено 42 наукові розробки (окремо з КПКВ 6561020 – 14 нововведень, з КПКВ 6561040 – 28 нововведень); в Дніпропетровській обласній клінічній лікарні впроваджено 42 наукові розробки (окремо з КПКВ 6561020 – 12 нововведень, з КПКВ 6561040 – 30 нововведень); в кардіологічному клінічному диспансері Автономної республіки Крим впроваджено 40 наукових розробок (окремо з КПКВ 6561020 – 12 нововведень, з КПКВ 6561040 – 28 нововведення); в районній клінічній лікарні ім. М.І. Семашко Автономної республіки Крим впроваджено 13 наукових розробок (окремо з КПКВ 6561020 – 4 нововведення, з КПКВ 6561040 – 9 нововведень); в міській лікарні №1 ім. М.І. Пирогова м. Севастополь 5 наукових розробок з КПКВ 6561040; в Севастопольській міській лікарні №9 м. Балаклава 2 наукові розробки з КПКВ 6561040; в Лозівській центральній міській лікарні 24 наукові розробки (окремо з КПКВ 6561020 – 6 нововведень, з КПКВ 6561040 – 18 нововведень); в Харківській обласній клінічній лікарні впроваджено 7 наукових розробок (окремо з КПКВ 6561020 – 4 нововведення, з КПКВ 6561040 – 3 нововведення).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бойко Т.И., Толстикова Т.Н., Сорочан Е.В., Стойкевич М.В.

ГУ “Институт гастроэнтерологии НАМН Украины”, г. Днепрпетровск

Цель: изучить влияние анемии на качество жизни (КЖ) пациентов хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК).

Материал и методы: Обследовано 34 пациента ХВЗК с анемией (Hb < 120г/л), в возрасте от 19 до 57 ($39,9 \pm 2,1$) лет. Контрольную группу составили 20 пациентов ХВЗК без анемии, репрезентативных по полу и возрасту с основной группой.

Для изучения КЖ больных проводилось анкетирование при помощи российской версии опросника SF-36. Анкета SF-36 состоит из 36 вопросов, которые отображают 8 концепций (шкал) здоровья: физическую и социальную активность, степень ограничения физической работоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность или утомляемость, боль, общую оценку здоровья. Опросник SF-36 позволяет оценить КЖ в баллах по шкалам от 0 до 100. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по шкале.

Результаты. Показатель физической активности был снижен до ($64,7 \pm 3,3$) баллов, что в 1,2 раза ниже по сравнению с контрольной группой. Показатель физической способности выполнять свою работу был снижен в 1,9 раза ($p < 0,05$) – ($7,8 \pm 3,8$) балла. Установлено, что в ограничении жизнедеятельности пациентов играет роль не только физический, а и эмоциональный фактор. Отмечено снижение показателя «эмоциональное функционирование» в 1,2 раза до ($27,42 \pm 6,9$) баллов. У больных с анемией наблюдалось значительное снижение социальной активности до ($12,5 \pm 2,1$) баллов, что обусловлено нетрудоспособностью, инвалидизацией в результате часто рецидивирующего течения заболевания, неоднократными госпитализациями. Показатели жизненной активности и психологического здоровья у пациентов с анемией также были ниже, чем у больных с нормальным уровнем гемоглобина: ($15,8 \pm 1,9$) против ($18,5 \pm 2,5$) и ($13,05 \pm 1,5$) против ($16,2 \pm 3,2$) балла, соответственно. Общее состояние здоровья у пациентов ХВЗК с анемией было снижено в 1,3 раза до ($10,5 \pm 2,3$) балла по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об отягощающем влиянии анемии на качество жизни пациентов ХВЗК.

ФНП-а ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Гопцій О.В., Зелена І.І.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 56

ВПЛИВ РОЗУВАСТАТИНУ ТА МОСАПРИДУ НА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНО-НІТРОЗИТИВНОГО СТРЕСУ ТА СТУПІНЬ ЛІТОГЕННОСТІ ЖОВЧІ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Горбатюк І.Б., Антонів А.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 57

СТАНПЕЧІНКИ І ЖОВЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТУ ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Гравіровська Н.Г.

ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ..... 58

ОЦІНКА ПОШИРЕНOSTІ ФАКТОРІВ ВПЛИВУ НА ПРОГНОЗ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Гречко С.І., Ташук В.К., Амеліна Т.О., Турубарова-Леунова Н.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 59

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ВАБАДИН (СИМВАСТАТИН) ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Грунченко М.М., Несен А.О., Тверетінов О.Б., Чернишов В.А.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 60

РЕВМАТОЛОГІЧНІ «МАСКИ» ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Гуйда П.П.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 61

АТИПОВІ ВАРІАНТИ ДЕБЮТУ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ

Гуйда П.П., Молотягіна С.П.

Харківський національний медичний університет,
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 62

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РЕВМАТИЧНИХ ХВОРОБ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Гуйда П.П., Молотягіна С.П.

Харківський національний медичний університет,
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 63

ЗМІНИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Гулага О.І., Полянська О.С., Ташук В.К.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 64

NT-proBNP ПРИ ПОВТОРНИХ ІНФАРКТАХ МІОКАРДА З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Деніна Р.В.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна..... 65

СЕЧОКИСЛИЙ ДІАТЕЗ ТА СЛАДЖ-ФЕНОМЕН У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Волошин О.І., Сенюк Б.П., Лукашевич І.В. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.....	47
ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВотоКА L-АРГИНИНОМ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Гавалко Ю.В. ГУ “Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины”, г. Киев.....	48
ВЗАЄМОЗВ’ЯЗКИ МІЖ ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ПЕЧІНКИ, ВИРАЖЕНІСТЮ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ТА ДИСБІОЗОМ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ Гавриш І.М., Глушко Л.В. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	49
ВМІСТ ПРОЗАПАЛЬНИХ МОНОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Гальчінська В.Ю., Топчій І.І., Єфімова Н.В., Семенових П.С., Борисова О.Л. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	50
ВІКОВІ, ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ГОМЕОСТАЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ АТЕРОГЕНЕЗУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ Гінгуляк О.М., Ташук В.К., Турубарова-Леунова Н.А. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.....	51
ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ НА ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕЗІЮ З ОЖИРІННЯМ Гиріна О.М., Петренко І.В. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	52
ЕФЕКТИВНІСТЬ АД’ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Глубоченко О.В., Глубоченко В.Г., Сенюк Б.П. Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.....	53
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УРСОЛІЗИНУ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Глушко Л.В., Шевчук І.М., Чаплинська Н.В., Симчич Х.С. ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна.....	54
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ Голик В.А., Суганяк К.А., Мороз Е.Н., Куш И.П. ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск.....	55

СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ФНП-α У ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Болотських Г.В.

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

Актуальність. В останні роки в ході багатьох досліджень накопичено велика кількість відомостей того, що прозапальні цитокіни є важливими медіаторами серцево-судинних захворювань, а їхня експресія ставиться у ряд першопричин розвитку та прогресування хронічної серцевої недостатності (ХСН). Фактор некрозу пухлин-α (ФНП-α) є одним з найбільш плейотропних цитокінів, завдяки здатності чинити широкий спектр активності на різноманітні типи клітин.

Мета: узагальнити наявні знання про значення поліморфізму гена ФНП-α у розвитку ХСН на тлі цукрового діабету 2 типу.

Матеріали дослідження: опубліковані результати досліджень по проблемі поліморфізму генів у хворих на ХСН.

Результати та обговорення. Відомо, що цей цитокін здатний модулювати структуру та функцію серця через ряд механізмів, результатом яких є гіпертрофія, фіброз міокарда, прогресування дисфункції лівого шлуночка. Така дія обумовлена здатністю ФНП-α стимулювати процеси ремоделювання міокарда і ангиогенез, регулювати активність інтерстиціальних колагеназ, зокрема матриксної металопротеїнази 1 типу (ММП-1), яка контролює процеси деградації колагену. Крім цього, відомо, що ФНП-α порушує дію інсуліну в м’язовій і жировій тканинах, чим сприяє розвитку інсулінорезистентності та може бути раннім маркером ЦД 2 типу. При цьому ФНП-α збільшує експресію генів, які приймають участь у синтезі *de novo* вільних жирних кислот, які відповідають за інсулінорезистентність і подальше формування ЦД. Клінічні дослідження підтверджують зв’язок ЦД з дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ), яка виникає незалежно від наявності гіпертензії чи ІХС. Це співпадає з висновками авторів, які продемонстрували взаємозв’язки між рівнями прозапальних цитокінів і ступенем вираженості ремоделювання ЛШ у хворих з супутніми метаболічними порушеннями, в тому числі й ЦД. Таким чином, зміни в міокарді при ХСН в умовах наявності ЦД 2 типу морфологічно характеризуються гіпертрофією кардіоміоцитів та міокардіальним фіброзом з більшою кількістю екстрацелюлярного матриксу в інтерстиції стінки шлуночків.

Висновки. Генетичний профіль пацієнтів відіграє важливу роль у розвитку ХСН на тлі цукрового діабету 2 типу. Крім того, в ході багатьох фармакогенетичних досліджень виявлена суттєва різниця в ефективності терапії ХСН в залежності від генетичних особливостей пацієнта. Тому подальше дослідження поліморфізму генів, яким відводиться провідна роль у патогенезі ХСН, а саме поліморфізму гена ФНП-α є доцільним.

**ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ
В СОЧЕТАНИИ С КАЛИЙ-ЙОД ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ
НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
Болтабоев С.А.**

Наманганский государственный университет, Республика Узбекистан

Цель. Изучения механизма влияния внутривенных лазерных облучение крови в сочетании с калий-йод электрофорезом на показатели клеточного и гуморального иммунного статуса у больных церебральным атеросклерозом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 80 больных церебральным атеросклерозом в возрасте 40-66 лет. Из них 36 (44,6 %) мужчин и 44 (55,4 %) женщин. Давность заболевания от 1 года до 10 лет. Клинико-функциональное состояние нервной системы до и после лечения оценивалось по состоянию клеточного и гуморального иммунитета. С целью решения задачи разработана поэтапная (5-ти этапная) комплексная лечебно-реабилитационная программа больных церебральным атеросклерозом, рассчитанная на 2 года. Исследуемые были разделены на 2 группы (по 40 человек), в базисную терапию включали: иммунокорректор – тимоптин (по 100 мг в/м ежедневно № 5, потом по 100 мг в/м через день № 5, в последующем по 100 мг в/м через неделю № 5, курс – 50 дней, повторный курс в начале 2 года); на приборе, увеличивающем содержание углекислоты в артериальной крови, больные занимались утром и вечером по 30 минут, всего на курс 120 дней (повтор в начале 2 года); ЛФК в виде танцев (например: андижанская полька, тановар), нагрузку увеличивали ежедневно, учитывая и здоровье больных в течение 2 лет; антисклеротическая фитотерапия; бальнеотерапия: йод-бромная минеральная ванна с температурой воды 37°C, продолжительностью 10 мин., через день, на курс 8 процедур. Больные 1 группы дополнительно принимали: внутривенное лазерное облучение крови с помощью аппарата «Шифо-2М» мощностью 1,5 мВт, по 30 минут, через день, на курс 4 процедуры; калий-йод электрофорез по методу Шербака, по 10 мин., сила тока 10 мА, через день, на курс лечения 8 процедур.

Результаты. До лечения у всех больных выявлено Т и В иммунодефицитное состояние, в виде снижение клеточной и повышение гуморальной иммунной защиты организма. Исследование показало, что чем тяжелее общее состояние больных, у них тем глубоко выражена нарушение иммунной защиты организма. После лечение отмечался достоверное повышение средних показателей клеточной [в 1-группе СД3-23,6 % (P<0,01), СД4-28,8 % (P<0,001), СД8-51,2 % (P<0,001), СД19-80,1 % (P<0,001); во 2-й – СД3-20,5 % (P<0,01), СД4-26,1% (P<0,05), СД8-45,3% (P<0,001), СД19-76,7% (P<0,001)] и достоверное снижение средних показателей гуморальной [в 1-группе IgA-34,2 % (P<0,05), IgM-23,7 % (P<0,05), IgG-29,1 % (P<0,05); во 2-й – IgA-26,8 % (P<0,05), IgM-19,5 % (P<0,05), IgG-23,9 % (P<0,05)] иммунной защиты организма.

Вывод. На основании выше изложенного можно заключить, что проводимая комплексная лечебно-реабилитационная программа оказывает иммунокорректирующий эффект, на фоне чего выявлена достоверная положительная динамика клинико-функционального состояния нервной системы у больных церебральным атеросклерозом: в 1-гр. 95 % (P<0,001), во 2-й – 82 % (P<0,01).

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОРУШЕННЯМ ТОЛЕРАНТНОСТІ
ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ТА РІВНЕМ АЛЬДОСТЕРОНУ В КРОВІ
У ХВОРИХ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ
Вакалюк І.І., Оринчак М.А.
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна..... 38**

**ЛІЗИНОПРИЛ В КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
Власенко М.А., Шелест Б.О., Ковальова Ю.О., Власенко О.М., Шелест О.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна..... 39**

**АЛГОРИТМ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДІАГНОСТИКИ БОЛЮ У ГРУДНІЙ
КЛІТЦІ У ЖІНОК З КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ
Вовченко М.М., Ісаєва А.С., Беседіна А.С.
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 40**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОСПИРИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
СЕРДЦА С УЧЕТОМ РАЗЛИЧНЫХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ
Волков В.И., Запровальная О.Е., Бондарь Т.Н., Рябуха В.В.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 41**

**ВЛИЯНИЕ КОРВИТИНА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ
ТЕРАПИИ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ
Волков В.И., Запровальная О.Е., Бондарь Т.Н., Рябуха В.В., Ченчик Т.А.,
Герасименко Ж.М.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 42**

**ЕСТЕСТВЕННАЯ МЕНОПАУЗА, ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА И
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК
Волков В.И., Исаева А.С., Вовченко М.Н.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 43**

**ХИМАЗА И ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
2 ТИПА
Волков В.И., Серик С.А., Сердобинская-Канивец Э.Н., Ченчик Т.А., Самохина Л.М.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 44**

**ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРОМЫШЛЕННЫХ
РЕГИОНАХ УКРАИНЫ
Волненко Н.Б., Литвиненко В.Н.
ХНАДУ, г. Харьков, Украина..... 45**

**ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В УМОВАХ
ПОЛІМОРБІДНОСТІ
Волошин О.І., Доголіч О.І.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 46**

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В СОЧЕТАНИИ С КАЛИЙ-ЙОД ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И СВЁРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ Болтабоев С.А. Наманганский государственный университет, Республика Узбекистан.....	29
ЭЛЕКТРОВИБРОАКУСТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ *Бондаренко С.В., Амелин А.Ф., Додонова Л.А. *Харьковская медицинская академия последипломного образования, КУОЗ Городская поликлиника № 9, г. Харьков, Украина.....	30
ПНЕВМОНІЯ В СТРУКТУРІ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Борисова І.С. ДЗ “Дніпропетровська медична академія”, Україна.....	31
СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ, ЗАЙНЯТИХ В ШКІДЛИВИХ УМОВАХ ПРАЦІ, ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПРАЦЮЮЧИХ Боровик І.Г., Ніколенко Є.Я., Ткач С.І., *Захаров О.Г. Харківська медична академія післядипломної освіти, *Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна.....	32
СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ Булак О.В. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна.....	33
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА И БИСОПРОЛОЛА В ДОСТИЖЕНИИ НОРМОСИСТОЛИИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП Бурмак Ю.Г., Ковалев В.Б., Зенина Л.В. ГУ “Луганский государственный медицинский университет”, Украина.....	34
ДИАГНОСТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Бутикова Е.А. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	35
ЗМІНИ КЛІТИННОЇ ТА ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНОК ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Бучко О.Ю. Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна.....	36
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН Бязрова В.В., Стеблина Н.П., Прохоренко В.Л., Миткеева Т.Н. Харьковский национальный медицинский университет, Украина.....	37

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В СОЧЕТАНИИ С КАЛИЙ-ЙОД ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И СВЁРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ Болтабоев С.А. <i>Наманганский государственный университет, Республика Узбекистан</i> Цель. Изучение механизма влияния внутривенных лазерных облучений крови в сочетании с калий-йод электрофорезом на липидный обмен и свёртывающую системы крови у больных церебральным атеросклерозом. Материал и методы. Под наблюдением находилось 80 больных церебральным атеросклерозом в возрасте 40-66 лет. Из них 36 (44,6 %) мужчин и 44 (55,4 %) женщин. Давность заболевания 1-10 лет. Состояние больных до и после комплексной лечебно-реабилитационной программы оценивалось такими биохимическими методами исследования: ПТИ – по методу Туголукова, фибриноген (ФГ) – по Рутбергу; общий холестерин (ОХС) – по методу Илька, триглицериды (Тг), β-липопротеиды (ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП) и α-липопротеиды (ХС ЛПВП) – по методу Брунштейн-Самай. С целью решения поставленной задачи применена 5-ти этапная комплексная лечебно-реабилитационная программа больных церебральным атеросклерозом, рассчитанная на 2 года. Исследуемые были разделены на 2 группы (по 40 человек), в базисную терапию включали: иммунокорректор – тимоптин (по 100 мг в/м ежедневно № 5, потом по 100 мг в/м через день № 5, в последующем по 100 мг в/м через неделю № 5, курс – 50 дней, повторный курс в начале 2 года); на приборе, увеличивающем содержание углекислоты в артериальной крови, больные занимались утром и вечером по 30 минут, всего на курс 120 дней (повтор в начале 2 года); ЛФК в виде танцев (например: тановар), антисклеротическая фитотерапия; бальнеотерапия: йод-бромная минеральная ванна с температурой воды 37°С, продолжительностью 10 мин.. через день, на курс 8 процедур. Больные 1 группы дополнительно принимали: внутривенное лазерное облучение крови с помощью аппарата «Шифо-2М» мощностью 1,5 мВт, по 30 минут, через день, на курс 4 процедуры; калий-йод электрофорез по методу Шербака, по 10 мин., сила тока 10 мА, через день, на курс лечения 8 процедур. Результаты. После лечения отмечалось достоверное снижение показателей липидного обмена и свертывающей системы крови, соответственно: в 1 гр. ПТИ – 14 % (P < 0,01), ФГ – 23,4 % (P < 0,01), ОХС – 26,2 % (P < 0,05), Тг – 31,4 % (P < 0,01), ХС ЛПОНП – 38,6 % (P < 0,001), ХС ЛПНП – 31,4 % (P < 0,01) и достоверное повышение показателей ХС ЛПВП – 151,1 % (P < 0,001); во 2 гр. ПТИ – 11 % (P < 0,01), ФГ – 18,1 % (P < 0,01), ОХС – 29,1% (P < 0,01), Тг – 31,9 % и ХС ЛПОНП – 26,3 % (P < 0,05), ХС ЛПНП – 30,6 % (P < 0,01) и достоверное повышение показателей ХС ЛПВП – 119,3 % (P < 0,001). Выводы. Проведение комплексной лечебно-реабилитационной программы оказывает гипокоагуляционный, гипохолестеринемический и гиполипидемический эффект, на фоне чего выявлена достоверная положительная динамика клинико-функционального состояния больных церебральным атеросклерозом в 1 гр. 95 % (P < 0,001), во 2-й – 82 % (P < 0,01).	
--	--

ЭЛЕКТРОВИБРОАКУСТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Бондаренко С.В., *Амелин А.Ф., *Додонова Л.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

*КУОЗ Городская поликлиника № 9, г. Харьков, Украина

Физиотерапия занимает важное место в лечении самого широкого спектра заболеваний. Связано это с адекватностью применяемых физических методов для человеческого организма, быстрым наступлением лечебного результата и длительным периодом ремиссии при хронических болезнях.

Распространение медикаментозных методов, обладающих множеством побочных эффектов и противопоказаний, заставляет разрабатывать новые безлекарственные способы лечения.

Действие аппарата «Витафон» в основном реализуется за счет влияния механических колебаний на воспалительный процесс. При этом существенная роль принадлежит улучшению кровообращения на уровне микроциркуляции, в частности в раскрытии резервных капилляров, что обеспечивает усиление доставки кислорода и питательных веществ в область поражённых тканей.

Импульсные токи низкой частоты (диадинамотерапия, амплипульстерапия и другие) также оказывают на патологический очаг благотворное влияние, благодаря противовоспалительному, обезболивающему, трофическому действию.

Поскольку электрический ток в тканях распространяется по пути наименьшего сопротивления, то есть в тканях, богатых жидкостью (кровь, лимфа), то одновременное применение виброакустики и импульсных токов позволяет охватить существенно больший объём тканей, что обеспечивает более выраженный терапевтический эффект.

Процедура электровиброакустического воздействия заключается в размещении электродов от аппарата электротерапии по общепринятой методике при конкретном заболевании, а виброфоны располагаются таким образом, чтобы электрическое поле совпадало или пересекалось с механическими колебаниями.

Применение нового немедикаментозного метода в клинике внутренних болезней при неврологических, ортопедо-травматологических заболеваниях показало его достаточно высокую эффективность и является основанием для рекомендации его применения в практической медицине.

ВМІСТ АКТИВОВАНИХ СУБПОПУЛЯЦІЙ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ІНФІКОВАНИХ ГЕРПЕС-ВІРУСАМИ

Бичкова Н.Г., Прохорова М.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна..... 21

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВМІСТУ ЦИТОКІНІВ ТА КОМПОНЕНТІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Бичкова С.А., *Бичкова Н.Г.

Українська військова медична академія,

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м Київ..... 22

РОЛЬ ДИСЛІПІДЕМІЇ В ПОРУШЕННЯХ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бичкова С.А., *Бичкова Н.Г.

Українська військова медична академія,

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м Київ..... 23

ВНЕСОК ДУ “ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ” В ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ТЕРАПЕВТІВ ТА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У 2011 РОЦІ

Богун Л.В., Лавренко Т.А., Ярина Н.А.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 24

ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ ДУ “ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ” В РОБОТУ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ У 2011 Р.

Богун Л.В., Лавренко Т.А., Ярина Н.А.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 25

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бойко Т.И., Толстикова Т.Н., Сорочан Е.В., Стойкевич М.В.

ГУ “Институт гастроэнтерологии НАМН Украины”, г. Днепропетровск..... 26

СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ФНП-α У ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Болотських Г.В.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків..... 27

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В СОЧЕТАНИИ С КАЛИЙ- ЙОД ЭЛЕКТРОФОРЕЗОМ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Болтабоев С.А.

Наманганский государственный университет, Республика Узбекистан..... 28

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОНТУРАХ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ СО СТАРТОМ СО СВОБОДНОГО ДЫХАНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ Белал С.А.С., Кулик А.Л., Мартыненко А.В., Яблучанский Н.И. Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина.....	12
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРЕССА КАК ОСНОВА ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ Белозерова С.В., Кулешова Е.М. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	13
УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ПУТИ ОТ ЭКСПЕРИМЕНТА К ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ Бенько Е.Г. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	14
ВЕБІНАР ЯК ІННОВАЦІЙНА ІНФОРМАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ Бенько О.Г., Белозьорова С.В., Грідасова Л.М. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	15
ОХОРОНА ПРАВ НА ВИНАХОДИ І КОРИСНІ МОДЕЛІ В УКРАЇНІ Беседіна А.С. ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків.....	16
«ВИКИПЕДИЯ» – УНИВЕРСАЛЬНАЯ ИНТЕРНЕТ-ЭНЦИКЛОПЕДИЯ Беседина А.С., Белозерова С.В., Грідасова Л.Н. ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков.....	17
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МИКРОАЛЬБУМИУРИЮ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Бильченко А.В. Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина.....	18
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ОСТЕОАРТРОЗОМ Бичков О.А. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	19
ІМУННИЙ СТАТУС У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В РІЗНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ПЕРІОДИ Бичкова Н.Г., Присяжнюк А.П., Середа П.І., Гичка С.Г. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна.....	20

ПНЕВМОНИЯ В СТРУКТУРІ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Борисова І.С.

ДЗ “Дніпропетровська медична академія”, Україна

Введення стандартизованих протоколів надання медичної допомоги хворим на пневмонію з позицій доказової медицини дозволило досягти певних успіхів [ERS, 1998; Canadian Guidelines for the Initial Management of Community-Acquired Pneumonia, 2000; American Thoracic Society, 1993, 1998]. Актуальною та дискусійною залишається проблема пневмоній у хворих з тяжкими порушеннями імунітету. Відомо, що порушення імунітету мають хворі з онкологічними захворюваннями, що обумовлено як основним захворюванням, так і впливом протипухлинної терапії [Glauser MP and Pizzo PA «Management of Infections in Immunocompromised Patients, 2000]. Серед таких хворих найбільш вразливими до інфекційних ускладнень (ІУ) є хворі з онкогематологічною патологією [Mulinde J., Joshi M. 1998; Van Bunk A., 2005].

Ціль: визначити частоту виникнення пневмоній у хворих з онкогематологічною патологією.

Методи дослідження. Проаналізовано 1655 історій хвороб пацієнтів онкогематологічного центру міського багатoproфільного клінічного об’єднання № 4 м. Дніпропетровськ, які проходили лікування на протязі 2009-2010 рр. Вік хворих – 18-76 років, 556 жінок та 1099 чоловіків. Серед досліджуваних було 316 (19,1 %) хворих на гострий лейкоз (ГЛ), 715 (43,2 %) хворих на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ), 116 (7,0 %) хворих на волосатоклітинний лейкоз, 143 (8,6 %) хворих на множинну мієлому (ММ), 107 (6,5 %) хворих на хронічний мієлобластний лейкоз (ХМЛ), 207 (12,5 %) хворих на лімфогранулематоз (ЛГМ), 51 (3,1 %) хворих на еритремію.

Результати: інфекційні ускладнення були діагностовані у 957 хворих, що складало 57,8%. Найбільш розповсюдженими були: пневмонія, фебрильна нейтропенія (ФН), бронхіт, сепсис, гострі вірусні інфекції, мікози. Пневмонія склала 35,8 % всіх ІУ, сепсис – 6,9 %, бронхіт – 7,6 %, ФН ускладнювала перебіг ГЛ в 87,5 %, що становило в групі дослідження 28,2 %, гострі вірусні захворювання – 5,0 %, мікози – 6,8 %, інші – 8,7 %.

Заключення: високий ризик розвитку пневмонії, особливості клінічної картини та висока смертність відокремлює питання діагностичних та лікувальних підходів до пневмонії у хворих з онкогематологічною патологією на тлі тяжких порушень імунітету та потребує подальшого детального вивчення.

СТАН ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ, ЗАЙНЯТИХ В ШКІДЛИВИХ УМОВАХ ПРАЦІ, ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ ПРАЦЮЮЧИХ

Боровик І.Г., Ніколенко Є.Я., Ткач С.І., *Захаров О.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

**Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна*

Мета роботи – визначити поширеність хвороб багатофакторної етіології серед працюючих в шкідливих та небезпечних умовах та запропонувати напрями діяльності профілактичного спрямування щодо збереження трудового потенціалу.

Нами проведено вибіркового аналізу медичної документації 4-х міських поліклінік Харкова за результатами попередніх та періодичних медичних оглядів у 2011 році 633 працівників (П) щодо виконання робіт в шкідливих та небезпечних умовах праці. З них 450 – чоловіки, 183 – жінки; 24,64 % підлягали попередньому і 75,36 % – періодичному медичному огляду.

Розподіл захворювань серед обстежених: хвороби серцево-судинної системи – 39,5 %, у тому числі 37,12 % – артеріальна гіпертензія (АГ); органів травлення – 3,63 %; сечо-видільної системи – 1,42 %; органів дихання – 3,00 %; опорно-рухового апарату – 5,69 %; ЛОР-органів – 5,85 %; очні хвороби – 2,84 %. Поширеність АГ підвищувалась із збільшенням віку та стажу роботи у шкідливих умовах, при цьому у віковій групі 20-29 років переважала нейроциркуляторна дистонія по гіпертонічному типу, а в групі 40-49 років та в наступній – гіпертонічна хвороба II стадії

За результатами експертизи професійної придатності 6,8 % працівників мали обмеження щодо роботи у професії, у тому числі 4,58 % через АГ, 0,95 % – через захворювання бронхо-легеневої системи, 0,79 % – через зниження слуху внаслідок хронічного кохлеарного невриту, 0,47 % – через зниження гостроти зору. Обмеження щодо професійної придатності переважно стосувались працівників, що виконували роботи на висоті, в умовах дії шуму та вібрації, фіброгенного пилу тощо.

На сьогодні ведуче місце в структурі захворюваності, а фактично й потенційних трудових втрат внаслідок необхідності вирішення питань раціонального працевлаштування належить АГ. Цьому сприяють шкідливі виробничі чинники, а також фактори ризику АГ, зокрема, тютюнопаління, низька обізнаність обстежених щодо необхідності дотримання дієтичних рекомендацій, гіпотензивного лікування тощо.

Таким чином, розробка та впровадження заходів щодо первинної та вторинної профілактики гіпертонічної хвороби є важливими складовими профілактичної роботи первинної ланки медичної допомоги серед осіб працездатного віку.

ЗМІСТ

СОЦИАЛЬНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Акерми Жаафар

ГУ “Запорожская медицинская академия последипломного образования”, Украина 3

РІВЕНЬ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЯК ОСНОВНИЙ ПОКАЗНИК ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

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

ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, Україна..... 4

ВПЛИВ СУПУТНЬОГО ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ОКИСНУ МОДИФІКАЦІЮ БІЛКІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Амеліна Т.М., Ташук В.К., Полянська О.С., Гречко С.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 5

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Андреева А.А., Школьник В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина..... 6

ГЕНОТИПЫ РЕЦЕПТОРОВ АДИПОНЕКТИНА И ДИСЛИПИДЕМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Бабак О.Я., Колесникова Е.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 7

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Бабак О.Я., Куринная Е.Г.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 8

ВПЛИВ ГОРМОНУ АПЕЛІНУ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Бабак О.Я., Терешкін К.І.

Харківський національний медичний університет, Україна..... 9

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОМИОЦИТОВ МИОКАРДА СТАРЫХ КРЫС В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НЕВРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бабийчук Л.В., Бабийчук В.Г., Невзоров В.П.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
ГУ “Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины”, г. Харьков..... 10

ЕКСТРАКТ ГІНГКО БІЛОБА ЯК ЗАСІБ АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Бачук-Понич Н.В., Бобкович К.О., Лукашевич І.В., Сплавський О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна..... 11

ВПЛИВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ НА ПРОЦЕСИ ФІБРОЗООУТВОРЕННЯ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Яцишин Р.І., Шаповал О.А., Вишиванюк В.Ю.,
Шевчук І.М., Петрина В.О.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Для прогнозу при цирозі печінки (ЦП) має значення ступінь активності фіброзувальних процесів. На сьогодні все більше уваги приділяється пошукам неінвазивних методів оцінки фіброзу печінкової тканини. Враховуючи, що ендотоксинемія є однією з провідних причин розвитку фіброзу, можна прогнозувати ефективність використання препаратів із вираженими антиоксидантними та антиендотоксинемічними властивостями.

Методи дослідження: Вміст TIMP-1 та TGF- β 1 визначали імуноферментним методом із використанням набору реагентів ELISA (DIACLONE, Франція). Вираженість ендогенної інтоксикації оцінювали за рівнями бактеріального ендотоксину з допомогою LAL-тесту та середньомолекулярних пептидів (СМП) в сироватці крові за методом Н.І. Габріелян та співавт. (1981).

Результати. Рівень бактеріального ендотоксину в хворих на ЦП вірогідно перевищував такий в практично здорових осіб у 3,4 рази ($p < 0,05$), рівень СМП₂₅₄ – на 77,7 % та СМП₂₈₀ – на 57,9 % ($p < 0,05$). У хворих на ЦП у стадії А за Child-Pugh рівень ендотоксину перевищував на 43,8 % даний показник у хворих із компенсованим ЦП ($p < 0,05$), рівні СМП₂₈₀ та СМП₂₅₄ на 19,8 % та 21,1 %, відповідно, ($p < 0,05$). Такі зміни, очевидно, пов’язані з більш вираженими деструктивними змінами печінкової тканини.

Встановлено прямий сильний кореляційний зв’язок між рівнями бактеріального ендотоксину та ТФР- β 1 і TIMP-1 (відповідно $r = 0,75$ і $r = 0,72$; для обох коефіцієнтів $p < 0,05$), прямий зв’язок середньої сили між ТФР- β 1 та СМП₂₈₀ і СМП₂₅₄ (відповідно, $r = 0,49$ та $r = 0,41$; $p < 0,05$), а також середньої сили достовірний прямий кореляційний зв’язок між TIMP-1 та СМП₂₈₀ і СМП₂₅₄ (відповідно, $r = 0,41$; $r = 0,41$, $p < 0,05$).

Висновки. Прогресування стадії ЦП веде до накопичення недоокислених продуктів обміну та посилення клінічних проявів синдрому ендотоксемії. Отримані результати кореляційних зв’язків свідчать про посилення процесів фіброзоутворення при зростанні рівня ендогенної інтоксикації.

СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Булак О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна

Мета: на основі дослідження показників рівня глюкози в плазмі крові та глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) дослідити стан вуглеводного обміну у хворих на гострий коронарний синдром (ГКС) із супутнім цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу).

Методи дослідження. Обстежено 41 хворого на ГКС із супутнім ЦД 2-го типу, з них 19 чоловіків (46,34 %) та 22 жінок (53,66%) віком 44-69 років (середній вік – $(57 \pm 2,7)$ років). Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1-ша група - з нестабільною стенокардією (НС) (24 особи (58,5 %)), 2-га група – з гострим інфарктом міокарда (ІМ) (17 осіб (41,5 %)). Вуглеводний обмін оцінювали шляхом визначення рівня глюкози в плазмі крові (ммоль/л) та вмісту HbA1c (в %) – маркеру середньої глікемії протягом останніх 90-100 днів. Забір матеріалу для дослідження цих показників проводився у перший день поступлення до стаціонару.

Результати. Рівень глюкози у плазмі крові у 1-ій групі був підвищений в 17 пацієнтів (70,83 %) порівняно з нормою (3,6-5,5 ммоль/л), а її середній рівень становив $(8,09 \pm 0,23)$ ммоль/л. У 2-ій групі пацієнтів рівень глюкози виявився підвищеним у 16 пацієнтів (94,11 %). При цьому, її середній рівень був вищим ніж у першій групі та становив $(9,05 \pm 0,21)$ ммоль/л ($p < 0,05$). Вміст HbA1c був підвищений у всіх обстежуваних пацієнтів (норма 4,5-6,1 %), його середнє значення було достовірно вищим у 2-ій групі пацієнтів $((8,81 \pm 0,32) \%)$ порівняно з 1-ю групою $((8,13 \pm 0,24) \%)$ ($p < 0,05$) (табл.).

Таблиця – Середні значення глюкози та HbA1c у групах НС та ІМ

Групи	Кількість обстежених	Рівень глюкози (ммоль/л)	Вміст HbA1c (%)	Достовірність між групами (p)
1-а	24	$8,09 \pm 0,23$	$8,13 \pm 0,24$	$< 0,05$
2-а	17	$9,05 \pm 0,21$	$8,81 \pm 0,32$	$< 0,05$

Висновок. Таким чином, підвищений рівень глюкози у пацієнтів на ІМ порівняно із пацієнтами з НС слід розцінювати з двох сторін, по-перше – більший рівень глюкози може бути причиною значно виражених метаболічних розладів у таких хворих, про що свідчить рівень HbA1c, по-друге – це підвищення може вказувати на вираженішу відповідь організму на стресову ситуацію у хворих на інфаркт міокарда.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА И
БИСОПРОЛОЛА В ДОСТИЖЕНИИ НОРМОСИСТОЛИИ
ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Бурмак Ю.Г., Ковалев В.Б., Зенина Л.В.

ГУ “Луганский государственный медицинский университет”, Украина

Известно, что поддержание нормосистолии при постоянной форме фибрилляции предсердий (ФП) является необходимым условием профилактики прогрессирования сердечной недостаточности (СН) и сохранения достаточного уровня качества жизни. В последние годы для контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) при ФП стали активно применять бета-адреноблокаторы (ББ), что обусловлено отсутствием у них эффекта кумуляции, низкой токсичностью, удобством дозирования, а главное – способностью улучшать прогноз у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вышеуказанные качества ББ особенно важны у больных с ФП пожилого и старческого возраста, при этом актуальным остается вопрос выбора того или иного современного ББ. Целью настоящей работы было изучение сравнительной эффективности современных ББ – небиволола и бисопролола, как препаратов для поддержания нормосистолии при ФП у больных пожилого и старческого возраста. Исследуемые больные (20 человек с диагнозом ишемической болезни сердца, диффузного кардиосклероза, 14 из которых имели гипертоническую болезнь II стадии) с тахисистолической формой ФП были разделены на 2 группы (по 10 человек), сопоставимые по возрасту ($(76,47 \pm 1,87)$ лет и $(74,98 \pm 2,03)$ лет) и ЧСС, определяемой в покое ($(111,23 \pm 2,8)$ мин.⁻¹ и $(109,98 \pm 3,01)$ мин.⁻¹); выраженность сердечной недостаточности соответствовала уровню IIА стадии, II ФК. С целью достижения нормосистолии больным обеих групп назначались различные ББ в эквивалентных дозах: I группе – небиволол в суточной дозе 5 мг, II группе – бисопролол в суточной дозе 5 мг. Контроль ЧСС в покое производился в конце первой, второй и третьей недель лечения. Установлено, что в группе больных, получавших небиволол, ЧСС через неделю от начала лечения достоверно уменьшилась и составляла $(94,75 \pm 1,12)$ мин.⁻¹ ($P < 0,05$), через две недели составляла $(87,56 \pm 1,91)$ мин.⁻¹ ($P < 0,05$) и через три – $(86,93 \pm 1,69)$ мин.⁻¹ ($P < 0,05$). Больные, получавшие бисопролол, в конце первой недели приема имели ЧСС $(85,43 \pm 2,14)$ мин.⁻¹ ($P < 0,05$), ещё через неделю $(78,16 \pm 2,01)$ мин.⁻¹ ($P < 0,05$), а в конце третьей недели – $(79,02 \pm 1,11)$ мин.⁻¹ ($P < 0,05$). Констатируется, что оба препарата достоверно уменьшают ЧСС у больных с тахисистолической формой ФП, достаточный эффект указанных препаратов развивается к концу второй недели наблюдения и далее существенно не меняется, но более эффективный контроль ЧСС отмечен у бисопролола; побочные эффекты от применяемых препаратов не наблюдались.

**ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ
ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ КИШКИ**

Яцишин Р.І., Петрина В.О., Шевчук І.М., Шаповал О.А.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

На сьогоднішній день доведена ефективність оцінки якості життя (ЯЖ) для отримання інформації про індивідуальні реакції людини на захворювання та проведення лікування. Кількість досліджень, які присвячені вивченню ЯЖ при запальних захворюваннях кишки (ЗЗК), на даний час є недостатньою.

Мета дослідження: оцінка можливостей методу вивчення ЯЖ у розробці алгоритму ведення хворих на ЗЗК.

Матеріали: 54 хворих на ЗЗК, що пройшли анкетування (неспецифічний виразковий коліт (НВК) – 35, хвороба Крона (ХК) – 19) та 15 практично здорових осіб. Методи: анкетування хворих зі застосуванням міжнародних опитувальників із визначенням ЯЖ хворих на ЗЗК (IBDQ).

На основі отриманих даних було встановлено, що ЯЖ у всіх хворих була достовірно знижена за всіма показниками: кишковими, системними, емоційними та соціальними – і становила, відповідно, $(46,5 \pm 1,2)$ балів, $(21,4 \pm 0,37)$ балів, $(58,2 \pm 0,91)$ балів, $(23,1 \pm 0,48)$ балів порівняно з показниками практично здорових осіб $(66,9 \pm 0,61)$ балів, $(27,7 \pm 0,75)$ балів, $(72,0 \pm 1,27)$ балів, $(34,8 \pm 1,27)$ балів ($p < 0,05$). У період загострення захворювання найбільше порушується кишкова функція (порушення випорожнень із патологічними домішками крові та слизу в калі, виділення крові з прямої кишки) та пригнічується емоційний стан пацієнта (роздратування, занепокоєння, пригнічений настрій, погіршення самопочуття, відчуття сорому та невдоволеності через кишкові проблеми). У середньому ЯЖ у всіх обстежених пацієнтів становила $(145,9 \pm 0,78)$ балів. Після ефективно підібраної та проведеної терапії показники, які визначають ЯЖ у групі в цілому, зростали до $(169,2 \pm 2,73)$.

Висновок. Оцінка ЯЖ пацієнтів із НВК – важливий компонент дослідження, що дає цінну інформацію про фізичний, психологічний стан і соціальне функціонування хворого. Використання міжнародних опитувальників у групі хворих на НВК у динаміці (не менше 2-х разів на рік) дає можливість найбільш повної оцінки ЯЖ, лікування та прогнозування перебігу захворювання.

ОПТИМІЗАЦІЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ Щербиніна М.Б., Скирда І.Ю.

ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ

У пошуку шляхів реформування охорони здоров'я в країнах СНД та інших держав колишнього СРСР спостерігаються збереження та навіть укріплення ролі держави в охороні здоров'я та принципу загальної доступності медичної допомоги, пошук та впровадження ефективних організаційних технологій, які підвищують її якість та полегшують фінансування охорони здоров'я.

Мета реформування – поліпшення стану здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя і активного довголіття), а також оптимізувати витрати на медичну допомогу; покращити якість медичної допомоги.

Система надання медичної допомоги буде розділена на 3 рівні. Первинна медико-санітарна медична допомога – медична допомога першого рівня, яка надається переважно в амбулаторних умовах сімейними лікарями/лікарями загальної практики або іншими лікарями за територіальною ознакою і передбачає консультацію лікаря, просту діагностику, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги.

Вторинна (медико-санітарна) допомога – спеціалізована медична допомога, що надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики /сімейні лікарі. Головною ідеєю реорганізації вторинного рівня є впровадження нової територіально-функціональної одиниці – госпітального округу, що представляє функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я декількох територій на принципах єдиного медичного простору, із загальною кількістю населення від 100 до 500 тис. осіб у залежності від щільності населення.

Третинна (медико-санітарна) допомога – високоспеціалізована медична допомога, яка подається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються.

Створення чіткої системи спрямувань пацієнтів та взаємодії між різними рівнями медичної допомоги забезпечить контроль за обґрунтованістю використання більш коштовних видів діагностики та лікування.

ДИАГНОСТИКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бутикова Е.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Основные патогенетические механизмы кардиоренального синдрома связаны с нейрогуморальной активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), гиперлипидемией, активацией провоспалительных воздействий на эндотелий и метаболическими изменениями углеводного обмена. На ранних этапах патогенеза реализация этих воздействий осуществляется за счет формирования дисфункции эндотелия, способствующей развитию атеросклероза, нарушению регуляции артериального давления за счет усиления функционирования вазопрессорных механизмов и развития артериальной гипертонии. Отсюда необходимость ранней диагностики нарушения функции эндотелия и ее коррекции, а также разработка критериев ранней диагностики эндотелиальной дисфункции.

Цель исследования: ранняя диагностика эндотелиальной дисфункции на основе определения вазодилаторной функции эндотелия.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных артериальной гипертонией II степени с хронической сердечной недостаточностью III стадии (средний возраст $(61 \pm 7,3)$ лет, $M \pm SD$), по классификации NYHA (Нью-Йоркской ассоциации сердца) с ХОЗЛ I стадии. Функции эндотелия определяли по состоянию эндотелиальной вазодилатации УЗИ-исследования плечевой левой артерии до и после последующей реактивной гиперемии на участке плечевой артерии до ее разделения на две ветви, где четко визуализировалась передняя и задняя интимальная поверхность.

Результаты исследования. Оценка состояния кровотока плечевой артерии показала, что у больных АГ и ХСН III стадии диаметр плечевой артерии (ДПА) был увеличен, по сравнению с контролем, на 29,8 %, усредненная максимальная скорость (УМС) на 5,2 %, пульсационный индекс (ПИ) на 26,2 % при уменьшении систоло-диастолического коэффициента на 29,6 % и индекса резистентности на 1,2 %. Систолический объем крови (СОК) был уменьшен на 19,0 % и диастолический объем крови (ДОК) на 8,6 %.

В наибольшей степени, на 66,7 %, был снижен показатель поток-зависимой вазодилатации, что свидетельствовало о нарушении вазодилаторных эндотелиальных механизмов регуляции резистивных сосудов.

Выводы. Артериальная гипертония II степени с ХНК III характеризуется снижением вазодилаторных свойств эндотелия, о чем свидетельствует уменьшение поток-зависимой вазодилатации, как индикатора наличия эндотелиальной дисфункции.

ЗМІНИ КЛІТИННОЇ ТА ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНОК ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Бучко О.Ю.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Україна*

Цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу) – одне з найпоширеніших у світі та складних для лікування захворювань, яке посідає провідне місце серед ендокринних захворювань. При ЦД 2 типу відбувається не лише токсичне ураження тканин глюкозою та іншими сполуками, але і ушкодження імунної системи. Результати досліджень свідчать про те, що у хворих на ЦД 2 типу відбуваються складні зміни у функціонуванні неспецифічної ланки імунітету зі зміною характеру їх взаємовідносин з різними метаболічними проявами, характерними для хвороби.

Мета роботи: проаналізувати клітинну та гуморальну ланки імунітету у хворих з ЦД 2 типу.

Матеріали та методи: обстежено 138 хворих з ЦД 2 типу у віці від 46 до 65 років (група контролю-17 практично здорових осіб). В усіх групах проводилось визначення показників імунної системи: активовані Т-лімфоцити (CD3), Т-хелпери (CD4), Т-супресори (CD8), Т-природні кіклери (CD16), В-лімфоцити (CD19), активовані В-лімфоцити (CD23), фактор апоптозу лімфоцитів (CD95). Дослідження проводили за допомогою моноклональних антитіл до диференційних антигенів поверхні клітин фірми «Сорбент» (м.Москва). Статистична обробка-програма Excel 2008 з використанням критерію Ньюмена-Кейлса.

Результати досліджень свідчать про активну участь імунної системи у перебігу ЦД 2 типу. У крові хворих на ЦД 2 типу виявлено активацію гуморальної ланки клітинного імунітету: незначне зниження вмісту CD3, CD4 та підвищення CD8, CD19, CD23 та вагоме підвищення CD16, на відміну від групи контролю. Зниження рівня CD3, CD4 лімфоцитів вказує на порушення Т-клітинної ланки імунітету, що може провокувати важчий перебіг ЦД 2 типу, а це передбачає негативний прогноз захворювання. Достовірне підвищення кількості CD95 виявлене у всіх групах хворих на ЦД 2 типу. Збільшення CD16 та CD95 безпосередньо було пов'язане з тривалістю та важкістю захворювання, чим тривалішим був ЦД 2 типу, тим вищими були ці показники.

Висновки: отже, результати дослідження дозволили не лише виявити важливу роль активаційних антигенів лімфоцитів периферичної крові у хворих на ЦД 2 типу, але й констатувати їх відмінності в залежності від перебігу та тривалості процесу.

ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИКАТОРА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВТОРИННОГО РІВНЯ ПАЦІЄНТАМ З ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ В РОЗДІЛІ ДІАГНОСТИКИ

Щербиніна М.Б., Закревська О.В.

ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ

Патологія біліарної системи характеризується хронічним перебігом з частими рецидивами, що призводить до тривалої втрати працездатності та збільшенню витрат на охорону здоров'я. Тому одержання якісної медичної допомоги вторинного рівня цими пацієнтами набуває особливого соціального значення. Індикатор якості медичної допомоги (ЯМД) – кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на ЯМД.

Мета роботи: розробити індикатор ЯМД вторинного рівня при діагностиці патології біліарної системи.

Матеріали та методи. Робота проводиться у відповідності до Методичних рекомендацій “Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги”, затверджених наказом МОЗ України № 141/21 від 11.03.11. Інформаційний пошук проводився серед баз MedLine, SIGN, NICE, AHRQ та ін.

Результати. Оскільки найбільш специфічним симптомом при біліарній патології визнано біль в правому верхньому квадранті живота, а найбільш відповідним методом первинної діагностики визнано ультразвукове дослідження (УЗД), то з метою оцінки ЯМД вторинного рівня пацієнтам з біліарною патологією доцільно вивчення обстеження хворих, які звернулись з болем в правому верхньому квадранті за допомогою УЗД.

1. Назва індикатора ЯМД: Обстеження пацієнтів з болем в правому верхньому квадранті живота за допомогою УЗД;

2. Джерела, використані при розробці індикатора: Right Upper Quadrant Pain, ACR Appropriateness Criteria®, 2010.

3. Положення клінічної рекомендації, на підставі чого формується індикатор: пацієнту з болем в правому верхньому квадранті в якості первинного методу діагностики повинно бути виконано УЗД (А).

4. Відповідальні за обчислення індикатору: особи, відповідальні за лікувальну роботу медичного закладу другого рівня надання медичної допомоги.

5. Вихідні дані: медичні карти хворого.

6. Розрахунок індикатора ЯМД: кількість обстежених пацієнтів з болем в правому верхньому квадранті/ загальна кількість пацієнтів з болем в правому верхньому квадранті x100;

7. Цільовий рівень: 100 %.

Висновки. Обґрунтовано індикатор ЯМД хворим з біліарною патологією на вторинному рівні медичної допомоги, що сприяє об'єктивному контролю за ЯМД цим пацієнтам.

**АНАЛІЗ АКТУАЛЬНОСТІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ
ПРИ БІЛІАРНІЙ ПАТОЛОГІЇ
Щербиніна М.Б., Гладун В.М.**

ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ

В більшості економічно розвинених країнах світу пріоритетним напрямком сучасного розвитку охорони здоров'я є стандартизація. З метою формування високоякісної клінічної практики, в теперішній час для України, оптимальним є шлях адаптації клінічних настанов (КН), що розроблені в провідних світових центрах з використанням засобів доказової медицини та подальшою розробкою на даній основі стандартів та протоколів медичної допомоги.

Метою нашого дослідження було обґрунтування актуальності стандартизації та адаптації КН в Україні при біліарній патології.

Матеріали і методи. Проведено аналіз актуальності питання стандартизації медичної допомоги при біліарній патології, застосованих у розвинених країнах та в Україні. Пошук публікацій був виконаний використовуючи бази даних Medline (1966, до теперішнього часу), бібліотеки Cochrane (2003), Філіппінський хірургічний журнал з 2000 року по теперішній час.

Аналіз публікацій показав важливість проблеми біліарної патології для суспільного здоров'я. Доведено швидке збільшення поширеності захворювань біліарної системи, переважно в промислово розвинених країнах. Результати аналізу публікацій вказують на важливість проблеми патології біліарної системи, а саме холециститу, холангіту та жовчнокам'яної хвороби для практичної охорони здоров'я. Серед аргументів на користь вибору саме теми КН при біліарній патології – можливість удосконалення нормативних документів та медичної практики на їх основі. Наступним критерієм для вибору саме теми біліарної патології для КН є наявність потенційної можливості ефекту від впровадження нових процедур, втручань. Останнім доводом для створення КН з проблеми біліарних захворювань є те, що потреба щодо створення висловлена відповідними організаціями, підкріплена їх готовністю фінансувати певний проект. Так, в ході виконання проекту Європейського Союзу TACIS «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» започатковано створення української мережі з розробки КН.

Таким чином, сучасні дослідження мають достатню доказову базу для розробки КН стосовно теми біліарної патології, тому наведена проблема своєчасна та потребує вирішення.

Висновок. Актуальність створення КН при біліарній патології доведена з дотриманням спеціальних методичних підходів. Подальший розвиток стандартизації медичної допомоги пацієнтам з захворюваннями біліарної системи на основі доказової медицини сприятиме підвищенню якості медичної допомоги населенню України.

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
ПЫЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖЕНЩИН**

Бязрова В.В., Стеблина Н.П., Прохоренко В.Л., Миткеева Т.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является распространенным заболеванием. Если ранее частота ХОБЛ была значительно выше среди мужчин, то в настоящее время, по данным Глобальной инициативы по ХОБЛ (GOLD), женщины стали болеть чаще. Планируемый экспертами прирост заболеваемости женщин ХОБЛ за 20 лет (с 1994 по 2015 год) составит 142 %, по сравнению с прогнозом для мужчин – 43 %.

Цель работы. Изучить клиничко-иммунологические характеристики ХОБЛ пылевой этиологии у женщин в сравнении с мужчинами.

Материалы и методики. Обследовано 50 больных хронической обструктивной болезнью легких средней степени тяжести (II стадия), из них 25 женщин (основная группа) и 25 мужчин (группа сравнения). Возраст мужчин составил 56,2, женщины были в среднем моложе мужчин – 52,2 года. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями GOLD (2009 г.) и инструкцией МЗ Украины (приказ № 128 от 19.03.2007) Учитывалась санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, пылевой, наличие вредных привычек, результаты общеклинических, инструментальных и иммунологических методов исследований.

Полученные результаты и их обсуждение. Проведенный анализ клинических особенностей ХОБЛ у женщин в сравнении с мужчинами, работающими в условиях воздействия пылевого фактора токсического, аллергического и фиброгенного действия, показал, что заболевание у женщин развивается при менее длительном стаже работы, протекает тяжелее, с частыми обострениями с выраженными клиническими симптомами, одышкой и более низкой толерантностью к физической нагрузке ($p < 0,05$).

При исследовании функции внешнего дыхания у 75,8 % женщин отмечался смешанный тип вентиляционных нарушений. Определялись более существенные сдвиги в иммунном статусе, нарушения цитокинового профиля с преимущественной активацией провоспалительных цитокинов, что, вероятно, способствовало персистенции воспалительного процесса у женщин с ХОБЛ и более выраженным клиническим проявлениям болезни.

Выводы. Выявленные у женщин клинические особенности течения ХОБЛ пылевой генеза на фоне существенных иммунных нарушений позволяют отметить наличие гендерных особенностей в развитии и прогрессировании заболевания.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОРУШЕННЯМ ТОЛЕРАНТНОСТІ
ДО ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ТА РІВНЕМ АЛЬДОСТЕРОНУ
В КРОВІ У ХВОРИХ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ**

Вакалюк І.І., Оринчак М.А.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Мета дослідження: визначити взаємозв'язок між рівнем альдостерону в крові та толерантністю до фізичних навантажень у хворих при серцевій недостатності на тлі метаболічного синдрому (МС) та постінфарктного кардіосклерозу (ПКС).

Методи дослідження: Обстежено 29 хворих (чоловіки, вік ≥ 55 років) із МС за критеріями АТР ІІІ (2001), які 1,5-2 роки тому перенесли інфаркт міокарда (ІМ). Усі хворі мали серцеву недостатність ФК І-ІІ NYHA із збереженою систолічною функцією лівого шлуночка, фракція викиду (ФВ) $> 50\%$. За рівнем ендogenousного інсуліну (ЕІ) у крові хворі були поділені на 3 групи: 12 хворих із нормальним рівнем ЕІ в крові (1 група); 8 хворих із реактивною гіперінсулінемією (2 група); 9 хворих із спонтанною гіперінсулінемією (3 група). Проведено пероральний глюкозотолерантний тест, велоергометрію, імуноферментний аналіз (ЕІ, альдостерон).

Результати дослідження. Базальний рівень ЧСС складав $(84,14 \pm 1,45)$ уд./хв. (2 група) ($p > 0,05$); $(99,33 \pm 1,27)$ уд./хв. (3 група) ($p < 0,05$) порівняно з $(78,33 \pm 1,44)$ уд./хв. у 1 групі. Відсоток приросту ЧСС складав $+26,3\%$ (1 група); $+44,9\%$ (2 група) та $+44,8\%$ (3 група). Базальний рівень систолічного/діастолічного АТ (АТ с/д) складав $(140,25 \pm 1,31/87,37 \pm 1,04)$ мм рт. ст. (2 група) та $(147,56 \pm 1,60/92,22 \pm 1,35)$ мм рт. ст. (3 група) порівняно з $(124,31 \pm 1,29/80,92 \pm 1,72)$ мм рт. ст. у 1 групі ($p < 0,05$). Відсоток приросту АТ с/д під час велоергометрії складав $+17,2\%/+12,6\%$ (1 група); $+23,3\%/+23,6\%$ (2 група) та $+33,0\%/+23,6\%$ (3 група). Максимально досягнуте навантаження виявилось рівним $(90,63 \pm 1,60)$ Вт (2 група); $(78,57 \pm 1,45)$ Вт (2 група) порівняно з $(118,75 \pm 1,57)$ Вт у 1 групі ($p < 0,05$). Загальна тривалість навантаження складала $(7,25 \pm 0,53)$ хв. (2 група); $(5,57 \pm 0,70)$ хв. (3 група) порівняно з $(9,09 \pm 0,73)$ хв. у 1 групі ($p < 0,05$). Тривалість відновного періоду складала $(5,12 \pm 0,13)$ хв. (2 група); $(8,20 \pm 0,12)$ хв. (3 група) порівняно з $(3,25 \pm 0,11)$ хв. у 1 групі ($p < 0,05$). Рівень циркулюючого альдостерону в крові виявився рівним $(175,10 \pm 6,26)$ пг/мл (2 група); $(204,03 \pm 3,91)$ пг/мл (3 група) порівняно з $(136,11 \pm 4,10)$ пг/мл у 1 групі ($p < 0,05$) та $(114,73 \pm 1,62)$ пг/мл у контрольній групі ($p < 0,05$).

Висновок: скорочення тривалості, зменшення потужності навантаження, зниження максимального рівня навантаження, збільшення відсотку приросту ЧСС, АТ с/д та подовження періоду відновлення після фізичного навантаження асоціюється із збільшенням рівня циркулюючого альдостерону в крові у хворих із МС, ПКС та серцевою недостатністю І-ІІ NYHA класу.

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНАХ ТВАРИН
ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ НОВИХ
СИНТЕТИЧНИХ СПОЛУК З ПІРИМІДИНОВИМ ФРАГМЕНТОМ**

Щербак О.М., Андрєєва І.Д., Казмірчук В.В., Погоріла М.С.,

Євсюкова В.Ю., Кліса Т.Л.

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

НАМН України”, м. Харків

Вивчення безпеки потенційних ліків, зокрема гострої токсичності, є одним з найважливіших необхідних етапів розробки нових лікарських засобів. Дослідження гострої токсичності є первинним етапом, метою якого є одержання інформації щодо небезпечності досліджуваних речовин в умовах короткотривалої дії.

Мета роботи – морфологічне дослідження змін в тканинах органів лабораторних тварин під впливом нових похідних 4Н-піридо[4',3':5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину в гострому експерименті при їх внутрішньочеревинному введенні.

Матеріали та методи. Дослідження гострої токсичності проводилося у три етапи на 164 нелінійних білих мишах обох статей, масою тіла 18-22 г, віком 2,0-2,5 місяці, які знаходились у стандартних санітарних умовах віварію ДУ «ІМІ НАМН». По закінченні третього етапу експерименту проводили видалення внутрішніх органів тварин (серця, печінки, селезінки, нирок). Зразки для подальшого світлооптичного дослідження фіксували у 10 % розчині формаліну, зневоджували у спиртах зростаючої міцності та заливали в целоїдин-парафін для приготування гістологічних зрізів. Виготовлені препарати забарвлювали гематоксиліном та еозином. Огляд мікропрепаратів проводили під мікроскопом MIKROS 400.

Результати та їх обговорення. За результатами патоморфологічного дослідження впливу похідних 4Н-піридо[4',3':5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину на тканини внутрішніх органів тварин в усіх випадках визначена дозозалежність змін. Виявлені органи, найбільш чутливі до досліджених речовин, означені характер та ступінь патологічних змін у тканинах. Альтеративні процеси, встановлені в органах, були однотипними для вивчаємих сполук. При збільшенні доз речовин до максимальних з'явилися переважно помірні дистрофічні зміни з боку тканин серця та печінки у вигляді гіаліново-крапельної дистрофії та прояви жирової дистрофії у печінці. Характерними також були зміни у каналцевому апараті нирок у вигляді гіаліново-крапельної дистрофії з явищами некробіозу при введенні речовин в максимальних та субмаксимальних дозах.

Висновок. Результати токсико-морфологічного дослідження нових синтетичних речовин засвідчили перспективність подальшого вивчення похідної 4{149} з групи ацетамідів з метою створення на її основі нового протигрибкового лікарського засобу.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОЛИПРЕЛА БИ-ФОРТЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шустваль Н.Ф., Мищук Н.Е., Ещенко К.Н., Матузок О.Э.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Цель исследования – изучить антигипертензивный, гемодинамический, метаболический эффекты и влияние на качество жизни пациентов комбинированного антигипертензивного препарата нолипрела би-форте (фирма "Сервье" Франция), при длительной терапии.

В открытое контролируемое исследование было включено 70 пациентов (40 женщин и 30 мужчин) артериальной гипертензией (АГ) II стадии в возрасте от 35 до 60 лет со средней длительностью заболевания ($9,5 \pm 2,7$) лет. До начала лечения пациенты в течение 5 дней не получали антигипертензивной терапии. Нолипрел би-форте (периндоприла аргинин 10 мг + индапамид 2,5 мг) назначали утром за час до завтрака на протяжении от 6 до 12 месяцев. До и после проведения лечения проводили суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование сердца и почек, регистрировали ЭКГ в динамике, определяли содержание в крови общего холестерина, триглицеридов, ХСЛПВП, ХСЛПНП, ХСЛПОНП, мочевой кислоты, билирубина, креатинина, белковых фракций, глюкозы, активность аланиновой и аспарагиновой трансаминаз.

По данным суточного мониторирования артериального давления 24-недельная терапия нолипрелом би-форте у 86,5 % больных АГ обеспечивает стабильный и равномерный антигипертензивный эффект в течение 24 ч, оказывает корригирующее влияние на суточный профиль АД, достоверно снижает среднесуточный уровень САД, ДАД и ПАД, нагрузку давлением и вариабельность АД. По результатам эхокардиографического исследования после лечения нолипрелом би-форте на протяжении 6-12 месяцев у больных достоверно уменьшалась масса и индекс массы миокарда левого желудочка, улучшалась сократительная функция миокарда левого желудочка, что подтверждалось увеличением скорости укорочения циркулярных волокон миокарда и степени укорочения передне-заднего размера сердца в систолу.

В процессе лечения нолипрелом би-форте по мере снижения АД у больных улучшалось самочувствие, прекращались головная боль, головокружение, улучшался сон, уменьшалась частота приступов стенокардии, при этом уменьшалась депрессия сегмента S-T и инверсия зубца Т, частота сердечных сокращений существенно не изменялась. Таким образом, следует отметить, что лечение комбинацией периндоприла аргинин и индапамида у пациентов с АГ характеризовалось хорошей переносимостью и метаболической нейтральностью.

ЛІЗИНОПРИЛ В КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Власенко М.А., Шелест Б.О., Ковальова Ю.О.,

Власенко О.М., Шелест О.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Лікування артеріальної гіпертензії потребує як зниження артеріального тиску (АТ), так і гальмування ураження органів-мішеней, попереджуючи розвиток ускладнень і знижуючи смертність хворих.

Метою нашого дослідження було виявлення впливу лізиноприлу на показники функції ендотелію у пацієнтів на хронічну хворобу нирок (ХХН), поєднаної з артеріальною гіпертензією (АГ), і гіпертонічну хворобу.

Матеріал і методи. Обстежено 76 хворих, середній вік – ($48,4 \pm 4,8$) років, які були розділені на: 1-а група – 43 хворих, які страждали на ХХН, поєднану з АГ, і 2-а група – 33 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ). Для визначення ендотеліальної дисфункції вимірювали метаболіти оксиду азоту (S-нітрозотіолі) спектрофотометричним методом і фактор Віллебранда (фВ) агрегометричним методом. Після закінчення первинного обстеження і при необхідності 14-денного «відмив очного» періоду хворим призначали лізиноприл в середньодобовій дозі 10 мг протягом 2-х місяців.

Результати дослідження і обговорення. Після 2-3-х тижневого лікування у пацієнтів відбулась нормалізація артеріального тиску з ($158,6 \pm 7,8$) мм рт. ст. до ($136,2 \pm 4,6$) мм рт.ст. і ДАТ з ($97,2 \pm 3,2$) мм рт. ст. до ($86,3 \pm 2,7$) мм рт.ст. У групі хворих на ГХ рівень фВ становив до лікування ($166,25 \pm 8,67$) %, що істотно вище показників контрольної групи ($p < 0,05$), і після лікування – ($153,67 \pm 3,85$) %. Під впливом терапії активність фВ знизилась на 7,57 %. Рівень S-нітрозотіолів був початково знижений на 43,64 % і становив ($0,146 \pm 0,025$) ммоль/л, через 8 тижнів після прийому лізиноприлу його вміст підвищився до ($0,195 \pm 0,023$) ммоль/л, тобто на 33,5 % і наблизився до показників контрольної групи. У групі ХХН, поєднаної з АГ, також відмічався високий рівень фВ, що перевищував рівень контрольної групи на 46,13% ($p < 0,01$) і становив ($161,48 \pm 7,25$) %. Після двомісячного лікування лізиноприлом фВ зменшився на 8,21 % ($p < 0,01$) і дорівнював ($148,23 \pm 5,82$) %, не досягнувши значень контрольної групи. Рівень S-нітрозотіолів до лікування був менше контрольної групи на 42,73 % і становив ($0,126 \pm 0,035$) ммоль/л. При лікуванні лізиноприлом відзначено збільшення вмісту S-нітрозотіолів у порівнянні з вихідним рівнем на 10,03 % ($p > 0,1$) до ($0,139 \pm 0,038$) ммоль/л, також не досягнувши значень контрольної групи.

Висновки. Застосування в схемі терапії лізиноприлу приводило до покращення функції ендотелію, що полягало в підвищенні вазодилатації й відновленні рівня ендогенного оксиду азоту, підвищенні фВ, приводило до достовірних знижень АТ як у хворих на хронічну хворобу нирок, поєднану з артеріальною гіпертензією, так і у хворих на гіпертонічну хворобу.

АЛГОРИТМ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДІАГНОСТИКИ БОЛЮ У ГРУДНІЙ КЛІТЦІ У ЖІНОК З КЛІМАКТЕРИЧНИМ СИНДРОМОМ

Вовченко М.М., Ісаєва А.С., Беседіна А.С.

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

У жінок інтерпретація причин болю у грудній клітці має ряд особливостей, що пов'язано з переважанням у них атипічних проявів коронарогенного болю, причиною яких може бути не тільки патологія серця і судин, але й захворювання органів дихання, середостіння, органів травлення.

Мета дослідження: підвищити ефективність диференційованої діагностики болю у грудній клітці у жінок шляхом визначення та оцінки додаткових патогенетичних факторів, які зумовлюють особливості атипічних проявів коронарогенного болю.

Характеристика пацієнтів і методи. Обстежено 140 пацієнтів жіночої статі (середній вік $(45,2 \pm 15)$ років) з різним гормональним статусом, супутніми предикторами ІХС та ГЕРХ та з болем у грудній клітці. Проведено ретельний аналіз даних анамнезу, больових почуттів у грудній клітці, кардіологічні клініко-інструментальні (ЕКГ- та ЕХО-кардіографії, рентгеноскопичне обстеження органів грудної клітки, стандартний тест з фізичним навантаженням) та лабораторні методи досліджень. При атипічних проявах коронарогенного болю та нечітких результатах тесту з фізичним навантаженням додаткові методи дослідження включали: проведення рабепрозолового тесту, обчислення за результатами ЕКГ-кардіографії за відомою шкалою (Cardiac Infarction Injury Score) сумарного індексу пошкодження міокарда (ΣI_{pm}) у балах, визначення імуноферментним методом за відомими стандартними методиками концентрацій у сироватці крові жіночих статевих гормонів, а саме фолікулоstimулюючого гормону (ФСГ) та інгібіну В. Як діагностично значимі визначені: ΣI_{pm} – 10-20 балів, концентрація ФСГ – не менш, ніж 32 м МЕ/мл, концентрація інгібіну В – у межах 0-100 пг/мл.

Результати. У 44 жінок у періоді перименопаузи діагностовано езофагеальну причину атипового болю у грудній клітці та наявність ГЕРХ, у 50 жінок у періоді перименопаузи діагностовано наявність дисгормональної кардіоміопатії, у 46 жінок у періоді ранньої постменопаузи діагностовано наявність ІХС. Усім жінкам, використовуючи запатентований в Україні (заявка № u201202778, пріоритет 07.03.2012) алгоритм диференційованої діагностики (далі Алгоритм) здійснюють коректний вибір подальшої діагностичної стратегії для більш поглибленого обстеження.

Висновки. Розроблений Алгоритм дозволяє здійснювати стратифікацію жінок з різним гормональним статусом в залежності від причин виникнення атипічних проявів коронарогенного болю, а також зробити вчасний та більш вірогідний діагноз, коректний вибір подальшої діагностичної стратегії та максимально ефективну та одночасно безпечну схему лікування виявленого захворювання.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С – ФАКТОР АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шустваль Н.Ф., *Волобуева О.В., *Лядова Т.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

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

Целью исследования явилось изучение содержания атерогенных (липопротеид-а, липопротеиды низкой и очень низкой плотности), антиатерогенных (липопротеиды высокой плотности) и гидроперекисей липидов в плазме крови у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС).

Обследовано 158 больных ХВГС в возрасте от 20 до 40 лет. Стабильная стенокардия напряжения диагностирована у 46 (26,3 %) больных, из них, у 22 – была стенокардия напряжения II функционального класса, а у 24 – III функционального класса, гипертоническая болезнь выявлена у 52 (32,5 %) больных. У 48 (34,7 %) ХВГС протекал с выраженным внутриспеченочным холестазом. Вирусная этиология поражения печени подтверждалась анализом сывороточных маркеров вирусного гепатита С методом иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции. Биохимические исследования включали определение в крови содержания общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина высокой (ХС-ЛПВП), низкой (ХС-ЛПНП) и очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП), липопротеида-а (ЛП-а), малонового диальдегида (МДА) и гидроперекисей липидов (ГПЛ). Всем больным проводили ультразвуковое исследование печени и регистрировали электрокардиограммы в 12- стандартных отведениях. Контрольную группу составили 56 практически здоровых лиц в возрасте от 20 до 45 лет.

Нарушение липидного обмена выявлено у 134 (86,5 %) больных ХВГС, о чем свидетельствовало повышение содержание в плазме крови ОХС у 96 (70,8 %), ТГ – у 64 (47,7 %), ЛПНП у 104 (77,1 %), ЛПОНП – у 72 (53,7 %), ЛП – у 130 (82,6 %), МДА – у 112 (83,5 %), ГПЛ – у 115 (85,6 %) больных. Содержание ЛПВП было ниже нормы у 98 (72,2 %) больных. Наиболее выраженные нарушения липидного обмена были выявлены у больных ГС, протекающего с синдромом холестаза и клиническими проявлениями ишемической болезни сердца. У 134 (84,8 %) больных ХВГС наблюдалось повышение содержания в плазме крови МДА и ЛП, указывающих на усиление процессов перекисного окисления липидов, что вызывает модификацию ЛПНП и повышает их атерогенные свойства.

На основании полученных нами данных можно заключить, у больных ХВГС в период обострения заболевания в крови повышается содержание атерогенных липидов (ОХС, ХСЛПНП, ХСЛПОНП, ЛП-а), активируется перекисное окисление липидов и уменьшается содержание антиатерогенных ЛПВП, что свидетельствует о нарушении липидообразовательной функции печени, приводящей к развитию гиперлипидемии II-A и II-B типов, которая играет важную роль в патогенезе атеросклероза и ишемической болезни сердца. Лечение ХГС необходимо проводить комплексно с включением лекарственных средств, нормализующих обмен липидов и функциональное состояние печени.

**АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІЗИНОПРИЛУ ТА
ЙОГО ВПЛИВ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ
НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНІМ
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Шкапо В.Л., Несен А.О., Пенькова М.Ю., Каташова О.В.

ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків, Україна

Мета – дослідити антигіпертензивну ефективність вітчизняного препарату лізиноприл та його вплив на стан вуглеводного обміну у хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: обстежено 60 хворих на АГ та цукровий діабет 2 типу. Серед них 36 (60 %) чоловіків та 24 (40 %) жінок. Всім хворим було назначено препарат лізиноприл від 10 до 20 мг. Перед початком лікування та через 12 тижнів проводили ДМАТ. Вивчення ліпідного метаболізму включало визначення загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), ліпопротейнів високої (ЛПВЩ) та низької щільності (ЛПНЩ). Оцінку вуглеводного обміну проводили за визначенням глікозильованого гемоглобіну.

Результати. Як свідчать результати ДМАТ, препарат чинить виражений антигіпертензивний ефект, особливість якого полягає у впливі на рівень як САТ, так і ДАТ упродовж доби. Відмічено більш суттєве зниження САТ і ДАТ у нічний період на 24,2 % ($P = 0,003$) та 17,3 % ($P = 0,005$), ніж у денний – на 19 % ($P = 0,003$) і 11,6 % ($P = 0,034$) відповідно. Отримано вірогідне зниження варіабельності САТ у нічний період доби на 52,6 % ($P = 0,016$) та підвищення ДІ САТ на 160,9 % ($P = 0,028$), що може свідчити про покращення прогнозу і зниження ризику серцево-судинних ускладнень. Аналізуючи стан вуглеводного обміну при застосуванні лізиноприлу, не було виявлено вірогідних відмінностей вмісту глюкози в крові. Так, до та після курсового лікування рівень HbA_{1c} відповідно склав 10,7 % і 10,6 % ($P > 0,05$), що, свідчить про метаболічну нейтральність даного препарату. Застосування даного інгібітора АПФ у обстежених сприяло тенденції до зниження вмісту в сироватці крові ТГ і ХС ЛПДНЩ, відповідно, на 11,6 та 11,5 % ($P > 0,05$), підвищення ХС ЛПВЩ на 6,4 % ($P > 0,05$). Препарат не чинив впливу на рівні ЗХС і ХС у складі ЛПНЩ, але за рахунок тенденції до підвищення ХС ЛПВЩ спостерігалось незначне зниження КА на 5,6 % ($P > 0,05$), що свідчить про загальну тенденцію до зниження атерогенного потенціалу сироватки крові на тлі лікування лізиноприлом.

Висновки. Таким чином, виявлена висока антигіпертензивна ефективність вітчизняного препарату лізиноприл та встановлена відсутність погіршення вуглеводного обміну у хворих на артеріальну гіпертензію з порушенням вуглеводним обміном.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОСПИРИНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
СЕРДЦА С УЧЕТОМ РАЗЛИЧНЫХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ**

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

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Цель: оценить эффективность применения ацетилсалициловой кислоты (АСК) при стабильной форме ишемической болезни сердца с учетом биохимических и агрегационных критериев оценки.

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК и 20 человек контрольной группы без признаков сердечнососудистых заболеваний. Всем пациентам в момент включения назначалась ацетилсалициловая кислота (АСК) – препарат Лоспирин («Кусум», Украина). Для оценки эффективности АСК использовали несколько критериев: суммарный индекс агрегации тромбоцитов (СИАТ), индуцированной АДФ и арахидоновой кислотой; чувствительность к АСК, которую определяли в соответствии с разработанной методикой (Патент Украины № 11852 и) путем оценки СИАТ, индуцированной адреналином после преинкубации с аспизолом, также исследовался уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 (11-д-ТхВ2) в моче.

Результаты: Оценка исходной активности тромбоцитарного гемостаза выявила повышение АДФ-СИАТ и арахидонат-СИАТ у всех пациентов по сравнению с контролем: $(69,4 \pm 4,1) \%$ и $(64,4 \pm 3,1) \%$, versus $(35,4 \pm 3,4) \%$ и $(36,7 \pm 2,5) \%$, соответственно, $p < 0,05$. При определении чувствительности к АСК, в группе контроля отмечалось снижение агрегационного ответа на внесение аспизола в среднем в 2 раза большее, чем в группе ИБС: $(54,3 \pm 2,7) \%$ versus $(25,4 \pm 2,9) \%$, $p < 0,05$. Исследование уровня ТхВ2 в моче как показателя синтеза тромбоксана А2 позволили установить его более высокий уровень при ИБС. Повторное обследование в динамике лечения показало, что Лоспирин полностью подавил арахидонат-индуцированную агрегацию тромбоцитов в контрольной группе и у большинства пациентов с ИБС (58 (96,67 %)). В то же время, по другим критериям аспиринорезистентность наблюдалась: по АДФ-СИАТ у 7 (11,67 %) пациентов, по чувствительности к АСК у 8 (13,33 %) пациентов и по 11-д-ТхВ2 в моче у 5 (8,33 %) пациентов, при чем аспиринорезистентность по этим критериям наблюдалась и в группе контроля у 5 %, 10 % и 5 %, соответственно.

Вывод. Аспиринорезистентность является мультифакторной проблемой. Полное подавление арахидонат-индуцированной агрегации тромбоцитов, не всегда подтверждает эффективность АСК, выявленную другими методами. Эффективность АСК in vitro варьирует в зависимости от метода исследования, при этом частота аспиринорезистентности зависит от метода ее выявления.

ВЛИЯНИЕ КОРВИТИНА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Волков В.И., Запровальная О.Е., Бондарь Т.Н.,
Рябуха В.В., Ченчик Т.А., Герасименко Ж.М.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Цель работы – оценить влияние корвитина на иммуновоспалительные механизмы и оксидативный стресс у пациентов с прогрессирующей стенокардией напряжения (ПСН).

Материалы и методы. В исследование были включены 36 клинически аспиринорезистентных пациента с ПСН, дестабилизация состояния которых возникла на фоне приема ацетилсалициловой кислоты (АСК) (1-я группа). Группу сравнения составили 24 АСК-наивных пациента с ПСН (2-я группа). Активность индуцированной агрегации тромбоцитов оценивалась по суммарному индексу агрегации (СИАТ). Чувствительность к АСК определяли в соответствии с разработанной методикой (Патент Украины № 11852 u). Активность иммуновоспалительных процессов оценивалась по сывороточным уровням С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухолей альфа 1 (ФНО) и CD 40-L. Баланс прооксидантных и антиоксидантных факторов оценивали по уровню малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови (реакция с тиобарбитуровой кислотой) и измерения числа SH-групп.

Результаты исследования. Анализ исходных данных пациентов 1-й группы выявил более высокий уровень иммуновоспалительной активности: уровень CD-40 и ФНО в 1,5 раза превышали показатели АСК-наивных больных, и в 2 и 3 раза, соответственно, показатели группы контроля ($p < 0,05$). При оценке оксидантного статуса установлено повышение уровня МДА относительно контроля в обеих группах: $(10,38 \pm 0,94)$ мкмоль/л у резистентных и $(8,85 \pm 0,57)$ мкмоль у АСК-наивных vs $(5,15 \pm 0,20)$ мкмоль/л в контрольной группе. Повышение МДА сопровождалось снижением уровня SH-групп, при чем в группе аспиринорезистентных пациентов уровень SH-групп основной группы был достоверно ниже показателей группы сравнения. 17 пациентам основной группы были назначены в/в инфузии корвитина для получения дополнительного иммуномодулирующего и антиоксидантного эффектов. В динамике лечения у пациентов, получавших корвитин, наблюдалась достоверное снижение СРБ, CD-40 и МДА по сравнению с пациентами, находившимися на стандартной терапии.

Вывод. Для клинически аспиринорезистентных пациентов при ПСН характерно значимое повышение иммуновоспалительной активности и оксидативного стресса, поэтому назначение корвитина, воздействуя на эти механизмы, способствует повышению эффективности проводимой терапии.

РОЛЬ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФЕНОТИПАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Шевчук В.В., Федів О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми метаболічного синдрому (МС) в сучасній медицині зумовлена, насамперед, її великим медико-соціальним значенням. Це зумовлено високою поширеністю МС в загальній популяції, що складає до 14-24 %, причому у вікових групах від 20 до 49 років МС трапляється частіше у чоловіків, а уже у віці 50-69 років поширеність практично однакова у чоловіків і жінок. Передбачається, що первинним дефектом, який лежить в основі розвитку МС є дисфункція ендотелію.

Мета. Дослідити функціональний стан ендотелію при неалкогольному стеатогепатиті, асоційованому з метаболічним синдромом, залежно від фенотипу останнього.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 128 хворих на НАСГ, асоційованих з МС. При цьому у 48 хворих (І група) було наявним класичне поєднання ознак МС (артеріальна гіпертензія – АГ, дисліпідемія – ДЛП, абдомінальне ожиріння – АО, порушення толерантності до глюкози / цукровий діабет 2 типу – ПТГ/ЦД 2 типу), у 29 хворих (ІІ група) спостерігалися АГ+ АО+ПТГ/ЦД 2 типу без дисліпідемії, у 14 хворих (ІІІ група) НАСГ розвинувся на метаболічного синдрому без ожиріння (АГ+ДЛП+ПТГ/ЦД 2 типу), у 37 хворих (ІV група) НАСГ перебігав на тлі відсутності порушення толерантності до глюкози (АГ, ДЛП, АО). Контрольну групу (V група) склали 34 практично здорових осіб (ПЗО).

Функціональний стан ендотелію судин оцінювали за вмістом у плазмі крові стабільних метаболітів (нітритів, нітратів) монооксиду нітрогену (NO) та ендотеліну-1 (ЕТ-1).

Результати. Аналіз результатів дослідження показав вірогідне ($p < 0,05$) зниження (відносно показників у ПЗО) вмісту NO в крові в І групі – на 61,6 %; в ІІ групі – на 50,5 %; в третій групі – на 36,1 %; в ІV групі – на 30,4 %. Встановлено, що зміни зазначених показників були найбільш вираженими за наявності НАСГ, асоційованого з класичним варіантом метаболічного синдрому або з фенотипом (АГ+АО+ПТГ/ЦД 2 типу) метаболічного синдрому, вірогідно відрізняючись від аналогічних показників у ІІІ та ІV групах ($p < 0,05$). Встановлено, що у хворих І та ІІ груп рівень ЕТ-1 вищий в 4,4 рази, в ІІІ групі – в 3,1 рази та в ІV групі – в 2,6 рази ($p < 0,05$) порівняно з показниками у ПЗО.

Висновок. Отже, неалкогольний стеатогепатит, асоційований з метаболічним синдромом, супроводжується істотними порушеннями функціонального стану ендотелію, особливо за класичного перебігу МС та фенотипу метаболічного синдрому без дисліпідемії.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЇ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Шатило В. Б., Ішук В. О., Бондаренко О. В.,
Чижова В. П., Наскалова С. С.

ДУ "Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова
НАМН України", м. Київ

Для патологічних станів, що супроводжуються інсулінорезистентністю (ІР) характерним є ураження судинної стінки з розвитком дисфункції ендотелію. Старіння також супроводжується порушенням функціонального стану ендотелію, що сприяють збільшенню ризику і частоти розвитку серцево-судинної патології у людей похилого і старечого віку.

Мета: дослідити стан ендотеліальної функції судин у людей середнього та похилого віку з ІР та без ІР.

Методи. Нами обстежено 40 осіб середнього віку (40-59 років) з ІР (17 чол.) та без ІР (23 чол.), а також 37 осіб похилого віку (60-74 років) з ІР (15 чол.) та без ІР (22 чол.). Для визначення ІР використовували індекс НОМА, який вираховували за стандартною формулою рівень глюкози та інсуліну в плазмі крові. Значення індексу НОМА більше 2,77 вважали маркером ІР. Функціональний стан ендотелію судин досліджували методом лазерної доплерівської флоуметрії на апараті BLF-21D (компанія "Transonic Systems Inc", США) в ділянці середньої третини внутрішньої поверхні передпліччя.

Результати. У людей без ІР виявлено погіршення функціонального стану ендотелію з віком, на що вказує зниження в похилому віці порівняно з середнім максимального приросту об'ємної швидкості кровотоку шкіри (ОШКШ) після 3-хвилинної ($4,6 \pm 0,5$) мл/хв. проти ($5,1 \pm 0,6$) мл/хв. · 100 г тканини) та 30-секундної оклюзії ($2,9 \pm 0,3$) мл/хв. проти ($3,4 \pm 0,4$) мл/хв. · 100 г тканини). В середнього віці не виявлено відмінностей показників функціонування ендотелію між групами обстежених без ІР та з наявністю ІР. У людей похилого віку з ІР визначено її більш значний негативний вплив на стан ендотелію у порівнянні з людьми цього ж віку без ІР: відмічено зниження капілярного резерву (155 ± 19) % проти (233 ± 33) %).

Висновки. Показники судинорухової функції ендотелію не відрізняються між групами людей середнього віку без ІР та з ІР. У людей похилого віку ІР є фактором, що сприяє порушенню функціонального стану ендотелію.

ЕСТЕСТВЕННАЯ МЕНОПАУЗА, ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК

Волков В.И., Исаева А.С., Вовченко М.Н.

ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины" г. Харьков

Кардиологи всего мира рассматривают менопаузу как дополнительный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, но пока нет никаких критериев естественной менопаузы, которые можно использовать для прогноза кардиоваскулярного риска.

Целью настоящего исследования была оценка повреждения миокарда в ранней постменопаузе и обусловленный им риск сердечно-сосудистых событий.

Материалы и методы: в исследование были включены 138 женщин с естественной менопаузой, в возрасте ($54 \pm 6,1$) лет, длительностью периода постменопаузы до 3 лет. Критерии исключения: хирургическая менопауза, острый коронарный синдром, стабильная стенокардия III-IV функциональный класс, сердечная недостаточность II-IV функциональный класс, значительная гипертрофия миокарда левого желудочка, сахарный диабет и дисфункция щитовидной железы. Для диагностики менопаузы использовался уровень фолликулостимулирующего гормона. Повреждение миокарда оценивали по Индексу миокардиального повреждения (Cardiac Infarction Injury Score, CIIS), который рассчитывался по поверхностной ЭКГ, уровню МВ-КФК. Период наблюдения составил 5 лет. Была оценена комбинированная конечная точка (ухудшение течения сердечной недостаточности, нестабильная стенокардия + инфаркт миокарда + цереброваскулярные события + сердечно-сосудистая смерть).

Результаты: в соответствии с уровнем CIIS женщины были разделены на 3 группы: 1 группа (n = 56) – CIIS до 10, 2 группа (n = 59) – уровень CIIS был в пределах 10-21 и 3 (n = 23) группа – CIIS более 21. Количество сердечно-сосудистых событий в 1-й группе было 9 (16,07 %), во 2 группе – 17 (28,8 %), в 3-ей – 11 (47,8 %). Была выявлена корреляция между уровнем CIIS и менопаузальным индексом ($r = 0,61$, $p = 0,051$). Анализ с помощью ANOVA теста показал, что гипертония, продолжительность менопаузы, уровень CIIS существенно влияют на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний у женщин.

Заключение: высокий индекс миокардиального повреждения (CIIS) во время менопаузы связан с неблагоприятным прогнозом у женщин.

**ХИМАЗА И ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВАЦИЯ
ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Волков В.И., Серик С.А., Сердобинская-Канивец Э.Н.,
Ченчик Т.А., Самохина Л.М.**

ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины" г. Харьков

Целью работы явилось исследование активности химазы и ее взаимосвязей с провоспалительными цитокинами при прогрессировании сердечной недостаточности (СН) у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД) и без него.

Материалы и методы. Обследовано 72 больных ИБС с СН I-IV функциональных классов (ФК): 34 пациента с СД и 38 – без СД. Контрольная группа включала 15 лиц. В группе СД 16 больных имели СН I-II ФК и 18 – СН III-IV ФК. Среди больных без СД у 18 была СН I-II ФК, у 20 – III-IV ФК. В сыворотке крови исследовали активность химазы ферментативным, а уровни цитокинов (фактора некроза опухолей-альфа (ФНО-альфа) и интерлейкина-8 (ИЛ-8)) – иммуноферментным методом.

Результаты. У больных без СД достоверное повышение активности химазы по сравнению с контролем выявлено только при III-IV ФК СН ($p < 0,05$). У пациентов с СД активность химазы значимо увеличивалась уже при I-II ФК СН ($p < 0,05$). При III-IV ФК СН отмечалось еще большее возрастание ее активности ($p < 0,05$ по сравнению с СН I-II ФК). Уровни ФНО-альфа и ИЛ-8 у больных без СД при I-II ФК СН были выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$, для обоих цитокинов). При СН III-IV ФК по сравнению с I-II ФК достоверно увеличивалась концентрации только ФНО-альфа ($p < 0,05$). У больных с СД уровни ФНО-альфа и ИЛ-8 при I-II ФК СН были также больше, чем в группе контроля ($p < 0,01$; $p < 0,05$, соответственно), а при СН III-IV ФК – выше, чем при I-II ФК ($p < 0,05$, для обоих цитокинов). При анализе взаимосвязей активности химазы с уровнями цитокинов при СН I-II ФК только у больных СД выявлена положительная корреляция химазы с ФНО-альфа ($r = +0,46$, $p < 0,05$). При СН III-IV ФК активность химазы положительно коррелировала с уровнями цитокинов у больных и с СД, и без СД. Но если у больных с СД установлены корреляции химазы с обоими цитокинами (с ФНО-альфа – $r = +0,56$, $p < 0,05$, с ИЛ-8 – $r = +0,48$, $p < 0,05$), то у больных без СД химаза положительно коррелировала только с ИЛ-8 ($r = +0,63$, $p < 0,05$).

Заключение. При прогрессировании СН активность химазы повышалась у больных и без СД, и с СД, но у пациентов без СД химаза значимо возрастала только при выраженной СН, а у больных с СД эта протеиназа повышалась даже при начальных проявлениях СН. У больных СД активность химазы коррелировала с повышенными уровнями ФНО-альфа при I-II ФК и III-IV ФК СН и с ИЛ-8 при III-IV ФК, тогда как у больных без СД протеиназа была взаимосвязана только с ИЛ-8 при III-IV ФК СН.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН
СЕРЦЯ І С-КІНЦЕВОГО ТЕЛОПЕПТИДУ ПРОКОЛАГЕНА І
ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ
НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК**

Шалімова А.С., Кочуєва М.М., *Просоленко К.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

**Харківський національний медичний університет, Україна*

Хронічна хвороба нирок (ХХН) є глобальною проблемою охорони здоров'я. Однією із актуальних проблем сучасної медицини є поліпшення якості життя і профілактика серцево-судинних ускладнень при ХХН. Вже на ранніх стадіях ХХН наявні структурно-функціональні зміни міокарда, що проявляються ознаками хронічної серцевої недостатності (ХСН). Результати досліджень останнього десятиріччя обумовили необхідність перегляду уявлень про патогенез ХСН. Основу патологічної гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) при ХСН становить не сам ріст кардіоміоцитів, а ремоделювання позаклітинного простору, що призводить до розвитку діастолічної та скорочувальної дисфункції серця, прогресування захворювання. При цьому відбувається структурна ресистематизація компонентів стінки ЛШ, що призводить до гіпертрофії кардіоміоцитів, проліферації фібробластів, фіброзу і смерті клітин. У розвитку фіброзу основну роль відводять підвищеному утворенню колагена І і ІІ типів на тлі зниження його деградації.

Мета роботи полягала у встановленні взаємозв'язків між структурно-функціональними змінами серця при ХСН на тлі ХХН і С-кінцевим телопептидом проколагена І типу (СТП-I) – маркером деградації колагена. Обстежено 102 пацієнти із ХСН на тлі ХХН I-IV стадій (з хронічним гломерулонефритом або хронічним пієлонефритом): 34 пацієнти із ХСН І стадії, 35 пацієнтів із ХСН ІА стадії та 33 пацієнти із ХСН ІБ стадії. Концентрація СТП-I визначалася за допомогою наборів для імуноферментного аналізу (фірма "Roshe", Швейцарія).

В результаті проведеного дослідження між значенням СТП-I і деякими показниками ехокардіографії встановлено зворотні зв'язки різної сили: середньої сили зв'язки – з кінцево-систолическим об'ємом ($r = -0,62$, $p < 0,001$), кінцево-систолическим розміром ($r = -0,56$, $p < 0,001$) та індексом маси міокарда ЛШ ($r = -0,37$, $p < 0,001$); слабкий зв'язок – з товщиною задньої стінки ЛШ ($r = -0,28$, $p < 0,05$). Проведення дисперсійного аналізу встановило наявність асоціацій СТП-I зі стадіями ХХН і ХСН, типами ремоделювання ЛШ. СТП-I достовірно асоціювався з усіма зазначеними показниками, проте найбільше – із стадією ХХН (коефіцієнт Фішера становив 176,87, $p < 0,001$), тоді як зв'язок із стадією ХСН був меншим у 2,24 рази, а із типом ремоделювання – у 63,4 рази.

Таким чином, між рівнями СТП-I і деякими показниками ехокардіографії встановлені зворотні кореляційні зв'язки різної сили. СТП-I у пацієнтів із ХСН на тлі ХХН в більшій мірі асоціювався із стадією ХХН і в меншій мірі – із стадією ХСН.

ПЛАЗМИД-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Чуб О.И., Бильченко А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Семейство Enterobacteriaceae считается доминирующим возбудителем ИМС, и включает возбудителей: E.coli (70 %), Klebsiella spp. (15 %), Proteus spp. (10 %). Escherichia coli во всех регионах мира остается наиболее частым возбудителем инфекций мочевой системы.

Резистентность грамм-негативных бактерий возрастает, особенно в течение последних 6 лет. Это происходит, в основном, за счет появления штаммов, продуцирующих расширенного спектра β -лактамазы (РС β Л), такие как CTX-M и AmpC β -лактамазы и штаммов, имеющих *efflux* насос, закодированный генами *marA*, *yhiU*, *mdfA*, *yhiV*. Перечисленные механизмы резистентности, как правило, опосредованы плазмидами и необходима разработка препаратов, влияющих на экспрессию плазмид-индуцированных генов.

Цель исследования: изучить наличие плазмид-индуцированных генных механизмов антибиотико-резистентности у больных хроническим пиелонефритом.

В исследование включено 65 больных хроническим пиелонефритом. Всем больным проводилось бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности выделенных возбудителей к антибактериальным препаратам. Семейство Enterobacteriaceae было доминирующим возбудителем и встречалось в 58,1 % случаев положительной мочевой культуры, среди которого E.coli являлась наиболее распространенным уропатогеном и была обнаружена у 50 % больных, P. mirabilis был выделен у 3 больных (4,6 %), K. pneumoniae у 2 больных (3,0 %), P. aeruginosa так же у 2 больных. Грамм положительная флора была выделена у 25 больных (38,4 %), среди которой энтерококк был обнаружен у 15 больных (23 %), стафилококк у 8 больных (12 %), стрептококк у 2 больных (3 %). Микст-инфекция (2 и более возбудителей) имела место у 8 больных (12 %).

Всем больным проводилось определение плазмид-индуцированных генных механизмов резистентности. Выявлено у 12 больных хроническим пиелонефритом наличие генов CTX-M, Amp-C, кодирующих выработку β -лактамаз широкого спектра действия и у 9 больных генов *marA*, *yhiU*, *mdfA* и *yhiV*, кодирующих *efflux* насос.

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРОМЫШЛЕННЫХ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Волненко Н.Б., Литвиненко В.Н.

ХНАДУ, г. Харьков, Украина

Украина занимает первое место в Европе по темпам распространения ВИЧ-инфекции: с 1987 г. по 1 марта 2011 г. зарегистрировано 185 147 ВИЧ-инфицированных (29 464 – дети до 14 лет), 38 455 больных СПИДом (1027 – дети до 14 лет) и 21 407 умерших от СПИДа (293 – дети до 14 лет). Более 77 % среди ВИЧ-позитивных украинцев – лица трудоспособного возраста. Украина занимает первое место в Европе по темпам распространения ВИЧ-инфекции: с 1987 г. по 1 марта 2011 г. зарегистрировано 185 147 ВИЧ-инфицированных лиц (29 464 – дети до 14 лет), 38 455 больных СПИДом (1027 – дети до 14 лет) и 21 407 умерших от СПИДа (293 – дети до 14 лет). Более 77 % среди ВИЧ-позитивных украинцев – лица трудоспособного возраста. Эпидемия сконцентрирована среди уязвимых групп. При условии сохранения подобной тенденции распространения ВИЧ-инфекции в Украине, существует риск, что в 2014 году 479-820 тыс. человек будет жить с ВИЧ, дополнительно будет потеряно еще 300-500 тыс. человек. Среди ВИЧ-инфицированных в Украине больше чем 40 % – женщины, большая часть которых находится в репродуктивном возрасте. Наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции в Украине отмечается (таблица) в Днепропетровской (512,7 на 100 тыс. населения), Донецкой (496,4), Николаевской (483,6), Одесской (470,7) областях (таблица). В Донецкой области официально зарегистрирована наибольшая абсолютная численность ВИЧ-инфицированных. В городах Киеве (37,3 случаев на 100 тыс. населения) и Севастополе (99,8) распространенность ВИЧ выше, чем, соответственно, в Киевской области и АР Крым.

Регион	ВИЧ-инфицированные	Распространенность ВИЧ-инфекции	Больные СПИД	Распространенность СПИД
Украина	101 182	220,9	11 827	25,8
Харьковская	1 955	71	83	3
Донецкая	22 126	496,4	2 871	64,4
Днепропетровская	17 196	512,7	1 983	59,1
Закарпатская	185	14,9	16	1,3
Львовская	1 505	59,4	339	13,4
Тернопольская	474	43,6	35	3,2

Таким образом, эпидемиологическая ситуация, касающаяся распространения ВИЧ-инфекции в Украине остается неблагоприятной, эпидемия развивается вследствие объединения паринтерального и полового путей передачи, увеличивается количество новых случаев ВИЧ-инфицирования, возрастает количество ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста и количество детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей.

**ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ
В УМОВАХ ПОЛІМОРБІДНОСТІ**

Волошин О.І., Доголіч О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Особливістю захворюваності в останні десятиріччя є її зростання, при тому з характерною віковою поліморбідністю. Прикладом зазначеної ситуації може слугувати захворюваність на подагру, її вікові та гендерні аспекти.

Метою нашого дослідження було вивчення вікових особливостей формування поліморбідності та пошук шляхів удосконалення комплексного лікування.

Матеріал і методи. Обстежено 35 хворих на хронічну рецидивуючу подагру у віці 37-72 роки з давністю подагри 3-20 років. З числа супутніх захворювань встановлено: артеріальна гіпертензія – у 19 (54,29 %), ІХС – у 14 (40 %), цукровий діабет – у 5 (14,28 %), ожиріння II-III ст. – у 12 (34,29 %), стеатогепатоз – у 21 (60 %), хронічний холецистит – у 29 (82,86 %), панкреатит – у 12 (34,29 %), гастрит, гастродуоденіт – у 24 (68,57 %), виразкова хвороба – у 3 (8,57 %), синдром подразненого кишечника – у 14 (40 %), хронічний пієлонефрит – у 7 (20 %), сечокислий діатез, сечокам'яна хвороба – у 29 (82,86 %), первинний остеоартроз – у 14 (40 %).

В контексті патогенетичних взаємин подагри виділили: коморбідні хвороби початкового і раннього періоду подагри, періоду виражених подагричних уражень опорно-рухового апарату, пізнього періоду подагри та групу звичайних супутніх захворювань, які не мають або мають недоведені спільні з подагрою патогенетичні механізми.

До коморбідних (мають спільні патогенетичні ланки з подагрою) захворювань раннього періоду подагри віднесли: м'яку артеріальну гіпертензію, ожиріння I ст., стеатогепатоз, іноді інсулінорезистентність. Групу коморбідних захворювань періоду виражених подагричних уражень суглобів і внутрішніх органів склали: артеріальна гіпертензія II ст., ІХС, ожиріння II-III ст., цукровий діабет 2 типу, які є чіткими проявами «метаболічного синдрому» з загрозами властивих йому судинних подій.

Виявлені ураження системи травлення мають спільний з розвитком подагри етіологічний чинник у вигляді тривалих і значних аліментарних огріхів, алкогольних ексцесів, але не мають патогенетичних взаємозв'язків, отже не коморбідні.

Висновки:

1. Доцільно виділяти захворювання коморбідного характеру, переважно у вигляді «метаболічного синдрому».

2. Поліморбідний фон у хворих на подагру вимагає пошуку комплексних препаратів поліорганної та багатоцільової метаболічної дії з метою оптимізації лікування виникаючої мікст-патології.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ
ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ МЕТОДОМ ШАГОВО-
ДИСКРИМИНАНТНОГО АНАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ
С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Чёрная Ю.А.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

Цель исследования: методом шагово-дискриминантного анализа определить прогностически значимые критерии достижения гипертензивных ортостатических реакций (ОР) систолического АД (САД) у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. На базе Муниципальной поликлиники г. Харькова обследовано 110 пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий (далее ФП). По изменениям АД в ортостатической пробе (ОП) на 3-ей минуте перехода с положения лежа в положение стоя пациентов относили к одному из трех типов реакции: тип 1 – гипертензивный (повышение АД более чем на 5 %); тип 2 – изотензивный (изменения АД в пределах ± 5 %); тип 3 – гипотензивный (снижение АД на более чем на 5 %). Всем пациентам проводилась антиаритмическая терапия (амиодарон, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, дигоксин). Изучались исходные клинические показатели и показатели ВСР. Значение для прогноза достижения гипертензивных ОР САД на фоне антиаритмической терапии определяли ретроспективно методом шагово-дискриминантного анализа в программе MathCad 14.0 с вычислением критерия Фишера.

Результаты исследования представлены в таблице:

Показатель	Возраст	Давность ФП	Степень АГ	ФК СН	САД сидя	ДАД сидя	ЧЖС покоя	ТР	VLF	LF	HF	LF/HF
Вычисленное значение	1,3	1,91	1,11	1,01	1,22	1,72	1,06	2,91	6,38	1,11	1,12	3,26
Критическое значение	1,96	1,96	2,2	2,2	2,2	2,2	1,96	1,96	2,2	2,2	2,2	1,96

Выводы. Согласно полученным результатам, прогностически важными в достижении гипертензивных ОР САД являлись только показатели ВСР: ТР, VLF и соотношение LF/HF. При этом наибольшее значение для прогноза достижения гипертензивных ОР САД имел показатель мощности спектра очень низких частот.

КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЇ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ ОЖИРІННІ: ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТИНІВ І ФІБРАТІВ

Чернишов В.А.

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

Мета роботи – дати порівняльну характеристику гіполіпідемічної дії статинів і фібрів в корекції дисліпідемії (ДЛП) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали і методи. Обстежено 101 пацієнт чоловічої статі віком від 31 до 66 років (середній вік – $(45,9 \pm 1,9)$ років), з ГХ II стадії і АО, яке діагностували за допомогою антропометричних вимірювань (визначення зросту, маси тіла, обводу талії) з використанням відомих критеріїв: обвод талії $>0,94$ м, індекс маси тіла >30 кг/м². Всім пацієнтам в сироватці крові натще визначали вміст загального холестерину, тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) імуноферментним методом на автоаналізаторі. Вміст холестерину у складі ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за відомою формулою. Фенотип ДЛП встановлювали за класифікацією D.S. Fredrickson. З приводу ДЛП упродовж 12 тиж 39 пацієнтів отримували фенофібрат 200 мг/добу, 29 – ловастатин 20 мг/добу і 33 – симвастатин 20 мг/добу через 30 хв після вечері. Гіполіпідемічні ефекти зазначених препаратів проаналізовано в динаміці лікування і в залежності від фенотипу ДЛП.

Результати. Встановлено, що при АО гіпохолестеринемічні ефекти ловастатину і симвастатину майже однакові з невеликою перевагою ловастатину (зниження ХС ЛПНЩ складає 23,3 % ($p < 0,001$) проти 21,1 % ($p < 0,01$), відповідно). Симвастатин при АО більш ефективно знижує рівень ТГ, ніж ловастатин (27,1 % ($p < 0,05$) проти 23,9 % ($p < 0,01$)) і більш ефективно підвищує рівень ХС ЛПВЩ (6,9 % проти 4,2 %; $p > 0,05$). Фенофібрат при АО максимально зменшує вміст ТГ в крові (на 42,9 %; $p < 0,05$), менш ефективно знижує рівень ХС ЛПНЩ (на 11,9 %; $p > 0,05$) і підвищує ХС ЛПВЩ (на 2,8%; $p > 0,05$), ніж статини. При Іа типі ДЛП гіпохолестеринемічна активність симвастатину вища, ніж у ловастатину, а фенофібрат чинить виражену гіпотригліцеридемічну і гіпохолестеринемічну дію. При змішаній ДЛП (тип Іб) гіпотригліцеридемічний ефект фенофібрату вище, а гіпохолестеринемічний нижче порівняно з Іа типом. Симвастатин ефективніше знижує рівень ТГ і підвищує вміст в крові ХС ЛПВЩ при Іб типі ДЛП, що поєднується з низьким ХС ЛПВЩ, порівняно з ловастатином при Іа типі ДЛП, що поєднується з низьким вмістом ХС ЛПВЩ.

Висновок: у осіб з АО при ізольованій гіперхолестеринемії і змішаному варіанті ДЛП ефективні статини, при ізольованій гіпертригліцеридемії – фібрати. Фібрати (фенофібрат) можна застосовувати при ізольованій гіперхолестеринемії у разі непереносимості статинів.

СЕЧОКИСЛИЙ ДІАТЕЗ ТА СЛАДЖ-ФЕНОМЕН У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Волошин О.І., Сенюк Б.П., Лукашевич І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою дослідження було вивчення частоти зустрічальності УЗД явищ сечокиислового діатезу та сладж-феномену у хворих на подагру в поєднанні з хронічним холециститом (ХХ), дослідити можливі спільні етіопатогенетичні ланки та розробити шляхи їх корекції. Спостереження проведені у 36 хворих на подагру в поєднанні з ХХ в період помірного загострення або нестійкої ремісії, вікові коливання були в межах 40-65 років. Окрім клінічних, в методи обстеження включено: УЗД-черевної порожнини та нирок, біохімічні методи дослідження, дуоденальне зондування, аналізи сечі.

Встановлено, що у 36 пацієнтів з вказаною недугою мали місце явища сечокиислового діатезу (мікроліти в чашково-мискових системах нирок, помірної або інтенсивної щільності), а у 30 обстежених відмічено сладж-феномен об'єму жовчного міхура на фоні помірного збільшення його розмірів та товщини і щільності стінки, часто ущільнення внутрішньо-печінкових жовчних протоків при нормальних розмірах та ехоструктурі печінкової паренхіми. Біохімічні дослідження вказували на коливання рівнів креатиніну, сечової кислоти, сечовини в межах нормальних значень, але з тенденцією до верхньої межі норми. За даними багатомоментного дуоденального зондування виявлено гіпотонічно-гіпокінетичну дисфункцію жовчного міхура, значні домішки солей білірубінату кальцію та жовчних кислот, грудок слизу та скупчень епітелію, зниження рН жовчі в кислий бік. Дослідження сечі підтверджувало надмірний сольовий осадок за даними УЗД; за Нечипоренком відмічали незначні відхилення від норми, які не дозволяли запідозрити запальну чи іншу природу ураження нирок.

Згідно проведеного аналізу нами розроблено програму оздоровлення досліджуваного контингенту хворих, що включала корекцію харчового режиму в часі, нормалізацію балансу складових частин їжі з акцентом на збільшення рідинного компоненту до 2,5-3 літрів на добу. Проводилась обов'язкова харчова корекція функції кишечника за рахунок збільшення пектинового компоненту їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів. Оздоровлення здійснювалось уролітіазними (канефрон, уролесан, фітолїт, фітолїзин) та жовчогінно-гепатопротекторними (сірін, гепабене, холівер, гепатофіт) рослинними препаратами впродовж 1-1,5 місяця.

Результати отриманих даних свідчать, що у пацієнтів, яким вдалося внести належну корекцію в стиль життя та харчування, досягнуто суттєвого клінічного покращення вже впродовж першого 1,5-2 місячного курсу реабілітації.

Отже, одним з важливих шляхів підвищення ефективності реабілітації хворих на подагру в поєднанні з хронічним холециститом є уролітіазна, гепатопротекторно-жовчогінна терапія на тлі дієтичної корекції харчування в часовому та якісному аспектах з підвищеним рідинним навантаженням, особливо за рахунок фруктових соків та відварів лікарських рослин жовчогінної, сечогінної, послаблюючої дії.

ВОЗМОЖНОСТЬ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТОКА L-АРГИНИНОМ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Гавалко Ю.В.

ГУ “Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины”, г. Киев

В работах Института геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева было показано, что у пожилых людей в биоптате слизистой оболочки желудка (СОЖ), взятом в базальных условиях, активность NO-синтазы снижается по сравнению с молодыми. Поэтому можно утверждать, что одним из факторов, влияющих на желудочный кровоток, является недостаток оксида азота. Это подтверждает обоснованность применения L-аргинина, как субстрата для синтеза NO. Исходя из этого, было предложено оценить возможность улучшения микроциркуляции в СОЖ, используя L-аргинин.

Обследовано 10 практически здоровых пожилых людей, которые, по результатам гистологического исследования биоптатов СОЖ взятых при фиброэзофагогастродуоденоскопии, были разделены на 2 группы: 5 здоровых людей с нормальной гистологической картиной СОЖ и 5 людей с атрофическим гастритом (II-III степенью и I-III стадией гастрита согласно критериям OLGA). Уровень кровотока определяли методом лазерной доплеровской флоуметрии в теле и антральном отделе желудка. Курсовое введение L-аргинина внутривенно в дозе 4,2 г в сутки проводилось на протяжении 10 дней, после чего проведено повторное определение уровня кровотока.

В исходном состоянии у людей с атрофическим гастритом объемная скорость кровотока по большой кривизне тела желудка ($(13,5 \pm 3,3)$ мл/мин./100 г ткани) была статистически значимо ниже по сравнению со здоровыми пожилыми людьми ($(26,2 \pm 1,9)$ мл/мин./100 г ткани). В то же время, в антральном отделе уровни кровотока значимо не отличались ($(20,8 \pm 1,1)$ мл/мин./100 г ткани у здоровых пожилых и $(18,7 \pm 3,8)$ мл/мин./100 г ткани – при атрофическом гастрите).

У пожилых людей с АГ после курсового лечения L-аргонином отмечено статистически значимое увеличение кровотока как в антральном отделе (до $(40,0 \pm 10,0)$ мл/мин./100 г ткани), так и в теле желудка (до $(29,1 \pm 0,1)$ мл/мин./100 г ткани). Это позволяет считать, что L-аргинин является препаратом, обеспечивающим коррекцию микроциркуляции при её нарушении в связи с улучшением эндотелиальной функции микрососудистого русла СОЖ. Сказанное находит своё подтверждение в работах Института геронтологии о положительном влиянии приема L-аргинина пожилыми людьми с нарушенной эндотелиальной функцией. Результаты этих исследований базируются на изучении эндотелиальной функции как больших сосудов, так и микрососудистого русла у пожилых людей с ишемической болезнью сердца под влиянием курсового приема L-аргинина.

Выводы: при атрофическом гастрите у людей пожилого возраста имеется выраженное снижение уровня кровотока СОЖ тела желудка, которое значимо ниже, чем у здоровых людей того же возраста. Использование L-аргинина позволяет улучшить кровоток в СОЖ у пожилых больных с хроническим атрофическим гастритом.

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ИНВАЛИДОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Храмцова В.В.

ГУ “Украинский государственный ННП медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины”, г. Днепрпетровск

При столкновении с кризисными событиями, к которым относится хроническое соматическое заболевание, перед больными с профессиональными заболеваниями легких (ПЗЛ) встает необходимость преодоления трудностей с переориентацией целей и постановкой новых.

Материалы и методы исследования. Обследовано 70 инвалидов с хроническим обструктивным бронхитом и пневмокониозом. Копинг-стратегии исследовались с помощью методики “Способы копинга”; структура психологической защиты – опросника «Индекс жизненного стиля». Для выявления статистических связей использовался корреляционный анализ.

Полученные результаты. В результате проведенных исследований у инвалидов с ПЗЛ выявлено преобладание в поведенческом репертуаре дезадаптивных копинг-стратегий, приводящее к накоплению и постепенной хронизации внутреннего напряжения, способствующее общему снижению толерантности к стрессу. Механизмы преодоления трудных жизненных ситуаций и психологические защиты направлены в основном на реализацию авторитарного, конфликтного и агрессивного поведения. Преобладание неконструктивных копинг-стратегий и незрелых психологических защит, существенно обедняют потенциально возможный арсенал преодоления ситуаций и формируют определенные поведенческие стереотипы. Высокая частота использования конфронтационного копинга формирует конфликтный стереотип поведения в виде выраженной потребности в медицинской и психологической помощи и одновременном отказе от этой помощи, что способствует нарушению социально-психологической адаптации и делает малоэффективной медицинскую реабилитацию. Когнитивные усилия по отделению от ситуации и уменьшению ее значимости у данной категории пациентов реализуются через поиск виновников своих неудач во внешней среде, непризнании своей роли в проблеме, что снижает возможность адекватного разрешения трудных жизненных ситуаций.

Совладающее поведение, направленное на поиск социальной поддержки блокируется высоким напряжением незрелых психологических защит, что не дает возможности инвалидам с ПЗЛ принимать социальную поддержку и помощь и является одной из причин затруднения приверженности к лечению у данной категории больных.

ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Хомазюк И.Н., Настина Е.М.

ГУ “Национальный научный центр радиационной медицины

НАМН Украины”, г. Киев

Использование суточного мониторирования ЭКГ открыло новые возможности для контроля не только болевой, но и безболевой ишемии миокарда (ББИМ) во время повседневной активности пациента. Причина, по которой болевой синдром при ишемии миокарда может отсутствовать, до сих пор неясна. В то же время установлено, что ББИМ увеличивает риск острых коронарных ситуаций в 2-5 раз.

Цель. Охарактеризовать особенности безболевой ишемии миокарда и оценить ее клиническое значение при стабильной стенокардии (СС) у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (ЛПА).

Объект и методы. Основную группу составили 182 больных со СС и положительным велоэргометрическим тестом из числа участников ЛПА. У 148 была стенокардия ФК I-II и 34 – ФК III. В контрольную группу включены 50 больных из числа лиц, не принимавших участия в ЛПА. Средний возраст составил $(60,8 \pm 0,4)$ лет и $(60,2 \pm 1,2)$ лет, соответственно. В обеих группах проведены электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование ЭКГ, велоэргометрия, ультразвуковое исследование сердца. Статистический анализ проводили в автоматизированном режиме с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. Установлено, что ББИМ – частое явление при СС у участников ЛПА. Ее длительность в основной группе по отношению к общей достигает 70 %, в контроле – 60 %. У больных основной группы с ФК I-II ББИМ в среднем составляла $(53,8 \pm 6)$ мин./сут., при ФК III – увеличивалась до $(76,8 \pm 10,1)$ мин./сут., достигая уровня, при котором существенно увеличивается риск острых коронарных ситуаций и потребность в хирургическом лечении. В большей мере это увеличение определяло прирост количества эпизодов ишемии с 2,8 до 3,7 в сутки. Средняя длительность эпизодов ББИМ составляла $(19,2 \pm 3,8)$ мин./сут. при ФК I-II и $(20,8 \pm 8,2)$ мин./сут. при ФК III. Преобладали эпизоды ББИМ с депрессией сегмента ST $> 1,5$ мм, их выявляли в 2 раза чаще, чем 1,0-1,5 мм. В динамике адекватного лечения в течение четырех недель продолжительность ББИМ в сутки на одного пациента уменьшалась вдвое преимущественно за счет уменьшения длительности эпизодов на 59,8 % и в меньшей мере (12,2 %) их количества.

Выводы. Преобладание ББИМ над болевой ишемией миокарда может быть причиной недооценки истинной ситуации при определении СС на основании лишь болевого синдрома. Суточное мониторирование ЭКГ в динамике наблюдения больных со СС необходимо для улучшения диагностики, оценки прогностической значимости и эффективности лечения.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ ПЕЧІНКИ, ВИРАЖЕНІСТЮ ПЕЧІНКОВОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ТА ДИСБІОЗОМ КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Гавриш І.М., Глушко Л.В.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Актуальність. В Україні, як і в усьому світі, відзначається суттєве збільшення захворюваності як на хронічний гепатит (ХГ), так і на цироз печінки (ЦП). ЦП разом з ХГ займають 2-4-те місця серед причин госпіталізації і втрати працездатності у віці 20-60 років. В Україні за останні 10 років захворюваність на ЦП зросла на 75,6 %, поширеність ЦП – на 59,6 %.

Мета дослідження. Встановити взаємозв'язки між функціональним станом печінки, вираженістю печінкової енцефалопатії та дисбіозом кишечника.

Матеріали та методи. В процесі дослідження нами обстежено 65 хворих на ЦП різної етіології. Серед хворих було 49 чоловіків (75,4 %) та 16 жінок (24,6 %). Вік хворих коливався від 36 до 73 років, що в середньому складає $(54,83 \pm 1,17)$ роки. У 69,2 % хворих на ЦП спостерігалися прояви печінкової енцефалопатії I-IV стадії за нейропсихометричними тестами (тест зв'язку чисел – тест Рейтона, тест ліній, астериксис). У 97 % хворих на ЦП спостерігали дисбіоз кишечника II та III ступеня. У нашому дослідженні було проведено кореляційний аналіз між кількістю лактобактерій та протромбіновим індексом і встановлено середньої сили прямий кореляційний зв'язок; $r = +0,3009$, $p < 0,01$, який вказує на те, що із зменшенням протромбінового індексу зменшується кількість лактобактерій. Поряд з цим було проведено кореляційний аналіз між кількістю умовно-патогенних ентеробактерій та часом виконання тесту зв'язку чисел і встановлено середньої сили прямий кореляційний зв'язок; $r = +0,5213$, $p < 0,001$. Це свідчить про те, що із збільшенням кількості умовно-патогенних ентеробактерій подовжується час виконання тесту Рейтона. Також було проведено кореляційний аналіз між кількістю лактобактерій та часом виконання тесту зв'язку чисел і встановлено середньої сили зворотній кореляційний зв'язок; $r = -0,3365$, $p < 0,01$, що свідчить про те, що із зменшенням кількості лактобактерій подовжується час виконання тесту зв'язку чисел. Проаналізовано також кореляційний зв'язок між кількістю біфідобактерій та часом виконання тесту Рейтона і встановлено середньої сили зворотній кореляційний зв'язок; $r = -0,3575$, $p < 0,001$, який вказує на те, що із зменшенням кількості біфідобактерій подовжується час виконання тесту Рейтона.

Висновок. У 69,2 % хворих на ЦП спостерігалися прояви печінкової енцефалопатії I-IV стадії. У 97 % хворих на ЦП встановлено дисбіоз кишечника II та III ступеня. За даними кореляційного аналізу виявлялися статистично значущі кореляційні взаємозв'язки середньої сили.

ВМІСТ ПРОЗАПАЛЬНИХ МОНОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Гальчінська В.Ю., Топчій І.І., Єфімова Н.В.,
Семенових П.С., Борисова О.Л.

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

Не підлягає сумніву безпосередня участь моноцитів в розвитку цукрового діабету та одного з основних його ускладнень діабетичної нефропатії (ДН). В циркуляції співіснують різні субпопуляції моноцитів, кількість та функціональна активність яких визначаються за допомогою поверхневих CD-маркерів. Більшість моноцитів периферичної крові позитивні щодо рецепторів до ліпополісахаридів CD14 і практично не експресують рецептори до Fc γ III (CD16). Моноцити, що експресують CD16 становлять близько 8 % всієї моноцитарної популяції, проте за своїми характеристиками ці клітини відповідають тканинним макрофагам, їх кількість у значній мірі зростає (> 20 %) при гострих і хронічних захворюваннях, які супроводжуються процесами запалення.

Мета дослідження – вивчити експресію цих маркерів на моноклеарах крові у хворих на ДН.

Матеріали та методи. Було обстежено 58 хворих на ДН (45 хворих без порушення азотовидільної функції нирок і 13 хворих із протейнурією). Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб відповідного віку.

Моноцити виділяли шляхом градієнтного центрифугування з периферичної крові хворих на ДН та здорових донорів. Кількість CD14 та CD16 позитивних клітин оцінювали непрямим імуногістохімічним методом з використанням моноклональних антитіл до антигенів CD14 та CD16 (ТОО “Сорбент”, Москва).

Результати дослідження. Виявлено істотне превалювання CD16 позитивних моноцитів у хворих на ДН у порівнянні з контрольною групою на тлі досить стабільного вмісту CD14 позитивних клітин. Збільшення процентного вмісту CD16+ моноцитів не пов'язане із супутньою вірусною або неспецифічною бактеріальною інфекцією та свідчить про активацію клітинних механізмів запалення при ДН. Додатково до прозапальних властивостей CD16+ моноцити, можуть брати участь у патогенезі цукрового діабету та його ускладнень, зокрема, сприяючи пошкодженню нирок і розвитку ДН.

Висновки. У хворих на ДН відзначається значне підвищення процентного вмісту CD16+ клітин та змінюється фенотип популяції моноцитів. Виявлені порушення мають прогностичне значення і можуть служити критерієм ефективності терапії та обумовлюють більш активне застосування у хворих на ДН специфічної протизапальної терапії.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА С ДИУРЕТИКАМИ

Хомазюк И.Н., Габулавичене Ж.М.

*ГУ “Национальный научный центр радиационной медицины
НАМН Украины”, г. Киев*

Развитие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) сердца у больных гипертонической болезнью (ГБ) сопровождается высоким риском возникновения сердечной недостаточности и острых кардиоваскулярных ситуаций, что определяет необходимость учитывать в тактике антигипертензивного лечения его влияние на регресс ГЛЖ.

Цель. Оценить эффективность лечения с применением ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) в комбинации с диуретиком у больных ГБ с ГЛЖ.

Объект и методы. Обследованы 58 мужчин с ГБ, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Средний возраст – $(52,3 \pm 0,7)$ лет, длительность ГБ – $(14,4 \pm 0,64)$ лет. Для лечения в группе 1 применяли периндоприл с индапамидом, в группе 2 – лозартан с гидрохлортиазидом. У всех больных проводили измерение офисного АД, суточное мониторирование АД, эхо- и доплеркардиографическое исследование. Результаты анализировали на основе программы «Microsoft Excel 7.0».

Результаты. Доля пациентов, ответивших на лечение и достигших контроля АД, составила 71 % в группе 1 и 64,3 % в группе 2. Снижение офисного АД систолического составило 30,7 мм рт. ст., диастолического – 17,2 мм рт. ст. в группе 1, 25,9 мм рт. ст. и 13,6 мм рт. ст. – в группе 2, среднесуточного соответственно – 10,5 мм рт. ст. и 10,3 мм рт. ст. – в группе 1, 12,0 мм рт. ст. и 5,5 мм рт. ст. – в группе 2. Изменение массы и толщины миокарда в первые несколько недель были незначительными, однако ни в одном случае не зарегистрировано их увеличение. Отношение максимальных скоростей раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А) возрастало в группе 1 на 17,5 %, группе 2 – 12,5 % ($p < 0,05$), время изоволюметрического расслабления (IVRT) уменьшилось на 12,5 % и 7,4 % ($p < 0,05$). При длительном лечении с сохранением контроля АД наступало достоверное уменьшение массы и толщины стенок миокарда. Индекс массы миокарда уменьшился на 10,9 % в группе 1 и 11,4 % в группе 2. Отношение Е/А возрастало на 18,5 % в группе 1 и 31,5 % во 2 группе IVRT уменьшилось на 10,9 % и 18 %, соответственно. При эпизодическом лечении эффект постепенно угасал.

Вывод. Комбинированное применение как и иАПФ, так и БРА с диуретиками обеспечивает хороший антигипертензивный эффект, регресс ГЛЖ и улучшение ДФ при условии приверженности больных к длительной поддерживающей терапии.

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З МУЛЬТИФОКАЛЬНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ТА
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

Ханюков О.О., Писаревська О.В., Люлька Ю.П.

ДЗ “Дніпропетровська медична академія”, Україна

Мета дослідження – оптимізація медикаментозного лікування хворих з мультифокальним атеросклерозом (хронічною ішемічною хворобою серця та атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок) та цукровим діабетом.

40 включеним в дослідження пацієнтам з хронічною ішемічною хворобою серця (стабільна стенокардія напруги II-III функціонального класу), атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок (ІІБ стадія за класифікацією Покровського) та цукровим діабетом 2 типу проводили анкетування (із застосуванням анкети для хворих, що страждають на атеросклеротичне ураження артерій нижніх кінцівок), стандартне загальноклінічне обстеження, лабораторні (у тому числі ліпідний, печінковий, нирковий комплекси, коагулограма, глюкоза крові), інструментальні (у тому числі визначення товщини комплексу інтима-медіа, ультразвукове дослідження артерій нижніх кінцівок, визначення кісточно-плічового індексу) дослідження та вимірювали дистанцію «безболісної» ходи. Хворим було рекомендовано комплексне медикаментозне лікування: комбінована антитромботична терапія (аспірин – 75 мг на добу + клопідогрель – 75 мг на добу), бета-адреноблокатор (бісопролол – 5-10 мг на добу в залежності від початкової частоти серцевих скорочень), інгібітор АПФ (раміприл або періндоприл – 5-10 мг на добу в залежності від початкового рівня артеріального тиску) і статин (аторвастатин – 40 мг на добу). Період спостереження склав 12 місяців.

Комплексний підхід до медикаментозного лікування пацієнтів з мультифокальним атеросклерозом та цукровим діабетом 2 типу призводив до поліпшення якості життя хворих, зменшення кількості епізодів ішемії міокарду (з $7,2 \pm 1,4$ за добу до $1,7 \pm 0,3$ за добу, $p < 0,05$) та їх тривалості (з $7,7 \pm 1,6$ хв. до $1,9 \pm 0,5$ хв., $p < 0,05$), зменшення потреби в короткодіючих нітратах (з $3,7 \pm 0,5$ табл. за добу до $0,5 \pm 0,2$ табл. за добу, $p < 0,05$), збільшення дистанції «безболісної» ходи (з $105,7 \pm 12,9$ м до $361,3 \pm 28,4$ м, $p < 0,05$) та підвищення «якості» ходи (показник дистанції ходи збільшився з 1635 ± 125 балів до 7110 ± 355 балів, $p < 0,05$; показник швидкості ходи збільшився з $6,75 \pm 1,15$ балів до $16,5 \pm 3,25$ балів, $p < 0,05$), суттєвого зниження рівня загального холестерину крові (з $6,34 \pm 0,22$ ммоль/л до $4,09 \pm 0,17$ ммоль/л, $p < 0,05$), ліпопротеїдів низької щільності (з $3,76 \pm 0,16$ ммоль/л до $2,24 \pm 0,12$ ммоль/л, $p < 0,05$), тригліцеридів (з $3,34 \pm 0,15$ ммоль/л до $2,08 \pm 0,10$ ммоль/л, $p < 0,05$), індексу атерогенності (з $7,23 \pm 0,84$ до $3,65 \pm 0,38$), $p < 0,05$), сприяв вірогідному збільшенню кісточно-плічового індексу (з $0,45 \pm 0,07$ до $0,69 \pm 0,12$), $p < 0,05$), зменшенню товщини комплексу «інтима-медіа» (з $1,36 \pm 0,6$ мм до $1,17 \pm 0,5$ мм, $p < 0,05$).

**ВІКОВІ, ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ГОМЕОСТАЗІОЛОГІЧНІ
АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ АТЕРОГЕНЕЗУ
У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ**

Гінгуляк О.М., Ташук В.К., Турубарова-Леунова Н.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою об'єктивізації впливу вікових, функціональних та гомеостазіологічних аспектів формування субклінічного атеросклерозу на базі Чернівецького медичного обласного діагностичного центру, було обстежено 46 осіб чоловічої статі з явищами субклінічного атеросклерозу, середній вік яких складав $38,52 \pm 0,33$ років, переважний спектр діагнозів від вегето-судинної дисфункції до стабільної стенокардії напруження II ФК.

Відповідно до віку, обстежені були розподілені на 2 групи: до 1-ї ввійшли 15 осіб віком ≤ 38 років, 2 гр. склали 31 пацієнт віком >38 років. Зважаючи на це було досліджено можливі чинники ризику виникнення атерогенезу у осіб груп порівнянь, які наведені у таблиці. У хворих молодшої вікової групи серед можливих чинників ризику переважали тяжка фізична праця (13,3 %), головний біль (80 %) та порушення сну (13,3 %). У той час, як серед пацієнтів старшої вікової групи переважали – емоційний стрес (16,1 %), паління (67,7 %). Процентне співвідношення ожиріння було ідентичне як в 1-й, так і в 2-й групі.

Як відомо одним із факторів ризику розвитку атеросклерозу є підвищення артеріального тиску (АТ) який прямо пропорційно зв'язаний з частотою серцевих скорочень (ЧСС), тому було досліджено коливання АТ та ЧСС в групах дослідження залежно вікового розподілу.

У хворих вікової групи ≤ 38 років систолічний АТ (САТ) дорівнював $133,63 \pm 3,63$ мм рт. ст., діастолічний АТ (ДАТ) $87,72 \pm 3,39$ мм рт. ст., ЧСС – $86,81 \pm 3,36$ уд./хв. У другій групі хворі >38 років динаміка САТ – $128,5 \pm 2,99$ мм рт. ст., ДАТ – $88,04 \pm 2,14$ мм рт. ст., ЧСС – $84,17 \pm 2,09$ уд./хв. Відмінностей залежно від віку в показниках АТ та ЧСС виявлено не було, що можна пояснити не великим віковим проміжком.

Проведені лабораторні дослідження, в які входили загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові та електорофорез ліпопротеїнів сироватки крові, свідчать, що основні показники крові не виходили за межі вікових норм, окрім біохімічних, де зареєстровано відхилення від оптимальних значень холестерину у пацієнтів молодшої вікової групи ($5,87 \pm 0,32$ ммоль/л) та тригліцеридів ($1,92 \pm 0,26$ ммоль/л), відповідно у другій групі ці показники склали $6,13 \pm 0,18$ ммоль/л та $1,54 \pm 0,17$ ммоль/л, рівень, яких вказує на можливий розвиток атерогенезу у обох групах. При дослідженні ліпопротеїнів сироватки крові зареєстрували підвищення хілімікронів відповідно до груп молодшого віку ($1,32 \pm 0,30$ %) та старшого ($1,51 \pm 0,20$ %).

Таким чином, у клінічних групах спостереження виявлено підвищення рівня холестерину та ліпопротеїнів крові, що вказує на можливий розвиток атерогенезу у обох групах. Інші вивчені показники у зв'язку з не великою різницею у віці в групах порівняння не відрізняються між собою.

ВПЛИВ ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ НА ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Гирина О.М., Петренко І.В.

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

Доведено, що, незважаючи на спільні патогенетичні аспекти, АГ має гендерні відмінності. В останні роки встановлена роль системного імунного запалення в патогенезі та перебігу АГ.

Мета роботи – дослідити стан клітинної ланки імунної системи у хворих на артеріальну гіпертензію при наявності та відсутності у них ожиріння, з врахуванням гендерних особливостей.

Для вирішення поставленої мети було обстежено 82 пацієнта віком від 38 до 74 років (середній вік – $(52,7 \pm 6,8)$ років), з них 38 чоловіків (І група) та 44 жінки (ІІ група). В І групі 17 хворих мали артеріальну гіпертензію, 21 пацієнт мав поєднання АГ та ожиріння. В ІІ групі 19 жінок мали діагноз АГ, 24 – поєднання АГ та ожиріння. Діагноз АГ та її ступінь встановлювали згідно до Наказу №436 від 03.07. 2006 року та згідно рекомендацій Асоціації кардіологів України 2008, 2010 рр. Наявність та стадію ожиріння визначали шляхом підрахунку Індексу маси тіла, а також шляхом виміру товщини підшкірного жиру. До контрольної групи увійшло 20 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Результати. Абсолютний вміст CD3⁺ лімфоцитів у жінок з АГ був вищим на 22,4 % за аналогічний показник у чоловіків з АГ. При наявності ожиріння вміст CD3⁺ лімфоцитів змінювався в протилежному напрямку – у жінок він був на 44,8 % нижчим за аналогічний показник у чоловіків та достовірно відрізнявся від показників контрольної групи ($p < 0,01$). Аналогічна динаміка спостерігалась і при дослідженні концентрації CD4⁺ лімфоцитів та CD8⁺ лімфоцитів. Так, у жінок, хворих на АГ, при наявності ожиріння вміст CD4⁺ лімфоцитів становив $(0,82 \pm 0,09) \times 10^9/\text{л}$ проти $(0,99 \pm 0,1) \times 10^9/\text{л}$ у чоловіків та був достовірно зниженим за показники контрольної групи ($p < 0,01$). Вміст CD8⁺ лімфоцитів становив $(0,48 \pm 0,05) \times 10^9/\text{л}$ та $(0,75 \pm 0,08) \times 10^9/\text{л}$, відповідно, ($p < 0,01$). Імунорегуляторний індекс був знижений у всіх підгрупах обстежених хворих ($p < 0,01$). Вміст активованих субпопуляцій Т-лімфоцитів був знижений у всіх підгрупах обстежених хворих як з АГ так і при поєднанні її з ожирінням ($p < 0,01$). Проте, у жінок при поєднанні АГ з ожирінням ці дані мали найбільш виражений характер. Так, вміст HLA-DR⁺ лімфоцитів у даної підгрупи становив $(0,1 \pm 0,015) \times 10^9/\text{л}$, що в 2,7 рази нижче за показник контрольної групи.

Висновки: в результаті проведених досліджень встановлено, що у хворих на АГ спостерігаються зміни в клітинній ланці імунної системи, які мають прояви вторинного імунодефіциту. Дані зміни мають гендерні особливості та найбільше виражені у жінок при поєднанні АГ з ожирінням, що пояснюється гормональними порушеннями при поєднаній патології.

ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН И ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОСТИНФАКТНЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ Taq1B И Glu298Asp ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ CETP И eNOS

Хайсам Абдалла, Масляева Л.В., Панченко Г.Ю., Нестерцова И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – оценить влияние симвастатина (С) и аторвастатина (А) в среднетерапевтических дозах на липидный обмен и функцию эндотелия у постинфарктных больных в зависимости от Taq1B полиморфизма гена белка-переносчика эфиров холестерина (ХС) – CETP и Glu298Asp полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы (eNOS).

Всего было обследовано 110 больных с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст – $(56,2 \pm 2,3)$ лет). Больных, которые перенесли ИМ с зубцом Q, было 43 человека (39,1 %), без зубца Q – 67 (60,9 %). Исходное обследование больных проводилось на 29-30 сутки после перенесенного ИМ и включало молекулярно-генетические исследования, определение липидного спектра крови и уровня стабильных конечных метаболитов NO в плазме крови. Сначала больные на фоне базисной терапии получали С (препарат «Вазилип», KRKA, Словения) в суточной дозе 40 мг на протяжении 3-х месяцев, затем после отмывочного периода (4-6 недель) – А (препарат «Аторис» KRKA, Словения) в дозе 20 мг/сут. в течение следующих 3-х месяцев.

Наилучшие результаты базисного лечения с использованием С и А в среднетерапевтических дозах были отмечены у пациентов с генотипами B1B1 и B1B2, которые одновременно являлись носителями генотипов Glu/Glu или Glu/Asp полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS: у них наблюдалось достоверное снижение уровней общего ХС, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) (причем, на фоне приема А эти два показателя достигли своих целевых уровней), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и улучшение функции эндотелия. У больных с ассоциациями генотипов B1B1+Asp/Asp и B1B2+Asp/Asp эффект терапии с использованием статинов был частичным: отмечалось значительное снижение общего ХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПОНП, однако при этом сохранялась эндотелиальная дисфункция ($p = 0,129$ на фоне С и $p = 0,134$ на фоне А). Все больные с генотипом B2B2 независимо от носительства определенного генотипа полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS были толерантны к действию обоих статинов.

Таким образом, полиморфизм генов CETP и eNOS может определять гипополипидемическую и эндотелийпротективную эффективность статинов у постинфарктных больных.

ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ GERX ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Фролова-Романюк Е.Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

На теперішній час залишаються невирішеними питання, що стосуються особливостей клінічної картини, перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби при поєднанні її з цукровим діабетом.

З цією метою, нами обстежено 109 хворих на цукровий діабет 2 типу у віці від 30 до 72 років, з них 68 жінок, 41 чоловіків, середній вік – $(57,4 \pm 7,6)$ року.

Алгоритм обстеження включав в себе збір скарг, анамнестичні дані про тривалість, тяжкості перебігу діабету, ускладнення ЦД, дослідження глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), проведення рН-метрії на апараті «Гастроскан-24», ендоскопічного дослідження стравоходу та шлунка і обстеження на *Helicobacter pylori*. Для визначення значущих чинників ризику, розраховувався показник ВР – відносний ризик події (відношення шансів), з оцінкою ДІ – вірогідного інтервалу, в межах 95 %, і з визначенням достовірності за показником $p < 0,05$. У таблиці представлений ряд факторів, які мали місце у хворих GERX + СД, для кожного фактора визначено ВР події.

Фактори ризику розвитку GERX у хворих на ЦД 2 типу

Фактор ризику	ЦД 2	
	ВР (95 % ВІ)	p
Жіноча стать	1,57 (1,02- 2,46)	0,027
Вік понад 40 років	-	-
Вік понад 55 років	1,63 (1,05- 2,60)	0,020
ІМТ більш 30 кг/м ²	1,79 (1,21-2,24)	0,016
Декомпенсація ЦД по рівню HbA1c	0,76 (0,54- 1,11)	0,178
тривалість ЦД > 10 років	1,88 (1,41-2,39)	0,028
Перебіг ЦД важкий	1,97(1,54-2,55)	0,010
рН у тілі шлунка < 1,6	1,63(1,19-2,74)	0,044
Наявність ускладнень ЦД (полінейропатія, нефропатія, ангіопатії)	1,81(1,47-2,48)	0,027

Примітка: жирним шрифтом виділено вірогідний ризик.

Виходячи з правил медичної статистики, наявність перерахованих вище факторів не означає обов'язкове формування GERX у даних пацієнтів, але в присутності їх вірогідність виникнення GERX висока. Так, для ЦД 2 типу факторами, що збільшують відносний ризик GERX, в свою чергу, були: жіноча стать, вік більше 55 років, ІМТ більше 30 кг/м², стаж ЦД 2 типу більше 10 років, важкий перебіг ЦД 2, рН в тілі шлунка менш 1,6, наявність ускладнень ЦД 2.

Результати даного дослідження дозволяють визначати групи ризику серед пацієнтів з ЦД з точки зору виникнення GERX.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Глубоченко О.В., Глубоченко В.Г., Сенюк Б.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми ефективного і безпечного лікування хворих на ревматоїдний артрит (РА) обумовлена тенденцією до зростання даної патології серед всіх вікових груп населення, хронічним перебігом, що призводить до втрати працездатності та інвалідизації. Призначення нестероїдних протизапальних, гормональних препаратів, цитостатичної терапії дозволяє значно зменшити прояви захворювання, подовжити тривалість ремісії. Але необхідність тривалого застосування цих засобів при РА в ряді випадків викликає ускладнення зі сторони шлунково-кишкового тракту – індуковані гастропатії, серцево-судинної системи – артеріальні гіпертензії, нирок – медикаментозна нефропатія, печінки – медикаментозна гепатопатія, тощо. Зменшити ризик використання базисних препаратів дозволяє застосування альтернативних лікарських засобів, зокрема гомеопатичних препаратів. Вони володіють достатнім профілем безпеки, їх можливо застосовувати тривало, вони добре переносяться хворими.

«Інцена» – комплексний гомеопатичний лікарський препарат, складові якого володіють протизапальним, десенсибілізуючим, імуномодулюючим, репаративним ефектами, забезпечують комплексну дію на організм хворого, доповнюють і потенціюють дію одне одного.

Досліджено 10 хворих на ревматоїдний артрит. Діагноз РА встановлювали у відповідності з критеріями ACR, ефективність терапії оцінювалась по динаміці больового синдрому (по шкалі ВАШ), індексу активності (DAS 28), який включає наступні показники: число набряклих, болючих суглобів, оцінку ефективності лікування пацієнтом і лікарем, рівень ШЗЕ, потреба в НПЗП. Препарат «Інцена» призначався поряд із базисною терапією у дозі 10 крапель за 20 хвилин до їди 3 р/добу. Позитивна динаміка больового синдрому спостерігалась на 16-17 день лікування. Відмічено зниження болю з $(59,8 \pm 13,54)$ мм до $(31,12 \pm 12,25)$ мм (за шкалою ВАШ). У контрольній групі була виявлена менш позитивна динаміка. Індекс активності DAS 28 знизився у пацієнтів основної групи з $(5,93 \pm 0,07)$ до $(4,1 \pm 0,75)$. В групі контролю індекс активності знизився з $(5,72 \pm 0,42)$ до $(4,9 \pm 1,02)$. У хворих основної групи спостерігалась більш позитивна динаміка ліквідації патологічних змін лабораторних показників (ШЗЕ, лейкоцитозу, рівня С-реактивного білка, тощо). Прийом препарату сприяв зменшенню числа побічних ефектів базисної терапії, особливо зі сторони ШКТ. Сполучення основного лікування і ад'ювантного дозволило у чотирьох хворих знизити середньодобову дозу НПЗП порівняно із контролем. Всі пацієнти продовжили застосування препарату на амбулаторному етапі до місяця, що дозволило подовжити тривалість ремісії.

Таким чином, ад'ювантне застосування гомеопатичного препарату в комбінації з основною терапією дозволило покращити клінічну ефективність лікування у хворих на РА, покращити ближні і відділені результати лікування.

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УРСОЛІЗИНУ
ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ
У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Глушко Л.В., Шевчук І.М., Чаплинська Н.В., Симчич Х.С.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення впливу урсолізину на ключові метаболічні показники у хворих на НАСГ у поєднанні з метаболічним синдромом. Завдання: проаналізувати клінічні особливості перебігу НАСГ, оцінити функціональний стан печінки, показники ліпідного обміну (загальний холестерин (ХС), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїди високої (ЛПВЩ) та низької щільності (ЛПНЩ)). Провести вимірювання антропометричних даних та визначення індексу маси тіла (ІМТ), а також ультразвукове дослідження печінки (УЗД).

Обстежено 35 пацієнтів віком від 34 до 56 років. У 32 хворих мало місце вісцеральне ожиріння II-III ступеня (ІМТ становив $(39,5 \pm 2,3)$ кг/м²). У 24 з них діагностовано цукровий діабет II типу. Обстежені алкоголем не зловживали, маркери вірусних гепатитів В і С не було виявлені. Хворі основної групи отримували урсолізін по 150 мг двічі на добу упродовж 30 днів. Контрольну групу склали 15 пацієнтів. Всім хворим призначалась дієта з обмеженням вуглеводів і тваринних жирів.

Встановлено, що на погане самопочуття та відчуття важкості в правому підребір'ї скаржились 27 пацієнтів, диспепсичний синдром турбував 32 хворих. До лікування у всіх хворих виявлено помірне підвищення рівня амінотрансфераз. Показники ЛФ і рівня білірубину в сироватці крові були незначно підвищені. При УЗД у всіх хворих виявлено сонографічні ознаки стеатозу печінки різного ступеня.

Під впливом лікування більш виражена динаміка клінічних проявів була у пацієнтів основної групи. Також відзначено зниження активності трансаміназ ($p < 0,05$) та сприятливий вплив на показники жирового обміну: рівень ТГ до лікування становив $(2,8 \pm 0,06)$ ммоль/л, після – $(1,6 \pm 0,07)$ ммоль/л, ($p < 0,05$), рівень загального ХС до лікування – $(7,7 \pm 0,30)$ ммоль/л, після – $(6,2 \pm 0,25)$ ммоль/л, ($p < 0,05$), вірогідно підвищився рівень ЛПВЩ до $(1,5 \pm 0,9)$ ммоль/л, $p < 0,05$ та знизився показник ЛПНЩ до $(4,0 \pm 0,4)$ ммоль/л, $p < 0,05$, що свідчить про нормалізацію ліпідного спектру крові. При УЗД виявлено зменшення розмірів печінки і зниження її ехогенності у хворих основної групи.

Таким чином, отримані результати підтверджують позитивний вплив урсолізину на функціональний стан печінки. Завдяки його мембраностабілізуючим, цитопротективним, імуномодуючим властивостям в комплексі з дієтою, яка містить знижену кількість жирів, у хворих на НАСГ виявлено зниження активності цитолітичних ферментів і зменшення явищ жирової інфільтрації печінки.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СТЕАТОЗА
ПЕЧЕНИ И НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА
У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА**

Филиппова А.Ю.

ГУ “Днепропетровская медицинская академия”, Украина

В настоящее время стандартизированного подхода к лечению стеатоза печени (СП) и неалкогольного стеатогепатита (НАСГ) не существует. Широкий выбор медикаментозных средств воздействия на различные факторы патогенеза СП и НАСГ и отсутствие единого подхода к лечению данного заболевания определяют необходимость дальнейших исследований с целью оптимизации существующих схем терапии.

Цель исследования: изучить эффективность препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) и базисной терапии в комплексном лечении пациентов со СП и НАСГ, протекающими на фоне патологии билиарного тракта, с учетом выявленных клинических проявлений заболевания, биохимических и ультразвукографических нарушений.

Материалы исследования. Для решения поставленной цели было обследовано 62 пациента в возрасте 28-66 ($48,3 \pm 1,6$) лет. Больные были рандомизировано разделены на 2 группы. I группа – больные со СП (18 пациентов) и НАСГ (12 пациентов), получающие диетическое питание № 5, базисную терапию и УДХК. II группа – больные со СП (19 пациентов) и НАСГ (13 пациентов), получающие диетическое питание № 5 и базисную терапию. Курс лечения в двух клинических группах составил 30 дней. УДХК применялась в дозе 10 мг/кг/сут. В качестве базисной терапии использовались панкреоферментные препараты, спазмолитики, прокинетики, антиоксиданты (витамины А, Е, липоевая кислота).

Результаты исследований. В результате проведенного лечения было установлено, что комплексное лечение больных СП и НАСГ способствовало достоверному улучшению основных клинических, биохимических синдромов, а также тенденции к нормализации сонографической картины по окончании курса терапии. После завершения курса лечения в I группе отмечена тенденция к нормализации или нормализация основных биохимических показателей у всех пациентов, по сравнению с контрольной группой, где аналогичные данные были зафиксированы лишь у 56,2 % пациентов. Наряду с нормализацией клинических симптомов и улучшением биохимических показателей улучшилась и сонографическая картина печени у 21 (70 %) I группы и 15 (46,8 %) II группы.

Выводы. Применение препаратов УДХК и базисной терапии в комплексном лечении больных СП и НАСГ на фоне патологии билиарного тракта патогенетически обоснованно и клинически эффективнее по сравнению с применением только препаратов базисной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНЬЕВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Филиппова А.Ю.

ГУ “Днепропетровская медицинская академия”, Украина

По данным литературы стеатоз печени (СП) сопровождается значительными изменениями со стороны клеточного и гуморального звеньев иммунной системы с дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций. Диапазон иммунных нарушений включает в себя дефицит Т-клеток, в частности Т-хелперов, активацию В-клеток.

Цель работы: оценить функционирование иммунной системы у больных стеатозом печени протекающим в сочетании с патологией билиарного тракта (БТ).

Материалы исследования: иммунологическое обследование проведено у 70 пациентов с диагнозом СП в сочетании с патологией БТ. Контрольная группа состояла из 50 практически здоровых людей. В зависимости от сопутствующей патологии БТ пациенты были распределены на 3 клинические группы: I группа – 30 больных с сопутствующим диагнозом хронический бескаменный холецистит; II группа – 10 больных с хроническим калькулезным холециститом; III группа – 30 пациентов после проведения холецистэктомии.

Результаты исследования. Выявленные изменения характеризовались Т-лимфопенией, дисбалансом субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, уменьшением иммунорегуляторного индекса CD4/CD8 и функциональной активности Т-лимфоцитов. Во II группе достоверно повышено содержание лейкоцитов на фоне снижения относительного количества лимфоцитов. В I и III группах количество лейкоцитов и лимфоцитов сохранялось в пределах нормы. Во всех группах исследования наблюдается достоверное снижение относительного количества Т-лимфоцитов, что соответствует недостаточности второй степени. В III группе снижение абсолютного количества Т-клеток у 50,0 % больных соответствует второй степени, а у 6,7 % – третьей степени. Достоверное снижение Т-хелперов выявлено во всех группах больных: недостаточность второй степени у 63,3 % I группы, у 57,1 % II группы и у 60,0 % III группы. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) было повышены во всех клинических группах. У 80,0 % больных I группы, 85,7 % – II, 16,7 % – III группы достоверно увеличено содержание ЦИК, что соответствует второй и третьей степени иммунодефицита.

Выводы. Наиболее выраженные изменения в иммунном статусе наблюдались в I и III клинических группах, как в клеточном, так и в гуморальном звеньях иммунитета по сравнению с контрольными значениями.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ И МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Голик В.А., Суганяк К.А., Мороз Е.Н., Куш И.П.

ГУ “Украинский государственный ННП медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск

Среди отдаленных последствий травматического поражения головного мозга важное место занимают когнитивные и мнестические нарушения, которые имеются у 70-100 % больных перенесших черепно-мозговую травму.

Цель работы. Выявление особенностей когнитивных и мнестических функций у больных и инвалидов вследствие черепно-мозговых травм (ЧМТ).

В группу исследования включены 56 больных (47,1 %) и 63 инвалида (52,9 %) вследствие ЧМТ, которые подписали информированное согласие на участие в исследовании.

В схему комплексного психологического обследования больных включены следующий методический инструментарий: таблицы Шульте, методики «Заучивание 10 слов» и исследования психического состояния (Mini-mental state examination), прогрессивные матрицы Равена.

Изучение мнестических функций позволило установить распространенность среднего уровня оперативной и долговременной памяти. В результате исследования мыслительных процессов по методике MMSE не выявлено когнитивных нарушения уровня тяжелой деменции, наиболее выражены когнитивные нарушения преддементного уровня. С помощью методики «прогрессивные матрицы Равена» мы можем констатировать, что для больных с ЧМТ характерно не только снижение интеллектуальных показателей, но и качественное нарушение наглядных форм мышления. Такие интеллектуальные показатели в сочетании с проявлениями неврологических нарушений могут служить дополнительным диагностическим критерием данной патологии.

Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ЧМТ, часто затрагивают такие сферы психической деятельности, как память, внимание, скорость переработки поступающей информации.

Таким образом, в результате нашего обследования можно выделить дополнительные критерии в дифференциации диагноза ЧМТ, определить возможности оптимизации лечебного процесса с учетом выявляемых сопутствующих непсихотических психических нарушений, направления психотерапевтической и психокоррекционной работы, лучше организовать реабилитационный процесс с учетом субъективного понимания своих проблем больным.

ФНП-α ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Гопцій О.В., Зелена І.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

У деяких дослідженнях було показано, що фактор некрозу пухлин-α (ФНП-α) може впливати на розвиток інсулінорезистентності (ІР) В осіб з ожирінням адипоцити секретують відносно велику кількість даного цитокіну, який може порушувати сигнали інсуліну у м'язах та жировій тканині і тим самим може сприяти розвитку ІР

Мета. Вивчити взаємозв'язок між рівнем ФНП-α, інсуліном, індексом інсулінорезистентності (ІР) у гіпертензивних хворих з ожирінням залежно від вмісту ФНП-α у сироватці крові.

Матеріали і методи. Обстежено 123 хворих. Ожиріння оцінювали за допомогою індексу маси тіла (ІМТ). Рівні ФНП-α, інсуліну визначали імуноферментним методом. Індекс ІР (індекс НОМА) розраховували по формулі. Індекс НОМА > 2,77 ум. од. розцінювався як наявність ІР.

Результати. Усіх хворих на АГ розділили на тертілі залежно від вмісту ФНП-α в крові натще: 1-ий (n = 41) – рівень ФНП-α становив від 1,23 до 5,41 пг/мл; 2-ий (n = 41) – рівень ФНП-α становив від 5,41 пг/мл до 8,56 пг/мл; 3-ій (n = 41) – рівень ФНП-α становив від 8,56 пг/мл до 19,12 пг/мл. Одержані результати приведені у таблиці:

Середні показники ІМТ, рівня ФНП-α, інсуліну, індексу ІР залежно від рівня ФНП-α в сироватці крові хворих на АГ

Показники	1 тертіль	2 тертіль	3 тертіль
ІМТ, кг/м ²	28,17 ± 0,82	33,75 ± 0,96*	34,87 ± 0,57*
ФНП-α, пг/мл	3,80 ± 0,17	6,77 ± 0,13*	11,93 ± 0,50* **
Інсулін, мк Од/мл	8,54 ± 1,34	14,22 ± 1,60*	24,93 ± 3,03* **
Індекс НОМА, ум. Од.	1,69 ± 0,27	2,97 ± 0,38*	5,78 ± 0,80* **

Примітки:

* - розбіжності між групами хворих 1-го, 2-го і 3-го тертілей достовірні, p < 0,05,

** - розбіжності між групами обстежених 2-го та 3-го тертілей достовірні, p < 0,05.

Кореляційний зв'язок показав пряму достовірну залежність між рівнем ФНП-α та ІМТ у 2-му та 3-му тертілях (R = 0,33; R=0,35; p < 0,05). Взаємозв'язок між рівнем ФНП-α та рівнем інсуліну (R = 0,58; p = 0,001), індексом НОМА (R = 0,58; p = 0,0001) достовірним був лише у 3-му тертілі.

Висновки. Встановлено, що гіперсекреція ФНП-α у хворих на АГ з ожирінням може розглядатися, як зв'язуюча ланка між ожирінням та резистентністю тканин до інсуліну.

ПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ

Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Ігнат'єва В.І.,

Гуменюк Г.Л., Загребельний Р.М.

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

Мета дослідження – вивчити патологічні та функціональні особливості верхніх дихальних шляхів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) із тяжким перебігом.

Під спостереженням знаходилося 60 хворих (45 чоловіків і 15 жінок у віці від 21 до 79 років) на ХОЗЛ із тяжким перебігом (FEV₁ – (41,6 ± 2,1) %). Зворотність бронхообструкції в пробі з бронхолітиком – (3,8 ± 0,6) %, середня тривалість захворювання – (7,9 ± 1,4) роки.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, функціональні – передня активна риноманометрія, спірометрія на апаратурному комплексі "SomnoStar Pro" фірми “Cardinal Health” (Німеччина), статистичні.

Результати дослідження. 50 (83,3 %) обстежених мали утруднене носове дихання. У 49 (81,7 %) із них діагностований вазомоторний риніт, а у 1 (1,7 %) – хронічний поліпозний гаймороектоїд. У 44 (73,3 %) хворих хронічний вазомоторний риніт був ускладнений гіпертрофією нижніх носових раковин, а у 30 (50,0 %) хворих поєднувався з викривленням носової перегородки. 9 (15,0 %) хворим раніше були проведені ендоназальні корегуючі операції з метою нормалізації прохідності носових ходів. Одному хворому була проведена радикальна операція на обох гайморових пазухах із приводу хронічного поліпозно-гнійного гаймороектоїду. Із анатомічних особливостей ЛОР-органів найбільш часто спостерігалось звуження носових ходів – у 20 (33,3 %) хворих, гіперплазія м'якого піднебіння – у 16 (26,7 %), збільшення язичка у 16 (26,7 %) і збільшення язичної мигдалини – у 12 (20,0 %) хворих.

Загальний носовий потік на вдосі (FSUMI) до проби з галазоліном складав (402,1 ± 42,0) мл/с, після проби – (729,1 ± 125,3) мл/с, p < 0,05, що свідчило про виражені вегето-судинні порушення. Після проби з бронхолітиком не відбувалося збільшення загального носового потоку – FSUMI до проби складав (402,1 ± 42,0) мл/с, а після проби – (396,3 ± 67,5) мл/с, p > 0,05, що свідчило про пригнічення бронхоназального рефлексу.

Висновки: у хворих на ХОЗЛ із тяжким перебігом найбільш частою патологією верхніх дихальних шляхів виявився вазомоторний риніт, ускладнений гіпертрофією нижніх носових раковин та вираженими аеродинамічними порушеннями верхніх дихальних шляхів. Спостерігався пригнічений бронхоназальний рефлекс.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

**ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС СНУ
НА ТЯЖКІСТЬ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

**Фещенко Ю.І., Яшина Л.О., Ігнат'єва В.І., Іщук С.Г.,
Гуменюк Г.Л., Загребельний Р.М.**

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

Мета дослідження – вивчити вплив дихальних розладів під час сну (ДРС) на тяжкість перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Під спостереженням знаходилось 60 хворих (45 чоловіків і 15 жінок у віці від 21 до 79 років) на ХОЗЛ із тяжким перебігом ($FEV_1 - (41,6 \pm 2,1) \%$). Зворотність бронхообструкції в пробі з бронхолітиком – $(3,8 \pm 0,6) \%$, середня тривалість захворювання – $(7,9 \pm 1,4)$ роки.

Методи дослідження: анкетування, клініко-функціональні, полісомнографія (ПСГ) на апаратному комплексі "SomnoStar Pro" фірми "Cardinal Health", Німеччина.

Результати дослідження. Серед 60 хворих на ХОЗЛ із тяжким перебігом у 30 (50 %) досліджуваних діагностовано ДРС (наявність індексу апное-гіпноє ≥ 5 за годину та/або рівню мінімальної $SpO_2 < 85 \%$), у яких спостерігалися: більш виражені сонливість за шкалою Епфорта – $(8,2 \pm 1,4)$ балів в порівнянні з хворими без ДРС $(4,5 \pm 0,8)$ балів, $p < 0,05$, загальний рахунок та обмеження діяльності по результатам анкетування за опитувальником госпіталю святого Георгію. Індекс паління майже вдвічі перевищував індекс паління у хворих без ДРС – $(27,0 \pm 4,1)$ та $(15,5 \pm 2,9)$ пачко-років відповідно, $p < 0,05$.

У хворих з ДРС визначено в десять разів більший індекс апное-гіпноє – $(9,8 \pm 2,9)$ за годину порівняно з хворими без ДРС – $(0,9 \pm 0,2)$ за годину, $p < 0,05$ та значно більший індекс апное – $(5,3 \pm 2,4)$ та $(0,3 \pm 0,1)$ за годину відповідно, $p < 0,05$. Індекс десатурацій був значно вищим у хворих з ДРС – $(20,9 \pm 4,9)$ за годину порівняно з хворими без ДРС – $(2,2 \pm 0,4)$ за годину, $p < 0,05$. Середній $(87,9 \pm 1,1) \%$ та мінімальний $(77,4 \pm 1,8) \%$ рівень SpO_2 за ніч був нижче ніж у хворих без ДРС – $(93,8 \pm 0,3) \%$ та $(88,8 \pm 0,4) \%$, відповідно, $p < 0,05$.

Висновки: наявність ДРС у хворих на ХОЗЛ із тяжким перебігом значно обтяжує перебіг захворювання, погіршує якість життя, призводить до порушення нічного сну з вираженою гіпоксією, що потребує додаткових методів лікування на тлі базисної медикаментозної терапії ХОЗЛ.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

**ВПЛИВ РОЗУВАСТАТИНУ ТА МОСАПРИДУ НА ПОКАЗНИКИ
ОКСИДАТИВНО-НІТРОЗИТИВНОГО СТРЕСУ ТА СТУПІНЬ
ЛІТОГЕННОСТІ ЖОВЧІ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ**

Горбатюк І.Б., Антонів А.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою дослідження було вивчення впливу розувастатину та мосаприду на перебіг хронічного холециститу (ХХ) та холестерозу (ХЗ) жовчного міхура (ЖМ) у хворих на ІХС, кардіосклероз та ожиріння, на функціональний стан ендотелію, систему фібринолізу, протеолізу та різні ланки гемостазу, інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу, які є чинниками прогресування основного та коморбідних захворювань.

Для вивчення ефективності запропонованої схеми фармакотерапії були проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ІХС. Кардіосклероз, ожиріння I-II ступеня із ХХ у фазі загострення (30 осіб) та поєднанням ІХС. Кардіосклероз, ожиріння I-II ступеня, ХХ та ХЗ ЖМ (30 осіб) із фововою гіпокінетичною дисфункцією ЖМ. Згідно з призначеним лікуванням обстежені хворі були поділені на 2 групи: 1 група – контрольна: окрім традиційної терапії загострення ХХ, ХЗ та ІХС. Кардіосклерозу із ожирінням, отримувала урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 г на ніч), прокінетики (домперидон (Д) 10 мг 3 рази в день) та гіполіпідемічний препарат аторвастатин (А) (10 мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (30 осіб), які, в якості порівняння отримували розувастатин (Р) (крестор) (по 10 мг 1 раз на день), мосаприд (М) (по 5 мг 3 рази на день) та УДХК (0,5 г на ніч) упродовж 1 місяця.

У результаті проведених досліджень було встановлено, що комплексна протизапальна терапія ХХ та ХЗ ЖМ на фоні ІХС та ожиріння з включенням розувастатину з мосапридом та урсодезоксихолієвою кислотою призводить до вірогідно швидшого ($p < 0,05$), у порівнянні з групою контролю, усунення основних клінічних синдромів основного захворювання та супровідної ІХС, сприяє зменшенню маси тіла, оптимізації ліпідного спектру крові та зменшенню літогенності жовчі ($p < 0,05$), відновленню скоротливої здатності жовчного міхура та усуненню явищ холестерозу стінки жовчного міхура, відновлюють функціональний стан ендотелію (зниження кількості злущених ендотеліоцитів та зростання показника ендотеліозалежної вазодилатації плечової артерії, зниження вмісту в крові вазоінтестинального пептиду ($p < 0,05$)), усувають явища гіперкоагуляційного синдрому внаслідок стимулювання фібринолітичної активності плазми крові, гальмування спонтанної та індукованої агрегації тромбоцитів, зниження активності оксидативного та нітрозитивного стресу, сбалансування чинників плазмового протеолізу (гальмування неконтрольованого лізису високомолекулярних білків, активація колагенолізу), сприяла істотному підвищенню ефективності лікування ($p < 0,05$).

**СТАН ПЕЧІНКИ І ЖОВЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ
ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТУ
ЗА ДАНИМИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
Гравіровська Н.Г.**

ДУ “Інститут гастроентерології НАМН України”, м. Дніпропетровськ

Панкреатит відноситься до , складнокурабельних захворювань і широко поширений у всьому світі. В Україні показник поширеності патології підшлункової залози (ПЗ) збільшився за останні 5 років з 1286,4 до 1968,1 на 100 тис. дорослого населення, захворюваність – з 184,2 до 200,3 на 100 тис. Приріст поширеності за останні 5 роки склав 34,6 %, вперше виявленій патології – 8,3 %. Основне місце серед захворювань ПЗ займає панкреатит, що підтверджує актуальність дослідження.

Під спостереженням знаходилося 54 хворих з ускладненими формами панкреатиту утворенням кіст, конкрементами у вірсунговій протоці, кальцинатами паренхіми ПЗ і з вірсунгодилятацією фіброзу органу. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. При ускладнених формах панкреатиту спостерігалися виражені зміни з боку печінки і жовчовивідної системи: збільшення товщини печінки, зміна її паренхіми, яка відрізнялася більшою зернистістю, підвищенням відносної щільності паренхіми печінки і зниженням її звукопровідності ($p < 0,05$), в порівнянні з нормою. При аналізі стану жовчовивідної системи встановлено наявність ознак біліарної гіпертензії, причому найбільш виражені зміни відбуваються при локалізації кіст в області голівки ПЗ: це достовірне збільшення печінки, особливо її лівої частки – ($71,73 \pm 2,55$) мм проти ($57,14 \pm 2,07$) мм при інших ускладненнях ($p < 0,05$), дилатація жовчовивідних проток ($5,25 \pm 0,30$) мм проти ($4,06 \pm 0,17$) мм і холедоха – ($6,83 \pm 0,46$) мм проти ($5,61 \pm 0,68$) мм, ($p < 0,05$). Сукупність ознак біліарної гіпертензії при кістах головки ПЗ спостерігалися у 10 хворих з 15 (66,7 %), тоді як при других ускладненнях – лише у 41,0 % пацієнтів. У всіх хворих з кістами голівки ПЗ в жовчному міхурі лоціювався складж, в решті випадків неоднорідний вміст жовчного пузиря визначався у 36 пацієнтів з 39 (92,3 %) і у 2 з них (7,5 %) були конкременти. У віддалені терміни після оперативного лікування (1-3 р.) сонографічні ознаки супутньої патології з боку печінки і жовчовивідної системи залишаються вираженими: печінка достовірно збільшена в порівнянні з нормою і показники її не відрізняються від дооперційних – щільність печінки підвищена, структура змінена. Жовчовивідна система залишається з ознаками застою – жовчний міхур збільшений в порівнянні з нормою, стінка його і внутрішньопечінкових жовчних потовщена, ущільнена, в порожнині містяться конкременти у 3 осіб з 62 (4,8 %), складж та осад – у 58 (93,5 %) хворих зі всієї обстеженої групи.

Таким чином, ускладнений панкреатит без і з утворенням хибних кіст робить істотний негативний вплив на стан печінки і жовчовивідної системи.

**ПОЛІМОРФІЗМ РЕЦЕПТОРІВ *ADIPOR1* ТА *ADIPOR2* У ХВОРИХ
НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
Фадєєнко Г.Д., Кушнір І.Е., Чернова В.М., Можина Т.Л.,
Кравченко Н.О., Соломєнцева Т.А.**

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

З метою визначення гендерних особливостей поліморфізму генів *ADIPOR1* та *ADIPOR2*, обстежено 168 хворих на ГЕРХ, з них 73 чоловіки, 95 жінок. Вилучення ДНК з клітин крові проводили за допомогою наборів Diatom DNA Prep 100 (Москва, Росія). Генотип визначали полімеразною ланцюговою реакцією (ПЛР).

Кількість осіб, що мали однонуклеотидний поліморфізм рецептору *ADIPOR1* (-106 G/A, rs 2275738), який відповідав генотипу AA була найменшою та склала 19,6 % (33 осіб); число осіб-гомозигот за рестрикційним сайтом SmaI I (генотип GG) була дещо більше та становила 22,6 % (38 осіб). Найбільша кількість пацієнтів мала генотип AG: кількість гетерозигот склала 57,7 % (97 осіб). Поширеність BseI I поліморфізму гену *ADIPOR2* (+795G/A, rs 16928751) була наступною: домінували особи-носії генотипу GG (гомозиготи, які не мали рестрикційного сайту BseI I), їх кількість становила 70,2 % (118 осіб). Число осіб, гетерозиготних за рестрикційним сайтом BseI I (генотип GA), була значно менше та склала 42 пацієнтів (25,0 %). Поширеність генотипу AA гену *ADIPOR2* була мінімальною – кількість гомозигот за рестрикційним сайтом BseI I становила 4,8 % (8 осіб). Поширеність генотипу AA однонуклеотидного поліморфізму гену *ADIPOR1* в обстеженій когорті хворих жіночої статі вдвічі перевищувала відповідні показники у чоловіків 66,7 % (22 хворих) проти 33,3 % (11 хворих) співвідносно. Достовірних статевих відмінностей у розповсюдженості гомозигот GG та гетерозиготних генотипів AG серед обстежених нами хворих не визначено. Так, кількість гомозигот за рестрикційним сайтом BseI I (генотип GG) спостерігався з однаковою частотою у 19 чоловіків (11,3 %) та 19 жінок (11,3 %). Розподіл хворих –гетерозигот з AG-генотипом був наступним: він спостерігався у 44 чоловіків (45,3 %), та 53 (54,7 %) жінок. Виявлені достовірні гендерні відмінності поширеності поліморфізму гену *ADIPOR2* генотипів AA та AG. Так, гомозиготи AA спостерігались лише у чоловіків 8 (100 %) і не були виявлені у жодної з жінок. В той час як гетерозиготи за рестрикційним сайтом BseI I (AG-генотип) достовірно частіше спостерігались у жінок 69 % (29 жінок) ніж у чоловіків 31 % (13 осіб).

Вірогідних відмінностей в поширеності гомозиготного генотипу GG гену *ADIPOR2* серед хворих чоловічої та жіночої статі виявлено не було: 44,9 % (53 чоловіків) та 55,1 % (65 жінок).

**СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА
ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА,
АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО
КИШЕЧНИКА**

Фадеев Г.Д., Куринная Е.Г.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

В настоящее время патофизиологические паттерны различных заболеваний органов пищеварения всё больше ассоциируют с формированием недостаточности барьерной функции сфинктеров пищеварительного тракта. Недостаточность илеоцекального клапана (НИК) представляет собой особую важность, так как в результате недостаточности данного запирающего механизма происходит заброс бактериального содержимого из толстой кишки в тонкую с развитием «колонизации» данного отдела кишечника и формирование синдрома избыточного бактериального роста, хронической интоксикации и появлению клинической симптоматики.

Цель: оценить наличие синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) у больных с НИК, ассоциированной с синдромом раздраженного кишечника (СРК).

Методы и материалы: в исследование включено 74 больных с недостаточностью илеоцекального клапана, ассоциированной с СРК: 52 женщины (70,3 %) и 22 мужчины (29,7 %). Средний возраст составлял $(36 \pm 12,4)$ лет (20-52 года). Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Диагноз СРК устанавливали согласно Римским критериям III. Всем пациентам для подтверждения недостаточности илеоцекального клапана проводили двойное слепое контрастирование толстой кишки. Для оценки синдрома избыточного бактериального роста использовали водородный дыхательный тест (ВДТ) с глюкозой согласно стандартной методике.

Результаты и выводы: по данным ВДТ концентрация водорода в выдыхаемом воздухе после нагрузки у больных с НИК, ассоциированной с СРК, достигала $(26 \pm 2,7)$ ppm (в группе контроля данный показатель составлял $(8,2 \pm 1,6)$ ppm выше базального значения) – характерные изменения для СИБР в тонкой кишке. Признаки СИБР по данным ВДТ наблюдались у 63 больных с НИК, ассоциированной с СРК, (68,8 %) по сравнению с 5 из группы контроля (16,7 %), $p < 0,05$. СИБР достоверно чаще встречался у больных СРК с преобладанием диареи (89,9 %) по сравнению с пациентами с СРК без диареи (36 %), $p < 0,05$. Полученные данные свидетельствуют о потенциальной роли СИБР в развитии СРК у больных с НИК, что необходимо учитывать при проведении патогенетически обоснованной терапии.

**ОЦІНКА ПОШИРЕНОСТІ ФАКТОРІВ ВПЛИВУ
НА ПРОГНОЗ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Гречко С.І., Ташук В.К., Амеліна Т.О., Турубарова-Леунова Н.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Одним з найбільш важливих для України факторів, що впливають на розвиток і прогресування серцево-судинних захворювань, є артеріальна гіпертензія (АГ). Дослідження проведено в межах дослідження створення реєстру інфаркту міокарда малих міст. Під час її виконання була створена і функціонує система моніторингу за епідеміологічною ситуацією, що пов'язана з АГ, серед населення. Впродовж 2011 року проведено дослідження випадкової вибірки пацієнтів, обстежено 240 осіб віком від 32 років: 88 чоловіків і 155 жінок, зі згодою на анкетування більше 73 %. Був проведений контроль якості отриманої інформації. Дані стандартизовані за віковою структурою населення Європи. Стратифікація ризику в хворих АГ проводилась відповідно рекомендаціям Української асоціації кардіологів 2008 рр. Отримані дані є результатом першого етапу моніторингу епідеміологічної ситуації, що пов'язана з АГ, і відтворюють реальну ситуацію з виявленням і лікуванням АГ в умовах територіального спостереження. Узагальнення масиву даних дозволила отримати загальне уявлення відносно поширеності АГ, факторів ризику (ФР) і супутніх захворювань, що дозволило підійти до оцінки загального серцево-судинного ризику у хворих на АГ в популяції. Хворі на АГ обох статей розподілені на кілька категорій залежно від вірогідності розвитку серцево-судинних ускладнень, які визначаються наявністю або відсутністю ФР, ушкодження органів мішеней та/або асоційованих кардіологічних станів. Виділення чотирьох категорій загального серцевого ризику носить умовний характер, оскільки залежить від повноти обстеження, яке є проблематичним в умовах амбулаторних умов. Крім того, є досить важким оцінити ризик у хворих на АГ, які отримують гіпотензивну терапію. Подібна поширеність названих факторів ризику серед хворих на АГ відзначені при обстеженні таких хворих у центральних та східних регіонах. В нашому дослідженні хворі АГ чоловіки мали менший рівень освіти і частіше вживали алкоголь в порівнянні з жінками. Важливо, що освіта в нашій країні є самостійним фактором, що впливає на прогноз: низька освіта суттєво його погіршує.

Отже, епідеміологічний метод дозволяє встановити реальну поширеність захворювання, визначити причини його виникнення, деякі об'єктивні закономірності перебігу, а також визначити умови, що сприяють прогресуванню патологічного процесу, і розробити наукові основи профілактики. Накопичений протягом тривалого часу клінічний досвід і спрямований для розробки методів профілактики ускладнень АГ, що визначаються метою і завданням таких досліджень.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ВАБАДИН (СИМВАСТАТИН)
ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ВИСОКИМ
РИЗИКОМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Грунченко М.М., Несен А.О., Тверетінов О.Б., Чернишов В.А.

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

Мета: оцінити гіполіпідемічну ефективність, антиішемічні ефекти, вплив на артеріальний тиск (АТ) та безпечність застосування симвастатину 40 мг/добу (Вабадин™, фірма «Berlin-Chemie Menarini Group», Німеччина) у пацієнтів з високим ризиком кардіоваскулярних ускладнень.

Матеріали і методи. Обстежено 38 пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) віком від 44 до 56 років, з гіпертонічною хворобою (ГБ) II-III стадії і цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, що супроводжувався вторинною дисліпопротеїдемією (ДЛП). З метою корекції ДЛП всім хворим призначено симвастатин (Вабадин™) 40 мг/добу через 30 хв після вечері на термін 8 тиж.

Результати та їх обговорення. Препарат Вабадин™ (симвастатин), призначений хворим на ІХС, що поєднується з ГХ і ЦД 2 типу в дозі 40 мг/добу упродовж 8 тиж для корекції атерогенної ДЛП чинить виражену гіпохолестеринемічну дію, яка призводить до зниження рівня загального холестерину (ЗХС) на 26,6 % ($p < 0,01$), вмісту ХС у складі ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) – на 35,8 % ($p < 0,001$), концентрації ХС у складі не-ліпопротеїдів високої щільності (ХС не-ЛПВЩ) – на 33,5 % ($p < 0,001$). Зниження рівнів тригліцеридів (ТГ) і ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) та підвищення вмісту ХС у складі ЛПВЩ під впливом 8-тижневої терапії Вабадином™ у хворих на ІХС і ЦД 2 типу носить характер тенденції, що свідчить про необхідність більш тривалого застосування препарату для досягнення вірогідних змін цих показників. Застосування Вабадину разом із антигіпертензивними засобами посилює гіпотензивний ефект вночі, про що свідчить зниження систолічного (САТ) та діастолічного артеріального тиску (ДАТ) на 18,2 % і 11,7 %, відповідно ($p < 0,001$) переважно за рахунок нічного САТ і ДАТ відповідно на 18,6 % і 13,1 % ($p < 0,001$) та дозволяє зменшити добові дози антигіпертензивних препаратів у 57,9 % хворих.

Присутність Вабадину™ (симвастатину) 40 мг/добу у складі комбінованої терапії разом з антиангінальними і антигіпертензивними препаратами упродовж 8 тиж лікування сприяє зменшенню добової кількості больових і безбольових епізодів ішемії міокарда на 42,1 % ($p < 0,05$) і 37,0 % ($p = 0,05$), їх середньої тривалості на 48,4 % ($p < 0,01$) і 51,2 % ($p < 0,05$), відповідно, середнього часу сумарної ішемії міокарда за добу на 69,7 % ($p < 0,05$). Антиішемічна дія Вабадину™ дозволяє знизити добові дози пролонгованих нітратів в 23,7 % випадках, відмінити нітрати у зв'язку з припиненням нападів стенокардії у 13,1 % пацієнтів. Вабадин™ (симвастатин) є безпечним препаратом.

**ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ
У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
НА ДИНАМИКУ ДИСТАНЦИИ ПРОЙДЕННОЙ ХОДЬБЫ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ARG389GLY ПОЛИМОРФИЗМА**

ГЕНА β 1-АДРЕНорецепТОРОВ

Удовиченко М.М., Рудык Ю.С., Педан Н.В., Пивовар С.Н.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Целью данной работы было изучение динамики дистанции пройденной ходьбы по данным 6 минутного теста, у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) с систолической дисфункцией миокарда левого желудочка на фоне длительного приема, в течение 12 месяцев, бисопролола (Конкора) в зависимости от Arg389Gly полиморфизма гена β 1-адренорецепторов (Б1АР).

Материалы и методы. Был обследован 121 пациент с установленной СН II-IV ФК по NYHA и со сниженной ФВ (менее 45 %). Среди обследованных пациентов – 99 (81,8 %) мужчин и 22 (18,2 %) женщины в возрасте от 38 до 86 лет (средний возраст – $(62,2 \pm 0,9)$ года). С помощью полимеразной цепной реакции был определен тип полиморфизма гена Б1АР по Gly389Arg точечной мутации. Определение дистанции пройденной ходьбы производилось до начала лечения и через один год на фоне терапии максимально переносимыми дозами бисопролола (Конкора) с помощью 6 минутного теста. Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики программного пакета «Statistica».

Результаты исследования. В результате исследований было установлено, что у гомозиготных носителей Arg389Arg типа полиморфизма гена Б1АР увеличение дистанции пройденной ходьбы по данным 6 минутного теста составило 24 %, (с 254 (190 : 319) до 315 (210 : 370) метров), у пациентов, носителей Arg389Gly типа – 18 %, (с 262 (190 : 350) до 310 (220 : 375) метров) ($p < 0,05$). У носителей Gly389Gly типа полиморфизма гена Б1АР увеличения данного показателя с (275 (260 : 370) до 345 (310 : 380) метров) на фоне проводимой терапии не достигло достоверной значимости.

Выводы. Таким образом, наличие Arg389Arg и Arg389Gly типов полиморфизма гена β 1-адренорецепторов может являться предиктором увеличения толерантности к физической нагрузке у пациентов с СН со сниженной систолической функцией левого желудочка на фоне длительной терапии бисопрололом.

ИЗМЕНЕНИЯ КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Трефаненко И.В., Павлюкович Н.Д., Гайдичук В.С., Каушанская О.В.

Буковинский государственный медицинский университет,

г. Черновцы, Украина

Значительная распространенность хронического бескаменного холецистита (ХБХ) среди населения трудоспособного возраста, большие экономические расходы общества обуславливают актуальность выбранной темы.

Целью нашей работы стало изучение особенностей ЕКГ у больных с ХБХ. Для выполнения поставленной задачи было обследовано 109 пациентов с ХБХ. Средний возраст группы – $(54,3 \pm 6,2)$ года, 77,9 % составляли мужчины. Всем больным была проведена ЭКГ. Все пациенты ранее по поводу заболеваний сердца не лечились. При тщательном опросе больные отметили периодические колющие боли в сердце – 33,0 %, без иррадиации, чаще сопутствуют обострению ХБХ, приему пищи. Также перебои в работе сердца – 41,3 %, сердцебиение – 20,2 %, отдышку при физической нагрузке – 6,4 %. На ЭКГ были выявлены следующие виды нарушения ритма и проводимости сердца: синусовая тахикардия – 16,5 % (18 больных), синусовая брадикардия – 29,4 % (32 больных), наджелудочковая экстрасистолия у 6,4 % (7 больных), желудочковая экстрасистолия – 33,0 % (36 больных), мерцательная аритмия – 1,8 % (2 больных), атриовентрикулярная блокада I ст. – 1,8 % (2 больных). Анализ изменений ЕКГ в покое у больных показал, что депрессия сегмента ST (ST(-)) встречалась в 50,4 % (55 больных), элевация сегмента ST (ST(+)) – в 10,1 % (11 больных). Преимущественно наблюдалась инверсия зубца Т у 44,0 % больных с ХБХ (48 человек).

Учитывая выше изложенные результаты, следует отметить, что у больных с ХБХ чаще развивается субэпикардальная ишемия миокарда. Суммарное смещение сегмента ST составило $(5,44 \pm 2,77)$ мм, количество отведений с ишемической реакцией – $(4,31 \pm 2,06)$ отведений, среднее смещение сегмента ST – $(1,38 \pm 0,55)$ мм/отведение. Суммарная амплитуда отрицательного зубца Т – $(3,50 \pm 1,00)$ мм, количество отведений с отрицательным Т – $(3,50 \pm 1,29)$ отведений, величина среднего отрицательного зубца Т – $(1,10 \pm 0,40)$ мм/отведение.

Таким образом, у больных с ХБХ наблюдаются изменения на ЭКГ, которые нуждаются в тщательном анализе для выяснения тактики лечения и профилактики.

РЕВМАТОЛОГІЧНІ «МАСКИ» ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН

Гуйда П.П.

Харківський національний медичний університет, Україна

При злоякісних пухлинах різної локалізації часто спостерігаються клініко-лабораторні прояви, характерні для багатьох ревматичних хвороб (РХ): системної склеродермії (ССД), системного червоного вовчака (СЧВ), ревматоїдного артриту (РА), дерматоміозиту/поліміозиту (ДМ/ПМ), синдрому Шегрена та інших. Ці клініко-лабораторні порушення обумовлені неспецифічними реакціями з боку різних органів і систем або ектопічною продукцією пухлиною біологічно активних речовин і складають паранеопластичний синдром (ПНС). Хронологічно по відношенню до появи локальних симптомів злоякісних пухлин ПНС може їм передувати (іноді за декілька років), виникати одночасно з ними та розвиватись уже після встановлення пухлинного процесу.

ПНС як ревматологічна «маска» може виникати при злоякісних пухлинах різної локалізації на різних етапах захворювання, проявляючись ознаками ураження кістково-суглобового та зв'язкового апарату, м'язів, судин і внутрішніх органів. В ревматології найбільш часто зустрічаються наступні клінічні форми ПНС: гіпертрофічна остеоартропатія, артрити (ревматоїдоподібний синдром), псевдосклеродермічний паранеопластичний синдром, вовчаково-подібний синдром, ДМ/ПМ, синдром Шегрена, анкілозуючий спондилоартрит, ревматична поліміалгія, вузловата еритема, хвороба Вебера-Крисчена, гіперкальціємічна артропатія.

Окрім розвитку ПНС, можливе поєднання злоякісних пухлин з розвитком різних РХ – РА, ССД, СЧВ, системних васкулітів, синдрому Шегрена та інших. В той же час на фоні РХ розвиваються злоякісні пухлини різної локалізації, ризик розвитку яких збільшується у випадку призначення і тривалого застосування імуносупресорів.

Діагностика ПНС і різних поєднань РХ із злоякісними пухлинами значно утруднена, особливо коли ознаки ПНС (лихоманка, ураження шкіри і суглобів та інші) і типові прояви РХ передують місцевій симптоматиці пухлини.

Таким чином, різноманітні ревматологічні «маски» злоякісних пухлин, а також поєднання злоякісних пухлин з розвитком РХ і утворення пухлин на фоні РХ часто зустрічаються в практиці лікаря-інтерніста, що необхідно ураховувати при проведенні диференціальної діагностики, особливо в складних випадках.

АТИПОВІ ВАРІАНТИ ДЕБЮТУ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ

Гуйда П.П., Молотягіна С.П.

Харківський національний медичний університет,

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

Анкилозуючий спондилоартрит (АС) – хронічне системне запальне захворювання суглобів хребта, крижово-клубового зчленування та прихребетних тканин з анкілозуванням міжхребетних суглобів, утворенням кіфозу і розвитком малорухомості хребта.

Клінічна картина АС відрізняється великим поліморфізмом. Уже в ранньому періоді відзначаються болі в попереково-крижовому та/або в інших відділах хребта, які посилюються вночі та вранці, ранкова скутість в хребті, обмеження рухомості в ньому.

В той же час часто АС розпочинається атиповими клінічними проявами, що значно утрудняє своєчасну діагностику, особливо за відсутності в дебюті хвороби ознак сакроілеїту та ураження хребта. Так, у деяких хворих за декілька місяців, а іноді і років, спостерігається продромальний період, який проявляється загальною слабкістю, схудненням, дратівливістю, сонливістю, відчуттям свербіжу підощв, артралгіями та міалгіями.

У значної частини хворих АС дебютує поліартралгіями у великих і дрібних суглобах, причому ураження суглобів може бути ізольованим або поєднуватись з проявами сакроілеїту (болі у сідниці або в центрі крижів, які ірадіюють по задній поверхні стегна). Ізольоване ураження крижово-клубових зчленувань, як початковий прояв АС, спостерігається у 15 % хворих.

Ще більш утруднена діагностика АС у випадку дебюту хвороби ураженням очей у вигляді іриту та іридоцикліту. У хворого А., 52 років, який знаходиться під нашим наглядом протягом 2 років, іридоцикліт передував іншим проявам АС за 4 роки. Окулістом було запідозрено системне захворювання сполучної тканини через неефективність традиційної терапії іридоцикліту.

Подібне утруднення ранньої діагностики АС виникає при ізольованому підвищенні ШОЕ, яке реєструється у окремих хворих задовго (за нашими даними, до 5 років) до появи інших ознак хвороби.

Слід відзначити також особливості розвитку і перебігу АС у жінок, у яких захворювання розпочинається непомітно і відрізняється дуже повільним доброякісним перебігом з мізерною клінічною симптоматикою – артралгії, мало виражені минучі артрити з тривалими ремісіями (до 8-10 років).

Таким чином, у хворих на АС можуть спостерігатись різноманітні атипові варіанти дебюту захворювання, що значно утрудняє ранню діагностику АС і погіршує його подальший перебіг.

МІКРОСКОПІЧНІ ТА МІКРОТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БІЛОЇ ПУЛЬПИ СЕЛЕЗІНКИ ДІТЕЙ, ПОМЕРЛИХ У НАСЛІДОК ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Торяник І.І., *Міщенко В.А.

ДУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”,

**Харківська медична академія післядипломної освіти*

Останнім часом педіатри все частіше звертають увагу на випадки раптової смерті серед дітей у віці до одного року. Зазначене все більше кваліфікується як у нас на Україні, так і на Заході у якості синдрому раптової смерті. Його пов'язують із нестабільністю пре- та перинатального розвитку провідних систем організму дитини, виразною імунною реакцією на певні фактори, що розцінюються у ролі подразників та неспроможністю захисних механізмів до швидкої перебудови. Проте, конкретизація морфологічних аспектів вимагає поглиблених пошуків маркерних домінант, ґрунтового та об'єктивного пояснення стратегії етіопатогенезу синдрому раптової смерті у дітей, особливо з гострою інфекційною патологією. З метою вивчення мікроскопічних та мікротопографічних особливостей білої пульпи селезінки у дітей (від 0 до 1 року, n = 53), померлих у наслідок гострої герпесвірусної інфекції, проводили гістологічні та гістотопографічні дослідження. У результаті дослідження було встановлено, що реакція білої пульпи селезінки на втручання інфекційного агента в організм дитини, позначалась змінами у мікро топографії та мікроскопії лімфатичних вузликів, дистальних та проксимальних периартеріальних муфт. Гермінативні центри вузликів просвітлені, чітко диференційовані, справляють враження дещо запустілих, з помітно зменшеною чисельністю клітин лімфоїдного ряду. Мантіїні зони розширені, гіперплазовані, відокремлені від сусідніх. Маргінальні зони з ознаками лімфопроліферативних реакцій. У паравазальних просторах – вогнища запальних реакцій, набряк, ділянки локальних крововиливів. На межі з структурами червоної пульпи, трабекулами – лімфо-лейкоцитарна інфільтрація. На гістологічних зрізах фолікулярних судин помітні дефекти шарів стінок, десквамація ендотеліоцитів, гігантоклітинний метаморфоз. У отворах малих артерій та артеріол відбуваються тромбоемболічні явища, виразна дилатація, стази, діapedез еритроцитів через ушкоджену стінку. У залишках цитоплазми, яка тонкою смугою оточує ядро клітини, базофільні гранули. Відповідною клітинною реакцією позначаються також проксимальні та дистальні периартеріальні лімфоїдні муфти. На оглядових гістотопографічних зрізах білої пульпи селезінки дітей, померлих у наслідок гострої герпесвірусної інфекції.

Таким чином, складається картина, схожа на «шахову дошку» з «клітинами» компенсаторних та декомпенсаторних (деструктивних) явищ.

ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ОКСИДУ АЗОТУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК

Топчий І.І., Якименко Ю.С., Семенових П.С., Бондар Т.М.

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

Оксид азота (NO) утворюється з L-аргинину під впливом ферментів NO-синтаз, відіграє важливу роль в регуляції тонусу судин, є ендотеліальним фактором розслаблення судин, бере участь в імунних та запальних реакціях. При хронічних запальних процесах в нирках, прогресує ендотеліальна дисфункція і відповідно порушується метаболізм оксиду азоту.

Мета дослідження: вивчити вміст нітриту (NO₂), а також суму стабільних метаболітів NO – (NO₂ + NO₃) в сироватці крові у пацієнтів з хронічною хворобою нирок.

Матеріали і методи: Обстежено 50 хворих хронічним гломерулонефритом. Хворі були розподілені на дві групи, з яких першу групу склали 27 хворих з хронічною хворобою нирок (ХХН) І стадії, другу групу склали 23 хворих з ХХН ІІ стадії. Діагноз ХХН встановлювався згідно класифікації Української асоціації нефрологів (2005). Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб відповідної статі та віку. Вміст NO₂, а також суму стабільних метаболітів NO – (NO₂ + NO₃) в сироватці крові визначали методом спектрофотометрії.

Результати дослідження: Аналіз отриманих результатів показав, що у пацієнтів першої групи спостерігається тенденція до підвищення вмісту нітриту в плазмі крові, рівень NO₂ склав (3,53 ± 0,28) мкмоль/л, а в контрольній групі (2,75 ± 0,15) мкмоль/л, відповідно. Крім того, у хворих ХХН І стадії має місце вірогідне підвищення суми стабільних метаболітів NO, (NO₂ + NO₃) в плазмі і складає (42,83 ± 3,93) мкмоль/л, контроль (37,79 ± 1,74) мкмоль/л (p < 0,05). Підвищення рівнів NO₂ і суми нітрит+нітрат на початковій стадії ХХН можна пов'язати з компенсаторною активацією NO-синтаз. Проте на пізніших стадіях захворювання, коли компенсаторні можливості організму виснажені, виникає дефіцит NO, про що свідчить суттєве зниження рівня NO₂ в другій групі пацієнтів до (2,15 ± 0,14) мкмоль/л, а також суми нітрит+нітрат до (26,42 ± 1,82) мкмоль/л, (p < 0,05).

Висновки. У хворих на хронічний гломерулонефрит в дебюті захворювання спостерігається збільшення стабільних метаболітів NO, яке, ймовірно, носить компенсаторний характер. При прогресуванні захворювання виявляється значний дефіцит NO.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ РЕВМАТИЧНИХ ХВОРОБ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Гуйда П.П., Молотягіна С.П.

Харківський національний медичний університет,
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків

Ревматичні хвороби (РХ) частіше зустрічаються у людей віком 20-50 років, але можуть виникати у дітей та підлітків, а також у похилому віці, що суттєво впливає на клінічний перебіг хвороб.

Зокрема, в пре- і ранньому пубертатному періоді (10-14 років) ревматизм відзначається гострим перебігом з високою активністю ревматичного процесу, прогресуючою симптоматикою кардиту, вираженими проявами поліартриту та хореї. В період завершення статевого дозрівання ревматизм частіше має затяжний перебіг з мінімальною та помірною активністю процесу.

У підлітків, хворих на ревматоїдний артрит (РА), частіше спостерігаються гострий початок хвороби, вісцеропатії, псевдосептичний синдром та ерозивний артрит.

Анкілозуючий спондилоартрит (АС) у підлітків характеризується гострим і підгострим моно- або олігоартритом і сакроілеїтом без ознак ураження осового скелету. Хвороба прогресує повільно, симптоми ураження хребта мало виражені, його функція протягом тривалого часу збережена. Перебіг артрит у половини хворих нагадує РА з повним зворотнім розвитком, але зі схильністю до рецидивів. Перебіг АС у дитячому віці також має деякі особливості – захворювання частіше розпочинається з рецидивуючого ураження суглобів нижніх кінцівок, особливо колінних. Ремісія артрити триває від декількох місяців до декількох років. Сакроілеїт розвивається значно пізніше.

Перебіг системного червоного вовчака у дітей та підлітків більш тяжкий, переважають гострі, швидко прогресуючі варіанти перебігу хвороби.

У дітей та підлітків, хворих на системну склеродермію, спостерігається, як правило, хронічний перебіг і переважають локалізоване ураження шкіри та геміформа, а також патологія суглобів з розвитком контрактур. Як свідчать наші спостереження, у деяких дітей з віком можливий зворотній розвиток вісцеральної патології.

Для дитячого (ювенільного) дерматоміозиту (ДМ) характерні перш за все дві особливості – велика частота розвитку васкулітів в дебюті хвороби і кальцинозу на пізніх її етапах, а також чітка асоціація HLA B-8 і DR3, що свідчить про роль провокуючих факторів в розвитку ДМ в дитячому віці.

Таким чином, перебіг РХ у дітей та підлітків має свої особливості, що необхідно враховувати під час діагностики та виборі тактики лікування цих хвороб.

ЗМІНИ ПРОТЕОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Гулага О.І., Полянська О.С., Ташук В.К.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Важливою патогенетичною ланкою в розвитку порушень серцево-судинної системи, порушень системи гемостазу, прогресування серцевої недостатності є зміни протеолітичної активності при інфаркті міокарда (ІМ).

З метою вивчення процесів протеолізу було обстежено 37 пацієнтів на ІМ. Контрольну групу склали 10 осіб відповідного віку. Проведено дослідження протеолітичної активності плазми крові (ПА), яку визначали за азоколом (лізисом колагену) на фоні стандартної терапії (І група – 29 осіб) та використання еплеренону в дозі 25 мг (ІІ група – 8 осіб).

Протеолітична активність за азоколом у обстежених хворих була вірогідно меншою за контрольні показники ($(0,01 \pm 0,004)$ Е440/мл/год. проти $(0,03 \pm 0,001)$ Е440/мл/год; $p < 0,01$). Це є доказом активного формування сполучної тканини, яке відбувається не тільки у зоні ураження міокарда, а й у інших тканинах і структурах. Не виключено, що зниження колагеназної активності плазми є одним із факторів, що сприяє активації системи комплементу, C1q компонент якого є колагеноподібним білком. Зниження колагеназної активності при ІМ є свідченням порушень обміну в сполучній тканині, яка утворює сполучно-тканинну матрицю серця. Активація синтезу патологічних колагенів збільшує жорсткість міокарда, спотворює процеси ремоделювання, сприяє трансформації фенотипу міокарда з експресією фатальних генів, що супроводжується підвищенням синтезу білків, що, в свою чергу, поглиблює порушення скоротливості міокарда, призводить до зміни маси міокарда, форми та об'єму порожнин і їх геометричної деформації. Під впливом стандартного лікування у хворих першої групи рівень азоколу зростав статистично невірогідно і після лікування залишався суттєво нижчим, ніж в контролі. Включення в комплексне лікування антагоністу альдостерону еплеренону призводило до вірогідного зростання протеолізу за азоколагеном, причому цей показник після проведеного лікування не відрізнявся від контрольних величин.

Отже, використання антагоністу альдостерону еплеренону при ІМ призводить до нормалізації колагеноутворення, що є сприятливим для формування оптимальної структури сполучної тканини на місці ушкоджень міокарда.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

Топчій І.І., Циганков О.І., Кірієнко О.М.,

Грідасова Л.М., Бондар Т.М., Лісова А.В.

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

Морфології зміни судинної стінки є важливою ланкою в патогенезі атеросклеротичних захворювань, що приводять до розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) та серцево-судинних ускладнень.

Метою дослідження було вивчення морфологічних змін судинної стінки у хворих з хронічною хворобою нирок (ХХН) і ІХС з гіпертонічною хворобою (ГХ)

Обстежено 58 пацієнтів (29 хворих на ХХН та 29 хворих на ІХС з ГХ) у віці від 42 до 75 років, середній вік у хворих на ХХН склав $(48,3 \pm 0,9)$ років, а у хворих на ІХС з ГХ – $(56,6 \pm 1,7)$ років. Товщину комплексу інтима-медія (ТКІМ) вимірювали за методикою Р. Pignoli з аналізом наявності і розміру атеросклеротичних бляшок при дуплексному скануванні сонних артерій в В-режимі на апараті “Ultima PA” (“Radmir”, Україна).

При обстеженні хворих на ГХ з ІХС у сонних артеріях з обох сторін було виявлено наявність принаймні однієї бляшки у 27,6 % пацієнтів. Виявлення атеросклеротичних змін в сонних артеріях у хворих з ХХН хоча б з одного боку склало 31,0 % та достовірно не відрізнялась від значень у хворих на ГХ з ІХС. При цьому середній вік хворих на ХХН був на 8,3 роки меншим ($p < 0,05$). Достовірної різниці ТКІМ у хворих обох груп в залежності від сторони дослідження не було. ТКІМ загальних сонних артерій у пацієнтів на ГХ з ІХС була достовірно вищою, ніж у пацієнтів з ХХН. ТКІМ у хворих з ХХН з атеросклеротичними змінами у сонних артеріях була достовірно більше, ніж без атеросклеротичних бляшок.

Виводи. Атеросклеротичне ремоделювання судинної стінки в групі хворих з ХХН відбувається у більш ранньому віці і пов'язано з наявністю хронічного запального процесу. Таким чином, збільшення ТКІМ у хворих з ХХН при наявності бляшок у сонних артеріях вказує на наявність стійких дефектів ендотеліальних покривів в судинній стінці, пов'язаних з процесами запалення в них.

ВМІСТ ФАКТОРУ ВІЛЛЕБРАНДА ТА VE-КАДГЕРИНУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ТІВОРТІНОМ

**Топчій І.І., Кірієнко О.М., Щенявська О.М., Бондар Т.М.,
Бенько О.Г., Корнійчук І.А.**

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

Велику роль у виникненні атеросклеротичних вражень судинної стінки відіграють порушення бар’єрної функції ендотелію, що виникає як за рахунок запалення, так і в зв’язку з порушенням його вікової регенерації. Тому метою дослідження було вивчення вмісту фактору Віллебранда та VE-кадгерину в крові хворих на хронічну хворобу нирок та гіпертонічну хворобу в динаміці лікування Тівортіном (L-аргінін). Було обстежено 108 пацієнтів, з них 48 пацієнтів з ХХН, 42 пацієнтів з ГХ II стадії у віці (49 ± 7) років. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб порівнянного віку. Концентрацію розчинного VE-кадгерину (CD-144), фактора Віллебранда (ФВ) вимірювали імуноферментним методом з використанням тест-систем Bender MedSystems, Technoclone GmbH (Австрія). Плазмову концентрацію стабільних метаболітів оксиду азоту вимірювали фотометричним методом за реакцією Гриса. Усі пацієнти з ГХ та ХХН отримували терапію у відповідності до стандарту лікування, до якої входили інгібітори АПФ і блокатори рецепторів ангіотензину II. 27 пацієнтів з ХХН і 23 хворих з ГХ II стадії додатково до базової терапії отримували препарат L-аргініну (Тівортін). Встановлено, що після лікування Тівортіном було відзначено достовірне зниження рівню VE-кадгерину у пацієнтів з ХХН на 31,8 %, з ГХ – на 26,4 % у порівнянні з показниками до лікування ($p < 0,05$). Достовірних змін рівню ФВ не відмічено. У пацієнтів обох груп після терапії Тівортіном концентрація нітриту збільшилась, а сума (нітрит + нітрат) – зменшилась. Виявлена негативна кореляція між концентрацією нітриту і рівнем артеріального тиску ($p = -0,52$, $p < 0,05$).

Зміни рівню VE-кадгерину після лікування вказують на покращення адгезивних властивостей клітин ендотелію в результаті поліпшення його функції. Відсутність змін рівню ФВ свідчить про відсутність впливу препарату L-аргініну на кількість та розміри стійких ендотеліальних дефектів.

Таким чином, використання Тівортіну (L-аргінін) в комбінації зі стандартною гіпотензивною і нефропротекторною терапією сприяє поліпшенню функціональних та адгезивних властивостей ендотелію.

NT-proBNP ПРИ ПОВТОРНИХ ІНФАРКТАХ МІОКАРДА З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Деніна Р.В.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Останніми роками в кардіологічній практиці все частіше використовують визначення мозкового натрійуретичного пептиду (brain natriuretic peptide – BNP) у крові, який, відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів і Української асоціації кардіологів, увійшов до Стандарту діагностики серцевої недостатності (СН). Підвищення концентрації BNP та NT-proBNP є незалежним вагомим фактором глобального серцево-судинного ризику та критерієм несприятливого прогнозу у хворих із СН будь-якої етіології.

У 160 хворих з повторними та третинними інфарктами міокарда із супутньою СН II-III функціонального класу (NYHA) визначали концентрацію NT-proBNP в першу добу після розвитку гострого повторного інфаркту міокарда.

Встановлено, що підвищення рівня NT-pro BNP у всіх хворих (вище «сірої зони») посилює ризик розвитку комбінованої кінцевої точки- через 6 місяців у 3,4 рази (95 % CI 1,24-8,31; $p = 0,022$) при повторному ІМ і у 3,7 рази (95 % CI 0,49-24,5; $p = 0,53$) при третинному ІМ. За наявності ХСН II стадії ризик суттєво підвищувався – у 3,9 рази (95 % CI 1,21-11,54; $p = 0,036$), а при ХСН III стадії – у 5,9 рази (95 % CI 1,55-19,69; $p = 0,014$). При тривалості СН 4-6 років ризик комбінованої кінцевої точки зростав у 4,7 рази (95 % CI 1,007-18,63, $p = 0,092$), а за тривалості СН довше 6 років – у 5,2 рази (95 % CI 1,64-15,09, $p = 0,007$).

При дослідженні динаміки NT-proBNP в залежності від типу діастолічної дисфункції ЛШ (ДДЛШ) встановлено, що при першому типі рівень NT-proBNP склав ($401,02 \pm 0,92$) фмоль/мл, що є вище «сірої зони» в 1,3 рази (33,6 %, $p < 0,05$). При II типі ДДЛШ рівень NT-proBNP склав ($461,42 \pm 0,82$) фмоль/мл. При рестриктивному типі ДДЛШ рівень NT-proBNP становив ($596,9 \pm 71,4$) фмоль/мл, що вище «сірої зони» у 2,0 рази (99,0 %, $p < 0,001$). При СДЛШ рівень NT-proBNP дорівнює ($492,4 \pm 32,9$) фмоль/мл, що в 1,6 рази (64,1 %, $p < 0,05$) вище «сірої зони».

Також встановлені кореляційні зв'язки між рівнем NT-proBNP і кількістю перенесених ІМ $r = 0,93$ ($p < 0,0001$), тривалістю СН $r = 0,82$ ($p < 0,0001$), стадією СН $r = 0,97$ ($p < 0,0001$), тропоніном I $r = 0,38$ ($p < 0,05$), Total NO $r = 0,74$ ($p < 0,0001$), ФВЛШ $r = -0,73$ ($p < 0,001$).

Підвищення рівня NT-proBNP є суттєво вищим при повторних/ третинних інфарктах міокарда з серцевою недостатністю, а також за наявності діастолічної дисфункції III (рестриктивного) типу.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ: ФАКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ

Денисенко В.П., Топчій І.І.

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

Мета роботи: визначити фактори виникнення і прогресування артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на діабетичну нефропатію (ДН).

Для вирішення поставлених завдань обстежено 352 хворих на ДН. Група порівняння – 82 хворих на ГХ.

Для виміру рівня інтерлейкінів (ІЛ) застосовували імуноферментний метод з використанням тест-систем виробництва «Протеїновий контур», Санкт-Петербург. Концентрацію альдостерону крові визначали імуноферментним методом з використанням тест-систем виробництва фірми DRG. Активність протеїназ визначали з використанням тест-систем, розроблених в Інституті терапії АМН України на основі високочутливого (10^{-9} - 10^{-10} г) методу (Самохіна Л.М., 1994). Вміст метаболітів оксиду азоту у плазмі венозної крові визначали фотометричним методом за реакцією Гриса.

У виникненні і прогресуванні АГ у хворих на ДН грають роль запальні механізми: підвищується вміст прозапальних інтерлейкінів – рівень ІЛ-1 β зростає до 87 пг/мл, що у 2 рази вище за його вміст при ГХ; при цьому *in vitro* збільшується дисбаланс між рівнями секреції і споживання ІЛ-1 β ізольованими моноцитами і клітинами нирок, що викликає порушення адаптаційних механізмів регуляції при ДН та супроводжується формуванням постійних умов як для підтримання запального процесу в нирках, так і прогресування дисфункції ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), а отже і формуванню АГ у даної категорії хворих.

Порушення метаболізму оксиду азоту у хворих на ДН характеризується зниженням доступності оксиду азоту, про що свідчить зниження в порівнянні з контролем на 30 % нітриту і підвищення в 2 рази суми нітрит+нітрат у крові; при цьому встановлено суттєве зростання суми нітрит+нітрат і в сечі хворих, що сприяє ураженню ендотелію судин нирок і супроводжується подальшим дисбалансом РААС, стимулюванням вивільнення ангіотензину II і, в цілому, до формування та прогресування АГ у хворих на ДН.

У хворих на ДН із АГ виявлені істотні зміни в балансі складових РААС: системи: встановлено прогресивне підвищення активності хімази до 6,8 % на тлі зменшення активності її інгібіторів, що в цілому дає 3-4 кратне зростання активності АПФ-незалежного шляху утворення ангіотензину II; також, у даної категорії хворих встановлено прогресивне підвищення вмісту альдостерону до 250 пг/мл, що в цілому обумовлює швидкий розвиток АГ при ДН і формування резистентності до антигіпертензивних препаратів.

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ НАВАНТАЖУВАЛЬНОГО ТЕСТУ ШЕСТИХВИЛИННОЇ ХОДИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Ткаченко О.В., Серік С.А., Смолкін І.М., Корнійчук І.А., Горб Ю.Г.

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

Мета. Дослідити зв'язок показників, що вимірюються під час проведення тесту шестихвилинного навантажувального тесту (6-ХНТ) та динаміку клінічних проявів хронічної серцевої недостатності (ХСН) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет 2 типу (ЦД).

Матеріал та методи. Було обстежено 46 хворих з хронічною серцевою недостатністю III-IV функціональних класів за класифікацією NYHA, що розвинулися на тлі ІХС та ЦД, з яких 26 хворих з ІХС та ЦД, 20 хворих з ІХС без ЦД. Середній вік пацієнтів складав ($56,8 \pm 8,2$) роки. Призначалася стандартна терапія: інгібітори АПФ, β -блокатори, салуретики, антагоністи альдостерону та статіни. 12 хворим (26 %) додатково призначали дігоксін. В якості антиангінальної терапії застосовувався ізосорбіту мононітрат у добовій дозі 30-60 мг. Пацієнти з ЦД додатково отримували гліклазид MR (30-60 мг на добу). Функціональний клас ХСН визначали після проведення 6-ХНТ під час госпіталізації та 3 місяці потому. Працездатність вимірювали за формулою: $A = S \times m$, де А – робота, що виконується, S – дистанція, m – маса тіла.

Результати. Під час дослідження було встановлено: систолічна дисфункція (фракція викиду ($35,2 \pm 9,2$ %)), дистанція (S) під час проведення 6-ХНТ ($254,56 \pm 80,41$) м, що відповідає III-IV функціональним класам ХСН. Працездатність (А) пацієнтів становила ($2213,87 \pm 3354,23$) м \times кг. Через 3 місяця показники S та А становили: ($234,37 \pm 54,22$) м ($p < 0,1$ у порівнянні з початковим показником) та ($24399,12 \pm 2567,32$) м \times кг ($p < 0,1$ у порівнянні з початковим показником). З а клінічними ознаками 3 місяці потому (такі прояви ХСН, як задуха, набряки ніг, застій у легенях), пацієнтів розподілили на дві групи. Перша група – ті, в кого прояви ХСН не зазнали суттєвої динаміки (19 хворих, 41,3 %) и друга група – з позитивною динамікою (27 хворих, 58,7 %). Показники S та А в цих групах, були відповідно: 1-ша група – ($224,37 \pm 34,35$) м и ($19345,21 \pm 1243,65$) м \times кг; 2-га група – ($233,12 \pm 34,67$) м ($p < 0,1$ у порівнянні з 1-ю групою) та ($24342,34 \pm 2354,01$) м \times кг ($p < 0,05$ у порівнянні з 1-ю групою). Тобто, працездатність хворих без суттєвого поліпшення клінічних ознак ХСН була достовірно менше, ніж в групі з позитивною клінічною динамікою.

Висновки. Позитивну клінічну динаміку у хворих на ХСН III-IV функціональних класів, що обумовлена ІХС та ЦД при проведенні 6-ХНТ більш достовірно відображає не дистанція, а показник працездатності.

О ПРИМЕНЕНИИ ТЕСТА С ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тищенко И.В., Черкасова О.Г., Рязанова Е.В.,
Маетная А.Б., Пунтусова Н.В., Симоненко Т.Б.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия»,

КУ «Городская клиническая больница № 9», г. Днепропетровск, Украина

Цель: показать значение проведения теста с шестиминутной ходьбой (ТШХ) у больных с умеренно выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы. Обследовано 48 пациентов (36 мужчин, 12 женщин, средний возраст – $(58,5 \pm 1,2)$ лет), госпитализированных в кардиологическое отделение с клинически диагностированной ХСН III функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца. У всех больных причина ХСН – ишемическая болезнь сердца (стенокардия 2 и 3 функциональных классов – у 83,3 % пациентов, инфаркт миокарда в анамнезе – у 70,8 %). ТШХ проводили по общепринятой методике в день госпитализации и через 2 недели лечения согласно протоколам ведения данной категории пациентов. До и непосредственно после пробы регистрировали число дыханий (ЧД), сердечных сокращений (ЧСС), уровень артериального давления (АД), электрокардиограмму (ЭКГ). Учитывали субъективные ощущения у пациентов при проведении теста.

Результаты. Все больные выполнили ТШХ. Первоначальная средняя преодоленная дистанция (СПД) – $(203,5 \pm 6,9)$ м (соответствует III ФК ХСН). Во время пробы пациенты отмечали умеренно выраженные одышку (66,7 %), слабость (72,9 %), сердцебиение (25 %), головокружение (8,3 %). Через 2 недели лечения самочувствие улучшилось у всех пациентов. У 26 (54,2 %) человек клинически диагностирован II ФК ХСН, у 22 (45,8 %) – III ФК. При проведении ТШХ СПД выросла в группе на 28,1 %, до $(260,6 \pm 9,4)$ м ($p < 0,05$). У 20 человек (41,7 %) СПД повысилась на 37,5 % ($p < 0,05$), с $(240,0 \pm 10,0)$ м до $(330,0 \pm 5,6)$ м (II ФК ХСН), у 28 (58,3 %) сохранился III ФК: увеличение СПД на 19,2 % ($p < 0,05$), со $(177,5 \pm 5,7)$ м до $(211,1 \pm 5,3)$ м, т. е. у 6 (12,5 %) пациентов ФК ХСН был уточнен по результатам ТШХ. Во время теста пациенты отмечали одышку (47,9 %), слабость (54,1 %), сердцебиение (10,4 %), головокружение (2,1 %) с меньшей выраженностью симптомов. Увеличение ЧД, ЧСС, АД после ТШХ (как исходного, так и в динамике) оказалось статистически недостоверным. Эпизоды стенокардии и отрицательная динамика ЭКГ не регистрировались.

Выводы. ТШХ является простой, физиологичной нагрузочной пробой, которая может безопасно применяться у больных с умеренно выраженной ХСН III ФК. Тест позволяет уточнить функциональный класс ХСН. Результаты ТШХ могут использоваться для объективной оценки результатов лечения ХСН.

ВПЛИВ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО НАДАЄ ДОПОМОГУ ВАЖКОХВОРИМ ПАЦІЄНТАМ, НА ЇХ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ

Децик О.З., Золотарьова Ж.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Синдром вигорання (burnout) – це хвороба хелперських професій (help – допомога, англ.) і в клініці внутрішніх хвороб, де доводиться часто мати справу із важкохворими та інкурабельними пацієнтами, зустрічається досить часто. Його наслідками є емоційне та фізичне виснаження, зниження працездатності, соматична захворюваність та схильність до різного роду залежностей. Все це підкреслює важливість раннього виявлення та адекватної профілактики вигорання.

Мета. Вивчити взаємозв'язки між синдромом емоційного вигорання (СЕВ) та захворюваністю на хронічні хвороби медичних працівників, які надають допомогу важкохворим та інкурабельним пацієнтам.

Матеріали і методи. За спеціальною програмою провели медико-соціологічне дослідження 175 медичних працівників обласного онкодиспансеру, хоспісу та стаціонарів м. Івано-Франківська (з них, 142 жінки, 33 чоловіків). Синдром емоційного вигорання оцінювався за методикою В.В. Бойка як: не сформований, середнього, високого чи критичного рівнів.

Результати дослідження. Встановлено, що у більш ніж половини (52,6 %) медичних працівників є ознаки синдрому емоційного вигорання, з яких 39,4 % мали СЕВ середнього рівня, 6,3 % – високого, і 6,9 % – критичного. Понад половина (57,6 %) респондентів взагалі і абсолютна більшість (83,3 %, $p < 0,01$) серед осіб із критичним рівнем СЕВ, вважають, що стресові ситуації постійно супроводжують їх життя. Можливим наслідком цього є те, що більше половини (54,9 %) респондентів вказали про наявність у них хронічних захворювань, що склало 63,1 випадки на 100 опитаних. Причому, серед осіб із СЕВ цей показник більш як удвічі вищий, ніж серед осіб без його ознак (107,1 проти 45,3 на 100 опитаних, $p < 0,05$). У структурі – найбільша частка припадає на хвороби органів травлення (35,1 %), органів дихання (22,3 %) та хвороби системи кровообігу (9,6 %), частота останніх з яких виразно залежить від наявності СЕВ ($p < 0,05$). Практично половина (46,4 %) медичних працівників, які мають хронічні захворювання, визнали, що не зверталися впродовж останнього року за медичною допомогою з приводу них.

Висновок. Синдром емоційного вигорання різного рівня виявлений в більш ніж половини медичних працівників, які працюють з важкохворими та інкурабельними пацієнтами. Показано, що його наявність може негативно впливати на захворюваність на хронічні хвороби. Необхідно своєчасно діагностувати СЕВ і здійснювати психотерапевтичну корекцію.

АЛКОГОЛІЗМ ЯК ЧИННИК РИЗИКУ ХРОНІЧНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Децик О.З., Карпінєць І.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Прийнята урядом Загальнодержавна програма «Здоров'я-2020: український вимір» (2011) однією із головних стратегій визнала боротьбу із системними ризиками незадовільного стану здоров'я населення. В цьому контексті важливе значення має профілактика алкоголізму як хронічного захворювання і чинника ризику інших хронічних хвороб та травматизму. Зловживання алкоголем є другим за вагомістю чинником ризику глобального тягаря хвороб (DALY) в нашій державі (ВООЗ, 2010).

Мета: вивчити вплив надмірного вживання алкоголю на захворюваність на хронічні соматичні хвороби.

Матеріали і методи. Провели медико-соціологічне дослідження на базі закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області. Основну групу склали 552 особи, що знаходяться на обліку у лікаря-нарколога як залежні чи зловживають алкоголем, контрольну – 150 осіб.

Результати дослідження. Переважна більшість осіб, які зловживають алкоголем, значно гірше оцінювали стан свого здоров'я, ніж у контрольній групі ($p < 0,001$). Так, $((67,7 \pm 2,0) \%)$ називали його посереднім, а кожен десятий $((12,2 \pm 1,4) \%)$ – незадовільним, проти $(46,0 \pm 4,1) \%$ та $(6,0 \pm 1,9) \%$ відповідно у контрольній групі. Хоча з віком самооцінка здоров'я цілком закономірно погіршувалась в обох порівнюваних групах ($p < 0,001$), проте шанси низької оцінки у хворих на алкоголізм в цілому суттєво вищі, ніж в контрольній групі ($OR = 3,66$; 95 % CI: 2,50-5,36; $p < 0,001$). Понад 40 % осіб із алкогольною залежністю $((40,7 \pm 2,1) \%)$ і чверть $((25,7 \pm 3,6) \%)$ респондентів контрольної групи не знали про наявність у них хронічних захворювань, що свідчить про загальну низьку санітарну культуру, обмежену доступність медичної допомоги та недостатнє охоплення профілактичними оглядами. У осіб, хворих на алкоголізм, шанси наявності хронічних соматичних захворювань вищі ($OR = 1,75$; 95 % CI: 1,13-2,71; $p < 0,001$). Підтвердженням цьому є більш ніж удвічі вищий рівень поширеності захворювань (за даними медоглядів) серед них – $(144,2 \pm 5,1)$ на 100 оглянутих проти $(62,7 \pm 6,5)$ аналогічних випадків в контрольній групі ($p < 0,001$). Показано, що зловживання алкоголем суттєво ($p < 0,001$) збільшує шанси захворюваності на хронічні хвороби, в першу чергу, нервової системи ($OR = 49,55$; 95 % CI: 6,87-357,45), а також органів травлення ($OR = 3,71$; 95 % CI: 2,49-5,53), системи кровообігу ($OR = 2,32$; 95 % CI: 1,48-3,65) та органів дихання ($OR = 2,01$; 95 % CI: 1,19-3,38).

Висновок: зловживання алкоголем суттєво збільшує шанси захворюваності на хронічні хвороби нервової системи, кровообігу, органів травлення та дихання.

РОЛЬ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА И АКТИВНОСТЬ АДРЕНОРЕЦЕПТОРНОГО КОМПЛЕКСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Титова А.Ю., Лепеева Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: определение роли метаболитов оксида азота (NO) и активности адренорецепторного комплекса в патогенезе эндотелиальной дисфункции у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в соответствии с фракцией выброса.

Материалы и методы: Обследовано 52 пациента II ст. и 20 практически здоровых людей группы контроля. Уровень метаболитов NO определялся по методу диазореакции с реактивом Грисса с дальнейшей колориметрией. Уровень адреналина определялся спектрофлуориметрией. Функциональная активность тромбоцитов с $\alpha 2$ и $\beta 2$ -AR комплекс определялся in vitro высоковольтной диэлектрометрией. Тромбоциты с $\alpha 2$ и $\beta 2$ -AR комплексом на мембранах, схожие с рецепторной структурой гладкомышечных клеток и эндотелиоцитов, были взяты, как модель. cGMP определялся иммуноферментным методом. Пациенты были распределены на 2 группы в соответствии с фракцией выброса. 1 гр. ($n = 27$) с ФВ $\geq 40 \%$; 2 гр. ($n = 25$) с ФВ $< 40 \%$.

Результаты представлены в таблице:

Результаты	Контрольная группа ($n = 20$)	1 группа ($n = 27$)	2 группа ($n = 25$)
Адреналин, мкг/л	$0,42 \pm 0,07$	$0,87 \pm 0,07^{1,3}$	$1,51 \pm 0,28^{2,3}$
$\alpha 2$ -AR	$0,87 \pm 0,2$	$1,39 \pm 0,24^{1,3}$	$1,77 \pm 0,25^{2,3}$
$\beta 2$ -AR	$0,75 \pm 0,14$	$1,98 \pm 0,23^{1,3}$	$0,46 \pm 0,07^{2,3}$
cGMP, пМ/мл	$4,34 \pm 1,49$	$11,56 \pm 1,96^{1,3}$	$6,71 \pm 2,34^3$
NO ₃ , мг/%	$3,1 \pm 0,19$	$3,9 \pm 0,98$	$4,7 \pm 0,17^2$
NO ₂ , мг/%	$5,9 \pm 0,17$	$8,5 \pm 0,10^1$	$4,2 \pm 0,15^3$
S- нитрозотиол, мг/%	$0,98 \pm 0,01$	$2,6 \pm 0,14^1$	$1,8 \pm 0,12^2$

Примечания: 1 - $p < 0,05$ 1 гр. - контроль; 2 - $p < 0,05$ 2 гр. - контроль; 3- $p < 0,05$ 1 гр- 2 гр.

Заключение. У гипертензивных пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка на фоне существенного увеличения уровня адреналина, являющегося медиатором $\alpha 2$ и $\beta 2$ -AR, был найден клеточный ответ в виде повышения $\alpha 2$ и снижения $\beta 2$ -адренорецепторной активности. Это определяет более интенсивную вазоспастическую реакцию, которая приводит к ускорению синтеза и как метаболитов NO, так и депо-формы NO-S-нитрозотиола, в сравнении с гипертензивными пациентами с сохраненной систолической функцией.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ
СТЕНОКАРДІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ОСТЕОАРТРОЗОМ
У ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ
Тесленко Ю.В., Катеренчук І.П.**

Высшее государственное учебное заведение

“Украинская медицинская стоматологическая академия”, г. Полтава

Актуальність теми. Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає провідне місце у загальній структурі кардіоваскулярної патології не тільки завдяки широкому розповсюдженню, але й через великий відсоток ускладнень. Остеоартроз (ОА) є однією із найбільш поширених форм ураження суглобів. За даними популяційних досліджень його поширеність складає від 4,2 % до 22,6 %. Метаболічний синдром (МС) поєднує в собі абдомінальне ожиріння з артеріальною гіпертензією, дисліпідемією та гіперглікемією. Саме абдомінальне ожиріння в складі метаболічного синдрому зумовлює більшу поширеність ІХС та ОА.

Метою дослідження є вивчення особливостей клінічного перебігу ІХС (стабільної форми стенокардії) в поєднанні з ОА та МС.

Матеріали і методи. Проаналізовано 60 історій хвороби хворих віком від 35 до 70 років. Обстеження включало фізикальне дослідження, загально-клінічні та біохімічні аналізи крові та сечі, визначення рівня С реактивного протеїну (СРП) кількісним методом, ЕКГ, рентгенографію суглобів, антропометричні (індекс Кетеле, визначення окружності суглобів). Контрольну групу склали 30 хворих зі стабільною формою стенокардії II-III ФК без супутнього ОА та ожиріння. В основну групу увійшли 30 хворих на ІХС. З них 8 хворих з ОА, у 22 хворих ОА поєднаний з ожирінням. Особливості клінічного перебігу оцінювались за наступними критеріями: частота виникнення нападів стенокардії, толерантність до фізичного навантаження, частота прийому нітратів, супутні прояви серцевої недостатності (СН), артеріальна гіпертензія симптоми порушеного ліпідного обміну, об'єм активних та пасивних рухів в суглобах, оцінка функціонального стану зав індексом Лекена.

Клінічний перебіг характеризувався такими особливостями: виявлено більш тяжкий перебіг в основній групі порівняно з контрольною, що проявлялось більш високою частотою проявів ІХС та ОА, наявністю супутньої АГ (максимальний АТ в основній групі 200/100 мм рт. ст., в контрольній 165/90 мм рт. ст.) та СН, зниженням функціональної здатності суглобів, більш високими рівнями маркерів запалення (показники СРП в основній групі 9,4-65,5 мг/л, середній показник 36,9 мг/л; в контрольній групі 1,4-43,6 мг/л, середній показник 16,3 мг/л), показників ліпідограми, особливо у хворих з надмірною масою тіла та ожирінням.

Висновок. Клінічний перебіг стенокардії у хворих з остеоартрозом та метаболічним синдромом характеризувався синдромом взаємного обтяження, що необхідно враховувати при проведенні патогенетичної терапії.

**РОЛЬ ВІРУСНИХ ЗБУДНИКІВ
В ІНФЕКЦІЙНОМУ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
Дзюблик О.Я., *Дзюблик І.В., *Обертинська О.В., Капітан Г.Б., Мухін О.О.,
Чечель Л.В., Сухін Р.Є., Недлінська Н.М., Клягін В.Я., Ячник В.А.**

ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф.Г. Яновського НАМН України”

**ДУ “Національна медична академія післядипломної освіти*

ім. П.Л. Шупика”, м. Київ, Україна

Мета роботи – вивчення ролі вірусних збудників в інфекційному загостренні (ІЗ) бронхіальної астми (БА).

Об'єкт і методи дослідження – біологічний матеріал (змиви або мазки з слизової носа) 52 хворих з ІЗ БА (26 чоловіків і 26 жінок у віці 26 – 76 років). Наявність ІЗ БА підтверджували за результатами комплексу клініко-функціональних і лабораторних методів дослідження. Лабораторну діагностику вірусної інфекції здійснювали методами полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу (ПЛР-FRT) і імунохроматографічного аналізу («швидкі» ІХА-тести).

За допомогою ПЛР-діагностики здійснювали ідентифікацію аденовірусу (hAdv), бокавірусу (hBov), риновірусу (hRv), коронавірусу (hCov), респіраторно-синцитіального (hRCv) і метапневмовірусу (hMPv). Методом ІХА виявляли антигени вірусу грипу (А і В), респіраторного аденовірусу (hAdv) і респіраторно-синцитіального вірусу (hRCv). Робота виконана на кошти держбюджету.

Результати дослідження. Наявність вірусних збудників ідентифікували у $(48,1 \pm 6,9) \%$ хворих з ІЗ БА. Найбільшу етіологічну значущість серед вірусних збудників мав риновірус – у 68,0 % випадків. Значно рідше виявляли віруси грипу А і В – у 12,0 % випадків; hRCv – у 8,0 %; hMPv – у 8,0 %; hCov і a hAdv – у 4 % кожний. За допомогою ПЛР-FRT визначили 21 етіопатоген, «швидкими» ІХА-тестами – 6, а обома методами – 2 (hRCv).

У хворих з ІЗ БА вірусні збудники виявляли переважно в зимово-весняний період: у грудні-лютому – у 31,6 % пацієнтів, у березні-травні – у 54,2 %, що в цілому збіглося із сезонністю захворювання ГРВІ, обумовленими цими збудниками.

Частота виявлення вірусних збудників ІЗ БА суттєво залежала від терміну обстеження хворих від початку загострення. У перші три дні загострення частота виявлення вірусних збудників становила $(76,0 \pm 8,5) \%$; на 4-7 добу загострення – $(23,0 \pm 8,5) \%$; на 8 добу й пізніше в жодного обстеженого хворого вірусний збудник не виявили.

Висновки. Отримані результати свідчать, що найбільшу етіологічну значущість в ІЗ БА серед вірусних збудників має риновірус, а частота виявлення вірусних патогенів збігається із сезонної захворюваності на ГРВІ.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ
ВІТАГЛУТАМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ
ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

**Дзюблик О.Я., Капітан Г.Б., Недлінська Н.М., Мухін О.О.,
Чечель Л.В., Сухін Р.Є., Клягін В.Я., Ячник В.А.**

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

Мета дослідження – вивчити ефективність та безпеку противірусного препарату вітаглубутаму у комплексному лікуванні хворих з інфекційним (вірусним) загостренням бронхіальної астми (ІЗ БА).

Об'єкт та методи дослідження – 65 хворих з ІЗ БА (32 чоловіків і 33 жінок у віці 19-76 років). До складу 1-ї групи включили 45 хворих, яким проводили терапію загострення БА згідно до вимог наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. з використанням протизапальних препаратів (інгалаційні та системні глюкокортикостероїди) в поєднанні з бронхолітиками, мукорегуляторами. Пацієнтам 2-ї групи (20 осіб) додатково призначили противірусний препарат вітаглубутам (Інгавірін, «Валента Фармацевтика» Російська Федерація) перорально у дозі 90 мг 1 раз на добу впродовж 5 днів. В усіх випадках противірусна терапія була емпіричною, а об'єм терапевтичних заходів та шляхи введення препаратів визначали за ступенем тяжкості загострення та відповіді на початковий етап терапії. Оцінку загального стану хворих та клініко-функціональних ознак ІЗ БА в групах порівняння проводили на початку, на 2-3-тю, 10-ту та 20-ту добу спостереження. Робота виконана на кошти держбюджету.

Результати дослідження. Наприкінці лікування в усіх хворих досягнуто покращання загального стану, зменшення вираженості клінічних ознак бронхообструкції, частоти денних та нічних симптомів, потреби в скоропомічних препаратах тощо. Повну ліквідацію загострення встановили у 88,0 % хворих 1-ї групи та у 90,0 % – 2-ї групи. У той же час у хворих 2-ї групи в процесі лікування спостерігали більш швидко (в середньому на 1-2 дні) позитивну динаміку зникнення клінічних проявів інтоксикації та катаральних симптомів – достовірно зменшення кількості хворих з лихоманкою, головним та м'язовим болем, гіперемією слизових оболонок та кон'юнктив, утрудненим носовим диханням, кашлем тощо. Вітаглубутам добре переносився хворими – передчасного припинення лікування внаслідок розвитку інфекційних ускладнень або побічних токсико-алергічних реакцій не було.

Висновки: поєднання базисного лікування ІЗ БА з емпіричним прийомом противірусного препарату вітаглубутаму дозволяє скоротити термін лихоманки, зменшити прояви інтоксикації та катаральних явищ.

**МОЖЛИВОСТІ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ
ПРОГНОСТИЧНИХ ПРЕДИКТОРІВ ПЕРЕБІГУ
ГОСТРИХ ФОРМ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

**Ташук В.К., Турубарова-Леунова Н.А., Ілашук Т.О.,
Гречко С.І., Амеліна Т.М.**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні гострого інфаркту міокарда (ГІМ) та його ускладнень, вдосконалення підходів до ведення цих пацієнтів залишається актуальною проблемою.

З метою вивчення прогностичного значення показників ГІМ, які відображують систолічну функцію лівого шлуночка (ЛШ), особливостей його раннього ремоделювання та коронарного резерву, а також визначення ризику розвитку та/чи прогресування серцевої недостатності (СН) у післяінфарктному періоді обстежено 257 хворих.

Усім пацієнтам при поступленні, на 10-ту добу та через рік спостереження проводилася ехокардіографія (ЕхоКГ) в стані спокою та на фоні антиортостатичного навантаження. Аналізувався показник фракції викиду (ФВ). Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica 6,0.

Аналіз ЕхоКГ картини через один рік спостереження за пацієнтами, що перенесли ГІМ показав, що ознаки СН I класу за NYHA зафіксовано у 34,67 % пацієнтів, СН II – у 25,18 %, СН III – 22,63 % та СН IV – у 17,52 % пацієнтів.

Пацієнти без клінічних ознак серцевої недостатності були об'єднані в 1-шу групу, а пацієнти з клінічними та ЕхоКГ ознаками СН по результатах річного спостереження були об'єднані в 2-гу групу.

При проведенні первинної ЕхоКГ суттєвих розбіжностей ФВ в стані спокою не спостерігалось. У відповідь на об'ємне навантаження ФВ у хворих 1-ої групи збільшувалась на 4,6 %, ($p < 0,001$), в 2-ій групі зменшувалась на 6 % ($p < 0,001$).

На 10-у добу розвитку ГІМ ФВ ЛШ достовірно переважала у пацієнтів 1-ої групи ($(56,14 \pm 0,92) \%$) порівняно з 2-ою групою, де цей показник виявився ($(52,12 \pm 0,48) \%$) ($p < 0,001$).

Через 1 рік спостереження за пацієнтами, що перенесли ГІМ, виявлено більш значне переважання ФВ в 1-ій групі порівняно з 2-ою ($(55,49 \pm 1,74) \%$ та $(44,12 \pm 1,48) \%$, відповідно, $p < 0,01$).

Таким чином, визначення систолічної дисфункції ЛШ об'єктивізує подальший несприятливий прогноз за розвитком СН у хворих на ГІМ, з визначенням спрямованості гемодинамічних змін, що дозволяє прогнозувати ймовірність розвитку тих чи інших ускладнень.

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Табаченко О.С., Голубовська О.С.

Харківський національний медичний університет,

Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна

Актуальність теми. Оксидативний стрес характеризується дисбалансом між надлишковим утворенням активних форм кисню (АФК) і неспроможністю антиоксидатних систем, які призначені для нейтралізації дії кисневих вільних радикалів (ВР). Взаємодія ВР із ліпідами мембран збільшує проникність мембран кардіоміоцитів і ендотеліоцитів, що приводить до порушення розтяжності міокарда й депресії його скорочувальної функції.

Мета дослідження: дослідити показники інтенсивності оксидативного стресу – прооксидантної системи, при клінічних варіантах гострої серцевої недостатності (ГСН) і залежно від стану систолічної функції міокарда.

Методи дослідження: було обстежено 50 хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), що ускладнювалась ГСН. Контрольну групу склали 10 пацієнтів з ІХС та серцевою недостатністю І ФК (NYHA).

Результати. У хворих ГСН зі збереженою систолічною функцією (ФВ > 40 %) рівень каталази в 1,36 рази ($p < 0,05$), церулоплазміну в 1,38 рази ($p < 0,05$) перевищували норму. У групі пацієнтів з ГСН і ФВ < 40 % значення каталази в 1,31 рази ($p < 0,05$), церулоплазміну в 1,96 рази ($p < 0,05$) були вище контрольних значень.

Висновки: отримані результати вказують на взаємозв'язок між станом прооксидантно-антиоксидантного балансу як зі ступенем гіпертрофії лівого шлуночка, так і з підтримкою систолічної функції міокарда, що свідчить про участь оксидативного стресу в сукупності з медіаторами гіпертрофії в кардіопроліферативних процесах.

ВПЛИВ ДИХАЛЬНИХ ТРЕНУВАНЬ НА ДИФУЗІЙНУ ЗДАТНІСТЬ ЛЕГЕНЬ У ЛЮДЕЙ З ПРИСКОРЕНИМ СТАРІННЯМ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Дибя І.А., Осьмак Є.Д., Асанов Е.О.

ДУ “Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова

НАМН України”, м. Київ

Процес старіння перебігає двома шляхами: за фізіологічним та прискореним типом. Фізіологічне старіння розвивається повільно і поступово, а прискорене старіння розвивається з прискореним темпом. Прискорене старіння дихальної системи веде до зниження легеневого газообміну, розвитку артеріальної гіпоксемії, тканинної гіпоксії та зниженню стійкості до гіпоксії. Для підвищення ефективності легеневого газообміну у людей похилого віку з прискореним старінням дихальної системи можуть бути використані дихальні тренування з підвищеним опором на видиху.

Мета роботи: оцінити вплив дихальних тренувань з позитивним опором на видиху на дифузійну здатність легень у людей похилого віку з прискореним старінням дихальної системи.

Обстежувані та методи. Обстежено 22 пацієнта з прискореним старінням дихальної системи. Функціональний вік визначали за спірометричними показниками за допомогою спірометра "Spirobank" ("Mir", Італія). Дифузійну здатність легень визначали по СО методом стійкого стану на апараті "Годарт" (Голландія). Сатурацію крові реєстрували за допомогою монітора “ЮМ-300” фірми “ЮТАС” (Україна). Дихальні тренування проводилися з опором видиху 5 мм вод. ст., протягом 10 днів, 15 хвилин кожне тренування за допомогою дихального тренажера “Threshold PEP” (Німеччина).

Результати та їх обговорення. Дослідження показали, що у людей похилого віку з прискореним старінням дихальної системи після курсу дихальних тренувань з позитивним опором на видиху відмічалося підвищення ефективності легеневого газообміну. Про це свідчило покращення дифузійної здатності легень, що призвело до підвищення сатурації крові у людей похилого віку з прискореним старінням дихальної системи. Підвищення дифузійної здатності легень при позитивному опорі на видиху обумовлено збільшення ефективної поверхні газообміну та покращенням альвеолярної вентиляції.

Висновок. Застосування дихальних тренувань з позитивним опором на видиху у людей похилого віку призводить до підвищення дифузійної здатності легень та поліпшення легеневого газообміну.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Дроздова И.В., Лысунец Е.М., Бирец Н.М., Волкова Т.Н., Санина И.В.

ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем
инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск

Нарушение гемодинамики и хроническая гипоксия, обусловленные врожденными пороками сердца (ВПС), несмотря на их коррекцию в раннем возрасте, влияют на дальнейшее психическое развитие детей и взрослых.

Цель работы: изучение личностных особенностей больных с врожденными пороками сердца в отдаленный после хирургической коррекции срок.

После получения информированного согласия, обследовано 130 больных с оперированными ВПС, в возрасте $(28,9 \pm 6,3)$ года. Для определения личностных особенностей пациентов использовали методику многостороннего исследования личности; для обработки результатов исследования применяли первичный статистический анализ.

Больные с оперированными ВПС характеризовались ипохондрической фиксацией, зажатостью, сверхконтролем, повышенной ориентацией на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья (повышение на шкале Нs-ипохондрии), вытеснением тревоги, эмоциональной лабильностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, демонстративным поведением (конверсионный V), стремлением к преодолению препятствий. Мужчины отличались доминированием и склонностью к соперничеству в межличностных отношениях, женщины – мягкостью, сердечностью, пассивностью и сдержанностью поведения (снижение на шкале Mt-мужественности-женственности). Им были присущи аффективная ригидность, склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (повышение на шкале Ра-паранойи), осмотрительность, осторожность, враждебно-подозрительное отношение, боязливость, конституционально обусловленная тревожность, неуверенность, конформность (понижение на шкале Pt-психастении), индивидуализм, своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности (повышение на шкале Sc-шизоидности), затруднения в осуществлении межличностных контактов, обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний (повышение на шкале Si-интроверсии).

В дальнейшем перспективным будет изучение личностных особенностей больных с различными видами ВПС, в зависимости от давности оперативных вмешательств; влияния личностных особенностей на ограничения жизнедеятельности и компенсаторно-адаптационный потенциал таких пациентов.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ХИТОЗАНА КАК КОМПОНЕНТЫ БИОКОМПОЗИТНОГО ПОКРЫТИЯ НА ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТАХ

Суходуб Л.Б., Радченко Е.А., Поволокина И.В., Волянская Н.А.,

Казмірчук В.В., Шульга Н.Н.

ГУ “Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова
НАМН Украины”, г. Харьков

Стремительное развитие научно-технического прогресса в последние десятилетия имеет и негативные последствия: все большее количество людей вынужденно становятся обладателями, по крайней мере, одного ортопедического или дентального импланта. Увеличивается количество переломов костей из-за растущего числа дорожно-транспортных происшествий, возникают проблемы опорно-двигательного аппарата, как результат увеличения продолжительности человеческой жизни, которые требуют реконструктивной хирургии. Поэтому возрастает потребность в надежных и экономически доступных биоматериалах для восстановления костной ткани. Степень успеха операций по имплантации определяется как качеством имплантов и их остеоинтеграцией, так и долгосрочной их работоспособностью, что также зависит от предупреждения бактериальной инфекции после операций замещения. Согласно литературным данным, осложнения, связанные с бактериальными инфекциями, являются второй причиной для повторных операций по замещению суставов. Причем темпы распространения инфекции после ревизионной хирургии являются более высокими, чем после первичной операции.

Одной из общепринятых стратегий для лечения и профилактики инфекций, связанных с имплантацией, является контролируемая доставка антибиотиков к месту имплантации, не допускающая превышения допустимой токсичности этих препаратов. Нами был выбран еще один путь уменьшения инцидентов от имплант-сопровождающих инфекций, а именно: придание антибактериальной активности поверхностному слою импланта.

Темой данной работы стало исследование антибактериальной активности биокomпозитных покрытий на титановом субстрате, выполненных из гидроксилапатита (ГА) с включением хитозана. ГА является основной минеральной составляющей костной ткани, а хитозан – это вещество природного происхождения, проявляющее антимикробные свойства. Методом двукратных серийных разведений была исследована антимикробная чувствительность хитозана в составе покрытий по отношению к: *S. aureus* ATCC 25923; *E. coli* ATCC 25922; микробная нагрузка составила 10^5 КОЕ/мл.

Была определена МИК и МБЦК хитозана. Выявлено, что *S. aureus* ATCC 25923 является более устойчивым микроорганизмом к действию хитозана, чем *E. coli* ATCC 25922. Полученные результаты свидетельствуют о перспективности материала как обладающего притивомикробным эффектом.

РОЛЬ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО КОНТИНУУМУ В ПАТОГЕНЕЗІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Сурмило М.М.

ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти”, Україна

V. Dzau і E. Braunwald запропонували схему «серцево-судинного континууму» (ССК), що становить собою ланцюг пов'язаних подій, починаючи від факторів ризику й закінчуючи ураженням органів-мішеней і розвитком важкої хронічної серцевої недостатності та летальним наслідком. Континуум – це така послідовність, такий ряд подібних явищ, у якому кожне наступне явище надзвичайно схоже на попереднє, тоді як перше явище в ряду радикально відрізняється від останнього. Запропонована схема дістала широку підтримку серед дослідників різних напрямків та спеціальностей.

Результати досліджень багатьох авторів показали, що при виразковій хворобі (ВХ) шлунку та дванадцятипалої кишки є порушення в центральній, регіональній і мікроциркуляторній ланці кровообігу, аналогічні змінам при серцево-судинних захворюваннях (ССЗ). Є також однакові спадкові чинники виникнення ССЗ та ВХ, однакові порушення в метаболізмі, ендотеліальна дисфункція, імунологічні розлади, зв'язок зі стресами. Показано, що при хронічному гастриті, який є неодмінним супутником ВХ, також є безперервний, прогресивний дегенеративно-дистрофічний процес (ДДП) – від гострого хелікобактерного гастриту до хронічного атрофічного гастриту з розвитком колагенізації базальної мембрани капілярів слизової оболонки шлунку, що призводить до функціональної недостатності та розвитку пухлин.

Враховуючи це, можливо зробити висновок про те, що хронічна ВХ є самостійним захворюванням шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), патогенез якого реалізується шляхом субклінічно перебігаючого процесу запалення на рівні мікросудин гастродуоденальної зони – гастроваскулярним континуумом (ГВК). Особливість ГВК полягає в ураженні генетично детермінованих некритичних органів-мішеней (шлунку і ДПК, «*lokus minoris resistenciae*»), на відміну від ССК, при якому вражається серце, мозок і нирки, функціональна недостатність яких не завжди дає можливість виникнути пухлинному процесу як кінцевого етапу розвитку ДДП.

Визнання існування ГВК при ВХ, а можливо і при хворобах інших органів травлення, дозволить переглянути цілі і завдання лікування в період реабілітації. Основним завданням реабілітації хворих ВХ стає нормалізація центральної і регіональної гемодинаміки, мікроциркуляції, корекція метаболізму і імунного статусу хворих.

ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЙ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Дроздова І.В., *Сидорова М.Г.

*ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України”, м. Дніпропетровськ*

**Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара*

Мета: встановити межі «норми-патології» ехокардіографічних показників при діагностиці хронічної серцевої недостатності. Доплерехокардіографія була проведена на апараті “Sonos 7500” фірми Phillips 165 хворим із ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією, віком від 35 до 65 років. Клінічно у 2 осіб було встановлено відсутність серцевої недостатності (СН), у 67 пацієнтів – СН І ст., у 67 хворих – СН 2А ст., у 29 осіб – СН 2Б ст. Найбільшу інформативність для хворих із ХСН мали: діаметр аорти на рівні клапанів, фракція викиду, індекс кореня аорти, систолічне розходження стулок аортального клапану, кінцево-діастолічний розмір правого шлуночка, в лівому шлуночку індекс кінцево-діастолічного розміру, кінцево-діастолічний об'єм, кінцево-систолічний розмір; індекс лівого передсердя, розмір лівого передсердя; кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка. За результатами кластерізації було виділено п'ять кластерів: до першого кластеру увійшли особи із СН 0 ст., до другого – з СН І ст., третій кластер характеризує хворих на СН ІІ А ст., а четвертий – на СН ІІ Б ст., п'ятий кластер – на СН ІІІ ст. Статистична рівність “медичних норм” та встановлених нами спостерігалась стосовно діаметру аорти та індексу кореня аорти, систолічного розходження стулок аортального клапану, індексу лівого передсердя. Прогресування ХСН у хворих проявлялось відхиленнями від норми показників ударного об'єму, фракції викиду – при порушенні скорочувальної здатності міокарду; товщини задньої стінки та відносної товщини міокарду лівого шлуночка, товщини міжшлуночкової перегородки, маси міокарду та індексу маси міокарду лівого шлуночка – при компенсаторній гіпертрофії серця на початкових стадіях СН; показників кінцево-систолічного розміру та об'єму, величин кінцево-діастолічного розміру та об'єму лівого шлуночка – при дилатації порожнини серця, внаслідок збільшення в них об'єму крові та розтягнення міокарду; розміру лівого передсердя та кінцево-діастолічного розміру правого шлуночка, середнього тиску у легеневій артерії – при подальшому прогресуванні ХСН. Запропоновано інформаційну технологію ультразвукової діагностики ХСН, що забезпечує відбір інформативних ознак, оцінку якості розбиття, підтримку прийняття рішень, встановлення меж “норми-патології” та може бути використана в практиці медико-соціальної експертизи.

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ: ПРОВІДНІ ТЕНДЕНЦІЇ ДИНАМІКИ ІНВАЛІДНОСТІ

Дроздова І.В., Ханюкова І.Я., Омельницька Л.В., *Мацуга О.М.

ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України”, м. Дніпропетровськ,

*Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара

Мета роботи: дати оцінку первинної інвалідності (ПІ) внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні.

Показник ПІ дорослого населення (ДН) внаслідок ІХС за останнє десятиріччя становив 4,6 на 10 тис. нас., у 2010 р. в порівнянні з 2001 він знизився на 19,1 % та складав 3,8 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем ПІ ДН щодо цієї патології за вказаний термін займали Київ (8,2) Миколаївська й Чернігівська (по 6,7); найнижчі – Житомирська (2,5), Сумська (2,6), Закарпатська (2,9) області. Найзначніше зростання показника ПІ за десятиріччя спостерігалось у Закарпатській (105,9 %), Тернопільській (61,9 %) і Запорізькій областях (48,0 %); найсуттєвіше зменшення – у АР Крим (65,5 %), Севастополі (44,2 %), Києві (43,8 %). За даними статистичної звітності у 2010 р. вищі рангові місця за рівнем ПІ ДН внаслідок ІХС посідали Київ (5,9), Вінницька (5,6) і Миколаївська (5,3); нижчі – Житомирська, Сумська (по 2,4) та Кіровоградська (2,8 на 10 тис. нас.) області. По відношенню до рівня інвалідності дорослого населення України щодо цієї патології у 2010 році відносний ризик зростання був високим у Києві (1,5), Вінницькій (1,4), Миколаївській і Черкаській (по 1,3) областях.

Показник ПІ населення працездатного віку (ПН) внаслідок ІХС за останнє десятиріччя в середньому становив 3,7 на 10 тис. нас., у 2010 р. в порівнянні з 2001 він зріс на 18,8 % та складав 3,8 на 10 тис. нас. Найвищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності за даний термін займали Львівська (5,3), Чернівецька (4,8), Миколаївська (4,7); найнижчі – Сумська, Житомирська (по 2,3), Запорізька (2,7 на 10 тис. нас.) області. Найсуттєвіше збільшення даного показника за вказаний період відбувалось у Закарпатській (131,6 %), Миколаївській (85,7 %) і Тернопільській областях (81,0 %); найзначніше зменшення – у АР Крим, Львівському (по 36,2 %) та Київському (17,1%) регіонах. За даними статистичної звітності у 2010 р. перші рангові місця за рівнем ПІ ПН внаслідок ІХС займали Київ (5,0), Миколаївська (5,2), Чернівецька (5,1); останні – Сумська (2,5), Житомирська, Кіровоградська області (по 2,8) й Севастополь (2,6 на 10 тис. нас.). По відношенню до рівня інвалідності ПН України у 2010 році відносний ризик зростання цього показника високий у Миколаївській, Чернівецькій областях і в Києві (по 1,3).

Запропонований підхід до аналізу динаміки інвалідності внаслідок ІХС дає можливість не тільки узагальнити дані щодо інвалідності за тривалий проміжок часу; встановити провідні тенденції за вказаний термін; виділити області високим, середнім і низьким рівнями інвалідності; оцінити ризик зростання інвалідності внаслідок цієї патології; а й моделювати дані інвалідності на рік чи два та розраховувати рівень «схованої інвалідності» в різних регіонах України.

ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА МВ НА ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Степанова Е.В., Крючков Е.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является наиболее частым осложнением при сахарном диабете (СД) 2 типа. Кроме того, ИБС занимает первое место среди всех причин смерти лиц, страдающих от СД 2 типа.

Цель исследования: изучить влияние триметазида МВ в сочетании с базисной терапией на течение ИБС на фоне СД типа 2, качество жизни и ближайший прогноз этих больных.

Материалы и методы: нами было обследовано 50 пациентов с ИБС и СД 2 типа (30 женщин, 20 мужчин) возрастом от 45 до 75 лет, которые получали триметазидин МВ в дозе 70 мг/сут. в сочетании с базисной терапией на протяжении 12 месяцев. Эффективность терапии оценивалась с помощью ЭХОКГ, ХМ-ЭКГ, тестами шестиминутной ходьбы и по Миннесотскому и Сизтловскому опросникам.

Результаты исследований: при добавлении к базисной терапии триметазида МВ через 12 месяцев отмечено снижение частоты приступов стенокардии у больных, которые принимали триметазидин МВ, что сопровождалось уменьшением потребности в приеме короткодействующих нитратов, отмечено увеличение проходимой дистанции на 17,7 % ($p < 0,05$), в то время как в группе больных, терапия которых не включала триметазидин МВ, параметры оставались прежними (по данным теста шестиминутной ходьбы). Назначение триметазида МВ сопровождалось уменьшением эпизодов безболевой ишемии миокарда – на 38,3 % ($p < 0,001$) по сравнению с больными контрольной группы, уменьшением количества эпизодов желудочковой экстрасистолы – у 31,2%, наджелудочковой – у 25,3 (по ХМ-ЭКГ). По данным ЭХОКГ в группе триметазида МВ отмечено увеличение ФВ на 13,6 % ($p < 0,05$), уменьшение зон гипокинезии МВ на 35,6 %.

Выводы: триметазидин МВ показал высокую эффективность в лечении больных ИБС на фоне СД 2 типа. Исследование показало, что для повышения толерантности к физической нагрузке и улучшения качества жизни у больных ИБС на фоне СД типа 2 целесообразно добавлять к базисной терапии триметазидин МВ в дозе 70 мг/сут.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ЯК ХАРАКТЕРНА ОЗНАКА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ Степанова О.В., * Кравченко Н.О.

Харківський національний медичний університет,
*ДУ Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України, м. Харків

Згідно результатам досліджень, у 70-80 % осіб з ожирінням діагностують неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП). 50-100 % пацієнтів з НАЖХП страждають на ожиріння, у 50-60 % діагностують гіпертонічну хворобу і порушення ліпідного обміну – ознак, характерних для метаболічного синдрому.

Мета дослідження: визначити зв'язок між ожирінням, гіпертригліцеридемією, активністю ферментів печінки, глікемічним профілем та присутністю НАЖХП

Методи: антропометричні дослідження, активність амінотрансфераз, рівень інсуліну натще, рівень глюкози, індекс НОМА, визначення тригліцеридів (ТГ) сироватки крові ферментативним методом, стеатозу печінки за даними УЗД у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та без ожиріння. Серед досліджуваних груп (з ожирінням та без) не виявлено суттєвої різниці між показниками вуглеводного обміну та активністю ферментів печінки у осіб з НАЖХП за винятком показника індексу НОМА у групі з ожирінням.

Серед осіб з підвищеним рівнем ТГ (>1,7 ммоль/л) 1 групи (без ожиріння) жирова печінка відзначена у 6 ((22,7 ± 9,1) %). Випадки поєднання двох критеріїв МС (гіпертригліцеридемія та ожиріння) визначені у 74 осіб, серед них у 41 особи, що становить (36,3 ± 16,4) %, за даними УЗД, виявили жирову печінку, що достовірно перевищує показник для 1 (p = 0,001) та 2 групи без гіпертригліцеридемії (таблиця).

Таблиця – Розподіл хворих в залежності від рівня ТГ (ммоль/л) та наявності НАЖХП по групах (1 – без ожиріння, 2 – з ожирінням)

Наявність НАЖХП	Група, кількість хворих. Статистичний показник (P)									
	ТГ < 1,7 ммоль/л					ТГ ≥ 1,7 ммоль/л				
	1 група (n=11)		2 група (n=17)		P	1 група (n=11)		2 група (n=74)		P
	абс.	%±m%	абс.	%±m%		абс.	%±m%	абс.	%±m%	
Без НАЖХП	4	31,9±10,2	6	12,1±3,4	0,001	5	27,3±9,7	33	45,1±5,2	0,001
З НАЖХП	7	18,1±8,4	11	6,5±2,6	0,001	6	22,7±9,1	41	36,3±16,4	0,001

У випадку відсутності гіпертригліцеридемії відсоток випадків НАЖХП значно нижчий: (18,1 ± 8,4) % – в 1 групі та (6,5 ± 2,6) у 2 групі (p = 0,001).

Таким чином, сполучення двох факторів ризику (гіпертригліцеридемії та ожиріння) значно підвищують ризик появи жирової печінки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И НАРУШЕНИЕМ МИКРОБИОЦИНОЗА

Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Бабанина С.М., Шилкина Л.Н.,
Китура Е.М., Сивидова М.В., Третьякова Л.А.

Высшее государственное учебное заведение Украины
“Украинская медицинская стоматологическая академия”, г. Полтава

Пациенты с заболеваниями слизистой оболочки полости рта хорошо знакомы терапевтам, педиатрам, стоматологам, семейным врачам, однако, диагностика и лечение этих заболеваний вызывает трудности и ставит нерешенные вопросы перед врачами.

Нарушение функции иммунной системы способствует внедрению и активации вирусов, грибов и нарушению состава микрофлоры полости рта и кишечника, что приводит к развитию дисбактериоза. Процесс начинается с незначительных нарушений микрофлоры, затем изменяется иммунный статус, отражаясь на течении основного заболевания. Нарушение микрофлоры, изменения иммунного статуса и проявления болезни следует рассматривать в единстве, где роль пускового механизма может принадлежать в каждом конкретном случае любому из этих компонентов.

Учитывая сложный патогенез развития заболеваний слизистой оболочки полости рта, весьма актуальным является применение препаратов, которые содержат пробиотические бактерии – восстанавливающие микробиоциноз ротовой полости, кишечника, обладающие иммуномодулирующим действием.

Основной группой микроорганизмов, используемых в составе современных препаратов, являются бифидумбактерии и лактобактерии. Особый интерес представляют лактобактерии, которые синтезируют короткоцепочечные жирные кислоты: молочную, уксусную, муравьиную, янтарную.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности препарата БиоГая для коррекции микробиоциноза и иммунного статуса больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Использование пробиотика БиоГая способствовало повышению эффективности лечения и более быстрому клиническому выздоровлению, что проявилось в сокращении сроков лечения на 60 %, значительном уменьшении клинических проявлений заболевания, уменьшении потребности в интенсивности, дозах и сроках применения этиопатогенетических средств.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ІНФЕКЦІЄЮ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

Ждан В.М., Зазикіна Д.С., Флегантова Б.Л.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Відповідно до опублікованих статистичних даних інфекції сечової системи (ІСС) реєструються впродовж життя у 50 % - 70 % осіб жіночої статі. В сучасних умовах проблема діагностики, лікування і профілактики ІСС набуває значної актуальності завдяки тому, що у 37 % - 57 % школярів з наявністю бактеріурії розвивається симптомна ІСС. В плані обстеження пацієнтів пропонується призначати бактеріологічне дослідження сечі з виявленням колонієутворюючих одиниць в 1 мл сечі (КУО/мм), оцінювати зміни в аналізах сечі – піурія, бактеріурія, сольовий осад при мікроскопії сечі в сукупності з клінічними проявами захворювання. Зазвичай всі симптоми, синдроми і хвороби сечо-статевої системи сімейний лікар обговорює з урологом і гінекологом. Ми впевнені, що завжди треба оцінювати ступінь користі і шкоди не тільки при лікуванні, але і при проведенні обстеження, а саме: за наявністю вільного сечовиділення не потрібно призначати катетеризацію для отримання сечі на аналіз, враховувати шкоду рентгенівського опромінення на плід при призначенні оглядової урограми вагітним жінкам, орієнтація на трьохразовий, а не одноразовий посів сечі на мікрофлору з дослідженням чутливості мікрофлори до антибіотиків. Вважаємо за доцільне навчати сімейних лікарів методиці комплексного оцінювання стану здоров'я пацієнтів, особливо вагітних. Має значення виявлення носіїв інфекції сечової системи, що підлягає лікуванню, призначення лікування сексуальних партнерів одночасно, проведення корекції при сольових діатезах, особливо фосфатурії. Виявляємо наявність прихованого дефіциту заліза в організмі вагітної. Відомо, що залізодефіцитний стан вагітної може сприяти гіпоксії і гіпотрофії плода, передчасному виливу навколоплідних вод і прееклампсії. Хронічний дефіцит заліза в організмі зменшує опірність людини проти інфекційних захворювань, внаслідок чого пацієнти не виліковуються від ІСС. Звертаємо увагу на те, що різнопланові рекомендації з питань лікування завжди ускладнюють роботу сімейного лікаря. Стосовно використання нітрофуранів наводимо дані протилежних рекомендацій: згідно з наказом МОЗ України № 330 від 18.06.2007 – для лікування бактеріурії у вагітних треба призначати нітрофурантоїн, а за матеріалами симпозіуму «Інфекції сечової системи і вагітність» у Донецькому національному медичному університеті ім. М.Горького (2011 рік) показання для використання фуразидину при вагітності остаточно не визначені. Отже, оцінювання комплексу порушень в організмі людини дозволить адекватно лікувати інфекції сечової системи, особливо у вагітних і тим сприяти збереженню здоров'я матері і майбутньої дитини.

ЗВ'ЯЗОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ З АКТИВНІСТЮ ФЕРМЕНТІВ ПЕЧІНКИ У ЧОЛОВІКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТОНІЄЮ

Степанова О.В., *Кравченко Н.О.

Харківський національний медичний університет,

*ДУ Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України, м. Харків

Було досліджено, що трансамінази печінки пов'язані з розвитком діабету 2 типу, і навіть рівень аланін амінотрансферази, який сягає верхньої межі норми є предиктором діабету.

Мета дослідження: визначити зв'язок між ожирінням, активністю ферментів печінки, інсулінорезистентністю (ІР) та антропометричними показниками серед чоловіків з артеріальною гіпертонією (АГ)

Методи: антропометричні дослідження, клінічний метод визначення активності амінотрансфераз (гама-глутаміл-трансферази (ГГт), аспартат- (АсАт) та аланіламінотрансферази (АлАт), глюкози натще, індексу НОМА, ІФА рівня імунореактивного інсуліну (ІРІ).

Проведено кореляційний аналіз між АлАт, АсАт, ГГт, глюкозою, ІРІ, індексом НОМА та антропометричними показниками: індексом маси тіла (ІМТ) та обхватом талії (ОТ) серед чоловіків 1(без ожиріння) та 2 (з ожирінням) групи (таблиця).

Таблиця – Коефіцієнти кореляції між даними антропометричних досліджень та показники метаболічних порушень у чоловіків з АГ, ІР без ожиріння (А) та з ожирінням (В).

А

Показники	Глюкоза	ІРІ	НОМА	ІМТ	ОТ
НОМА	0,29	0,99	1,00	0,48	0,57
АсАт	0,14	0,27	0,28	0,22	0,27
АлАт	0,27	0,35	0,37	0,15	0,29
ГГт	0,54	0,63	0,67	0,42	0,40

В

Показники	Глюкоза	ІРІ	НОМА	ІМТ	ОТ
НОМА	0,24	0,97	1,00	0,38	0,34
АсАт	0,13	0,11	0,15	0,20	0,23
АлАт	0,31	0,22	0,30	0,30	0,34
ГГт	0,34	0,58	0,63	0,27	0,16

Серед чоловіків без діабету в обох групах підвищений рівень ГГт в більшій мірі пов'язаний з ІР. Навіть верхня межа норми ГГт у чоловіків свідчить про ІР і може бути підставою для рекомендацій по зміні способу життя з метою зниження ваги, а у випадку неефективності цих засобів є підставою для призначення препаратів тіазолідиндіонового ряду з метою корекції метаболічних порушень, які супроводжують ІР.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Степанова Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Артериальная гипертония (АГ) является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – ишемической болезни сердца (ИБС) и мозгового инсульта (МИ), определяющих высокую смертность в нашей стране.

Цель исследования: оценить влияние комбинированной терапии иАПФ периндоприла и диуретика индапамида на динамику показателей суточного мониторирования АД (СМАД), ригидности сосудистой стенки и внутрисердечной гемодинамики у пациентов с АГ в сочетании ИБС.

Материалы и методы: обследовано 45 больных (30 мужчин, 15 женщин) с АГ I-III ст. в сочетании с ИБС в возрасте от 38 до 80 лет. Периндоприл назначался в дозе 10 мг, индапамид – 1,5 мг. Пациентам исходно и через 12 недель проводили оценку показателей внутрисердечной гемодинамики ЭХОКГ

Результаты: по результатам СМАД на фоне комбинированной терапии целевые значения АД достигнуты у 74,4 % пациентов. Отмечено снижение систолического АД (САД) на 17,6 %, диастолического АД (ДАД) на 10,9 %. По данным ЭХОКГ отмечено: снижение индекса массы миокарда на 14,8 %, уменьшение размеров КСР, КДР, увеличение Е/А на 22,6 % ($p < 0,05$), ФВ ЛЖ на 18,8 %, снижение ОПСС на 14,9 % ($p < 0,05$).

Выводы: у пациентов с АГ в сочетании с ИБС применение комбинированной терапии приводит к снижению показателей СМАД и благоприятно влияет на показатели центральной гемодинамики и ремоделирование сердца.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Ждан В.М., Лебідь В.Г.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Остеоартроз (ОА) – найпоширеніша форма ураження суглобів і найголовніша причина непрацездатності, що викликає погіршення якості життя пацієнтів і значні фінансові витрати, складає 80 % усієї патології суглобів. Відзначено, що в популяції досить частим є поєднання ОА і артеріальної гіпертензії (АГ), яке спостерігається в 40-70 % хворих. На даний час не існує єдиної думки про вплив комплексної терапії на рівень АТ у хворих на ОА у поєднанні з АГ.

У дослідженні взяли участь 29 пацієнтів, чоловіків і жінок у віці 49-64 років з ОА I-II стадії в поєднанні з АГ I-II ст. Контрольна група – 20 здорових осіб. Основній групі призначалася традиційна патогенетична терапія, яка включала: хондропротектор Мукосат нео в перші три дні лікування. Вводили Мукосат нео по 2 мл внутрішньом'язово і, за відсутністю алергічних реакцій, з четвертого дня вводили щоденно 2 мл Мукосату нео параартикулярно в ділянку колінних суглобів, курс лікування дорівнював 30 ін'єкцій; іАПФ (лізиноприл 5-10 мг на добу, 6 міс.), препарати кальцію (кальцемін адванс або сільвер, або кальцій Д₃ нікомед по 2 таблетки на добу протягом 4 міс. в весняний і осінній періоди).

Ефект лікування оцінювали за індексом Lequesne, Річі, оцінку болю при ходьбі, наявність труднощів у повсякденному житті, обсяг рухів, аналіз больового та запального індексу показники візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю, ранкову скутість, проводили моніторування АТ до лікування та через 1 міс. ЕхоКГ виконували при поступленні та через 1 міс., УЗД колінних суглобів та оцінку якості життя по EuroQol-5D проводили при поступленні та через 6 міс. Проведено загальноклінічні, біохімічні та імунологічні обстеження. Результати оцінювання динаміки тяжкості ОА за індексом Lequesne свідчать, що у хворих вираженість болю при рухах зменшилася після лікування на 52 %, ранкова скутість на 22 %, вираженість болю після стояння протягом 30 хв. – 28 %, після подолання певної дистанції – на 54 %, зменшення вираженості болю та дискомфорту при підйомі з положення сидячи – на 36 %. Якість життя за критеріями EuroQol-5D – зменшилися на 50 % труднощі під час ходьби, також при виконанні повсякденної роботи – на 42 %, помірний біль та дискомфорт зменшилися на 31 %, покращився настрій хворих про це свідчить зменшення помірної тривоги і помірних депресій.

Отже, оцінка клінічної ефективності препарату Мукосат нео свідчить про позитивний вплив на артрологічний статус хворих на ОА в поєднанні з АГ.

**L-АРГІНІН В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНЕ
ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Ждан В.М., Штомпель В.Ю., Настрога В.С.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) являються одними із головних причин інвалідності і смертності у світі. Їх поєднаний перебіг зустрічається в клінічній практиці досить часто і супроводжується «синдромом взаємного обтяження». Однією із спільних патогенетичних ланок ІХС та ХОЗЛ є ендотеліальна дисфункція із значним зниженням синтезу оксиду азоту (NO) – вазодилататора, одного із чинників корекції судинного тону. Це обумовлює подальше прогресування ураження серця і легень.

Мета дослідження – вивчення клінічної ефективності застосування тівортину (L-аргініну – попередника синтезу NO) у хворих на ІХС із супутнім ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Обстежено 29 хворих на ІХС (стабільну стенокардію напруги ФК I-II) із супутнім ХОЗЛ I-II стадій. Середній вік пацієнтів становив $(61,2 \pm 2,7)$ років. Обстеження хворих проводилося із використанням клінічних, лабораторних (загальноклінічні, ліпідограма, коагулограма) та інструментальних (електрокардіографія, ехокардіоскопія, спірографія) методів. Для оцінки впливу задишки на повсякденну активність використовували шкалу MRC, яка рекомендована для оцінки респіраторної симптоматики при ХОЗЛ. Пацієнти були розподілені на дві групи, співставлені за віком і статтю та ступенем функціональних порушень. Хворим I групи (14 осіб) призначали базисну терапію (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, нітрати, інгаляційні бронхолітики пролонгованої дії). II групі хворих (15 осіб) до базисної терапії був доданий тівортин по 5 мл 3 рази на добу.

Результати. Серед пацієнтів з поєднаною патологією показники впливу задишки на повсякденну активність становили переважно 2 (51,2 % хворих) і 3 (21,3 % хворих) бали. При додаванні до комплексної терапії тівортину відмічена виражена клінічна ефективність, зниження впливу задишки на повсякденну активність, вірогідне зменшення ступеню обструктивних змін дихальних шляхів – збільшення ОФВ₁ на 16,4 %, ОФВ₁/ФЖЕЛ – на 17,2 %. Крім того, відмічено зниження загального холестерину на 13,2 % і ліпопротеїдів низької щільності на 14,9 %, тоді як у хворих, що отримували базисну терапію вірогідних змін показників не виявлено.

Отже, додавання тівортину до комплексної терапії хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ підвищує ефективність лікування.

**АКТИВНІСТЬ АЛАНІНАМІНОТРАНСФЕРАЗИ ЯК
ПРЕДИКАТИВНИЙ ФАКТОР НЕАЛКОГОЛЬНОЇ
ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ**

Степанова О.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Підвищений рівень аланінамінотрансферази (АлАт) свідчать про жирову печінку, стану, який характеризується інсулінорезистентністю і високим ризиком розвитку діабету.

Мета дослідження: визначити зв'язок між ожирінням, активністю ферментів печінки, та присутністю неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Методи: визначення активності амінотрансфераз, стеатозу печінки за даними УЗД у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та без ожиріння.

Проведено аналіз чутливості та специфічності нових критеріїв НАЖХП (рівень АлАт для жінок понад – 0,32 ммоль/г.л та 0,49 ммоль/г.л для чоловіків на протязі шести місяців) серед пацієнтів з ожирінням у порівнянні з клінічними критеріями 0,65 ммоль/г.л) (табл. 1.) та без ожиріння (табл. 2).

Таблиця 1 – Чутливість та специфічність діагностики НАЖХП за рівнем АлАт відносно УЗД в групі хворих з ожирінням.

Показник. Порогове значення (ммоль/г.л)	Всього (пац.)	Чутливість			Специфічність		
		ІП (пац.)	ХН (пац.)	$\bar{x} \pm \delta$	ІН (пац.)	ХП (пац.)	$\bar{x} \pm \delta$
АлАт (ж – 0,32, м – 0,49)	91	38	14	0,73 \pm 0,06	19	20	0,49 \pm 0,08
АлАт – 0,65	91	19	33	0,37 \pm 0,07	33	6	0,85 \pm 0,06

Примітка: ІП – істинно позитивні, ХН – хибно негативні, ІН – істинно негативні, ХП – хибно позитивні

Таблиця 2 – Чутливість та специфічність діагностики НАЖХП за рівнем АлАт відносно УЗД в групі хворих без ожиріння.

Показник. Порогове значення (ммоль/г.л)	Всього (пац.)	Чутливість			Специфічність		
		ІП (пац.)	ХН (пац.)	Вірогідність	ІН (пац.)	ХП (пац.)	$\bar{x} \pm \delta$
АлАт (ж – 0,32, м – 0,49)	22	10	3	0,77 \pm 0,12	6	3	0,67 \pm 0,17
АлАт – 0,65	22	8	5	0,62 \pm 0,14	7	2	0,78 \pm 0,15

Чутливість діагностування НАЖХП на підставі клінічного критерію (рівень АлАт 0,65 ммоль/г.л і вищий) становить $(0,62 \pm 0,14)$ проти $(0,77 \pm 0,15)$ для переглянутих критеріїв, значення показника специфічності при цьому знижується $((0,78 \pm 0,15)$ проти $(0,67 \pm 0,17))$.

Результати свідчать, що запропоновані критерії удвічі збільшують чутливість діагностики НАЖХП.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ
ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

**Старченко Т.Г., Першина К.С., Рєзнік Л.А.,
Грідасова Л.М., Конькова В.С.**

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

Мета роботи – вивчення впливу комбінованої антигіпертензивної терапії на структурні та функціональні параметри лівого шлуночка (ЛШ) серця у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріал і методи. Обстежено 28 хворих на ГХ з ЦД 2 типу. Вивчення структурно-функціональних параметрів серця проводили за допомогою ехокардіографії за стандартною методикою. Стан діастолічної функції ЛШ серця оцінювали за величиною трансмітрального діастолічного кровотоку в імпульсно-волновому режимі. При цьому визначали масу міокарда ЛШ (ММЛШ), індекс маси міокарда ЛШ (ІММЛШ), товщину задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) та товщину міжшлункової перетинки (ТМШП) ЛШ, максимальну швидкість раннього діастолічного потоку (Е), максимальну швидкість потоку передсердної систоли (А), їх співвідношення (Е/А) та час сповільнення кровотоку в фазу ранньої діастолі (DcT). Всім хворим проводили вивчення цих показників до призначення терапії та через 1 рік їх прийому. Лікування включало периндоприл 10 мг на добу з небівололом 5 мг на добу, яке отримували 12 осіб та 13 осіб отримували зазначену терапію з включенням індапаміду 1,5 мг на добу.

Результати. Встановлено, що дана двокомпонентна та трикомпонентна терапія володіла високою антигіпертензивною ефективністю: відповідно 60 % та 77 %. Вивчення впливу двокомпонентної та трикомпонентної терапії не виявило суттєвих відмінностей до та після лікування таких показників як ТЗСЛШ, ТМШП, ММЛШ, що може свідчити про гальмування серцевого ремоделювання. Вивчення функціональних характеристик міокарда виявило покращення стану діастолічної функції ЛШ при обох варіантах антигіпертензивної терапії. При цьому, найбільш суттєві зміни спостерігалися при включенні до антигіпертензивної терапії індапаміду. Так, підвищення показника Е/А ($0,12 \pm 0,03$) в динаміці трикомпонентної антигіпертензивної терапії було вірогідно ($p < 0,05$) краще вираженим, ніж при застосуванні двох антигіпертензивних препаратів ($0,60 \pm 0,02$).

Висновки. Комбінована дво- та трикомпонентна антигіпертензивна терапія викликала вірогідне покращення функціональних показників, в той час як структурні параметри свідчили лише про гальмування серцевого ремоделювання.

**СТАН СИСТЕМИ КОМПЛЕМЕНТУ У ХВОРИХ
З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Железнякова Н.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: вивчити стан системи комплементу у хворих з коморбідним перебігом ХОЗЛ і хронічного панкреатиту.

Матеріали і методи: обстежено 92 хворих з ХОЗЛ у фазі загострення, у 63 з яких було діагностовано хронічний панкреатит. Діагноз встановлювали на підставі клініко-анамнестичних даних, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження. Нормативні показники були отримані при обстеженні 20 практично здорових осіб аналогічної статі і віку (контрольна група). Стан системи комплементу оцінювали за змістом її провідних компонентів, а саме С3 і С5, а також загальної суми компонентів комплементу. Визначення проводилося з використанням методу 50% гемолізу з перерахунком за стандартним графіком. Статистична обробка результатів проводилася на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійних програм «Microsoft Excel» та «Statistica 6.0».

Результати. Проведене дослідження показало, що у хворих з ізольованим перебігом ХОЗЛ величина С3 складала ($0,96 \pm 0,02$) мг/л, при рівні даного показника у групі контролю ($1,4 \pm 0,04$) мг/л, а рівень комплементу С5 – ($53,8 \pm 2,3$) мг/л, при його контрольному значенні – ($64,7 \pm 3,2$) мг/л. Сумарне значення компонентів комплементу також не досягало показників контрольної групи ($75,4 \pm 3,8$) кМЕ/л і становило ($62,4 \pm 3,4$) кМЕ/л. У той же час, у хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ та хронічного панкреатиту було відмічено збільшення даних показників: С3 до ($2,98 \pm 0,2$) мг/л і С5 до ($72,9 \pm 3,2$) мг/л, а сумарного показника компонентів комплементу до ($82,3 \pm 4,8$) кМЕ/л.

Висновки. Наявність хронічного панкреатиту у хворих на ХОЗЛ призводить до активації системи комплементу, що можна розглядати як один з факторів розвитку аутоімунних процесів. Дані зміни можуть сприяти пролонгації фази загострення і перешкоджати розвитку повноцінної клінічної та лабораторної ремісії, що, в свою чергу, може призводити до більш швидкого прогресування патологічного процесу та розвитку ускладнень.

**МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФОСФОЛІПІДІВ
В ТЕРАПІІ ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**
Журавльова Л.В., Александрова Н.К., Летік І.В., Федоров В.О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Синергізм ушкоджувальної дії окремих патологічних станів значно поглиблює клінічну картину кожного з них, здійснюючи несприятливий вплив на організм в цілому. Питання ефективності лікарських засобів при поєднаній патології потребують подальшого вивчення.

Мета роботи: оптимізація ефективності лікування хворих з поєднаною патологією за допомогою використання препарату Гепафорте.

Матеріали та методи: обстежено 49 хворих з алкогольною хворобою печінки (АХП) на стадії алкогольного гепатиту різного ступеня активності, у яких була діагностовано ішемічна хвороба серця (ІХС), стабільна стенокардія. Чоловіків – 37, жінок – 12 віком від 41 до 52 років (середній вік – $(45,3 \pm 4,6)$ років). Тривалість захворювання на АХП – від 3 до 11 років, на ІХС – від 2 до 9 років. Контрольна група – 10 хворих з ІХС без ознак АХП. Діагнози АХП та ІХС були верифіковані згідно з даними клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Визначали АлАТ, АсАТ, ЛФ, ГГТП, загальний холестерин (ХС), тригліцериди (ТГ), холестерин ЛПНЩ та ЛНВЩ, проводили ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини та серця. Активність АХП визначалася за рівнем вмісту сироваткової АлАТ. Усім хворим проводилося лікування даної поліморбідної патології згідно із загальноприйнятими стандартами терапії з включенням в схему терапії Гепафорте, група фосфоліпідів (ФЛ) в поєднанні з вітамінами. Препарат призначали по 2 капсули 3 рази на добу під час їжі, курс лікування – 8-10 тижнів.

Результати. Відмічено, що у хворих з АХП спостерігалися вірогідні зміни основних біохімічних показників сироватки крові, які визначають функціональний стан гепатоцитів ($p < 0,05$), при УЗД печінки виявлено збільшення розмірів органа, гіперехогенність та неоднорідність структури. При УЗД серця виявлено тенденцію до збільшення кінцевого систолічного та діастолічного розмірів та обсягу лівого шлуночка, удалого об'єму та зниження фракції викиду. У хворих достовірно знижувався рівні АлАТ, АсАТ ($p < 0,05$), що підтверджує мембраностабілізуючий вплив препарату, а також рівні ХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, підвищився рівень ХС ЛПВЩ ($p < 0,05$).

Висновки. Використання ФЛ поряд із загальноприйнятою терапією у хворих з АХП на фоні ІХС сприяє нормалізації функціонального стану печінки. Позитивний вплив препарату Гепафорте на стан ліпідного спектру крові, відсутність побічної дії, добра переносимість дозволяє використовувати його для вторинної профілактики атеросклерозу у хворих з поєднаною патологією (АХП та ІХС).

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЦА
У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ**
Старченко Т.Г., Першина Е.С., Мазий В.В., Корнейчук И.А.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Цель – изучить структурно-функциональные параметры сердца в динамике комбинированного лечения у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без него.

Материал и методы: обследовано 114 больных ГБ, из которых 59 имели сопутствующий СД 2 типа. Всем больным назначали комбинированную антигипертензивную терапию олмесартаном в суточной дозе 20-40 мг 1 раз в день в сочетании с лерканидипином в дозе 10-20 мг в сутки вечером на фоне гиполипидемической (аторвастатин 10-20 мг в сутки) и антидиабетической (диета с низким содержанием углеводов или диета с метформином в дозе 850-1000 мг в 2 приема). Курс лечения составил 1 год. В динамике лечения определяли массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), максимальную скорость раннего диастолического потока (Е), максимальную скорость потока предсердной систолы (А), их соотношение (Е/А) и время замедления скорости кровотока в фазу ранней диастолы (DcT).

Результаты. На фоне данной терапии достижение целевых уровней артериального давления было выявлено у 77 % пациентов с СД 2 типа и у 82 % – без СД. Нарушение диастолической функции ЛЖ выявлено при ГБ с СД 2 типа – в 89,5 % случаев и у 69,7 % – без СД. В динамике курсового лечения указанными препаратами как при ГБ с СД 2 типа, так и без него установлено существенное улучшение параметров диастолической функции ЛЖ, что проявлялось в достоверном повышении показателя Е/А и достоверном снижении DcT в сравнении с исходными показателями как при ГБ с СД 2 типа, так и без него: соответственно, $(0,82 \pm 0,07)$, $(1,09 \pm 0,05)$, $p < 0,05$ и (268 ± 12) мс, (236 ± 6) мс, $p < 0,05$; $(1,16 \pm 0,04)$, $(1,29 \pm 0,07)$, $p < 0,01$ и $(232,5 \pm 4,1)$ мс, $(216 \pm 5,1)$ мс, $p < 0,01$. Анализ показателей, характеризующих выраженность ГЛЖ, показал, что апробированная комбинированная терапия тормозит дальнейшее прогрессирование степени ГЛЖ у больных ГБ с СД 2 типа, в то время как при ГБ без СД удалось достичь статистически значимое уменьшение ММЛЖ в сравнении с больными с сопутствующим СД 2 типа.

Выводы: курсовая (1 год) комбинированная терапия олмесартаном и лерканидипином на фоне аторвастатина и метформина достоверно улучшает диастолическую функцию ЛЖ у больных ГБ независимо от наличия СД 2 типа, достоверно уменьшает ГЛЖ при ГБ без СД, а у больных с сопутствующим СД 2 типа тормозит дальнейшее прогрессирование ГЛЖ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РОЗУВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Стадник О.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

На фоне распространенного атеросклероза среди прогрессирующих нефропатий пожилого и старческого возраста наиболее часто встречающейся является ишемическая болезнь почек (ИБП). Это заболевание характеризуется высокой вероятностью прогрессирования почечной недостаточности и неблагоприятным сердечно-сосудистым прогнозом, что связано с агрессивностью имеющихся факторов риска – дислипотеинемии, сахарного диабета, ожирения, большой частоты курения, а также артериальной гипертензией (АГ).

Цель – оценка состояния липидного обмена у больных АГ и ИБП, а также гиполипидемическая эффективность розувастатина у данной категории больных.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов с ИБП (24 мужчины и 6 женщин), 60 с АГ I-II степени (37 мужчин и 24 женщины). Контрольная группа включала 30 человек (16 мужчин и 14 женщин). Средний возраст пациентов составил от 34 до 93 лет. У 37 пациентов была диагностирована ИБС, в том числе 8 из них перенесли инфаркт миокарда. Длительность АГ составила ($14,7 \pm 0,32$) лет. Розувастин (Крестор) применяли в суточной дозе 10 мг. Определение основных показателей липидного обмена проводилось до назначения статина и через 56 дней его регулярного приема. Статистическая обработка проводилась с определением медианы и квартилей: нижней, верхней и с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. До начала приема розувастатина в группе больных с АГ I-II средние значения общего холестерина составили 6,39 (5,6; 7,0) ммоль/л ($p < 0,0001$ по сравнению со здоровыми лицами); у больных с ИБП 6,57 (5,8; 7,4) ммоль/л ($p < 0,0001$). Имело место также повышение и ХС ЛПОНП и ХС ЛПНП. Отмечалось снижение содержания в крови ХС ЛПВП. Изменения содержания триглицеридов у больных с АГ I-II ст. и ИБП существенно не различались и составили 2,57 (1,86; 2,94) ммоль/л ($p < 0,0001$). Индекс атерогенности у больных с АГ составил 3,47 (2,71; 4,42) ед., у больных с ИБП 3,56 (2,87; 4,63) ед., у здоровых лиц 2,18 (1,91; 2,36) ед. После проведенного лечения наиболее выраженное уменьшение общего холестерина и ХС ЛПОНП наблюдалось у пациентов с более высокими их значениями в исходном состоянии, у которых уменьшение общего ХС достигало 28-31 %, а ХС ЛПОНП – 36 %. Содержание триглицеридов до и после лечения существенно не изменялось. Уровень в крови креатинина у больных с ИБП незначительно снизился – на 1,8 %, а вот СКФ, а также содержание глюкозы, билирубина, АСТ, АЛТ существенно не изменялись.

Вывод: проатерогенные изменения липидного обмена были характерны для всех больных АГ и ИБП. Они заключались в повышении общего холестерина, ХС ЛПНП, отмечалась тенденция к уменьшению ХС ЛПВП. Восьминедельный прием розувастатина (Крестор) в суточной дозе 10 мг способствовал достоверному улучшению липидного спектра крови.

ПУНКЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Журавлёва Л.В., Власенко А.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одним из распространенных осложнений при сахарном диабете (СД) является неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), которая отрицательно влияет на метаболические процессы в организме.

Цель работы: усовершенствование диагностики неалкогольной жировой болезни печени при сахарном диабете путем проведения биопсии печени и последующим ее морфологическим исследованием.

Материалы и методы: У 14 больных с клиническим диагнозом НАЖБП при СД была проведена пункционная биопсия печени с последующим гистологическим исследованием биоптатов. Окраска проводилась методом гематоксилин – эозин, Судан 3.

Результаты: Во время анализа структурных изменений печени были установлены признаки мелко – и крупнокапельного стеатоза, смешанный фиброз моно – и мультилобулярного распространения с умеренно выраженными признаками паренхиматозной и стромальной реакций. Крупнокапельный стеатоз выявлялся, преимущественно центрилобулярно с большими единичными липидными каплями в цитоплазме, ядро было смещено на периферию гепатоцитов, в синусоидальном пространстве наблюдались гиалиновые шарообразные массы – тельца Меллори. Мелкокапельный стеатоз характеризовался большим количеством мелких липидных капель в клетках печени. Общий инфильтрат был представлен преимущественно нейтрофилами, лимфоцитами, мононуклеарными клетками, кое-где небольшим количеством телец Меллори, склерозом перипортальных трактов с расширением синусоидов и апоптозом гепатоцитов. Наблюдался фиброз смешанного типа с преимуществом перипортального, перисинусоидального, перивентрикулярного или экстенсивного портального фиброза третьей зоны со слабо выраженными признаками паренхиматозной и стромальной реакций. Прослеживалось утолщение и краевая гиалинизация Глиссоновой капсулы. Субкапсулярно отмечались неполные соединительнотканые септы с новообразованными желчными протоками. В единичных портальных трактах локализовались участки лимфоидно-гистиоцитарных инфильтратов, которые не распространялись в печеночные частички. Синусоиды имели преимущественно щелеобразную форму, кое-где наблюдалась их капилляризация.

Выводы. Проведенные морфометрические исследования биоптатов печени больных НАЖБП в сочетании с СД позволяют уточнить диагноз, сопоставить клинико-лабораторные и гистологические проявления, подтвердить наличие неалкогольной жировой болезни печени у этих больных.

ГЕПАТОБІЛІАРНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З ОЖИРІННЯМ

Журавльова Л.В., Моїсєєнко Т.А., Журавльова А.К.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: дослідження впливу ураження гепатобіліарної системи на перебіг цукрового діабету 2 типу (ЦД-2) з ожирінням.

Методи дослідження. Було обстежено 40 пацієнтів, хворих на ЦД-2 у поєднанні з ожирінням. О'бєм обстежень включав: оглядову та динамічну ехогепатохолецистографію; багатофазове дуодентальне зондування з бактеріологічним, клінічним та біохімічним дослідженням жовчі; біохімічне дослідження крові ХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ТГ, вільні жирні кислоти (ВЖК), малоновий діальдегід (МДА), показники гормонального балансу (інсулін, показник НОМА, кортизол, СТГ, ТТГ, пролактин), цитокіни (інтерлейкін-6, туморнекротичний фактор-альфа), альбумін крові та сечі. Контрольна група складалася з 20 здорових донорів, репрезентативних за віковим та гендерним складом групі хворих.

Результати. При ультразвуковому скануванні у 17 хворих на ЦД-2 із ожирінням І ступеню ($\text{ІМТ} = (32,1 \pm 1,5) \text{ кг/м}^2$) та у 19 хворих на ЦД-2 із ожирінням ІІ ступеню ($\text{ІМТ} = (36,8 \pm 2,2) \text{ кг/м}^2$) було виявлено наявність неалкогольного стеатозу печінки (НАСП) та холестерозу жовчного міхура (ХЖМ). У 12 хворих на ЦД-2 із ожирінням І ступеню та у 15 хворих на ЦД-2 із ожирінням ІІ ступеню були виявлені ознаки біліарного сладжу. Наявність НАСП та ХЖМ супроводжується атерогенною дисліпідемією (дефіцитом антиатерогенних фракцій ліпідів (ХС ЛПВЩ) та накопиченням атерогенних фракцій (ХС ЛПНЩ та ВЖК). У хворих із НАСП та ХЖМ мала місце стійка мікроальбумінурія або макроальбумінурія, що є ознакою вираженої ендотеліальної дисфункції. Пацієнти із наявністю вираженої гепатобіліарної дисфункції мали виражений гормональний дисбаланс – феномен інсулінорезистентності (ІР) з гіперінсулінемією, феноменом активації кори наднирників з гіперкортизолемією, феноменом субклінічного гіпотиреозу із підвищенням вмісту ТТГ, феноменом передчасного старіння гіпофізу з підвищенням рівня пролактину та зниженням рівня СТГ. Виявлена позитивна кореляція між вмістом ХС в жовчі та рівнем у сироватці крові ТГ ($\tau = 0,26$; $P < 0,05$), між вмістом ХС в жовчі та рівнем у сироватці крові ХС ($\tau = 0,18$; $P < 0,05$). Мала місце негативна кореляція між вмістом ХС у жовчі та індексом скорочення ЖМ ($\tau = -0,22$; $P < 0,05$). Негативною була кореляція між індексом літогенності жовчі та індексом скорочення ЖМ ($\tau = -0,28$; $P < 0,05$).

Висновки. Стеатоз печінки та дисфункція жовчного міхура (холестероз жовчного міхура) у хворих на ЦД-2 з ожирінням пов'язані з наявністю феномена ІР. Перенасичення жовчі ХС супроводжується зниженням скорочувальної функції ЖМ. Маркерами гепатобіліарної дисфункції є показники ВЖК, МДА, кортизолу, пролактину, ТТГ, СТГ, туморнекротичного фактору, інтерлейкіну-6, індекс НОМА. Органи гепатобіліарної системи слід розглядати як органи-мішені при синдромі ІР. Ураження гепатобіліарної системи сприяє прогресуванню метаболічних та гормональних порушень у хворих на ЦД-2 з ожирінням.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЛМЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Снегурская И.А., Хасанова Х.Д., Мысниченко О.В., Пенькова М.Ю.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков,

**Ташкентский институт усовершенствования врачей,*

Республика Узбекистан

Целью исследования явилось изучение антигипертензивного действия олмесартана (препарат “Кардосал” фирмы “Berlin-Chemie”, Менарини Групп, Германия) у больных гипертонической болезнью, имеющих различные типы суточных профилей по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД).

Обследовано 42 больных гипертонической болезни (ГБ) в сочетании с метаболическим синдромом в возрасте от 28 до 66 лет (средний возраст больных составил (43 ± 2) г.). Олмесартан назначали в виде монотерапии однократно в сутки в дозе 40 мг в течение 8 недель.

В зависимости от типа суточного ритма все больные были разделены на 4 подгруппы: dipper (от англ. dip – ковш) – 15 больных, у которых СНС АД колебалась от 10 % до 22 %; non-dipper – 10 больных со СНС АД < 10 %; over-dipper – 3 человека со СНС АД > 22 %; night-picker – 4 человека со СНС АД < 0 % (отрицательные значения).

В динамике лечения олмесартаном статистически значимое снижение САД(24) и ДАД(24) наблюдалось у night-peaker ($\Delta \text{САД}(24) = (-20,5 \pm 1,4)$ мм рт. ст., $\Delta \text{ДАД} = (-21,7 \pm 2,0)$ мм рт. ст., $p < 0,001$) и non-dipper ($\Delta \text{САД}(24) = (-18,3 \pm 2,4)$ мм рт. ст., $\Delta \text{ДАД} = (-19,2 \pm 1,2)$ мм рт. ст., $p < 0,001$). Наименьшее снижение усредненных значений отмечено у over-dipper ($\Delta \text{САД}(24) = (-8,6 \pm 1,2)$ мм рт. ст., $\Delta \text{ДАД} = (-7,3 \pm 1,4)$ мм рт. ст., $p < 0,05$).

ИБ САД и ДАД достоверно изменились при всех типах суточных кривых. Наименьшая динамика ИВ наблюдалась у over-dipper ($\Delta \text{ИВСАД}(24) = (-18,3 \pm 3,2)$ %, $\Delta \text{ДАД} = (-19,6 \pm 1,2)$ %, $p < 0,05$).

В динамике лечения СНС САД у “non-dipper” увеличилась с $(5,2 \pm 1,2)$ % до $(11,6 \pm 1,4)$ %, СНСДАД с $(3,4 \pm 0,9)$ % до $(10,7 \pm 1,2)$ %, ($p < 0,05$); у “night-peaker”, соответственно, с $(-6,4 \pm 0,4)$ % до $(5,6 \pm 0,9)$ %, с $(-4,8 \pm 0,6)$ % до $(3,1 \pm 0,7)$ %, ($p < 0,001$); у “over-dipper” уменьшилась с $(25,1 \pm 2,4)$ % до $(20,3 \pm 2,7)$ %, ДАД с $(23,5 \pm 1,7)$ % до $(18,6 \pm 3,6)$ %, ($p < 0,05$). У “dipper” СНС САД и ДАД существенно не изменились. Изменение вариабельности в процессе лечения не достигло достоверных значений.

Таким образом, олмесартан оказывал выраженную антигипертензивную эффективность при всех типах суточного профиля. Препарат не оказывал влияния на вариабельность АД. При этом наибольшая динамика среднесуточных величин АД, показателей “нагрузки давлением” наблюдалась у “night-peaker” и “non-dipper”.

СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

Сміян С.І., Лепявко А.А., Слаба У.С., Мартинюк Л.П.,
Комаровський Р.Р., Боднар Р.Я., Гусак С.Р., Лихацька Г.В.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачовського”, Україна

Незважаючи на активне проведення кампаній по боротьбі з тютюнопалінням, у більшості країн світу проблема хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) залишається вкрай актуальною. Якщо протягом попередніх декад захворюваність та смертність від ХОЗЛ серед чоловіків була суттєво вищою, порівняно з жінками, то за останні роки серед представників різних статей величини даних показників практично вирівнялися, а в ряді країн вже переважають серед жінок. Згідно з рядом статистичних даних натеper в усьому світі від ХОЗЛ помирає жінок більше, ніж від раку молочної залози та раку легень разом узятих. Тому постає необхідність з’ясування особливостей розвитку та перебігу ХОЗЛ із врахуванням статевих аспектів.

Дослідження було проведено на 42 чоловіках і жінках, які палять і хворіють на ХОЗЛ I-III стадії. Враховували вік, кількість пачко-років тютюнопаління, наявність супутніх захворювань та кількість загострень ХОЗЛ протягом попереднього року. У всіх хворих оцінювали BODE індекс, який включає об’єм форсованого видиху за 1 с (ОФВ₁), відстань у метрах, яку проходить пацієнт за 6 хв, вираженість задишки за шкалою MMRC, індекс маси тіла (ІМТ).

Результати дослідження показали, що серед хворих на ХОЗЛ жінки були молодшими від чоловіків (відповідно, 56 і 67 років, $p < 0,05$), менше палили (відповідно, 37 і 58 пачко-років, $p < 0,05$), мали менший ІМТ (відповідно, 25 і 28, $p < 0,05$), більшу кількість загострень протягом минулого року (відповідно, 1 і 0, $p < 0,05$) та меншу кількість супутніх захворювань. Статевих відмінностей у величині ОФВ₁ у хворих не було виявлено. У той же час хворі жінки були менш толерантними до фізичного навантаження (відстань, яку вони пройшли за 6 хв., становила 94 % від належної, тоді як у чоловіків цей показник становив 102 %, $p = 0,05$) та мали більше виражену задишку за шкалою MMRC (відповідно, 3.5 і 2.2, $p < 0,05$).

Результати проведеного дослідження вказують на існування ряду статевих відмінностей у розвитку та клінічному перебігу ХОЗЛ, які зумовлені, очевидно, особливостями нейрогуморальної регуляції функцій бронхолегеневої системи, впливом гормонального фону на метаболізм тютюнового диму та різною вираженістю оксидативного стресу, що призводить до пошкодження бронхолегеневої тканини. Подальше вивчення статевих особливостей перебігу ХОЗЛ може сприяти покращенню ефективності лікування цієї розповсюдженої патології.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА И РЕЗИСТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Журавлева Л.В., Сокольникова Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Лептин и резистин – гормоны жировой ткани, действие которых до конца не изучено, однако имеются данные о негативных последствиях лептинорезистентности, а резистин некоторыми учеными связывается с процессами воспалительного ответа.

Целью исследования было оценить корреляционные связи между лептином и резистином и степенью повышения массы тела у пациентов с сахарным диабетом типа 2 (СД-2).

Материал и методы. У 83 больных в возрасте 35-65 лет с СД-2 и повышенной массой тела с давностью диабета от 1 до 9 лет были измерены рост, вес, рассчитан индекс массы тела (ИМТ), были определены уровни лептина иммуноферментным сендвич-методом с помощью набора реактивов «DRG» и резистина иммуноферментным сендвич-методом с помощью набора реактивов «Bio Vendor». Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц с ИМТ < 25. Группы были равноценны по возрасту и полу. Корреляционный анализ проводили между всеми исследуемыми показателями соответственно их закона распределения, высчитывали коэффициент корреляции и степень достоверности полученных результатов.

Результаты. Средний уровень лептина составил $(22,3 \pm 1,4)$ нг/мл ($p < 0,05$) в группе больных СД-2 и $(7,6 \pm 0,35)$ нг/мл ($p < 0,05$) в контрольной группе; средний уровень резистина составил $(12,8 \pm 0,18)$ нг/мл ($p < 0,05$) в группе больных и $(10,1 \pm 0,35)$ нг/мл ($p < 0,05$) в контрольной группе; средний ИМТ составил $(32,3 \pm 0,6)$ кг/м² ($p < 0,05$) в группе больных и $(23,7 \pm 0,3)$ кг/м² ($p < 0,05$) – в контрольной группе. Между уровнем лептина и ИМТ обнаружена высокозначимая корреляционная связь (коэффициент Спирмена 0,89 ($p < 0,05$)), между уровнем резистина и ИМТ также обнаружена значимая корреляционная связь (коэффициент Спирмена 0,74 ($p < 0,05$)). Между лептином и резистином обнаружена значимая корреляционная связь (коэффициент Спирмена 0,49 ($p < 0,05$)).

Выводы. Значимая корреляционная связь между лептином, резистином и ИМТ указывает на связь между повышенной массой тела и, вероятно, процессами воспалительного ответа, что позволяет рассматривать ожирение в качестве вялотекущего воспалительного процесса.

ПРОФІЛАКТИКА ХВОРОБ КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Зазикіна Д.С., Лебідь В.Г., Флегантова Б.Л.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Поширеність хвороб кістково-м'язової системи в Україні впродовж 2000-2011 років збільшилась на 22,3 % серед усього населення та на 12,1 % у людей працездатного віку. Щорічно медичні заклади Полтави і Полтавської області подають звіти за відповідними формами №12, №14, №071-1/0. За статистичними даними цих звітів у рядку №14 представлені «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини». Амбулаторно-поліклінічні заклади (підрозділи) подають звіти про захворювання суглобів у хворих, відповідного району обслуговування (форма №12). Усі захворювання узагальнюються в одну назву «Хвороби кістково-м'язової системи», в яку включають хвороби шифром М 00 – М 99 за МКХ 10 перегляду, окремо виділяють тільки ревматоїдний артрит (МКХ 10 – М 05, М 06, М 08). У подальшому використовують дані форми № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної і соціально-трудової реабілітації». У форми №14 аналогічно форми № 12 всі хвороби поєднані у одну строку. Порівняння статистичних даних форм № 12 з формою №14 свідчить про узагальнення всіх хвороб кістково-м'язової системи. Подальший аналіз статистичних даних хвороб суглобів повертає до форми № 071-1/0 «Зведена відомість обліку захворювань та причин смерті в даному лікувальному закладі» (серед дорослого населення 18 років і старші), в якій виділені ревматоїдний артрит, сольові артропатії (в т.ч. подагричні), артрози, деформуючий артроз та інші порушення суглобів.

Отже, за даними статистичних форм № 12, № 14 і № 071-1/0 відбувається узагальнення звітності, унеможливується оцінка динаміки конкретних захворювань. Оцінка якості вчасної діагностики хвороб кістково-м'язової системи та лікувально-профілактичних заходів щодо збереження працездатності хворих визначається аналізом первинного виходу на інвалідність. Аналіз даних в Полтавській області впродовж 2003-2011 років «Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини» за відповідними формами статистичної звітності свідчить про наступне, має місце: збільшення первинного виходу на інвалідність у зв'язку з хворобами кістково-м'язової системи та сполучної тканини в Полтавській області; зростання питомої ваги інвалідів у віці від 18 до 39 років у загальній кількості інвалідів працездатного віку; статистичні форми № 12 і № 14 унеможливають окреме виділення конкретних захворювань кістково-суглобової системи.

Отже, виявлення хвороб і проведення профілактичних заходів щодо конкретного захворювання кістково-м'язової системи має проводитись сімейним лікарем, що дасть змогу запобігти інвалідизації осіб працездатного віку.

ДИНАМІКА АРТРАЛІЧНОГО СТАТУСУ У ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОАРТРОЗОМ НА ТЛІ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ

Сміян С.І., Гусак С.Р., Грималюк Н.В., Маховська О.С., Задорожна Л.В.,
Легка Л.Л., Антюк Ж.О., Яцишин Х.Р., Боднар Р.Я., Даньчак С.В.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачовського”, Україна

На сьогодні проблема лікування первинного остеоартрозу (ОА) полягає в неможливості досягнення тривалої ремісії, а також у невизначених, а точніше недоведених з позиції доказової медицини, лонгitudинальних термінів хондропротекторної терапії.

Мета дослідження – на підставі моніторингу клінічної симптоматики у пацієнтів з ОА оцінити ефективність тривалого застосування препарату з хондропротекторним впливом – Структум.

Для реалізації поставленої мети нами обстежено 86 хворих на первинний ОА віком від 35 до 76 років, серед яких 69 % – жінки. Серед обстежених хворих на ОА найчастіше виявляли II рентгенологічну стадію – у 78 %, I – у 22 % випадків. Тривалість захворювання становила в середньому ($9,2 \pm 3,71$) року. З метою проведення порівняльної оцінки хворих розподілили на дві репрезентативні за віком, статтю групи: 1-ша група – пацієнти з ОА, що за різних умов застосовували монотерапію нестероїдними протизапальними засобами (НПЗП), 2-га група – хворі з ОА, які за призначенням отримували Структум 6-місячним курсом щорічно протягом 5 років. Моніторинг клінічної симптоматики проводили через 6; 12; 24; 36; 48 і 60 міс. лікування. Зведені величини суглобового синдрому мали достовірну позитивну динаміку: при застосуванні НПЗП очікуваний ефект констатували на 14-й день застосування, а при застосуванні Структуму – на 6-й тиждень з моменту старту терапії. Слід зауважити, що на 6-й тиждень спостереження у 1-й групі пацієнтів, які отримували лише НПЗП, відзначали погіршення клінічної симптоматики.

Оцінка впливу лікування на біохімічні показники свідчила про достовірні зміни вмісту румалончутливих В-лімфоцитів і оксипроліну в напрямку їх нормалізації у пацієнтів (2-га група), які отримували Структум, тоді як за умов використання монотерапії НПЗП зазначені показники практично не змінювалися. Таким чином, за період стаціонарного лікування позитивну динаміку артралгічного синдрому відзначали пацієнти обох груп, тоді як лонгitudинальний моніторинг демонстрував постійну поступову позитивну динаміку лише у пацієнтів 2-ї групи, спрямовану на зменшення вираженості больового синдрому за оцінкою пацієнта і лікаря, що свідчить на користь тривалого застосування Структуму.

Так, п'ятирічний моніторинг артралгічного статусу у пацієнтів, які застосовували Структум, демонструє високу клінічну стабільну протибольову його ефективність, відновлення функціональної активності у пацієнтів з ОА I і II рентгенологічної стадії.

**ВПЛИВ ВОБЕНЗИМУ ТА КАНДЕСАРТАНУ НА ПОКАЗНИКИ
ЛІПІДОГРАМИ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА,
ПОЄДНАНИЙ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ**

**Сміян С.І., Боднар Р.Я., Слаба У.С., Боднар Л.П.,
Мартинюк Л.П., Коморовський Р.Р., Лесявко А.А.,
Гусак С.Р., Даньчак С.В., Сиваківський М.А.**

*ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачовського”, Україна*

Обстежено 22 хворих на інфаркт міокарда (ІМ) з гіперурикемією (ГУ), яким починаючи з 3-ї доби перебігу хвороби додатково до стандартної терапії призначали вобензим у добовій дозі 9 драже (1-а група). Рівень вмісту сечової кислоти (СК) в плазмі крові зазначеної групи становив при поступленні в стаціонар ($0,60 \pm 0,02$) ммоль/л. В другу групу досліджень включено 22 хворих на ІМ з ГУ, яким додатково до стандартної терапії призначали кандесартан в дозі 4 мг на добу. Рівень вмісту СК в плазмі крові у хворих даної групи відповідав даним 1-ї групи спостереження і становив ($0,61 \pm 0,02$) ммоль/л.

Застосування стандартної терапії не забезпечило бажаного ліпідного профілю крові у хворих на ІМ з ГУ. В цілому гіполіпідемічний ефект кандесартану і вобензиму мав подібну спрямованість і вираженість по відношенню до тригліцеридемії. При лікуванні хворих комплексною терапією з кандесартаном відмічено, що концентрація тригліцеридів (ТГ) знизилася до ($2,78 \pm 0,13$) ммоль/л, що на 18,47 % ($p < 0,01$) нижче вихідного рівня. Після лікування комплексною терапією з вобензимом цей показник знизився на 36,18 % ($p < 0,001$). Таким чином, вобензиму порівняно із кандесартаном притаманний більш виражений гіпотригліцеридемічний ефект. Встановлено, що при застосуванні комбінованої терапії з кандесартаном та вобензимом, незважаючи на відсутність різниці у кінцевих показниках вмісту ЗХС в плазмі крові ($6,03 \pm 0,15$) ммоль/л і ($5,92 \pm 0,18$) ммоль/л ($p < 0,01$), якісний склад його вказує на більш позитивний вплив вобензиму.

З метою більш достовірної оцінки ефекту двох методів гіполіпідемічної терапії нами проаналізовано динаміку змін коефіцієнтів співвідношення ліпопротеїдів і атерогенності. Коефіцієнт атерогенності в кінці госпітального періоду становив ($4,88 \pm 0,36$) ум. од і ($4,44 \pm 0,84$) ум. од ($p < 0,05$). Незважаючи на те, що індекс ЗХС/ЛПНЩ у хворих лікованих із застосуванням вобензиму зріс на 7,75 %, а при застосуванні кандесартану на 5,69 % ($p > 0,05$), все таки індекс ХС ЛПНЩ / ХС ЛПВЩ виявився на 13,47 % нижчим у пацієнтів 2-ї групи ($p < 0,05$)

Таким чином, зазначені зміни показників обміну ліпідів свідчать, що застосування вобензиму в комплексі із стандартною терапією у хворих на ІМ, асоційований з ГУ, більш суттєво пригнічує атерогенність плазми крові.

**ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ,
ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Заикина Т.С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность проблемы острого инфаркта миокарда (ИМ) у лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа определяется их широкой распространенностью, тяжестью течения и большей, чем в группе лиц без СД 2 типа, частотой развития нефатальных и фатальных осложнений.

Материалы. В исследовании приняли участие 48 пациентов Харьковской городской клинической больницы № 27, среди которых 20 мужчин и 28 женщин (средний возраст – ($58,2 \pm 3,4$) года). Участники были разделены на 2 группы: I группа – с СД 2 типа (18 человек); II группа (контрольная) – без СД 2 типа (22 человека).

Методы исследования: общеклинические (жалобы, анамнез, объективное исследование), лабораторные (определение уровня глюкозы крови, определение уровня гликозилированного гемоглобина, определение маркеров некроза миокарда), инструментальные (ЭКГ).

Результаты. Анализ клинического течения ИМ показал высокую степень тяжести заболевания у пациентов с СД 2 типа: эти больные отличались большей частотой развития проникающего ($r = 0,3$, $p = 0,02$) ИМ; ИМ, протекающих с осложнениями острого периода в виде кардиогенного шока ($r = 0,42$, $p = 0,04$); жизнеугрожающих аритмий сердца ($r = 0,6$, $p = 0,02$).

Выводы. Наличие у пациента с острым ИМ сопутствующего СД 2 типа обуславливает более тяжелое течение острого ИМ, высокую частоту развития жизнеугрожающих аритмий, неблагоприятный прогноз в отношении развития нефатальных и фатальных осложнений острого ИМ, чем у больных без сопутствующего СД 2 типа.

ПРОТИРЕЦИДИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕРОЗИВНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ В ПОЄДНАННІ З ГІПОТИРЕОЗОМ

Залюбовська О.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: вивчити ефективність протирецидивного лікування хворих на ерозивний гастродуоденіт (ЕГД) в поєднанні з гіпотиреозом.

Матеріал та методи. Під динамічним спостереженням находились 40 хворих на ЕГД, що перебігав з гіпотиреозом на тлі автоімунного тиреоїдиту (АІТ). Рецидивуючий перебіг ЕГД спостерігався у 57,5 % хворих із частотою рецидивів 2 рази і більше на рік, з частотою загострень запально-ерозивного процесу протягом року ($1,6 \pm 0,08$). Усім хворим проведено ендоскопічне дослідження. У шлунковому аспіраті досліджувалися гликопротеїни, N-ацетилнейрамінова кислота, фукоза, гексозаміни, жовчні кислоти. За допомогою тестової панелі "ГастроПанель" визначали наявність антитіл до *H.pylori*, вміст пепсиногенів-1 та 2, гастрину-17. Кислотоутворююча функція шлунка визначалась методом рН-метрії. АІТ діагностували за наявністю АТ до тиреопероксидази та тиреоглобуліну. Функціональний стан щитовидної залози визначали за рівнем у сироватці гормонів гіпофізарно-тиреоїдної системи.

Результати. При первинному обстеженні хворих встановлено, що за наявністю АІТ підвищення антитиреоїдних антитіл та недостатність тиреоїдних гормонів є провідними факторами не тільки посилення запалення слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, а й розвитку атрофії кислотопродукуючої зони, на тлі якої формуються гострі ерозії в тілі шлунка, та ерозії змішаного типу – в антральному відділі. Прогресування ерозивних процесів підтримується зниженою протективною функцією слизового бар'єру, як внаслідок недостатньої трофічної функції тиреоїдних гормонів, так і в результаті розвитку атрофічних процесів у шлунку. Тобто АІТ створює умови для прогресування ерозивного процесу за принципом своєрідного «хибного кола».

Після базового лікування в періоді загострення ЕГД та досягнення компенсації гіпотиреозу хворі отримували протирецидивне лікування з періодичністю 1 раз в 3-6 місяців, в залежності від частоти рецидивування. Терапевтичний комплекс включав: гастроцитопротектори, зокрема, альгінати (Гавискон Форте), вісмуту субцитрат (віс-нол), засоби, що впливають на процеси тканинного обміну (даларгін, асвіт, селеновмісні препарати). В результаті у 82,6 % хворих протягом 18 місяців рецидиви не виникали, а у 17,4 % пацієнтів частота їх зменшилась до ($1,1 \pm 0,05$).

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ У ЛІКУВАННІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Скробач Н.В., Вишиванюк В.Ю.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Метою дослідження було встановити та порівняти ефективність та безпеку застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП) рабепразолу та омепразолу у лікуванні ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у хворих на дифузні захворювання печінки.

У дослідження включені 56 пацієнтів з встановленим діагнозом хронічного дифузного захворювання печінки (хронічний гепатит та цироз печінки класів А і В за Child-Pugh) різної етіології, які мали ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної зони. Ендоскопічне обстеження виконувалося до та після курсу ІПП. Усі пацієнти були поділені на 2 групи: 1 група (28 осіб) отримувала рабепразол («Барол» Mega) у дозі 20 мг на добу, 2 група (28 хворих) – омепразол 20 мг 2 рази на добу протягом 2-4 тижнів. Демографічні та клінічні дані були гомогенні ($p < 0,05$). Ефективність терапії оцінювали за ефективністю кислотосупресії, безпеку – лабораторними методами.

Дослідження продемонструвало більш швидке зникнення клінічних симптомів ерозивно-виразкових уражень у групі рабепразолу порівняно з групою омепразолу. Порівняння показників безпеки (маркери ураження печінки) показало, що обидва ІПП не призводили до погіршення біохімічних параметрів після лікування ($p < 0,05$).

Крім того, відомо, що за своїми фармакодинамічними властивостями омепразол може посилювати холестази, тому беручи до уваги кращу клінічну ефективність рабепразолу, він є рекомендованим препаратом вибору у хворих на дифузні захворювання печінки, які мають ерозивно-виразкові ураження гастродуоденальної зони.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК IL-6 З ОБСТРУКТИВНИМИ ЗМІНАМИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Ситник К.О., Бабак О.Я.

ДУ "Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків

Ожиріння є незалежним фактором ризику та пусковим механізмом розвитку артеріальної гіпертензії (АГ). Тривалий час жировій тканині відводилася лише енергозберігаюча роль але за результатами досліджень останніх років її визнано ендокринноактивною системою, що здатна синтезувати цілу низку метаболічно активних субстанцій. Найбільшу увагу науковців привертають ФНП- α , IL-6, інгібітор активатора плазміногену-1 та інші. Саме ФНП- α та IL-6 разом з СРБ, фібриногеном, нейтронфілами периферійної крові є біомаркерами запалення при ХОЗЛ, сприяють прогресуванню запальних процесів та ендотеліальної дисфункції у хворих на АГ з ожирінням.

Мета дослідження: вивчення ролі IL-6 у формуванні вентиляційних порушень у хворих на АГ з ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 55 хворих на артеріальну гіпертензію, з них 19 хворих на АГ з нормальною масою тіла та 36 хворих на АГ з ожирінням. В залежності від індексу маси тіла хворі були розподілені на 3 групи: до I групи увійшли 19 хворих на АГ з нормальною масою тіла, до II групи 17 осіб з АГ та ожирінням і показником $\text{ОФВ}_1 > 80\%$, а до III групи 19 хворих на АГ з ожирінням та бронхообструктивним синдромом. Всім хворим було проведено дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) та визначення концентрації IL-6 за допомогою імуноферментного аналізу.

Результати дослідження. Концентрація IL-6 становила в I групі $(10,27 \pm 3,2)$ пкг/мл, в II групі $(18,29 \pm 1,4)$ пкг/мл, в III групі $(25,42 \pm 2,9)$ пкг/мл. Найвищі рівні IL-6 спостерігаються в групі хворих на АГ з ожирінням та бронхообструктивним синдромом, і це підвищення є достовірним при порівнянні з хворими, які увійшли до складу I та II груп, $p < 0,05$. Для виявлення кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками нами проведено кореляційний аналіз. Так у групі пацієнтів з ожирінням та обструктивними змінами ФЗД ОФВ_1 корелював з активністю IL-6 $r = -0,96$, $p < 0,05$ та зі значенням ІМТ $r = -0,95$, $p < 0,05$.

Висновки: Отримані нами дані демонструють підвищення рівнів IL-6 у хворих на АГ з ожирінням, що досягають найвищих значень у хворих на АГ з ожирінням у поєднанні з обструктивними змінами функції зовнішнього дихання; Результати кореляційного аналізу свідчать про можливість залучення IL-6 до формування обструктивного типу вентиляційних порушень у хворих на АГ з ожирінням.

КЛИНИЧЕСКАЯ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Запровальная О.Е., Комир И.Р., Рябуха В.В., Клещевникова Л.Л.

ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины" г. Харьков

Цель работы – определить прогностическое значение клинической и функциональной аспиринорезистентности при ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 73 пациентов с ИБС, находившихся под наблюдением в ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины" г. Харькова в течение последних 3 лет, у которых дестабилизация состояния (прогрессирующая стенокардия напряжения (ПСН) или острый инфаркт миокарда (ОИМ)) возникли на фоне приема ацетилсалициловой кислоты (АСК). Группу сравнения составили 27 АСК-наивных пациента с развившейся ПСН или ОИМ. Оценивались в динамике показатели активности первичного гемостаза: активность АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов по суммарному индексу агрегации (СИАТ); чувствительность к АСК (патент Украины № 11852 и) путем оценки СИАТ, индуцированной адреналином после преинкубации с аспизолом.

Результаты исследования. Оценка активности тромбоцитарного гемостаза выявила достоверное повышение СИАТ у пациентов с дестабилизацией состояния на фоне приема АСК по сравнению с группой АСК-наивных пациентов: СИАТ составил $(62,56 \pm 3,96)\%$ versus $(49,74 \pm 3,32)\%$, $p < 0,05$. При определении чувствительности к АСК, в группе сравнения отмечалось снижение агрегационного ответа на внесение аспизола в среднем в 2 раза большее, чем в группе ИБС: $(51,6 \pm 2,9)\%$ versus $(23,8 \pm 3,1)\%$, $p < 0,05$

По результатам суммарной оценки исходных показателей СИАТ и чувствительности к АСК пациенты были разделены на две группы. Группу высокого риска составили 28 человек (35 %), у 52 пациентов риск был расценен как умеренный. Для пациентов группы высокого риска было характерно более тяжелое течение заболевания: у 24 в течение последующего периода наблюдения отмечалась дестабилизация состояния (ОИМ или ПСН); среднее количество приступов в неделю в этой группе было выше, чем в группе умеренного риска $((9,2 \pm 2,1)$ против $(6,4 \pm 1,9)$ $p < 0,1$).

Выводы: выделение группы пациентов высокого тромботического риска для своевременной коррекции и повышения эффективности антитромбоцитарной терапии может способствовать снижению риска развития острых сердечно-сосудистых ситуаций.

ВПЛИВ ФЕРОСТАТУСУ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Зелена І.І., Гопцій О.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Згідно з даними офіційної статистики темп росту первинної захворюваності дорослого населення України за останні 10 років склав 23,6 %. Особливо виросла первинна захворюваність дорослого населення хворобами крові й кровотворних органів (темп росту – 65,5 %). За даними літератури відомо, що в структурі первинної захворюваності хворобами крові й кровотворних органів 80-85 % займають анемії, які на 90 % представлені залізодефіцитними анеміями. Деякі дослідники розглядають хвороби дефіциту заліза як основну причину високої соматичної патології (Gunton E.J. et al., 2010).

Метою нашого дослідження було визначення розповсюдженість соматичної патології серед осіб із дефіцитом заліза.

Матеріали й методи. Проведено обстеження 289 осіб із дефіцитом заліза, у тому числі 55,6 % жінок і 44,4 % чоловіків із різним строком дефіциту заліза. Середній вік хворих склав ($53,8 \pm 4,1$) роки, середня тривалість захворювання – ($9,4 \pm 0,79$) роки. У контрольну групу увійшло 58 осіб без ознак залізодефіциту (56 % жінок і 44 % чоловіків). З усіх обстежених у 44,3 % була залізодефіцитна анемія (ЗДА), у 55,7 % – латентний дефіцит заліза (ЛДЗ). ЗДА було діагностовано у 55,6 % жінок і 44,4 % чоловіків. ЛДЗ – 55,5 % жінок і 44,5 % чоловіків. ЗДА легкого ступеня виявлена у 68,1 % осіб, середнього ступеня важкості – 28,5 %, ЗДА тяжкого ступеня – в 3,4 % осіб.

Результати дослідження. Серед осіб із ЗДА зареєстровано ($5,4 \pm 0,5$) випадки соматичної патології на 1 пацієнта із ЗДА; серед осіб із ЛДЗ зареєстровано ($4,7 \pm 0,4$) випадки на 1 пацієнта із ЛДЗ. Серед осіб групи порівняння зареєстровано 2,07 випадки на 1 пацієнта групи контролю. Таким чином, частота поширеності соматичних захворювань у групі хворих із ЗДА й ЛДЗ була вище в порівнянні із групою контролю (в 2,6 рази й 2,3 рази відповідно).

Висновок. Таким чином, не тільки ЗДА, але вже й ЛДЗ роблять несприятливий вплив на здоров'я дорослого населення. Тому діагностика дефіциту заліза на його латентній та прелатентній стадії, своєчасне взяття на диспансерне спостереження осіб із ЛДЗ й ЗДА, корекція факторів ризику розвитку залізодефіцитних станів і вчасно почате адекватне лікування цих пацієнтів буде сприяти зменшенню первинної захворюваності соматичною патологією серед осіб, що страждають залізодефіцитом.

РОЛЬ ФНП- α У ФОРМУВАННІ ВЕНТИЛЯЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Ситник К.О.

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

Вступ. Доведено, що ожиріння є фактором ризику розвитку артеріальної гіпертензії (АГ), цукрового діабету II типу. Адипоцити здатні синтезувати цілу низку метаболічно активних молекул, серед яких лептин, резистин, ФНП- α , ІЛ-6. Концентрація ІЛ-6 та ФНП- α в крові підвищується пропорційно зростанню маси тіла, а їх активність пов'язана із синтезом С-реактивного пептиду, що сприяє прогресуванню запальної реакції та розвитку ендотеліальної дисфункції у хворих на АГ, асоційовану з ожирінням.

Мета. Вивчити роль ФНП- α у формуванні вентиляційних порушень у хворих на АГ з ожирінням.

Матеріал і методи. Обстежено 55 хворих на артеріальну гіпертензію, з них 19 хворих на АГ з нормальною масою тіла та 36 хворих на АГ з ожирінням. Залежно від індексу маси тіла (ІМТ) хворі були розподілені на 3 групи: до I групи увійшли 19 хворих на АГ з нормальною масою тіла, до II групи – 17 осіб з АГ та ожирінням і показником $\text{ОФВ}_1 > 80 \%$, а до III групи – 19 хворих на АГ з ожирінням та бронхообструктивним синдромом. Всім хворим було проведено дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) та визначення концентрації ФНП- α за допомогою імуноферментного аналізу.

Результати. Концентрація ФНП- α становила в I групі ($3,32 \pm 1,3$) пкг/мл, в II групі – ($6,37 \pm 0,6$) пкг/мл та в III групі – ($13,78 \pm 4,1$) пкг/мл. При аналізі рівнів ФНП- α спостерігалось поступове підвищення концентрації досліджуваного цитокіну залежно від значення ІМТ та розвитку бронхообструктивного синдрому. Вірогідність розбіжностей між групами була статистично достовірною ($p < 0,05$). При аналізі кореляційних матриць виявлені кореляційні зв'язки між значеннями ОФВ_1 та концентрацією ФНП- α ($r = -0,95$, $p < 0,05$) та ІМТ ($r = -0,95$, $p < 0,05$).

Висновки. У хворих на АГ спостерігається підвищення рівня ФНП- α , найбільш виражене при АГ з ожирінням та обструктивними змінами функції зовнішнього дихання. Отже, можливим є залучення ФНП- α до розвитку обструктивного типу вентиляційних порушень у хворих на АГ з ожирінням.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНОЇ ФРАКЦІЇ СИСТЕМИ СУРФАКТАНТУ ЛЕГЕНЬ, ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ МІОКАРДУ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ, ЩО ПОЄДНУЄТЬСЯ З ІХС

Синько У.В., Вакалюк І.П.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) завжди супроводжується синдромом «взаємного обтяження» з спільними і відмінними патогенетичними механізмами, в основі яких лежить хронічна вісцеральна гіпоксія, порушення бронхіальної прохідності, зміни циркуляції крові в малому колі кровообігу, порушення серцевого ритму та скоротливої функції лівого шлуночка.

Метою дослідження було визначення динаміки рівнів поверхнево-активної фракції системи сурфактанту легень, показників функції зовнішнього дихання та функціональних резервів міокарду у пацієнтів з ХОЗЛ та супутньою ІХС.

Обстежено 50 пацієнтів з поєднанням ІХС і ХОЗЛ, які у процесі обстеження та лікування були розділені на 2 групи: 1 група – 25 пацієнтів, які отримували стандартну терапію; 25 пацієнтів 2 групи отримували настоянку ехінацеї по 30 крапель зранку і в день на фоні стандартної терапії. Хворих обстежували на початку терапії та на 21-24 день лікування. Аналізували стан бронхоальвеолярного змиву, функцію зовнішнього дихання, показники ехокардіоскопії.

Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ на фоні ІХС 1 групи рівень поверхнево-активної фракції ССЛ складав $(6,94 \pm 0,06)$ мкМ/л, то у пацієнтів 2 групи даний показник визначався на рівні $(6,74 \pm 0,06)$ мкМ/л. Дані зміни корегувалися під впливом проведеного лікування, причому більш значний приріст даного показника відзначався у пацієнтів 2 групи $((8,02 \pm 0,08)$ мкМ/л, $(8,44 \pm 0,09)$ мкМ/л). Вказана динаміка поверхнево-активної фракції ССЛ спостерігалася разом з покращенням показників функції зовнішнього дихання, більш значним у пацієнтів 2 групи, та показників ехокардіоскопії. Проведеними дослідженнями встановлено, що у пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС спостерігається достовірне зниження рівню поверхнево-активної фракції ССЛ.

Таким чином, застосування в комплексній терапії препаратів ехінацеї дозволяє покращити показники зовнішнього дихання та гемодинаміки, що покращить прогноз захворювання у такої категорії пацієнтів.

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Зубань А.Б., Островський М.М.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є безперервно прогресуючою руйнівною патологією. Очікується, що до 2030 року ХОЗЛ посідає третє місце у структурі смертності, і вже сьогодні на цю недугу хворіють від 8 % до 22 % дорослих віком 40 років і більше (Ю.І. Фещенко, 2011). Це обумовлює спрямування досліджень науковців у глибини каскаду патологічних механізмів перебігу ХОЗЛ.

Метою дослідження є вивчення у хворих на ХОЗЛ показників імунного статусу та концентрації у крові есенціального мікроелемента Zn.

Матеріали та методи. Обстежено 150 хворих на ХОЗЛ різних стадій. Вивчали імунограму I та II рівнів: клітинний імунітет – методом імунофлуоресценції з використанням МКАТ до CD3, CD4, CD8, CD19; гуморальний імунітет – методом радіальної дифузії в агарі за Mancini (Ig A, Ig G, Ig M). Рівні Zn в крові визначали методом атомно-абсорбційної спектроскопії на атомно-абсорбційному спектрометрі "С-115 ПК". Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб.

Результати. У хворих на ХОЗЛ встановлені зміни як з боку клітинної (зменшення числа Т-лімфоцитів, дефіцит Т-хелперів на тлі деякого збільшення кількості Т-супресорів/цитотоксичних), так і гуморальної (низькі рівні Ig G, cIg A) ланок імунної відповіді. Згадані зміни посилюються із прогресуванням хвороби. Наростання тяжкості ХОЗЛ достовірно супроводжується збільшенням дефіциту Zn в сироватці крові, вміст якого при I стадії є в 1,54 рази ($p < 0,05$), при II – в 1,59 рази ($p < 0,01$), при III та IV стадіях – в 1,69 ($p < 0,01$) та 1,91 разів ($p < 0,001$) нижчим рівня у групі контролю. Відмічений середнього ступеня прямий кореляційний зв'язок між дефіцитом Zn та загальним числом Т-лімфоцитів ($r = 0,55$, $p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ХОЗЛ відмічається вторинний імунодефіцитний стан, який носить комбінований характер. Зменшення вмісту Zn в крові при ХОЗЛ є свідченням як підвищеної реалізації мікроелементу на формування імунологічної відповіді, так і збільшення втрати іонів з виділюваним мокротинням. Цинк через індукцію експресії в клітинах білків-імуофілінів (hsp-70) реалізує захист лімфоцитів від різноманітних токсичних впливів та є потужним імуногеном для Т-лімфоцитів. Отже, можна передбачати роль дефіциту цинку в специфічному зниженні Т-клітинного імунітету, пригніченні фагоцитарної активності, зменшенні антитілоутворення, що сприяє тривалій персистенції збудників, провокує розвиток частих загострень та пролонгує настання клінічної ремісії захворювань бронхо-легеневої системи.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ТІОТРОПІУ БРОМІДУ НА ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНУ ФРАКЦІЮ СИСТЕМИ СУРФАКТАНТА ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Зубань А.Б., Островський М.М.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Як свідчать результати масштабних досліджень останніх років (UPLIFT, 2008) застосування пролонгованого холінолітика тіотропію броміду в терапії хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) здатне модифікувати перебіг захворювання, поліпшувати якість життя, знижувати частоту загострень та смертність у пацієнтів (Descamer M., 2008).

Мета дослідження: оцінити вплив препарату тіотропіуму броміду (Спірива® “Берінгер Інгельхайм”), як елемента комплексної терапії, на динаміку системи сурфактанта легень (ССЛ) у бронхоальвеолярному вмісті хворих на ХОЗЛ II стадії.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 18 пацієнтів на ХОЗЛ II стадії. Верифікацію діагнозу та його формулювання проводили згідно Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007р. “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”. Дослідження проводили до початку та на 30 добу після лікування із використанням загальноприйнятих схем терапії у поєднанні з препаратом тіотропіум бромід. Контрольну групу склали 12 практично здорових осіб (ПЗО). Матеріалом дослідження був бронхоальвеолярний змив, який отримували з урахуванням локалізації запального ураження легень при проведенні фібробронхоскопії (ФБС) за методикою Clements (1967р.) у модифікації Ramires (1980р.). Для вивчення ССЛ використовували прилад типу торсійних ваг Вільгельмі-Люгмера.

Результати. Фаза загострення при ХОЗЛ II стадії достовірно супроводжується зменшенням вмісту поверхнево-активної фракції ССЛ. У хворих на досліджувану патологію відзначалося зменшення в 1,64 рази вмісту поверхнево-активної фракції системи сурфактанта легень порівняно зі групою ПЗО ($p < 0,05$), що ймовірно пов'язано з виснаженням клітинного компоненту. На час завершення спостереження нами відмічалася компенсація поверхнево-активної фракції ССЛ. Даний показник зріс, збільшившись у 1,36 рази ($p < 0,05$), порівняно зі значеннями до початку лікування ($p < 0,05$), максимально наблизившись до значень у групі контролю.

Висновки: застосування препарату тіотропіум бромід у комплексній терапії хворих на ХОЗЛ II стадії сприяло максимальному відновленню значень однієї з ключових ланок бар'єрних механізмів легень – системи сурфактанта шляхом покращення утилізації відпрацьованого сурфактанта і розвантаження альвеолярних макрофагів продуктами як локального, так і системного запального процесу при ХОЗЛ.

ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Синайко В.М., Коровина Л.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. В современных условиях важной составляющей терапии психически больных является оценка качества их жизни и повышение степени социальной адаптации. Особую важность данная проблема приобретает при развитии соматических осложнений у пациентов, в том числе абдоминального ожирения.

Цель исследования: определение качества жизни и факторов, негативно влияющих на комплаенс у больных параноидной шизофренией, принимающих атипичные антипсихотики.

Было обследовано 50 женщин, больных параноидной шизофренией, принимающих антипсихотики второго поколения и находящиеся на стационарном лечении в ХОКПБ № 3, в возрасте от 18 до 50 лет.

Среди использованных методов были: клинико-психопатологический, шкала PANSS. Качество жизни исследовалось методикой SF-36, также использовался метод прогнозирования медикаментозного комплаенса. Больным определялся индекс массы тела и соотношение ОТ/ОБ.

Результаты исследования. Среди факторов, влияющих на уровень физического самочувствия у обследованных пациенток с параноидной шизофренией на фоне абдоминального ожирения, выявлено проявления общего физического дискомфорта, ощущений ограничения в выполнении физических нагрузок, включая самообслуживание ($(22,4 \pm 1,1)$ балла), физической способности выполнения специальной трудовой и бытовой деятельности ($(5,2 \pm 0,3)$ балла), а также недостаточно оптимистичную самооценку здоровья и перспектив дальнейшего лечения.

Снижение повседневной двигательной активности больные отмечали в связи с неудовлетворительным эмоциональным состоянием ($(3,7 \pm 0,2)$ балла). Также была выявлена недостаточно высокая общая оценка своего психического здоровья больными ($(20,4 \pm 0,5)$ баллов).

Методика прогнозирования медикаментозного комплаенса показала его снижение не только за счет недостаточного субъективного осознания болезни, но и за счет развития побочных действий применяемых препаратов.

Мы считаем, что выявленные субъективные ощущения ограничений в физическом и психическом состоянии являются факторами, снижающими комплаенс и требующими учета при разработке программ по адаптации и реадaptации данной категории пациенток.

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ІМУНОЗАПАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Серік С.А., Ткаченко О.В., Ченчік Т.О., Сердобінська-Канівець Е.М.

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

Метою роботи є порівняння впливу аторвастатину і симвастатину на рівні фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α) та ліпопротеїну тримуючих імунних комплексів (ЛП-ІК) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріал та методи. Було обстежено 39 хворих на ІХС (стабільна стенокардія напруги та/або післяінфарктний кардіосклероз) з цукровим діабетом 2 типу. 22 пацієнтам був призначений аторвастатин у добовій дозі 10-20 мг. Симвастатин 20 мг на добу отримували 17 хворих. Пацієнтів залучали у дослідження після 3 тижнів лікування фіксованими дозами в-блокатора карведілолу, аспіріну, інгібітору АПФ еналапрілу. Хворі на ЦД отримували гліклазид MR. Перед лікуванням, через 4 тижні та 12 тижнів в сироватці крові визначали ФНП- α , ЛП-ІК з антитілами IgA, IgG и IgM класів (ЛП-IgA, ЛП-IgG, ЛП-IgM) імуноферментним методом.

Результати. У групі аторвастатину достовірні зміни ЛП-ІК відбувалися вже на 4 тижні: рівні ЛП-IgA знижувалися з $(1,65 \pm 0,12)$ стандартних одиниць (ст. о.) до $(1,33 \pm 0,11)$ ст. о., ($p < 0,05$), ЛП-IgG – з $(1,31 \pm 0,09)$ ст. о. до $(1,04 \pm 0,12)$ ст. о. ($p < 0,05$). Зміни рівню цих ЛП-ІК на 12 тижні ($(1,24 \pm 0,12)$ ст. о. та $(1,05 \pm 0,11)$ ст. о., відповідно) у порівнянні з 4 тижнем було недостовірним. У пацієнтів, які отримували симвастатин, зменшення ЛП-ІК на 4 тижні було не значущим, на 12 тижні рівні ЛП-IgA ($(1,27 \pm 0,11)$ ст. о.) і ЛП-IgG ($(1,01 \pm 0,11)$ ст. о.) були достовірно менше, ніж на початку лікування ($(1,56 \pm 0,10)$ ст. о. ($p < 0,05$) та $(1,29 \pm 0,09)$ ст. о. ($p < 0,05$), відповідно). При застосуванні аторвастатину достовірно зниження рівня ФНП- α відбувалось тільки к 12 тижню (від початкових $(38,06 \pm 3,89)$ пг/мл до $(25,84 \pm 3,08)$ пг/мл, $p < 0,05$). Терапія симвастатином призводила до значущого зменшення рівню цитокіну к 4 тижню (з $(36,87 \pm 4,01)$ пг/мл до $(26,59 \pm 3,87)$ пг/мл, $p < 0,05$), та подальше зниження до 12 тижня було не суттєвим. Ступінь зниження холестеріну ліпопротеїнів низької щільності під впливом аторвастатину та симвастатину фактично не відрізнялось.

Висновки. У хворих ІХС з ЦД 2 типу при східній гіпохолестеринемічній дії імуномодуючі та протизапальні ефекти атоварстатину та симвастатину відрізнялись: під впливом аторвастатину зменшення рівнів ЛП-ІК відбувалось раніше, ніж при терапії симвастатином, який, проте, виявився більш активним в зменшенні ФНП- α у сироватці крові.

ПОСЛОЙНАЯ ОЦЕНКА СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Зубко И.Н., Коваль Е.А.

ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем
инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск,
ГУ “Днепропетровская медицинская академия”

Некоторая недооценка частоты и тяжести последствий артериальной гипертензии (АГ) у женщин в последнее время сменилась значительным ростом интереса исследователей к данной проблеме. Но и сегодня часто диагноз АГ у женщин впервые устанавливается в том возрасте, когда уже развиваются достаточно выраженные морфологические изменения сердца и сосудов.

Цель: изучить структуру сосудистой стенки артерий мышечно-эластического типа у женщин разных возрастных групп с наличием или без АГ.

Материалы и методы. В исследование было включено 54 женщины в возрасте от 33 до 63 лет (средний возраст – $(49,0 \pm 7,2)$ лет) с АГ 1-3 степени, с низким и средним кардиоваскулярным риском, длительностью заболевания от 2-15 лет без сопутствующей патологии. Группу контроля составили 36 женщин без сердечно-сосудистой патологии соответствующего возраста (средний возраст – $(42,3 \pm 8,1)$ лет). Исследовали стенку общей сонной артерии с обеих сторон на аппарате LOGIC P5 PRO (GE, США) в В-режиме с использованием функции ZOOM. Измеряли комплекс интима-медиа (КИМ), толщину интимы, толщину меди.

Результаты. В исследуемой группе пациенток с АГ, толщина КИМ составила $(0,06 \pm 0,009)$ см, в группе контроля – $(0,05 \pm 0,008)$ см и была достоверно толще, чем в группе контроля ($p = 0,001$). Толщина меди у женщин с АГ составила $(0,04 \pm 0,009)$ см против $(0,02 \pm 0,008)$ см контрольной группы и также была достоверно толще ($p < 0,0001$). Толщина слоя интимы между обеими группами достоверно не отличалась и составила $(0,02 \pm 0,004)$ см в группе с АГ и $(0,02 \pm 0,0030)$ см – в контрольной группе ($p = 0,190$). Следует отметить, что средняя КИМ коррелировала с возрастом ($R = 0,56$; $p = 0,001$) и толщина слоя меди также коррелировала с возрастом ($R = 0,56$; $p = 0,001$).

Выводы. Морфологической основой сосудистого ремоделирования у женщин с АГ является утолщение КИМ, преимущественно за счет слоя меди. Также выявлена прямая взаимосвязь возраста женщины с утолщением КИМ, также за счет медиального слоя.

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ МОЛОДОГО
ВІКУ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ
У СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Іванова Л.М., Сидоренко Ю.В., Височін М.В.

ДЗ “Луганський державний медичний університет”, Україна

Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) – друга за частотою враження печінки патологія. Водночас серцево-судинні захворювання, в тому числі ішемічна хвороба серця (ІХС), складають майже половину чинників смертності. Під наглядом знаходилось 120 хворих на НАСГ у сполученні з ІХС у віці від 18 до 45 років.

В клінічній картині у хворих молодого віку з НАСГ у сполученні з ІХС (стабільна стенокардія) на тлі типових ангинозних нападів відмічалися кардіалгії у вигляді короткочасного або тривалого ниючого болю в ділянці серця з різноманітною іррадіацією, порушенням ритму та провідності. На підставі скарг, клінічних даних та результатів велоергометричного дослідження у 31,7 % хворих було діагностовано І ФК стабільної стенокардії, у 68,3 % – ІІ ФК. В той же час у обстежених хворих було виявлено ознаки серцевої недостатності (СН) (згідно критеріїв NYHA): у 64,5 % – СН І ФК, у 35,5 % – СН ІІ ФК.

Серед суб'єктивних ознак НАСГ у хворих молодого віку з ІХС домінували болі в правому підребер'ї різного характеру та інтенсивності (76,4 %), диспепсичні прояви у вигляді гіркоти та металевого присмаку у роті (39 %). Під час об'єктивного обстеження відмічалися обкладення язика нальотом (62,7 %), субіктеричність склер (35 %) або симптом Високовича (19 %), помірна гепатомегалія (100 %).

Практично у всіх хворих визначалися прояви астеноневротичного синдрому (слабкість, нездуження, головний біль, зниження розумової та фізичної працездатності).

**ЕФЕКТИ КВЕРЦЕТИНУ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ
У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Серік С.А., Сердобінська-Канівець Е.М., Комір І.Р.,

Ченчік Т.О., Бондар Т.М., Горб Ю.Г.

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

Мета роботи – дослідити метаболічні, протизапальні, антиоксидантні ефекти кверцетину у співставленні з динамікою клініко-інструментальних ознак серцевої недостатності (СН) у хворих на цукровий діабет 2 типу.

Матеріал і методи. В обстеження включено 43 хворих на цукровий діабет 2 типу з СН ІІ-ІІІ функціональних класів і фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) менше 50 %, що вже отримували стандартну терапію на протязі не менше 1 місяця і були в клінічно стабільному стані. Стандартна терапія включала: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, бета-адреноблокатори, діуретики, аспірин, статини, цукрознижуючі препарати. Кверцетин призначався додатково до стандартної терапії у дозі 80 мг двічі на добу (по 2 г гранул або по 2 жувальні таблетки по 40 мг) 19 хворим. Групу порівняння склали 24 пацієнти, що отримували лише стандартну терапію. До призначення кверцетину та після 12 тижнів його застосування оцінювали дистанцію у тесті 6-хвилинної ходьби, ФВ ЛШ, визначали метаболічні чинники (інсулін, індекс інсулінорезистентності та глікозильований гемоглобін), прозапальний цитокін фактор некрозу пухлин-альфа (ФНП-альфа), маркер оксидативного стресу малоновий діальдегід (МДА), вміст стабільних метаболітів оксиду азоту.

Результати. ФВ ЛШ після 12 тижнів спостереження достовірно зростала лише у групі кверцетину – на 11,47 % (відносно вихідної, $p < 0,05$), проти 7,34 % у групі стандартної терапії ($p > 0,05$). Дистанція, пройдена у тесті 6-хвилинної ходьби хворими, що отримували кверцетин, збільшувалася у декілька більшому ступені, ніж у групі стандартної терапії, проте різниця була незначущою. Метаболічні показники в обох групах змінювались недостовірно. У хворих, що отримували кверцетин, встановлено більш істотне зменшення рівню ФНП-альфа – на 30,94 % ($p < 0,01$), проти 20,79 % в групі стандартної терапії ($p < 0,05$). Оцінка динаміки МДА дозволила виявити тенденцію до більшого зменшення його рівню в групі кверцетину (на 17,05 % ($p < 0,05$) проти 12,67 % ($p < 0,05$) у групі стандартної терапії). Вміст стабільних метаболітів оксиду азоту більш істотно зростав в групі кверцетину – на 36,32 % ($p < 0,01$), у порівнянні з 28,07 % ($p < 0,05$) в групі стандартної терапії.

Висновки. Кверцетин у хворих на СН з цукровим діабетом 2 типу сприяє зменшенню запальної активації, оксидативного стресу, покращенню метаболізму оксиду азоту, що супроводжується більш істотним зростанням фракції викиду лівого шлуночка.

ВПЛИВ КАНДЕСАРТАНУ НА НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНУ ТА ІМУНОЗАПАЛЬНУ АКТИВАЦІЮ І ЕКСПРЕСІЮ ІНДУКТОРА ПАТОЛОГІЧНОГО АПОПТОЗУ ПРИ КОМПЕНСОВАНОМУ ХРОНІЧНОМУ ЛЕГЕНЕВОМУ СЕРЦІ

Середюк Н.М., Вакалюк І.П., Середюк В.Н.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Мета дослідження. Дослідження впливу тривалого застосування блокатора рецепторів ангіотензину-II (БРА-II) кандесартану на динаміку нейрогуморальної, імунозапальної активації та експресію індуктора патологічного апоптозу.

Матеріал і методи. Обстежено 55 хворих (43 чоловіків, 12 жінок) на ХЛС в стадії компенсації, віком ($43,7 \pm 3,4$) років. Всі пацієнти були розподілені на 2 групи: I (основна) – 29 хворих, які отримували кандесартан (Кандесар, виробництва “RANBAXY”, Індія-США-Канада) методом титрування від 4 до 32 мг/добу, під контролем гемодинамічних показників, в середньому ($19,6 \pm 5,8$) мг/добу; II (контрольна) група – 26 пацієнтів, що отримували лише базову терапію. Групу референтних показників склали 27 здорових осіб, віком ($28,4 \pm 2,9$) років. Імуноферментним методом визначали концентрацію в крові альдостерону («DSL», USA), туморнекротичного фактора α (TNF α) («Diacclone», USA) та індуктора апоптозу Fas-Ligand («Diacclone», USA) на початку дослідження і через 6 місяців лікування.

Статистичний аналіз здійснювали на персональному комп'ютері за допомогою пакету програм Statistica v 8.0 (“Stat Soft”, США).

Результати дослідження. Встановлено, що рівень в крові альдостерону у хворих основної групи зменшився з ($124,5 \pm 10,8$) пг/мл до ($82,5 \pm 8,9$) пг/мл, в середньому на 33,7 % ($p < 0,01$), тоді як у хворих контрольної групи – з ($109,6 \pm 8,5$) пг/мл до ($78,5 \pm 7,4$) пг/мл, в середньому на 28,3 % ($p < 0,05$). Концентрація показника імунозапалення TNF α у хворих основної групи зменшилась з ($11,7 \pm 4,2$) пг/мл до ($7,2 \pm 3,1$) пг/мл, тобто на 38,5 % ($p < 0,001$), а в контрольній групі – динаміка недостовірна (-4,8 %, $p > 0,1$). Рівень в крові індуктора патологічного апоптозу Fas-Ligand у хворих основної групи зменшився з ($283,1 \pm 17,4$) пг/мл до ($176,9 \pm 15,4$) пг/мл, що склало 37,8 % ($p < 0,001$), а контрольної – з ($247,6 \pm 13,8$) пг/мл до ($194,3 \pm 12,9$) пг/мл, тобто на 21,5 % ($p < 0,01$).

Висновки. Застосування БРА-II кандесартану упродовж 6 місяців на тлі базової терапії приводить до інгібування нейрогуморальної та імунозапальної активації і зменшення експресії індуктора патологічного апоптозу Fas-Ligand.

ОСОБЛИВОСТІ РЕГІОНАРНОЇ СКОРОТЛИВОСТІ СЕРЦЯ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ: АНАЛІЗ РЕЄСТРУ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ

Іванчук П.Р., Ташук В.К., Поліщук О.Ю., Бачинська І.В.

Буковинський державний медичний університет, Україна

Хвороби системи кровообігу (ХСК) складають найбільш поширену групу в структурі захворювань та причин втрати працездатності. Смертність при ХСК обумовлена розвитком ускладнень, одним з яких є серцева недостатність (СН).

Обстежених пацієнтів було розподілено за діагнозом: стабільної стенокардії напруги (СС) III ФК без наявності постінфарктного кардіосклерозу – 1-а група, та – СС III ФК з наявністю постінфарктного кардіосклерозу – 2-а група. Усім було виконано ЕхоКГ в В-режимі, в 2-х та 4-х камерних зображеннях з реєстрацією кінцеводіастолічного та кінцевосистолічного розмірів (КДР та КСР) та розрахунком об'ємів (КДО та КСО) порожнин серця, загальної фракції викиду (ЗФВ). Регіонарна фракція викиду (РФВ) розраховувалась з використанням власної математичної моделі втіленій у напівавтоматичному графоаналізаторі, з розрахунком РФВ у 12-ти сегментах. На момент обстеження у всіх хворих на ІХС була досягнута стабілізація гемодинаміки відповідно до стану коронарного резерву. Аналізуючи гемодинамічні показники ЛШ було встановлено, що КДР, КСР, КДО, КСО вірогідно зростали у 2-й групі, а ЗФВ достовірно була більшою у 1-й групі.

Подальший аналіз стосувався динаміки регіонарної ФВ в 12 сегментах. Для лівого шлуночка (ЛШ) було характерним загальне зменшення РФВ у всіх 12 сегментах у 2-й групі в порівнянні з 1-ю. РФВ правого шлуночка (ПШ) була зменшеною в 2-й групі у сегментах РФВ1-3, РФВ7-9, РФВ12, а у сегментах РФВ4-5, РФВ10-11 дещо переважала таку у 1-й групі. РФВ лівого передсердя (ЛП) у 1-й групі була більшою у сегментах РФВ1-2, РФВ5-7 ($p < 0,05$), РФВ12. РФВ правого передсердя (ПП) у 1-й групі була більшою, ніж у 2-й у більшості сегментів, а у РФВ5-8 зміни були достовірні ($p < 0,01$).

У результаті проведеного дослідження визначені наступні особливості структурно-функціонального стану порожнин серця у хворих на ІХС: компенсаторне збільшення КДР, КСР, КДО, КСО у хворих з наявним постінфарктним кардіосклерозом, зменшення у них величини ЗФВ. Визначені відмінності РФВ для ЛШ, ПШ, ЛП, ПП, у пацієнтів з наявним та відсутнім склеротичним ураженням міокарда. Гіперфункція ПП та ЛП виникають як компенсаторні зміни при розвитку СН, що можна визнати діагностичною ознакою розвитку останньої.

АД'ЮВАНТНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПОЗАСУГЛОБОВИХ ПРОЯВІВ ПОДАГРИ

Ілащук Т.О., Бобкович К.О., Малкович Н.М., Бачук-Понич Н.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність медикаментозних методів лікування подагри є високою у зв'язку із зростанням захворюваності в останні десятиліття. Застосування гіпоурикемічного препарату аллопуринолу часто супроводжується вираженими побічними ефектами. Тому необхідним є пошук нових лікарських засобів, які б позитивно впливали на перебіг подагри та на позасуглобові прояви.

З метою підвищення ефективності лікування хворих на подагру в період загострення з супутнім ураженням гепатобіліарної системи (ГБС) в лікувальний комплекс був включений препарат рослинного походження урохол.

Обстежено 50 хворих на подагру під час загострення подагричного артриту з супутнім ураженням ГБС. Вік пацієнтів становив $(53,4 \pm 1,10)$ роки. Хворі групи порівняння (20 осіб) приймали базисний комплекс (дієта № 6, наклофен, локальна протизапальна терапія). Дослідну групу склало 30 осіб, які додатково отримували препарат урохол по 20 крапель тричі на добу за 30 хв. до їжі впродовж 15-18 днів.

Використання досліджуваного засобу сприяло швидшому регресу клінічних симптомів ураження ГБС (болючості при пальпації у правому підребер'ї, здуття живота, гіркоти та сухості в роті), нормалізації концентрації білірубіну, сечової кислоти, сечовини, активності ензимів печінки відносно пацієнтів групи порівняння. Урохол впливав і на показники діурезу. Під впливом зазначеного препарату збільшувалася концентрація СК у сечі та на 30,0 % зростав добовий діурез в перші 3-5 діб. лікування. Зазначені клінічні ефекти зумовлені, ймовірно, вдало підібраними та взаємодоповнюючими складовими препарату. Доведено, що звіробій звичайний володіє антиоксидантними, знеболювальними, протизапальними властивостями, знижує у крові рівень холестерину. Гепатопротекторна, знеболювальна, протизапальна та антиоксидантна дія властива хвою польовому та моркві дикій. Антиоксидантні та протизапальні властивості характерні для споришу звичайного. Діуретична властивість даного препарату зумовлена наявністю в його складі листя ортосифону тичинкового, березових бруньок, споришу звичайного, хвоща польового та бузини чорної, кукурудзяних приймочок.

Отже, застосування урохолу в комплексі антиподагричної терапії сприяє прискореному регресу клінічних та лабораторних проявів подагри, супутніх уражень ГБС, що дозволяє зменшити в даного контингенту хворих дози препаратів стандартних схем.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТОВ АПФ-НЕЗАВИСИМОГО ПУТИ ОБРАЗОВАНИЯ АНГИОТЕНЗИНА-II И ИХ ИНГИБИТОРОВ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТОМ И БЕЗ ДИАБЕТА

Сердобинская-Канивец Э.Н., Серик С.А., Самохина Л.М.

ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины", г. Харьков

Цель исследования: оценить динамику активности ферментов АПФ-независимого пути образования ангиотензина-II – химазы, тонина и их эндогенных ингибиторов – альфа-2-макроглобулина (альфа-2-МГ) и альфа-1-ингибитора протеиназ (альфа-1-ИП) под воздействием стандартной терапии сердечной недостаточности (СН) у больных с сахарным диабетом (СД) 2-го типа и без него.

Материал и методы: обследован 51 больной с СН, из них у 26 диагностирован СД 2-го типа. Всем больным проводилась стандартная терапия: эналаприл, бисопролол, аспирин диуретики в эффективных дозировках, при фракции выброса левого желудочка менее 45 % назначали спиронолактон, ряду пациентов с антиангинальной целью добавляли изосорбид-5-мононитрат. Стартовые и конечные (через три месяца) среднесуточные дозы указанных препаратов в сравниваемых группах были сопоставимы ($p < 0,05$). Пациенты с СД дополнительно принимали метформин гидрохлорид и/или гликлазид. Активность ферментов определяли в сыворотке крови высокочувствительным ферментативным методом. Активность химазы и тонина выражали в Е (мкмоль субстрата/мин), альфа-1-ИП и альфа-2-МГ в г/л Ч ч.

Результаты: анализ динамики химазы и тонина через три месяца терапии СН у больных с диабетом и без диабета не выявил существенного изменения активности химазы и тонина ($p > 0,05$), хотя некоторое их нарастание в сыворотке крови в конце периода наблюдения по сравнению с исходными данными отмечалось, в группе без СД активность химазы увеличилась на 13,74 %, тонина на 3,55 %, в группе с СД на 12,75 % и 2,33 %, соответственно. Достоверных изменений активности альфа-2-МГ в обеих группах также выявлено не было ($p > 0,05$). Активность альфа-1-ИП на фоне стандартной терапии достоверно увеличилась к третьему месяцу от начала терапии и составила в группе без СД $((7,76 \pm 0,09) \text{ г/л Ч ч})$, с СД $((7,73 \pm 0,07) \text{ г/л Ч ч})$, что оказалось на 4,86 % и на 2,79 % выше по сравнению с исходными показателями ($p < 0,05$).

Выводы: стандартная терапия в течение трех месяцев, в среднетерапевтических дозировках, способствует активации альфа-1-ИП при СН у больных с диабетом и без диабета, но не оказывает значительного влияния на активность химазы, тонина и альфа-2-МГ.

**СТАБИЛИЗАЦИЯ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ
АКТИВАЦИИ ФЕРМЕНТОВ АПФ-НЕЗАВИСИМОГО ПУТИ
ОБРАЗОВАНИЯ АНГИОТЕНЗИНА-II У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Сердобинская-Канивец Э.Н., Волков В.И., Серик С.А., Самохина Л.М.
ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины", г. Харьков

Цель исследования: оценить влияние стабилизации мембран тучных клеток на активность ферментов АПФ-независимого пути образования ангиотензина-II – химазы и тонина при сердечной недостаточности (СН) у больных с сахарным диабетом (СД) 2-го типа и без него.

Материал и методы: обследован 100 больной с СН, из них у 51 диагностирован СД 2-го типа. Всем больным проводилась стандартная терапия СН. Пациенты с СД дополнительно принимали метформин гидрохлорид и/или гликлазид. Путем случайной выборки, ряду больных на три месяца, дополнительно к стандартной терапии назначали стабилизатор мембран тучных клеток (кетотифен) в дозе 3 мг/сут. Сформировали 4 группы: I – больные с СД, получающие комбинированную терапию с использованием кетотифена ($n=25$), II – больные с СД, получающие только стандартное лечение ($n=26$), III – пациенты без СД с комбинированной терапией ($n=24$), IV – пациенты без СД и стандартным лечением ($n=25$). Активность химазы и тонина определяли в сыворотке крови высокочувствительным ферментативным методом. Показатели выражали в Е (мкмоль субстрата/мин).

Результаты: в группе стандартной терапии у больных с диабетом и без диабета в конце наблюдения отмечалось некоторое повышение активности химазы и тонина, не достигшее значимого изменения ($p > 0,05$). В группе комбинированной терапии, наоборот, отмечалась тенденция к снижению активности химазы и тонина: у больных без диабета на 28,80 % и на 23,16 %, а с диабетом – на 25,40 % и на 33,00 % соответственно ($p > 0,05$). Значимые изменения ферментативных показателей были получены только в группе комбинированной терапии у лиц с исходно более высокой активацией химазы – более $3,55$ (Е Ч 10^{-3}) СД и выше $5,22$ (Е Ч 10^{-3}) с СД. У этих больных в группе без диабета активность химазы снизилась на 38,65 %, а в группе с диабетом на 31,24 % по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$). По тонину прослеживалась аналогичная картина, его активность снизилась на 38,68 % у больных без диабета и на 53,20 % – с диабетом ($p < 0,05$).

Выводы: стабилизация мембран тучных клеток у больных с СН без диабета и с диабетом, получающих стандартную терапию, позволяет снизить в сыворотке крови повышенную активность ферментов АПФ-независимого пути образования ангиотензина-II – химазы и тонина.

**СТАБІЛЬНА СТЕНОКАРДІЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ:
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ**

Ілащук Т.О., Малишевська І.В., Окіпняк І.В., Ілащук І.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Незважаючи на значні досягнення медицини у лікуванні та профілактиці ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ), саме серцево-судинні хвороби залишаються однією з найголовніших причин смертності населення всіх країн світу. Разом з АГ ІХС займає чільне місце серед причин смерті населення європейських країн. Основним проявом ІХС є стабільна стенокардія, яка виявляється у 90 % випадків ураження вільцевих судин.

З метою встановлення залежності частоти виявлення ознак електричної нестабільності шлуночків від наявності ішемії міокарда обстежено 87 хворих на стабільну стенокардію (СС), яка перебігала на тлі метаболічного синдрому, з використанням 24-годинного холтерівського моніторингу ЕКГ (ХМ), велоергометрії (ВЕМ) та безстравохідної електрокардіостимуляції (ЧСЕС).

За даними ХМ ЕКГ пацієнти зі шлуночковими екстрасистолами високих градацій (ШЕвг) характеризувались достовірно більшою частотою, тривалістю та вираженістю (за глибиною депресії сегмента ST) епізодів больової ішемії міокарда (БІМ) у співставленні з хворими без шлуночкових порушень ритму ($(7,3 \pm 1,3)$ епізодів/добу проти $(2,0 \pm 0,2)$ епізодів/добу, $p < 0,001$; $(75,1 \pm 12,5)$ хв./добу проти $(23,8 \pm 6,3)$ хв./добу, $p < 0,001$; $(4,2 \pm 1,1)$ мм проти $(1,4 \pm 0,2)$ мм, $p < 0,001$). Аналогічні зміни показників БІМ відмічались у пацієнтів з поодинокими шлуночковими екстрасистолами (пШЕ), але дані достовірно не розрізнялись: $(2,2 \pm 0,4)$ епізодів/добу ($p > 0,5$), $(28,2 \pm 5,9)$ хв./добу ($p > 0,5$), $(1,8 \pm 0,2)$ мм ($p > 0,1$). Не виявлено статистично достовірної різниці добової кількості, тривалості та вираженості епізодів безбольової ішемії міокарда (ББІМ) у хворих без ШЕ, з пШЕ та з ШЕвг: $(1,8 \pm 0,2)$ епізодів/добу, $(2,4 \pm 0,3)$ епізодів/добу ($p > 0,1$) та $(2,5 \pm 0,4)$ епізодів/добу ($p > 0,1$); $(31,5 \pm 6,7)$ хв./добу, $(27,4 \pm 4,7)$ хв./добу ($p > 0,5$) та $(29,3 \pm 5,8)$ хв./добу ($p > 0,5$); $(1,4 \pm 0,1)$ мм, $(1,4 \pm 0,1)$ мм ($p > 0,5$) та $(1,8 \pm 0,3)$ мм ($p > 0,2$), відповідно. При вивченні показників навантажувальних тестів, які об'єктивізують коронарний резерв, у вказаних групах, встановлено, що частота припинення стимуляції при ЧСЕС та порогове навантаження при ВЕМ були достовірно нижчими у пацієнтів зі ШЕвг у порівнянні з хворими без ШЕ ($(125,4 \pm 5,1)$ імп./хв. проти $(146,7 \pm 4,7)$ імп./хв., $p < 0,001$; $(55,0 \pm 6,8)$ Вт проти $(81,6 \pm 6,2)$ Вт, $p < 0,001$). Ці показники мали аналогічну, але статистично недостовірну тенденцію у пацієнтів з пШЕ ($(137,7 \pm 4,6)$ імп./хв., $p > 0,1$; $(77,9 \pm 5,7)$ Вт, $p > 0,5$).

Отримані результати дозволяють стверджувати, що детермінантами електричної нестабільності шлуночків у пацієнтів зі СС на тлі метаболічного синдрому є низький коронарний резерв, а також велика кількість, тривалість та вираженість епізодів БІМ.

ЗАСТСУВАННЯ КОРВІТИНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Ілашук Т.О., Окіпняк І.В., Васюк В.Л., Бойко Б.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Нами проведено вивчення впливу корвітину на клінічні, електрофізіологічні біоритмологічні параметри, стан про- і антиоксидантної систем крові у хворих на ІХС. Обстежено 35 пацієнтів на ІХС (стабільна стенокардія напруги II ФК (25 хворих), III ФК (10 хворих), дифузний кардіосклероз, СН IIАст., ФК II-III) віком від 43 до 67 років ($53,1 \pm 9,32$) із середньою тривалістю захворювання ($9,4 \pm 3,6$) роки. За особливостями лікувальних підходів хворих розподілили на дві групи: основну (20 осіб) та контрольну (15 хворих). Пацієнтам контрольної групи призначали препарати базисного лікувального комплексу (β -адреноблокатор). Хворі основної групи окрім препаратів базисного комплексу отримували корвітин, внутрішньовенно крапельно щоденно 5-8 інфузій на курс.

Під впливом проведеної терапії в основній групі обстежених пацієнтів відмічали покращання клінічного стану хворих вже на 4-5 день лікування: зменшились частота, інтенсивність і тривалість больових приступів, а згодом (з 5-8 дня) потреба в антиангінальних препаратах.

У всіх пацієнтів при первинному обстеженні зареєстровано епізоди зміщення сегмента ST. Після проведеної терапії найбільшого зменшення проявів ішемії вдалося досягти у пацієнтів основної підгрупи (кількість ішемічних епізодів зменшилась на 66,04 %, їх тривалість – на 68,97 %).

Достовірне зменшення кількості ішемічних епізодів у пацієнтів основної групи було досягнуто стосовно як больових ішемічних проявів, так і ББІМ. При первинному обстеженні встановлено ригідний циркадіанний профіль ЧСС – циркадіанний індекс (ЦІ) менше 1,2. Слід зауважити, що найнижчі значення останнього спостерігалися у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом другого типу, ожирінням III ст. Після проведеного лікування ЦІ зросли, достовірно в основній групі. Необхідно відзначити низькі значення вказаних часових показників ВСР, що свідчить про зниження тону парасимпатичної нервової системи у хворих із ІХС з ознаками ХСН. Аналіз добових часових показників показав, що після прийому в складі базової терапії корвітину, підсилюється вегетативна регуляція серця (підвищення SDNN у порівнянні з контрольною групою пацієнтів), підвищується вплив на ритм серця парасимпатичної нервової системи (достовірне зростання RMSSD).

Отже, застосування корвітину в курсовому лікуванні зумовлює антиішемічний, антиаритмічний ефекти, володіє коригуючим впливом на вегетативний гомеостаз.

КИСЛОТО-ЛУЖНИЙ СТАН ТА КАНАЛЬЦЕВІ ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ

Семидоцька Ж.Д., Оспанова Т.С., Авдєєва О.В.,

Веремєєнко О.В., Єрмоєнко Г.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Останнім часом в усьому світі констатується невинне зростання уражень нирок, при тому не тільки і не стільки первинних (гломерулонефрит, пієлонефрит, тощо), але так званих вторинних нефропатій при різноманітних захворюваннях. Варто наголосити, що ці нефропатії виявляються на ранніх етапах розвитку хвороб внутрішніх органів, в подальшому обтяжують перебіг первинного захворювання і становляться чинником, який визначає прогноз хвороби і вимагає застосування профілактичних і терапевтичних заходів. Враховуючи це, ми вирішили доцільним визначити стан нирок у хворих на бронхіальну астму (БА) та хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ).

Предметом наших досліджень було детальне вивчення кислотно-лужного стану (КЛС) і каналцевих функцій у 30 хворих з персистуючою БА середнього ступеню тяжкості і у 30 хворих на ХОЗЛ II ст.

При обстеженні функції зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих обох груп достовірних відмінностей не визначалося. На той же час зафіксовано достовірно нижчий рівень парціального тиску вуглекислого газу (pCO_2) у хворих на ХОЗЛ. Було з'ясовано, що у хворих на БА та ХОЗЛ розвивається ацидоз внаслідок вентиляційних порушень. На підставі дослідження показників екскреції титруємих кислот ($E_{тк}$), іонів водню (E_{H^+}), іонів амонію (E_{NH_4}) визначена активація кислото-видільної функції нирок і включення ниркових механізмів у регуляцію КЛС. Звертає на себе увагу в групі хворих на ХОЗЛ повний кореляційний зв'язок (r) між показником $E_{тк}$ та pCO_2 . Найбільш характерною для досліджуваних показників була середня ступінь взаємозв'язку ($0,5 < r < 0,7$). Це свідчить про те, що добова екскреція титрованих кислот є першим та найбільш раннім компенсаторним механізмом тубулярного апарату нефрона. У групі хворих на БА активація компенсаторних механізмів відбувалась за рахунок збільшення екскреції амонію (в 1,8 раз) та достовірним збільшенням екскреції водневих іонів до ($121,1 \pm 2,37$) ммоль/добу ($P < 0,05$).

Отже, для повнішої думки про характер і ступінь порушень в організмі хворих БА та ХОЗЛ крім характеристики клінічних проявів захворювання, функціонального стану органу, в комплекс дослідження повинні входити і дані кислотно-лужного балансу крові, які дозволяють виявити ранні порушення каналцевих функцій і КЛС, які сприяють прогресуванню захворювання.

ВПЛИВ СУЛОДЕКСИДУ НА БАЛАНС КОМПОНЕНТІВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ

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

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

Формування фібринових депозитів в нирках при діабетичній нефропатії (ДН) здебільшого обумовлюється порушеннями деградації основних елементів міжклітинного матрикса та дефіцитом фібринолізу. Велике значення в регуляції процесу фібринолізу має баланс між активаторами плазміногену, зокрема урокіназою, та інгібітором активаторів плазміногену першого типу (РАІ-1). Переваги сулодексиду в лікуванні хворих на судинні захворювання доведені в клінічних дослідженнях, втім особливості дії даного препарату при ДН вивчено недостатньо.

Мета дослідження – вивчення впливу сулодексиду на баланс урокінази і РАІ-1 у хворих на ДН.

Матеріали і методи. Було обстежено 88 хворих ДН, які були розподілені на групи в залежності від схем лікування. Перша група – 42 пацієнта, які отримували базову терапію антидіабетичними засобами та інгібітором АПФ моексіприлом. Другу групу склали 46 хворих, яким додатково до базового лікування призначали сулодексид (весел дує ф) в дозі 600 ЛО. Строк лікування 1 місяць. Контрольна група - 10 здорових донорів. Кількість урокінази та РАІ-1 в плазмі крові визначали методом імуноферментного аналізу.

Результати дослідження: розвиток ДН у хворих на цукровий діабет супроводжується помірним зростанням рівня урокінази до $(4,97 \pm 0,39)$ пг/мл, контроль $(4,26 \pm 0,35)$ пг/мл. Концентрація РАІ-1 у хворих підвищувалась значно більше і становила $(68,9 \pm 5,8)$ пг/мл, контроль $(26,7 \pm 1,2)$ пг/мл. Коефіцієнт РАІ-1/урокіназа у хворих на ДН становив $(16,42 \pm 1,42)$, в контрольній групі $(7,26 \pm 0,78)$. Застосована терапія не призводила до вірогідних змін концентрації урокінази в обох групах обстежених. Рівень РАІ достовірно знижувався у хворих, які отримували базову терапію, та становив $(54,2 \pm 4,3)$ пг/мл, $p < 0,05$ порівняно з вихідними значеннями. Застосування комплексної терапії, що включало сулодексид, призводило до більш виразного зниження показника до $(38,3 \pm 3,4)$ пг/мл, $p < 0,01$. Коефіцієнт РАІ-1/урокіназа також суттєво знижувався порівняно з вихідним рівнем та становив $(11,88 \pm 1,21)$ при застосуванні стандартної базової терапії ($p < 0,05$) і $(9,74 \pm 0,96)$ при додатковому призначенні сулодексиду ($p < 0,02$).

Висновки: ДН супроводжується дисбалансом концентрацій активаторів плазміногену та інгібіторів фібринолізу, зокрема урокінази і РАІ-1. Комплексна терапія з використанням сулодексиду сприяє нормалізації балансу компонентів фібринолітичної системи.

ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ (ПЕРВИННА, СКРИТА, ПРОГНОЗОВАНА)

Іпатов А.В., Дроздова І.В., Ханюкова І.Я., *Мацуга О.М.

ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України”, м. Дніпропетровськ,

*Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара

Основні показники інвалідності населення зумовлені зростанням захворюваності, погіршенням соціально-економічних умов життя та екологічної ситуації, зменшенням доступності медичної допомоги.

Мета роботи: розробити нові підходи до аналізу первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу (ХСК) в Україні.

В основу розробленої обчислювальної технології покладено кластерний аналіз та адаптивні методи короткострокового прогнозування. За даними статистичної звітності у 2011 році показник первинної інвалідності (ПІ) дорослого населення (ДН) внаслідок ХСК зріс на 1,0 % та склав 11,4 на 10 тис. нас. У структурі ПІ ДН від усіх захворювань ХСК займали перше місце (24,4 %). Вищі рангові місця за рівнем ПІ ДН внаслідок ХСК посідали Вінницький (16,0), Полтавський (15,3) регіони та Севастополь (14,9); нижчі – Херсонська (8,1), Донецька (8,4), Івано-Франківська (8,9 на 10 тис. нас.) області. Високий рівень ПІ ДН був у Києві, Севастополі, Вінницькій, Запорізькій, Київській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Хмельницькій, Черкаській, Чернігівській областях. Низький рівень ПІ ДН спостерігався в АР Крим, Дніпропетровському, Донецькому, Закарпатському, Івано-Франківському, Кіровоградському, Сумському, Тернопільському й Херсонському регіонах. У 2011 році відносний ризик зростання ПІ був високим у Вінницькій і Полтавській областях та Севастополі. Найбільш виразна «скрита» інвалідність відзначена у Севастополі, Чернігівській та Миколаївській областях.

У 2011 році в порівнянні з 2010 роком показник ПІ населення працездатного віку (ПН) внаслідок ХСК знизився на 0,7% та склав 10,7 на 10 тис. нас. У структурі ПІ ПН від усіх захворювань ХСК займали перше місце (20,1 %). Перші рангові місця за рівнем ПІ ПН внаслідок ХСК займали Житомирська (13,9), Миколаївська (13,1), Полтавська (12,5); останні – Севастополь і Кіровоградська (по 6,9) та Сумська області (8,5 на 10 тис. нас.). Високий рівень ПІ ПН щодо цього класу захворювань був у Вінницькій, Житомирській, Запорізькій, Київській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Чернівецькій областях. Низький рівень ПІ ПН спостерігався в АР Крим, Дніпропетровському, Донецькому, Закарпатському, Івано-Франківському, Кіровоградському, Сумському, Тернопільському, Херсонському й Чернігівському регіонах. Відносний ризик зростання цього показника високий у Житомирській, Вінницькій та Миколаївській областях. Найбільш виразною «скрита» інвалідність була у Кіровоградській, Хмельницькій, Черкаській та Чернігівській областях.

**РОЛЬ АДИПОНЕКТИНА И РЕЗИСТИНА В ГЕНЕЗЕ
ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кадыкова О.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Жировая ткань является основным источником адипонектина и резистина, которые напрямую или опосредованно влияют на инсулинорезистентность (ИР), скорость прогрессирования атеросклероза и сосудистых осложнений сахарного диабета (СД) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Поэтому **целью** настоящего исследования явилось изучение роли гормонов жировой ткани в генезе инсулинорезистентности у больных гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. В исследование были включены 105 больных (41 мужчина и 64 женщины), средний возраст которых составил $(65,16 \pm 1,53)$ лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц. Определение уровня резистина проводили с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы “BioVendor” (Германия). Определение уровня адипонектина проводили с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы “ELISA” (США).

Результаты. Уровень резистина увеличивался в группе больных ГБ с СД 2 типа по сравнению с больными без СД и контрольной группой, что свидетельствует о том, что резистин может быть пусковым фактором возникновения метаболических нарушений, связанных с СД.

Изменения адипонектина имели обратное направление – его уровень достоверно уменьшался в группе ГБ с СД 2 типа, что совпадает с данными других исследователей, которые демонстрируют, что у пациентов с СД 2 типа уровень адипонектина значительно ниже в сравнении с пациентами в группе с ГБ без СД 2 типа и контрольной группой, и поэтому ученые допускают, что развитие инсулиннезависимого СД может быть связано с нарушением регуляции секреции адипонектина, который в норме угнетает синтез глюкозы печенью.

Выводы. У больных ГБ с СД 2 типа установлено достоверное увеличение уровня резистина и снижение уровня адипонектина. В формировании ИР ведущая роль принадлежит СД и гормонам жировой ткани, таким как резистин и адипонектин.

**ОСОБЕННОСТИ АДАПТИВНОГО ОТВЕТА СИСТЕМЫ
ЭЛАСТАЗА- α -1-ИНГИБИТОР ПРОТЕИНАЗ У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ
С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ**

Самохина Л.М., *Хасанова Х.Д., Снегурская И.А., Милославский Д.К.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

**Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика
Узбекистан*

Цель работы – исследование активности эластаз различного происхождения и эластазоингибиторной активности (ЭИА) α -1-ингибитора протеиназ (α -1-ИП) у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с гиперурикемией (ГУЕ).

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента с АГ II стадии, 1-2 степени в возрасте 39-60 лет. Из них без ГУЕ ($n = 12$), 6 мужчин и 6 женщин, средний возраст – $(47,2 \pm 3,4)$ лет и с ГУЕ ($n = 12$), 7 мужчин и 5 женщин, средний возраст – $(46,4 \pm 3,1)$ года. Стадию АГ устанавливали в соответствии с European Society Hypertension recommendation (2007, 2011). Контрольная группа – 14 здоровых доноров, средний возраст – $(34,8 \pm 1,9)$ лет. ГУЕ устанавливали при концентрации мочевой кислоты (МК) более 360 мкмоль/л (и для мужчин, и для женщин) согласно “EULAR evidence based recommendations for gout” (2006). Уровень МК оценивали фотометрическим методом с использованием наборов «CORMAY», Польша. В сыворотке крови определяли общую активность эластазы (Эл), эндотелиальной эластазы (ЭЭл), металлоэластазы (МеЭл) и ЭИА α -1-ИП высокочувствительным ферментативным методом (патенты Украины №№ 66517А, 45068, 72346).

Результаты исследования. Отмечено снижение активности исследуемых показателей по сравнению с контролем независимо от наличия ГУЕ ($p < 0,05$, $< 0,01$, $< 0,001$). Данный факт может быть обусловлен истощением возможностей их синтеза и/или высвобождения на стадии предзаболевания. Активность Эл, МеЭл была выше при ГУЕ и прямо коррелировала с увеличением ЭИА α -1-ИП. Повышение уровня Эл и МеЭл при ГУЕ указывает на активацию нейтрофилов и макрофагов в крови. Низкая активность МеЭл может свидетельствовать об отсутствии уратного повреждения почек у данной группы больных, а ее увеличение при ГУЕ – об активации макрофагов под влиянием кристаллов МК в крови. Увеличение ЭИА при ГУЕ может быть связано с антиоксидантным действием МК, ее способностью оказывать защитное действие на сосудистую стенку и являться элементом компенсаторной реакции организма при развитии патологии.

Выводы. Активация Эл, МеЭл у больных АГ в сочетании с ГУЕ прямо коррелирует с увеличением ЭИА α -1-ИП, находится ниже контрольного уровня, что свидетельствует о развитии адаптивного ответа организма, самолимитирующего патологический процесс механизма.

**НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭФФЕКТА
РИТМИЧЕСКИХ ХОЛОДОВЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ У КРЫС
С АЛКОГОЛЬ-ЗАВИСИМОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Самохина Л.М., *Ломако В.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”,

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

Цель исследования – изучить влияние ритмических холодových воздействий (РХВ) на активность эластаз и эластазоингибиторную активность (ЭИА) α -1-ингибитора протеиназ (α -1-ИП) в тканях различных органов самок крыс с алкоголь-зависимой гипертензией (АЗГ).

Возраст животных, у которых моделировали АЗГ, составил 7-8 месяцев, группы контроля – 17-18 месяцев. Моделирование АЗГ проводили «двухбутылочным» методом при наличии свободного выбора между водой и раствором 15 % этанола. РХВ проводили с частотой 0,1 Гц в течение 65 мин с использованием охлаждающего устройства с программным управлением, созданного в ИПКиК НАНУ, приспособленного для прерывистой подачи холодного воздуха с температурой $(5 \pm 1) ^\circ\text{C}$. В безъядерных фракциях тканей коры мозга (КМ), легких, сердца, печени, почек исследовали активность эластаз и ЭИА α -1-ИП высокочувствительным ферментативным методом, разработанным в Институте терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины.

Активность Эл при АЗГ повышалась во всех тканях, ЭЭл – в КМ, легких, сердце, МЭл – снижалась (кроме почек), наиболее выражено – в сердце. ЭИА снижалась (кроме почек, где наблюдали повышение). Активация эластаз может быть обусловлена накоплением токсических веществ, развитием оксидативного повреждения, морфофункциональных нарушений структуры сосудов, характера протекающих метаболических процессов и свидетельствовать о развитии деструктивных процессов. Выраженные изменения в сердце могут приводить к формированию очагов распада миоцитов. Защищенность тканей от избыточной активации эластаз может обеспечивать повышение ЭИА α -1-ИП.

Влияние РХВ способствовало существенному угнетению активности Эл, ЭЭл, МЭл ниже контрольного уровня во всех исследуемых образцах и увеличению ЭИА в тканях КМ, легких, сердца, печени (уменьшению в почках). РХВ могут обеспечивать повышение α -1-ИП за счет его синтеза и/или высвобождения клетками печени и макрофагами легких. Снижение Эл и ЭЭл под действием РХВ может быть обусловлено формированием высокой устойчивости организма (феномен перекрестной адаптации). РХВ могут ингибировать адгезию, активацию и аккумуляцию нейтрофилов, высвобождающих Эл, нарушить процесс миграции нейтрофилов, снижать эндотелиальную экспрессию молекул адгезии и инфильтрацию лейкоцитами (моноцитами), могут оказывать эффект на ультраструктуру астроглии и эндотелиоцитов.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Калашник Д.М., Крахмалова О.О., Васильєв О.О., Гетман О.А.

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

Мета роботи: оцінити якість життя (ЯЖ) у хворих на бронхіальну астму (БА).

Матеріали і методи. Обстежено 28 хворих на БА, з яких 13 чоловіків та 15 жінок, та 18 практично здорових осіб. Вік обстежених 36-63 років. Для оцінки ЯЖ використовували тест SF-36 «Health status survey» та опитувальник св. Георгія (SGRQ).

Результати: У хворих на БА істотно страждав фізичний компонент здоров'я за рахунок функціонування, обумовленого фізичним станом: $(24,3 \pm 3,7)$ бали (у здорових – $(87,3 \pm 2,7)$ бали). У психологічному компоненті здоров'я у хворих на БА було обмежено рольове функціонування, обумовлене емоційним станом: $(32,4 \pm 3,5)$ бала і життєва активність: $(35,8 \pm 7,2)$ бала (у здорових – $(78,2 \pm 5,1)$ бала і $(72,5 \pm 3,2)$ бала, відповідно). Психічне здоров'я, що характеризує наявність тривоги і депресії, також було достовірно зниженим в порівнянні з контрольною групою: $(32,6 \pm 7,8)$ бала і $(89,2 \pm 3,3)$ бала, $p < 0,05$, відповідно.

Визначено особливості впливу захворювання на ЯЖ пацієнтів: 34,5 % хворих зазначили, що БА заважає їх роботі, у 92 % пацієнтів кашель або задишка порушували сон, 52,4 % респондентів впадають у паніку, якщо не можуть впоратися з розладами дихання. 65,4 % пацієнтів не можуть повноцінно організувати свій активний відпочинок, 35 % хворих змушені були залишити роботу.

Висновок: у хворих на БА були виявлені взаємопов'язані порушення фізичного та психологічного здоров'я, які потребують адекватної медикаментозної та психотерапевтичної корекції, яка дозволить адаптувати пацієнтів до їхнього стану.

**АСОЦІАЦІЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА СУРФАКТАНТНОГО
ПРОТЕЇНУ С З ГЕМОДИНАМІЧНИМИ ЗРУШЕННЯМИ
У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ
ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ**

Калмиков О.О., Скіба Т.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) є одним з небагатьох розповсюджених захворювань, щодо якого захворюваність та смертність з року в рік неухильно збільшуються в усьому світі. Визнаною є роль індивідуальних особливостей організму людини у розвитку ХОЗЛ. Відомо роль сурфактанту, зокрема поліморфізму гена сурфактантного протеїну С (SFTP-C), в розвитку необерненого компонента обструкції при ХОЗЛ. Проте його зв'язок з серцево-судинними ускладненнями ХОЗЛ вивчений недостатньо.

Мета: дослідження зв'язку поліморфізму гена SFTP-C з розвитком хронічного легеневого серця та його дисфункції.

Матеріал і методи. В умовах клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань обстежено 42 робітника машинобудівної промисловості чоловічої статі у віці ($52,7 \pm 4,12$) років із діагностованим ХОЗЛ II стадії відповідно до галузевих стандартів. Вивчено генотипи SFTP-C: A138C (AA, AC, CC) та A186G (AA, AG, GG) методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним мас-спектрометричним аналізом. Морфофункціональний стан серця визначали методом ехокардіографії за допомогою ехокардіографа LOGIQ-400 (General Electric Healthcare, США).

Результати та обговорення. Встановлено, що поліморфізми A138C та A186G гена SFTP-C асоціюються з більш вираженими структурно-функціональними змінами серця. Так, генотип CC пов'язаний з гіпертрофією правого шлуночка, генотип GG – зі зниженням часу правошлуночкового передвигнання ($p < 0,01$). Це можна пояснити визначальною роллю окремих фенотипів SFTP-C у формуванні фіброзу, емфіземи легенів, подальшими порушеннями легеневого кровообігу.

Висновки. Встановлено варіанти гена SFTP-C, які мають тісну асоціацію зі структурними або гемодинамічними змінами серця. Визначення поліморфізму гена сурфактантного протеїну С має перспективи використання в якості прогностичного маркера у діагностиці та профілактиці серцево-судинних ускладнень ХОЗЛ для формування груп ризику.

**АКТИВНОСТЬ ЭЛАЗТАЗ В ПРОЯВЛЕНИИ ГОРМЕЗИСА
У СТАРЫХ КРЫС ПРИ РИТМИЧЕСКИХ ХОЛОДОВЫХ
ВОЗДЕЙСТВИЯХ**

Самохина Л.М., *Ломако В.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”,

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

Цель исследования – изучить влияние ритмического холодового воздействия (РХВ) на активность эластаз и эластазоингибиторную активность (ЭИА) α -1-ингибитора протеиназ (α -1-ИП) в тканях различных органов старых крыс (17-18 месяцев). РХВ проводили с частотой 0,1 Гц в течение 65 мин., для этого использовали охлаждающее устройство с программным управлением, созданное в Институте проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, приспособленное для прерывистой подачи хладоагента (холодный воздух с температурой $(5 \pm 1) ^\circ\text{C}$). Исследовали общую активность эластаз (Эл), активность эндотелиальной эластазы (ЭЭл), металлоэластазы (МЭл) и ЭИА α -1-ИП в безъядерных фракциях тканей коры мозга (КМ), легкого, сердца, печени и почек высокочувствительным ферментативным методом, разработанным в Институте терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины.

Наблюдали активацию эластаз во всех исследуемых образцах, причем: Эл – в 87 раз (КМ) и более (в легких и сердце – в 130 и 170 раз, соответственно, в печени – в 600 раз, в почках – в 1000 раз), ЭЭл в сердце и печени – в 12 раз, МЭл в почках – в 21 раз. ЭИА α -1-ИП снижалась в КМ и сердце, повышалась в легких, печени, менее в почках. РХВ, как стресс-воздействие, приводит к значительной активации регуляторных систем организма. При этом активацию эластаз можно рассматривать как элемент гормезиса, характерного для кратковременных воздействий низких температур, что может способствовать расширению адаптационных возможностей, увеличению приспособляемости к влиянию внешних и внутренних стрессовых факторов. РХВ выступает в роли стимулятора, так как температура воздействия значительно меньше вредного для организма уровня. Активация Эл может быть обусловлена участием циркулирующих нейтрофилов без проявления их повреждающего действия за счет повышения экспрессии молекул адгезии – нейтрофильных интегринов CD11b и CD11c. Активация ЭЭл может быть обусловлена увеличением в 1,5 раза площади эндотелиоцитов и их базальной мембраны, и связана со снижением жесткости сосудов. Активация МЭл свидетельствует об участии макрофагов в развитии противовоспалительных, проангиогенных эффектов, адаптивного ответа, в восстановлении иммунитета, нарушенного в результате старения организма. Повышение ЭИА указывает на возможность синтеза и/или высвобождения α -1-ИП, в почках – на снижение уровня окислительных метаболитов.

Снижение ЭИА обусловлено расходом α -1-ИП на подавление избыточной активности эластаз, отсутствие поступления из мест синтеза.

ОСОБЕННОСТИ УЧАСТИЯ ЭЛАСТАЗ В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛЬ-ЗАВИСИМОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КРЫС

Самохина Л.М.

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

Цель – изучить активность эластаз и эластазоингибиторную активность (ЭИА) α -1-ингибитора протеиназ (α -1-ИП) в тканях различных органов крыс с алкоголь-зависимой гипертензией (АЗГ).

АЗГ моделировали у самок крыс (7-8 месяцев), которые в конце эксперимента достигали 17-18 месячного возраста. Моделирование АЗГ проводили «двухбутылочным» методом при наличии свободного выбора между водой и раствором 15 % этанола. Контроль – интактные крысы (17-18 месяцев). Исследовали общую активность эластаз (Эл), активность эндотелиальной эластазы (ЭЭл), металлоэластазы (МЭл) и ЭИА α -1-ИП в безъядерных фракциях тканей коры мозга (КМ), легких, сердца, печени и почек высокочувствительным ферментативным методом, разработанным в Институте терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины.

Активность Эл повышалась во всех исследуемых тканях в 8-12 раз, а в почках – в 100 раз. Наблюдали достоверное, но менее выраженное, увеличение активности ЭЭл в КМ, легких, сердце. Активность МЭл снижалась в большинстве тканей, кроме почек, наиболее выраженное снижение, в сотни раз, отмечено в сердце. ЭИА снижалась в большинстве исследуемых образцов, кроме почек, где наблюдали ее повышение.

Активацию эластаз связывают с оксидативным повреждением. Систематическое образование избыточного количества ацетальдегида при злоупотреблении алкоголем приводит к оксидативному стрессу, что относят к периферическому механизму развития гипертензии. Наличие наибольшей активации Эл в почках связано, скорее всего, с локальным накоплением токсических веществ. Активация ЭЭл может обуславливать развитие морфофункциональных нарушений структуры сосудов и характера протекающих метаболических процессов, что является следствием сосудистой дисциркуляции, застойных явлений, возникающих за счет нарастания венозного полнокровия на фоне обеднения капиллярной сети. Активность ЭЭл в КМ, легких и сердце указывает на возможность ее локального участия в развитии деструктивных процессов. Снижение активности МЭл связывают с ее расходом в процессах деградации экстрацеллюлярного матрикса, что может свидетельствовать о развитии существенного локального тканевого повреждения. Введение этанола в организм приводит к эскалации сосудистых нарушений в сердце, дистрофическим изменениям в субклеточных структурах, формированию очагов распада миоцитов. Защищенность тканей от избыточной активации эластаз может обеспечивать повышение ЭИА α -1-ИП. Необходимость отмеченного повышения ЭИА в почках может быть обусловлена локальной чрезмерной активацией Эл.

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ У КАРДИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Каменир В.М., Гетман Е.А., Зоренко Н.В.

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

Цель: исследовать антропометрические особенности у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), ишемической болезнью сердца (ИБС), а также сочетанной кардиопульмонологической патологией (ХОЗЛ и ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 44 пациента, сопоставимых по полу, возрасту и длительности заболевания. В 1 группу вошли 16 пациентов с сочетанной патологией: ИБС и ХОЗЛ, во 2 группу – 15 больных с ИБС, в 3 группу – 13 больных с ХОЗЛ. Всем пациентам было проведено измерение роста (см), веса (кг), индекса массы тела ($\text{кг}/\text{м}^2$).

Результаты. При анализе антропометрических данных пациентов было отменено отсутствие достоверных различий по росту между пациентами всех трех исследуемых групп: (175,4 (95 % ДИ 170,52-180,28), 173,67 (95 % ДИ 170,69-176,64) и 170,27 (95 % ДИ 166,63-173,9), соответственно). Выявлено достоверное увеличение веса и индекса массы тела у представителей 1-й группы по сравнению со 2-й группой: (95,07 (95 % ДИ 89,57-100,56) – 84,97 (95 % ДИ 80,15-89,78) $p = 0,013$) и (31,1 (95 % ДИ 29,63-32,57) – 28,43 (95 % ДИ 27,07-29,8), $p = 0,013$), соответственно. Также выявлено значительное повышение массы тела у пациентов 1-й группы по сравнению с больными 3-й группы (95,07 (95 % ДИ 89,57-100,56) – 83,2 (95 % ДИ 78,23-88,17), $p = 0,005$).

Выводы: у пациентов с сочетанной патологией (ХОЗЛ и ИБС) отмечается достоверное увеличение веса и индекса массы тела по сравнению с пациентами, страдающими изолированной патологией, что является дополнительным фактором более неблагоприятного течения заболевания у данной категории больных.

ЦИТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА БЕЗ НЕЇ

Камінський В.Я.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Давно відомо, що існує тісний взаємозв'язок між хронічними захворюваннями нирок і серцево-судинною патологією, що призвело до вживання терміну "кардіоренальний синдром". Первинні ураження нирок зумовлюють посилене прогресування серцево-судинних захворювань. Розуміння механізмів, що пов'язують хронічну хворобу нирок і серцеву патологію, необхідне для вироблення майбутніх терапевтичних підходів до цієї смертельної асоціації.

Зважаючи на вищевикладене, метою нашого дослідження було вивчення функціонального стану хроматину (ФСХ) лімфоцитів периферійної крові хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН) із супутньою серцевою недостатністю (СН) та без неї. Обстежено 75 хворих на ХГН, з них – 38 чоловіків та 37 жінок. Залежно від наявності чи відсутності СН хворих розділили на дві групи: першу склали 40 пацієнтів із ХГН без СН, до складу другої ввійшли 35 хворих на ХГН та СН. Усім пацієнтам було проведено загально-клінічне обстеження з використанням лабораторних та інструментальних методів. Для морфологічної верифікації ХГН проводили біопсію нирки. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Матеріалом дослідження слугували цитологічні препарати лімфоцитів периферійної крові. У мазках крові, забарвлених за Фьолгеном у модифікації Л.С. Ковальчук та співавт. (1994), аналізували по 100 інтерфазних ядер лімфоцитів. ФСХ оцінювали на основі трьох індексів каріограми: хроматизації (ІХ), ядерцевого (ЯІ) та морфологічно змінених ядер (МЗЯ).

Як показали результати досліджень, у хворих обох груп спостерігалися зміни всіх індексів каріограми порівняно з практично здоровими особами. Статистично суттєве зниження ІХ зафіксовано лише у хворих із супутньою СН порівняно зі здоровими особами та з хворими без СН. Встановлені зміни пов'язані з важчим станом хворих у зв'язку із супутньою СН. У пацієнтів обох груп відзначалося статистично вагоме підвищення ЯІ, причому суттєвіше у групі без супутньої патології. Це свідчить про певне виснаження компенсаторної активації біосинтетичних процесів у пацієнтів із СН. Вірогідні зміни МЗЯ лімфоцитів відзначалися в обох групах ($p < 0,001$), причому вагомніше підвищення зафіксовано у пацієнтів із супутньою СН, що зумовлено вираженішими порушеннями організму внаслідок асоціації двох патологій.

Таким чином, у хворих на ХГН із СН та без неї було зафіксовано зміни ФСХ лімфоцитів периферійної крові. Доведено більш виражену динаміку вказаних показників у пацієнтів при наявності супутньої СН.

МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Іванчук П.Р., Амеліна Т.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метаболічний синдром або синдром інсулінорезистентності характеризується високим ризиком розвитку серцево-судинних хвороб атеросклеротичного походження та цукрового діабету 2-го типу. Актуальною проблемою є поширеність артеріальної гіпертензії, розвиток гіпертрофії лівого шлуночка при якій суттєво погіршує прогноз, сприяє збільшенню епізодів ішемії міокарда, розвитку серцевої недостатності, порушень серцевого ритму та раптової смерті.

Метою роботи було дослідження взаємозв'язків між клінічними, метаболічними та гемодинамічними особливостями у пацієнтів за артеріальної гіпертензії, сполученої зі стабільною стенокардією.

Обстеженню підлягали 202 хворих, 116 з яких – жінки, з артеріальною гіпертензією II-III стадій, сполученої зі стабільною стенокардією II-III функціонального класу віком 34-60 років. Для характеристики маси тіла використовували оцінку індексу маси тіла (ІМТ), який розраховували як відношення маси тіла (кг) до зросту² (м²).

Гіпертрофія лівого шлуночка серця виявлена шляхом ехокардіографічного обстеження у 139 обстежених, з яких 10 % пацієнтів мають нормальну масу тіла ($\text{ІМТ} < 25 \text{ кг/м}^2$), 37,4 % осіб з надмірною масою тіла ($\text{ІМТ} 25\text{--}29,9 \text{ кг/м}^2$) та 52,5 % хворих — з ожирінням ($\text{ІМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$).

Отже, кількість пацієнтів із проявами гіпертрофії лівого шлуночка пов'язана з масою тіла, а наявність метаболічного синдрому і, як його прояву, ожиріння та артеріальної гіпертензії потребують дослідження функціонального стану міокарда з оцінкою гіпертрофії лівого шлуночка.

ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ β_1 -АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ НА РОЗВИТОК ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Рудик Ю.С., Пивовар С.М., Лозик Т.В.

ДУ "Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків

Мета: визначити зв'язок розвитку фібриляції передсердь у хворих з серцевою недостатністю (СН) з гаплотипом гену β_1 -адренорецепторів (β_1 -АР)

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 97 хворих (69 (71,1 %) чоловіків, середній вік – $(63,8 \pm 2,6)$ років) з серцевою недостатністю (СН) зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка (ЛШ). Методи обстеження – клінічні, інструментальні (ехо-кардіоскопія), генетичні (полімеразна ланцюгова реакція), статистичні. Період спостереження за хворими склав 2 роки.

Отримані результати. В групі хворих з поліморфізмом гену β_1 -адренорецепторів (β_1 -АР) Ser49Ser пароксизмальна форма ФП реєструється в 16,5 % в той час, як при поліморфізмі гену Ser49Gly тільки в 2,5 % ($p < 0,001$).

Найбільша частота пароксизмів ФП реєструється у хворих з поліморфізмом типу Arg389Arg (32,9 %), що вірогідно більше, порівнюючи до групи пацієнтів з поліморфізмом Gly389Arg (7,6 %) та Gly389Gly (1,3 %) ($p < 0,001$). Найменша частота розвитку пароксизмальної форми ФП реєструвалася у групі хворих СН з поліморфізмом Gly389Gly (1,3 %).

Для хворих серцевою недостатністю з поліморфізмом гену β_1 -АР типу Arg389Arg характерним є більша товщина міжшлуночкової перетинки та задньої стінки ЛШ, значення маси міокарда ЛШ в порівнянні до хворих з алеллю Gly389Gly

Висновок: найбільш «проаритмогеним» гаплотипом гену β_1 -адренорецепторів є Ser49Ser/ Arg389Arg. В даній підгрупі хворих спостерігається найбільша частота розвитку пароксизмів фібриляції передсердь.

ВЛИЯНИЕ СПИРОНОЛАКТОНА И АТОРВАСТАТИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С СОХРАНЕННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

^{1,2}Камышникова Л.А., ²Ефремова О.А.

¹МБУЗ «Городская поликлиника № 2» г. Белгорода,

²ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет», Россия

Среди проблем современной кардиологии ведущее место занимает хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Доля больных ХСН с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ССФ ЛЖ) в амбулаторной практике достигает 80 %. Спинолактон препятствует в сердце активации фибробластов и развитию интерстициального миокардиального фиброза, приводит к остановке прогрессирования ХСН. Известно также, что достаточно выраженным эндотелиопротективным действием обладают статины. Синергическое действие антагонистов альдостерона и статинов как препаратов, позитивно влияющих на структурно-функциональные показатели миокарда, ранее не изучалось.

Целью исследования явилось изучение изменения структурных показателей сердца на фоне комплексной терапии, включающей спинолактон и аторвастатин у больных ХСН с ССФ ЛЖ.

Обследовано 86 амбулаторных больных с ХСН (фракция выброса ЛЖ > 45 %) I-III функционального класса, средний возраст $(62,3 \pm 8,7)$ года. Все больные получали комплексную медикаментозную терапию: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, при необходимости получали сердечные гликозиды, блокаторы кальциевых каналов, нитраты, диуретики, антиагреганты. Основная группа больных получала спинолактон в дозе 25-50 мг/сут. и аторвастатин в дозе 20 мг/сут. в течение 12 месяцев, в группе сравнения спинолактон и аторвастатин не назначался. Диастолическая функция ЛЖ оценивалась по результатам исследования трансмитрального диастолического кровотока в импульсном доплеровском режиме с помощью эхокардиографии.

В основной группе на 14,3 % ($p < 0,05$) увеличилось число лиц с I типом диастолической дисфункции. Число лиц с нормальной конфигурацией ЛЖ выросло к концу исследования на 16,1 % ($p < 0,05$), на 11,7 % уменьшилось количество лиц с концентрическим ремоделированием ($p < 0,05$). В контрольной группе не было достоверных изменений.

Таким образом, доказано, что при сочетанном применении спинолактона и аторвастатина улучшилась диастолическая функция левого желудочка, развились позитивное деремоделирование, трансформация рестриктивного и псевдонормального типа диастолической дисфункции к типу с замедленной релаксацией.

СПОЛУЧНОТКАНИННИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ З СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Капустник В.А., Архипкіна О.Л.

Харківський національний медичний університет, Україна

Сполучна тканина (СТ) є складною структурною та багатофункціональною системою, яка об'єднує у єдине ціле різні органи та тканини організму. Від метаболічних процесів, які відбуваються у сполучній тканині, залежать процеси адаптації організму, стабільність його органів та систем.

Метою роботи було дослідження обміну СТ у хворих на вібраційну хворобу (ВХ) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 86 хворих чоловічої статі, середній вік – $(51 \pm 1,5)$ року. Стаж роботи у контакті з локальною вібрацією – $(18,7 \pm 1,3)$ роки. До I групи віднесено 39 пацієнтів з ВХ. II клінічну групу склали 47 хворих на ВХ, поєднану з ХОЗЛ I-II стадії. Групу контролю склали 20 здорових чоловіків. Стан СТ обміну оцінювали шляхом визначення рівню сумарних глікозаміногліканів (ГАГ), вмісту вільного оксипроліну (ВОП) та пептиднозв'язаного оксипроліну (ПЗОП) за методами П.Н. Шараєва та співав. (1981, 1987).

Результати. Дослідження основної речовини СТ показало значне підвищення рівня ГАГ у обох групах обстежених пацієнтів у порівнянні з контролем: у I групі – в 2,8 рази, у II групі – в 2,9 рази, що свідчить про посилення фібропластичних процесів у обстежених пацієнтів. На наш погляд, метаболічні зміни основної речовини СТ набули максимальних змін під дією вібраційного чинника, тому рівень ГАГ у обох клінічних групах між собою значно не відрізнявся. Аналіз рівнів ВОП та ПЗОП вказує на підвищення співвідношення цих білків, особливо при поєднаному перебігу ВХ та ХОЗЛ (I група – 2,16, II група – 3,2, контроль – 1,5) Збільшення показника ПЗОП/ВОП у обох клінічних групах у порівнянні з контролем свідчить про активацію колагенового синтезу та його переважання над розпадом. Дані результати характерні для активного постійного фіброзно-склерозуючого процесу.

Ітак, накопичення ГАГ та превалювання синтезу колагену у обох груп хворих вказує на активацію обмінних процесів у сполучній тканині обстежених хворих. Вочевидь, тривалий запальний процес у легенях індукує проліферацію фібробластів та, таким чином, збільшує кількість колагенпродукуючих клітин, що обтяжує перебіг поєднаної патології. Таким чином, хронічне запалення у дихальній системі стимулює процеси підвищеного колагеноутворення, викликані дією вібрації, що сприяє прогресуванню фібротичних змін у стінках судин та бронхів.

Висновки. У хворих як на ізольовану ВХ, так у поєднанні з ХОЗЛ, встановлено підвищення синтезу колагену та рівню ГАГ. Виявлені метаболічні зсуви у сполучній тканині обумовлені дією вібрації. Наявність ХОЗЛ у хворих на ВХ призводить до ще більшої дезорганізації сполучної тканини внаслідок хронічного запального процесу у дихальній системі.

СТАН ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Романуха В.В.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Хронічний панкреатит та метаболічний синдром характеризуються спільністю патогенетичних ланок, зокрема дисліпідемія та ендотеліальна дисфункція, що сприяє взаємообумовлюючому та взаємопосилюючому впливу обох патологічних процесів. Дисбаланс у системі перекисне окиснення ліпідів – антиоксидантний захист є пошкоджувальною ланкою в ланцюгу метаболічного контролю, що впливає на формування і прогресування захворювання.

Проведено обстеження 129 хворих на хронічний панкреатит, з них 84 хворих на ХП в поєднанні з МС. Вік обстежених коливався від 20 до 61 року і в середньому становив $(48,3 \pm 4,1)$ роки. Хворі, які підлягали обстеженню, були нами рандомізовані за віком та статтю. Діагноз ХП верифіковано за даними клінічного та лабораторно-інструментального обстеження (згідно наказу № 271 від 13.06.2005 р.). Діагноз МС верифіковано згідно рекомендацій Всесвітньої федерації по вивченню цукрового діабету (IDF). Всі обстежені склали 3 групи. В I групу увійшли 45 хворих на ХП, в II групу – 42 хворих на хронічний панкреатит в поєднанні з МС, компонентами якого було абдомінальне ожиріння((АО), підвищення артеріального тиску (АТ) вище 130/85 мм рт. ст. (або наявність діагностованої артеріальної гіпертензії), гіперглікемія натще більше 5,6 ммоль/л (або верифікований цукровий діабет (ЦД)). Пацієнти III групи – 42 хворих на ХП в поєднанні з МС, компонентами якого було АО, підвищення АТ вище 130/85 мм рт. ст., гіперглікемія натще більше 5,6 ммоль/л (або верифікований ЦД), дисліпідемія. Контрольну групу складали 20 практично здорових осіб. Стан перекисного окиснення ліпідів(ПОЛ) оцінювали за показниками вмісту в плазмі крові малонового альдегіду (МА) та дієнових кон'югатів (ДК). Для вивчення стану антиоксидантної системи(АОС) організму визначали активність церулоплазміну (ЦП) і насиченість трансферину (ТФ) залізом (метод Г.О. Бабенка). Аналіз результатів дослідження інтенсивності ПОЛ свідчить про її зростання в усіх групах хворих, що підтверджує роль неконтрольованого підвищення інтенсивності процесів ПОЛ при розвитку ХП. Сказане полягає у виявленні достовірного ($p < 0,05$) підвищення рівня МА та ДК та зниження рівнів ЦП та ТФ у всіх обстежених хворих у порівнянні з аналогічними показниками у здорових осіб. Поряд із цим існувала вірогідна відмінність між групами: у хворих III групи спостерігався достовірно вищий ($p < 0,05$) рівень МА та ДК та зниження рівня ЦП та ТФ у порівнянні з аналогічними показниками у пацієнтів I та II групи. Таким чином, можна стверджувати, що дисліпідемія є додатковим потужним фактором активації ПОЛ та зниження АОС у хворих на ХП в поєднанні МС, що сприяє погіршенню перебігу та прогресуванню захворювання.

**ХАРАКТЕРИСТИКА РАННИХ МАРКЕРОВ ОЖИРЕНИЕ-
АССОЦИИРОВАННОЙ НЕФРОПАТИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО
ВОЗРАСТА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

**Рокутова М.К., Перцева Н.О., Машейко И.В., Шевцова А.И.,
*Кондратьева А.В., *Таджиева Э.И.**

*ГУ “Днепропетровская медицинская академия”,
КУ “Днепропетровская ГКБ №9” “ДОС””, Украина

Цель: изучить ранние маркеры ренальной дисфункции у пациентов молодого возраста с абдоминальным ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов (30 женщин и 19 мужчин) молодого возраста (согласно ВОЗ), средний возраст составил – $(31 \pm 6,4)$ лет, с абдоминальным ожирением, I-III ст. (согласно IDF, 2005) без сахарного диабета. В исследование не включались больные с хронической болезнью почек. Всем пациентам проводили физикальное обследование, измерение артериального давления, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по пробе Реберга-Тареева без поправки на площадь поверхности тела, определение суточной альбуминурии, протеинурии и β_2 -микроглобулинурии, соотношения альбумин мочи/креатинин мочи (Ал/Кр мочи), а также необходимые лабораторные и биохимические исследования, ЭКГ.

Результаты. В целом по группе средний уровень СКФ составила $(166,1 \pm 7,9)$ мл/мин. У 4/5 лиц отмечалось наличие гломерулярной гиперфильтрации. Уровень суточной альбуминурии составил $(6,4 \pm 2,4)$ мг/сутки. У 1/8 пациентов выявили микроальбуминурию (МАУ) независимо от наличия артериальной гипертензии (АГ), однако у мужчин МАУ выявляется достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем у женщин. Практически у $\frac{3}{4}$ лиц наблюдали оптимальную экскрецию суточной альбуминурии. Интересно отметить, что протеинурии не выявлено ни у одного пациента.

Необходимо подчеркнуть, что в целом по группе только у 8 (16 %) мужчин, достоверно больше с АГ, наблюдали увеличение соотношения Ал/Кр мочи. Уровень суточной β_2 -микроглобулинурии составил $(1,1 \pm 0,4)$ мг/сутки. Особого внимания заслуживает факт, что практически у всех (94 %) пациентов отмечалась β_2 -микроглобулинурия независимо от пола и наличия АГ.

Выводы. У лиц молодого возраста с абдоминальным ожирением без СД 1-го или 2-го типа гломерулярную гиперфильтрацию и β_2 -микроглобулинурию необходимо считать распространенными маркерами раннего поражения почек. МАУ, а также увеличение соотношения Ал мочи/Кр мочи, в данной группе пациентов встречаются крайне редко. Выше перечисленные факты демонстрируют необходимость пристального внимания к пациентам молодого возраста с абдоминальным ожирением и ренальной дисфункцией как к группе пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых и почечных осложнений.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОПРОЛОЛА
У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Капустник В.А., Телегина Н.Д., Брек В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: изучить эффективность применения пролонгированной формы метопролола у женщин с артериальной гипертонией.

Материалы и методы: обследовано 28 женщин в возрасте $(46,4 \pm 6,3)$ года с дисгормональной кардиопатией, страдающих мягкой формой артериальной гипертонии (АГ). Диагноз АГ верифицирован на основании объективных данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В динамике 1,5-месячного наблюдения больным регулярно измеряли артериальное давление (АД), записывали ЭКГ, проводили эхокардиографию. Пролонгированную форму метопролола больным назначали в начальной дозе 50 мг 1 раз в сутки с постепенным увеличением дозы до 100-200 мг 1 раз в сутки.

Результаты: Лечение препаратом в виде монотерапии у больных с мягкой АГ сопровождалось значимым снижением систолического АД со $(152,4 \pm 8,3)$ мм рт. ст. до $(127,1 \pm 3,2)$ мм рт. ст., диастолического АД с $(92,3 \pm 4,9)$ мм рт. ст. до $(76,7 \pm 3,5)$ мм рт. ст. ($p < 0,005$). Частота сердечных сокращений уменьшилось с $(81,2 \pm 3,2)$ уд. в минуту до $(69,3 \pm 1,8)$ уд. в минуту. Отрицательное влияние на показатели ЭхоКГ, ЭКГ препарат не оказывал. Важно отметить, что лечение метопрололом сопровождалось уменьшением выраженности климактерического синдрома: снижением интенсивности приливов, уменьшением потливости, улучшением сна. Показатели углеводного и липидного обмена на фоне лечения метопрололом не изменились. Среди побочных эффектов метопролола следует отметить появление утомляемости у больных (11,0 %), желудочно-кишечных нарушений у 2 больных (7,1 %). Побочные эффекты были выражены умеренно. Отмены препарата не требовалось.

Выводы: Метопролол пролонгированного действия у больных дисгормональной кардиопатией оказывает достаточное антигипертензивное действие. Препарат удовлетворительно переносится, он улучшает качество жизни больных, снижая выраженность климактерических расстройств.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОАРГІНІНУ ПРИ АСОЦІЙОВАНИХ КАРДІОЛОГІЧНИХ СТАНАХ

Катеренчук І.П.

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Метаболічна корекція в основі якої лежить цитопротективний захист міокарда, покращує скоротливу функцію серця на фоні реперфузійних порушень та нормалізує метаболізм клітин, що є важливим і актуальним у схемах комплексного лікування..

Метою дослідження було вивчення ефективності і переносимості кардіоаргінину (кардіоаргінін ВАТ «Здоров'я») у поєднанні з базовою терапією без застосування препаратів, що впливають на метаболізм міокарда у пацієнтів зі стенокардією напруги, поєднаною з іншими кардіологічними станами (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, післяінфарктний кардіосклероз).

Проведено обстеження і лікування 27 пацієнтів з стенокардією напруги II-III функціональним класом у поєднанні з артеріальною гіпертензією (18 чол.), цукровим діабетом (7 чол.) і післяінфарктним кардіосклерозом (2 чол.). Базова терапія включала призначення бетаадреноблокаторів, антагоністів кальцію, статинів, інгібіторів АПФ та антиагрегантів. Пацієнти з цукровим діабетом отримували цукрознижуючу терапію. Крім базової терапії всім пацієнтам у терапію включали кардіоаргінін по 5 мл внутрішньовенно крапельно на 100 мл 0,9 % розчину хлориду натрію 1 раз на добу, протягом 10 днів з подальшим призначенням кардіоаргінину у вигляді сиропу по 2 дози в день протягом 20 днів.

Критерієм ефективності лікування були: частота нападів стенокардії за тиждень, число прийнятих таблеток нітрогліцерину, оцінка загального стану окремо лікарем і пацієнтом (виражена в балах).

Результати проведених досліджень засвідчили, що після проведеного лікування (через 1 міс. від початку терапії) у пацієнтів статистично достовірно зменшується число нападів стенокардії та число використаних таблеток нітрогліцерину (зменшення відзначено у 88,9 % пацієнтів). Одночасно відзначено покращення кровопостачання міокарда лівого шлуночка (за даними ЕКГ), та покращення загального стану хворих за самооцінкою та оцінкою лікарем. У 53 % пацієнтів з стенокардією II функціонального класу та 60 % пацієнтів з стенокардією III функціонального класу діагностували зниження функціонального класу стенокардії. Одночасно у 74 % пацієнтів відзначали зменшення скарг на головокружіння, покращення пам'яті і уваги, що було розцінено як покращення мозкового кровообігу.

Висновок. Застосування кардіоаргінину при асоційованих кардіологічних станах забезпечує кардіопротекцію міокарда в умовах ішемії, нормалізує артеріальний тиск та покращує якість життя пацієнтів.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Рокутова М.К., Перцева Н.О., *Кондратьева А.В., *Таджиева Э.И.

ГУ “Днепропетровская медицинская академия”,

**КУ “Днепропетровская ГКБ № 9” “ДОС””, Украина*

Цель: проанализировать информативность методов исследования величины СКФ (проба Реберга-Тареева с/без поправки на площадь поверхности тела (S), расчетные формулы MDRD, Cockcroft-Gault (CG) и CKD-EPI) и возможность применения расчетных формул для оценки скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов молодого возраста с абдоминальным ожирением в повседневной практике.

Материалы и методы. Обследовано 49 пациентов (30 (61 %) женщин и 19 (39 %) мужчин) молодого возраста (согласно ВОЗ), средний возраст составил $(31 \pm 6,4)$ лет, с абдоминальным ожирением, I-III ст. (согласно классификации IDF, 2005). В исследование не включались больные с ХБП, а также пациенты с декомпенсированными заболеваниями, которые могли бы повлиять на оценку СКФ. Всем больным проводили физикальное исследование, пробу Реберга-Тареева с/без поправки на площадь поверхности тела, расчет СКФ по формулам MDRD, CG и CKD-EPI, а также необходимые лабораторные и биохимические исследования, ЭКГ.

Результаты. Увеличение СКФ в среднем по группе наблюдалось при оценке СКФ по пробе Реберга-Тареева с/без поправки на S (СКФ в среднем составила $(166,1 \pm 56,3)$ мл/мин. и $(132,7 \pm 35,8)$ мл/мин./ $1,73 \text{ м}^2$, соответственно), а также практически у 1/2 пациентов по формуле CG (СКФ – $(111 \pm 20,8)$ мл/мин./ $1,73 \text{ м}^2$), однако по формулам MDRD и CKD-EPI отмечались заниженные показатели величины СКФ ($(81 \pm 14,3)$ мл/мин./ $1,73 \text{ м}^2$ и $(88 \pm 15,2)$ мл/мин./ $1,73 \text{ м}^2$, соответственно). Гломерулярная гиперфильтрация выявлена у 40 (82 %) пациентов по пробе Реберга-Тареева без поправки на S, у 36 (73 %) лиц по пробе Реберга-Тареева с поправкой на S, у 22 (45 %) больных – по формуле CG, и ни у одного пациента по формулам MDRD и CKD-EPI.

Выводы. У лиц молодого возраста с абдоминальным ожирением наблюдаются существенные различия в оценке величины СКФ различными методами. Расчетные формулы, особенно MDRD и CKD-EPI, искусственно занижают значения СКФ и маскируют наличие пациентов с гломерулярной гиперфильтрацией. Учитывая недостаточную информативность расчетных формул для оценки СКФ, в настоящее время у данной категории пациентов для оценки величины СКФ желательно использовать пробу Реберга-Тареева без поправки на площадь поверхности тела.

**РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИННОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

Резнік Л.А., Старченко Т.Г., Першина К.С., Божко В.В.

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

Мета роботи – вивчення стану ремоделювання загальних сонних артерій (ЗСА) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та супутній цукровий діабет (ЦД) 2 типу у порівнянні з хворими на ГХ без ЦД.

Матеріали та методи. Було обстежено 67 хворих на ГХ з супутнім ЦД 2 типу та 46 хворих на ГХ без ЦД. Обидві групи хворих не відрізнялись за статтю, віком та тривалістю ГХ. Ремоделювання ЗСА оцінювали на підставі визначення товщини інтими-медії (ТИМ) за результатами ультразвукового дослідження з кольоровим доплерівським картуванням кровообігу на апараті «LOQIC-5». Нормальною вважали товщину КІМ менш ніж 0,9 мм. Гіпертрофію судинної стінки ЗСА діагностували при ТІМ від 0,9 мм до 1,3 мм. ТІМ більшу або рівну 1,3 мм, локальне потовщення ТІМ на 0,5 мм або на 50 % у порівнянні з найближчими сегментами артерії розцінювали як атеросклеротичну бляшку.

Результати. Аналіз даних доплерографічного дослідження комплексу інтима-медія ЗСА свідчить про суттєвий вплив ЦД 2 типу на процеси патологічної перебудови судинної стінки у хворих на ГХ. Так, у хворих на ГХ та супутній ЦД 2 типу у порівнянні з хворими на ГХ без ЦД середня ТІМ ЗСА була статистично достовірно більшою і складала, відповідно, $(0,96 \pm 0,032)$ та $(0,86 \pm 0,044)$ мм ($p < 0,05$) для лівої ЗСА і $(0,91 \pm 0,030)$ та $(0,81 \pm 0,045)$ мм ($p < 0,05$) для правої ЗСА. Частота ураження ЗСА також була вірогідно вищою у хворих на ГХ та супутній ЦД 2 типу (64,2 %) у порівнянні з хворими на ГХ без ЦД (47,8 %) ($p < 0,05$). При цьому частота розвитку гіпертрофії судинної стінки ЗСА у хворих на ГХ та супутній ЦД 2 типу складала 38,8 % та суттєво не відрізнялась від такої у хворих на ГХ без ЦД (34,8 %) ($p > 0,05$), а частота атеросклеротичного ураження ЗСА складала 25,4 % і була значно вищою у порівнянні з хворими на ГХ без ЦД (13,0 %) ($p < 0,05$).

Висновки. При поєднанні ГХ та ЦД 2 типу спостерігались більш виражені ураження судинної стінки ЗСА, які проявлялись не лише більшим ступенем гіпертрофії судинної стінки, але й більш частим атеросклеротичним ураженням судин. Наші дані підтверджують той факт, що ЦД 2 типу суттєво прискорює розвиток атеросклерозу у хворих на ГХ.

**ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ
НА ФОНЕ 24 НЕДЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ САРТАНАМИ**

Клименко Н.Н., Шапошникова Ю.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования: оценить изменение толщины комплекса интима-медия (ТИМ) общих сонных артерий (ОСА) у пациентов с ожирением и гипертонической болезнью при 24 недельной терапии с использованием телмисартана и кандесартана.

Материалы и методы. В исследование включено 104 пациента с гипертонической болезнью и ожирением, Группы сопоставимы по возрасту и полу. У всех пациентов определяли ТИМ, которую измеряли как толщину внутренней и средней оболочек ОСА. Изучали липидный спектр крови ферментативным методом.

Результаты и их обсуждение. Толщина ТИМ общей сонной артерии в начале исследования и через 24 недели наблюдения была $(0,94 \pm 0,36)$ мм и $(0,95 \pm 0,38)$ мм в группе телмисартана и $(0,84 \pm 0,22)$ мм и $(1,08 \pm 0,43)$ мм в группе кандесартана, соответственно). Хотя незначительное, прогрессирование толщины ТИМ общей сонной артерии было выявлено в обеих группах лечения как и у мужчин, так и у женщин с гипертонической болезнью и ожирением, увеличение ТИМ в группе телмисартана после 24 недель лечения было достоверно менее выраженным, чем в группе кандесартана ($p = 0,012$), что свидетельствует о положительном влиянии на процессы ремоделирования сосудов мышечно-эластического типа длительного применения телмисартана и может быть объяснено дополнительным кардиоваскулярным протективным эффектом препарата.

СТУПІНЬ УРАЖЕННЯ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ ПОЧАТКОВОЇ ХСН ІШЕМІЧНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Коваль О.А.,*Ткаченко Ю.В.

Дніпропетровська державна медична академія,

*ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України”, м. Дніпропетровськ, Україна

Мета дослідження – вивчити характеристики та встановити ступінь ураження нервово-м'язового апарату у хворих на ХСН ішемічної етіології І клінічної стадії.

Досліджено 23 хворих віком від 44 до 79 років ($57,6 \pm 9,7$), з ішемічною хворобою серця, ускладненою ХСН І клінічної стадії, І-ІІ ФК за NYHA (тест з 6-хвилинною ходьбою), І ФК – 17 (73,9 %), ІІ ФК – 6 (26,1 %). За даними УЗД не відмічено змін венозного та артеріального кровотоку, кістково-плечовий індекс склав ($1,2 \pm 0,18$). До дослідження не залучалися хворі з порушенням вуглеводного обміну. Групу контролю складало 20 практично здорових осіб, достовірної різниці за віковими та гендерними характеристиками між групами не було.

Усім проводили ЕНМГ-дослідження нижніх кінцівок (міоаналізатор комп'ютерний «нейро-МВП-Нейрософт» (ПО Нейро-МВП-4)). Оцінювали: сумарний потенціал м'язових волокон – максимальна амплітуда М-відповіді (МА), характеризує ураження м'язів; швидкість розповсюдження імпульсу (ШПІ) по волокнах нерва – характеризує стан нерва; термінальну латентність (ТЛ) – характеризує стан дистальної ділянки нерва та нервово-м'язовий синапс; резидуальну латентність (РЛ) – час, який затрачується на проходження збудження по немієлінізованих найбільш дистальних відділах термінальних галужень, які мають найменший діаметр та передачу збудження з нерва на м'яз.

Результати дослідження представлені у таблиці. В групі хворих з І клінічної стадією ХСН значення МА, ТЛ, РЛ та ШПІ на нижніх кінцівках гірше за показники групи контролю, при цьому статистично достовірна різниця спостерігалася за всіма показниками: ТЛ, РЛ та ШПІ.

Показники нервово-м'язового апарату ($M \pm s$)	Перша група з І ст. ХСН (n = 23)	Контрольна група (n = 20)	p
МА n.tibialis, мВ	$16,5 \pm 7,9$	$17,4 \pm 2,8$	$p > 0,05$
ТЛ n.tibialis, мс	$4,3 \pm 0,9$	$3,4 \pm 0,5$	$p < 0,01$
РЛ n.tibialis, мс	$2,2 \pm 0,7$	$1,6 \pm 0,3$	$p < 0,01$
ШПІ n.tibialis, м/с	$46,9 \pm 2,9$	$51,5 \pm 2,8$	$p < 0,001$

Примітки: n – кількість хворих у групі

Таким чином вже з І клінічної стадії ХСН спостерігаються порушення у нервово-м'язовому апараті на нижніх кінцівках: у стані нерва, стані дистального відрізка нерва та нервово-м'язовому синапсі, що може бути застосовано в діагностиці ХСН вже на початкових стадіях її розвитку.

ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Рева Т.В., Рева В.Б., Павлюкович Н.Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Одним з основних методів дослідження хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) залишається езофагогастрофіброскопія. Метод, який дозволяє оцінити ступінь змін слизової оболонки стравоходу та шлунка, наявність гриж стравохідного отвору діафрагми, транскардіальної міграції слизової оболонки шлунка, незмикання кардії, дуоденогастрального та гастроєзофагеального рефлюксу, стравоходу Barretta та супутньої патології верхніх відділів травного каналу. В обов'язковому порядку обстеження доповнюють біопсією.

Обстежено 101 хворий на ГЕРХ зі зниженою функцією щитоподібної залози та 25 хворих на ГЕРХ без ознак гіпотиреозу. Езофагогастродуоденофіброскопія проводилась за допомогою ендоскопа “Olympus CIF-XQ 40” (Японія). Хромоендоскопію проводили з метою виявлення ділянок шлункової або кишкової ектопії. При цьому у якості фарбника використовують розчин Люголя або метиленовий синій.

Серед хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу ерозивний езофагіт діагностовано у 23 хворих (22,77 %), катаральний езофагіт у 35 (34,6 %) хворих, у інших пацієнтів видимих змін зі сторони слизової оболонки не було виявлено. Атрофічний гастрит діагностовано у 97 (96,04 %) хворих. Практично у всіх хворих натще у шлунку виявлена жовч.

У групі хворих на ГЕРХ без гіпотиреозу ерозивний езофагіт було діагностовано у 19 хворих (52,8 %), катаральний езофагіт у 13 (36,1 %) хворих а у 4 (11,1 %) змін слизової не було виявлено. Атрофічний гастрит діагностовано у 2 хворих (5,55 %), ерозивний у 10 (27,8 %), а катаральний у 24 (66,67 %) хворих.

Неерозивні форми ГЕРХ переважають серед хворих із давністю захворювання на гіпотиреоз до 5-ти років. Серед хворих, які хворіють понад 10 років, переважають ерозивні форми змін слизової оболонки стравоходу.

Також ми проводили кислотно-перфузійний тест Bernstein и Baker (1958), для виявлення причин появи типових симптомів езофагіту і проведення диференційної діагностики серцевого та стравохідного генезу больового синдрому. Дослідження було проведено у 30 хворих на ендоскопічно-негативний езофагіт, позитивний результат тесту отримали у 23 (76,7 %) хворих, сумнівні результати були у 4 (13,3 %) випадках, ще в 3 (10 %) результат оцінено як негативний. Залежності результату від виду рефлюксу виявлено не було.

**РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ
ТРАВНОГО КАНАЛУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ
РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

Рева Т.В., Рева В.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Незважаючи на прогрес діагностичної техніки, рентгенологічне дослідження залишається одним із провідних методів діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Оскільки застосування рентгенологічного дослідження є особливо корисним при оцінці скоротливої здатності стравоходу. **Метою дослідження** є виявлення здатності кардії до розкриття у відповідь на ковтальні рухи, виявлення спонтанного або спровокованого шлунково-стравохідного рефлюксу.

Нами обстежено 101 хворий на ГЕРХ зі зниженою функцією щитоподібної залози (основна група), 25 хворих на ГЕРХ без ознак гіпотиреозу та 30 практично здорових осіб (ПЗО). Обстеження проводили вранці натщесерце. Ренгеноскопію стравоходу та шлунка проводили послідовно у вертикальному, горизонтальному положенні тіла та положенні Тренделенбурга.

Таким чином, за результатами дослідження, нам вдалось виявити наявність гастроєзофагеального рефлюксу у 80 % хворих основної групи та у 86,1 % хворих групи порівняння.

Потрапляння контрастної речовини у хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу в перші 5 хвилин мало чим відрізнялось від норми, до 20-ї хвилини у всіх хворих контраст потрапив у дванадцятипалу кишку (ДПК). У групі хворих на ГЕРХ спостерігалось стійке уповільнення шлункової евакуації. У 25 % хворих цієї групи контраст потрапив у ДПК після 25 хвилини. У хворих першої групи достатньо швидко потрапляння контрасту у ДПК пояснюється незмиканням пілоричного жому внаслідок зменшення його тону та зменшенням кислотопродукції шлунка, у другій групі різке уповільнення потрапляння контрасту в ДПК можна пояснити наявністю стійкого пілороспазму.

Таким чином, уповільнення шлункової евакуації більш виражене у хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу, що можна пояснити зменшенням моторики самого шлунка та наявністю дуоденостазу. У переважної більшості хворих цієї групи, повна евакуація контрасту із шлунка відбувалась у часовий проміжок – 3-я година та більше. Це дає нам можливість зробити висновок, що саме наявність атрофічного гастриту зі зменшенням кислотоутворювальної функції шлунка та порушенням скоротливої здатності шлунка є одним з основних факторів, що уповільнює шлункову евакуацію, підвищує внутрішньошлунковий тиск та сприяє розвитку патологічного закиду шлункового вмісту в стравохід.

**ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО, ВУГЛЕВОДНОГО,
ПУРИНОВОГО ОБМІНІВ ТА ПРОЦЕСІВ ЗАПАЛЕННЯ
У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ**

Коваль С.М., Божко В.В., Снігурська І.О., Рєзнік Л.А., Корнійчук І.А.

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

Мета роботи – вивчити стан ліпідного, вуглеводного, пуринового обмінів, а також ступінь процесів запалювання у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали и методи. Були обстежені 130 хворих на ГХ II-III ступенів середнім віком ($50,6 \pm 2,4$) років. АО діагностували при об’ємі талії >102 см у чоловіків та >88 см – у жінок. У хворих вивчали рівні загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестеринів ліпопротеїдів високої (ХЛПВЩ), низької (ХЛПНЩ) і дуже низької (ХЛПДНЩ) щільності; глюкози натще і після проведення перорального глюкозотолерантного тесту (ПГТТ), інсуліну (з визначенням індексу НОМА); сечової кислоти (СК), С-реактивного протеїну (СРП). Критерієм гіперурикемії (ГУЕ) вважали рівень СК >360 мкмоль/л у жінок та >420 мкмоль/л – у чоловіків. Хворі були розподілені на наступні групи: з наявністю АО (92 пацієнтів) і без АО (38 хворих); з наявністю ГУЕ (69 пацієнтів) та без такої (61 хворий). Окремо була виділена група хворих з наявністю ГХ, АО і ГУЕ (56 хворих, 43,1 %).

Результати. Хворі на ГХ з АО відрізнялися від таких без АО достовірно більш високими рівнями ТГ, ХЛПНЩ и достовірно більш низьким рівнем ХЛПВЩ: ($2,23 \pm 0,24$) ммоль/л і ($1,49 \pm 0,16$) ммоль/л, $p < 0,05$; ($0,96 \pm 0,08$) ммоль/л і ($0,68 \pm 0,07$) ммоль/л, $p < 0,05$; ($1,16 \pm 0,05$) ммоль/л і ($1,30 \pm 0,06$) ммоль/л, $p < 0,05$, відповідно. У 16,3 % хворих на ГХ з АО відмічалися порушення толерантності до вуглеводів (ПТВ) (в групі хворих на ГХ без АО випадків ПТВ не було). Хворі на ГХ з ГУЕ відрізнялися від хворих на ГХ без ГУЕ вірогідно більш високими показниками рівнів ТГ і ХЛПДНЩ (($2,33 \pm 0,28$) ммоль/л проти ($1,65 \pm 0,14$) ммоль/л, $p < 0,05$ і ($1,03 \pm 0,12$) ммоль/л проти ($0,76 \pm 0,07$) ммоль/л, $p < 0,05$). Частота випадків ПТВ в групі хворих з ГУЕ (10,1 %) також була достовірно вище за таку у хворих без ГУЕ (4,9 %). При сполученні ГХ з АО і ГУЕ відбувалися подальші негативні зміни в показниках ліпідного і вуглеводного метаболізмів, а також підвищення рівню СРП до ($9,11 \pm 0,72$) мг/л (у хворих на ГХ і АО – ($3,62 \pm 0,16$) мг/л, $p < 0,05$; у хворих на ГХ і ГУЕ – ($7,81 \pm 0,38$) мг/мл, $p > 0,05$).

Висновки. У хворих на ГХ АО асоціювалося з підвищеним рівнем ХЛПНЩ і зниженим рівнем ХЛПВЩ, а також з ПТВ. ГУЕ асоціювалося з гіпертригліцеридемією та підвищеним рівнем ХЛПДНЩ. При сполученні ГХ з АО та ГУЕ відзначалися подальші негативні зміни ліпідного та вуглеводного обмінів, а також активація процесів запалення.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Коваль С.М., Снігурська І.О., Милославський Д.К., Щенявська О.М.
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків

Мета: вивчення вікових особливостей перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) у осіб з метаболічним синдромом (МС) на підставі оцінки їх гемодинамічного профілю, параметрів ліпідного, вуглеводного обмінів, стану інсулінорезистентності (ІР), рівнів адипонектину (Ан).

Матеріали і методи: Обстежено 126 хворих з ГХ II стадії з ознаками МС (I група – 87 пацієнтів у віці 40-59 років і II група - 39 пацієнтів у віці 60-74 років). Наявність діастолічної дисфункції (ДД) та товщину комплексу інтима-медіа (КІМ) визначали доплерехокардіографічно, проводили добове моніторування АТ (ДМАТ). Визначали параметри вуглеводного обміну, розгорнутого ліпідного спектру ферментативним методом, вимірювали рівні інсуліну, Ан за допомогою імуноферментних наборів ELISA. Коефіцієнти ІР розраховували за допомогою алгоритму НОМА.

Результати дослідження: У пацієнтів I групи з 3-х компонентним МС, ГХ переважно характеризувалася добовим профілем “dipper”, перебігала в межах її I-II ступеню, з ДД за типом аномального розслаблення, мінімальними ліпідно-вуглеводними порушеннями, граничною товщиною КІМ, передожирінням, помірними змінами в рівнях інсуліну і НОМА-ІР, більш високими рівнями Ан ($p < 0,05$). У хворих II групи з повним МС ГХ перебігала за ізольованосистолічним варіантом, з відсутністю нічного зниження АТ за даними ДМАТ, ознаками ДД, порушеною толерантністю до глюкози (ПТГ); комбінованими ліпідними порушеннями (IIa, IIb, IV типів), потовщенням КІМ, аліментарним ожирінням I-II ступеню, високою ІР (НОМА-ІР $> 6,5$ ум. од.), значною гіперінсулінемією (інсулін $> 45,0$ мкМО/мл), зниженим рівнем Ан ($< 7,5$ мкг/мл), поліморфною супутньою патологією ($p < 0,05$). У хворих II групи на фоні більш низького рівня Ан нівелювалися гендерні відмінності в рівнях цього адипокіну, які зберігалися у пацієнтів I групи.

Висновки: ГХ на фоні МС у осіб старшої вікової групи частіш перебігає за ізольованосистолічним варіантом, супроводжується “нічною гіпертензією”, ДД, несприятливим ремоделюванням судин каротидного басейну, ПТГ, високою ІР, більш низькими рівнями Ан у порівнянні з пацієнтами молодшого віку.

ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ПРОПОЛТИН» НА ОСНОВЕ ФЕНОЛЬНОЙ ГИДРОФИЛЬНОЙ ФРАКЦИИ ПРОПОЛИСА В ЛЕЧЕНИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Радченко Е.А., Поволокина И.В.

ГУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова
НАМН України”, г. Харків

Использование продуктов пчеловодства в медицине известно с давних времен. Разработка лекарственных препаратов на основе продуктов пчеловодства в настоящее время является одним из приоритетных направлений фармацевтической науки и медицинской практики, что позволяет проводить эффективную и безопасную терапию при многих заболеваниях, в том числе вирусного происхождения.

Коронавирусная инфекция – острое вирусное заболевание, характеризующееся поражением верхних отделов респираторного, а также желудочно-кишечного тракта.

Целью нашей работы было изучение клинической эффективности препарата «Прополтин», приготовленного на основе фенольного гидрофильного препарата прополиса для лечения коронавирусной инфекции.

Клиническая эффективность препарата была изучена при применении его у 20 больных, страдающих острым гастроэнтероколитом коронавирусной этиологии. В контрольную группу вошли 20 пациентов с коронавирусной инфекцией, получавшие традиционное лечение.

В ходе проведенных исследований установлено, что проявления всех клинических симптомов (диарея, боли в животе, тошнота, рвота, урчание в кишечнике, слабость) в исследуемой группе больных, получавшей препарат, уменьшаются уже на 3-4 день болезни, что было расценено, как следствие терапевтического эффекта препарата. В контрольной группе проявление клинических симптомов было выражено лишь в уменьшении болей в животе, урчании в кишечнике и снижении частоты рвоты.

Положительный клинический эффект прополтина при коронавирусной инфекции объясняется ингибирующим воздействием его на гемагглютинирующую активность внеклеточных вирионов. Это ведет к уменьшению общего количества энтеропатогенов в кишечнике, препятствуя вовлечению в процесс новых эпителиальных клеток.

Таким образом, клиническая эффективность препарата «Прополтин», полученного на основе фенольного гидрофильного препарата прополиса для лечения больных острой кишечной инфекцией коронавирусной этиологии выражалась в снижении продолжительности основных симптомов заболевания при отсутствии осложнений и побочных явлений. Анализ проведенных исследований говорит о перспективности использования препарата «Прополтин» для лечения кишечной патологии коронавирусной природы.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІЗОПРИНОЗИНУ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Прохорова М.П., Бичкова Н.Г.

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

Респіраторні інфекції є самою частою причиною розвитку бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей раннього віку. Практично у кожної другої дитини з ГРВІ в клінічній картині має місце той або інший ступінь вираженості бронхіальної обструкції. В загальній популяції дітей з використанням міжнародної методики дослідження ISAAC бронхіальна обструкція зустрічається майже у 30 % дітей на фоні ГРВІ.

Під нашим спостереженням перебувало 32 дітей з обструктивним бронхітом (ОБ), 33 – з алергічним бронхітом (АБ), 41 – з рецидивуючим бронхітом (РБ), 35 – з бронхіальною астмою легкого перебігу (БАЛП) і 38 – з бронхіальною астмою середньо-тяжкого перебігу (БАСТП) у віці від 2 до 14 років. Контрольну групу склали 30 здорових дітей рандомізованих за віком та статтю.

Загальноклінічні методи дослідження включали анамнез хвороби, алергологічний анамнез, дані клінічного огляду. Нами визначались показники клітинної та гуморальної ланки імунітету – $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD16^+$, $CD22^+$ лімфоцити методом непрямой імунофлюоресцентної реакції з моноклональними антитілами виробництва ЗАТ “Сорбент-сервіс (м. Москва), сироваткові Ig G, Ig A, Ig M та виявлення в крові анти- ВПГ-Ig M і анти- ВПГ-IgG 1-го та 2-го типу.

В результаті проведених досліджень встановлено, що у 89,6 % дітей з ОБ, у 85,2 % – з РБ, у 77,6 % – з АБ, у 82,7 % – з БАЛП та у 86,5 % – з БАСТП перед дебютом БОС спостерігалася ГРВІ.

Ізопринозин призначався із розрахунку 1 таблетка (500 мг) на кожні 10 кг маси тіла за 3 прийоми курсом 14 днів при герпесній інфекції 1 місяць.

Після лікування спостерігалася достовірне збільшення вмісту в крові $CD4^+$ клітин (з $(17,79 \pm 1,59) \%$ до $(38,50 \pm 0,33) \%$), $CD8^+$ – (з $(16,09 \pm 1,74) \%$ до $(29,60 \pm 0,27) \%$), $CD16^+$ – (з $(12,55 \pm 0,32) \%$ до $(17,39 \pm 1,18) \%$), IgA (із $(1,01 \pm 0,08) \text{ г/л}$ до $(1,79 \pm 0,05) \text{ г/л}$) та $CD22^+$ – (з $(23,79 \pm 0,94) \%$ до $(25,10 \pm 0,46) \%$) і концентрації IgG (із $(7,22 \pm 0,28) \text{ г/л}$ до $(11,52 \pm 0,25) \text{ г/л}$), IgM – (з $(0,72 \pm 0,03) \text{ г/л}$ до $(1,31 \pm 0,03) \text{ г/л}$) та діагностичних титрів анти- ВПГ-Ig M і анти- ВПГ-IgG 1-го та 2-го типу збереглися тільки у 2 пацієнтів. При прийомі препарату лихоманка була менш тривалою і вираженою, БОС купувався на 2-3 добу, а одужання наступало на 5-й день терапії.

Таким чином, ефект ізопринозину проявлявся у ерадикації герпес-вірусів, ліквідації активної вірусної інфекції та нормалізації показників клітинної та гуморальної ланок імунітету.

РІВНІ УРОТЕНЗИНА-II ТА ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТА- $\beta 1$ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Коваль С.М., Старченко Т.Г., Першина К.С.,

Замазій А.Є., Беседіна А.С.

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

Мета роботи – визначити рівні нового вазоактивного пептида уротензину-II (УТ-II) і профіброгенного фактора росту –трансформуючого фактора росту- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) в сироватці крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з абдомінальним ожирінням (АО) в порівнянні з хворими на ГХ з нормальною вагою тіла.

Матеріал і методи. Обстежено 58 хворих (28 чоловіків, 30 жінок) ГХ II стадії, 2-3 ступеня, із яких 35 мали ожиріння, віком від 38-69 років. Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб. Рівні УТ-II і ТФР- $\beta 1$ в крові визначали імуноферментним методом. Наявність АО діагностували при окружності талії більш 102 см у чоловіків, більш 88 см у жінок.

Результати. Встановлено, що у хворих на ГХ з нормальною вагою рівень УТ-II в крові склав $(22,95 \pm 2,12) \text{ пг/мл}$, при ГХ в випадку наявності АО – $(38,03 \pm 1,83) \text{ пг/мл}$, що суттєво відрізнялось від практично здорових осіб $(12,14 \pm 1,21)$, ($p < 0,01$). При цьому рівень УТ-II був вірогідно вище у хворих на ГХ в випадку наявності АО в порівнянні з такими пацієнтами з нормальною вагою тіла ($p < 0,01$). В той же час рівень ТФР- $\beta 1$ у хворих на ГХ з нормальною вагою тіла склав $(11,8 \pm 1,14) \text{ нг/мл}$, при ГХ в поєднанні з АО – $(13,8 \pm 1,14) \text{ нг/мл}$ що також вірогідно відрізнялось від практично здорових осіб $(7,12 \pm 1,2) \text{ нг/мл}$, ($p < 0,05$). Однак, вірогідних відмінностей рівня ТФР- $\beta 1$ в крові у хворих на ГХ в залежності від наявності або відсутності АО не виявлено. Встановлено кореляційний взаємозв'язок між УТ-II та окружністю талії ($r = 0,42$; $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, у хворих на ГХ незалежно від наявності або відсутності АО відмічаються більш високі рівні УТ-II і ТФР- $\beta 1$ в порівнянні зі здоровими. При поєднанні ГХ з АО рівень УТ-II вірогідно відрізнявся від такого при ГХ з нормальною вагою тіла, в той час як вірогідних відмінностей рівня ТФР- $\beta 1$ в сироватці крові у хворих на ГХ в залежності від наявності або відсутності АО не встановлено. Виявлені відмінності УТ-II у хворих на ГХ з АО можуть свідчити про високий кардіоваскулярний ризик у цієї категорії хворих.

ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Ковальова О.М., Кочубей О.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

За даними Міжнародної федерації діабету гіперглікемія натще та порушення толерантності до глюкози широко розповсюджені серед населення і в більшості популяцій мають розбіжності за частотою зустрічаємості. На теперішній час у світі 314 млн. людей страждають на предіабет, через 20 років їх кількість збільшиться у 1,5 разів та складатиме 500 млн.

Мета дослідження. Оцінити взаємозв'язок між віком та вмістом прозапального цитокіну інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та онкостатину М у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з супутнім предіабетом.

Матеріали та методи. Обстежено 34 пацієнта з ГХ та предіабетом, із яких 14 (41 %) чоловіків та 20 (59 %) жінок. Вік обстежених хворих коливався від 46 до 69 років, медіана становить 56,00 років. Обстежених хворих було розподілено за віком (використана схема вікової періодизації онтогенезу людини) на дві групи. У групу зрілого віку (47 %) увійшли жінки від 21 до 55 років, та чоловіки від 22 до 60 років. У групу похилого віку (53 %) увійшли жінки від 56 до 74 років, та чоловіки від 61 до 74 років. Оцінка вуглеводного обміну проводилась на підставі дослідження глюкози натще, перорального глюкозо-толерантного тесту, глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) за біохімічними стандартними методиками. Визначення концентрації онкостатин М та ІЛ-6 проводилось імуноферментним методом.

Результати дослідження. При аналізі даних імуноферментного дослідження встановлено, що концентрація онкостатину М у хворих зрілого віку становила 18,34 (16,45-27,16) пкг/мл, тоді як в групі похилого віку 30,45 (24,15-44,32) пкг/мл. Вірогідність розбіжностей між групою зрілого та групою похилого віку була статистично достовірна ($p < 0,01$). Концентрація ІЛ-6 у хворих зрілого віку становила 13,45 (10,00-16,94) пкг/мл, тоді як в групі похилого віку 15,64 (11,00-28,13) пкг/мл. Вірогідність розбіжностей між групою зрілого та групою похилого віку була статистично достовірна $p < 0,01$. Нами виявлена залежність між віком і концентрацією прозапальних цитокінів у хворих на ГХ з предіабетом. Мав місце позитивний зв'язок між віком досліджених і концентрацією онкостатину М та ІЛ-6, коефіцієнт кореляції складав ($r = 0,54$, $p < 0,01$) для онкостатину М та ($r = 0,45$, $p < 0,01$) для ІЛ-6.

Висновки. Нами виявлений позитивний кореляційний зв'язок між віком хворих на ГХ з супутнім предіабетом та рівнем прозапальних цитокінів онкостатином М та ІЛ-6.

РОЛЬ Т894G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ У РОЗВИТКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УРАЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Присяжнюк В.П., Волошин О.І., Присяжнюк П.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Порушення функціонування ендотелію судин відіграє важливу роль у розвитку серцево-судинних захворювань, виникненні цирозу печінки (ЦП) та прогресуванні його ускладнень, зокрема портальної гіпертензії. Ген ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOS) регулюючи вироблення оксиду азоту, є одним із генів-кандидатів, які приймають участь у виникненні серцево-судинних захворювань.

Мета роботи: дослідити можливий зв'язок поліморфізму гену eNOS із біохімічними, цитокіновими показниками крові та структурно-функціональними параметрами серця у хворих на ЦП невірусного походження.

Матеріали і методи. Досліджено поліморфізм гену eNOS (Т894G) у 50 хворих на ЦП невірусного походження та 10 практично здорових волонтерів (контрольна група). Обстеженим пацієнтам та практично здоровим особам також проведений біохімічний аналіз крові, дослідження вмісту передсердного натрійуретичного пропептиду (proANP) та ехокардіографічне дослідження. Серед хворих на ЦП носіїв ТТ генотипу було 2 (4,0 %), TG – 32 (64,0 %), GG – 16 (32,0 %). У контрольній групі гомозиготних носіїв Т-алеля не виявили, носіїв TG-генотипу було 7 (70,0 %), GG-генотипу – 3 (30,0 %).

Результати. У хворих на ЦП носіїв Т-алеля активність аспартатамінотрансферази була достовірно вища на 27,4 % ($p < 0,05$), вміст сечовини більший на 33,3 % ($p < 0,05$) та креатиніну на 22,2 % ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів із GG-генотипом. У хворих на ЦП із Т-алелем достовірно вищою була концентрація proANP у плазмі крові на 89,2 % ($p < 0,05$) порівняно із його вмістом у пацієнтів із GG-генотипом. У хворих на ЦП носіїв Т-алеля достовірно більшим було ліве передсердя на 13,6 % ($p < 0,01$), ніж у пацієнтів із GG-генотипом. Також у носіїв Т-алеля була більшою маса міокарда лівого шлуночка на 19,5 % ($p < 0,01$) та індекс маси міокарда лівого шлуночка у чоловіків на 12,2 % ($p < 0,05$), ніж у хворих на ЦП із GG-генотипом.

Висновки. Наявність Т-алеля гену eNOS у хворих на цироз печінки асоціюється зі зростанням активності аспартатамінотрансферази, вищим вмістом передсердного натрійуретичного пропептиду, більшим діаметром лівого передсердя та зростанням маси міокарда лівого шлуночка, а у пацієнтів чоловічої статі також збільшенням індексу маси міокарда лівого шлуночка порівняно із хворими із GG-генотипом.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ADRB1

Попович А.С., Борисова Е.Л.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенной тахикардией, частота встречаемости которой составляет 1-2 % в общей популяции. Более 6 млн. европейцев страдают от ФП и согласно с прогнозами ESC, по мере старения населения, данный показатель возрастет вдвое в ближайшие 50 лет. У 1/3 больных этиология ФП неизвестна и в этих случаях говорят об идиопатической ФП. Рядом исследователей установлена наследственная природа идиопатической ФП. D.M. Roden и др. определил наследственную ФП как моногенную аритмию, что предполагает возможность ранней коррекции данной патологии. Научно-практический интерес представляет изучение ассоциации фибрилляции предсердий с полиморфизмом генов, связанных со структурными и функциональными характеристиками проводящей системы сердца. Одним из потенциальных генетических маркеров является полиморфизм гена, локализованного на 10-й хромосоме в локусе 10q23-q25, β 1-адренорецепторов (ADRB1). Полиморфизм проявляется заменой аминокислоты Ser на Gly в позиции 49 (rs1801252). K. Ranade и соавт. показана связь полиморфизма гена ADRB1 с ЧСС в покое и реакцией ее на физическую нагрузку в популяции японцев и китайцев. У гомозиготных носителей аллеля Ser ЧСС была максимальной, в то время как у гетерозиготного генотипа Ser49Gly – средние значения ЧСС.

С другой стороны, в российской популяции выявлено достоверное преобладание гетерозиготного генотипа Ser49Gly у больных с идиопатической ФП и их здоровых родственников по сравнению с лицами контрольной группы. Гомозиготный генотип по редкому аллелю Gly49Gly также достоверно чаще выявляется у больных с идиопатической ФП по сравнению с пациентами контрольной группы, однако, у здоровых родственников пробандов данной группы этот генотип не был выявлен ни в одном случае. Таким образом, генотипы Ser49Gly и Gly49Gly можно рассматривать в качестве предикторов возникновения идиопатической ФП, а родственников пробандов с генотипом Ser49Gly можно отнести к группе риска данной патологии.

Дальнейшее изучение генеалогических и генетических аспектов идиопатической ФП способствует своевременной профилактике и этиотропной терапии данного нарушения ритма.

БІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ-2

Ковальова Ю.О., Шелест М.О., Бойко О.М., Шелест Б.О.

Харківський національний медичний університет, Україна

У перебізі різних фізіологічних і патологічних процесів велике значення набувають медіатори, до яких відносяться інтерлейкіни (ІЛ) – група низькомолекулярних поліпептидів і глікопротеїдів. Загалом, ці молекули діють локально на специфічні рецептори і ініціюють каскад біологічних синергічних чи антагоністичних ефектів.

ІЛ-2, який має 133 амінокислоти і молекулярну масу 15-18 kDa і секретується Т-хелперами (Th), вперше в 1976 році був описаний як фактор росту Т-клітин. Молекула ІЛ-2 була виділена із ІЛ-2-залежних цитотоксичних Т-лімфоцитів, які довго живуть. Функціонально ІЛ-2 нетиповий для ІЛ, його продукція і дія обмежена тільки антиген- або мітоген-активованими Т-лімфоцитами і натуральними кілерами (NK-клітинами). Глюкокортикоїди і циклоспорин подавляють продукцію ІЛ-2, а вітамін Е може підвищувати продукцію ІЛ-2. З підвищенням віку антиген- і мітоген-стимулюючого синтезу ІЛ-2 і опосередкована імунна відповідь знижується.

ІЛ-2 обов'язковий для генерування Т-хелперних клітин. Він потенціює продукцію характерних цитокінів, які виділяються цими диференційованими Th-клітинами. Специфічна роль ІЛ-2 на диференціювання Т-клітин складається в розділенні CD4+ Т-хелперних клітин відповідно їх функції на 2 категорії: Th1 і Th2. ІЛ-2 підвищує процес диференціювання в присутності Th1-клітин ІЛ-12, інтерферона і фактора некрозу пухлин- α , а в присутності Th2-клітин – ІЛ-4. ІЛ-2 виступає як аутокринний чинник, який приводить до експансії антиген-специфічних клітин. Водночас він діє і як паракринний чинник, впливаючи на функції других клітин як в межах імунної системи, так і зовні її. В-клітини і натуральні кілери відповідають, коли треба активувати ІЛ-2.

ІЛ-2 сприяє проліферації, диференціюванню і живучості клітин-мішеней, і тому він є обов'язковим для фізіологічного антиген-специфічної набутої клітинної імунної відповіді. Через ефекти на NK-клітини він також підвищує природний захист організму. ІЛ-2 опосередковує свої біологічні дії, зв'язуючись з ІЛ-2 специфічними рецепторами, які транзиторно експресуються на антиген активованих Т-клітинах і безперервно NK-клітинами. Через взаємодію з визначеними рецепторами, які знаходяться на Т- і В-лімфоцитах, макрофагах і натуральних кілерах, ІЛ-2 відіграє центральну роль у визріванні і розвитку лімфоцитів і моноцитів, а по цьому в антизапальних реакціях, гемопоезі і в протипухлинному імунітеті.

Порушена експресія ІЛ-2/ІЛ-2R виявляється при багатьох захворюваннях, а саме: ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, цукровий діабет 1 типу, синдром імунної недостатності та інше. Оскільки ця система відіграє важливу роль в імунній відповіді, то контроль за нею має важливе діагностичне і терапевтичне значення.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ковальская Е.А., Клименко О.Г.

МБУЗ «Городская поликлиника № 2», г. Белгород, Россия

В настоящее время во всем мире многократно увеличилось количество больных с ожирением и сахарным диабетом 2 типа, сочетанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Учитывая заметное старение населения России, знание особенностей течения заболевания и лечения пожилых пациентов имеет огромное значение.

Цель исследования – определение степени атерогенных нарушений липидного обмена у лиц пожилого возраста с сочетанной патологией, особенности фармакотерапии.

В исследование были включены 75 больных в возрасте 60-78 лет с верифицированным диагнозом: стабильная стенокардия напряжения (16 %), атеросклеротический кардиосклероз (44 %), артериальная гипертензия (40 %) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (80 %). Среди пациентов нарушение липидного обмена крови выявлено в 88 % случаев. Из них снижение липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 36,4 %, повышение высоко атерогенных фракций – триглицеридов (ТГ), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 78 %. Особенно повышен индекс атерогенности (ИА) у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в сочетании с многолетним сахарным диабетом 2 типа. Выявлена четкая корреляционная зависимость между тяжестью клинических проявлений сочетанной патологии и выраженностью атерогенных нарушений липидного обмена. К основной терапии антагонистами рецепторов ангиотензина II, нитратами, диуретиками, антагонистами кальция, метаболическими препаратами был добавлен розувастатин (мертенил) 5-10 мг 1 раз в сутки. У больных с патологией сердечно-сосудистой системы и сахарным диабетом 2 типа при очень повышенных ЛПНП, ТГ, ЛПОНП к розувастатину (мертенилу 10-20мг) добавляли фенофибраты. Пациентам старше 70 лет, учитывая тяжесть заболевания, множественную сочетанную патологию титровали дозы розувастатина до 5 мг в сутки. Состояние пациентов на фоне проводимой терапии значительно улучшилось. Эффективность лечения оценивали по динамике клинических симптомов и показателям липидного обмена. Число больных с высоко атерогенными липопротеидами уменьшилось с 78 % до 27,3 %. Положительная динамика снижения атерогенных фракций сохранялась в течение последующих месяцев на фоне приема подобранных доз розувастатина.

Полученные результаты позволяют дифференцированно назначать пожилым больным с сочетанной патологией препараты, контролирующие липидный обмен, что снижает суммарный риск развития осложнений, приводящий к фатальному исходу.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Погорєлов В.М., Брек В.В., Денисова С.В., Волкова І.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Серцева недостатність (СН) є ускладнення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). У розвитку ХОЗЛ основне місце займає гіперактивність симпато-адреналової та ренін-ангіотензинової системи (РАС). В зв'язку з цим у терапії хворих ХОЗЛ з СН використовуються блокатори рецепторів ангіотензина II, у тому числі і телмісартан, а застосування пентоксифіліну, як лікарського засобу з антиоксидантною, цитопротективною, реологічною дією дає нам можливість оптимізувати лікування хворих ХОЗЛ з СН.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 42 хворих ХОЗЛ з СН. Середній вік хворих склав (56 ± 4) років. Усі хворі 1 та 2 груп одержували комплексну терапію та телмісартан 80 мг/добу. Хворим 2 групи (20 чоловік) додатково включали 2 % пентоксифілін, який вводили в/в крапельно у дозі 5-10 мл/добу. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ та доплерЕхоКГ. Вміст загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ХС ліпопротеїдів дуже низької та низької щільності (ЛПНЩ) визначали по А.Н. Климову (1999). Крім того, вивчали прозапальні цитокіни, такі як інтерлейкін (ІЛ) -1 β , ІЛ-2 і фактор некрозу пухлини (ФНП) α та ІЛ-4.

Результати дослідження. На тлі проведеної терапії з включенням телмісартана і пентоксифіліну у хворих 2-ої групи порівняно з хворими 1-ої групи відзначалось: зменшення інтенсивності, тривалості і частоти виникнення больового синдрому, що супроводжувалося збільшенням порога перенесення фізичного навантаження. Поряд з цим відмічалось підвищення фракції викиду лівого шлуночку. Крім цього, зменшувались прояви інтоксикації та задишки. Стан компенсації супроводжувався позитивними змінами показників ліпідного та ліпопротеїдного обміну та РАС. Відмічалось підвищення рівня ХС ЛПВЩ та зниження ТГ, ХС ЛПНЩ, а також зниження рівня АП як у 1-й ($17,9 \pm 2,3$) нг/мол до ($12,05 \pm 1,9$) нг/мол), так і у 2-й ($19,40 \pm 1,5$) нг/мол до ($11,02 \pm 1,6$) нг/мол) групі дослідження. Крім цього, у 2-й групі відмічалось зниження рівня прозапальних цитокінів, таких як ІЛ-1 β , ІЛ-2, ФНП α та підвищення рівня протизапального ІЛ-4.

Висновок. Зазначені позитивні гемодинамічні, клінічні та гуморальні зміни позитивно характеризують застосування телмісартану з пентоксифіліном у терапії хворих ХОЗЛ з СН, як засіб антиатерогенної та протизапальної дії.

ОЦІНКА ПРОГРЕСУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Першина К.С., Старченко Т.Г.

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

Мета роботи – на підставі кластерного аналізу розробити прогностичні критерії прогресування гіпертонічної хвороби (ГХ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 48 хворих на ГХ у поєднанні з ЦД 2 типу легкого та середнього ступеня важкості та 36 пацієнтів на ГХ з нормальним вуглеводним обміном. Розподіл хворих на чотири кластера, що відповідали важкості захворювання, проводили за допомогою методів кластерного аналізу. Прогнозування важкості захворювання (належність до одного з чотирьох груп (кластерів)) здійснювалось після визначення значення кожної класифікаційної функції для кожного хворого.

Результати дослідження. Розподіл хворих проведено на 4 кластери. При цьому в залежності від рівнів ТФР-бета1 було виділено по 2 кластери у хворих на ГХ і при ГХ з ЦД 2 типу. При цьому рівень ТФР-β1 в 2 та 4 кластері був вірогідно вищий, ніж у 1 та 3 кластері, відповідно. Виявлені особливості взаємозв'язків між вмістом даного ростового фактору та іншими показниками, що входили до кластеру. Найбільш чисельні кореляційні зв'язки були виявлені в 2 та 4 кластері. Так у хворих на ГХ без ЦД підвищення рівню в сироватці крові ТФР-β1 (кластер 2) в найбільшій мірі асоціювалось з підвищенням тривалості ГХ, показника індексу маси міокарда (ІММ) ЛШ, товщини комплексу інтима-медіа загальних сонних артерій (КІМ ЗСА), збільшенням часу сповільнення швидкості кровотоку в фазу ранньої діастолі (DcT) та зниженням показника Е/А. У хворих на ГХ з ЦД 2 типу, віднесених до 4 кластеру, збільшення синтезу ТФР-β1 в найбільшій мірі асоціювалось з підвищенням тривалості ГХ, концентрації глюкози в крові натще, погіршенням діастолічної функції ЛШ серця, збільшенням розміру лівого передсердя та ІММЛШ.

Висновки. Таким чином, застосування кластерного аналізу у обстежених дозволило виявити найбільш інформативні показники для оцінки тяжкості стану ГХ при ЦД 2 типу та встановити найбільш виражені зв'язки між ТФР-β1 та показниками, що характеризують прогресуючий перебіг захворювання.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

*Козлов А.П., Крахмалова Е.О., Гридасова Л.Н.

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Олигосимптомность и невысокая специфичность ведущих синдромов при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) создают определенные сложности в диагностике стеатоза (НАСЗ) и стеатогепатита (НАСГ).

Цель исследования – изучить особенности клинических проявлений НАСЗ и НАСГ и связь с наличествующей сопутствующей патологией.

Материалы и методы. 72 пациента с НАЖБП (40 мужчин и 32 женщины, средний возраст – (51 ± 6) лет) были разделены на 2 группы. В группу 1 вошли 40 пациентов с НАСЗ и в группу 2 – 32 пациента с НАСГ.

Были получены следующие результаты: индекс массы тела в группе 1 составил $(30,0 \pm 1,8)$ кг/м², в группе 2 – $(33,6 \pm 3,2)$ кг/м² ($p < 0,05$), жалобы на боли в животе предъявляли 27,5 % пациентов 1 группы и 62,5 % пациентов 2 группы, гепатомегалия выявлена у 82,5 % пациентов 1 группы и в 100 % случаев – во 2-й группе.

Составляющие метаболического синдрома, который, как правило, сопутствует НАЖБП, а именно: АГ встречалась в группе 1 в 75,0 % случаев, в группе 2 – в 84,4 % случаев, ИБС была выявлена в 1 группе у 35 % пациентов, а в группе 2 – у 28,1 %, СД 2 типа диагностирован у 30 % пациентов 1 группы и у 34,3 % пациентов 2 группы. Распространенность дислипидемии, калькулезного холецистита, панкреатита мало различалась в 1 и 2 группах и составила, соответственно, 52,0 % и 54,4 %, 38,4 % и 36,2 %, 23,3 % и 27,1 %.

Результаты. Установлено, что у пациентов с 1 стадией НАЖБП (НАСЗ) частота встречаемости сопутствующей патологии была достоверно ниже, чем в группе 2 при равной частоте патологических изменений со стороны гепатобилиарной системы. Эти данные коррелируют с результатами оценки качества жизни пациентов обеих групп, тяжестью состояния пациентов и данными лабораторных и инструментальных методов исследования.

НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ПУРИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Коломиец М.В., Бильченко А.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Все большее внимание исследователей в течение последних десятилетий привлекает проблема сочетания сердечно-сосудистой патологии с нарушениями обмена пуринов. При этом речь идет не столько о больных подагрой, сколько о значительно большем количестве лиц с так называемыми бессимптомными нарушениями пуринового обмена. К таким нарушениям относятся гиперурикемия и нарушения экскреции мочевой кислоты (снижение или повышение) почками. Гиперурикемия – повышение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови более 7 мг/дл (или >420 мкмоль/л) у мужчин и >6 мг/дл (или >360 мкмоль/л) у женщин. Проведено множество эпидемиологических исследований, в ходе которых установлено, что гиперурикемия является независимым фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у больных с высоким кардиоваскулярным риском. Кроме того, в последние годы гиперурикемию относят к числу маркеров, достоверно описывающих нарушения кардиоренальных взаимоотношений.

Поэтому, **целью** работы стало изучение уровней мочевой кислоты сыворотки крови у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с сопутствующей хронической болезнью почек (ХБП) и без нее. Обследовано 40 больных с ХСН IIА-Б ст., среди которых 34 – с сопутствующей ХБП I-IV ст (основная группа) и 6 – без ХБП (группа сравнения). Средний возраст больных – (72 ± 8) лет. Средний уровень мочевой кислоты у больных группы сравнения составил 383,025 мкмоль/л, а в основной группе – 439,793 мкмоль/л, при этом он возрастал с функциональным классом (ФК) ХСН: II ФК – 435,62 мкмоль/л, III ФК – 448,14 мкмоль/л, а также зависел от скорости клубочковой фильтрации. Кроме того, отмечено, что данный биохимический показатель находится на одном уровне с артериальным давлением и фракцией выброса левого желудочка.

Анализ литературных данных позволяет сделать **вывод** о необходимости своевременного выявления и адекватного лечения бессимптомной гиперурикемии у больных ХСН и ХБП с целью предотвращения прогрессирования данной патологии, улучшения качества жизни больных, снижения уровня смертности.

ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Педан Н.В., Кравченко И.Г., Удовиченко М.М.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

По данным официальной статистики, в Украине в 2007 г. у 29,9 % взрослого населения была зарегистрирована артериальная гипертензия (АГ).

Цель лечения больных АГ – снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что длительная АГ приводит к поражению органов-мишеней и развитию гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ), хронической сердечной недостаточности (ХСН), поражению почек.

Снижение артериального давления у больных АГ предотвращает развитие ХСН. Так, по данным многоцентровых исследований, эффективное лечение АГ снижает риск развития ХСН в 2-3 раза.

Считается, что примерно 30-50 % больных АГ, страдающих ХСН, имеют сохраненную систолическую функцию ЛЖ. ХСН в таких случаях обусловлена нарушением диастолической функции ЛЖ, которая определяется следующими критериями – имеются клинические симптомы ХСН, фракция выброса 45 % и выше, конечно-диастолический индекс меньше, чем 97 мл/м², а также наличием нарушений диастолической дисфункции ЛЖ – диастолической жесткости по данным тканевого, импульсного режима доплер-эхокардиографии или венстрикулографии, релаксации. Основной причиной развития ХСН в данной ситуации может быть АГ. Определяющими факторами, которые способствуют развитию ХСН, являются повышение жесткости ЛЖ из-за увеличения его массы и развития фиброза, замедление релаксации ЛЖ вследствие метаболических изменений и ишемии миокарда. В настоящее время схемы лечения диастолической ХСН не разработаны. Мы руководствуемся рекомендациями экспертов Европейского общества кардиологов (2006 г.) и применяем ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, высокие дозы блокаторов ангиотензина II. Препараты этих групп влияют на диастолическую дисфункцию у больных АГ путем снижения АД, уменьшения гипертрофии левого желудочка. Бета-адреноблокаторы, кроме этого, увеличивают диастолу, уменьшают потребность миокарда в кислороде, антагонисты кальция позитивно влияют на процесс релаксации за счет коронарной вазодилатации. Не следует применять дигоксин (может усиливать диастолические нарушения), с осторожностью применять препараты, уменьшающие преднагрузку, т.к. при этом ухудшается кровенаполнение левого желудочка и уменьшается сердечный выброс. К таким препаратам относятся диуретики и нитраты.

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ С УВЕИТАМИ

Панченко Н.В., Самофалова М.Н., Панченко Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Патология зрительного нерва на сегодняшний день является одной из ведущих причин слепоты и слабовидения не только в Украине, но и за ее пределами.

Неврит зрительного нерва при эндогенных увеитах в большинстве случаев приводит к его частичной атрофии, что в значительной мере ограничивает функциональные результаты лечения больных с осложненными формами увеитов (Kaufman A.H. et al.), а атрофия зрительного нерва в 41,7 % является причиной низких визуальных результатов хирургического лечения больных с осложненными формами увеитов (Heiligenhaus A. et al.).

Целью настоящей работы явилось изучение частоты поражений зрительного нерва при эндогенных увеитах.

Материалы и методы: нами изучена частота поражения зрительного нерва у больных с эндогенными увеитами, находившимися на лечении во взрослом глазном отделении ХОКБ и в Харьковском областном противотуберкулезном диспансере.

Все больные обследованы общепринятыми клиническими и лабораторными обследованиями. Офтальмологические методы включали переднюю и заднюю биомикроскопию, офтальмоскопию, визометрию, статическую компьютерную периметрию, ультразвуковую доплерографию, ультразвуковую биомикроскопию и когерентную оптическую томографию.

Результаты. Проведенное обследование пациентов с эндогенными увеитами, находившимися на лечении в глазном отделении ХОКБ, показало, что среди взрослых неврит зрительного нерва осложняет течение увеита в 6,9 % случаев, а частичная атрофия зрительного нерва – в 5,6 %.

И в целом частота поражения зрительного нерва при эндогенных увеитах составила 12,5 %.

У пациентов с увеитами туберкулезной этиологии заболевание осложнялось невритом зрительного нерва в 10 % глаз, частичной атрофией зрительного нерва – в 8,3 %, что в целом составило 18,3 % и превышало аналогичный показатель в целом по группе.

Выводы. Таким образом, поражения зрительного нерва являются тяжелым осложнением воспалительного процесса в сосудистой оболочке глазного яблока. У взрослых пациентов неврит зрительного нерва осложняет течение эндогенных увеитов в 6,9 %, а частичная атрофия зрительного нерва – в 5,6 %.

При увеитах туберкулезной этиологии отмечается повышение частоты поражений зрительного нерва.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИЗНАЧЕНИЯ ЕСПА-ЛІПОНУ ХВОРИМ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ У СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Компанієць К.М.

ДЗ “Луганський державний медичний університет”, Україна

Зростання кількості хворих зі сполученою патологією гепатобіліарної та серцево-судинної систем визначає соціально-медичну значущість проблеми. Під нашим наглядом знаходилось 105 хворих з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) у сполученні з ішемічною хворобою серця (ІХС) у віці від 23 до 69 років з тривалістю поєднаної патології від 1 до 10 років. Верифікацію ХНХ здійснювали відповідно з Наказом МОЗ України № 271 (2005); ІХС – з Наказом МОЗ України № 436 (2006) і рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2007, 2009). Пацієнти були розподілені на дві рандомізовані групи, які отримували стандартну терапію згідно з існуючими «Протоколами надання медичної допомоги». Хворим основної групи додатково призначали еспа-ліпон у дозі 0,9 г одноразово вранці впродовж 2 місяців. У пацієнтів до початку лікування спостерігався дисбаланс цитокінового профілю крові у вигляді суттєвого підвищення вмісту прозапальних цитокінів (ЦК) на тлі відносної недостатності протизапального ЦК ІЛ-4. Після закінчення лікування з додатковим застосуванням еспа-ліпону вміст ІЛ-1β складав ($22,0 \pm 1,4$) пг/мл ($P > 0,05$); ІЛ-2 – ($21,5 \pm 1,6$) пг/мл; ІЛ-6 – ($28,1 \pm 1,8$) пг/мл ($P > 0,05$); TNF-α – ($41,9 \pm 2,0$) пг/мл ($P > 0,05$); ІЛ-4 – ($50,1 \pm 1,9$) пг/мл ($P > 0,05$). У пацієнтів групи зіставлення, які отримували лише загальноприйняте лікування, також спостерігалася позитивна динаміка ЦК профілю крові, але зберігалися вірогідні розбіжності показників як стосовно норми, так і показників хворих основної групи: вміст ІЛ-1β становив ($30,2 \pm 1,6$) пг/мл; ІЛ-2 – ($42,1 \pm 2,5$) пг/мл; TNF-α – ($69,7 \pm 5,9$) пг/мл; ІЛ-4 – ($54,0 \pm 0,9$) пг/мл ($P < 0,05$).

**УМЕНЬШЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА
СЕКМЕНТА ST ВЫСОКОГО РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE
ПРИ ПОМОЩИ РАННЕЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ**

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

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

Согласно современным рекомендациям Европейского общества кардиологов оптимальной стратегией лечения больных острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST с высокой степенью риска по шкале GRACE (>140 баллов) считают раннюю реваскуляризацию миокарда (в течение 24 часов от начала ОКС).

Цель исследования: определение выживаемости больных ОКС без подъема ST с высокой степенью риска по шкале GRACE, леченых при помощи ранней реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. Исследовано 277 больных ОКС без подъема сегмента ST, госпитализированных в ОРИТ ГУ «ИТ им.Л.Т.Малой АМНУ» на протяжении 2010-2011г.г. Средний возраст пациентов составил ($64,5 \pm 11,6$) года, среди них были 191 мужчин (69 %) и 86 (31 %) женщин. Высокую степень риска по шкале GRACE имели 80 пациентов, из которых 43-м была проведена ранняя реваскуляризация миокарда, в большинстве случаев (41пациент) – стентирование коронарных артерий, в 2 случаях проведено ургентное аортокоронарное шунтирование. Остальные пациенты получали медикаментозную терапию: аспирин, клопидогрель, аторвастатин, β -блокаторы, антикоагулянты, по показаниям – иАПФ, диуретики.

Результаты. Летальность больных ОКС без подъема сегмента ST высокого риска, леченых при помощи инвазивной стратегии, составила 2 %, а при помощи исключительно терапевтической стратегии – 4 %.

Выводы. Внедрение в клиническую практику ранней инвазивной стратегии лечения больных ОКС без подъема ST с высокой степенью риска по шкале GRACE приводит к уменьшению летальности этой когорты пациентов.

**ЗАВИСИМОСТЬ СКОРОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОУГ
ОТ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ**

Панченко Н.В., Панченко Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Статическая компьютерная периметрия является одной из наиболее распространенных и достаточно надежных методик контроля за течением первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) и остается одним из основных методов, позволяющих точно определить прогрессирование глаукомной оптической нейропатии. Наличие выраженных изменений поля зрения, являются одним из факторов риска прогрессирования первичной открытоугольной глаукомы (Coleman A.L., 2010). Однако не изучена зависимость скорости прогрессирования ПОУГ от выраженности изменений поля зрения.

Целью настоящей работы явилось изучение зависимости скорости прогрессирования первичной открытоугольной начальной компенсированной глаукомы от выраженности изменений поля зрения.

Материалы и методы: нами было обследовано 17 пациентов (29 глаз) с первичной открытоугольной начальной компенсированной глаукомой, из них мужчин – 6, женщин – 11.

Возраст пациентов колебался от 45 до 85 лет. Длительность заболевания пациентов варьировала от 1 года до 10,5 лет.

Обследование включало общепринятые офтальмологические методы исследования, а также статическую компьютерную периметрию (по программе 30-2).

По классификации Волкова В.В (2008) у всех пациентов наблюдалось прогрессирование глаукомной оптической нейропатии, и все больные были разделены по скорости увеличения индекса MD.

Результаты. Из полученных данных следует, что у пациентов с MD от 0,0 дБ до -2,0 дБ доля глаз с угрожающе быстро прогрессирующей глаукомой составила 85,7 %, а количеством глаз с медленно прогрессирующей глаукомой – 14,3 %. Тогда как в группе, где изменения индекса MD колебались от -2,0 дБ до -6,0 дБ количество глаз с угрожающе быстро прогрессирующей глаукомой составило 66,7 %, а количество глаз с медленно прогрессирующей глаукомой – 33,3 %.

Вывод. При изучении зависимости скорости прогрессирования первичной открытоугольной начальной компенсированной глаукомы от выраженности изменений поля зрения установлено, что в группе с величиной MD от -2,0 дБ до -6,0 дБ число глаз с медленно прогрессирующей глаукомой было существенно выше (33,3 %), чем в группе где изменения MD колебались от 0,0 дБ до -2,0 дБ (14,3 %).

**ФЕНОМЕН БІОЦЕНОЗІВ В РОЗВИТКУ МІКСТ-ІНФЕКЦІЙ:
ЛАБОРАТОРНА ВЕРІФІКАЦІЯ АСОЦІАЦІЇ МІКОПЛАЗМ
З ВІРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ У ХВОРИХ
НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ**

Панченко Л.О., Попова Н.Г., Кириченко І.І.,

Короваєва І.В., Попова Л.О.

*ДУ “Інститут мікробіології і імунології ім. І.І. Мечникова
НАМН України”, м. Харків*

Актуальність дослідження феномену біоценозів зв'язана з високим рівнем мікст-інфекцій при різних патологічних процесах, в т.ч. і при негоспітальній пневмонії (НП). За даними Ю.І. Фещенка із співавт. (2004), О.Я. Дзюблик із співавт. (2010) і ін., частка НП змішаної природи є досить високою і складає від 10 % до 40 % всіх випадків. У результаті взаємодії організму людини з мікроорганізмами в біоценозах може вести до розвитку широкого спектру патологічних процесів – від безсимптомного носійства до тяжких маніфестних форм, що потребує для їх виявлення більш широкого впровадження різноманітних сучасних методів діагностики.

Метою досліджень було імуноферментна детекція в крові хворих на НП в складі бактеріально-вірусного біоценозу етіопатогенів – мікоплазми пневмонії (*M. pneumoniae*) і вірусу простого герпесу (HSV).

Для постановки імуноферментного аналізу використовували тест-системи «Вектор-Бест» (с. Кольцово Новосибірської обл.) для виявлення специфічних маркерів (Ig M і Ig G) до *M. pneumoniae* і HSV.

Всього було обстежено 177 дорослих хворих, госпіталізованих до лікарні з приводу захворювання на НП III клінічної групи. У третини з них ((29,9 ± 3,4) %) встановлено гостру мікоплазменну інфекцію. У (39,6 ± 6,7) % випадків у цих пацієнтів одночасно були виявлені в сироватці крові Ig M до HSV, що дало право встановити змішану мікоплазмо-герпесвірусну НП.

Уточнення складу сочленів біоценозу у хворих з поєднаним інфекційним процесом є важливим для поглибленого вивчення особливостей перебігу захворювання і проведення у хворих лікувально-профілактичних заходів з урахуванням виявленого біоценозу.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ 6-МЕСЯЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

Копица Н.П., Титаренко Н.В., Белая Н.В., Колосов Е.В.

ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Ишемия миокарда приводит к активации нейрогормональной системы, что сопровождается выработкой мозгового натрийуретического пептида. В настоящее время актуальным является изучение мозгового натрийуретического пептида, как маркера неблагоприятного прогноза у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Целью исследования было изучение роли N-терминального фрагмента промозгового натрийуретического пептида (НТпроМНП) в прогнозировании 6-месячной летальности у больных с ОКС.

Материалы и методы: Обследовано 114 пациентов с ОКС, поступивших в первые сутки заболевания, 84 мужчины и 30 женщин, средний возраст – (62,5 ± 4,7) года. Всем больным в первые сутки проведено определение уровня НТпроМНП иммуноферментным методом (Biomedica, Словакия). Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев после перенесенного ОКС. По данным клинической картины, изменений на ЭКГ и уровню тропонина I среди пациентов с ОКС у 34 (29,8 %) пациентов была диагностирована нестабильная стенокардия (НС), у 26 пациентов (22,8 %) – инфаркт миокарда без зубца Q (не-Q-ИМ), у 54 пациентов (47,4 %) – инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ).

Результаты. При анализе полученных данных было установлено, что уровень НТ-проМНП в группе больных с НС составил (210,82 ± 260,20) пг/мл и был достоверно ($p = 0,03$) выше такового (425,49 ± 279,31) пг/мл в группе больных не-Q-ИМ. У пациентов Q-ИМ уровень НТ-проМНП был достоверно выше – (938,17 ± 1132,225) пг/мл, чем в группе пациентов с НС – (210,82 ± 260,20) пг/мл ($p = 0,01$). В группах пациентов с Q-ИМ – (938,17 ± 1132,225) пг/мл и не-Q-ИМ – (425,49 ± 279,31) пг/мл уровень НТпроМНП достоверно не отличался, ($p > 0.05$). Для выявления прогностической ценности НТпроМНП была построена характеристическая кривая (ROC кривая) и определена чувствительность и специфичность НТ-проМНП в прогнозе развития 6-месячной летальности.

Выводы: в качестве порогового значения по данным ROC кривой было получено значение НТ-проМНП >1270,3 пг/мл, которое в первые сутки с чувствительностью 44,4 % и максимальной специфичностью 97,9 % позволяет прогнозировать летальный исход через 6 месяцев после ОКС.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Копица Н.П., Титаренко Н.В., Белая Н.В., Опарин А.Л., Петенева Л.Л.

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

Как показывают результаты многочисленных исследований, больные с острым коронарным синдромом (ОКС) представляют гетерогенную по прогнозу заболевания группу: у одних он может быть благоприятным, а у других показатели смертности и повторных событий в течение одного года могут достигать более 40 %. В связи с этим особенно важной является стратификация риска больных ОКС.

Цель: изучение прогностической ценности наиболее информативных клинических и биохимических показателей в первые дни заболевания в отношении отдаленных (через 6 месяцев) осложнений после ОКС.

Материалы и методы. Обследовано 114 пациентов с ОКС, поступивших в первые сутки заболевания, средний возраст – $(62,5 \pm 4,7)$ года. Всем больным при поступлении помимо общеклинических исследований проведено определение уровня N-терминального фрагмента промозгового натрийуретического пептида (НТпроМНП) иммуноферментным методом (Biomedica, Словакия). Наблюдательный период составил 6 месяцев после перенесенного ОКС. Из суммы проанализированных клинических и биохимических переменных были выбраны показатели, имеющие достоверные статистические различия в группах с осложнениями и без них за полугодичный период наблюдения: частота сердечных сокращений (ЧСС), уровень НТпроМНП, уровень гемоглобина, возраст пациентов. Для выявления связи конкретного показателя с прогнозом осложнений (летального исхода, повторного инфаркта миокарда, инсульта, необходимости в реваскуляризации) через 6 месяцев после ОКС были построены характеристические кривые (ROC кривые), получены пороговые значения и определена чувствительность и специфичность каждого показателя в прогнозе развития летального исхода. Чувствительность уровня НТ-проМНП при пороговой точке $> 1270,3$ пг/мл составила 25 %, специфичность – 97,6 %. Чувствительность возраста при пороговой точке > 71 составила 43,7 %, специфичность – 87,8 %. Чувствительность показателя ЧСС при пороговой точке > 65 составила 93,8 %, специфичность – 31,7%. Чувствительность уровня гемоглобина при пороговой точке < 134 г/л составила 62,5 %, специфичность – 80,5 %.

Выводы. Чувствительность и специфичность отдельных показателей в нашей выборке оказалась недостаточной для выявления пациентов с высоким риском смерти и других осложнений через 6 месяцев после ОКС, поэтому для увеличения точности прогноза необходимы дальнейшие исследования, и возможно, использование оценки суммы маркеров.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Панченко Г.Ю., Масляева Л.В., Нестерцова И.А.,

Гриненко Е.В., Гончарь А.В., Зайченко О.Е.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Не вызывает сомнения, что являясь чрезвычайно эффективными противовоспалительными средствами, особенно при иммунном генезе воспаления, глюкокортикоиды вызывают целый ряд побочных эффектов, затрудняющих их применение в клинике внутренних болезней.

Цель – изучение особенностей применения глюкокортикоидов у больных ревматоидным артритом (РА) с сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы: Обследовано 14 женщин в возрасте от 31 до 56 лет с ревматоидным артритом I-II степени активности с сахарным диабетом 2 типа, которым назначали метипред. Метипред назначался в зависимости от степени активности ревматоидного артрита от 16 мг до 28 мг с последующим постепенным уменьшением дозы до поддерживающей.

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что метипред обладает значительным противовоспалительным действием. При его применении отмечена положительная динамика клинических проявлений РА: уменьшалась отечность суставов, утренняя скованность движений, увеличивалась сила сжатия кистей. Также отмечена положительная динамика лабораторных показателей измеряющих активность ревматоидного процесса. Достоверно снизилось СОЭ, количества лейкоцитов, показатели сиаловых кислот, серомукоида, снизился С-реактивный белок и ревматоидный фактор. При этом большинство изучаемых показателей до лечения были повышены в два раза, а после лечения у 9 больных РА получавших метипред (64,3 %), показатели снизились до нормы.

Анализируя появление побочных эффектов, следует отметить, что при стандартном трехнедельном применении метипреда диспепсических явлений не наблюдалось. Другие побочные эффекты, такие как повышение артериального давления, гиперемия лица встречались редко и были незначительно выражены, поэтому они не оказывали влияния на тактику лечения этих больных. При более длительном лечении в амбулаторных условиях поддерживающими дозами метипреда наблюдались повышение артериального давления до 160/90 мм рт. ст. у 3-х больных, остеопороз – у 2-х пациенток.

У трех пациенток на фоне лечения метипредом потребовалась коррекция сахароснижающей терапии в связи с повышением уровня гликозилированного гемоглобина.

Вывод. Таким образом, можно заключить, что метипред является препаратом выбора при лечении больных ревматоидным артритом и сахарным диабетом 2 типа.

ЕРИТРОЦИТ ЯК МАРКЕР СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ АНЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Павлюкович Н.Д., Ходоровський В.М., Трефаненко І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Еритроцити є надзвичайно чутливими до впливів зовнішнього середовища, тому різні патологічні процеси, в основі виникнення яких лежить гіпоксія. Однією з важливих морфофункціональних властивостей еритроцитів є величина відносної в'язкості їх еритроцитарної суспензії (ВВЕС), визначення якої й стало метою нашого наукового пошуку.

Обстежено 120 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), цукровий діабет 2-го типу (ЦД) та анемічний синдром (АС) різного ступеня тяжкості. ВВЕС визначали за методом О.Ф.Пирогової, В.Д.Джорджикія в модифікації З.Д.Федорової, М.О.Котовщикової, який полягає в обчисленні співвідношення діаметрів плям розчину метиленового синього та суспензії еритроцитів, нанесених на збеззолений фільтр.

Супутній ІХС АС сприяв зниженню в'язкості крові, про що свідчить зниження показника ВВЕС до $(0,97 \pm 0,02)$ у.о. проти $(1,09 \pm 0,04)$ у.о. у хворих групи контролю ($p > 0,05$). При поєднаному перебігу ІХС та ЦД ВВЕС вірогідно зростає порівняно з групою контролю на 26 % і складає $(1,38 \pm 0,02)$ у.о. ($p < 0,05$), а також вірогідно різниться від хворих на ІХС та ЦД ($p < 0,05$), подібна динаміка має місце і у випадку ускладнення їх перебігу ще і супутньою анемією ($(1,45 \pm 0,03)$, $p < 0,05$). Доцільним на нашу думку було б проаналізувати динаміку змін ВВЕС у хворих на ІХС та ЦД залежно від ступеня тяжкості супутньої анемії. Аналіз отриманих даних показав, що при ускладненні ЦД 2-го типу та ІХС ще й супутньою анемією в'язкість еритроцитарної суспензії змінюється неоднорідно. При поєднаному перебігу ІХС, ЦД та анемії легкого ступеня, спостерігали тенденцію до збільшення й показника ВВЕС ($(1,48 \pm 0,03)$ у.о. проти $(1,38 \pm 0,02)$ у.о. у хворих на ІХС та ЦД без анемії, $p > 0,05$). У міру прогресування ступеня тяжкості АС відмічали тенденцію до зниження відносної в'язкості еритроцитарної суспензії до $(1,42 \pm 0,05)$ у.о. у пацієнтів з ІХС, ЦД 2-го типу та анемією середнього ступеня тяжкості ($p > 0,05$). Був встановлений прямий кореляційний зв'язок середньої сили ($r = 0,61$, $p < 0,05$) між показником ВВЕС та індексом деформабельності еритроцитів у пацієнтів на ІХС, ЦД та анемією легкого ступеня. Це може свідчити про певні компенсаторно-приспосувальні реакції з боку еритроцитів за умов помірної хронічної гіпоксії при анемії легкого ступеня. У міру прогресування ступеня тяжкості АС на фоні зниження в'язкості еритроцитарної суспензії спостерігаємо і погіршення деформабельності еритроцитів, що, імовірно, може свідчити про відсутність даного механізму компенсації у цієї категорії хворих або його виснаження за умов гіпоксії, що наростає.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОМОРБИДНОГО С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Корж И.В.

*ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов
им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», г. Харьков*

Недавние исследования показали, что ведущую роль в развитии и быстром прогрессировании, как остеоартроза (ОА), так и артериальной гипертензии (АГ) играет ожирение. В связи с этим представляется целесообразным исследовать влияние избыточной массы тела и ожирения на течение и прогрессирование ОА в сочетании с АГ.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния ожирения на течение и прогрессирование ОА и АГ.

Материалы и методы. Нами было обследовано 82 больных (50 женщин и 32 мужчин) ОА I-II стадии, которые находились на консервативном лечении в ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ». Возраст больных составлял от 39 до 65 лет (средний возраст – 50,6 лет). В комплекс обследования больных были включены следующие методы: клиническое обследование (в том числе антропометрическое и измерение артериального давления по методу Короткова С.М.), рентгенологический. Диагноз ОА устанавливали в соответствии с рекомендациями Ассоциации ревматологов Украины и Ассоциации ортопедов-травматологов Украины (2004). Диагноз АГ верифицирован в соответствии с рекомендациями Украинской Ассоциации кардиологов по профилактике и лечению АГ (2008). Диагноз ожирения устанавливался в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1998). В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) больные были разделены на две группы: первая – с избыточным весом $\text{ИМТ} < 30 \text{ кг/м}^2$ и вторая – с ожирением $\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$.

Результаты. Интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в 1,7 раза ($p < 0,05$) была больше у пациентов второй группы. Также во второй группе альгофункциональный индекс Лекена был выше в 1,5 раза ($p < 0,001$), по сравнению с пациентами первой группы. Также необходимо отметить, что во второй группе преобладали больные с АГ III степени и более тяжелым, кризовым течением гипертензии (среднее САД = $(183,6 \pm 8,4)$ мм рт. ст., среднее ДАД = $(105,1 \pm 4,2)$ мм рт. ст.), тогда как в первой группе преобладали больные с АГ I-II степени (среднее САД = $(153,6 \pm 6,4)$ мм рт. ст., среднее ДАД = $(95,7 \pm 5,1)$ мм рт. ст.).

Выводы. Ожирение негативно влияет на течение как ОА, так и АГ, что необходимо учитывать при диагностике и лечении этой категории больных.

КРОВОТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ИНТРАГАСТРАЛЬНЫЙ pH В БАЗАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Коркушко О.В., Шатило В.Б., Гавалко Ю.В., Гриб О.Н., *Багрий А.С.

ГУ "Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины",

*Киевская городская клиническая больница № 8

Состояние микроциркуляции является одним из важнейших факторов, определяющих функционирование различных систем. Как известно, с возрастом в связи с уменьшением количества капилляров, изменением реологических свойств крови происходит снижение кровотока в микрососудах органов и тканей, что приводит к сужению диапазона их функциональных возможностей. Слизистая оболочка желудка (СОЖ) имеет очень высокий уровень обменных процессов. В работах многих авторов показано, что процесс кислотопродукции требует достаточного уровня микроциркуляции в СОЖ. **Целью нашего исследования** было оценить состояние кровотока в СОЖ в сопоставлении с кислотопродуцирующей функцией желудка. Обследованы 16 молодых и 20 пожилых здоровых людей, а также 11 пациентов пожилого возраста с атрофическими изменениями СОЖ (согласно критериям OLGA: I-II степень и II-III стадия гастрита). Уровень кровотока изучали утром натощак методом лазерной доплеровской флоуметрии по большой кривизне тела желудка. Кислотопродукцию оценивали на основании результатов суточного интрагастрального pH-мониторинга и расчета среднесуточного pH и амплитуды суточного pH.

У молодых людей объемная скорость кровотока в СОЖ составила ($34,0 \pm 8$) мл/мин./100 г ткани, уровень среднесуточного интрагастрального pH ($1,89 \pm 0,11$), амплитуда суточного pH ($3,74 \pm 0,25$). У здоровых людей пожилого возраста уровень кровотока был статистически значимо ниже, чем у молодых ($20,5 \pm 1,7$ мл/мин./100 г ткани), при этом показатели среднесуточного интрагастрального pH ($2,1 \pm 0,15$) и амплитуда суточного pH ($4,4 \pm 0,26$) значимо не отличались от молодых. Следовательно, определяемый у пожилых здоровых людей уровень кровотока можно считать достаточным для поддержания нормального уровня кислотопродукции. Кроме того, определенную роль в поддержании кислотопродукции у пожилых людей играет сохранение активности H^+K^+ -АТФазы париетальных клеток, показанное в наших предыдущих работах. В то же время, пожилые люди с атрофическим гастритом имели статистически значимо меньший уровень кровотока по сравнению со здоровыми пожилыми людьми ($13,5 \pm 3,3$) мл/мин./100 г ткани), высокие показатели среднесуточного pH ($3,0 \pm 0,16$) и амплитуды суточного pH ($5,4 \pm 0,32$). Повышение среднесуточного pH и увеличение его амплитуды свидетельствует о снижении желудочной кислотопродукции, уменьшении её функциональных резервов. Поэтому можно полагать, что уровень объемной скорости кровотока в СОЖ при атрофическом гастрите является недостаточным для обеспечения адекватной кислотопродукции.

Выводы. Функциональное состояние СОЖ у людей пожилого возраста зависит от её кровоснабжения. Нарушение микроциркуляции в СОЖ и развитие атрофических изменений приводит к снижению резервов кислотопродукции. Определение среднесуточного интрагастрального pH и его амплитуды позволяет косвенно оценить достаточность желудочного кровотока у людей пожилого возраста.

ЗАЛЕЖНІСТЬ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ ВІД ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА, ЗУМОВЛЕНОЇ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

Павлик Н.С., Кияк Ю.Г., Сорока О.Я., Березний І.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

Україна

Актуальність теми. Мікроальбумінурія (МАУ) – це трансудація білків плазми крові через стінку капілярів клубочків нефронів у кількості від 30 мг до 300 мг. на літр. Вона корелює із важкістю серцево-судинних захворювань, будучи фактором ризику підвищеної смертності при високих показниках МАУ. В літературі немає чітких даних про асоціацію між фракцією викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) та важкістю МАУ у пацієнтів з ішемічною хворобою серця, зокрема при інфаркті міокарда (ІМ) та нестабільній стенокардії (НС).

Мета дослідження. З'ясувати залежність МАУ від важкості гострої серцевої недостатності (ГСН) та показників ФВЛШ, зумовлених ІМ.

Матеріал. Обстежено 116 пацієнтів (85,3 %) з ІМ із елевацією сегменту ST і 20 осіб (14,7 %) з НС у віці 38-89 років. Серед них було 90 чоловіків (66,2 %) і 46 жінок (33,8 %). За показниками ФВЛШ усі хворі були розподілені на чотири групи: 39 хворих (28,7 %) з нормальними показниками (> 55 %), 26 хворих (19,1 %) з помірно зниженою ФВЛШ (45-55 %), 57 хворих (41,1 %) з низькою фракцією (30-44 %) і 14 хворих (10,3 %) із різко зниженою ФВ (< 30 %). Залежно від важкості ГСН (класифікація Killip, 1967 р.) пацієнти з ІМ були розподілені на три групи: I група – 42 хворих (30,9 %) з I або II класом ГСН, II група – 41 особа (30,1 %) з набряком легень (НЛ) і III група – 33 пацієнти (24,3 %) з кардіогенним шоком (КШ).

Методи. МАУ визначали з допомогою тест-смужок (MICROALBU-RNAN) при госпіталізації, на 7 і 14 добу захворювання і перед випискою зі стаціонару. ФВЛШ визначали за допомогою ЕхоКГ протягом перших днів перебування в стаціонарі.

Отримані результати. У всіх пацієнтів з ІМ, на відміну від НС, було відмічено підвищення рівня альбуміну в сечі при госпіталізації. Чим важчий був ступінь ГСН, тим вищою була МАУ (рівень МАУ був найвищим при ІМ, ускладненому КШ). У процесі лікування хворих на ІМ спостерігалось поступове зниження рівня МАУ. ФВЛШ була найнижчою при ІМ, ускладненому НЛ ($p < 0,05$), а при ГСН I-II ступеня та КШ вона була значно нижчою, ніж при НС ($p < 0,05$). Між ФВЛШ та МАУ виявлено обернений кореляційний зв'язок: чим вища ФВЛШ, тим нижча МАУ.

Висновки. Виявлено наявність прямого кореляційного зв'язку між тяжкістю ГСН і ступенем МАУ і оберненого – між показниками ФВЛШ та рівнем МАУ. Багатофакторний аналіз (метод множинної регресії) довів, що основним і незалежним предиктором МАУ є важкість ГСН і в меншій мірі – ФВЛШ.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПОКСИИ

Осьмак Е.Д.

ГУ “Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева
НАМН Украины”, г. Киев

В компенсаторных реакциях на гипоксию принимает участие система внешнего дыхания, гемодинамика, кислородтранспортная система крови, микроциркуляция. Однако возрастные особенности мозгового кровотока при гипоксии изучены недостаточно.

Цель работы: изучить особенности мозгового кровотока при гипоксии у пожилых людей.

Методы исследования: обследованы практически здоровые люди пожилого (28 человек) и молодого (30 человек) возраста. Состояние изокапнической нормобарической гипоксии вызывалось вдыханием газовой смеси со сниженным содержанием кислорода (12 % O₂ и 88 % N₂) в течении двадцати минут. Сатурацию крови (SpO₂) регистрировали с помощью монитора “ЮМ-300” фирмы “ЮТАС” (Украина) пульсоксиметрическим методом каждую минуту. Кровоснабжение головного мозга оценивали реографическим методом с помощью аппаратно-программного комплекса “REGINA 2002” (Украина) в исходе и в условиях гипоксии.

Результаты. Проведенные исследования показали, что у пожилых людей, по сравнению с молодыми, кровоснабжение головного мозга снижено уже при дыхании воздухом. Это следует из анализа показателей реоэнцефалографической кривой. Гипоксия приводила к усилению церебрального кровотока у пожилых людей. У молодых изменения были незначительными. Установлено, что усиление кровообращения головного мозга связано с централизацией гемодинамики у пожилых людей с целью поддержания кислородного обеспечения жизненно важных органов (в частности, головного мозга) на достаточном уровне в условиях гипоксии. Такие изменения следует рассматривать как компенсаторную реакцию на гипоксемию. Необходимо отметить, что, несмотря на этот механизм, компенсация кровообращения головного мозга является недостаточной и отрицательно сказывается на энергетическом обеспечении нейронов головного мозга, а также приводит к снижению функциональной способности ЦНС у пожилых людей. Ранее было показано, что у пожилых людей в условиях гипоксии происходит снижение умственной работоспособности, тогда как у молодых подобных изменений не было отмечено. Различная реакция со стороны мозгового кровотока обусловлена развитием у пожилых людей более выраженной артериальной гипоксемии при гипоксии. Свидетельством этому являются более выраженные сдвиги сатурации крови у пожилых людей при гипоксии.

Выводы. В условиях гипоксического воздействия у людей пожилого возраста отмечается повышение кровотока головного мозга как результат централизации для поддержания оптимальной деятельности ЦНС.

ГЕМОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ У РОБІТНИКІВ ПИЛОВИХ ПРОФЕСІЙ МАШИНОБУДУВАННЯ

Костюк І.Ф., Балагова Л.П., Маслова Є.П., Скіба Т.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

У різних регіонах України щороку реєструється від 6 до 15 тисяч професійних захворювань, значну частину яких складає пилова патологія системи органів дихання. Первинні коніогенні процеси, що відбуваються у бронхолегеновому апараті, патогенетично тісно пов'язані з вторинними порушеннями у серцево-судинній системі, перш за все формуванням хронічного легеневого серця (ХЛС).

Вищенаведене обумовило мету даного дослідження – удосконалення діагностики хронічного легеневого серця при пиловій професійній патології легень шляхом встановлення гемодинамічних показників його розвитку.

Матеріал і методи. В умовах стаціонару клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань Харківського національного медичного університету було обстежено 121 хворого на пилову патологію легень з хронічним легеним серцем: 20 пацієнтів з пиловим бронхітом (ПБ), 57 хворих на ХОЗЛ першої (14 хворих) та другої (43 хворих) стадій, 22 хворих на силікоз першої стадії, 22 хворих на пневмоконіоз електрозварників (ПК). Параметри легеневої гемодинаміки оцінювалися доплер-ехокардіографічно за допомогою ехокардіографа LOGIQ-400 (General Electric Healthcare, США).

Результати та обговорення. Вивчення стану гемодинаміки у обстежених пацієнтів показало односпрямованість зрушень, що проявлялося у зміні лінійних розмірів правого шлуночка (ПШ). Гіпертрофію міокарда ПШ встановлено у всіх обстежених пацієнтів: товщина передньої стінки правого шлуночка (ТПС ПШ) в середньому склала (6,2 ± 0,51) мм. Звертає на себе увагу вірогідно більша ТПС ПШ при ХОЗЛ порівняно з іншими нозологічними групами.

У обстежених хворих визначалося підвищення середнього тиску в легеневій артерії (СерТЛА), збільшення часу правошлуночкового передвигнання (PER) та зменшення періодів правошлуночкового вигнання (ЕТ) і часу досягнення максимальної швидкості кровотоку (АТ), що є характерним для гіперволемії малого кола кровообігу. Разом з тим, визначалося зниження коефіцієнту АТ/ЕТ як маркера легеневої гіпертензії і підвищення PER/ЕТ, що може свідчити про зниження еластичності міокарду і перевантаження шлуночка об'ємом.

Висновки. Встановлено структурні й гемодинамічні зміни, характерні для хронічного легеневого серця, у хворих з пиловою патологією легень. Перспективою подальших досліджень є вивчення безпосередніх імунозапальних, метаболічних механізмів розвитку гемодинамічних порушень при пиловій патології легень.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЯМИ ІНСУЛІНУ ТА
ПОКАЗНИКАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ
У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

Кочержат О.І., Оринчак М.А.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Мета. Визначити залежність вмісту в крові лактатдегідрогенази (ЛДГ), сорбітолдегідрогенази (СДГ) та холінестерази (ХЕ) від рівня ендогенного інсуліну (ЕІ) в крові у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з метаболічним синдромом (МС).

Матеріал і методи. Обстежено 139 хворих на АГ із МС за критеріями АТР ІІІ (2001), віком (63 ± 8) років. У 1 групу увійшло 59 хворих з нормальним рівнем ЕІ в крові; в 2 групу – 80 хворих із спонтанною гіперінсулінемією. Визначено рівень офісного артеріального тиску (АТ), глюкози в крові (глюкозооксидазний метод), циркулюючого ЕІ, ЛДГ, СДГ, ХЕ за біохімічними методами. Контроль 20 практично здорових людей.

Результати. Всі хворі мали три і більше критеріїв МС. Середні значення офісного АТ в 1 та 2 групах знаходилися в межах ($182,55 \pm 13,22/102,21 \pm 10,29$) мм рт. ст. та ($183,52 \pm 14,25/105,00 \pm 12,35$) мм рт. ст. ($p < 0,05$). Рівні глюкози в крові в обох групах не відрізнялись і знаходилися в межах контролю – ($4,21 \pm 0,17$) ммоль/л ($p > 0,05$). У 1 групі рівень ЕІ коливався в межах норми – ($15,76 \pm 2,11$) мкОд/мл, в контролі – ($10,60 \pm 2,40$) мкОд/мл ($p > 0,05$). Рівні СДГ, ЛДГ виявились підвищеними в 2,4 та 2,6 разів відповідно ($p < 0,05$), а рівень ХЕ коливався в межах здорових осіб ($p > 0,05$). В 2 групі рівень ЕІ коливався в межах ($38,03 \pm 3,11$) мкОд/мл, що супроводилось підвищенням вмісту в крові ферментів: СДГ в 3,5 рази; ЛДГ в 3 рази та ХЕ на 11 % порівняно з контролем ($p < 0,05$). Виявлено прямі, сильні кореляційні зв'язки між рівнем ЕІ та СДГ, ЛДГ та ХЕ ($r = 0,6081$), ($r = 0,8738$) та ($r = 0,7816$), відповідно ($p < 0,05$).

Висновок. Для хворих на АГ з МС характерною є специфічна патогенетична ланка, що проявляється розвитком інсулінорезистентності із збільшенням рівня ЕІ та порушенням функціонального стану печінки. Підвищення рівнів СДГ, ЛДГ та ХЕ свідчать про жирове ураження печінки, порушення її синтетичної та дезінтоксикаційної функції у хворих на АГ із МС та інсулінорезистентністю.

**ВЕНТИЛЯЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ
НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ**

Оспанова Т.С., Заозерська Н.В., Смірнов І.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Цукровий діабет (ЦД) в усьому світі визнається однією з найважливіших проблем сучасної медицини. Найтяжчим ускладненням ЦД є діабетична нефропатія (ДН), що призводить до розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН). Вітчизняні та закордонні дослідники широко висвітлюються проблеми альтерації дихальної системи при ЦД, вважаючи ускладнення в нирках та легенях при ЦД за ідентичні прояви мікроангіопатії. Спільне поєднання ДН та легеневих проявів погіршує перебіг ЦД взагалі та призводить до більш ранньої смертності. Тому вивчення функції зовнішнього дихання у хворих на ЦД, ускладненого хронічною хворобою нирок (ХХН): ДН є вельми актуальним.

Метою нашої роботи стало вивчення функції зовнішнього дихання у хворих на ЦД, що ускладнений ХХН: ДН.

Нами обстежено 71 пацієнт ендокринологічного відділення КЗОЗ «ОКЛ: ЦМЕД та МК», середній вік яких склав ($45,18 \pm 1,6$) років. Питома вага пацієнтів з 1 та 2 типами ЦД склала 57,75 % й 42,25 %, відповідно. Тривалість захворювання на ЦД в середньому складала ($11,73 \pm 0,9$) років.

Усім хворим проводилося стандартне обстеження, що відзначало наявність ангіопатії органів-мішеней, дослідження мікроальбумінурії (МАУ), спірографічне вимірювання на апараті Spirolab_II_MIR.

Аналізуючи результати проведеної роботи, слід відмітити, що у пацієнтів із обома типами ЦД значного зниження показників ФЖЄЛ (форсованої життєвої ємності легенів) не відмічається. Порушення вентиляційного патерну у вигляді достовірного зниження $МОС_{50}$, $МОС_{75}$ (максимальної об'ємної швидкості потоку) та $ОФВ_1$ (об'єму форсованого видиху за 1 сек.) з'являються та прогресують по мірі розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН): на 12,33 %, 9,54 % та 6,09 %, відповідно.

Достовірних змін між групами 1 та 2 типів ЦД не знайдено. Слід відмітити, що показники функції зовнішнього дихання корелювали із ступенем ожиріння та поганою компенсацією ЦД: від зниження показників ФЖЄЛ на 13,85 % до зменшення $МОС_{50}$ на 27,74 % при 2 ступені ожиріння. Ці зміни відображають наявність периферійної обструкції мілких бронхів при мікроангіопатії легенів на тлі ЦД.

Таким чином, слід зробити заключення, що регулярне поточне проведення дослідження функції легеневої системи у пацієнтів, хворих на ЦД, дозволить діагностувати ранні прояви діабетичної мікроангіопатії легенів.

ДИНАМІКА РІВНЯ АЛЬДОСТЕРОНУ В КРОВІ ПІД ВПЛИВОМ МОКСОНІДИНУ

Оринчак М.А., Човганюк О.С., Артеменко Н.Р.,
Александрук Д.П., Краснопольський С.З.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Мета дослідження: оцінка ефективності комбінованої терапії із включенням агоніста I_1 -імідазолінових рецепторів моксонідину за показниками нейрогуморальної регуляції у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з синдромом інсулінорезистентності.

Матеріали і методи. В дослідження включили 20 хворих на АГ II-III стадії (6 чоловіки, 14 жінки), середній вік – (56 ± 10) років. Тривалість захворювання складала (12 ± 6) років. Всім хворим проведено загальноклінічне обстеження, пероральний глюкозо-толерантний тест з паралельним визначенням рівня глюкози, ендogenous інсуліну (ЕІ), альдостерону (імуноферментний метод) за допомогою стандартних наборів. В дослідження включено хворих, які впродовж 1,5-2 років вживали еналаприл в дозі 10-20 мг/д без достатнього ефекту, тому до курсу лікування всім хворим додали моксонідин (фізіотенз, Solvey Pharma, Німеччина) в дозі 0,2-0,4 мг/д впродовж 2 місяців. Контрольну групу склали 10 практично здорових людей.

Результати та їх обговорення. В залежності від рівня ЕІ в крові хворі розділені на 2 групи. До 1 групи було включено 11 (55,0 %) хворих із реактивною гіперінсулінемією, в 2 групу – 9 (45,5 %) хворих із спонтанною гіперінсулінемією. У хворих з реактивною гіперінсулінемією (1 група) в умовах тривалого застосування еналаприлу базальний рівень альдостерону в крові перевищував показник в контролі на 83,07 % ($p < 0,05$) і коливався в межах $(322,55 \pm 47,61)$ пг/мл, в контролі – $(103,72 \pm 8,27)$ пг/мл ($p < 0,05$). У хворих із спонтанною гіперінсулінемією (2 група) показник виявився підвищеним в усіх хворих і складав $(384,71 \pm 52,10)$ пг/мл ($p < 0,05$). Під впливом застосування моксонідину у хворих 1 групи відмітили достовірне зниження рівня альдостерону в крові через 2 тижні на 38,07 % ($p < 0,05$), через 2 місяці – на 55,18 % та досягав показника в контролі ($p < 0,05$). У хворих 2 групи рівень альдостерону в крові через 2 тижні достовірно знизився в 2 рази ($p < 0,05$) і через 2 місяці досяг показника в контролі ($p < 0,05$).

Висновок. Моксонідин підсилює ефект інгібітора АПФ еналаприлу в зниженні активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи.

СУТОЧНИЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кочуев Г.И., Корж А.Н., Кочуева М.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина

Роль наследственной предрасположенности к артериальной гипертензии (АГ) на сегодняшний день не вызывает сомнений. Показано, что наибольшее генетическое влияние на артериальное давление (АД) проявляется во время сна. При этом выявление патологического профиля АД актуально, так как оно часто ассоциировано с поражением органов-мишеней.

Цель исследования: выявить особенности суточного профиля АД у молодых лиц с нормальным и высоким нормальным АД, имеющих наследственную отягощенность (НО) по АГ.

Материалы и методы. В исследование включены 58 пациентов (средний возраст – $(23,58 \pm 1,58)$ года) с НО по АГ. Из них у 23 отмечалось высокое нормальное АД (17 женщин и 7 мужчин) – группа ВНАД; у 35 – нормальное АД (27 женщин и 8 мужчин) – группа НАД. Группу контроля составили 25 человека (17 женщин и 8 мужчин), средний возраст – $(23,90 \pm 2,92)$ года. Исследуемым трехкратно измеряли офисное АД, проводили суточное мониторирование АД автоматическим аппаратом Cardio Tens (Венгрия). Степень ночного снижения (СНС) АД рассчитывали как разницу между средними величинами систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), отнесенную к средним дневным величинам САД и ДАД.

Результаты. В группе НАД среднесуточное САД и ДАД достоверно превышало (на 2,92 мм рт. ст. и на 3,2 мм рт. ст., соответственно) аналогичные показатели в контрольной группе ($p = 0,00001$). По СНС САД в группе ВНАД дипперов было 50%, нон-дипперов – 41 %, овер-дипперов – 9 % исследуемых лиц. В группе НАД дипперы составили 62,8 %, нон-дипперы – 31,4 % пациентов. По СНС ДАД в группе ВНАД дипперов было 72,7 %, нон-дипперов и овер-дипперов – по 13,6 % лиц. В группе НАД у 54,3 % пациентов регистрировался патологический тип суточного профиля ДАД (овер-дипперы составили 31,4 %, нон-дипперы – 22,8 % лиц, что в 1,5 и в 1,8 раза, соответственно, было больше, чем в контроле). В группе ВНАД выявлено позитивное влияние возраста на СНС САД ($r = 0,4$, $p < 0,05$) и на СНС ДАД ($r = 0,39$, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у нормотоников с НО по АГ регистрировались более высокие цифры АД, чаще имелся патологический суточный профиль САД и ДАД, предшествующий клиническим проявлениям АГ, что предполагает большую вероятность поражения органов-мишеней и более высокий риск осложнений АГ.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ АКТИВНОСТІ РААС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ЇХ ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Кравцова В.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Значення підвищення активності реніну в становленні та посиленні хронічної серцевої недостатності (ХСН) особливо чітко підтверджено на прикладі реноваскулярного її варіанту, який розвивається в умовах ниркової гіперперфузії при звуженні ниркової артерії

Метою даного дослідження є визначення активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) за рівнем активності реніну та альдостерону сироватки крові в залежності від стадії хронічної хвороби нирок (ХХН) у хворих ХСН ІІА ст., а також застосування прогнозування по методу Вальда-Генкіна.

Матеріали та методи: обстежено 52 хворих (32 жінки, 20 чоловіків) з ХХН ІІ-ІІІ ст. на фоні ХСН ІІА ст. у віці від 25 до 71 року.

Отриманні результати: на зростання активації РААС вказувало зростання показників активності реніну та альдостерону сироватки крові, які були збільшені у хворих ХХН ІІ ст. з ХСН ІІА ст. на 34,6 % та 50,2 % відповідно, та у хворих ХХН ІІІ ст. з ХСН ІІА ст. ці показники збільшилися на 45,12 % та 40,8 %. Для діагностики та прогнозування ХХН у хворих ХСН ІІА ст. використовувалась неоднорідна послідовна процедура по Вальду – Генкіну. Високу інформативність мав як показник альдостерону у сироватці крові (І-4,13), який відповідає діапазону від 121 до 245 (пг/мл), так і активність реніну сироватки крові мала високу інформативність (І-3) та відповідала діапазону від 0,35 до 4,0 (мкг/г*л).

Висновки: активація РААС у хворих з поєднаною патологією (ХХН та ХСН ІІА ст.) відбувається при зростанні стадії ХХН. Діагностика ХХН зростає при використуванні прогностичних критеріїв активації РААС (активності реніну в діапазоні від 0,35 мкг/г*л до 4,0 мкг/г*л та альдостерону сироватки крові в діапазоні від 121 пг/мл до 245 пг/мл).

ВПЛИВ ОМЕГА-3 НА ПОКАЗНИКИ МІКРОЗАПАЛЕННЯ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Оринчак М.А., Василечко М.М.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Мета. Оцінити вплив омега-3 поліненасичених жирних кислот на динаміку показників мікрозапалення та інсулінорезистентності (ІР) у хворих на фібриляцію передсердь (ФП) з метаболічним синдромом (МС).

Методи дослідження. Обстежено 43 хворих на ФП з МС, середній вік ($73,14 \pm 6,82$) років, яких розділили на 3 групи: 1 група – 16 хворих з нормальним рівнем ендogenous інсуліну (ЕІ) в крові, 2 група – 12 хворих з реактивною, 3 група – 15 хворих із спонтанною гіперінсулінемією (РГІ та СГІ). Проведено пероральний глюкозо-толерантний тест (ПГТТ) з паралельним визначенням показників глюкози (ГЛ) та ЕІ, С-реактивного протеїну (С-РП) (імуноферментний аналіз). ІР оцінювали за показниками НОМА-ІР, індексом Саго. Контрольну групу склали 10 здорових осіб. Усі хворі протягом 2 тижнів отримували в комплексному лікуванні препарат омега-3 «Епадол» (ВАТ «Київський вітамінний завод», Україна) 1000 мг 1 р/д.

Результати. До лікування рівні ГЛ в крові в умовах ПГТТ знаходилися в межах норми у хворих 1 гр. У 2 і 3 групах виявлено порушення толерантності до ГЛ. Рівень ЕІ натще та через 2 години після навантаження ГЛ коливався в межах контролю та становив ($8,1 \pm 2,7$) мкОД/мл ($p > 0,05$); у 2 гр. – ($12,20 \pm 3,33$) мкОД/мл та ($28,97 \pm 4,35$) мкОД/мл ($p < 0,05$); у 3 гр. – ($33,21 \pm 9,60$) мкОД/мл та ($44,41 \pm 19,30$) мкОД/мл ($p < 0,05$), відповідно, порівняно з контролем. Показник НОМА-ІР до лікування у хворих 1 гр. не перевищував показник в контролі та становив ($1,5 \pm 0,40$) ($p > 0,05$). Тоді як, у хворих 2 та 3 груп відмічено вірогідне підвищення показника НОМА-ІР до ($3,1 \pm 0,8$) та ($8,0 \pm 3,9$), в контролі – ($1,9 \pm 0,5$) ($p < 0,05$). Індекс Саго у хворих 1 та 2 груп знаходився в межах норми та складав ($0,9 \pm 0,29$) та ($0,5 \pm 0,3$), відповідно, в контролі – ($0,39 \pm 0,03$) ($p < 0,05$). У 3 гр. хворих – на 48,72 % виявився зниженим порівняно з контролем та становив ($0,2 \pm 0,04$) ($p < 0,05$). Нами виявлено підвищення рівня С-РП у всіх обстежених хворих. Зокрема, у хворих 1, 2 та 3 груп відмічено підвищення рівня С-РП до ($3,66 \pm 2,64$) мг/л, ($5,26 \pm 3,64$) мг/л та ($6,76 \pm 1,22$) мг/л, відповідно, в контролі – ($2,78 \pm 0,27$) мг/л ($p < 0,05$). Після лікування рівень ЕІ натще та після навантаження глюкозою у хворих 1 гр. не змінився порівняно з рівнем до лікування ($p < 0,05$). Троє осіб (25 %) 2 гр. перейшли до групи з нормальними рівнями ЕІ ($p < 0,05$). У 3 гр. показники ЕІ знизились і склали ($26,91 \pm 4,18$) мкОД/мл та ($31,61 \pm 2,63$) мкОД/мл ($p < 0,05$), відповідно. Показник НОМА-ІР відповідав рівню у контролі ($p > 0,05$), у 2 та 3 групах знизився у 1,3 та 2 рази ($p < 0,05$), відповідно. Індекс Саго у хворих 1 та 2 груп відповідав рівню здорових ($p > 0,05$). Проте у хворих з СГІ виявлено підвищення індексу Саго у 1,5 рази порівняно із рівнем до лікування ($p < 0,05$). Рівень С-РП знизився на 28,96 % (1 гр.), 44,10 % (2 гр.), 54,58 % (3 гр.) ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ФП з МС істотно виражена ендотеліальна дисфункція, що проявляється збільшенням рівня С-РП. Омега-3 сприяє зниженню ступеня ІР та покращує функції ендотелію у таких хворих.

**ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
СОДЕРЖАНИЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА
ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ**

**Опарин А.Г., Опарин А.А., Лаврова Н.В., Яковенко Е.Л.,
Двояшкина Ю.И., Хоменко Л.А., Злобин А.А., Мехтиханова З.Ш.**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Цель: изучить особенности возрастного и гендерного содержания метаболитов оксида азота (МОА) при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материал и методы. Для исследования были взяты две группы больных ГЭРБ без сопутствующей патологии. Первую составили 29 человек (16 юношей и 13 девушек) в возрасте от 17 до 25 лет с анамнезом ГЭРБ в среднем ($2,3 \pm 0,5$) года, во вторую группу вошли 21 человек (11 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 30 до 45 лет, с анамнезом ГЭРБ в среднем ($9,5 \pm 1,4$) года. Уровень МОА определяли в крови иммуноферментным методом с использованием стандартного набора реактивов фирмы IBC (производство Германия). Контролем служили 15 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Результаты исследований. В результате проведенных исследований было установлено, что у больных ГЭРБ первой группы отмечается достоверное по сравнению с нормой снижение содержания МОА в среднем до ($1,7 \pm 0,04$) пг/мл (при норме ($2,63 \pm 0,3$) пг/мл), в то время как у пациентов второй группы отмечалось его среднее значение ($0,8 \pm 0,2$) пг/мл. Также была установлена четкая корреляционная зависимость между уровнем МОА, клиническими формами ГЭРБ и возрастом пациентов. В то время как у пациентов первой группы отмечалось превалирование эрозивной формы ГЭРБ, то у пациентов второй группы отмечалось превалирование неэрозивной формы ГЭРБ. Отмечено, что с увеличением возрастного барьера пациентов уменьшалось содержание МОА. Одновременно с этим достоверных гендерных отличий выявлено не было, хотя отмечалось некоторое снижение МОА у лиц женского пола, особенно старшей возрастной группы.

Выводы: 1. Установлено, что у больных ГЭРБ, имеется достоверное по сравнению с нормой снижение уровня МОА, особенно выраженное у лиц старшей возрастной группы. 2. Установлена четкая корреляционная зависимость между возрастом пациентов, уровнем содержания МОА и клиническими формами ГЭРБ. 3. Достоверных гендерных отличий в содержании МОА установлено не было.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ САКСАГЛИПТИНА
У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кравчун Н.А., Земляницына О.В.

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

В настоящее время в мировой диабетологической практике все чаще находит применение препарат саксаглиптин (Онглиза) как в качестве монотерапии, так и в комбинации с метформином и препаратами сульфонилмочевины. Вместе с тем, на сегодняшний день практически отсутствуют данные клинического применения саксаглиптина в Украине.

С целью оценки эффективности применения саксаглиптина у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа в комбинации с метформином было обследовано 120 пациентов (52 мужчины и 68 женщин). Средний возраст пациентов – ($53,1 \pm 0,8$) года, средняя продолжительность СД – ($5,6 \pm 0,5$) лет. Все пациенты получали 5 мг саксаглиптина в сутки в комбинации с метформином в дозе 1500-1700 мг в сутки. Период наблюдения составил 3 месяца.

Проводилось определение динамики массы тела, имунореактивного инсулина (ИРИ), уровня гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, показателей липидного обмена, показатели функционального состояния печени (аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ)), учет количества эпизодов гипогликемических состояний. Проводилось исследование в динамике некоторых иммунологических показателей: циркулирующих иммунных комплексов, Т-лимфоцитов хелперов (Тх), Т-лимфоцитов супрессоров (Тс), имунорегуляторного индекса (Тх/Тс).

Полученные данные свидетельствуют о снижении всех показателей «гликемической триады»: гликемии натощак с ($9,7 \pm 0,2$) ммоль/л до ($7,2 \pm 0,2$) ммоль/л, постпрандиальной гликемии с ($10,6 \pm 0,2$) ммоль/л до ($7,9 \pm 0,2$) ммоль/л, HbA_{1c} с ($7,9 \pm 0,1$) % до ($6,7 \pm 0,1$) % ($p < 0,001$). Выявлено уменьшение уровня ИРИ с ($19,9 \pm 1,3$) мкмоль/л до ($15,3 \pm 0,8$) мкмоль/л ($p < 0,01$), общего холестерина с ($5,9 \pm 0,1$) ммоль/л до ($5,4 \pm 0,1$) ммоль/л ($p < 0,001$) и АлАТ с ($1,0 \pm 0,07$) ммоль/л до ($0,8 \pm 0,04$) ммоль/л ($p < 0,01$). На фоне сочетанного применения саксаглиптина и метформина отмечен иммуномодулирующий эффект, который характеризовался увеличением пула Т-лимфоцитов супрессоров с ($12,5 \pm 0,5$) % до ($15,3 \pm 0,4$) % и уменьшением индекса Тх/Тс с ($3,9 \pm 0,2$) до ($3,0 \pm 0,1$) ($p < 0,001$). У пациентов не было отмечено значимой динамики массы тела и эпизодов гипогликемии.

Выводы. Комбинированное применение саксаглиптина и метформина позволяет достичь целевых уровней компенсации углеводного обмена у больных с СД 2 типа, не вызывает изменений массы тела, отрицательного влияния на функцию печени и липидный обмен, не сопровождается учащением гипогликемических состояний. Иммуномодулирующий эффект саксаглиптина требует дальнейшего изучения.

ДОСЯГНЕННЯ ЦИТОКІНОДІАГНОСТИКИ І ЦИТОКІНОТЕРАПІЇ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Кравчун П.Г., Бабаджан В.Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Синтез цитокінів супроводжує розвиток захисних реакцій в організмі. Багато цитокінів і їх рецепторів індукцибельні, по їх появі в клітинах можна оцінити активацію імунітету. Основними методами оцінки функціонування цитокінів є: генетичний аналіз відсутності мутацій в генах цитокінів, їх рецепторів; аналіз поліморфізму і експресії генів цитокінів; вивчення продукції цитокінів клітинами (імуноцитохімія, ELISPOT, цитофлюориметрія); визначення концентрацій цитокінів в біологічних рідинах (ІФА, РІА, мікрочіпи). Визначення рівня цитокінів дозволяє здійснити фенотипічну характеристику клітин, визначити функціональну активність імунокомпетентних клітин, оцінити ступінь вираженості запального процесу, його переходу на системний рівень, співвідношення процесів активації Т-хелперів 1 і 2 типів для диференціальної діагностики алергічних, інфекційних і аутоімунних захворювань. З лікувальною метою для стимуляції кровотворення застосовуються еритропоєтин, гранулоцитарний макрофагальний колонієстимулюючий чинник, інтерлейкін-1-бета, для терапії інфекційних захворювань – інтерферон-альфа, інтерлейкіни-1-бета, -2, для загоєння ран місцево використовують розчинний рецептор інтерлейкіну-1-бета. У терапії раку для лікування В-клітинних лімфом використовують інтерферон-альфа, інтерлейкіни-1,-2. Для лікування аутоімунних захворювань використовують антицитокінові препарати (анакінру, інфліксимаб, адаліумаб, етанерцепт). Хворим з алергічними захворюваннями можливе призначення препаратів, що блокують ефекти інтерлейкіну-4 (алтракінцепт та пасколізумаб), зв'язування інтерлейкіну-4 та -13 з рецепторами (пітракінра) і інтерлейкіну-5 (меполізумаб).

Результатами клінічного застосування цитокінів є висока ефективність лікування в порівнянні з традиційними методами, відсутність або значне зниження кількості рецидивів, скорочення термінів лікування багатьох внутрішніх хвороб.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ВЕГЕТО- ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИКИ И МОТОРИКИ ЖКТ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ

Опарин А.А., Опарин А.Г., Благовещенская А.В., Федченко Ю.Г.,

Лаврова Н.В., Кореновский И.П.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

В течение последних лет в клинической картине язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) важная роль принадлежит психосоматическим расстройствам (ПСР), вегетативным нарушениям и нарушениям моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) верхних отделов ЖКТ. Данные патогенетические факторы во многом и обуславливают снижение показателей трудоспособности, укорочение сроков клинической ремиссии, увеличение частоты обострений и снижение качества жизни. Безусловно, проведение терапии без учета комплекса патогенетических ulcerогенных факторов, имеющих место у конкретного больного, ухудшает эффективность лечения. Учитывая роль ПСР, вегетативной дисфункции и нарушений моторики верхних отделов ЖКТ, мы решили изучить особенности этих проявлений у больных ЯБДК, а также рассмотреть есть ли между ними взаимосвязь. Для этого нами была взята группа студентов с ЯБДК без сопутствующей патологии, в количестве 33 человека в возрасте от 18 до 35 лет. Характер ПСР оценивали при помощи опросников Айзенка, Бека, Шихана, Спилберга-Ханина. Вегетативные нарушения оценивали при помощи опросников Вейна, проводили клино-ортостатическую пробу, использовали таблицы регистрации вегетативных нарушений Соловьевой, определяли индекс Кердо. МЭФ желудка и двенадцатиперстной кишки определяли при помощи периферической электрогастроэнтерографии и ультрасонографии. В результате проведенных исследований была установлена прямая корреляционная зависимость между степенью выраженности и особенностями течения ПСР и особенностями вегетативной дисфункции. Так, было показано, что у 62,4 % студентов с ЯБДК отмечался возбудимый тип личности, астенический синдром, повышение уровня тревоги при одновременном преобладании симпатического звена вегетативной нервной системы. При исследовании больных с симпатикотонией и вегетативной гиперреактивностью у 61,5 % были повышены показатели МЭФ верхних отделов ЖКТ, что подтверждает наличие у части больных ЯБДК феномена «симпатической» стимуляции гастроинтестинальной моторики.

Проведенное нами исследование лишь раз подтверждает важность комплексного обследования больных ЯБДК. Выявление ПСР, вегетативного дисбаланса и нарушений МЭФ верхних отделов ЖКТ и адекватная их коррекция может способствовать повышению качества лечения данной категории больных.

ЩОДО ЯКОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПРАЦІВНИКІВ ПЕВНИХ КАТЕГОРІЙ

Ніколенко Є.Я., Ткач С.І., Лук'яненко О.Ю., Боровик І.Г., *Захаров О.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

**Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна*

Мета роботи – визначити проблемні аспекти щодо надання медичної допомоги працівникам, які зазнають дії шкідливих та небезпечних умов праці.

Нами проведено вибіркового аналізу медичної документації 4-х міських поліклінік Харкова за результатами попередніх та періодичних медичних оглядів (ПМО) у 2011 році 633 працівників (П) щодо виконання робіт в шкідливих та небезпечних умовах праці. З них 450 – оловіки, 183 – жінки; 24,64 % підлягали попередньому і 75,36 % – періодичному медичному огляду.

За результатами аналізу медичної документації виявлено наступні недоліки щодо обстеження працівників: відсутність або неповні відомості стосовно анамнезу обстежуваних, відсутність даних щодо попереднього професійного маршруту, неповний обсяг обстеження П згідно з наказом МОЗ України від 21.05.2007 № 246, некоректні висновки щодо професійної придатності П. Серед досліджень, через які не забезпечено обсяг обстеження згідно з чинними протоколами в профпатології, переважали такі: оглядова рентгенографія органів грудної клітки та належне визначення функції зовнішнього дихання у працівників, що зазнають впливу промислових аерозолів; холодова проба і палестезіометрія у працівників вібронебезпечних професій; аудіометрія у працівників «шумових» професій; психофізіологічне обстеження у працівників, що виконують роботи з підвищеним рівнем небезпеки; динамометрія, вестибулярна проба, визначення рівня дельта-амінолевулінової кислоти в сечі тощо. Слід відзначити, що в цілому перелік недоліків щодо обсягу обстеження працівників значно більший, і нами наведено найбільш вагомий стосовно виявлення ранніх проявів професійних захворювань. Серед причин недостатнього обстеження працівників заслуговують уваги стан матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних установ, зокрема відсутність в міських поліклініках обладнання для палестезіометрії, аудіометрії, спірографії; невиконання вимог чинного наказу МОЗ України від 21.05.2007 № 246; недостатня відповідальність та кваліфікація лікарського персоналу, що проводить профілактичні медичні огляди.

Враховуючи вищевказане, дієвими заходами щодо поліпшення якості проведення ПМО є освітня діяльність стосовно підвищення рівня знань лікарів з профпатології та створення на базі НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ регіонального діагностичного центру та забезпечення його обладнанням щодо раннього виявлення профпатології.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Кравчун П.Г., Ковалёва Ю.А., Шелест Б.О., Кравчун П.П., Шелест А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ожирение вносит в развитие ишемической болезни сердца (ИБС) целую серию своеобразных патогенетических факторов, среди которых изменения сердечной и периферической гемодинамики, изменения липидного обмена и ожирение и др.

Цель: провести комплексное исследование лабораторных и инструментальных показателей у больных стабильной стенокардией (СС) с ожирением с учётом определения гемодинамических показателей, цитокинов, нарушений липидного и углеводного обменов.

Объект и методы исследования: обследовано 43 больных со СС с ожирением от П до 1У функциональных классов (ФК); инструментальное обследование включало ЭКГ и ЭХО-кардиографию (определялась степень гипертрофии миокарда левого желудочка и ремоделирование миокарда). Биохимическое исследование включало определение теста толерантности к глюкозе, как один из составляющих синдрома инсулинорезистентности. Определение липидного спектра крови и цитокинов: интерлейкина 1 β (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) иммуноферментативным методом наборами фирмы «Укрмедсервис» (Украина). Клинически определялся индекс массы тела (ИМТ) и показатель соотношения объёма талии к объёму бедер (Т/Б) для определения типа ожирения.

Результаты: при сопоставлении антропометрических показателей – ИМТ ($30,6 \pm 1,7$ кг/м²) и соотношения Т/Б ($0,9 \pm 0,02$) больных со СС выявлено достоверное превышение ИМТ ($27,3 \pm 0,6$ кг/м²), $p < 0,05$) и Т/Б ($1,7 \pm 0,3$, $p < 0,05$) у больных с СС и ожирением П-III степени. ЭХО-КГ показатели массы миокарда ЛЖ ($177 \pm 5,4$ г) у больных со СС и ожирением характеризовались более высокими значениями по сравнению с показателями больных без ожирения ($162,4 \pm 5,1$ г). Величина фракции выброса была ниже ($52,2 \pm 2,4$ %) у больных со СС и ожирением П-III степени в сравнении с группой без ожирения. Активность провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β у больных со СС и ожирением была выше ($82,3 \pm 12,5$ пг/мл) в сравнении с больными без ожирения ($52,6 \pm 9,4$ пг/мл). Аналогичные изменения отмечали и с ФНО- α .

Выводы: установлено комплексное воздействие активности провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО- α и нарушения углеводного обмена (ожирения, артериальной гипертензии и ухудшения чувствительности тканей к инсулину) на развитие и прогрессирование ФК СС, а также гемодинамических расстройств – развитие гипертрофии ЛЖ и ремоделирования миокарда, что свидетельствует о патогенетической обусловленности указанных изменений.

**СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ
У ПАТОГЕНЕЗІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ:
КОНТЕНТ – АНАЛІЗ**

Кравчун П.Г., Ольховський Д.В., Наріжна А.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) є захворюванням, у розвитку якого головне значення має взаємодія генетичних факторів та несприятливих екзогенних впливів – факторів зовнішнього середовища.

На цей час проводяться численні дослідження по вивченню ролі різноманітних генів у розвитку АГ. Схильність до розвитку різних захворювань, в тому числі АГ, асоціюється з поліморфізмом певних генів. Під поліморфізмом розуміють послідовність декількох варіантів (алелей) одного й того ж гену. Поліморфізм гену певним чином, позитивно чи негативно, пов'язаний з клінічними визначеннями захворювання (фенотипом).

Мета: узагальнити наявні знання про значення поліморфізму генів у патогенезі артеріальної гіпертензії.

Матеріали дослідження: опубліковані результати досліджень по проблемі поліморфізму генів у хворих на АГ.

Результати та обговорення. Пандемічний характер АГ зумовлений у 35-69 % генетичними особливостями, у 31-50% залежить від стилю життя індивідуума, у 10-15 % – від чинників зовнішнього середовища, які реалізуються через генотип.

Мутації у генах, котрі кодують основні системи контролю артеріального тиску, активно вивчаються в усьому світі, однак їх роль у патогенезі АГ є до кінця не з'ясованою, а результати таких досліджень суперечливі і вагомо відрізняються в окремих популяціях.

Дискутабельним є вплив поліморфізму генів на фенотипові прояви АГ, пенетрантність у гіробандів та сибсів, молекулярно-клітинні механізми ураження органів-мішеней і появи ускладнень, зміни метаболізму вуглеводів і ліпідів, вплив на прогноз, тощо. Не повністю розкриті наріжні питання ранньої діагностики АГ та формування груп ризику, які базуються на визначенні індивідуального генетичного поліморфізму.

Висновок. У багатьох дослідженнях встановлено важливу роль у патогенезі АГ мутацій у генах, котрі кодують основні системи контролю артеріального тиску, а результати таких досліджень суперечливі і вагомо відрізняються в окремих популяціях.

**ГІПОТЕНЗИВНА ТА ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ВИСОКИМ
КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ**

**Несен А.О., Крахмалова О.О., Чернишов В.А., Грунченко М.М.,
Шкапо В.Л., Каташова О.В., Конькова М.В.**

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

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) продовжують займати кардинальне місце в структурі смертності громадян України (65,2 %). У більшості випадків патогенез ССЗ зумовлений розвитком атеросклерозу і атеротромбозу кровоносних судин. Максимально корисною для хворого з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ) є призначення терапії, яка базується на точному визначенні загального кардіоваскулярного ризику (КВР). Одним з основних факторів ризику, що використовуються для оцінки сумарного КВР є дисліпідемія (ризик значно підвищується, якщо загальний холестерин більше 6,5 ммоль/л). Крім того, призначення статинів показано хворим з високим рівнем АТ (а саме 180/110 мм рт. ст.).

Ціль роботи – дослідження ефективності препаратів «Кардосал» (олмесартан) та статину «Роксера» (розувастатин) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з високим КВР.

Матеріали і методи. Стадію артеріальної гіпертензії встановлювали у відповідності до класифікації, стандартів діагностики та лікування, рекомендованої до використання Асоціацією кардіологів України (2011 р.). В динаміці лікування обстежено 36 хворих (чоловіки) на ГХ II стадії. Середній вік хворих склав (47,9±9,1) років. Рівень систолічного АТ складав (198,5±12,5) мм рт. ст., рівень діастолічного АТ складав (101,5±8,5) мм рт. ст. Середній рівень загального холестерину (ЗХС) сироватки крові склав (6,8±1,3) ммоль/л. Всім хворим призначалась гіпотензивна терапія: олмесартан в дозі від 10 мг до 20 мг на добу в залежності від рівня АТ – одноразово, протягом чотирьох тижнів з додаванням розувастатину у дозі 10 мг на добу одноразово.

Результати. В динаміці терапії спостерігалось достовірне зниження САТ на 21,6 % (p < 0,05), а також тенденція до зниження показників ДАТ та ЧСС, також спостерігалось достовірне зниження ЗХ на 31,3 % (p < 0,05). Під впливом гіпотензивної терапії з додаванням статину не відмічалось негативних побічних явищ. Оцінка безпеки лікування проводилась також шляхом оцінки біохімічних показників крові та клінічного аналізу сечі і не виявила негативного впливу на показники, що досліджувались.

Висновки. Застосування блокатору рецепторів ангіотензину II в комбінації зі статином у хворих на ГХ з високим КВР сприяє позитивному впливу на рівень АТ та рівень ЗХС. Враховуючи відсутність побічних ефектів та ефективне зниження рівня АТ, визначено синергічну дію цих препаратів, які можуть рекомендуватися хворим на ГХ з високим КВР для тривалого застосування.

ФІКСОВАНА КОМБІНОВАНА ГІПОТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ

Несен А.О.

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

Кардіоваскулярним ризиком (КВР) вважається індивідуальний ризик розвитку атеросклеротичних серцево-судинних подій впродовж певного часу. Хворі, яким діагностовано серцево-судинне захворювання, хронічні хвороби нирок, цукровий діабет (ЦД) 2-го типу; ЦД 1-го типу з наявністю мікроальбумінурії; з високими рівнем загального холестерину >8 ммоль/л; або холестерину ліпопротеїдів низької щільності >6 ммоль/л; наявністю високого рівня артеріального тиску (АТ) $>180/110$ мм рт. ст., відносяться до групи з високим та дуже високим рівнем КВР, що потребує активної терапевтичної тактики з модифікації факторів ризику.

Ціллю лікування таких хворих є максимальне зниження КВР; зниження АТ до цільового рівня, попередження, та уповільнення темпів прогресування і/або ураження органів-мішеней.

Сьогодні в Україні, нажалі, ефективне зниження АТ досягається лише у 17 % хворих з АГ. Застосування лише одного гіпотензивного препарату також зменшує шанси досягнення цільового рівня АТ, призначення одразу двох препаратів різних фармакологічних груп знижує комплаєнс терапії.

Матеріали і методи. В динаміці лікування обстежено 26 хворих (14 чоловік і 12 жінок) з високим КВР. Середній вік хворих склав $(44,6 \pm 5,8)$ років. Рівень систолічного АТ в середньому складав $(184,5 \pm 12,5)$ мм рт. ст., рівень діастолічного АТ в середньому складав $(95,5 \pm 9,5)$ мм рт. ст. Усім хворим призначалась гіпотензивна терапія: препарат «Тарка» у фіксованій дозі трандолаприл/верапаміл SR – 2 мг/180 мг та 4 мг/240 мг (відповідно) на добу в залежності від рівня АТ – одноразово, протягом двох тижнів.

Результати. В динаміці терапії відмічалось достовірне зниження САТ на 20,5 % ($p < 0,05$), а також тенденція до зниження показників ДАТ та ЧСС. Під впливом гіпотензивної терапії не відмічалось негативних побічних явищ. У двох випадках на початку лікування відмічено головний біль, який у подальшому зник і не потребував відміни препарату. Оцінка безпеки лікування проводилась шляхом оцінки біохімічних показників крові та клінічного аналізу сечі і не виявила негативного впливу на показники, що досліджувались.

Висновки. Застосування фіксованої комбінованої терапії (інгібітор ангіотензин-перетворюючого ферменту – трандолаприл та антагоністу кальцію пролонгованої дії – верапаміл) – препарат «Тарка» у хворих з високим КВР сприяє позитивному впливу на рівень АТ. Зважаючи на відсутність побічних ефектів, та ефективне зниження рівня АТ, цей препарат може бути рекомендований хворим з високим КВР, а саме, з наявністю високих цифр АТ $>180/110$ мм рт. ст. для тривалого застосування з ціллю досягнення цільових рівнів АТ.

РІВЕНЬ ЦИТОКІНІВ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНУ ІЗ СИНДРОМОМ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Красюк О.А.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета роботи – вивчити прояви системного імунного запалення у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП), поєднану із синдромом інсулінорезистентності (СІР).

Було обстежено 126 хворих із НАЖХП, поєднаною із артеріальною гіпертензією (АГ) II стадії та СІР, віком від 35 до 55 років (середній вік – $(43,9 \pm 5,6)$ років), чоловічої статі, які склали основну групу пацієнтів. В групу порівняння ввійшли 123 пацієнти із АГ II стадії без ознак СІР та НАЖХП, групи були рандомізовані за віком та статтю. Контрольну групу склали 30 здорових осіб, які не мали НАЖХП, АГ та ознак СІР. У всіх обстежених вивчали вміст про- та протизапальних цитокінів, рівень sICAM-1 імуноферментним методом за допомогою сертифікованих в Україні ІФА наборів “Вектор-Бест” (Росія), вміст активованих CD54+лімфоцитів.

У результаті проведених досліджень встановлено, що цитокіновий профіль сироватки крові мав статистично значимі відмінності між групами пацієнтів. У хворих на НАЖХП, поєднану із АГ та СІР, вміст ФНП- α був вищим за величину здорових осіб в 2,66 рази та на 32,9 % вищим, ніж в групі порівняння ($p < 0,001$); ІЛ-1 β – відповідно, в 2,65 разів та на 21,9 % ($p < 0,001$); ІЛ-6 – в 6,33 рази та в 2,95 рази ($p < 0,001$); ІЛ-8 – в 5,67 рази та в 2,34 рази ($p < 0,001$). Нами виявлено вірогідне ($p < 0,001$) підвищення відносного числа активованих лімфоцитів, які експресують ICAM-1 в обох групах хворих. В основній групі відносна кількість даної субпопуляції лімфоцитів становила $(25,12 \pm 1,42)$ %, в групі порівняння – $(19,81 \pm 1,33)$ %, при значенні у здорових – $(11,07 \pm 1,65)$ %. Концентрація sICAM-1 у сироватці крові основної групи хворих перевищувала значення здорових осіб на 44,7 % та на 21,9 % аналогічний показник у групі порівняння ($p < 0,001$).

Висновки. Отже, у хворих на НАЖХП, поєднану із АГ та СІР у порівнянні з пацієнтами без захворювання печінки та метаболічних розладів в імунній системі виявлено вірогідно значимі відмінності, які полягають у збільшенні вмісту субпопуляцій активованих лімфоцитів із рецептором до молекули міжклітинної адгезії, а також її розчинної циркулюючої форми – молекули sICAM-1; значних проявах системного імунного запалення у вигляді зростання концентрації прозапальних цитокінів, що відіграють ключову роль у розвитку атеросклеротичного запалення.

НАРУШЕНИЕ ОСТЕОГЕНЕЗА КАК СЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Крахмалова Е.О., Каменир В.М., Калашник Д.Н., Гетман Е.А.
ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков

Широкая распространенность и прогрессирующий рост заболеваемости хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в мире составляет одну из серьезных проблем современной медицины. При этом высоко актуальна проблема внелегочных проявлений у этих пациентов, патогенетическая связь которых с ХОЗЛ затруднена. Особого внимания, среди внелегочных проявлений заслуживает остеопороз – как следствие использования глюкокортикостероидов, так и развившийся самостоятельно в ходе патогенеза ХОЗЛ.

Цель: проанализировать показатели минеральной плотности пяточной кости (МППК) у пациентов с ХОЗЛ в зависимости от факторов риска.

Материалы и методы: обследовано 123 пациента, 83 больных ХОЗЛ (средний возраст – $(64,8 \pm 7,6)$ года) (1-я группа), 40 пациентов с диагностированным остеопорозом (средний возраст – $(64,6 \pm 7,9)$ года) (2-я группа). Исследование МППК выполнено методом ультразвуковой денситометрии на аппарате Achilles Express Lunar.

Результаты и их обсуждение: при сравнении индивидуальной МППК с референтной базой, данные отклонения показателей от нормы в группе ХОЗЛ были выявлены у 79,4 % больных, при этом преобладали умеренные изменения МППК, соответствующие остеопении (41,3 %), однако у 38,1 % пациентов отмечался остеопороз. В то же время среди пациентов ХОЗЛ с низкими показателями ОФВ₁ (менее 50 %) отмечалось достоверное снижение состояние МППК ($p < 0,05$). При анализе связи между величиной ОФВ₁ и МППК больных ХОЗЛ была выявлена ее прямая зависимость ($r = 0,14$, $p = 0,02$) от показателей спирометрии ($r = 0,2$, $p = 0,001$) для правой и ($r = 0,1$, $p = 0,004$) для левой пяточной кости.

Выводы: 1. У пациентов с ХОЗЛ в сочетании с остеопорозом выявлено большое количество факторов риска, которые могут способствовать снижению МППК и развитию остеопороза. 2. Анализ показателей МППК в группе больных ХОЗЛ показал, что среди этих пациентов отмечались достоверно более низкие показатели Т-критерия по сравнению с группой сравнения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА, РЕЗИСТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Немцова В.Д., Шапошникова Ю.Н., *Клименко Т.И.
Харьковский национальный медицинский университет,
*ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины” г. Харьков

Цель: определить плазменный уровень адипонектина (АН), лептина (ЛП) и резистина (РЗ) у больных с метаболическим синдромом (МС) и их взаимосвязь с толщиной интим-медиа (ТИМ), которая считается ранним маркером атеросклероза и макрососудистых осложнений (МСО).

Материалы и методы: были включены 120 пациентов с МС в возрасте (50 ± 8) лет, Ж/ М: 38/72, с длительностью сахарного диабета 2 типа $(9 \pm 6,8)$ лет, с отсутствующими данными о перенесенных МСО. 30 здоровых добровольцев в возрасте $(36 \pm 7,5)$ лет, Ж/М : 10/20, составили группу контроля. Изучались показатели САД и ДАД, индекса массы тела, углеводного и липидного обмена. Уровни АН, ЛП и РЗ определялись иммуноферментным методом. ТИМ измеряли доплерографически по стандартной методике.

Результаты: при оценке антропометрических параметров были обнаружены значительные отличия между пациентами с МС и контрольной группой ($p < 0,05$). Среди показателей углеводного и липидного обмена статистически значимые различия были обнаружены только для уровней глюкозы крови натощак ($p < 0,0001$), А1с ($p < 0,0001$) и общего холестерина ($p < 0,05$). У пациентов с МС показатели АН возрастали ($p < 0,05$) при снижении уровней ЛП ($p < 0,05$). Уровни РЗ не отличались от показателей контрольной группы ($p > 0,05$). Корреляционный анализ показал отрицательную связь АН ($r = -0,33$, $p < 0,05$) и положительную РЗ ($r = 0,41$, $p < 0,01$) с ТИМ у пациентов с МС.

Вывод: Низкий уровень АН является фактором риска развития МСО у пациентов с МС, а также связан с прогрессированием атеросклеротических изменений ТИМ. Поэтому, мониторинг уровня АН может быть использован как способ контроля за изменением кардиоваскулярного риска у пациентов с МС.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА ФОНЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ОЖИРЕНИЯ

Мохначёв А.В.

Высшее государственное учебное заведение

“Украинская медицинская стоматологическая академия”, г. Полтава

Артериальная гипертензия – одно из наиболее распространенных заболеваний сердечнососудистой системы. Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20-30 % взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65 % у лиц старше 65 лет. В свою очередь распространенность стенокардии также увеличивается с возрастом среди обоих полов: в возрасте 45-54 лет частота встречаемости стенокардии составляет около 2-5 %, тогда как в возрасте 65-74 лет – 10-20 %. Синдром бессимптомной гиперурикемии и его участие в воспалительных процессах, равно как и влияние на артериальную гипертензию до сих пор остаётся дискуссионным. Учитывая серьёзность проблемы и участвовавшее сочетание этих заболеваний с ожирением и синдромом гиперурикемии, изучение особенностей течения с целью дальнейшей коррекции этих состояний кажется нам особенно важным.

В процессе исследования нами были осмотрено и пролечено 62 пациента с наличием нестабильной прогрессирующей стенокардии в сочетании с артериальной гипертензией. У 30 пациентов эти заболевания сочетались с синдромом гиперурикемии и ожирением. При сравнении двух групп было установлено, что у пациентов с гиперурикемией и ожирением уровень артериального давления оказался выше в среднем на 12,5 мм рт. ст. для систолического давления и на 7,5 мм рт. ст. для диастолического. Частота возникновения эпизодов стенокардии в этой группе была выше в среднем в 1,5-2 раза, потребление антиангинальных препаратов возрастало соответственно. По данным анамнеза, до появления симптомов нестабильной стенокардии в группе пациентов с ожирением и синдромом гиперурикемии уровень толерантности к физической нагрузке был существенно ниже. В свою очередь была отмечена необходимость применения более высоких дозировок антигипертензивных препаратов для достижения целевого уровня артериального давления, равно как и увеличение срока пребывания в стационаре.

Полученные данные свидетельствуют о прямой взаимосвязи наличия ожирения и синдрома гиперурикемии со степенью тяжести течения основных заболеваний, равно как и с ухудшением качества жизни таких пациентов. Несомненной кажется необходимость коррекции этих нарушений с дальнейшим изучением влияния бессимптомной гиперурикемии на течение заболевания с последующим созданием нового алгоритма терапевтической помощи и схемы медикаментозной и немедикаментозной профилактики по данному направлению с целью уменьшения финансовых затрат на лечение.

ВПЛИВ ТРИВАЛОЇ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ПАРАМЕТРИ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕЗИСТЕНТНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кузьміна Н.В., *Біловол О.М., Сєркова В.К.

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

**Харківський національний медичний університет, Україна*

При одночасному тривалому використанні великої кількості препаратів існує ймовірність несприятливого впливу на показники нейрогуморальної регуляції артеріального тиску (АТ) та біохімічні чинники гомеостазу. Мета роботи – визначення ефективності і безпечності тривалої комбінованої антигіпертензивної терапії при лікуванні хворих на резистентну артеріальну гіпертензію (РАГ) та оцінка її впливу на клініко-біохімічні параметри.

Обстежено 34 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), що мали резистентну до лікування артеріальну гіпертензію (АГ), 17 чоловіків і 17 жінок, середній вік – $(53,2 \pm 4,3)$ роки. Тривалість АГ – $(12,5 \pm 5,3)$ роки. Більшість осіб мали 3-й ступінь АГ – 21 (61,7 %), 13 (38,3 %) – 2-й ступінь АГ. ГХ II стадії діагностовано у 20 (58,8 %) хворих, ГХ III стадії – у 14 (41,2 %). Ішемічна хвороба серця (ІХС) мала місце у 24 осіб, середня її тривалість $(7,6 \pm 1,1)$ роки. Комбінована терапія призначалась за наступною схемою: ранком фіксована комбінація еналаприлу малеату 20 мг / гідрохлоріазид 12,5 мг (Ко-ренітек®, MSD, США), приблизно в 12-00 годині - небіволол 5-10 мг (Небілет®, Berlin Chemie, Німеччина)), біля 18-00 – амлодипіну бесилат 5-10 мг (Норваск®, Pfiser, США)), ввечері приблизно в 20-00 – еналаприлу малеат 10-20 мг (Ренітек®, MSD, США). Хворі, які мали рівень загального холестерину вище за 4,2 ммоль/л отримували статини. Крім рутинних біохімічних параметрів додатково визначали біохімічні маркери ендотеліальної дисфункції (ЕД) та запального процесу. Дослідження проводили перед призначенням терапії та через 1 рік від початку. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 6.0.

Цільовий рівень зниження АТ через 12 тижнів досягнуто у 26 (76,5 %) пацієнтів. 8 (23,5 %) хворим додатково був призначений індапамід в дозі 1,5 мг зранку, що поступово призвело до нормалізації АТ. ЧСС знизилась з $(77,6 \pm 4,3)$ уд/хв. до $(63,4 \pm 2,2)$ уд/хв. ($p < 0,05$). В ході та наприкінці дослідження не було зареєстровано будь-яких суттєвих змін в рівнях рутинних біохімічних показників. Загалом, довготривалий прийом запропонованої комбінованої терапії характеризувався добрим сприйняттям та метаболічною нейтральністю. Зареєстровано покращення показників ЕД (зниження активності індукцйбельної NO-синтази (на 32,4 %, $p = 0,003$), рівня ендотеліну-1 (на 54,0 %, $p < 0,0001$), рівня МАУ (на 55,9 %, $p < 0,01$), активності фактору Віллебранда (на 16,3 %, $p = 0,008$) та суттєве зменшення активності маркерів запалення (TNF α та СРБ на 50,0 % та 19,5 %, відповідно ($p < 0,05$)). Отримані дані свідчать про позитивний вплив призначеної терапії не тільки на величини АТ, але і на деякі механізми виникнення і прогресування АГ, що може сприяти зменшенню ризику виникнення серцево-судинних ускладнень.

НАУЧНЫЙ ДОКУМЕНТ КАК ЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ ИНФОРМАЦИИ

Кулешова Е.М.

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

В последние годы результаты исследований природы информации позволяют считать доказанным, что информация представляет собой единство трёх компонентов: содержания, знаковой формы его выражения и материальной основы. Если сопоставить это с представлением о сущности понятия «документ», придём к выводу о практически полной тождественности понятий «информация» и «документ». «Документ» представляет собой содержащуюся на материальной основе выраженную в знаковой форме, информацию. Однако, совпадение содержания двух понятий заставляет искать внутри них отличительные качества. И, излишним, либо нуждающимся в уточнении, оказывается понятие «документ», как частный случай информации: ведь не всякая информация приобретает статус документа, но всякий документ содержит информацию, в то же время, любая информация всегда зафиксирована, а иначе она существовать не в состоянии. Иное дело – на чём, на каком носителе она зафиксирована и какой промежуток времени следует считать актом фиксации. Само по себе фиксирование информации в знаковой форме на внешнем носителе характерно лишь для части видов документа. Например, контрольный чек на покупку, предъявляемый контролёру при выходе из торгового зала, существует в статусе документа всего несколько секунд. Немногим дольше существует билет автобусный, театральный или экзаменационный. В электронном документе носитель имеет не вещественную, а энергетическую природу. Информация в нём может обновляться непрерывно, в непрерывном движении находятся и передающие информацию электрические импульсы. Тем не менее, правомерность понятия «электронный документ» (имеется в виду документ онлайн, или виртуальный), к счастью, перестала быть дискуссионной. Вопрос о том, какой именно пласт «информации» называть «документом», решается условно. К примеру, можно условиться, что «научная информация, соответствующая профилю данной библиотеки и обладающая ценностью для её читателей», называется «научным документом». Тогда собрание документов будем именовать библиотечным фондом, пользователям будем выдавать и принимать от них документы, комплектовать и хранить будем документы и т. д.

Таким образом, представления о феномене информации вообще, и научной в частности, позволяют углубить представления и о феномене научного документа. Новым при этом стало рассмотрение документа как частного случая информации, тогда как ранее наличие информации считалось одним из рядовых признаков документа, а в ряде определений даже отводилось на второе место: первым считалось наличие материального носителя.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ЗАПАЛЬНИМИ ТА ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА КАНДИДОЗОМ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Мосійчук Л.М., Демешкіна Л.В., Кушніренко І.В., Васильєва І.О.,
Ярош В.М., Бочаров Г.І., Зигало Е.В., Симонова О.В., Петишко О.П.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета дослідження: Дослідити якість життя за допомогою опитувальника SF-36 у хворих з запальними та ерозивно-виразковими захворюваннями та кандидозом верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Методи дослідження: Верифікація діагнозу проводилася за допомогою загальноклінічних методів, фіброгастродуоденоскопії з забором біопсійного матеріалу, зіскрібу з язика та подальшим вивченням отриманого матеріалу на наявність грибів роду *Candida*. Для вивчення якості життя використовувався загальний опитувальник SF-36, який забезпечує кількісне визначення (від 0 до 100 балів) за 8 шкалами. Вищий показник SF-36 за конкретною шкалою свідчить про краще значення якості життя по даній шкалі.

Результати. Обстежено 20 хворих (1 група) з запальними та ерозивно-виразковими захворюваннями та кандидозом верхнього відділу шлунково-кишкового тракту. В якості контрольної групи взяті показники 68 практично здорових осіб (дані Чеганова А.В. зі спіавт., 2010). Встановлено, що у пацієнтів 1 групи була значно знижена якість життя у порівнянні з контрольною групою особливо за шкалами: RP (роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності) ($27,5 \pm 9,4$) балів проти ($68,2 \pm 1,1$) балів ($p < 0,05$), BP (фізичний біль) ($47,0 \pm 6,0$) балів проти ($76,5 \pm 1,5$) балів ($p < 0,05$), MH (ментальне здоров'я) ($54,4 \pm 4,5$) проти ($65,8 \pm 1,7$) ($p < 0,05$), VT (життєздатність) ($44,0 \pm 4,9$) проти ($63,6 \pm 1,8$) ($p < 0,05$), GH (загальне здоров'я) ($52,8 \pm 4,7$) балів проти ($64,8 \pm 1,5$) балів ($p < 0,05$), відповідно. За шкалами SF (соціальне функціонування), PF (фізичне функціонування) та RE (роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності) також відмічено зниження якості життя, але результати виявилися статистично недостовірними ($p > 0,05$).

Висновки: у хворих з кандидозом та запальними і ерозивно-виразковими захворюваннями верхнього відділу ШКТ за допомогою загального опитувальника SF-36 діагностовано значно нижчий рівень якості життя за всіма шкалами у порівнянні зі здоровими особами, з них за 5 шкалами RP, BP, MH, VT та GH зниження було статистично достовірним.

**РІВЕНЬ АСИМЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГІНІНУ ТА СУДИННІ
УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА
АБДОМІНАЛЬНЕ ОЖИРІННЯ**

Молодан Д.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

На сьогоднішній день асиметричний диметиларгінін розглядається як можливий маркер прогнозу виживання при кардіоваскулярній патології, а за деякими даними може бути важливим етіологічним фактором розвитку цієї патології. Однак його роль ще недостатньо з'ясована і потребує подальших досліджень, зокрема, це стосується хворих із коморбідними станами.

Метою даної роботи було вивчити залежність між рівнем асиметричного диметиларгініну та структурними порушеннями судинної стінки у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з абдомінальним ожирінням.

Матеріали та методи. Було обстежено 67 хворих на гіпертонічну хворобу I-II стадії, 1-2 ступеня з абдомінальним ожирінням, середній вік яких становив ($55,0 \pm 5,0$) років. В якості контролю були використані показники 20 практично здорових осіб. Всім пацієнтам проводились загальноприйняті методи обстеження для хворих на гіпертонічну хворобу.

Для встановлення абдомінального ожиріння розраховувався індекс талія/стегна, верифікація морфологічних змін судин проводилась за показником товщини комплексу інтима-медіа загальних сонних артерій під час ультразвукового дослідження.

Отримані результати та висновки. За результатами проведеної роботи була встановлена достовірна позитивна кореляція між рівнем асиметричного диметиларгініну та товщиною комплексу інтима-медіа загальних сонних артерій ($0,014$; $P < 0,002$).

Враховуючи це можна припустити, що рівень асиметричного диметиларгініну певним чином пов'язаний із розвитком потовщення комплексу інтима-медіа каротидних артерій, що, в свою чергу, є відображенням розвитку подібних порушень у мозкових, коронарних та інших артеріях. Ці зміни можуть свідчити про розвиток атеросклерозу, а отже, асиметричний диметиларгінін може в певній мірі розглядатись як один із маркерів виникнення судинних уражень зокрема у хворих на гіпертонічну хворобу з абдомінальним ожирінням. Також за даними ряду робіт не виключається етіологічна роль асиметричного диметиларгініну в пошкодженні судин, однак це питання потребує проведення подальших досліджень.

**ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ,
ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК,
ПРИ СОЧЕТАННОМ ЛЕЧЕНИИ ФОЗИНОПРИЛОМ С ЛОЗАРТАНОМ**

Куршубадзе Э.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Украина*

Одним из важных направлений кардиопротекторных лечебных воздействий, у больных артериальной гипертонией является сочетание ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и блокаторов кальциевых каналов, длительного действия, амлодипина.

Целью исследования явилось изучение влияния сочетанного применения фозиноприла с амлодипином на ремоделирование миокарда левого желудочка и состояние диастолической функции у больных АГ с ХБП.

Материалы и методы. Обследован 21 больной артериальной гипертонией II степени и ХБП: хроническим гломерулонефритом в возрасте ($50,2 \pm 8,4$) лет с сохраненной функцией почек. Исследовали конечно-систолический и диастолические объемы (КСО, КДО, мл), ударный и систолический индексы (УИ, СИ, мл/м^2 и л/м^2 , соответственно), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ, г/м^2) и скорость раннего и предсердного диастолического наполнения (V_e , V_a , м/с). Лечение фозиноприлом (10 мг/сут.) и амлодипином (20 мг/сут) проводили в течение 4-х месяцев с обследованием до и после лечения.

При лечении КСО уменьшился на 41,7 %, КДО – на 30,5 %, фракция выброса увеличилась на 13,5 % при уменьшении ИММЛЖ на 32,0 %. V_e увеличилось на 3,7 %, V_a снизилась на 2,6 % и увеличился коэффициент V_e/V_a на 6,4 %.

Выводы. Лечение фозиноприлом и амлодипином улучшает ремоделирование миокарда с уменьшением КСО, КДО и ИММЛЖ и диастолические свойства миокарда левого желудочка.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кучеренко О.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – изучить влияние амиодарона и ω -3 жирных кислот на течение желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом II-го типа (СД II), страдающих хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Изучена эффективность амиодарона и ω -3 жирных кислот у 34-х больных ИБС и ЖЭ I-II градации в возрасте от 54 до 69 лет. 1-ю группу составили 16-ть больных ИБС и ЖЭ; 2-ю – 18-ть больных ИБС, СД II-го типа и ЖЭ, функциональные возможности пациентов соответствовали II-III ФК (по NYHA). Больным до лечения регистрировали ЭКГ, проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Амиодарон назначали в дозе до 800-1200 мг, ω -3 жирные кислоты – в суточной дозе 1 г перорально.

Результаты исследования. Лечение амиодароном было успешным у 13 (81,3 %) больных 1-ой группы, и у 11 (61,1 %) больных 2-ой группы. Об этом свидетельствовало урежение частоты ЖЭ за 24 часа на 82 % по сравнению с исходным уровнем. Лечение амиодароном сопровождалось урежением ЧСС; АДс и АДд достоверно не изменилось. Назначение ω -3 жирных кислот усиливало антиаритмическое действие амиодарона – за 24 часа общее число ЖЭ уменьшилось на 91%. С целью профилактики рецидивов ЖЭ больные продолжили приём амиодарона в дозе 400 мг в сутки и ω -3 жирных кислот на протяжении полугода. Полное прекращение ЖЭ или ее урежение наблюдалось у 11 (68,75 %) больных 1-ой группы и у 8 (44,4 %) больных 2-ой группы.

Выводы. Лечение амиодароном и ω -3 жирными кислотами больных ИБС и СД II-го типа с ЖЭ, страдающих хронической сердечной недостаточностью, обеспечивает выраженный антиаритмический эффект у большинства пациентов.

МЕТАБОЛИЧНІ ЕФЕКТИ ТЕЛМІСАРТАНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ *PPARG* ТА *AT1R*

Молодан В.І., Чирва О.В., Гончарь О.В.

*Харківський національний медичний університет,
ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків*

Мета роботи: визначити ефективність телмісартану при лікуванні пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2) в залежності від поліморфізму генів *PPARG* та *AT1R*.

Задачі: показати значущість визначення поліморфізму генів *PPARG* та *AT1R* у хворих на ГХ в поєднанні з ЦД 2 при терапії телмісартаном.

Матеріали дослідження: обстежено 105 пацієнтів (62 (59,05 %) чоловіків, 43 (40,95 %) жінок, середній вік – $(56,1 \pm 1,1)$ років) з ГХ I-II стадії, 1-2 ступеня та ЦД II. Групу контролю складали 20 практично здорових добровольців.

Методи дослідження: вивчалися антропометричні – вага, зріст, індекс маси тіла (ІМТ), показники ліпідного та вуглеводного профілів – загальний холестерин (ЗХС), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ), глюкоза натще (ГН). Генотипування методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Результати: максимальну відповідь через 6 тижнів терапії телмісартаном мають пацієнти з генотипом ProPro/AA: зниження показників ІМТ складає 4,64 %, ЗХС – 7,6 %, ГН – 26,3 %, ХС ЛПВЩ підвищився на 10,8 %. Менша ефективність лікування у носіїв ProPro/АС+СС генотипу – - 2,9 %, - 5,9 %, - 20,5 % та + 7,2 %, відповідно. Мінімальний ефект від шеститижневої терапії мають пацієнти з генотипом XAla/АС+СС: середнє зниження показників ІМТ – 1,4 %, ЗХС, ХС ЛПВЩ та ГН на фоні лікування змінилися наступним чином: - 1,4 %, + 5,3 % і - 6,3 %. У групі пацієнтів з XAla/AA генотипом: - 2,3 %, - 4,4 %, + 3,7 % та - 10,0 %, відповідно. Для досягнення цільових значень досліджуваних показників протягом наступних 6 тижнів 17 пацієнтам стало за потребу призначення комбінованої терапії: телмісартан 80 мг/добу + гідрохлортіазид (ГДХТ) 12,5 мг/добу. Більшість з них виявилися носіями XAla/АС+СС генотипу.

Висновки: максимально позитивний вплив на ліпідний та вуглеводний обміни при лікуванні блокатором рецепторів ангіотензину II телмісартаном спостерігається у носіїв гомозиготного типу успадкування Pro-алелі гена *PPARG*, наявність Ala-алеля асоціюється з гіршою відповіддю на терапію. Наявність С-алеля гена *AT1R* призводить до зниження ефективності терапії.

**ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ *PPARG*, *AT1R* ТА *АПФ*
НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ
З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА
ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ АБО ОЖИРІННЯМ
Молодан В.І., Гончарь О.В., Чирва О.В.**

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: визначити чутливість пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2) та/або ожирінням до терапії телмісартаном, раміприлом та індапамідом у залежності від поліморфізму генів *PPARG*, *AT1R* та *АПФ*.

Матеріали дослідження. Обстежено 158 пацієнтів (94 чоловіків та 52 жінки) з ГХ I-II стадії, 1-2 ступеня на тлі ЦД 2 (105 хворих) та ожиріння (n = 53).

Результати: максимальну відповідь на телмісартан через 6 тижнів мали пацієнти з генотипом ProPro/AA: зниження САТ – 21,1 % і ДАТ – 16,7 %. Меншою ефективність лікування була в носіїв ProPro/AC+CC – -17,6 % і -11,9 %. Мінімальний ефект від терапії мали носії XAla/AC+CC: -10,0 % та -4,1 %. Протягом наступних 6 тижнів 17 пацієнтам (більшість – носії XAla/AC+CC) був додатково призначений гідрохлортіазид. Що стосується I/D поліморфізму гену АПФ, раміприл виявляв найвиразнішу дію у групі II генотипу (p < 0,01): монотерапія дозволила досягти цільового АТ у 83,3 % хворих, середня доза раміприлу склала (4,2 ± 0,5) мг на добу. При DD генотипі ці показники склали 57,2 % і (4,6 ± 0,4) мг/добу. Індапамід викликав більш виражений ефект у носіїв D алеля: досягнення цільового АТ на монотерапії в 90,4 % випадків, середня добова доза (2,26 ± 0,11) мг, проти 40,0 % і 2,5 мг при II генотипі відповідно.

Висновки: найбільш чутливими до терапії телмісартаном були гомозиготи ProPro, наявність Ala-алеля, а також C-алеля гена *AT1R* асоціюється з гіршою відповіддю. XAla/AC+CC – найнесприятливіша комбінація генів в плані ефективності телмісартану у пацієнтів з ГХ та ЦД 2. Серед хворих на ГХ з ожирінням вірогідно краща гіпотензивна відповідь на лікування раміприлом спостерігалася у хворих з II генотипом АПФ, індапамідом з DD генотипом.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЛОКУС КОНТРОЛЯ У БОЛЬНЫХ И
ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Куш И.П., Суганяк К.А.**

*ГУ “Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем
инвалидности МЗ Украины”, г. Днепропетровск*

В последнее время отмечается более тяжелое течение бронхиальной астмы (БА), что определяет необходимость детального исследования личностных особенностей таких больных.

Цель работы: исследовать локус контроля у больных и инвалидов с БА. В исследовании приняли участие 65 больных (50,8 %) и 63 инвалида (49,2 %) вследствие БА, которые подписали информированное согласие. Для оценки типа локализации локус контроля использовалась методика диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера. Оценка локус контроля в фрустрирующих ситуациях проводилось с помощью методики исследования фрустрации С.Розенцвейга.

Изучение локализации контроля над значимыми событиями с помощью методики УСК позволило установить, что в группе больных и инвалидов вследствие БА преобладает экстернальный тип – у 85,2 % обследованных. В подгруппе инвалидов этот показатель достоверно выше, чем в группе больных: 92,1 % и 72,3 %, соответственно. Степень выраженности экстернальных проявлений также выше в группе инвалидов: (2,93 ± 0,32) стенов и (3,67 ± 0,21) стенов. Наиболее часто экстернальный тип реакции диагностируется в области неудач (2,26 ± 0,17), в отношении здоровья и болезни (2,39 ± 0,12). Выявленные тенденции указывают на то, что больные и инвалиды вследствие БА считают, что их успехи и неудачи определяются действием внешних обстоятельств. Это формирует выраженные самозащитные реакции и механизмы по типу «агрессии и нападения», конформность, зависимость от других людей, неуверенность в себе, частую несогласованность образов реального и идеального «Я», тревожность. Исследование с помощью методики исследования фрустрации выявило преобладание внешне-обвинительных реакций в ответах испытуемых (56,3 %), по типу реакции – ответы в большинстве самозащитные (47,7 %). Это также подтверждает выраженную экстрапунитивную направленность больных и инвалидов вследствие БА, обвинение других в конфликтах, отрицание собственной вины.

Таким образом, у больных и инвалидов вследствие БА в подавляющем большинстве выявлен экстернальный тип локализации локуса контроля, что должно обязательно учитываться в организации психологической коррекции в процессе лечения и реабилитации.

**ДИНАМИКА ЭНДОТЕЛИНА-1, МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА**
Лапшина Л.А., Глебова О.В., Кожин М.И., Борзова Е.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью исследования явилось определение связи состояния систолической функции миокарда с показателями функции эндотелия при остром инфаркте миокарда (ОИМ) и последующем постинфарктном периоде. Обследовано 112 больных с Q-инфарктом миокарда в первые ($26,7 \pm 4,2$) часов заболевания. Эхо-КГ проводилось на аппарате Ultima-pro30, уровень эндотелина-1 (ЭТ-1) определялся ИФА (Endothelin-1, DAG, США), нитритов, нитратов – спектрофотометрическим, S-нитрозотиола (S-НТ) – флюорометрическим методами. 1-ю группу составили 40 больных ОИМ с фракцией выброса (ФВ) $\leq 40\%$ ($39,8 \pm 2,4\%$), 2-ю группу – 71 больной с исходной ФВ $> 40\%$ ($45,8 \pm 3,2\%$). Повторное обследование проведено через 3 месяца 34 пациентам 1-й и 52 – 2-й групп. В 1-й группе по сравнению со 2-й определялись достоверные отличия медиан ФВ ($p < 0,001$), конечно-диастолического объема (КДО) ($p < 0,05$), конечно-систолического объема (КСО) ($p < 0,01$), индекса сферичности (ИС) ($p < 0,05$), миокардиального стресса (МС) ($p < 0,05$), при этом медианы относительной толщины миокарда левого желудочка (2 Н/Д), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в 1-й и 2-й группах не отличались. Через 3 месяца в 1-й группе наряду с увеличением медианы ФВ на $6,09\%$ ($p < 0,01$), происходило достоверное нарастание медианы КДО ($p < 0,01$), стабилизация увеличенных КСО ($p > 0,05$), ИММЛЖ и ее дилатационного типа (2 Н/Д), МС и ИС. Во 2-й группе через 3 месяца после ОИМ происходило увеличение инотропной функции миокарда на $11,18\%$ ($p < 0,001$), снижение медиан КДО ($p < 0,05$), КСО ($p < 0,05$), гипертрофии миокарда (ИММЛЖ, $p < 0,05$), степени дилатации левого желудочка (2 Н/Д, $p < 0,05$), его ИС ($p < 0,05$) и МС ($p < 0,05$). Исходные медианные значения ЭТ-1 в 1-й группе в 2,08 раз, NO_2^- – в 2,45, NO_3^- – в 1,55 раз, S-НТ – в 2,0 раз оказались выше нормы. Во 2-й группе уровни ЭТ-1, NO_2^- , NO_3^- , S-НТ оказались выше нормы в 1,38; 1,8; 1,2; 1,8 раз. Большая степень увеличения ЭТ-1 в сравнении с нитратами указывает на преобладание вазоконстрикторного компонента дисфункции эндотелия, особенно в 1-й группе. К окончанию периода наблюдения в 1-й группе значения ЭТ-1 понизились на $20,4\%$, NO_2^- – на $27,9\%$, NO_3^- – на $20,3\%$, S-НТ – на 50% , не достигнув значений нормы. Во 2-й группе через 3 месяца произошло снижение медиан ЭТ-1, NO_2^- , NO_3^- , S-НТ на $41,2\%$, $51,02\%$, $36,84\%$, $84,1\%$, обращала внимание тенденция к их нормализации. Представленные результаты указывают на хроническое долговременное существование эндотелиальной дисфункции у больных ОИМ с исходным неблагоприятным гемодинамическим профилем, которая продолжалась в течение 3 месяцев и сочеталась с прогрессированием постинфарктного ремоделирования.

**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕТАБОЛІЧНОГО ОБМІНУ
ПРИ КРИСТАЛУРІЯХ**

Мойсєєнко В.О., Никула Т.Д., *Мазур В.М., Рудюк Л.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

**ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС, м. Київ, Україна*

Розлади уратно-оксалатного обміну мають місце у 65-78 % пацієнтів із хронічною хворобою нирок, можуть бути причиною її прогресування. В Україні зростає захворюваність на кристалурію – 3,5 випадки на 10 тис. населення. Транзиторна сечокисла гіперкристалурія (уратурія) часто передують розвитку сечокам'яної хвороби.

Мета – вивчити клінічну ефективність препарату „Реструкта про ін'єкціоне С” за даними клінічних, лабораторних і інструментальних досліджень, розробити методику профілактики нефролітіазу. Обстежено 36 хворих з кристалурією, з них 12 – з оксалатною, 9 – з уратною, 15 – зі змішаною (оксалатно-уратною). 26 осіб увійшли до основної групи і 10 – до гр. порівняння. До контрольної гр. увійшло 10 здорових осіб. Усі хворі отримували підвищену кількість рідини (близько 15 мл/кг кожні 6 годин) та знаходилися на дієті, яка передбачала виключення продуктів та страв, багатих на аскорбінову кислоту та оксалати (міцний чай, кава, шоколад, буряк, спаржа, шпинат, щавель, петрушка, ревінь, томати, смородина, шипшина, екстрактивні бульйони), обмежували вживання молока, м'яса. В залежності від варіанта застосованого лікування всі обстежені хворі з кристалурією були розділені на 2 гр.: I гр. (основна) отримувала препарат „Реструкта про ін'єкціоне С” у дозі 2,2 мл по одній внутрішньом'язовій ін'єкції на 3 дні, на курс – 10-12 ін'єкцій; II гр. (порівняння) – лікування згідно стандартів, без антигомотоксичного препарату. При динамічному спостереженні виявилось, що призначення препарату „Реструкта про ін'єкціоне С” на фоні гіпопуринової дієти забезпечує позитивний ефект у всіх 26 пацієнтів з порушеннями пуринового обміну: безпосередньо після курсу достовірно знизилися показники екскреції за рахунок оксалатів – з ($254,4 \pm 11,23$) мкмоль/добу до ($98,4 \pm 6,54$) мкмоль/добу, уратів – з ($4,87 \pm 0,91$) ммоль/добу до ($2,87 \pm 1,04$) ммоль/добу, рівень іонів кальцію – до ($2,52 \pm 0,36$) ммоль/добу, іонів магнію – до ($3,58 \pm 0,74$) ммоль/добу, що забезпечило високу стійкість сечі до утворення оксалата кальцію, зменшення епітаксії та агрегації. Покращення колоїдного стану сечі, зокрема за рахунок збільшення екскреції іонів магнію, сприяло ліквідації кристалурії, сечового синдрому та відновлення рН сечі (підвищення з ($5,3 \pm 0,5$) до ($6,1 \pm 0,8$), $P < 0,05$ до ($6,3 \pm 0,8$) од). Зниження вмісту сечової кислоти в основній групі було достовірно вищим, ніж у контрольній (відповідно в крові – на (32 ± 4) % (на (19 ± 3) %), в сечі – на (28 ± 3) % (на (18 ± 2) %), $P < 0,05$ порівняно з даними до початку лікування). У 19 хворих (73,03 %) відзначалося збільшення діурезу після 2-3-ї ін'єкції препарату на 15-30 % порівняно з вихідним ($P < 0,05$), що, очевидно, є першою ознакою відновлення процесів детоксикації.

Таким чином, нормалізація метаболічних процесів при дисметаболічних нефропатіях сприяє обміну сечової кислоти, забезпечує протизапальний, імунокорегуючий, дезінтоксикаційний, обезболуючий, діуретичний ефекти, що забезпечує профілактику виникнення кристалурії.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕКМЕНТА ST КЛЕКСАНОМ И НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

*Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан*

Цель: сравнительное изучение клинической эффективности у больных острым коронарным синдромом (ОКС) при лечении Клексаном и нефракционированным гепарином (НФГ).

Материалы и методы: обследовано 30 больных с ОКС. В группу А вошли 15 больных (средний возраст – $(55,7 \pm 2,3)$ лет), которым антикоагулянтную терапию проводили низкомолекулярным гепарином Клексаном (10 больным в дозе 1мг/кг через 12 часов подкожно, а 5 больным в дозе 0,5 мг/кг). В группу В вошли 15 больных (средний возраст – $(55,8 \pm 2,8)$ лет), получавшие антикоагулянтное лечение НФГ (первую дозу 10000 ЕД вводили внутривенно болюсом, в дальнейшем по 5000 ЕД через 6 часов подкожно). Продолжительность антикоагулянтной терапии колебалась от 5 до 7 суток. Больные обеих групп в полном объеме получали антиангинальную терапию.

Результаты: В группе А средняя частота ангинозных приступов за сутки составила $(9,5 \pm 0,5)$ раз, в группе В – $(10,6 \pm 0,7)$ раз. После завершения антикоагулянтной терапии в обеих группах наблюдалось достоверное ($p < 0,001$) уменьшение приступов стенокардии за сутки (в группе А – до $(1,2 \pm 0,08)$ раз, в группе В – до $(3,5 \pm 0,1)$ раз), но такое улучшение достоверно ($p < 0,05$) более выраженным было в группе больных леченных клексаном. После завершения антикоагулянтной терапии полное прекращение ангинозных приступов наблюдали у 73 % пациентов группы А, что достоверно ($p < 0,05$) больше чем в группе В, в которой после лечения НФГ полное отсутствие стенокардии отметили у 53,3 % больных. В группе А у 6,0 % сохранилась рефрактерная стенокардия, однако таких больных, у которых не удалось добиться стабилизации, было достоверно ($p < 0,05$) больше в группе В (у 13,3 %). Еще у 26,6 % больных группы А и у 33,3 % – группы В, достигли относительной стабилизации, но у них сохранялись редкие ангинозные приступы.

Вывод: Применение низкомолекулярного гепарина клексана с антикоагулянтной целью у больных с острым коронарным синдромом характеризуется более выраженной клинической эффективностью.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ КАРДІОРЕНАЛЬНОГО КОНТИНУУМУ

Лапшина Л.А., Михайлова Ю.О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є результатом багатьох серцево-судинних захворювань. Незважаючи на значні досягнення в галузі медикаментозного та хірургічного лікування, поширеність ХСН не тільки не знижується, але і продовжує збільшуватися. На прогноз і результат лікування хворих на ХСН великий вплив має функціональний стан нирок.

Мета дослідження – вивчити ступінь і характер порушення клубочкової (креатинін (Кр), кліренс креатиніну (ККр), цистатін С (ЦсС)), електролітовидільної (Na^+ , K^+), каналцевої ($\beta 2$ -мікроглобулін сечі ($\beta 2$ -МГ)) функцій нирок, при ХСН і ХСН в поєднанні з хронічною хворобою нирок (ХХН).

Обстежено 103 пацієнти з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН I-IV функціонального класу. Перша група (I) – 61 хворий з ХСН без супутньої ХХН, друга (II) – 42 пацієнти з ХСН та ХХН. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня ЦсС сироватки крові, $\beta 2$ -МГ сечі. Рівень Кр визначали методом Яфе, K^+ сироватки крові – іонселективного методом, Na^+ сироватки крові – потенціометричним методом; ККр – за формулою Кокрофта-Голта.

Результати дослідження. В I групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 22,9 %, ($p < 0,05$), зниження ККр на 27,4%, ($p < 0,05$), підвищення рівня ЦсС на 48,3%, ($p < 0,05$), збільшення $\beta 2$ -МГ на 56% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У II групі рівень Кр підвищувався на 66,3 %, ($p < 0,01$), ККр знижувався на 48,5 % ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 83,3 % ($p < 0,01$), $\beta 2$ -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 в порівнянні з хворими I групи визначалося достовірне збільшення рівня Na^+ на 12,6 % ($p < 0,05$).

Висновки. Наведені результати вказують на субклінічні порушення функції нирок при ХСН і ХСН в поєднанні з ХХН, які продемонстрували визначення біомаркерів і розрахункових показників гломерулярної функції (ЦсС, Кр, ККр), маркерів тубулоінтерстиціальних ушкоджень – $\beta 2$ -МГ як показник функції проксимальних каналців, і ТФР- β – ростового фактора, що виражає активність інтерстиціального фіброзу). Враховуючи, що ступінь підвищення $\beta 2$ -МГ більше, ніж відхилення від норми показників клубочкової функції, можна вважати, що каналцеві функції при ХСН і ХСН з ХХН порушуються раніше, ніж клубочкові.

УРОЛЕСАН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

Ліснянська І.С.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Актуальність теми. На сьогодні лікарські препарати рослинного походження обіймають третину світового ринку лікарських засобів. Дуже часто вони є особливими і замінити їх синтетичними препаратами майже неможливо як з огляду складності структури, так і через те, що в лікарській рослинній сировині міститься складний комплекс біологічно активних речовин (БАР), які сукупно дають біологічну активність певного спрямування. У більшості випадків лікарським засобам на рослинній основі надають перевагу перед препаратами синтетичного походження в профілактиці та лікуванні ранніх етапів захворювань, при хронічних протіканнях хвороби.

Мета роботи. Вивчити клінічну ефективність уролесану в капсулах в комплексній терапії хронічного пієлонефриту.

Матеріали та методи. Було обстежено 54 хворих на хронічний пієлонефрит в стадії загострення. З них жінок – 78,5 %, чоловіків – 21,5 %. Вік хворих коливався від 28 до 62 років. Всім хворим обстеження проводились при поступленні в нефрологічний стаціонар та на 18-21 день лікування. Верифікацію діагнозу здійснювали на підставі клінічних даних, загального клініко-лабораторного та інструментального дослідження згідно «Протоколу надання медичної допомоги хворим на пієлонефрит». Функціональний стан нирок оцінювали за показниками швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Cockcroft-Gault (мл/хв./1,73 м²). Було сформовано 2 групи спостереження: 1-ша група приймала базову терапію, яка включала антибіотикотерапію, дезінтоксикаційну і симптоматичну терапію; 2-га група на фоні базової терапії отримувала препарат Уролесан по 1 капсулі тричі на день.

Результати. Включення в комплексну терапію хронічного пієлонефриту уролесану потенціувало досягнення позитивного клінічного ефекту: прискорило зникнення больового і інтоксикаційного синдромів, зменшило в більшій мірі ніж традиційна терапія лейкоцитурію і бактеріурію. Застосування уролесану в капсулах дозволило зменшити терміни лікування.

Висновок. Включення в комплексну терапію уролесану сприяє покращенню ефективності лікування хронічного пієлонефриту.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА И БИСОПРОЛОЛА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан

Цель. Изучить эффективность комбинированной терапии амлодипина и бисопролола при тяжелой АГ у женщин в постменопаузальном периоде.

Материал и методы. Нами обследованы 48 больных с АГ в возрасте от 46 до 54 лет (в среднем – $(50,6 \pm 4,1)$ лет), находившихся на стационарном лечении и амбулаторном наблюдении. Верификация диагноза устанавливалась согласно классификации ВОЗ/МОАГ (1999 г.) на основании комплекса клинических, лабораторных и инструментальных данных. У всех обследованных больных АГ была первичной в постменопаузальном периоде, длительность заболевания – от 6 до 8 лет. Больные с патологией почек, эндокринной системы были исключены из обследования. Всем больным определяли общий анализ крови, мочи, биохимические анализы (липиды ЛПВП, ЛПОВП, ЛПНП) крови: мочевины, креатинина, общий белок, глюкоза (триглицериды крови), общий холестерин. Всем больным проведены электрокардиография (ЭКГ), измерение АД по методу Короткова. Эхокардиография (ЭхоКГ) была проведена на аппарате «Philips En-Visor» (Германия), изучались следующие параметры: конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР) левого желудочка, конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), фракция выброса (ФВ), толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ и межжелудочковой перегородки (ТМЖП). Больным назначали амлодипин (амлонон) в дозе 10 мг и бисопролол (эмкор) – 5 мг/день. Лабораторно-инструментальные методы исследований были проведены при первом визите и через 25-30 дней после проведенной терапии нормаледом и новатеном.

Результаты и обсуждение. У пациентов при первом визите выявлены более высокие цифры систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД). После проведенной терапии у пациентов имела место положительная динамика со стороны гемодинамических показателей, которые характеризуются достоверным снижением САД и ДАД. Показатель САД снизился на 32,4 % ($p < 0,01$), а ДАД на 24 % ($p < 0,05$) по отношению к исходным значениям. У обследованных пациентов на фоне комбинированной терапии через месяц отмечается снижение ЧСС по сравнению с исходными данными на 19,4 % ($p < 0,05$). Анализируя данные ЭхоКГ следует отметить, что наблюдалась тенденция к улучшению КДР, КДО, ТМЖП в диастолу и ТЗСЛЖ. Однако изменение показателей ЭхоКГ были незначительными, что возможно связано с небольшим сроком приема комбинированной терапии. Достоверной динамики ФВ не отмечалось.

Выводы: на фоне комбинированной терапии снижение АД может быть результатом двух эффектов: бисопролол (эмкор) уменьшает сердечный выброс и угнетает высвобождение ренина в почках, амлодипин (амланон) блокирует поступление кальция через медленные кальциевые каналы в гладкомышечные клетки сердца и сосудов.

**СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И
ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ
МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

*Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан*

Цел: Провести сравнительное исследование эффективности эналаприла (препарат Эналозид моно, «Фармак») и лизиноприла у больных с артериальной гипертонией (АГ) и систолической дисфункцией миокарда левого желудочка (СДМ ЛЖ).

Материал и методы: В исследование было включено 30 больных (18 мужчины и 12 женщин) с АГ и СДМ ЛЖ, которые были разделены на 2 группы по 15 человек. Первую (средний возраст – $(56,15 \pm 2,07)$ лет) составили пациенты на терапии эналаприлом (10-20 мг/сут.), вторую (средний возраст – $(60,95 \pm 2,08)$ лет) – на лечении лизиноприлом (10-20 мг/сут.) после отмывочного периода (3-7 дней). Целевым уровнем АД считался показатель $\leq 130/80$ мм рт. ст. У всех больных до и через 24 недели терапии выполнялась ЭхоКГ. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistika 6,0.

Результаты: Положительный достоверный результат (достижение целевого уровня АД) был получен в обеих группах после 24 недель терапии, причем снижение суточного систолического АД (сАД) и диастолического (дАД), а также дАД в ночное время в группе эналаприла было более выраженным. Средние значения суточного индекса (циркадный ритм) АД улучшились в обеих группах, причем в большей степени в группе эналаприла (для дАД). «Нагрузка давлением» по индексу времени гипертензии на фоне терапии достоверно снизилась с уровня более 50% до нормальных значений в обеих группах, причем более значимо в ночное время в группе эналаприла (менее 31 %, $p \leq 0,04$).

«Насосная» функция сердца (ФВ, % и тест 6-минутной ходьбы) статистически значимо улучшилась ($p \leq 0,02$) в обеих группах.

Заключение. Таким образом, в результате 24 недельного лечения, целевые значения АД были достигнуты в обеих группах. В обеих группах отмечен статистически значимый кардиопротективный эффект, в большей степени в группе эналаприла (эналозид моно). При этом был выявлен более выраженный достоверный антигипертензивный (особенно в ночное время) эффект эналаприла, несмотря на наличие в группе, более тяжелых пациентов.

**ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЇ У ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ
ВАДАМИ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ**

Лисунець О.М., Фурса О.В., Ханюкова І.Я.

*ДУ “Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України”, м. Дніпропетровськ*

У теперішній час стан ендотелію розглядається як важлива ланка у патогенезі різноманітної серцево-судинної патології, у тому числі і у хворих з вродженими вадами серця (ВВС). Метою дослідження стало визначення стану ендотелію у хворих з ВВС у віддалений термін після оперативної корекції.

Обстежено 38 хворих (середній вік – $(31,4 \pm 1,71)$ років) після оперативної корекції ВВС з приводу тетради Фалло, стенозу легеневої артерії (СтЛА), дефектів міжпередсердної (ДМПП) та міжшлуночкової перегородок (ДМШП), коарктації аорти (КоАо), субаортального та аортального стенозу. Середній термін, що пройшов після проведення оперативного втручання становив $(19,0 \pm 5,04)$ роки. Всім хворим проведено ехокардіографічне дослідження (ЕхоКГ) та пробу з реактивною гіперемією на апараті LOGIC P5 PRO (GE, США) за стандартними методиками.

За даними дослідження дисфункція ендотелію (ДЕ) виявлена у 23 хворих (60,5 %), а саме у 5 з 8 пацієнтів оперованих з приводу КоАо та аортального стенозу, у 8 з 12 пацієнтів з ДМПП, у 6 з 8 пацієнтів з ДМШП, у 3 з 6 пацієнтів з тетрадою Фалло та у 1 з 2 пацієнтів з корегованим СтЛА.

У хворих на ВВС виявлені зв'язки недостатнього приросту діаметру плечової артерії зі збільшенням кінцево-діастолічного розміру ЛШ ($r = -0,659$; $p = 0,015$), кінцево-діастолічного об'єму ЛШ ($r = -0,659$; $p = 0,015$), ударного об'єму ЛШ ($r = -0,582$; $p = 0,048$), підвищеними масою міокарду ЛШ ($r = -0,563$; $p = 0,036$) та індексом маси міокарду ЛШ ($r = -0,574$; $p = 0,032$).

Відомо, що зміни в організмі при хронічній гіпоксемії на фоні ВВС характеризуються складним переплетінням механізмів пристосування, адаптації і патологічних явищ. Тривале порушення доставки кисню до тканин викликає в них падіння активності окислювально-відновних ферментних систем, розвиток тканинної або гістотоксичної гіпоксії; призводить до ендотеліальної дисфункції, підвищенню концентрації в крові вільних радикалів, провокує синтез колагену та розвиток фіброзу і гіпертрофії міокарда.

Однак, у хворих з ВВС після хірургічної корекції, наявність ДЕ, що асоційована з системними порушеннями, зокрема, з гіпертрофією ЛШ, потребує подальшого дослідження та розробки підходів до терапевтичних втручань.

ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ФІЗІОЛОГІЧНОГО КОМПЕНСАТОРНОГО АНГІОГЕНЕЗУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Лішневська В.Ю., Парасюк О.І.

ДУ "Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України", м. Київ

Достатня активність фізіологічного компенсаторного ангіогенезу є важливим механізмом підтримання життєздатності міокарду у хворих похилого віку з гіпертонічною хворобою (ГХ). Враховуючи те, що активність ангіогенезу безпосередньо пов'язана з функціональним станом ендотелію, нами була досліджена можливість активації фізіологічного компенсаторного ангіогенезу препаратом з ендотеліопротекторною дією L-аргініном.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу L-аргініну на рівень фактору росту ендотелію судин (VEGF) та функціональний стан ендотелію у хворих похилого віку на гіпертонічну хворобу.

Матеріали і методи. Обстежено 40 хворих у віці 60-74 років з ГХ II стадії 1 та 2 ступеню артеріальної гіпертензії. Дана група хворих тривалий час в якості терапії отримувала периндоприл у дозі 10 мг на добу. Обстеження проводили на фоні прийому периндоприлу та після додавання до терапії на 14 днів L-аргініну у добовій дозі 6 г перорально в вигляді розчину для пиття (препарат «Тівортін» фірми Юрія-Фарм). Функціональний стан ендотелію вивчали методом лазерної доплерівської флоуметрії на апараті ЛАКК-2 (Росія) шляхом проведення проби зі створенням реактивної гіперемії. Рівень фактору росту ендотелію судин визначали в сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) за допомогою набору реактивів фірми Bender Medsystems (Австрія).

Результати. На фоні додавання L-аргініну до стандартної антигіпертензивної терапії у хворих похилого віку водночас із покращанням функціонального стану ендотелію, що проявляється збільшенням проценту приросту показника мікроциркуляції (%ПМ) на 20 % (до лікування – $(201,4 \pm 10,3)$; після лікування – $(241,7 \pm 9,8)$) спостерігається підвищення рівню фактору росту ендотелію судин-основного медіатору ангіогенезу на 15 % (до лікування – $(260,14 \pm 11,43)$ пг/мл, після лікування – $(299,2 \pm 12,05)$ пг/мл).

Висновки. Застосування L-аргініну на фоні загальноприйнятої антигіпертензивної терапії у хворих похилого віку поліпшує функціональний стан ендотелію та сприяє активації фізіологічного компенсаторного ангіогенезу за рахунок підвищення рівню фактору росту ендотелію судин. Взаємозв'язок активації фізіологічного компенсаторного ангіогенезу з покращанням функціонального стану ендотелію підтверджує наявність кореляційного зв'язку рівня фактору росту ендотелію судин та відсотка приросту показника мікроциркуляції ($r = 0,41$, $p = 0,05$).

ВЛИЯНИЕ ЭНАЛОЗИДА МОНО НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Мирсайдуллаев М.М., Мирсайдуллаев М.М. (млад)

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Наманган, Республика Узбекистан

Цель. Изучение влияния ингибитора АПФ эналаприла малеата (Эналазид моно, фирма «Фармак», Украина) на суточный уровень артериального давления (АД) при артериальной гипертензии (АГ) средней степени тяжести (по классификации ВОЗ).

Материалы и методы. Обследовано 52 пациентов в возрасте от 42 до 75 лет, из них женщин – 20, мужчин – 32. У всех имело место стабильно повышенное диастолическое артериальное давление (ДАД) от 95 мм рт. ст. до 114 мм рт. ст. Эналазид моно назначался в дозе 5-10 мг, 1-2 раза в сутки в течение 4 недель. При подборе оптимальной дозы ориентировались на самочувствие пациента и уровень АД. В качестве критерия оценки гипотензивного эффекта использовалась динамика ДАД: достижение 90 мм рт. ст. и ниже – отличная динамика, снижение на 10 мм рт. ст. и больше, но не доходя до 90 – хорошая, снижение ДАД < 10 мм рт. ст – удовлетворительная и отсутствие снижения ДАД или его повышение – неудовлетворительная динамика.

Результаты: начальная доза эналазида моно 5 мг/сут. оказалась эффективной у 16 пациентов, 10 мг/сут. – у 12 пациентов, 15 мг/сут. – у 12 пациентов, 20 мг/сут. – у 12 пациентов. Через 4 недели отличный эффект был отмечен у 57,7 % пациентов, хороший – у 26,9 %, удовлетворительный – у 7,7 % и эффект отсутствовал у 7,7 % пациентов. При этом уровень ДАД снижался несколько больше, чем уровень систолического артериального давления (САД). У двух пациентов возник сухой кашель и дозу препарата пришлось снизить.

Заключение. Таким образом, наши наблюдения показали, что эналазид моно проявляет выраженный гипотензивный эффект при АГ средней степени тяжести в дозировках от 5-20мг/сут., позволяя успешно регулировать АД и имея при этом хорошую переносимость при длительном применении.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЯ ХВОРИХ НА АКРОМЕГАЛІЮ

^{1,2}Микитюк М.Р., ¹Хижняк О.О., ¹Гогітідзе Т.Г., ¹Алексеева І.І.,
¹Кравченко Г.Г.

¹ДУ “Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського
НАМН України”, м. Харків,

²Харківська медична академія післядипломної освіти

Структурно-функціональну перебудову міокарда лівого шлуночка (ЛШ) при акромегалії розглядають в якості предиктора несприятливого прогнозу захворювання. Мета дослідження: визначення особливостей структурно-функціональної перебудови міокарда у хворих на акромегалію.

Матеріали і методи. Обстежено 97 хворих на акромегалію (середній вік $(48,71 \pm 12,18)$ років). Ультразвукове дослідження (УЗД) серця проводили на ультразвуковому комплексі Aloka SSD-1100 (Японія). Масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) розраховували за формулою R. Devereux, N. Reichek. В якості критерію гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГЛШ) використовували індекс ММЛШ (ІММЛШ). Оцінку змін геометрії ЛШ здійснювали у відповідності з класифікацією A. Ganau. Рівні СТГ і ІРФ-1 в крові визначали імуноферментним методом.

Результати. ГЛШ за результатами УЗД було діагностовано у 64 % хворих на акромегалію. За типом геометрії ЛШ обстежені розподілялися наступним чином: 21 % хворих з нормальною геометрією ЛШ, 16 % – концентричне ремоделювання, 27 % – ексцентрична гіпертрофія, 36 % – концентрична гіпертрофія. У хворих на акромегалію в активній фазі захворювання товщина задньої стінки міокарда ЛШ була значуще більшою порівняно з хворими в фазі ремісії ($p < 0,05$). Виявлено пряму залежність структурно-геометричних параметрів серця у обстежених від тривалості захворювання ($p < 0,05$) і відсутність залежності від рівнів СТГ і ІРФ-1 в крові. Скоротлива функція міокарда ЛШ у хворих на акромегалію, яку оцінювали за величиною фракції викиду (ФВ), значуще не відрізнялася від здорових осіб. Виявлено зворотну залежність ФВ від тривалості захворювання ($p < 0,05$). Статистично значущих зв'язків між станом систолічної функції ЛШ і рівнями СТГ і ІРФ-1 виявлено не було.

Висновки. Структурно-функціональні особливості міокарда у хворих на акромегалію залежать від віку і тривалості захворювання. Визначення типу ремоделювання міокарда у хворих на акромегалію дає можливість прогнозувати подальший перебіг захворювання і проводити своєчасну фармакологічну корекцію.

ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА СФЕРИЧНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КРЫС

Ломако В.В., Коваленко И.Ф.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Краниocereбральная управляемая гипотермия (КЦГ) применяется при некоторых оперативных вмешательствах или лечебных манипуляциях, связанных с коррекцией кровотока, пластических и обменных процессов, эффективности лекарственных средств и др., в комплексной терапии многих заболеваний. Важная роль при этом принадлежит основной функции эритроцитов (транспорт кислорода, углекислого газа, глюкозы, белков, гормонов и лекарственных средств), что определяется особой формой этих клеток – двояковогнутых дисков (дискоцитов).

Цель работы – изучить влияние КЦГ на форму эритроцитов периферической крови крыс. Работа выполнена на 7-8 мес. крысах-самцах с соблюдением всех биоэтических норм при работе с экспериментальными животными. Перед охлаждением для подавления терморегуляторных реакций крыс наркотизировали. КЦГ до ректальной температуры (РТ) 32°C проводили на специальном устройстве, созданном в ИПКиК НАНУ. РТ измеряли электронным термометром. В пробах крови методом малоуглового рассеяния определяли индекс сферичности эритроцитов, процентный состав следующих форм эритроцитов: нормальные и уплощенные дискоциты, сфероциты, стоматоциты.

В норме эритроциты имеют форму дискоцитов и число таких клеток составляет 80 %, остальные 20 % – атипичные формы. Применяемый наркоз не влиял на соотношение форм эритроцитов, но увеличивал количество сфероцитов и стоматоцитов. При КЦГ значительно (в 2 раза) снижалось число дискоцитов, увеличивалась доля стоматоцитов и сфероцитов. Эритроциты очень чувствительны к колебаниям температуры и осмолярности среды, что может приводить, в частности, к развитию температурного шока, проявляющегося в гемолизе клеток. Сфероциты относят к предгемолитическим формам эритроцитов. Через 24 ч распределение эритроцитов по индексу сферичности соответствовало контрольному уровню, что указывает на адаптивный характер отмеченных изменений. Но доля сфероцитов оставалась повышенной ($8,35 \pm 6,21$) % (контроль – $(1,24 \pm 0,89)$ %). В то же время атипичные эритроциты не превышали 20 % (физиологический пойкилоцитоз).

Таким образом, влияние КЦГ меняет процентное соотношение форм эритроцитов (в 2 раза снижается количество нормальных дискоцитов и увеличивается количество сфероцитов и стоматоцитов). Изменения, очевидно, носят адаптивный характер и через 24 ч в основном возвращаются к контрольному уровню.

СООТНОШЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ И ИСКУССТВЕННОМ ГИПОБИОЗЕ У ХОМЯКОВ

Ломако В.В., * Пироженко Л.Н.

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

*ГУ “Отделенческая больница ст. Люботин УТОО ЮЖД”, г. Люботин

Изучение и моделирование гипометаболических состояний, характеризующихся сложным комплексом физиологических и биохимических перестроек, направленных на обратимое уменьшение энергозатрат и снижение скорости метаболизма, сопровождающееся резким падением температуры тела (ТТ), является приоритетным направлением фундаментальной науки и представляет большой интерес для практической медицины.

Полноценную информацию о функциональном состоянии и реактивности организма можно получить при исследовании лейкоцитарного звена периферической крови.

Цель работы – определение количественно-качественных изменений соотношения различных видов лейкоцитов при естественном (ЕГ) и искусственном (ИГ) гипобиозе у факультативных гибернаторов хомяков.

Эксперименты проведены на самцах хомячков *Mesocricetus auratus* (7-8 мес.) с соблюдением всех биоэтических норм. ЕГ (ТТ падала с 39 °С до 8-10 °С) вызывали в условиях темной холодовой (4-7 °С) камеры с нормальным составом воздуха, ИГ (ТТ снижалась до 15-16 °С) – методом «закрытого сосуда» (гипотермия, нарастающая гипоксия-гиперкапния). Лейкоциты подсчитывали в мазках периферической крови (окраска по Романовскому). Статобработку проводили методом Стьюдента-Фишера.

Гипобиоз, как искусственный, так и естественный, сопровождался лейкопенией ($(2,5 \pm 0,5) \times 10^9/\text{л}$, в контроле 6-7), причина которой при ЕГ неизвестна (возможно, за счет перераспределения кровотока и миграции лейкоцитов в ткани). При этом происходил сдвиг лейкоцитарной формулы влево (более выражен при ИГ), который усиливался и сохранялся через 2 ч после выхода из гипобиоза; наблюдали появление эритробластов (показатель интенсивного раздражения костного мозга, возможно, вследствие гипоксии), плазматических клеток (незрелые В-лимфоциты), плазматизацию цитоплазмы у небольшой части лимфоцитов (следствие сбоя в работе иммунной системы); иногда при ИГ наблюдали единичные $((1 \pm 1) \%)$ нормобласты (указывает на раздражении костного мозга при дефиците гемоглобина в крови). Через 24 ч показатели возвращались к исходному уровню.

Вероятно, отмеченные изменения могут отражать переход иммунной системы и лейкопоэтической функции костного мозга в активное состояние, т. к. известно, что у сусликов при зимней спячке активность иммунной системы полностью подавлена.

ПАТОГЕННІ ВЛАСТИВОСТІ БАКТЕРІЙ РОДУ *STAPHYLOCOCCUS*, ВИДІЛЕНИХ У ХВОРИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Менкус О.В., Пономаренко С.В., Свидюк А.Й.

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

НАМН України”, м. Харків

Захворювання органів дихання займають провідне місце в структурі захворювань людини, спричинених широким спектром інфекційних збудників і поєднаних спільними особливостями епідеміології та патогенезу ураження дихальних шляхів. Поширеність захворювань, схильних до затяжного перебігу та хронізації, можуть бути викликані різними інфекційними агентами, що мають цілий комплекс факторів патогенності, забезпечуючи можливість їх транслокації з місць нормальної локалізації в інші біотопи організму з ініціацією запального процесу.

Метою нашої роботи було вивчення патогенних властивостей бактерій роду *Staphylococcus*, вилучених у пацієнтів з захворюваннями органів дихання. Об'єктами дослідження були штами мікроорганізмів роду *Staphylococcus*, виділені у хворих з гострими запальними процесами органів дихання (1 група) та штами, вилучені від осіб групи зрівняння (2 група). Штами виділені зі слизової оболонки носових ходів, задньої стінки глотки та мокротиння. У межах дослідження визначали здатність мікроорганізмів продукувати лецитиназу, фібринолізин, гемолізину, плазмокоагулазу.

Результати. У зразках 1 групи пацієнтів вилучено: бактерії роду *Staphylococcus* у 88 % хворих (*S. aureus* – 72,7 %; *S. epidermidis* – 27,2 %) У пацієнтів 2 групи виділено *Staphylococcus spp.* у 83,3% обстежених (*S. aureus* – 29,0 %; *S. epidermidis* – 71,0 %).

При вивченні здатності продукувати ферменти патогенності були отримані наступні дані. Плазмокоагулазну активність мали представники *Staphylococcus* обох проаналізованих груп, однак частота виявлення їх варіювала у залежності від наявності запального процесу. Так, кількість штамів *S. aureus*, що проявляють плазмокоагулазну активність, вилучених від хворих на захворювання органів дихання, була вище в 1,7 разів (92,3 %), ніж серед штамів, вилучених від здорових осіб (51,5 %). Гемолітичну активність проявляли 76,4 % штамів стафілококів, в контрольній групі 44,6 % відповідно. Лецитиназна активність була відзначена у 88,6 % представників 1 групи та у 63% групі контролю. При вивченні фібринолітичної активності встановлено, що в 1 групі 64,8 % штамів стафілококів мали здатність продукувати даний фермент, в 2 групі – 38,5 %, відповідно.

Таким чином, можна сказати, що культури мікроорганізмів, виділені від пацієнтів на захворювання органів дихання, виявляли переважно високу здатність продукувати ферменти патогенності.

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ В 2011 РОЦІ

Мельник О.Г., *Боровик І.Г.

НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,

**Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна*

Мета роботи: вивчити стан професійної захворюваності (ПЗ) в Харківському регіоні.

Згідно зі статистичними даними клініки НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ, в 2011 році в Харківській області було зареєстровано 115 потерпілих від професійних захворювань. Найбільша кількість постраждалих в 2011 році зареєстрована в машинобудуванні, відсоток працівників цієї галузі серед постраждалих є досить стабільним і складає 90,43 %, що обумовлено регіональними особливостями промисловості Харківського регіону.

Найбільший відсоток в структурі захворюваності припадає на пилову патологію – 43,20 %, у тому числі пневмокониоз (13,10 %) та на хронічний пиловий бронхіт (30,10 %). Такий розподіл захворюваності в регіоні щодо пилової патології обумовлений недосконалістю застосовуваних технологій в машинобудуванні. Друге рангове місце в структурі ПЗ займає нейросенсорна приглухуватість (30,10 %), далі слідує вібраційна хвороба (8,25 %). Значний відсоток в структурі захворюваності припадає на вегетативно-сенсорну поліневропатію верхніх кінцівок – 6,70 % та захворювання опорно-рухового апарата – 4,85 %.

Стосовно гендерних особливостей ПЗ – серед потерпілих переважають особи чоловічої статі (64,35 %), а відсоток жінок складає 36,65 %. Серед потерпілих переважають працівники вікових груп 50-59 та понад 60 років, на яких припадає, відповідно 49,57 % та 35,65 %, разом – 85,22 %; а на вікову групу 40-49 років – лише 13,04 %.

Щодо стажу роботи в умовах дії шкідливих та небезпечних факторів виробничого середовища та трудового процесу, то діагноз професійного захворювання встановлений у 0,87 % працівників зі стажем роботи до 10 років, 28,70 % – зі стажем роботи 10-19 років, 40,00 % – зі стажем роботи 20-29 років та 30,43 % – зі стажем роботи понад 30 років.

Рангові місця окремих підприємств машинобудування стосовно кількості потерпілих внаслідок ПЗ є наступними: ДП «Завод ім. Малишева», ВАТ «Харківський тракторний завод», ДП «Електроважмаш», ВАТ «Турбоатом», ВАТ «Лозівський ковальсько-механічний завод».

Таким чином, рівень ПЗ в Харківській області залишається високим, а структура ПЗ та кількість постраждалих на окремих підприємствах є практично стабільними на протязі останніх років, що свідчить про необхідність впровадження сучасних технологій та ефективних заходів профілактичної спрямованості на підприємствах машинобудування.

ЗМІНИ ІМУНОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ НАСТОЯНКОЮ ЧИСТОТІЛУ ВЕЛИКОГО

Лукашевич І.В., Бачук-Понич Н.В., Сенюк Б.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ураження жовчовивідних шляхів (ЖВШ) запального, токсичного та іншого генезу завжди супроводжується змінами активності імунної системи. Це свідчить про необхідність більш глибоких наукових досліджень у вивченні імунних порушень в патогенезі захворювань ЖВШ для розробки і вдосконалення методів лікування. З метою корекції імунних зрушень, на нашу думку, перспективним є використання імуноактивних засобів рослинного походження, зокрема настоянки чистотілу великого (НЧВ).

Імунологічні дослідження проведені у 32 хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) віком від 18 до 69 років, які склали основну групу та 20 аналогічних хворих контрольної групи. Пацієнтів в двох групах обстежували в період вираженого і помірного загострення. Паралельно було обстежено 19 практично здорових осіб того ж віку. Обстеження проводилися в перші два дні госпіталізації хворого в стаціонар та через 16-18 днів від початку лікування.

Вивчення стану клітинного імунітету у хворих на ХНХ показало, що в період активності патологічного процесу в 38 випадках (72,65 %) виявлені зміни в імунному статусі. Аналіз глибини порушень системи Т-лімфоцитів показав, що середня зміна реактивності відмічалася у 36,78 %, помірна зміна реактивності – у 35,87 %, нормальний стан – у 27,35 % обстежених. Ці зміни полягали в розвитку відносної та абсолютної Т-лімфопенії, зниженні вмісту субпопуляції, функціональної активності Т-клітин, вірогідному підвищенні індексу співвідношення T_H/T_S . Визначення залежності кількості, функціональної активності Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій від тривалості захворювання та вираженості загострення показало, що Т-лімфопенія була більш вираженою у пацієнтів молодого та зрілого віку, з тривалим анамнезом (10 і більше років), в період максимального вираженого загострення.

Результати дослідження показали, що комплексне лікування ХНХ з використанням НЧВ сприяло більш чіткій нормалізації показників Т-системи імунітету в порівнянні з показниками пацієнтів, якими імуноактивні препарати не призначалися. Зокрема рівень Т-лімфоцитів у хворих, лікованих препаратами ЧВ збільшився в 1,2 рази, в той час як контрольній групі – в 1,07. Кількість активних форм Т-лімфоцитів в основній групі збільшилась в 1,8 рази, а в контрольній – в 1,14. Рівень T_H та T_S в основній групі зріс відповідно в 1,61 та 1,53 рази. В контрольній групі теж мала тенденція до покращення цих показників, але зміни у порівнянні з вихідними цифрами були несуттєві.

Слід відмітити, що наведені вище зміни імунологічно-логічної реактивності організму були більш вираженими у осіб молодого та зрілого віку і менш помітними у осіб, старших за 50 років.

Отримані результати дають підстави для ширшого використання НЧВ у лікуванні хворих на ХНХ.

ОПТИМІЗАЦІЯ КУЛЬТИВУВАННЯ ШТАМІВ STREPTOCOCCUS SP. НА СЕРЕДОВИЩІ ІЗ РОСЛИННОЮ СИРОВИНОЮ

Лук'яненко Т.В., Осолодченко Т.П., Штикер Л.Г.

ДУ "Інститут мікробіології і імунології ім. І.І. Мечникова

НАМН України", м. Харків

Стрептококові інфекції (СІ) залишаються однією з найгостріших проблем охорони здоров'я нашої та інших країн. Постановка достовірного діагнозу СІ вимагає проведення бактеріологічних досліджень із виділенням та видовою ідентифікацією бактерій роду Streptococcus (БРС). Результати мікробіологічного дослідження відіграють важливу роль у виборі та призначенні вже на ранніх етапах захворювання найбільш ефективних методів лікування, здатних попередити тяжкі наслідки СІ (ревматизму, гострого гломерулонефриту, васкулітів). БРС вимогливі до поживних середовищ. ПС для культивування Streptococcus sp. отримують із рибної та м'ясної сировини. При цьому залишається високим ризик введення тваринних та людських патогенів. Останнім часом дослідники різних країн пропонують у якості компонента ПС гідролізати зернової барди (ГЗБ). Ми пропонуємо ПС для культивування БРС, компонентом якого є ГЗБ.

Мета дослідження. Дослідити ростові властивості поживного середовища, виготовленого на основі ГЗБ для культивування БРС.

Матеріал і методи. На серії виготовлених ПС із вмістом ГЗБ культивували штами мікроорганізмів, одержані з музею живих культур ДУ «ІМІ ім. І. І. Мечникова НАМН України» та рекомендовані для перевірки якості ПС та визначення антимікробної активності: *S. pyogenes* (2432), *S. aureus* ATCC 2592, *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 9027, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *B. subtilis* ATCC 6633, *P. vulgaris* ATCC 4636, *C. albicans* ATCC 885-653. Дослідження проводили за стандартними методиками згідно нормативних документів. Статистичну обробку даних проводили у відповідності до правил статистики.

Результати та обговорення. Порівняння одержаних результатів надало можливість оцінити продуктивність досліджуваного ПС щодо БРС та досліджуваних тест-штамів. На досліджуваному середовищі пригнічується ріст коліформних бактерій, протеїв, псевдомонад. Мікроскопічне дослідження підтвердило морфологію клітин тест-мікробів в процесі культивування на запропонованому середовищі. Враховуючи, що на досліджуваному середовищі достатньо продуктивно вегетують взяті до дослідів *S. pyogenes*, можемо стверджувати, що сконструйоване поживне середовище може бути використовуватися для конструювання селективного ПС для культивування БРС.

Отримане ПС дозволить значно здешевити виробництво ПС, зберігаючи біологічні властивості БРС, та може бути використаним для виділення та культивування БРС у санітарно-епідеміологічних і клінічних дослідженнях.

ВПЛИВ РІВНІВ ЦУКРУ СИРОВАТКИ КРОВІ НА ПЕРЕБІГ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Махаринська О.С., Пожар В.Й., Дорошенко О.В., Шоп І.В.,

Лебединська М.Н.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Щорічно у світі діагностується 1,9 мільйонів нових випадків цукрового діабету (ЦД) поміж пацієнтів старших за 20 років, 26,9 % серед усіх пацієнтів старших за 65 років хворіють на ЦД. Діабет вважають фактором ризику розвитку негоспітальної пневмонії (НП) завдяки наявності імунологічних розладів під впливом згубних ефектів гіперглікемії. Дослідженнями доведено, що зростання рівня глюкози на кожний 1 ммоль/л більше нормальних значень підвищує ризик захворювання на НП на 6 %. У своєму дослідженні ми вирішили розглянути вплив різних рівней гіперглікемії на перебіг НП у пацієнтів з ЦД 2 типу.

Матеріал і методи. Хворих у дослідженні розділили на 2 групи: І (глюкоза крові натщесерце 7-14 ммоль/л, середній вік – $(68,5 \pm 10)$ років, $Me = 71$ рік, $n = 46$) та ІІ (глюкоза крові натщесерце > 14 ммоль/л, середній вік – $(66,2 \pm 11)$ років, $Me = 68$ років; $n = 12$).

Результати. У порівнянні з пацієнтами із рівнем глюкози менше 14 ммоль/л, у ІІ групі пацієнтів тривалість перебування в стаціонарі була більше ($15,2 \pm 5,8$) ($Me = 12,5$) vs ($12,7 \pm 3,6$) днів ($Me = 12$), пізніше відбувалося зниження температури тіла до нормальних цифр (за $(4,8 \pm 3,6)$ ($Me = 4,5$) vs ($3,7 \pm 3,5$) днів ($Me = 2$)) та рівня лейкоцитів крові на (7 ± 3) добу від початку лікування у стаціонарі ($11,1 \pm 8,1 \cdot 10^9$ /л ($Me = 9,4 \cdot 10^9$ /л) vs $(6,5 \pm 2) \cdot 10^9$ /л ($Me = 6,6 \cdot 10^9$ /л). Також в групі пацієнтів з високими рівнями гіперглікемії визначалися триваліші строки субфібрильної температури тіла: так, на 3 добу перебування в стаціонарі субфібрилітет зберігався у 25 % vs 23,6 % хворих, на (7 ± 3) добу – у 25 % vs 21,8 % хворих. При аналізі рентгенологічних даних у групі пацієнтів із рівнем глюкози > 14 ммоль/л частіше відзначалося двобічне ураження легень (41,7 % vs 20 % випадків у порівнянні з І-ю групою пацієнтів); тривалішим було і збереження залишкових змін на рентгенограмі: на (7 ± 3) добу від початку лікування в ІІ групі пацієнтів залишкові зміни були у 25 % випадків, тоді як у І групі лише у 5,5 % випадків захворювання. Значимої різниці у динаміці симптомів клінічної течії НП (ЧСС, ЧДД, САД, ДАД) поміж групами пацієнтів не було визначено. Тяжкість течії НП також зростала з тривалістю захворювання на ЦД 2 типу: у пацієнтів з тривалістю ЦД понад 4 роки частіше розвивався плевральний випіт (20 % vs 13,1 %, $n = 38$) та двобічне ураження легень (56 % vs 36,8 % випадків захворювання на НП, $n = 50$); вищими були показники білої крові: $(11,1 \pm 4) \cdot 10^9$ /л ($Me = 6,8 \cdot 10^9$ /л) vs $(8,9 \pm 5) \cdot 10^9$ /л ($Me = 7,8 \cdot 10^9$ /л) як під час госпіталізації, так і на (7 ± 3) добу від початку лікування ($11,5 \pm 2) \cdot 10^9$ /л ($Me = 6,8 \cdot 10^9$ /л) vs $(6,8 \pm 3) \cdot 10^9$ /л ($Me = 5,8 \cdot 10^9$ /л).

Висновки. Отриманні нами дані свідчать про більш важкий і тривалий перебіг НП у хворих на цукровий діабет з неконтрольованою глікемією крові.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОЛУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НР-АСОЦІЙОВАНУ ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З РОЗВИТКОМ АНТИБІОТИК-АСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ В ПОЄДНАННІ З ДИСБАКТЕРІОЗОМ

Матковська Н.Р., Шевчук І.М., Бабенко О.І.,

Венгренюк Л.В., Олійник О.І.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна

Відомі схеми ерадикації *Helicobacter pylori* (Нр) базуються на застосуванні декількох антибіотиків та інгібіторів шлункової секреції. Проте, близько у 15-20 % випадків таке лікування супроводжується побічними явищами, серед яких найбільш значимою є антибіотик-асоційована діарея (ААД). У таких випадках доцільно застосовувати пробіотичні середники.

Обстежено і проліковано 38 хворих (з них 60,5 % чоловіків та 39, 5% жінок, середній вік – $(32,4 \pm 6,7)$ років) на Нр-позитивну виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК) з проявами ААД, яким додатково проводили бактеріологічне дослідження кишкової. На фоні стандартного антихелікобактерного лікування хворим призначали ентерол у дозі 2 капсули двічі на день впродовж 3 тижнів. Контрольну групу склали 15 хворих на Нр-позитивну ВХДПК без явищ діареї.

Клінічно у досліджуваних хворих на тлі основної патології більш вираженими були здуття живота, дискомфорт в гіпогастральній ділянці, рідкий стілець до 5-6 разів на день порівняно з хворими контрольної групи. У більшості (92,1 %) хворих ознаки діареї виникли на 2 день антихелікобактерного лікування, у решти хворих – на 3-4 день. У всіх пацієнтів основної групи: виявлено значне зниження кількості нормальної кишкової мікрофлори (І ст. дисбактеріозу), а в 23,7 % – спостерігався ріст умовно-патогенної мікрофлори (ІІ ст. дисбактеріозу). Через 1 тиждень після застосування ентеролу в хворих з дисбактеріозом І ст. зникли клінічні прояви кишкових розладів, а в хворих з дисбактеріозом ІІ ст. – через 1,5-2 тижні. Нормалізація показників бактеріологічного дослідження калу у 89,5 % хворих з ААД спостерігалася на 16 день після призначення ентеролу, у решти хворих – після 20 дня лікування.

Таким чином, у частини хворих на Нр-позитивну ВХДПК виникають кишкові розлади, зокрема ААД, що супроводжуються порушенням бактеріального складу калу. Застосування ентеролу дозволяє нівелювати клінічні прояви ААД у поєднанні з дисбактеріозом.

ГЕТЕРОГЕННІСТЬ STREPTOCOCCUS SP. ЗА ФАКТОРАМИ ПЕРСИСТЕНЦІЇ, ІЗОЛЬОВАНИХ ВІД ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ДЕЛІРІЙ

Лук’яненко Т.В., *Юрченко М.П., *Кузьмінов В.Н.

ДУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України”,

**ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”,*

м. Харків

Систематичне зловживання алкоголем суттєво ускладнює перебіг пневмонії (Пн), яка визначалась більш ніж в 30 % ускладнень алкогольного делірію (АД). За даними офіційної статистики України летальність при Пн у алкоголіків складає 4,2-5,7 %. Однією з причин розвитку Пн при АД є зменшення коменсальної носоглоткової флори. Для подолання механізмів неспецифічного захисту макроорганізму бактерії мають засоби для дистанційного впливу, якими є антилізоцимна (АЛА), лізоцимна (ЛА), антикомплементарна (АКА) активності.

Матеріали і методи. В роботі використано штами *Streptococcus* sp. виділені протягом 2008-2010 рр. від хворих на АД ЦНП З ХОКПЛ. Виділення та ідентифікація мікроорганізмів проводилась загальноприйнятими методами. ЛА визначали методом В. Г. Дорофейчук (1968), АЛА за Бухарінім О.В. та співавт. (1997), АКА за гемолітичною активністю комплементу. Статистичну обробку експериментальних даних проводили у відповідності до правил варіаційної статистики.

Результати та обговорення. У хворих на АД *Streptococcus* sp. вилучено у 80,6 % хворих.. Вищі значення АЛА отримані у *S. pyogenes* (84,26 %, 1,91 мкг/мл), *S. pneumoniae* (88,46%, 3,11 мкг/мл), *E. faecalis* (81,25 %, 2,46 мкг/л.), *S. viridans* (20,34 %, 1,25 мкг/мл.). У хворих на АД, ускладнений Пн, АЛА *Streptococcus* sp. мала вищі значення, ніж у хворих без ускладнень. Серед *Streptococcus* sp. найбільше значення ЛА виявили *S. pneumoniae* 57,69 % (ізоляти від хворих на Пн). Такої закономірності для *S. pyogenes*, *S. viridans*, *E. faecalis* не виявлено.

Частота АКА при концентрації комплементу 5 CH₅₀/мл склала 84,31 % та, при концентрації 10 CH₅₀/мл – 73,34 %, при 20 CH₅₀/мл – 23,72 %. Найбільшу АКА виявляли *Streptococcus* sp. при Пн за концентрації комплементу 5 CH₅₀/мл склала 92,73 % та, при концентрації 10 CH₅₀/мл – 78,18 %, при 20 CH₅₀/мл – 58,18 %.

Отримані дані свідчать про селективний відбір штамів з високою АЛА, АКА, які є пристосувальним механізмом, що дозволяє *Streptococcus* sp. тривалий час персистувати в екологічній ніші та дає можливість витіснити нормальні симбіонти чи «виживати» в асоціації з *E. coli*, *E. aerogenes*, *P. aeruginosa*, *C. albicans* (переважно мають ЛА), викликати НГП. Ізоляти з відсутністю ЛА склали 59,4 %. Наведені дані можуть використовуватися для профілактики, прогнозу перебігу захворювання Пн у хворих на АД.

ВЛИЯНИЕ РАЗНЫХ ВИДОВ ХОЛОДОВОЙ АККЛИМАЦИИ НА ОБМЕН ОКСИДА АЗОТА У КРЫС

Луценко Д.Г.

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

Известно, что оксид азота (NO) принимает активную роль в поддержании температурного гомеостаза. Однако точные механизмы, с помощью которых NO влияет на метаболизм и терморегуляцию в нормальных условиях и при гипотермии, еще до конца не выяснены.

Поэтому **целью нашей работы** было изучить изменение содержания конечных продуктов обмена оксида азота в тканях крыс после проведения акклимации к холоду двумя способами, для которых предполагается вовлечение различных физиологических механизмов. Работа выполнена на 7-8 мес. крысах-самцах с соблюдением всех биоэтических норм при работе с экспериментальными животными. У крыс изучали влияние длительных (30 дней) ритмических холодовых воздействий (РХВ) и непрерывных холодовых воздействий (НХВ) на обмен оксида азота. Концентрацию NO_x определяли спектрофотометрическим методом Грисса. Оптическую плотность измеряли при $\lambda = 546$ нм на спектрофотометре СФ-46.

Нами были взяты для анализа следующие ткани: кора головного мозга, гипоталамус, миокард и сыворотка крови. Так наибольшие отличия наблюдались после проведения НХВ. При этом в гипоталамусе и сердечной мышце наблюдалось заметное повышение концентрации NO_x , – с 42,3 мкмоль до 51,9 мкмоль в гипоталамусе и с 18 мкмоль до 46 мкмоль (больше чем в 2,5 раза) в миокарде. А в сыворотке крови после НХВ наоборот отмечалось заметное снижение количества дериватов NO (с 29 мкмоль до 17 мкмоль). В тоже время концентрация конечных метаболитов обмена оксида азота в коре головного мозга практически не отличалось от контроля (18 и 21 мкмоль соответственно). После РХВ отмечалась сходная картина с направленностью изменений в концентрации NO_x . Однако в гипоталамусе и сердце повышение концентрации было недостоверно (42,3 мкмоль и 45,8 мкмоль в гипоталамусе и 18,1 мкмоль и 23,8 мкмоль в миокарде). А вот понижение конечных продуктов обмена NO после РХВ в коре головного мозга до 14,8 мкмоль и в сыворотке крови до 19,5 мкмоль по сравнению с контролем было достоверным.

Таким образом, полученные нами данные показывают, что при разных видах холодовой акклимации существуют различия в обмене оксида азота в организме, особенно на уровне сердечнососудистой системы. Это подтверждает мнение Ю.Ф. Пастухова и Дж. Леблана о вовлечении разных физиологических механизмов в обеспечение акклимации организма к холоду при ритмической и непрерывной акклимации. В частности, при акклимации животных методом НХВ отмечается более значительная нагрузка на ССС, чем при РХВ, для обеспечения адаптации.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ К ЛЕЧЕНИЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Масляева Л.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – оценить приверженность больных гипертонической болезнью (ГБ) к лечению на амбулаторно-поликлиническом этапе и выявить основные причины отказа от рекомендованной терапии.

Нами было проведено анкетирование 74 больных ГБ I – III ст. через 10-12 месяцев после их консультирования в поликлинике ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины». ГБ I ст. имели 12 человек, ГБ II ст. – 44 и ГБ III ст. – 18 человек. Лечение одним препаратом было назначено 16 больным, остальным была рекомендована комбинированная антигипертензивная терапия.

Из 74 больных полностью прекратили прием антигипертензивных препаратов 22 пациента (29,7 %), отказались от приема отдельных препаратов еще 32 человека (43,2 %). Среди продолжавших соблюдать рекомендованное лечение подавляющее большинство составили больные ГБ III ст. Количество отказов от лечения практически не зависело от количества назначенных антигипертензивных препаратов.

Основными причинами низкой приверженности больных ГБ к длительному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях были:

- напряженный ритм жизни и работы с невозможностью уделять внимание своему здоровью. Эту причину отметили 47 человек (87,0 %);
- неэффективность назначенных препаратов – 37 человек (68,5 %);
- высокая стоимость лечения – 25 человек (46,3 %);
- боязнь токсического влияния лекарств на печень – 18 человек (33,3 %);
- неинформированность больных в отношении пожизненного лечения ГБ – 15 человек (27,8 %).

Кроме того, у 3 человек (5,5 %) причиной отказа от лечения стало развитие побочных реакций и осложнений, на другие причины указали 5 человек (9,2 %) (отсутствие лекарств в аптеке и т. д.).

Таким образом, данные анкетирования показали, что повышение приверженности больных ГБ к постоянному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях возможно за счет назначения современных комбинированных антигипертензивных препаратов, что позволит существенно увеличить эффективность терапии и снизить количество побочных реакций (в том числе уменьшить повреждающее влияние на печень), а также путем постоянной разъяснительной работы среди больных ГБ с ориентацией их на пожизненный прием антигипертензивных средств.

РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ОСІБ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ВЖИВАННЯ ЕТАНОЛУ

Маркозова Л.М., Усменцева О.І., Аборнєва Л.І., Лопіна Н., *Бенько О.Г.

ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”,

*ДУ “Інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків

Останнім часом нашу увагу привертає вивчення клінічних станів та показників крові у осіб з залежністю від алкоголю (Л.М. Маркозова, О.І. Усменцева, 2011), в тому числі з різними формами вживання психоактивної речовини (Л.М. Маркозова, О.І. Усменцева, 2008). У зв’язку з чим, **метою роботи** є вивчення показників клінічного аналізу крові та лейкограми у осіб з залежністю від алкоголю (АЗ) з постійною та запійною формою вживання речовини.

В результаті роботи обстежені хворі (n = 20) з алкогольною залежністю, які склали дві групи: 1 гр. (n = 10) – пацієнти з постійною формою вживання алкоголю, 2 гр. (n = 10) – особи з запійною формою. Середній вік хворих 1 гр. становив $(42,0 \pm 3,69)$ р., 2 гр. – $(48,7 \pm 3,02)$ р.. Добова доза алкоголю у осіб 1 гр. – $(1,22 \pm 0,23)$ л в 30 % випадків самогону, в 70 % – горілки; у осіб 2 гр. – $(0,75 \pm 0,15)$ л в 30 % самогону, в 20 % пива, в 50 % горілки. Кількісний контроль втрачено в 100 % випадків у осіб обох груп. Тривалість формування синдрому відміни алкоголю у осіб 1 гр. була $(4,30 \pm 1,08)$ р., у осіб 2 гр. – $(4,40 \pm 0,79)$ р. Амнезія алкогольного генезу спостерігалась у 100 % осіб 1 гр. та у 70 % осіб 2 гр., алкогольна епілепсія – в 10 % та 30 % осіб, відповідно.

Вивчені показники клінічного аналізу крові пацієнтів обох груп не відрізнялись за значенням та знаходились в межах нормальних величин (таблиця). Це свідчить, що незалежно від форми вживання ПАР у всіх хворих на АЗ за 4 роки перебігу хвороби ще не змінилась активність згортання крові, імунної системи та забезпечення киснем організму.

Таблиця – Показники клінічного аналізу крові обстежених (середні значення)

Показники	1 група	2 група
Гемоглобін, г/л	$141,5 \pm 2,1$	$145 \pm 2,82$
Еритроцити, Т/л	$4,44 \pm 0,05$	$4,6 \pm 0,09$
Лейкоцити, г/л	$6,32 \pm 0,4$	$6,43 \pm 0,45$
Паличко ядерні нейтрофіли, %	$4,0 \pm 0,71$	$2,9 \pm 0,71$
Сегментоядерні нейтрофіли, %	$55,8 \pm 2,73$	$59,9 \pm 2,95$
Лімфоцити, %	$26,3 \pm 2,25$	$25,9 \pm 3,13$

Це можливо внаслідок дії на перших етапах захворювання так званої «буферної ємкості» детоксикаційної системи біологічного організму. В деяких випадках можливо включення компенсаторних механізмів хворого організму, коли ще не сформувалися органна патологія і немає проявів соматичних захворювань.

Таким чином, вивчені показники корелюють з тривалістю захворювання.

НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ДЛИТЕЛЬНОМ ПРОМЕЖУТКЕ ВРЕМЕНИ

Любота В.В., Величко О.Н., *Вьюнник О.В., *Опарин А.Л.

Харьковский национальный университет радиоэлектроники,

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

Предлагается новый подход к анализу суточной вариабельности ритма сердца (ВРС), позволяющий сравнивать последовательности интервалов R-R (ритмограммы) с заведомо нестационарным ритмом и получать определенные результаты о нарастании или снижении ВРС, чего не удавалось сделать с помощью известных ранее методов.

Главной особенностью подхода является учет зависимости синусовой аритмии от частоты сердечных сокращений (ЧСС) на рассматриваемом участке. Учесть эту зависимость позволяет использование нового параметра, характеризующего суточную ВРС – средневзвешенной вариации ритмограммы (СВВР). Параметр СВВР является обобщением введенной ранее вариации короткого участка ритмограммы (ВКР) и формируется следующим образом. Ритмограмма разбивается на короткие участки, для каждого из которых вычисляется вариация ВКР. Вариации усредняются по различным диапазонам изменения ЧСС. Каждая усредненная вариация умножается на весовой коэффициент, зависящий от того, какому диапазону изменения ЧСС она соответствует, и на выраженную в процентах долю участков, попавших в этот диапазон, от общего числа коротких участков ритмограммы. Сумма построенных таким образом произведений и есть СВВР.

Целью работы явилось исследование диагностических возможностей критерия СВВР для выделения пациентов с сердечной недостаточностью (СН). Сравнивали средние значения СВВР в группе из 10 пациентов с СН II-III функционального класса по NYHA и в группе из 14 амбулаторных пациентов без признаков сердечной недостаточности.

Вычисления показали, что уже при размере массива, превышающем 1200 RR-интервалов (что соответствует примерно 20 минутам регистрации ЭКГ сигнала) значения критерия выявили устойчивое поведение при увеличении числа включаемых в анализ фрагментов ритмограммы. Для группы амбулаторных пациентов значения СВВР составили (2624 ± 229) мс, в то время как средние значения в группе сердечной недостаточности оказались существенно ниже – (928 ± 118) мс. Уровень значимости отличий $p < 0,01$. Путем проведения ROC анализа определили оптимальный порог разделения на группы, который составил 1400 мс. При анализе таблицы сопряженности чувствительность критерия составила 90 %, специфичность 93 %.

Таким образом, показатель СВВР может быть эффективно использован в качестве диагностического критерия у пациентов с сердечной недостаточностью.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОРВІТИНУ У ХВОРИХ ІЗ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЮ МІКСТ-ПАТОЛОГІЄЮ

Малкович Н.М., *Марунчик С.Л.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,

*Міська клінічна лікарня № 3 м. Чернівці, Україна

Загальноновизнаним є існування терміну „кардіореспіраторна система”. Виникнення та розвиток хронічних патологічних процесів у бронхолегеневій системі у переважній більшості випадків призводить до розвитку ефекту взаємообтяжування у пацієнтів з ураженнями міокарду. Це можна пояснити розвитком гіпоксичних змін, вивільненням та формуванням великої кількості активних форм кисню та його сполук, наростанням процесів перексидного окислення ліпідів та білків, перенавантаженням цілого ряду антиоксидантних систем організму. Тому застосування засобів, здатних стати резервом антиоксидантного захисту, є патофізіологічно виправданим у описаній клінічній ситуації.

Було проведено спостереження за 22 хворими на хронічне обструктивне захворювання легень та супутньою ішемічною хворобою серця віком від 45 до 75 років. Пацієнти були госпіталізовані через посилення задишки, кашлю, збільшення виділення мокротиння та її гнійності. Водночас у включених в дослідження осіб спостерігали появу серцебиття, ретростернальних больових епізодів під час фізичного навантаження. Спірографічно було діагностовано наявність синдрому значно вираженої генералізованої бронхіальної обструкції за бронхітичним та емфізематозним варіантами. Електрокардіографічно виявлено гіпоксичні та ішемічні зміни міокарду, у 5 хворих – наявність аритмій.

У комплексному лікуванні досліджуваних пацієнтів окрім лікувального комплексу, передбаченого Наказом МОЗ України № 128, нами був застосований препарат корвітин, що вводився кожного дня внутрішньовенно крапельно у добовому дозуванні 500 мг.

На 4-5 добу застосування корвітину у зазначеному дозуванні спостерігались зменшення інтенсивності суб'єктивної симптоматики: зменшились задишка, зникли больові відчуття в ділянці серця. ЕКГ-контроль проводився на 5 та 10 день від початку лікування, де визначали позитивну динаміку змін сегменту ST та зубця T. Слід зазначити, що у всіх пацієнтів вдалося досягти значної позитивної динаміки у лікуванні ХОЗЛ.

Флавоноїдні поліненасичені сполуки, що є активною речовиною застосованих препаратів, здатні чинити різноманітний позитивний вплив на системи організму в першу чергу за рахунок нормалізації функції ендотелію кровоносних судин, високу антиоксидантну активність та антигіпоксичну дію. Тому вони можуть бути застосованими у схемі комплексного лікування згаданої категорії хворих як на стаціонарному, так і на амбулаторно-поліклінічному етапах лікування.

ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИЯВЛЕННЯ ПРОБЛЕМ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Маркозова Л.М., Бараненко О.В.

ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”,
м. Харків

Застосування скринінгових опитувальників є найпростішим і достовірним способом початкової оцінки алкогольних проблем в Зкладах охорони здоров'я.

Метою дослідження було проведення аналізу найбільш поширених методик у світовій практиці та адаптація найбільш ефективних в вітчизняну медичну практику.

Метод: аналітичний.

Найпростішим методом початкової діагностики зловживання є тест CAGE (по заголовних буквах ключових слів питань тесту), що складається з 4-х питань, які лікар задає пацієнту в процесі звичайного збору даних і не виділяє особливим способом. Проблема вірогідна, якщо пацієнт відповідає «так» на два або три питання. Чотири відповіді «так» свідчать про високу вірогідність наявності у пацієнта залежності від алкоголю, що вимагає подальшої діагностики.

Іншими зручними й короткими (займають 1 хвилину) методиками для скринінгу зловживання є тести ШАСТ (Швидкий Алкогольний Скринінговий Тест), що складається з 4-х питань, і ПАТ (Паддінгтонський Алкогольний Тест), що складається з 3-х питань.

Тести, які можуть заповнюватися самим пацієнтом, більш популярні при скринінгу алкогольних проблем, що важливо при постійній зайнятості лікаря. Класичним є тест по виявленню розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT), розроблений в рамках мультицентрового сумісного проекту ВІЗ «Виявлення і ведення алкогольних проблем в загальній медичній практиці» в 1987 р. Цей опитувальник було розроблено спеціально для закладів медичної допомоги; він широко застосовується по всьому світу; відповідає критеріям МКХ-10. Якщо дослідження методом скринінгу дало позитивний результат або виявляються соматичні симптоми, ймовірно пов'язані з алкоголем, можна проводити подальшу діагностику за визначенням критеріїв алкогольної залежності.

Таким чином, для діагностики стану алкогольної залежності доцільно впровадження як тесту AUDIT, так і AUDIT-подібних тестів (І.В. Лінський, О.І. Мінко з співав., 2009) для оцінки аддиктивного статусу пацієнта.