

Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет  
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства

## **КОМОРБІДНІСТЬ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ АСПЕКТИ ТА СУЧАСНИЙ ПАЦІЄНТ**

*Матеріали науково-практичної конференції,  
що присвячена 80-річчю кафедри пропедевтики внутрішньої медицини №2  
та медсестринства ХНМУ  
(реєстраційне посвідчення № 574 від 19 вересня 2017 р. УкрІНТЕІ)  
(м. Харків, 27 вересня 2018 р.)*

**Харків  
ХНМУ  
2018**

УДК 616/618[062.552]

К63

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 9 від 20 вересня 2018 р.

**Редакційна колегія:**

Т.С. Оспанова (відп. ред.), Ж.Д. Семидоцька, О.В. Авдєєва, О.М. Піонова,  
Н.С. Трифонова

**К63** Коморбідність: міждисциплінарні аспекти та сучасний пацієнт: матеріали наук.-практ. конф., присв. 80-річчю кафедри пропедевтики внутріш. медицини № 2 та медсестринства ХНМУ / редкол.: Т.С. Оспанова та ін. (м. Харків, 27 вересня 2018 р.). – Харків : ХНМУ, 2018. – 84 с.

Представлено матеріали, в яких розглянуто міждисциплінарні аспекти коморбідної патології: патологоанатомічні особливості, патогенетичні механізми, клінічні прояви, особливості діагностики та фармакотерапії. Матеріали конференції призначені для фахівців різних медичних спеціальностей, що займаються теоретичними і практичними проблемами коморбідної патології, а також для студентів вищих медичних навчальних закладів.

УДК 616/618[062.552]

**Усі матеріали подаються в авторській редакції**

## ЗМІСТ

<i>Александрова Н.К., Ніколенко Є.Я., Летік І.В., Ларічева Л.В., Кандиба В.П.</i> <b>АЛКОГОЛЬНА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ПШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ</b> .....	7
<i>Амбросова Т.М., Ащеулова Т.В.</i> <b>СИНТРОПІЯ ДИСФУНКЦІЇ ВУГЛЕВОДІВ, ЛІПІДІВ, АДИПОКІНІВ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЖИРІННЯ</b> .....	7
<i>Ащеулова Т.В., Компанієць К.М., Гончарь О.В.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОМОРБІДНОГО СТАНУ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ</b> .....	10
<i>Ащеулова Т.В., Смирнова В.І., Демиденко Г.В.</i> <b>СТУПІНЬ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЮВИХ ЦИФР АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-го ТИПУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ</b> .....	11
<i>Бабичева О.О., Оспанова Т.С.</i> <b>АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТІОКТОВОЇ КИСЛОТИ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ</b> .....	11
<i>Беш О.М., Сорокопуд О.О., Слаба О.Р., Кондратюк М.О.</i> <b>ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ</b> .....	12
<i>Беляєва Л.В., Александрова Н.К., Вовк К.В., Кратенко Г.С., Ларічева Л.В.</i> <b>МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ПОЄДНАННІ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ 12-ПАЛОЇ КИШКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ</b> .....	14
<i>Бильченко О.С., Красовская Е.А., Веремеенко О.В.</i> <b>ЛЕКАРСТВЕННО ИНДУЦИРОВАННЫЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ</b> .....	15
<i>Бильченко О.С., Савоськина В.А., Красовская Е.А.</i> <b>САРКОИДОЗ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ</b> .....	16
<i>Богмат Л.Ф., Ніконова В.В., Шевченко Н.С., Бессонова І.М.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ</b> .....	17
<i>Борзенко А.Б.</i> <b>НА ШЛЯХУ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ</b> .....	18
<i>Borzenko A.B., Kostenko D.M.</i> <b>FERRYTIN: DIAGNOSTIC VALUE IN THE CLINIC OF INTERNAL DISEASES</b> .....	20
<i>Борзова-Коссе С.І., Борзова О.Ю., Кожин М.І., Єрмак О.С., Табаченко О.С.</i> <b>ПОКАЗНИКИ ТРОМБОСПОНДИНУ-2 У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST</b> .....	21
<i>Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Кожин М.І., Залюбовська О.І., Кравічко С.О.</i> <b>АНАЛІЗ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ</b> .....	22
<i>Букій С.М., Ольховська О.М.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ</b> .....	23
<i>Byazrova V.V., Steblina N.P., Arkhipkina O.L.</i> <b>TEACHING OF OCCUPATIONAL MEDICINE AS MEDICINE OF COMORBID STATE</b> .....	24

<i>Вовк К.В., Ніколенко Є.Я., Беляєва Л.В., Сокруто О.В., Кандиба В.П.</i> <b>НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ГІПЕРТОНІЧНОМУ КРИЗІ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ.....</b>	<b>25</b>
<i>Григорова І.А.</i> <b>КОМОРБІДНІСТЬ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ПОЛІНЕЙРОПАТІЯ У ОСІБ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ.....</b>	<b>26</b>
<i>Денисенко В.П., Топчій І.І., Кірієнко О.М.</i> <b>ЗМІНИ ПЕРЕКИСНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ.....</b>	<b>27</b>
<i>Єрмоменко Г.В., Оспанова Т.С., Бездітко Т.В., Хіміч Т.Ю.</i> <b>ЗАЛЕЖНІСТЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ОЖИРІННЯ .....</b>	<b>28</b>
<i>Журавльова Л.В., Шеховцова Ю.О.</i> <b>ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ ТИПУ 2.....</b>	<b>29</b>
<i>Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Кожин М.І., Титова А.Ю., Золотайкіна В.І.</i> <b>ПОРУШЕННЯ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ .....</b>	<b>30</b>
<i>Zaazerska N.V.</i> <b>DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND HEART FAILURE: DUAL NATURE OF THE RELATIONSHIP AND MEDICATION- RELATED BURDEN .....</b>	<b>31</b>
<i>Льченко І.А., Златкіна В.В., Немцова В.Д.</i> <b>ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГЕМАТОЛОГІЧНИХ І МЕТАБОЛІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ .....</b>	<b>33</b>
<i>Кандиба В.П., Ніколенко Є.Я., Летік І.В., Кратенко Г.С., Власенко О.О.</i> <b>ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....</b>	<b>34</b>
<i>Kapustnyk V.A., Arkhipkina O.L.</i> <b>VON WILLEBRAND'S FACTOR AS MARKER OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.....</b>	<b>35</b>
<i>Капустник В.А., Істоміна О.В.</i> <b>ВПЛИВ VIP НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ .....</b>	<b>36</b>
<i>Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В.</i> <b>ВЗАЄМОДІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....</b>	<b>37</b>
<i>Кисиленко Е.В.</i> <b>ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА ФОРМЫ ТЕЛА С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....</b>	<b>38</b>
<i>Кратенко Г.С., Мартиненко М.В., Ларічева Л.В., Сокруто О.В., Ніколенко Є.Я.</i> <b>ПИТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....</b>	<b>39</b>
<i>Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.</i> <b>АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ – КОМОРБІДНИЙ СТАН У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ .....</b>	<b>40</b>
<i>Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.</i> <b>ТРИГЕРНІ ФАКТОРИ В РОЗВИТКУ СПАЛАХІВ ПОДАГРИ .....</b>	<b>41</b>
<i>Лазарчук Т.Б.</i> <b>ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ .....</b>	<b>42</b>

<i>Ларічева Л.В., Сокруто О.В., Мартиненко М.В., Беляєва Л.В., Кандиба В.П.</i>	
<b>ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.....</b>	<b>44</b>
<i>Мартиненко М.В., Ніколенко Є.Я., Сокруто О.В., Вовк К.В., Летік І.В., Власенко О.О.</i>	
<b>МОДЕЛІ УРАЖЕННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА ЗА НАЯВНОСТІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ .....</b>	<b>45</b>
<i>Несен А.О., Чернишов В.А., Шкапо В.Л., Валентинова І.А.</i>	
<b>КОМОРБІДНІ ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ У ХВОРИХ СТАЦІОНАРУ.....</b>	<b>46</b>
<i>Nesen A.O., Shkapo V.L., Valentinova I.A.</i>	
<b>THE POSSIBILITIES OF PREDICTION AND PREVENTION OF COMORBIDITY OF CARDIOVASCULAR DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN POPULATION OF PERSONS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK.....</b>	<b>47</b>
<i>Oparin A.A., Oparin A.G., Yarantseva N.A., Khomenko L.A.</i>	
<b>THE COMBINED COURSE OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: SONOGRAPHIC PICTURE OF NECK VESSELS AND STRUCTURE OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS .....</b>	<b>48</b>
<i>Оспанова Т.С., Лесовой В.Н., Чернякова И.А., Заозерская Н.В., Котулевич Н.Я., Чернякова А.Е.</i>	
<b>КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....</b>	<b>49</b>
<i>Оспанова Т.С., Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Авдєєва О.В., Піонова О.М., Трифонова Н.С.</i>	
<b>КОМОРБІДНІСТЬ ЯК ФАКТОР КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....</b>	<b>51</b>
<i>Оспанова Т.С., Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Авдєєва О.В., Піонова О.М., Трифонова Н.С.</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ ХОЗЛ.....</b>	<b>53</b>
<i>Резніченко О.Г., Ніколенко Є.Я., Вовк К.В., Мартиненко М.В., Беляєва Л.В.</i>	
<b>ОПТИМІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ МЕДИЦИНИ ГРАНИЧНИХ СТАНІВ.....</b>	<b>54</b>
<i>Ромаш І.Б.</i>	
<b>ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРО-ЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ.....</b>	<b>56</b>
<i>Рябова О.О., Кащука В.Є.</i>	
<b>КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ.....</b>	<b>58</b>
<i>Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Неффа М.Ю.</i>	
<b>КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ.....</b>	<b>59</b>
<i>Сидорова Н.М., Галушка А.М.</i>	
<b>ОРГАНІЗАЦІЯ НАУКОВОЇ ТА НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОТРЕБ У МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ В ОСОБОВИЙ ПЕРІОД.....</b>	<b>61</b>
<i>Синельник В.П.</i>	
<b>КОМОРБІДНІ АСПЕКТИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ТА ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС .....</b>	<b>63</b>
<i>Слепченко М.Ю., Кузнецов С.В.</i>	
<b>КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОЇ РОТАВІРУСНОЇ ТА ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.....</b>	<b>65</b>
<i>Смирнов И.И., Ткачук Е.Ю.</i>	
<b>САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ .....</b>	<b>66</b>

<i>Смирнова В.І., Гончарь О.В.</i>	
<b>ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ .....</b>	<b>68</b>
<i>Сокруто О.В., Александрова Н.К., Вовк К.В., Мартиненко М.В., Беляева Л.В.</i>	
<b>ХВОРИ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ .....</b>	<b>68</b>
<i>Сорокина И.В., Мирошниченко М.С., Омельченко О.А., Иванова А.А.</i>	
<b>АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ В ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ .....</b>	<b>70</b>
<i>Топчий І.І., Якименко Ю.С., Гальчінська В.Ю., Семенових П.С., Щербань Т.Д.</i>	
<b>ЗМІНИ В СИСТЕМІ FGF23/ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВИЙ ОБМІН У ПРИДАБЕТИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ.....</b>	<b>71</b>
<i>Fadieienko G.D., Nesen A.O., Izmailova O.V.</i>	
<b>MECHANISMS OF COMORBIDITY FORMATION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND CORONARY HEART DISEASE .....</b>	<b>72</b>
<i>Химич Т.Ю.</i>	
<b>МИРОВОЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОМНЖЕКТОРА АДРЕНАЛИНА (ЭПИНЕФРИНА) В КАЧЕСТВЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКСИИ..</b>	<b>73</b>
<i>Khukhlina O.S., Antoniv A.A., Kotsiubiichuk Z.Ya.</i>	
<b>CLINICAL FEATURES OF THE COURSE NON-ALCOHOLIC STEATONEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE.....</b>	<b>74</b>
<i>Khukhlina O.S., Antoniv A.A., Kotsiubiichuk Z.Ya.</i>	
<b>THE PROGRESSION MECHANISMS OF NON-ALCOHOLIC STEATONEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE.....</b>	<b>75</b>
<i>Цико О.В.</i>	
<b>СКЛАДНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ.....</b>	<b>76</b>
<i>Чернацька О.М., Деміхова Н.В.</i>	
<b>ІМУНОЗАПАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ В ОСІБ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-го ТИПУ .....</b>	<b>77</b>
<i>Шапаренко О.В.</i>	
<b>ЗМІНИ ДІАСТОЛІЧНОГО ОБ'ЄМУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1 У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТОНІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ.....</b>	<b>78</b>
<i>Шапаренко О.В., Кравчун П.Г., Ковальова Ю.О., Титова А.Ю., Майорова М.В.</i>	
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТОНІЄЮ І ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1 .....</b>	<b>79</b>
<i>Шевченко О.С., Погорелова О.О.</i>	
<b>ЗАСТОСУВАННЯ КЕЙС-МЕТОДУ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ 6-го КУРСУ У РАМКАХ ЦИКЛУ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ ТА ФТИЗІАТРІЄЮ».....</b>	<b>80</b>
<i>Шевченко О.С., Погорелова О.О.</i>	
<b>ПОРІВНЯННЯ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕТУБЕРКУЛЬОЗНИХ МІКОБАКТЕРІОЗІВ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ .....</b>	<b>81</b>
<i>Щербань Т.Д., Топчий І.І., Гальчінська В.Ю., Семенових П.С.</i>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭПЛЕРЕНОНА.....</b>	<b>82</b>

# АЛКОГОЛЬНА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

*Александрова Н.К.<sup>1</sup>, Ніколенко Є.Я.<sup>1</sup>, Летік І.В.<sup>1,2</sup>, Ларічева Л.В.<sup>1</sup>, Кандиба В.П.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** Дослідження можливостей фармакотерапії алкогольної хвороби печінки (АХП) на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) в практиці сімейного лікаря.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 49 хворих (чоловіків – 37, жінок – 12 віком від 41 до 52 років) з АХП на стадії алкогольного гепатиту різного ступеня активності на тлі ІХС, стабільна стенокардія віком від 41 до 52 років (чоловіків – 37, жінок – 12) з тривалістю захворювання на АХП – від 3 до 11, на ІХС – від 2 до 9 років. Контрольна група – 10 хворих з ІХС без ознак АХП. Діагнози АХП та ІХС 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. До лікування згідно загальноприйнятими стандартами терапії включали в схему препарат Гепафорте (група фосфоліпідів (ФЛ) в поєднанні з вітамінами) по 2 капсули (600 мг) 3 рази на добу під час їжі, курс лікування – 8–10 тижнів.

**Результати дослідження.** В результаті терапії знизилися рівні АлАТ, АсАТ ( $p < 0,05$ ), що підтверджує мембраностабілізуючий вплив препарату, а також рівні ХС, ТГ, ХСЛПНЩ, підвищився рівень ХСЛПВЩ ( $p < 0,05$ ). УЗД печінки виявило збільшення розмірів органа, гіперехогенність та неоднорідність структури. УЗД серця - тенденцію до збільшення обсягу лівого шлуночка, ударного об'єму, кінцевого систолічного та діастолічного розмірів та зниження фракції викиду.

**Висновки.** Використання фосфоліпідів у хворих з алкогольною жирковою хворобою печінки на тлі ішемічної хвороби серця сприяє нормалізації функціонального стану печінки. Позитивний вплив препарату групи фосфоліпідів на стан ліпідного спектру крові, відсутність побічної дії, гарна переносимість дозволяє використовувати його для вторинної профілактики атеросклерозу у хворих з поєднаною патологією (алкогольною жирковою хворобою печінки та ішемічною хворобою серця) в практиці сімейного лікаря.

## СИНТРОПІЯ ДИСФУНКЦІЇ ВУГЛЕВОДІВ, ЛІПІДІВ, АДИПОКІНІВ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЖИРІННЯ

*Амбросова Т.М., Ащеулова Т.В.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** Оцінка залежності порушень метаболізму ліпідів та вуглеводів з активністю адипокінів у хворих на артеріальну гіпертензію залежно від індексу маси тіла

**Матеріали та методи дослідження.** Для встановлення змін вуглеводного та ліпідного профілів залежно від ступеня ожиріння (Ож), ми поділи всіх пацієнтів

з артеріальною гіпертензією (АГ) ( $n=157$ ) на 5 груп – першу склали 22 пацієнта з нормальною масою тіла (індекс маси тіла (ІМТ)  $<25$  кг/м<sup>2</sup>), другу – 35 хворих з надмірною масою тіла (ІМТ  $25 - 29,9$  кг/м<sup>2</sup>), третю – 50 хворих з Ож<sub>1ст.</sub> (ІМТ  $30 - 34,9$  кг/м<sup>2</sup>), четверту – 28 пацієнтів з Ож<sub>2ст.</sub> (ІМТ  $35 - 39,9$  кг/м<sup>2</sup>), п'яту – 22 пацієнти з Ож<sub>3ст.</sub> (ІМТ  $>40$  кг/м<sup>2</sup>).

**Результати дослідження.** Виявлено тенденцію погіршення показників вуглеводного та ліпідного обмінів паралельно до зростання маси тіла обстежених осіб. Найбільш достовірні відмінності спостерігалися при оцінці вуглеводного спектра по мірі зростання ІМТ. Концентрації інсуліну стійко підвищувались ( $p < 0,05$  в усіх випадках), але у пацієнтів з Ож<sub>3ст.</sub> дещо знижувались, однак достовірно відрізнялися від групи з нормальною масою тіла ( $p < 0,05$ ). Показники глікозильованого гемоглобіну також мали достовірне підвищення залежно від зростання ІМТ ( $p < 0,05$  в усіх випадках). Рівень глюкози натще характеризувався аналогічною тенденцією до зростання, з найвищими показниками в групі з Ож<sub>3ст.</sub> ( $p < 0,05$  в усіх випадках). Індекс ІР-НОМА також мав подібні тенденції до зростання, але разом з тим в групі з нормальною масою тіла НОМА був значно вище за нормальні показники.

При оцінці показників ліпідного обміну нами не було виявлено достовірних відмінностей, що можна пояснити досить значними віковими особливостями, бо відомо, що з віком порушення ліпідного профілю у пацієнтів похилого віку менше виражені, ніж у молодших пацієнтів. На відміну від ліпопротеїнів, що входять до рутинного аналізу, при оцінці апоВ виявлені достовірно значущі відмінності, що характеризувалися зростанням по мірі збільшення ІМТ, з деяким зниженням у пацієнтів з Ож<sub>3ст.</sub> ( $p < 0,05$  в усіх випадках). Отримані нами результати узгоджуються з існуючими, які демонструють, що прогностичне значення рівнів проатерогенного апоВ і антиатерогенного апоА1 та їх співвідношення (апоВ/апоА1) є більш вагомими в прогнозуванні основних атеросклеротичних подій, ніж визначення ліпідів.

При оцінці активності адипокінів спостерігалась тенденція до підвищення активності фактора некрозу пухлин (ФНО- $\alpha$ ) та інтерлейкіну (ІЛ-6) залежно від показників ІМТ, що підтверджує гіпотезу про роль чинників жирової тканини у формуванні ІР, асоційованої з надмірною масою тіла. Так доведено, що у пацієнтів з Ож синтезуються значно більше ФНП- $\alpha$  порівняно з пацієнтами, що мають нормальну масу тіла, а при зниженні маси тіла навпаки фіксується зниження сироваткових концентрації ФНП- $\alpha$ . По відношенню до активності ФНП- $\alpha$  з'ясовано, що експресія гену ФНП чітко взаємопов'язана з антропометричними даними (ІМТ, окружністю талії, індексом співвідношення талія/стегна) та показано підвищення експресії і секреції ФНП- $\alpha$  абдомінальною жировою тканиною у пацієнтів з Ож.

Для виявлення кореляційних зв'язків у групі пацієнтів із підвищеним ІМТ (2–5-ї групи) ми провели аналіз кореляційних матриць. У пацієнтів 2-ї групи (ІМТ  $27,62 \pm 0,23$  кг/м<sup>2</sup>,  $n=35$ ) з надмірною масою тіла антропометричні показники найчастіше корелювали з показниками вуглеводного обміну, а саме ОТ з інсуліном ( $r=0,92$ ,  $p < 0,05$ ), глюкозою ( $r=0,90$ ,  $p < 0,05$ ), НОМА ( $r=0,93$ ,  $p < 0,05$ ), індекс Т/С



з інсуліном ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ), НвА1с ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ), глюкозою ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ), НОМА ( $r=0,98$ ,  $p<0,05$ ). При оцінці ліпідного обміну найчастіше зустрічались кореляції між концентрацією апоВ та антропометричними показниками, показниками вуглеводного обміну. Так, рівень апоВ позитивно корелював з ОТ ( $r=0,91$ ,  $p<0,05$ ), індекс Т/С ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ), інсуліном ( $r=0,97$ ,  $p<0,05$ ), глюкозою ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ), НвА1с ( $r=0,95$ ,  $p<0,05$ ), НОМА ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ). При оцінці активності адипокінів найчастіше зустрічались достовірні кореляції ФНП- $\alpha$  з показниками інсулінового обміну, а саме з інсуліном ( $r=0,94$ ,  $p<0,05$ ), НОМА ( $r=0,89$ ,  $p<0,05$ ), НвА1с ( $r=0,93$ ,  $p<0,05$ ). Виявлено також кореляційний зв'язок ФНП- $\alpha$  з апоВ ( $r=0,89$ ,  $p<0,05$ ).

У 3-й групі гіпертензивних пацієнтів з Ож<sub>1ст.</sub> (ІМТ  $32,24\pm 0,19$  кг/м<sup>2</sup>,  $n=50$ ) найчастіше позитивні кореляційні зв'язки з високим коефіцієнтом кореляції зустрічались між різними класами ліпопротеїнів, тобто у даній категорії пацієнтів на відміну від групи з надмірною масою тіла значно порушувався ліпідний обмін. Так, ЗХ корелював з ХСЛПНЩ ( $r=0,90$ ,  $p<0,05$ ) та КА ( $r=0,59$ ,  $p<0,05$ ), ХСЛПНЩ з КА ( $r=0,75$ ,  $p<0,05$ ), ХСЛПДНЩ з ТГ ( $r=0,90$ ,  $p<0,05$ ). В даній групі апоВ змінювався відповідно до концентрації інсуліну ( $r=0,84$ ,  $p<0,05$ ) та індексу НОМА ( $r=0,79$ ,  $p<0,05$ ). Порівняно з пацієнтами 2-ї групи дещо знизився коефіцієнт кореляції між апоВ та ФНП- $\alpha$  (0,89 та 0,77 відповідно).

У 4-й групі пацієнтів з Ож<sub>2ст.</sub> (ІМТ  $36,77\pm 0,27$  кг/м<sup>2</sup>,  $n=28$ ) також спостерігалися позитивні кореляції між показниками ліпідного профілю, але на відміну від 2-ї групи кореляційні зв'язки зустрічались частіше, майже між всіма показниками ліпідного спектра. Так, ЗХ позитивно корелював з ХСЛПНЩ ( $r=0,91$ ,  $p<0,05$ ), ТГ ( $r=0,67$ ,  $p<0,05$ ), ХСЛПДНЩ ( $r=0,64$ ,  $p<0,05$ ); ХСЛПНЩ з ТГ ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ), ХСЛПНЩ з КА ( $r=0,82$ ,  $p<0,05$ ), ХСЛПВЩ з НОМА ( $r=0,60$ ,  $p<0,05$ ). АпоВ корелював із показниками вуглеводного обміну – НОМА ( $r=0,86$ ,  $p<0,05$ ), інсуліном ( $r=0,74$ ,  $p<0,05$ ), глюкозою ( $r=0,73$ ,  $p<0,05$ ), НвА1с ( $r=0,71$ ,  $p<0,05$ ). Позитивний кореляційний зв'язок між апоВ та ФНП- $\alpha$  також зберігався і в даній групі ( $r=0,81$ ,  $p<0,05$ ). Також слід зазначити, що у пацієнтів 3-ї групи виявлено позитивний з середнім коефіцієнтом кореляції зв'язок між адипокінами – ФНП- $\alpha$  і ІЛ-6 ( $r=0,56$ ,  $p<0,05$ ).

У 5-й групі з Ож<sub>3ст.</sub> (ІМТ  $43,14\pm 0,68$  кг/м<sup>2</sup>,  $n=22$ ) також продовжувалися спостерігатися кореляційні зв'язки, що стосувалися переважно атерогенних ліпідів, але ступінь кореляції порівняно з 4-ю групою була значно вищою. Так, виявлені кореляції між ХСЛПДНЩ та ТГ ( $r=1,0$ ,  $p<0,05$ ), ХСЛПДНЩ та КА ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ), ХСЛПДНЩ та ФНП- $\alpha$  ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ); ЗХ був пов'язаний з ХСЛПНЩ ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ), глюкозою ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ); збільшення КА було пов'язано з рівнем ФНП- $\alpha$  ( $r=1,0$ ,  $p<0,05$ ) та ТГ ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ). АпоВ корелював з ІЛ-6 ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ). ФНП- $\alpha$  з ТГ ( $r=0,99$ ,  $p<0,05$ ).

**Висновки.** В нашому дослідженні найбільш інформативним показником порушень ліпідного спектра у гіпертензивних пацієнтів виявився апоВ, який був тісно взаємопов'язаний з активністю адипокінів. Так, у осіб із надлишковою масою апоВ корелював з ФНП- $\alpha$ , в групі Ож<sub>1ст.</sub> цей зв'язок продовжував спостері-

гатися, але дещо знизився коефіцієнт кореляції. В групі з Ож<sub>2ст.</sub> також спостерігався даний зв'язок із незначним зростанням рівня кореляції, а в групі з Ож<sub>3ст.</sub> апоВ нами виявлено позитивний зв'язок апоВ з ІЛ-6. Аналізуючи активність адипоцитокінів зі збільшенням ІМТ та метаболічними порушеннями у хворих на АГ, слід зазначити, що ФНП-α є раннім медіатором імунозапалення та на початкових стадіях формування Ож пов'язаний з вуглеводним обміном, у подальшому по мірі зростання маси тіла активність ФНП-α пов'язана з порушеннями ліпідного обміну, а ІЛ-6 долучається до патологічних каскадів у кінцевих стадіях запальної реакції, і тому його вивільнення відбувається дещо пізніше за інші цитокіни.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ КОМОРБІДНОГО СТАНУ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

*Ащеулова Т.В., Компанієць К.М., Гончарь О.В.*

Харківській національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** На базі Центру діагностики та лікування артеріальної гіпертензії (що базується на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини № 1, ОББ; КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 13») нами проводиться детальна клініко-діагностична та лікувальна робота з хворими на гіпертонічну хворобу.

**Матеріали та методи дослідження.** У ході обстеження хворих на гіпертонічну хворобу молодого віку нашу увагу звернуло поєднання хвороби з клініко-лабораторними ознаками хронічного некалькульозного холецистититу (ХНХ).

**Результати дослідження.** У хворих молодого віку з ГХ в поєднанні з ХНХ одним із проявів клінічного перебігу була наявність астеноневротичного синдрому (загальна слабкість – 84,1 %, головний біль – 90,5 %, запаморочення – 43,9 %, зниження працездатності – 75,4 %, підвищена сонливість удень або безсоння вночі – 58,2 %, значна емоційна лабільність – 68,9 %, гіпер- та дизгідроз – 72,3 %). Серед факторів ризику коморбідної патології виявлені стресові фактори частіше у жінок (76,6 %), спадкова схильність (58,1 %), паління (23,8 %), гіподинамія (41,9 %), надлишкова маса тіла (удвічі частіше у жінок, які вели малорухливий спосіб життя – 18,1 %).

У обстежених хворих мали місце типові для ГХ скарги: шум у голові і вухах; у 24 % – кардіалгія у 15,9 % – порушення серцевого ритму, у 22 % – кризовий перебіг ГХ. При об'єктивному обстеженні визначалися підвищення ЧСС (66,7 %), акцент ІІ тону над аортою (18,6 %), розширення меж відносної серцевої тупості вліво (69,6 %), гіпертонічна ангіопатія судин очного дна (симптом Салюс–Гунна І–ІІ).

**Висновки.** В обстежених хворих молодого віку на ХНХ в поєднанні з ГХ частіше (60%) зустрічався гіпертонічно-гіперкінетичний варіант дискінезії жовчного міхура, а також спостерігалися помірні зміни функціональних проб печінки – підвищення рівня прямого білірубіну ( $5,5 \pm 0,8$  мкмоль/л), активності сироваткових амінотрансфераз (АлАт –  $78,3 \pm 2,1$  од/л; АсАТ –  $67,9 \pm 2,6$  од/л).

В подальшому ми плануємо провести аналіз клініко-діагностичних, лабораторних та інструментальних показників на фоні лікування з використанням сучасних препаратів кардіо- та гепатопротекторної дії.

# СТУПІНЬ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВИХ ЦИФР АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-го ТИПУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

*Ащеулова Т.В., Смирнова В.І., Демиденко Г.В.*

Харківській національній медичній університет, м. Харків

**Актуальність.** Сучасний підхід у лікуванні гіпертонічної хвороби (ГХ) на-самперед полягає в усуненні ризику розвитку кардіоваскулярних ускладнень. Зниження артеріального тиску (АТ) асоціюється зі зниженням кардіоваскулярного ризику. Тому першочерговим завданням є досягнення цільових цифр артеріального тиску. Цей показник може бути також маркером ефективності застосування антигіпертензивної терапії.

**Мета роботи.** Оцінити ступінь досягнення цільових значень АТ у пацієнтів з ГХ, що поєднана з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу на фоні антигіпертензивної та цукрознижуючої терапії в амбулаторних умовах.

**Матеріали та методи дослідження.** Був проведений ретроспективний аналіз амбулаторних карток пацієнтів на базі консультативної поліклініки. У вибірку було включено 144 пацієнти, що відповідали критеріям включення. Вимірювання АТ проводилось стандартно за методом Короткова.

**Результати дослідження.** У дослідження увійшли 50 чоловіків та 94 жінки, середній вік  $59,8 \pm 7,8$  років. Тривалість захворювання ГХ –  $10 \pm 2,7$  років, ЦД 2-го типу –  $4 \pm 1,5$  роки. Всі пацієнти отримували терапію одним або кількома антигіпертензивними препаратами різних класів. Група пацієнтів була проаналізована за критерієм досягнення цільових рівнів АТ відповідно до національних та міжнародних рекомендацій. Медіана АТ в групі склала 152/84 мм рт. ст., рівень АТ  $\geq 130/80$  мм рт. ст., було зафіксовано у 25,3 % пацієнтів, у 61,4 % пацієнтів зареєстровано АТ  $\geq 140/90$  мм рт. ст., а у 13,3 % АТ  $\geq 180/100$  мм рт. ст. відповідно.

**Висновки.** 25,3% пацієнтів з ГХ, що ускладнена ЦД 2-го типу, досягли цільових рівнів АТ, але слід внести корективи в схему терапії та підвищити ефективність лікування в основній групі пацієнтів.

## АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТІОКТОВОЇ КИСЛОТИ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ

*Бабичева О.О., Оспанова Т.С.*

Харківський національній медичній університет, м. Харків

**Мета роботи.** Провести аналіз ефективності використання тіоктової кислоти у складі комплексної терапії у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) та цукровий діабет 2-го типу (ЦД).

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 40 хворих на НАЖХП та ЦД 2-го типу віком від 19 до 74 років, серед яких 22 (55 %) чоловіки та 18 (45 %) жінки. Пацієнти були розділені на 2 підгрупи по 20 осіб залежно від схеми ліку-

вання. Контрольну групу складала 10 практично здорових осіб. Всім хворим призначалася комплексна терапія. Хворі 2-ї підгрупи додатково отримували тіоктову кислоту по 600 мг на добу в/в краплинно протягом 20 днів. Дослідження включали визначення показників вуглеводного та білкового обмінів. Рівень глюкози в сироватці крові натще (ГКН) визначали глюкозооксидантним методом Хагедорна–Йенсона. Глікозильований гемоглобін (HbA1c) визначали за допомогою набору „Діабет–тест”, концентрації імунореактивного інсуліну з використанням набору реактивів Інституту біоорганічної хімії Національної академії наук Білорусії (Мінськ) – ріо–ИНС–ПГ–125J, для визначення чутливості тканин до інсуліну застосовували показник НОМА–IR. Загальний рівень білка у сироватці крові визначали колориметричним біуретовим методом, дослідження білкових фракцій методом фракціонування. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини проводилося за допомогою апарату «Simens S-450» (Німеччина) з лінійним датчиком.

**Результати дослідження.** Застосування комплексної терапії з додаванням тіоктової кислоти у 2-ї підгрупи хворих на НАЖХП та ЦД 2-го типу в динаміці лікування сприяло поліпшенню клінічних, біохімічних, ехоскопічних показників. Зареєстрована позитивна динаміка нормалізації показників вуглеводного і білкового обмінів. Відзначено достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження показників ГКН ( $6,7 \pm 0,12$  ммоль/л), HbA1c ( $6,7 \pm 0,12$  %), індексу НОМА ( $20,9 \pm 0,23$ ), вірогідне ( $p < 0,05$ ) зростання рівня інсуліну ( $77,0 \pm 0,78$  нмоль/л), достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження  $\alpha 1$ -глобулінів ( $8,27 \pm 0,18$  %),  $\alpha 2$ -глобулінів ( $9,0 \pm 0,28$  %),  $\beta$ -глобулінів ( $11,53 \pm 0,23$  %),  $\gamma$ -глобулінів ( $17,4 \pm 0,17$  %), тимолової проби ( $4,1 \pm 0,12$  од), та вірогідне ( $p < 0,05$ ) збільшення рівня загального білка ( $63,0 \pm 0,33$  г/л), альбумінів ( $53,8 \pm 0,68$  %), С-пептиду ( $0,82 \pm 0,01$  нмоль/л), коефіцієнта А/Г ( $1,16 \pm 0,03$ ) в сироватці крові.

**Висновки.** Наведені результати свідчать, що додавання в комплексну терапію тіоктової кислоти у хворих на НАЖХП та ЦД 2-го типу сприяло поліпшенню функціонального стану печінки, нормалізації метаболічних порушень, компенсації вуглеводного обміну.

## **ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Беш О.М., Сорокопуд О.О., Слаба О.Р., Кондратюк М.О.*

Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького, м. Львів

**Мета роботи.** Бронхіальна астма (БА) на сьогодні є важливою медичною, соціальною та економічною проблемою, оскільки призводить до втрати працездатності та зниження якості життя (ЯЖ) пацієнтів. Існує велика кількість препаратів для лікування та досягнення контролю за перебігом цієї хвороби. Однак більшість наших пацієнтів мають декілька хронічних захворювань одночасно, котрі погіршують перебіг один одного. Для досягнення контролю БА у пацієнтів

із супутньою патологією потрібне комплексне лікування. Через самолікування, використання препаратів без врахування їх побічних ефектів пацієнтів, ліки часто тільки погіршують перебіг БА або не досягають достатнього клінічного ефекту.

**Матеріали та методи дослідження.** У наше дослідження увійшло 60 пацієнтів з персистою легкою та середньої важкості БА віком від 18 до 50 років. В основну групу (ОГ) увійшло 30 пацієнтів, які окрім БА мали супутнє захворювання (артеріальна гіпертензія (23,3 %), захворювання щитовидної залози (10 %), гастрит або виразка шлунка (16,7 %), алергічний риніт (33,3 %), хронічний холецистит (16,7 %), ожиріння (20 %)). У групу порівняння (ГП) були включені 30 пацієнтів з бронхіальною астмою без супутньої патології. Показники середнього віку в групах суттєво не відрізнялися ОГ (37,3±1,9) років, а в ГП – (32,1±1,3). У пацієнтів обох груп в анамнезі були алергічні реакції на ліки у вигляді кропив'янок чи набряку Квінке, алергічні риніти, шкірні прояви харчової алергії.

У 3 пацієнтів із артеріальною гіпертензією не було повного контролю над симптомами астми через прийом β-блокаторів. Четверо хворих – не приймали постійно ніяких препаратів, при підвищенні артеріального тиску використовували інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, сечогінні, що також не сприяло досягненню контролю БА. Хворі з гастритом та виразкою відзначали збільшення частоти нападів астми під час загострення супутньої патології. Пацієнтам з гіпертиреозом та ожирінням важко було контролювати симптоми БА.

**Результати дослідження.** Усім пацієнтам було проведено загальні клінічні обстеження, спірометрію, визначення рівня загального IgE, скарифікаційні проби, астма контроль тест (АКТ) та визначення якості життя (AQLQ). За потреби було проведено УЗД обстеження внутрішніх органів, визначення рівня гормонів щитоподібної залози, фіброгастроудоденоскопію, добовий моніторинг артеріального тиску. Спостереження за пацієнтами проводилось впродовж одного року.

На початку дослідження середні показники ОФВ<sub>1</sub> у пацієнтів основної групи були достовірно нижчі, ніж у пацієнтів ГП (58,4±0,7 проти 67,5±0,5; p<0,05). Результати АКТ на початку дослідження практично не відрізнялись в обох групах (14,8±0,4 в ОГ проти 15,3±0,2 у ГП; p>0,05). Згідно з результатами опитувальника AQLQ, на момент включення у дослідження якості життя пацієнтів обох груп була низькою, але достовірно нижчі результати були у пацієнтів основної групи (3,7±0,2 проти 3,2±0,3; p<0,05).

Пацієнтам обох груп було підібране медикаментозне лікування БА залежно від ступеня важкості (будесонід/формотерол 160/4,5 мкг, сальметерол/флютиказону пропіонат 50/250 мкг), у разі потреби β<sub>2</sub>-агоністи короткої дії (сальбутамол 100–200 мкг). Додатково ОГ отримувала також немедикаментозне (дієтичне харчування, рекомендації щодо зменшення маси тіла, санаторно-курортне лікування) та, при потребі, медикаментозне лікування супутньої патології.

Через 12 міс спостереження в обох групах достовірно покращились основні показники: спірометрії (ОФВ<sub>1</sub> в ОГ зріс до 83,1±0,4 %, у ГП до 85,3±0,3 %; p<0,05), АКТ (19,7±0,2 бала проти 20,1±0,4 бала; p<0,05), AQLQ (5,1±0,2 бала проти 5,3±0,1 бала; p<0,05).

**Висновки.** При лікування пацієнтів з БА слід обов'язково враховувати наявні супутні захворювання, які погіршують перебіг основної хвороби, впливають на якість життя пацієнтів. Важливе значення має ретельне обстеження пацієнта, призначення оптимального лікування основної та супутньої хвороби, що в свою чергу призводить до покращення якості життя та дозволяє досягти контролю над симптомами БА.

## **МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ПОЄДНАННІ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ 12-ПАЛОЇ КИШКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*Беляєва Л.В., Александрова Н.К., Вовк К.В., Кратенко Г.С., Ларічева Л.В.*  
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

Ревматоїдний артрит (РА) – розповсюджена форма запального захворювання суглобів, що уражає біля 1 % населення планети. При поєднанні РА з іншою патологією ускладнюється лікування обох захворювань. Основне місце в лікуванні РА займають нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), які мають побічні ефекти, зокрема гастроінтестинальні ускладнення (ГІУ). Суттєве зниження частоти розвитку ГІУ обумовлює використання селективних інгібіторів ЦОГ-2. В Україні захворюваність на виразкову хворобу 12-палої кишки (ВХДПК) в останні роки зростає більш ніж на 40 %, а кількість її ускладнень – майже вдвічі. Тому вибір раціональної терапії цієї поєднаної патології є досить складною сучасною медичною проблемою.

**Мета роботи.** Визначення ефективності та безпеки селективного інгібітору ЦОГ-2 мелоксикаму при лікуванні хворих на РА в поєднанні з ВХДПК.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 43 хворих на РА в поєднанні з ВХДПК у віці 19–62 роки ( $42,4 \pm 1,18$ ) з тривалістю захворювання від 1 до 30, в середньому –  $8,36 \pm 0,79$  років. Діагноз РА встановлювали відповідно до критеріїв Американської ревматологічної асоціації (ACR). Усі хворі мали суглобову форму захворювання з запальним процесом різного ступеня активності. У всіх хворих ВХДПК була в стадії ремісії. Кислотоутворюючу та олузнювальну функції шлунку оцінювали за даними внутрішньошлункової рН-метрії.

**Результати дослідження.** Хворим була призначена базисна терапія РА, в якості НПЗЗ використовувався мелоксикам – селективний інгібітор ЦОГ-2, який не впливає на активність ЦОГ-1, тобто знижує частота ГІУ. Тому цей засіб обрали для лікування хворих із поєднаною патологією – РА та ВХДПК. Дози препарату залежали від ступеня активності і склали від 4,5 мг до 6,0 мг на добу (в поєднанні з короткими курсами кортикостероїдів при III ст. акт.). Для ерадикації *H. pylori* (14 хворих) призначали потрійну схему (кларитроміцин, амоксицилін та омепразол). У хворих без наявності *H. pylori* (29 осіб) призначали омез в дозі 20 мг на добу. Всі дослідження проводились на початку та в кінці курсу терапії. У обстежених хворих стан секреторної функції шлунка на початку лікування був розцінений як гіперацидний, а олузнювальна функція шлунка як субкомпенсована. Достовірний позитивний ефект лікування спостерігався вже на 2–7-й день терапії залежно від стадії захворювання. Загострення ВХДПК за даними ФГДС не спостерігалось.

**Висновки.** Використання мелоксикаму в терапії хворих на ревматоїдний артрит в поєднанні з виразковою хворобою 12-палої кишки (при ревматоїдному артриті I ст. акт. в дозі 4,5 мг; II та III ст. – до 7,5 мг) та омезу (20–40 мг) сприяє зменшенню клініко-біохімічних проявів захворювання, відновленню кислотно-лужного балансу шлунка та профілактиці загострення виразкової хвороби 12-палої кишки. Схему терапії можна використовувати як в стаціонарі, так і в амбулаторних умовах в практиці сімейного лікаря.

## ЛЕКАРСТВЕННО ИНДУЦИРОВАННЫЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ

*Бильченко О.С., Красовская Е.А., Веремеенко О.В.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

**Цель работы.** Диагностика поражения легких, вызванная приемом лекарственных средств (ЛС), представляет большие сложности из-за отсутствия характерных клинических и морфологических проявлений. Как правило, диагноз: лекарственно индуцированное интерстициальное поражение легких (ЛИИПЛ) устанавливается методом исключения. Клинические, рентгенологические и гистологические изменения могут быть проявлениями большого числа различных заболеваний. Поэтому следует исключить, прежде всего, другие вероятные причины интерстициальной болезни легких.

**Материалы и методы исследования.** Мы наблюдали 4 больных амиодароновым легким, которые принимали 200 мг амиодарона от 6 мес до 2 лет. У больных появилась одышка, ЧДД 26 в минуту, ЧСС 90 в минуту, выраженные рестриктивные нарушения, при КТ ОГК выявлено усиление и деформация, мелкоячеистость легочного рисунка с очаговыми тенями в нижних долях с обеих сторон и снижением пневматизации легочной ткани в виде «матового стекла». У одного больного кожа лица и шеи приобрела голубой оттенок. У больных было констатировано амиодароновое легкое, так как имелась четкая связь появления симптомов ЛИИПЛ с приемом амиодарона. А также диагноз был подтвержден данными КТ ОГК.

**Результаты исследования.** Больным был отменен амиодарон. У двух больных после отмены препарата спустя 6 мес состояние улучшилось, на КТ ОГК отмечена выраженная положительная динамика. Голубой цвет лица и шеи у больного остался. Информация о состоянии остальных двух больных отсутствует. Кроме того, ЛИИПЛ диагностированы у 6 больных, которым было сделано КТ ОГК в связи с предполагаемым диагнозом: у 2 больных – застойная пневмония, у двух – лихорадка неясного генеза, у двух – с синдромом средней доли. Все больные принимали не менее 3 нед антибиотики. У больных на рентгенограмме обнаружены изменения, характерные для интерстициального поражения легких – многофокусная инфильтрация легочной ткани, усиление, деформация мелкоячеистая перестройка легочного рисунка с полиморфными очагоподобными тенями с обеих сторон со снижением пневматизации легочной ткани в виде «матового стекла».

**Выводы.** Таким образом, ЛИИПЛ зачастую не диагностируется врачами в связи с отсутствием характерных клинических проявлений, а также в связи с тем, что субклинические и рентгенологические формы ЛИИПЛ не выявляются.

## **САРКОИДОЗ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ**

*Бильченко О.С.<sup>1</sup>, Савоськина В.А.<sup>2</sup>, Красовская Е.А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Саркоидоз относится к мультисистемным гранулематозным заболеваниям неизвестной этиологии. Гранулематозное воспаление обусловлено иммунным ответом. Основу иммунопатогенеза саркоидоза легких составляет реакция гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ). Распространена гипотеза о полиэтиологической природе заболевания, но наиболее вероятной причиной является инфекция. Чаще всего заболевание проявляется поражением органов грудной клетки. При этом в 15–50 % случаев у больных поражается кожа. Внешние проявления саркоидоза кожи многообразны. Клинические проявления саркоидоза органов грудной клетки полиморфны.

Выделяют специфические и неспецифические формы саркоидоза кожи. К специфическим относят: мелкоузелковый саркоид; Диффузно-инфильтративный саркоид; ознобленная волчанка Бенъе–Теннисона; Ангиолюпомы; язвенный саркоид; Рубцовый саркоид.

К неспецифическим поражениям относят узловатую эритему (подкожный саркоид Дерье–Русси), сопровождающуюся лихорадкой и артралгиями. Выделяют следующие клинические формы:

- *Синдром Лефгрена:* двустороннее увеличение прикорневых лимфоузлов, узловатая эритема и артрит. Первым клиническим проявлением часто бывает узловатая эритема. Как правило, регрессирует спонтанно.

- *Синдром Хеерфордта:* лихорадка, увеличение околоушных желез, иридоциклит и поражение лицевого нерва.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 12 больных саркоидозом с поражением органов грудной клетки и кожи. Все больные первично обратились к дерматологу или косметологу по поводу поражения кожи. В результате дерматоскопии и гистологических исследований у четырех больных была диагностирована узловатая эритема; у одного больного – ознобленная волчанка Бенъе–Теннисона, у трех – синдром Лефгрена, у трех – мелкоочаговый саркоидоз рубцов, у одного – синдром Хеерфордта.

**Результаты исследования.** При рентгенологическом исследовании всех было обнаружено двухстороннее увеличение бронхопульмональных лимфоузлов без диссеминации. Больные были направлены к пульмонологу. Продолжительность заболевания составляла от одного месяца до двух лет. Острое начало отмечено у 3 больных с синдромом Лефгрена (узловатая эритема, боль, припухлость



голеностопних суставов, повышение температуры тела, симптом интоксикации). У 30 % больных заболевание протекало бессимптомно. У остальных начало заболевания было постепенным. Самая частая и единственная жалоба – умеренная одышка. Всем больным была сделана компьютерная томография органов грудной клетки. По результатам обследования, было выявлено увеличение паратрахеальных, парааортальных и бифуркационных лимфоузлов. У одной пациентки, кроме того, было обнаружено поражение внутрибрюшных лимфоузлов. При определении реакция Манту с 2 ТЕ была отрицательная. Все больные были ВИЧ-негативные, ИФА на сифилис – отрицательный. При обследовании на внутриклеточную инфекцию, а также вирус простого герпеса 1, 2 обнаружены IgG у 5 больных. При исследовании крови у четырех больных была обнаружена лимфопения, у всех больных отмечено увеличение СОЭ до 30 мм в час. Содержание Са в крови превышало  $2,55 \pm 0,26$  ммоль/л. У всех пациентов исследовали уровень IgG к цитомегаловирусу, вирусу Эпштейн–Барр, вирусу простого герпеса тип 1, 2. У шестерых пациентов (60 %) отмечено повышение титра указанных антител до  $15,8 \pm 5,9$ , что указывает на хроническое носительство герпетической инфекции.

**Выводы.** Диагностика саркоидоза сложна, так как поражения органов грудной клетки не имеют специфических симптомов и часто рассматриваются как другие легочные заболевания. Саркоидоз кожи является наиболее объективным наглядным проявлением заболевания: на ранних этапах его развития диагностируется специфическими клиническими проявлениями, диагноз объективизируется дерматоскопическими и гистологическими методами.

## **ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ АРТРИТ**

*Богмат Л.Ф.<sup>1,2</sup>, Ніконова В.В.<sup>1</sup>, Шевченко Н.С.<sup>1,3</sup>, Бессонова І.М.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м. Харків

<sup>2</sup>Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,  
медичний факультет, кафедра педіатрії м. Харків

<sup>3</sup>Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,  
медичний факультет, кафедра педіатрії № 2 м. Харків

Відомо, що хронічне неспецифічне запалення при ревматоїдному артриті (РА) виступає індуктором активації коагуляційної ланки гемостазу, сприяє дефіциту фізіологічних антикоагулянтів, а також зниженню фібринолітичної активності, що створює патогенетичні передумови для виникнення гемокоагуляційних розладів. У зв'язку з цим вважалось за необхідне визначити особливості системи гемостазу у дітей із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) з коморбідною патологією.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 97 дітей (5–18 років) хворих на ЮІА з оліго- та поліартикулярним варіантами захворювання. Пацієнти були розподілені на дві групи. Першу групу склали 38 дітей (39,2 %) без ознак коморбідної патології, у другу групу, з ознаками коморбідної патології, увійшло 59 ді-

тей (60,8 %). У групі з наявністю коморбідної патології значно частіше реєструвалися такі ознаки високої активності ревматоїдного процесу, як С-реактивний протеїн та циркулюючі імунні комплекси. Складові системи згортання крові визначали за даними коагулограми, що включало визначення рівня фібриногену (ФГ, г/л), протромбінового індексу (ПТІ, %), тромбінового часу (ТЧ, с), активованого часткового тромбопластичного часу (АЧТВ, с), міжнародного нормалізованого співвідношення (МНС, у.о.), Д-дімеру, у.о. Статистична обробка проводилась за допомогою пакета прикладних програм Statgrafics 16.0.

**Результати дослідження.** В групі дітей з ознаками коморбідної патології встановлено підвищення протромбінового індексу ( $p < 0,05$ ), а також виявлено вірогідне подовження тромбінового часу ( $p < 0,03$ ), що вказує на ймовірність тромбоутворення. Параметри коагулограми були вивчені також у групі хворих з ознаками ураження нирок. Встановлено вірогідне підвищення протромбінового індексу ( $p < 0,05$ ), що може свідчити про можливий розвиток тромбоутворення. Оскільки для атеросклерозу та тромбоутворення запалення є основним зв'язуючим фактором, нами було проаналізовано параметри гемостазу в групі дітей з ЮІА з ознаками атерогенних дисліпопротеїнемії. Виявлено ознаки формування розвитку тромбоутворення за параметрами ПТІ ( $p < 0,05$ ) та тільки в цій групі хворих встановлено вірогідне підвищення рівня Д-дімеру – головного маркера тромботичної готовності ( $p < 0,05$ ). Таким чином, у дітей з ЮІА, з ознаками коморбідної патології, встановлено ознаки формування тромбоутворення, про що свідчить підвищення як протромбінового індексу, так й головного маркера тромботичної готовності – Д-дімеру.

**Висновки.** Таким чином, саме запалення є найважливішим фактором, який підтримує загрозу розвитку атеросклерозу, атеротромбозу та венотромбозу у дітей, хворих на ЮІА, причому небезпечним є не тільки процес запалення в самій судинній стінці, а й патологічний вплив на ендотелій клітин імунної системи і продуктів системної запальної відповіді – білків гострої фази та циркулюючих імунних комплексів.

## НА ШЛЯХУ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

*Борзенко А.Б.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

У відділенні відновного лікування Харківської обласної клінічної лікарні перебувають пацієнти з різноманітною терапевтичною та неврологічною патологією, зокрема пацієнти в гострому періоді інфаркту міокарда, яких переводять з відділення кардіології для подальшої реабілітації. Треба зауважити, що серед цих пацієнтів зростає кількість хворих віком до 40 років. Рання інвалідізація, високий відсоток ускладнень та летальність цієї категорії хворих потребують активного розширення необхідних досліджень для оцінки відносного ризику та впровадження можливих профілактичних заходів судинних ускладнень в подальшому. В практичній діяльності ми все частіше стикаємося з випадками, коли при

абсолютно нормальних показниках холестеринового обміну (ХС-ЛПВЩ, ХС-ЛПНЩ, ХС-ЛПДНЩ) пацієнт має прогресуючий перебіг атеросклерозу, або коли адекватна за дозами та дисциплінованістю пацієнта терапія статинами не дає нормалізації показників ліпідного профілю. Тож для вирішення цих питань і перегляду загальноприйнятої схеми діагностики ССЗ доцільним є активне впровадження додаткових біохімічних маркерів з оцінкою відносного ризику судинних подій.

Так, кількісне високочутливе визначення С-реактивного протеїну вказує на початкові стадії запального процесу у стінці судини та оцінює ризик гострої коронарної події або інсульту у найближчі 5–7 років. Вимірювання концентрацій Аполіпопротеїнів В та А – ключових протеїнів Х-ЛПНЩ та Х-ЛПВЩ – є найбільш точним визначенням балансу проатерогенних та антиатерогенних холестеринів, що оцінюють ризик інфаркту міокарда у найближчі 5 років. Високий рівень АпоВ строго корелює з високим ризиком ССЗ навіть при нормальних показниках ХС ЛПНЩ. Співвідношення АпоВ/АпоА є найчіткішим індикатором коронарних подій в осіб з безсимптомним перебігом ССЗ та у пацієнтів із цукровим діабетом. АпоВ – найадекватніший показник ефективності терапії, спрямованої на зниження ліпідів. Зрозуміло, визначення загального холестерину і визначення Х-ЛПНП і Х-ЛПВП ні в якому разі не втратило своєї діагностичної цінності: патологічні рівні цих маркерів дійсно свідчать про наявність атеросклерозу, але нормальні їх рівні не обов'язково свідчать про те, що атеросклерозу немає. Ліпопротеїн (а) – ЛП (а) [Lp (a)], чи "ліпопротеїн а мале" – це Х-ЛПНП з "доважком" – Апо (а) великим глікопротеїном, який за допомогою дисульфідного зв'язку ковалентний пов'язаний з аполіпопротеїном АпоВ, що входить до складу Х-ЛПНП. Апо (а) – має гомологію з плазміногеном людини і складається з доменів, званих "kringle", (крендель, англ.), які схожі з аналогічними доменами плазміногена. Підвищений рівень ЛП (а) – найбільш часте генетично опосередковане порушення метаболізму ліпідів у осіб з ранніми ССЗ. В цілому, підвищені концентрації ЛП (а) збільшують коронарний ризик особливо у чоловіків з високими рівнями Х-ЛПНП і низькими рівнями Х-ЛПВП. Більш того, вимір рівнів ЛП (а) дозволяє визначити ризик ішемічних інсультів. Вимірювати рівні ЛП (а) слід: 1) у пацієнтів з ранніми випадками ССЗ, 2) у тих, у кого в сімейній історії часті випадки ССЗ (підозра на генетичну схильність), 3) у тих, кому поставлений діагноз ССЗ і у кого немає традиційних чинників ризику, 4) у тих, у кого гіперхолестеринемія не знижується при терапії статинами, 5) у пацієнтів з ренальними захворюваннями, 6) при ЦД 1 і 2-го типу. Референтні значення ЛП (а): – цільовий рівень <14 мг/дл, – пограничний ризик: 14–30 мг/дл, – високий ризик: 31–50 мг/дл, – дуже високий ризик: >50 мг/дл. При прямому визначенні Х-ЛПНП і імунотурбідиметричному вимірі АпоВ в результати дослідження вимірів завжди входять концентрації ЛП (а) і Апо (а). При розрахунковому визначенні Х-ЛПНП в результат так само входять і концентрації ЛП (а). Тому при високих рівнях Х-ЛПНП і АпоВ доцільно визначити, який вклад у них вносить генетично опосередковане підвищення концентрації високоатерогенних і протромботичного ЛП (а) і Апо (а). "Метаболічна гну-

чкість" – здатність скелетних м'язів (та інших тканин) підлаштовуватися до домінуючого субстрату, що пов'язана з нормальною чутливістю до інсуліну. Середнє значення концентрації вільних жирних кислот (ВЖК) в сироватці здорових донорів натщесерце – 7,5 нмоль/л. Після ночі рівні ВЖК достовірно підвищуються на 1,5 нмоль/л. Порушення регуляції ВЖК – ключова подія при інсулінорезистентності (ІР). Багаторазово і достовірно показано: більшість осіб, що страждають на метаболічний синдром (МС), ЦД 2 і/або ожиріння, мають підвищені рівні ВЖК, що призводить до ІР багатьох тканин (м'язових, печінки, адіпозних, а також ендотеліальних клітин). В цілому, підвищення плазмових рівнів ВЖК веде: 1) до підвищення тяжкості ІР, 2) до зниження секреції інсуліну і, 3) до дісліпідемії та атерогенезу. Рівні ВЖК прямо пропорціональні з індексом маси тіла, з об'ємом талії, з частотою пульсу, з рівнями тригліцеридів в плазмі і підвищеними рівнями маркерів запалення. В цілому, підвищені рівні ВЖК натщесерце – специфічний маркер ІР. У пацієнтів без ішемії високий рівень ВЖК часто пов'язаний з комплексом передчасних скорочень шлуночків і, зрештою, підвищує ризик ССЗ. При ішемії концентрація ВЖК підвищується і має проаритмічний ефект, що викликає тахіаритмію (прискорені неритмічні скорочення шлуночків). Підвищені рівні ВЖК – показник тяжкості ішемії у "тропонин-негативних" пацієнтів.

Таким чином, активне впровадження до «рутинного» обстеження хворого або осіб із групи ризику на ССЗ (зокрема, зі спадкової схильністю до ССЗ) нових ранніх біохімічних маркерів, або предикторів серцево-судинної патології дозволить лікарю запобігти можливому розвитку гострих судинних катастроф в подальшому та діагностувати патологію на субклінічній стадії захворювання.

## **FERRYTIN: DIAGNOSTIC VALUE IN THE CLINIC OF INTERNAL DISEASES**

*Borzenko A.B., Kostenko D.M.*

Kharkiv national medical university, Kharkiv

In the daily practice of a therapist, anemia is one of the frequent accompanying pathologies detected during the examination. And if earlier it was mostly young patients with heavy menstruation, pregnant, patients with inadequate diet and vegetarians, recently more and more patients of middle age and elderly people coming to treat other pathologies and anemia is an accidental finding. To determine its cause, a standard examination includes laboratory tests (determination of serum levels of iron, folic acid, vitamin B<sub>12</sub>, ferritin level, total iron binding capacity of serum, TSH, parasitic infestation, egg worm test, urinalysis, blood creatinine level GFR) and instrumental studies (ultrasound of internal organs, including thyroid gland, FGDS, colonoscopy, sigmoidoscopy, gynecologist examination for women, urologist for men), hematology consultation. Most often, we found the cause in the pathology of the thyroid gland (hypothyroidism) or gastrointestinal tract (chronic gastroduodenitis), renal pathology (CKD), in parasitic infestation, in the treatment of which and the appointment of iron preparations received a positive result. In such cases, the serum ferritin level is most often lowered, which was a marker of depletion of iron stores in the body and justified the

appointment of iron preparations with subsequent control of serum ferritin as an indicator of the effectiveness of this therapy. However, in a number of cases, we received normal or even elevated ferritin values, and iron preparations were not or ineffective, which forced us to continue the diagnostic search. We can not cite statistically significant groups, since we are not a profile department for blood diseases, but our observations show that an increase in the serum ferritin level is detected in patients with malignant diseases (colon cancer, breast cancer), in patients with a long history of systemic connective tissue diseases (rheumatoid arthritis), liver pathology (alcoholic hepatitis).

This way, we consider it obligatory to include in the survey plan all the patients with anemia determination of the serum ferritin level not only for the purpose of diagnosing the iron depot deficiency and the iron therapy effectiveness index, but also for the purpose of revealing systemic inflammation and/or oncological diseases, which are possible causes of anemia.

## **ПОКАЗНИКИ ТРОМБОСПОНДИНУ-2 У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST**

*Борзова-Коссе С.І., Борзова О.Ю., Кожин М.І., Єрмак О.С., Табаченко О.С.*  
Харківський національний медичний університет, м. Харків

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) залишається однією з провідних медико-соціальних проблем в світі, не дивлячись на великі досягнення в питаннях його діагностики та лікування. Велика роль в організації структури позаклітинного матриксу міокарда та його реорганізації при загоєнні ГІМ та формуванні адаптаційного постінфарктного ремоделювання належить матрично-клітинним протеїнам, серед яких досить важливими є тромбоспондин-2 (ТСП-2).

**Мета роботи.** Порівняльна оцінка рівнів тромбоспондину-2 у хворих із гострим коронарним синдромом при розвитку Q-позитивного і Q-негативного інфаркту міокарда.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 90 хворих із гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST у віці від 42 до 74 років. З них у 56 осіб розвинувся Q-позитивний інфаркт міокарда (ІМ) та у 35 – Q-негативний ІМ. Як контрольну групу було обстежено 15 практично здорових людей.

Критеріями виключення були наявність у пацієнта цукрового діабету, гострого порушення мозкового кровообігу, захворювань сполучної тканини, онкологічних процесів. Визначення рівня тромбоспондину-2 проводилося імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «HumanThrombospondin-2» (KonoBiotechCo., Ltd).

Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакета статистичних програм «Microsoft Excel».

**Результати дослідження.** При аналізі отриманих даних було виявлено, що у пацієнтів із гострим коронарним синдромом і ожирінням, у яких розвинувся Q-позитивний інфаркт міокарда, рівень тромбоспондину-2 становив  $41,46 \pm 1,05$  нг/мл ( $p < 0,05$ ), в той час як у хворих з Q-негативним ІМ він був у середньому  $38,43 \pm 0,81$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). При цьому рівень підвищення тромбоспондіна-2

прямо пропорційний обсягу пошкодження міокарда. Це говорить на користь того, що у хворих з ІМ тромбоспондин-2 виробляється в високих концентраціях і втягується в процеси патологічного ремоделювання, обумовлюючи порушення структури колагенового матриксу міокарда внаслідок накопичення аномальних фібрил колагену.

**Висновки.** У хворих із гострим коронарним синдромом при розвитку Q-позитивного інфаркту міокарда відзначається більш виражене підвищення рівня тромбоспондину-2 порівняно з пацієнтами з Q-негативним інфарктом міокарда.

## **АНАЛІЗ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ**

*Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Кожин М.І., Залюбовська О.І., Крапівко С.О.*  
Харківський національний медичний університет, м. Харків

Коронаровентрикулографія (КВГ) на сьогодні є найбільш доцільним мало-травматичним методом, що дозволяє визначити локалізацію, ступінь і протяжність обструктивних уражень артерій коронарного русла, а також обрати найбільш оптимальну тактику лікування хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), особливо на тлі супутньої коморбідної патології у вигляді метаболічних розладів.

**Мета дослідження.** Проаналізувати стан коронарних артерій у хворих на гострий інфаркт міокарда та супутнє ожиріння залежно від локалізації ураження.

**Матеріали і методи дослідження.** КВГ з наступним стентуванням інфаркт-залежної артерії було проведено 31 пацієнту з ГІМ та ожирінням. Серед них 24 хворим (77,4 %) було встановлено елютинг-стенти та 7 (22,6 %) – стенти без покриття.

**Результати дослідження.** Аналіз частоти ураження магістральних коронарних артерій показав, що найбільш часто атеросклеротичне ураження було знайдено у правій міжшлуночкової артерії (ПМША) – 89 % випадків. Друге місце посідає права коронарна артерія (ПКА) – 59,3 %, близько половини хворих на ГІМ та ожиріння (48,1 %) мали ураження огинаючої артерії (ОА). Стовбур лівої коронарної артерії (ЛКА) залишався найменш часто ураженим у хворих на ГІМ із супутнім ожирінням – 11 %. Що стосується коронарних артерій другого порядку, у групі досліджуваних хворих найбільш часто були уражені проксимальна та медіальна частини ПМША (41 та 52 % відповідно), а також проксимальна частина ОА (37 %).

При вивченні результатів ангіографії виявлено, що у всіх магістральних артеріях знайдено як гемодинамічно значущі, так і гемодинамічно незначущі стенози. У ПМША та ПКА частіше констатовано гемодинамічно значущі стенози (69,3 та 60,9 % відповідно), в той час коли у ОА та стовбурі ЛКА частка гемодинамічно незначущих стенозів перевищувала таку для гемодинамічно значущих на 15,8 та 34 % відповідно.

**Висновки.** Таким чином, було виявлено, що найбільш вразливими коронарними артеріями згідно з даними агіографічного обстеження є права міжшлуночкова артерія та права коронарна артерія як за частотою та ступенем ураження, так і за частотою гемодинамічно значущих стенозів у хворих на гострий інфаркт міокарда та ожиріння.

# ОСОБЛИВОСТІ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

*Букій С.М., Ольховська О.М.*

Харківський національний медичний університет,  
кафедра дитячих інфекційних хвороб, м. Харків

В останні роки проблема шигельозу у всьому світі є **актуальною**, що зумовлено високими показниками захворюваності. Важливе значення шигельоз має в педіатричній практиці.

Сучасні дослідження встановили, що серед дитячого населення зростає кількість інфікованих вірусом герпесу, а саме цитомегаловірусом (ЦМВ). Інфікування ЦМВ призводить до змін імунної відповіді, що не може не вплинути на перебіг супутніх захворювань, в тому числі і шигельозу.

**Мета роботи.** Вивчення особливостей клініко-лабораторних проявів шигельозу у дітей, інфікованих цитомегаловірусом.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено порівняльний аналіз клінічних симптомів шигельозу у 62 дітей віком від трьох місяців до трьох років. Першу групу склали 32 дитини, хворих на шигельоз, другу – 30 дітей, хворих на шигельоз, який протікав на тлі інфікування хворих цитомегаловірусом. Групи були рівнозначними за віком та статтю. У всіх дітей захворювання протікало в середньотяжкій формі.

**Результати дослідження.** Для всіх дітей характерними були гострий початок захворювання, підвищення температури тіла, розвиток діарейного синдрому і симптомів загальної інтоксикації. При моно шигельозній інфекції прояви загальної інтоксикації зростали швидкими темпами в перші дві доби, а у дітей, інфікованих ЦМВ, відмічався послідовний розвиток інтоксикаційного синдрому протягом 3–4 діб. Перебіг лихоманки був на 2–3 дні більш тривалим у дітей з фоновою інфекцією, ніж у дітей першої групи. Період зберігання діарейного синдрому також відрізнявся: у дітей з моноетиологічним захворюванням дисфункція кишечника зберігалась до  $-4,84 \pm 1,18$  діб, а у дітей з наявністю ЦМВ –  $7,41 \pm 1,08$  ( $p < 0,05$ ). Розбіжність була і в нормалізації показників копрограми: у дітей другої групи показники копрограми не відрізнялись від норми з  $9,24 \pm 1,32$  доби, а у дітей першої групи – з  $6,58 \pm 1,12$  ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, шигельоз у дітей, інфікованих цитомегаловірусом, характеризується більш повільними проявами токсичного і діарейного синдрому і, в той же час, більш тривалим їх перебігом.

На нашу думку, виявлені клінічно-параклінічні особливості можуть стати одним із аргументів створення діагностичного алгоритму фонового інфікування дітей, хворих на шигельоз, що сприятиме удосконаленню терапії хворих.

## **TEACHING OF OCCUPATIONAL MEDICINE AS MEDICINE OF COMORBID STATE**

*Byazrova V.V., Steblina N.P., Arkhipkina O.L.*  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv

The spectrum of occupational diseases is extremely broad. It includes disease from different field of medicine, many of which clinically and pathologically are not different from those of non-occupational origins. Unfortunately, occupational hazards influence on several organs and systems simultaneously and cause pathology of different organs and systems at the same time. As a result, we have deal with patient with comorbid state. Besides that typical patients in department of occupational diseases are in mid and late ages and have accompanying non-occupational diseases. Such a type of patients requires closer management and greater demand for professional help.

Department of internal and occupational diseases Kharkiv National Medical University provides teaching of subject "Occupational diseases" for five-year students of medical faculty. Teaching process on our department traditionally based on an acquire knowledge and skills. Lectures and classes are held by international standards with using medical teaching tools and enrolment patients in educational process.

Nowadays the development of medicine requires a constant improvement of medical teaching process, but training with the patients and observation of clinical cases are necessary for being literate doctor. Undoubtedly, high quality of education for future doctors is provided by management of patients being treated and also taking part in clinical teaching rounds. While most medical subjects specialize students on diseases that exist along side high rate of comorbidity in occupational medicine gives for future doctors a unique opportunity to advance in clinical aspects of medicine. A short course of occupational diseases which includes only three lectures and three practical classes is focused predominantly on theoretical knowledge. Additional training with patients is clinically important and necessary for performing the medical profession. Five-year student has been yet taught in basic clinical medical science and able to recognize coexisting state. Unfortunately, there is no course specialized in comorbid medicine. Hence, course of occupational diseases has such a possibility, but it is a short-term course. Additional practical classes for five- and six-year students are able to help them in gaining skills. This time should be focused on students' enrollment in patient management.

Without decreasing importance of acquiring theoretical knowledge, one of the basic doctor's skill is ability to work with areal patient. Compared to suffering from a single disease coexisting requires high professionalism which can be achieved by gaining experience. Occupational complexity is duly recognized and students will advance in clinical training with additional practical classes in this subject.



# НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ГІПЕРТОНІЧНОМУ КРИЗІ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

*Вовк К.В., Ніколенко Є.Я., Беляєва Л.В., Сокруто О.В., Кандиба В.П.*  
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

На сьогодні має бути кардинально змінена роль сімейного лікаря в профілактиці й лікуванні серцево-судинних захворювань, передовсім АГ. Кожний четвертий пацієнт, який звертається за допомогою з приводу серцево-судинної патології, знаходиться у стані гіпертонічного кризу (ГК). Із стороннього спостерігача сімейний лікар повинен стати активним борцем з підвищеним АТ.

**Мета роботи.** Вивчення ефективності надання якісної медичної допомоги хворим з АГ при наявності ГК в практиці сімейного лікаря.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізовано 56 звернень пацієнтів з АГ, у яких був діагностований ГК на прийомі у відділенні сімейної медицини міської поліклініки № 26 м. Харкова (головний лікар – В.І. Алексєєв). З неускладненим ГК (НГК) було 47 хворих, з ускладненим (УГК) – 9. У всіх хворих було зафіксовано суб'єктивні та об'єктивні ознаки ГК. Рівень артеріального тиску (АТ) склав в середньому при НГК  $168 \pm 9,2 / 114 \pm 5,7$  мм рт. ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) –  $91 \pm 7,3$  уд./хв, при УГК –  $188 \pm 13,2 / 117 \pm 10,7$  мм рт. ст., ЧСС –  $104 \pm 8,3$  уд./хв. Клінічні та ЕКГ-ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ); тахі- або брадикардія, екстрасистолія; акцент і розщеплення II тону над аортою; ознаки систолічної перевантаження ЛШ на ЕКГ мали місце майже в 100 % випадків.

**Результати дослідження.** При неускладненому ГК можливе лікарське втручання, яке, однак, не повинно бути агресивним. При відсутності значної тахікардії терапія НГК починалась з призначення ніфедипіну в дозі 10–20 мг під язик. У переважній більшості хворих (62 %) через 5–30 хв починалося поступове зниження АТ (на 20–25 %) і поліпшувалось самопочуття. При відсутності ефекту (9 % хворих) прийом ніфедипіну повторювали через 30 хв. Ефективність препарату була тим вище, чим вище був рівень вихідного АТ. Побічні ефекти ніфедипіну (сонливість, головний біль, запаморочення, гіперемія шкіри обличчя та шиї, тахікардія) спостерігались у 7 хворих (12,5 %) і були пов'язані з його вазодилатуючою дією. При наявності тахікардії (ЧСС > 100 уд./хв) призначався каптоприл в дозі 25–50 мг сублінгвально. Його гіпотензивна дія розвивалась в перші 10 хв і зберігалась близько 1 год. При гіперкінетичному варіанті ГК призначався сублінгвально клонідин в дозі 0,075 мг. Терапевтичний ефект розвивався через 15–30 хв і тривав декілька годин. Побічні ефекти (сухість у роті, сонливість, ортостатичні реакції) спостерігалися у 8 хворих (14,3 %).

При УГК, що супроводжувався розвитком судомного синдрому (4 хворих, в тому числі при передеклампації вагітних), а також у разі появи шлуночкових порушень ритму (3 хворих) на тлі підвищення АТ, застосовувався 25 % сульфат магнію 5–7 мл внутрішньовенно. Його гіпотензивний ефект розвивався через 15–25 хв після введення. Побічні ефекти (брадикардія, атріовентрикулярна блокада II ступеня) спостерігалися у 3 хворих (5,7 %). Зниження АТ при УГК протягом

перших хвилин проводилось на 20–30 % порівняно з вихідним за допомогою парентерального введення лазіксу (80–120 мг) або тріфасу (10–20 мг) та клонідину 0,001 % 1–2 мл внутрішньовенно. Після надання невідкладної допомоги, незважаючи на покращення самопочуття, всі хворі були направлені на стаціонарне обстеження та лікування.

**Висновки.** До засобів невідкладної допомоги на догоспітальному етапі, що повинні мати місце в арсеналі сімейного лікаря, для лікування гіпертонічного кризу можна віднести при неускладненому гіпертонічному кризі ніфедипін, клонідин або каптоприл, при ускладненому – парентеральні діуретики та 25 % сульфат магнію.

## **КОМОРБІДНІСТЬ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ПОЛІНЕЙРОПАТІЯ У ОСІБ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ**

*Григорова І.А.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Безумовно, метаболічний синдром (МС) сьогодні є міждисциплінарною проблемою, що потребує уваги ендокринологів, кардіологів і неврологів.

В більшості випадків неврологічні наслідки метаболічних порушень асоціюються з сенсорною полінейропатією, яка перш за все проявляється больовим синдромом, що значно погіршує якість життя пацієнтів і потребує адекватної медикаментозної корекції.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходились 150 хворих на метаболічний синдром, які лікувались в неврологічному та ендокринологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Харкова. Жінок – 90, чоловіків 60. Вік хворих 55–65 років.

У всіх хворих мало місце поєднання комплексу взаємозв'язаних факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ), сахарного діабету та дистальної сенсорної полінейропатії. У всіх хворих мало місце підвищення об'єму талії (у жінок більше 88 см, у чоловіків більше 102 см), також у них спостерігалось підвищення артеріального тиску більше 130/85 мм рт. ст., підвищення глюкози більше 5,6 ммоль/л, дисліпідемія ТГ  $\geq 1,7$  ммоль/л, ХСЛПВЩ  $\leq 1,3$  ммоль/л.

У 50 % хворих була виявлена інсулінорезистентність, а у 30 пацієнтів – невропатичний біль.

Ураження периферичних нервів та нервових корінців у обстежених хворих починалося з дистальних відділів нервової системи. При цьому основними видами пошкодження були демієлінізація, аксонотмезіс, невротмезіс.

Клінічна картина характеризувалася больовим синдромом. При цьому невропатичний біль розвивався завдяки дисфункції ноцицептивної та антиноцицептивної систем. Біль локалізувався в ділянці інервації ушкоджених нервів. При цьому ми спостерігали дизестезичний симпатикопідтримуючий біль – переважно пікучий та симпатично незалежний біль – стріляючий, смикаючий, а також запальний біль – глибокий, ниючий або стимулозалежний біль, при якому спостері-

галися механічна і температурна гіпералгезія. Зараз відомо декілька видів відновних процесів ревного волокна, а саме ремієлінізація, аксональна регенерація (проксимальна та дистальна), колатеральна реінервація (при частковому ураженні нерва).

**Результати дослідження.** Сьогодні патогенетично обґрунтованою стратегією лікування полінейропатій є застосування препаратів альфа-ліпоевої кислоти (АЛК), що представлені I та II поколінням. Оригінальним представником препаратів АЛК є тіоктацид. У нашому обстеженні ми застосовували тіоктацид 600 Т (II покоління). Тіоктацид ми застосовували в дозі 600 Т внутрішньовенно крапельно – 15 діб, а потім протягом 3 міс призначали підтримуючу дозу тіоктацид 600 HR по 1 табл. на добу. Нами відмічено, що після лікування інтенсивність болю взагалі, пекучості, оніміння та парестезії зменшилися в 2,8 рази. Перевага тіоктациду полягає ще в тому, що він нормалізує показники оксидативного стресу та підвищує чутливість тканин до інсуліну. У обстежених нами хворих після лікування покращився ліпідний профіль, імовірно, пов'язаний зі зниженням оксидативного стресу, хронічного запалення і підвищення рівня адипонектину.

**Висновки.** Таким чином, при полінейропатії у хворих на МС патогенетичним методом лікування є тіоктацид, що показав свою високу ефективність, безпечність і сприяв підвищенню якості життя даного контингенту хворих.

## **ЗМІНИ ПЕРЕКИСНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ**

*Денисенко В.П.<sup>1</sup>, Топчій І.І.<sup>2</sup>, Кірієнко О.М.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

<sup>2</sup>ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

**Мета роботи.** Визначення змін процесів перекисного окислення ліпідів у хворих на діабетичну нефропатію (ДН).

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

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

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

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

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

## **ЗАЛЕЖНІСТЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ОЖИРІННЯ**

*Єрмоменко Г.В., Оспанова Т.С., Бездітко Т.В., Хіміч Т.Ю.*  
Харківський національний медичний університет, м. Харків

За останні два десятиліття спостерігається значне збільшення швидкості розповсюдженості бронхіальної астми (БА) та ожиріння. З'являються дані, які свідчать про те, що ці умови можуть бути пов'язані за допомогою анатомічних, запальних або комбінованих механізмів. Останні поточні дослідження показують, що БА може бути пов'язана з, і, можливо, є одним з факторів ожиріння, через хронічне системне запалення.

**Мета роботи.** Дослідити вуглеводні порушення у хворих на БА тяжкого перебігу та ожиріння в залежності від синдрому бронхіальної обструкції.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 72 хворих на БА + ожиріння, середній вік ( $54 \pm 11,6$ ) років. Усім хворим були проведені стандартні загальноклінічні та інструментальні обстеження. За показниками ОФВ1 сформовано 3 групи пацієнтів. I групу склали 20 хворих із показниками 20–30 %, II групу – 21 хворий (30–40 %), III групу – 31 хворий (40–50 %). Забір венозної крові для біохімічних досліджень проводили в умовах чіткого дотримання правил асептики та антисептики натще за стандартними методиками, рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) визначали фотоколориметричним методом із використанням тест-наборів «Набір для визначення р», «Реагент» (Україна). Визначення концентрації інсуліну натще проведено з використанням набору реактивів DRG® Інсулін, (DRG Instruments GmbH, Німеччина, Марбург). Гомеостатичну модель НОМА

(Homeostasis model assessment) використовували як кількісний критерій інсуліно-резистентності. Індекс чутливості до інсуліну (НОМА-IR) розраховували за формулою, інсулін(мОД/мл)×глюкоза натщесерце (ммоль/л)/22,5.

**Результати дослідження.** По мірі прогресування синдрому бронхіальної обструкції відбувалося збільшення рівня інсуліну, HbA1c та індексу НОМА. В I групі рівень інсуліну склав  $17 \pm 0,312$  ( $p < 0,05$ ), HbA1c –  $5,34 \pm 0,892$  ( $p < 0,05$ ), НОМА-IR –  $3,43 \pm 0,322$  ( $p < 0,05$ ); в II групі –  $16 \pm 0,213$  ( $p < 0,05$ ), HbA1c –  $3,23 \pm 0,453$  ( $p < 0,05$ ), НОМА-IR –  $2,89 \pm 0,254$  ( $p < 0,05$ ); в III групі рівень інсуліну склав  $15 \pm 0,323$  ( $p < 0,05$ ), HbA1c –  $2,67 \pm 0,354$  ( $p < 0,05$ ), НОМА-IR –  $2,34 \pm 0,453$  ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Отримані дані свідчать про те, що по мірі зростання синдрому бронхіальної обструкції у хворих на БА та ожиріння відмічається наростання гіперінсулінемії та посилення інсулінорезистентності. Комплексне застосування різних діагностичних та терапевтичних підходів у хворих на БА при наявності ожиріння, швидше за все, дозволить нівелювати ті несприятливі особливості її перебігу, як і властиві комбінації цих двох поширених захворювань.

## **ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ ТИПУ 2**

*Журавльова Л.В., Шеховцова Ю.О.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** Вивчення змін ліпідного профілю у пацієнтів з поєднаним перебігом хронічного панкреатиту (ХП) і цукрового діабету типу 2 (ЦД2).

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідженні взяли участь 63 пацієнти середнім віком  $52,1 \pm 2,8$  років, які були поділені на групи: 1-а група ( $n=20$ ) – з поєднаним перебігом ХП і ЦД2, 2-а група ( $n=21$ ) – ХП, 3-я група ( $n=23$ ) – ЦД2. Усі хворі на ЦД2 мали HbA1C  $< 7,5$  %. Типи дисліпідемій класифікувалися за Фрідрексенном. Стан ліпідного обміну оцінювали за вмістом загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХСЛПДНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ) за допомогою ферментативного методу з використанням стандартних наборів.

**Результати дослідження.** Прояви дисліпідемій спостерігалися у всіх досліджуваних групах, достовірно частіше зустрічалися в 1-й групі (67,4 %,  $p < 0,05$ ), ніж в 2-й і 3-й групах (44,2 і 52,3 % відповідно;  $p < 0,05$ ). Гіпертригліцеридемія виявлялася частіше у пацієнтів 1-ї групи (76,3 %) порівняно з пацієнтами 2-ї та 3-ї груп (38,4 і 52,8 %, відповідно;  $p < 0,05$ ). Вміст ХС у пацієнтів 1-ї групи був у середньому на 29 і 18 % вищий, ніж у 2-й і 3-й групах, відповідно ( $p < 0,05$ ), ТГ – на 19 % і 17% ( $p < 0,05$ ), ХСЛПНЩ – на 34% і 26% ( $p < 0,05$ ), а рівень ХСЛПВЩ на 19 і 15 % нижче ( $p < 0,05$ ). Рівень ХС у всіх групах підвищувався пропорційно ІМТ ( $r=0,39$ ;  $p < 0,05$ ). Співвідношення ТГ/ХС ЛПВЩ в 1-й групі було на 38 % вище, ніж в 2-й, і на 22 % вище, ніж в 3-й групі ( $p < 0,05$ ). Показник ХСЛПНЩ

корелював із рівнем ЗХС ( $r=0,67$ ;  $p<0,001$ ), з ІМТ ( $r=0,38$ ;  $p<0,001$ ), з індексом НОМА-ІР ( $r=0,18$ ;  $p<0,001$ ).

**Висновки.** При ХП в поєднанні з ЦД2 спостерігається переважання Іа і ІV типу дисліпідемій, що говорить про високу ймовірність атеросклеротичних уражень судин. У хворих з ізольованим перебігом ХП переважали Іа і Іб типи дисліпідемії, а з ізольованим перебігом ЦД2 частіше реєстрували дисліпідемії Іб типу, що говорить про вторинні порушення ліпідного обміну.

## **ПОРУШЕННЯ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-го ТИПУ**

*Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Кожин М.І., Титова А.Ю., Золотайкіна В.І.*  
Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** Встановити відмінності порушень кардіогемодинаміки у хворих на гострий Q-позитивний інфаркт міокарда (ГІМ) у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-й тип) та у хворих на ГІМ без порушень вуглеводного обміну.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 94 хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ). З них ЦД 2-го типу спостерігався у 54 хворих, ці хворі склали І групу спостереження. 40 хворих не мали порушень вуглеводного обміну і були включені до ІІ групи. Контрольна група – 20 практично здорових осіб. Усім хворим було проведено ультразвукове дослідження міокарда.

**Результати дослідження.** Виявлено, що у хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST в поєднанні із ЦД 2-го типу має місце збільшення основних розмірів та об'ємів лівого шлуночка порівняно з хворими на ГІМ без порушення вуглеводного обміну, а саме: КСР ( $4,63\pm 0,12$  та  $4,43\pm 0,11$  см відповідно;  $p<0,05$ ); КДР ( $5,93\pm 0,13$  та  $5,30\pm 0,12$  см відповідно;  $p>0,05$ ); КСО ( $89,07\pm 4,87$  та  $84,82\pm 6,54$  мл відповідно;  $p>0,05$ ); КДО ( $148,36\pm 6,25$  та  $138,54\pm 7,53$  мл, відповідно;  $p>0,05$ ). Встановлено значне зниження фракції викиду лівого шлуночка та ударного об'єму у хворих на гострий інфаркт міокарда з ЦД 2-го типу, порівняно з хворими на ГІМ без ЦД ( $40,02\pm 1,15$  %;  $36,85\pm 1,30$  %; відповідно;  $p>0,05$ ) через виключення ділянки некрозу з процесу скорочення.

**Висновки.** В результаті дослідження було виявлено достовірне збільшення КСО, КДО, зменшення фракції викиду та ударного об'єму лівого шлуночка у хворих на гострий Q-позитивний інфаркт міокарда свідчить про наявність проявів систолічної та діастолічної серцевої недостатності у зв'язку з відсутністю здатності до скорочення в ділянках некротизованного міокарда. Не встановлено достовірних статистичних розбіжностей між цими показниками у хворих на гострий Q-позитивний інфаркт міокарда залежно від наявності або відсутності супутнього цукрового діабету 2-го типу.

# DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND HEART FAILURE: DUAL NATURE OF THE RELATIONSHIP AND MEDICATION-RELATED BURDEN

*Zaozerska N.V.*

Warsaw, Poland

Fighting against diabetes (DM) is a tough and long odyssey. Despite all scientific medical society efforts, non-infectious pandemics of Type 2 Diabetes (T2D) spreads and its prevalence expected to grow from 190 million to 330 million by 2030 representing it as one of the main threats to human health in the 21<sup>st</sup> century. Even in the US T2DM is growing rapidly with current incidence rate at 6.7 %. Europe prevalence is a bit lower (~4.6 %), but it is increasing, especially in the southern countries. Mexico has among the highest morbidity rates in the world at 12.4 %, and India and China will make up nearly 50 % of the total number of patients with diabetes in 2030.

Patients with T2D always face not only progressive glycemia deterioration in long-term of disease, but increased risk of microvascular and macrovascular complications. It is well known that diabetes accelerates cardiovascular (CV) pathology progression or often leads to its initiation, and more than 70 % of patients with T2D die of CV causes (Laakso et al, 2001). Therefore, the epidemics of T2D would be followed by an epidemics of diabetes-related cardiovascular disease (CVD).

Heart failure (HF) is another huge global economic burden, that was estimated to be \$108 billion in 2012 (Cook et al, 2014) and is anticipated to increase dramatically as the population ages. Diabetes is also a significant and often underappreciated by clinicians' risk factor for the development of HF among CVD. It was shown by Nichols et al, 2004, that diabetic patients are 2,5-fold more likely to develop HF than patients without diabetes. Matsushita et al, 2010 found that elevated glycated haemoglobin (HbA1C) was associated with incidence of HF, and Kishimoto et al, 2014 discovered that in patients with T2D, HbA1C significantly predicts future HF hospitalisation independently of other parameters. Cubbon et al, 2014 confirmed that DM can be used in a model to predict chronic HF patients at risk of hospitalisation. And Foster et al, 1998; Gilbert and Krum, 2015 discovered multifactorial contributory roles of coronary artery disease, hypertension, diabetic cardiomyopathy, and extracellular fluid expansion in pathogenesis of HF in T2D patients. A plethora of pathophysiological mechanisms have been suggested as a cause-models, such as advanced glycation end products and their correlation with left ventricular ejection fraction (LVEF) and worsening of HF prognosis (Hartog, 2007; Simm, 2007), calcium-associated proteins' expression alteration as a mechanism of diabetic cardiomyopathy (Zhao, 2014), increased fatty acid metabolism and oxidation as mechanism of myocardium damage (Li J, 2014), increased myocardial levels of cardiotoxic inflammatory cytokines (Tschope, 2005), hyperinsulinaemia with phosphatidylinositol 3-kinases pathway impairment as myocardial dysfunction cause (Poornima, 2006), impairment of microRNAs expression in myocardial tissues (Greco et al, 2012), mitochondrial dysfunctions and epigenetical factors.

However, it is a bidirectional relationship and dual nature of the relationship of T2D and HF is observed. For instance, prospective cohort studies (n=50.874) showed up higher prevalence of T2D in patients with HF vs control during a three-year follow-up study (Amato, 1997). That finding can be explained by several possible hypothesis, such

as: decreased insulin tissue sensitivity triggered by decreased physical activity in HF patients, decreased blood flow and increased central and portal venous pressure that contribute to congestion and ischemia of the pancreas and liver with metabolic homeostasis regulation impairment, and, the most obvious, possible adverse effects of established HF management program, such as beta-blockers and diuretics administration (Elliott, 2007).

Therapeutic options for treatment of T2DM are widely presented nowadays, and it is shown that glycaemic control is of major importance of patients with HF, but intensive treatment with HbA1C target less than 6,5 % increases side effects such as hypoglycaemia, that separately contributes to HF worsening. Moreover, management of T2D in patients with CVD, has become a challenge for clinicians after finding made in 2007 for rosiglitazone molecule, that has been associated with a significant increase in the risk of myocardial infarction and with borderline significance in an increase of the risk of death from CV causes (Steven, 2007). Once that has been revealed a new guideline of therapeutic options for T2D management is released by the US Food and Drug Administration (FDA) to evaluate the CV risks associated with the any new T2D drug and aiming to eliminate from market those who showed up such a risk or to put on the label all possible revealed CV risks.

At present, detrimental impact is known for thiazolidinediones (TZD), which can induce sodium retention in patients with HF, so although TZD stays an attractive in terms of glycaemic control, however, clinical use is now limited and are avoided in patients with HF (Home, 2007). The main warning regarding the use of metformin in HF patients is the risk of lactic acidosis, despite their clinical benefits and the lower rates of mortality (Aguilar, 2011). Insulin treatment shows safe profile with no effect on HF status (Gerstein, 2012).

Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors look promising in terms of efficient control of HbA1C, low hypoglycaemia and absence of weight gaining effect and haven't reported hazard risk with regards of CV risks. However, signals of increased evidence of HF hospitalizations were observed for saxagliptin in SAVOR study, LVEDV index increase for vidagliptin in VIVID study and absence of such a signal for sitagliptin in TECOS study. Glucagon-like peptide-1 agonists in ELIXA study (lixisenatide), LEADER study (liraglutide), SUSTAIN-6 study (semaglutide), and EXSCEL study (exenatide) are not associated with an increase in CV events, and it is confirmed that liraglutide and semaglutide decrease the risk of major adverse CV events. That positive effect can be hypothesised based on an effect on increase cyclic adenosine monophosphate in cardiac myocytes (Vila Petroff, 2001).

Recently, in patients with T2D and high CV risk, new class of T2D drug: sodium glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitor, empagliflozin, has demonstrated a marked reduction in CV mortality, all-cause mortality, in hospitalisation from HF (Zinman et al 2015). An effect that was revealed for SGLT-2 inhibitor that were developed specifically for DM management, now are being investigated for HF management not only on diabetics but beyond.

Both comorbidities have high morbidity and mortality, and their management should serve the overall improvement as T2D treatment can jeopardize HF progression and vice versa. The unmet medical need therefore is huge and urgent. Novel therapeutic agents against cardiomyopathy (diabetic and any HF) are under investigation raising hopes for better management in the future.



# ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ГЕМАТОЛОГІЧНИХ І МЕТАБОЛІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

*Льченко І.А., Златкіна В.В., Немцова В.Д.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** Визначити особливості змін гематологічних і метаболічних параметрів у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН).

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 84 пацієнти з ХСН II–IV функціонального класу (ФК) – 48 чоловіків та 36 жінок віком від 47 до 69 років (середній вік  $54,8 \pm 3,7$  років), які були розподілені на 3 групи залежно від порушень систолічної та діастолічної функції міокарда. До 1-ї групи було включено 26 пацієнтів із ХСН зі зниженою систолічною функцією міокарда (ХСНс); до 2-ї – 33 пацієнти зі збереженою систолічною функцією та порушенням діастолічної функції міокарда (ХСНд); до 3-ї – 25 пацієнтів із поєднанням порушень систолічної та діастолічної функцій міокарда (ХСНс-д).

Оцінювались показники тесту з 6-хвилинною ходьбою для визначення ФК ХСН; дані трансторакальної ехокардіографії (ТЕхоКГ) за стандартною методикою в М- і В-режимах із використанням рекомендацій Американського ехокардіографічного товариства за допомогою діагностичної системи «Phillips IU», систолічна функція визначалась за показником фракції викиду (ФВ, %), діастолічна – за показником швидкості раннього швидкого (пік Е) та пізнього передсердного (пік А) наповнення шлуночків. Лабораторні дослідження включали аналіз гематологічних показників (автоматизоване дослідження крові гематологічним аналізатором); визначення функціонального стану печінки (активність печінкових трансаміназ аланін-амінотрансферази (АЛТ), аспартат-амінотрансферази (АСТ),  $\gamma$ -глутаміл-транспептидази (ГГТП) в сироватці крові загальноприйнятими методиками); протеїнограми (уніфікованим методом зонального електрофорезу); оцінку показників ліпидограми (вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину (ХС) ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) за допомогою ензиматичного колориметричного методу з використанням наборів «Human» (Німеччина), ХС ліпопротеїдів низької (ЛПНЩ), дуже низької щільності (ЛПДНЩ) та індексу атерогенності (ІА) за загальноприйнятими розрахунковим методом; визначення рівню креатиніну (Кр) та сечовини колориметричними методами.

Статистична обробка результатів виконувалась за допомогою пакета програм MS Excel версія 7.0 з використанням критерію Ст'юдента, мінімальний рівень значущості визначався при  $p < 0,05$ . Для встановлення залежності між показниками залучали кореляційний аналіз із розрахунком коефіцієнтів кореляції Пірсона та рангової кореляції Спірмена.

**Результати дослідження.** У результаті проведеного дослідження були отримані наступні результати: серед пацієнтів із ХСНд гіпертрофічний тип (ДД1) був у 48 %, псевдонормальний тип (ДД2) у 16 %, рестриктивний тип (ДД3) – у 36 %.

Показники крові у всіх хворих були в межах норми, однак у пацієнтів 3-ї групи з ХСНс-д була визначена тенденція ( $p > 0,05$ ) до зменшення кількості

еритроцитів та рівня гемоглобіну (HGB) порівняно з аналогічними показниками 2-ї групи (відповідно: еритроцити –  $4,28 \times 10^{12}$  і  $4,43 \times 10^{12}$ ; HGB – 22,49 та 128,64 г/л). У пацієнтів 1-ї групи з ХСНс було встановлено достовірне збільшення рівня тромбокриту (PCT) та середнього об'єму тромбоцитів (MPV) порівняно з пацієнтами 2-ї групи (відповідно: PCT – 0,21 і 0,12 ( $p < 0,05$ ); MPV – 10,06 і 6,48 ( $p < 0,05$ )).

У пацієнтів 1-ї групи з ХСНс був достовірно нижчим рівень загального білка (ЗБ) та ЛПВЩ порівняно з пацієнтами 2-ї групи з ХСНд. У хворих 3-ї групи з ХСНс-д встановлено достовірне підвищення рівня Кр, сечовини, АСТ і АЛТ та достовірне зниження рівня ЗБ, ЗХС і ЛПВЩ порівняно з хворими 2-ї групи з ХСНд. У пацієнтів з ХСН 1-ї та 3-ї груп були встановлені негативні кореляції між кількістю еритроцитів та рівнем Кр, рівнем HGB та Кр, а також позитивні кореляції між рівнем HGB та ЗХС.

**Висновки.** У пацієнтів з ХСНс визначена тенденція до анемії, збільшення MCV та MCH вірогідно є компенсаторною реакцією на гіпоксію. Збільшення PCT та MPV можна розглядати як прояви більшої виразності атеросклеротичного процесу у даній категорії хворих. Зміни біохімічних показників у пацієнтів з ХСНс відображують прояви хронічного кардіоренального та кардіопечінкового синдромів при ХСН.

## ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПОХИЛОГО ВІКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Кандиба В.П.<sup>1</sup>, Ніколенко Є.Я.<sup>1</sup>, Летік І.В.<sup>1,2</sup>, Кратенко Г.С.<sup>1</sup>, Власенко О.О.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

Згідно зі статистичними даними, в Україні частка людей похилого віку становить понад 20 % населення країни. Розповсюдженість АГ серед людей похилого віку, за даними National Health and Nutrition Examination Survey III, становить 60 %. Незважаючи на доведену користь від медикаментозного лікування АГ, до теперішнього часу немає відповіді на питання, до якого віку доцільно проводити терапію захворювання. Метааналіз досліджень, що включали пацієнтів старше 60 років з САД > 160 і ДАТ < 90 показав, що на тлі активної антигіпертензивної терапії відзначалося зниження загальної смертності на (13 %), а також серцево-судинної смертності на (26 %) і частоти виникнення інсульту на (30 %).

**Мета роботи.** Визначення доцільності та ефективності лікування АГ у хворих похилого віку.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено спостереження за 57 хворими (39 чоловіків та 18 жінок) похилого віку (середній вік  $72,7 \pm 5,3$  роки) з діагностованою АГ в амбулаторних умовах поліклінічного лікування протягом 3 років. Усі хворі отримували медикаментозну антигіпертензивну терапію.

**Результати дослідження.** Обов'язковим компонентом лікування літніх хворих з АГ є немедикаментозна терапія, основними напрямками якої є нормалізація маси тіла і боротьба з ожирінням, зменшення споживання кухонної солі і алкоголю, збільшення фізичної активності, відмова від куріння, збагачення раціону

продуктами, багатими калієм, кальцієм і магнієм, зменшення в раціоні частки насичених жирів і холестерину. Вибір препарату залежить від анамнезу пацієнта, терапії, яку отримував хворий на момент виявлення АГ, наявності протипоказань. Найчастіше використовували індапамін. Як альтернатива діуретикам, препаратів першої лінії, були використані ІАПФ, АК або БРА. Найбільш часто застосовувався антагоніст кальцію амлодипін. У хворих відзначалося зниження артеріального тиску на  $(15,20 \pm 7,28)$  і  $(30,94 \pm 15,97)$  мм рт. ст. При терапії систолодіастолічної АГ середнє зниження САТ склало  $(37,76 + 19,57)$  мм рт. ст., ДАТ –  $(17,79 + 12,24)$  мм рт. ст. При наявності ознак СН чи гіпертрофії лівого шлуночка ІАПФ (раміпріл) або БРА (лосартан).

**Висновки.** В даний час доцільність лікування артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку не викликає сумнівів, оскільки тільки ця тактика ведення хворих з артеріальною гіпертензією призводить до достовірного зниження серцево-судинної смертності. Терапія має проводитися протягом всього життя в умовах амбулаторного спостереження та лікування лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

## **vonWILLEBRAND'S FACTOR AS MARKER OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

*Kapustnyk V.A., Arkhipkina O.L.*

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

**Introduction.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is often associated with high cardiovascular morbidity and mortality. From this site arterial hypertension (AH) as the most spread cardiovascular disease with its life-threatening complications requires more attention from physician toward patient with COPD. Recent data suggest a presence of endothelium dysfunction in both diseases, which involves disturbances of haemostasis. Our attention was attracted to vonWillebrand's factor (vWF) as a single haemostatic factor producing by endothelial cells.

**The aim of the study** was to investigate plasma levels of vWF in patients with COPD and AH.

**Materials and methods of research.** The study involved 89 patients with COPD, who meet the criteria GOLD II and had no exacerbations in the preceding 4 weeks before enrollment in the study. A study group was formed from 49 patients with COPD and accompanying mild AH. A group of comparison consisted of 40 patients suffering from COPD without AH. The control group included 23 normotensive individuals with normal spirographic data. The quantitative determination of vWF was measured in plasma using the ELISA for determination of vWF Ag «Techoclon» according to the manufacturer's protocol.

**Results of the study.** Research findings have shown that vWF level in all examined patients was within normal limits. The closer analyze demonstrated trend toward higher levels of plasma vWF in all patients with COPD comparing with individuals from control group. Thus, plasma level of vWF in patients with COPD were

0,92±0,1 IU/ml that was higher compared to those in healthy volunteers (0,76 ±0,2 IU/ml, p>0,05). Patients of study group had the highest level of vWF (1,07±0,1IU/ml, p>0,05). Apparently, chronic low-grade systemic inflammation in case of COPD causes affection of endothelium which results in endothelial dysfunction with activation of vWF. Inflammation converts the normal anticoagulant endothelium into a procoagulant surface and makes patients' haemostatic system more vulnerable in prognostic value. Thus, the presence of concomitant AH increases a potential to stimulation of blood clot formation even in absence of vessel damage.

**Conclusions.** The study showed tendency towards elevation of vWF in all patients with COPD. More expressed activation of vWF was detected in patients with accompanying AH which can be explained by more expressed affection of endothelium cells by increased blood pressure.

## **ВПЛИВ VIP НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

*Капустник В.А., Істоміна О. В.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Аналіз показників ехокардіографічного дослідження правого шлуночка (ПШ) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) дає можливість вивчення впливу основних патогенетичних ланок на функціональні властивості міокарда, зокрема вазоактивного інтестинального пептиду (VIP). Він підтримує адекватний органний кровообіг та артеріальний тиск шляхом регулювання судинного тонуусу як на локальному, так й на системному рівні.

**Мета роботи.** Оцінити стан VIP в плазмі крові у хворих на ХОЗЛ і при поєднанні ХОЗЛ з ГХ та його вплив на функціональний стан ПШ.

**Матеріали та методи дослідження.** Відповідно до програми дослідження було обстежено 100 пацієнтів, які знаходились на обстеженні та лікування в НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. Пацієнти були розподілені на 2 групи: до основної групи були залучені хворі, яким було встановлено діагноз ХОЗЛ з супутньою ГХ (55 осіб: 35 чоловіків і 20 жінок); до групи порівняння були залучені хворі на ізольоване ХОЗЛ (45 осіб: 34 чоловіки і 11 жінок); група контролю складалась з практично здорових осіб (45 осіб: 25 чоловіків і 20 жінок). Усі обстежені були у віці від 39 до 68 років. Середній вік хворих I групи склав 53,8±5,08 років, II групи – 56,06±3,97 років, групи контролю – 53,44±6,77. Визначення рівня VIP проводили імуноферментним методом із використанням комерційної тест-системи фірми RayBio (Італія) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія). Ехокардіографічні показники серця визначалися за допомогою доплерехокардіографа “Siemens Sonoline – SL450”.

**Результати дослідження.** При зіставленні з контролем (25,8 [22,2;30,8]) та групою порівняння виявилось (26,4 [21,3; 29,0]) зниження (p<0,001) у плазмі крові хворих основної групи (13,1 [9,92; 15,9]) вмісту VIP у середньому в 2,0 рази.

Лише у 5 пацієнтів (9 %) цієї групи його вміст перетинався з діапазоном значень контролю та групи порівняння. Рівень VIP у випадку ізольованого перебігу ХОЗЛ практично не відрізнявся від контролю ( $p=0,500$ ).

При визначенні діастолічної функції ПШ було виявлено вірогідне ( $p<0,05$ ) зменшення КДП ( $\text{см}^2$ ) в першій групі ( $15,5\pm 0,44$ ) відносно групи зіставлення ( $16,8\pm 0,43$ ) та контролю ( $17,7\pm 0,59$ ); КСП ( $\text{см}^2$ )  $8,9\pm 0,26$ ,  $9\pm 0,25$  та  $9,1\pm 0,24$  відповідно. ФЗПП (%) було нижче ( $p<0,05$ ) в основній групі ( $42,1\pm 0,98$ ) відносно порівняння ( $46,1\pm 0,87$ ) та групи контролю ( $50,6\pm 1,35$ ).

При дослідженні показників систолічної функції ПШ достовірні зміни ( $p<0,05$ ) були у пік Е ТТДП (м/с) основної групи ( $39\pm 1,05$ ) відносно порівняння ( $44,8\pm 2,01$ ) та групи контролю ( $57,7\pm 1,18$ ) та Е/А ТТДП (м/с)  $0,7\pm 0,02$ ,  $0,9\pm 0,04$  та  $1,1\pm 0,03$  відповідно.

При аналізі взаємозв'язку між VIP та показниками кардіогемодинаміки було виявлено такі співвідношення з КДП ( $r=-0,49$ ;  $p=0,001$ ), КСП ( $r=-0,31$ ;  $p=0,03$ ), ФЗПП ( $r=-0,30$ ;  $p=0,06$ ), пік Е ТТДП ( $r=-0,39$ ;  $p=0,01$ ), Е/А ТТДП ( $r=-0,38$ ;  $p=0,02$ ).

**Висновки.** Одержані результати дослідження дозволяють висловити думку, що зниження вмісту VIP блокує його вазодилатуючий ефект, сприяючи розвитку гіпертензії та формуванню легеневого судинного ремоделювання і запалення, впливаючи на функціональні зміни міокарда ПШ, що характеризуються його систолічною та діастолічною дисфункцією.

## ВЗАЄМОДІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

*Кіресв І.В., Жаботинська Н.В.*

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

На сьогоднішній день дуже **актуальною** є проблема коморбідної патології. За результатами дослідження D. Campbell-Scherer, поширеність коморбідних станів становить від 69 % у хворих молодого віку до 93 % у пацієнтів середнього віку і до 98 % у пацієнтів похилого віку.

Кількість мультиморбідних станів збільшується з 10 % у пацієнтів віком <19 років до 80 % у пацієнтів віком  $\geq 80$  років. Наявність у пацієнта коморбідної патології є однією з передумов комбінованого призначення лікарських засобів. За даними літератури, більше одного лікарського засобу приймає приблизно 56 % пацієнтів у віці до 65 років і 73 % пацієнтів старше 65 років. Прийом двох ліків призводить до їх взаємодії у 6 % пацієнтів, а призначення п'яти та більше лікарських засобів підвищує частоту взаємодій більше, ніж на 50 %. Взаємодія лікарських засобів – це якісна або кількісна зміна ефектів, що їх спричиняють лікарські засоби при одночасному або послідовному застосуванні двох і більше препаратів. Розрізняють фармацевтичну, фармакодинамічну, фармакокінетичну взаємодії лікарських засобів. Фармацевтична взаємодія відбувається до введення ліків в організм. До фармакодинамічного типу взаємодії відносяться випадки, коли один лікарський засіб викликає зміну концентрації іншого лікарського засобу в місцях їх безпосередньої дії. В результаті фармакодинамічної взаємодії може відбуватися посилення або зменшення як основного, так і побічного ефектів лікарського

засобу. При цьому може забезпечуватися як більш виражений фармакологічний ефект комбінації препаратів, ніж дія кожного лікарського засобу окремо, так спостерігатися і ослаблення або зникнення частини фармакологічних властивостей одного або декількох лікарських засобів.

Фармакокінетична взаємодія відбувається на всіх етапах фармакокінетики ліків в організмі людини: на етапі всмоктування, розподілу, біотрансформації та виведення лікарських засобів. Взаємодія лікарських засобів на етапі біотрансформації в печінці пов'язана зі зміною активності ферментів системи цитохрому P450, які беруть участь у реакціях метаболізму лікарських засобів. При цьому лікарські засоби можуть бути як індукторами або інгібіторами ферментів системи цитохрому P450, так і субстратами для впливу цих ферментів. Якщо один лікарський засіб викликає індукцію ферментів метаболізму, то другий лікарський засіб-субстрат може зменшувати або втрачати свою активність. Якщо один лікарський засіб зменшує активність ферментів метаболізму, то другий лікарський засіб-субстрат може недостатньо метаболізуватися і проявити свою активність не повною мірою. Таким чином, комбіноване застосування ліків може викликати їх взаємодію та змінити їх очікувану ефективність.

Враховуючи сказане вище, можна виділити певні групи пацієнтів з коморбідною патологією, які потребують ретельного моніторингу під час комбінованого застосування препаратів.

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА ФОРМЫ ТЕЛА С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Кисиленко Е.В.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

На сегодняшний день известно, что накопление избыточного количества жира в брюшной полости приводит к развитию сахарного диабета 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний и, как следствие, повышает риск преждевременной смерти. Еще в 2012 г. американскими учеными был предложен «Индекс формы тела» (A Body Shape Index – ABSI) – усовершенствованный индекс, который был разработан как способ количественной оценки риска, связанного с абдоминальным ожирением (отношение объема талии (ОТ) к индексу массы тела (ИМТ) и росту).

**Цель работы.** Изучить гендерные особенности взаимосвязи между ABSI и кардиометаболическими факторами риска у больных гипертонической болезнью (ГБ) с абдоминальным ожирением (АО).

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 82 больных гипертонической болезнью. Возраст пациентов колебался от 42 до 78 лет. Все больные прошли комплексное клиническое обследование с расчетом ABSI и определением показателей липидного обмена: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ),

холестерин липопротеидов високої (ХС ЛПВП), низкої (ХС ЛПНП) и очень низкої щільності (ХС ЛПОНП), коефіцієнт атерогенності (КА) и аполипопротеїна В (Апо В). Статистический аналіз проводили с помощью непараметрической статистики. Нулевую гіпотезу відбрасували при достовірності ( $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження.** Больні ГБ с наявністю АО склали 78,7 %. Во время кореляційного аналізу середі жінок больних ГБ в поєднанні с АО виявлена позитивна кореляція між ABSI и КА ( $R=0,26$ ;  $p < 0,05$ ), АпоВ ( $R=0,37$ ;  $p < 0,05$ ) и негативна зв'язь с ХС ЛПВП ( $R=-0,33$ ;  $p < 0,05$ ). У чоловіків с ГБ и АО виявлена позитивна кореляція ABSI с АпоВ ( $R=0,27$ ;  $p < 0,05$ ). Кореляційний аналіз середі пацієнтів, не маючих АО, ніяких суттєвих зв'язей між ABSI и кардіометаболіческими факторами ризику виявлено не було.

**Висновки.** Взаємозв'язь індексу форми тіла с порушеннями ліпідного обміну більш виражена у жінок, чим у чоловіків, больних гіпертоніческою хворобою, при наявності абдоминального ожиріння.

## **ПІТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

*Кратенко Г.С., Мартиненко М.В., Ларічева Л.В., Сокруто О.В., Ніколенко Є.Я.*  
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

Лікар загальної практики – сімейний лікар (ЗП–СЛ) – спеціаліст, який широко орієнтований в основних лікарських спеціальностях та є спроможним надати багато профільну амбулаторну допомогу під час виникнення найбільш поширених захворювань та невідкладних станів. Первинна медико-соціальна допомога населенню – це головний обов'язок лікаря ЗП–СМ. У зв'язку з цим, до пріоритетних завдань первинного виду діяльності належить володіння принципами і методами профілактики та лікування найбільш поширених захворювань.

За даними ВООЗ, в країнах із високим рівнем статків є вищим ризик розвитку інфаркту міокарда (ІМ) та коронарної смертності, а в країнах із низьким рівнем статків, до яких належить Україна, вищим є ризик розвитку церебрального інсульту. Одним із найбільш поширених факторів ризику кардіocereбральних захворювань є артеріальна гіпертензія (АГ). Поширеність АГ серед дорослого населення України сягає 35 %. У зв'язку з цим, метою лікування хворих з АГ є зниження довгострокового сумарного кардіоваскулярного ризику, який призводить до збільшення серцево-судинних захворювань та смертності від них.

Успіх лікування АГ залежить не тільки від вибору фармакотерапевтичних засобів та коректності їх призначення, а й від ретельного дотримання пацієнтом рекомендацій ЗП–СЛ. Низький комплаєнс пов'язаний із підвищенням частоти серцево-судинних ускладнень (ІМ, інсульт). Відсутність прихильності до лікування досить щільно пов'язана з проблемою недостатньо ефективного спілкування ЗП–СЛ з пацієнтом.

Таким чином, одним із важливих завдань ЗП–СЛ є також всебічне інформування пацієнтів про ризик АГ та користь ефективного її лікування. Разом із тим, ЗП–СЛ, як суб'єкт первинної ланки допомоги, повинен достеменно орієнтуватися

в основних класах антигіпертензивних засобів, показаннях, протипоказаннях, знати раціональні схеми їх призначення. У зв'язку з цим, при лікуванні АГ необхідно керуватися уніфікованим клінічним протоколом первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», затвердженим наказом МОЗ України від 24.05.2012 №384 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії».

В цілому знання ЗП–СЛ принципів раціональної фармакотерапії основних хронічних неінфекційних захворювань, у тому числі АГ, є фундаментом для зниження ризику захворюваності та смертності населення України.

## **АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ – КОМОРБІДНИЙ СТАН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

*Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг

Анемія у хворих на ревматичні захворювання (РЗ) розвивається у 30–70 % випадків і є системним позасуглобовим проявом хронічного запального процесу або результатом ускладнень на фоні проведеної терапії. Серед нозологічних груп анемічний синдром хронічного запалення (АХЗ) займає одне з перших місць. Відповідно до сучасних уявлень, в основі АХЗ полягає імуноопосередкований механізм: цитокіни й клітини ретикулоендотеліальної системи (РЕС) викликають зміни в гомеостазі заліза, проліферації еритроїдних попередників, продукції еритропоетину і тривалості життя еритроцитів. Відомо, що при АХЗ розвивається «функціональний» дефіцит заліза, внаслідок чого залізо стає малодоступним для еритропоезу при нормальному або підвищеному вмісті в організмі (Means R.T., 2003).

Серед спостережуваних 150 пацієнтів на РЗ за етіологічними факторами нами умовно виділено наступні різновиди анемічного синдрому: 1) АХЗ, яку можна вважати системним проявом РЗ, тому що вона є наслідком запального процесу, і вираженість анемії прямо пов'язана зі ступенем активності захворювання; 2) залізодефіцитна анемія (ЗДА), яка є причиною зниження гемоглобіну у хворих на РЗ; 3) мегалобластна анемія, яка пов'язана зі зниженням рівня вітаміну В<sub>12</sub> і/або фолієвої кислоти при активному та тривалому РЗ; 4) міелосупресія з розвитком панцитопенії у хворих на РЗ, як наслідок дії імуносупресантів. Причому частота розвитку гематологічних ускладнень на тлі вживання основного компонента базисної терапії метотрексату становить лише 3 %, що пов'язано з низьким рівнем препарату в кістково-мозкових клітинах (Henke M. et al., 2003). Кожен із наведених аспектів розглядався нами окремо. Важливою особливістю при РЗ є надлишкова навантаженість заліза в РЕС. Відомо, що порушення всмоктування та експорту заліза з макрофагів здійснюється завдяки негативному регулятору заліза – гепцидину. Утворення гепцидину індукується кількома факторами, включаючи перевантаження заліза або медіатори запалення (такі, як фактор некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), інтерлейкін (ІЛ)-1, ІЛ-6 або ІЛ-22). Так, у пацієнтів із рівнем



феритину до 4,1 нг/мл ФНП- $\alpha$  досягав значень  $24,3 \pm 1,13$  нг/л, ІЛ-6 –  $29,1 \pm 1,23$  нг/л ( $p < 0,05$ ). Так звана цитокін-медійована анемія відрізняється характерними тільки для неї рисами, а саме підвищенням синтезу феритину. При рівні гепцидину понад 20 мкг/л визначалася неефективність терапії препаратами (76 %), що містять залізо.

## ТРИГЕРНІ ФАКТОРИ В РОЗВИТКУ СПАЛАХІВ ПОДАГРИ

*Кузьміна Г.П., Лазаренко О.М.*

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Кривий Ріг

Подагра залишається найпоширенішим типом запального артриту у всьому світі (Kiltz U. et al., 2017).

**Мета роботи.** Визначити тригерні фактори у пацієнтів із подагрою, які здатні підвищувати ризик розвитку спалахів подагри.

**Матеріали та методи дослідження.** Було включено 50 пацієнтів, вік яких становив від 40 до 66 років. Діагноз подагри встановлювався згідно з критеріями Американського коледжу ревматології (ACR) та Європейської протиревматичної ліги (EULAR) 2015 р. Клінічні та анамнестичні дані були отримані при опитуванні хворих, аналізі попередньої медичної документації, виконанні загальноклінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Визначення рівня феритину крові здійснювалося за допомогою імунохімічного методу з хемілюмінесцентною детекцією (ECLIA). Аналізатор і тест-система: Cobas 6000; Roche Diagnostics (Швейцарія). Для визначення концентрації сечової кислоти крові застосовувався колориметричний аналіз. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Excel-2010 та пакета прикладних програм STATISTICA 6.1.

**Результати дослідження.** Середній вік хворих на подагру склав  $56,4 \pm 5,3$  роки. Тривалість захворювання у середньому становила 7 років, з коливаннями від 1 до 15 років. Середня кількість уражених суглобів – 5. Найчастіше спостерігалось ураження плесно-фалангового (у 100 % випадків), гомілковостопного, колінного та ліктьового суглобів. У 2 % хворих було уражено 1 суглоб, у 6 % – 2 суглоби, у 8 % – 3 суглоби, у 28 % – 4 суглоби, у 6 % – 5 суглобів, у 36 % – 6 суглобів, у 8 % – 7 суглобів, у 2 % пацієнтів було уражено по 8, 9 та 10 суглобів. Частота спалахів (за останні 12 міс) – 5–26.

За даними статистичних методів, були виділені наступні тригерні фактори загострення подагри: гіперурикемія, гіперферитинемія, рівень С-реактивного білка, наявність метаболічного синдрому і артеріальної гіпертензії.

У пацієнтів із подагрою середній рівень феритину в період загострення вдвічі вищий, ніж у міжприступному періоді. Був виявлений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем сечової кислоти і феритину у пацієнтів із подагрою.

Залізо може виступати фактором загострення подагри. Це підтверджується присутністю заліза у тофусах та синовіальній мембрані (Facchini F.S. et al., 2003).

Деякі автори висувають наступну гіпотезу: значні запаси заліза, показником яких є концентрація феритину в сироватці крові, можуть сприяти оксидативному

стресу і, таким чином, підвищувати ризик розвитку серцево-судинних захворювань (Kraml P. et al., 2004).

У недавньому дослідженні було показано, що асоціація феритину з сечовою кислотою і подагрою не залежить від рівня С-реактивного білка, тобто зв'язок не обумовлений підвищенням рівня феритину при запаленні, а відіграє безпосередню роль у метаболізмі заліза при подагрі (Fatima T. et al., 2018).

**Висновки.** Основні тригерні фактори в розвитку спалахів подагри – гіперурикемія, гіперферитинемія, рівень С-реактивного білка, наявність метаболічного синдрому і артеріальної гіпертензії. Асоціація між концентрацією феритину і сироватковим рівнем сечової кислоти при подагрі свідчить про те, що залізо може відігравати важливу роль у патогенезі подагри.

## **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ**

*Лазарчук Т.Б.*

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

За останнє десятиліття гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) вишла на провідне місце за поширеністю серед хронічних захворювань. Симптоми рефлюкс-езофагіту виявляються у 25,9 % жителів Європейських країн та 27,8 % – Північної Америки. В Україні поширеність печії серед дорослого населення становить за деякими клінічними дослідженнями 30 %. Офіційна кількість зареєстрованих хворих складає 10 на 1000 населення.

**Мета роботи.** Визначити тактику ведення ГЕРХ залежно від клінічної ситуації.

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідження включені 331 пацієнт (ж/ч – 200/131, середній вік –  $(49,7 \pm 23,9)$  роки), які знаходилися на лікуванні у гастроентерологічному відділенні КНП «ТМКЛ № 2» у 2017 р. Критеріями відбору були типові (печія, регургітація, дисфагія) та атипові (переважно – сухий кашель, загрудинний біль некардіального походження) прояви гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР).

За результатами аналізу клініко-анамнестичних даних (у тому числі оцінка факторів ризику) та ЕГДС патологічний ГЕР (ГЕРХ) встановлено у 175 осіб (52,9 %); вторинний ГЕР у 152 пацієнтів (45,9 %); у 4 (1,2 %) молодих жінок припустили фізіологічний ГЕР та спрямували на амбулаторний добовий моніторинг рН із рекомендаціями щодо модифікації способу життя та корекцією програми після результатів обстеження.

**Результати дослідження.** У групі хворих на ГЕРХ ( $n=175$ ) у 40 осіб (22,9 %) діагностовано ерозивний езофагіт ст. А та В (за Лос-Анджелеською класифікацією), у 32 (18,3 %) – діафрагмальна кила (ДК), у 58,9 % – еритематозна езофагопатія ст. А (ЕЕП). У 81,7 % пацієнтів захворювання мало рецидивний, повільно прогресуючий перебіг. У більшості випадків (85,1 %) загострення асоціювалися з порушенням режиму харчування, фізичних навантажень, прийому ліків. Проте

у деяких випадках (9,7 %) відмова від прийому ІПП була зумовлена погіршенням серцевої діяльності. Ці пацієнти розглядалися як претенденти на оперативне втручання. Серед осіб із верифікованою ДК на терапію ІПП відповіли 19 осіб (59,4 %), 7 (21,9 %) відмічали полегшення симптомів, решта 18,7 % – на терапію не відповіли і також розглядалися до хірургічної корекції. Пацієнтам із ЕЕП ст. А акцент робили на модифікації способу життя та призначали фамотидин 40 мг за 30 хв до сніданку. Ефективність оцінювали через 4 тиж. Залежно від результату переходили на терапію ІПП (у 35,9 %), при досягненні ефекту – на терапію on demand. Прихильність до терапії у перші 4 тиж становила 72,8 %. Усім хворим з ерозивним езофагітом терапію розпочинали з ІПП: езомепразол 40 мг або пантопразол 40 мг за 30 хв до сніданку. Курс лікування становив 8 тиж. Прихильність до терапії була високою у перший місяць і суттєво знижувалася у наступний. При наявності ДК – дозу ІПП подвоювали у 15 осіб, у 17 – поєднували ІПП із фамотидином. Із 15 пацієнтів троє відмовилися від терапії через розвиток побічних реакцій. У групі поєднаного прийому ІПП і фамотидину побічні реакції не реєструвалися. Ефективність залежала від прихильності до терапії. Лише 22,8 % обстежених дотримувалися режиму прийому ліків впродовж курсу лікування. У 18,3 % ефективності досягли при поєднанні ІПП з урсодезоксихолевою кислотою, прокінетиками або альгінатами. В 14,3 % випадків вимагалось додаткове обстеження у зв'язку з низькою ефективністю супресорної терапії.

Групу пацієнтів із вторинним ГЕР (n=152) становили 107 осіб (70,4 %) із ознаками метаболічного синдрому (МС) визначеного за критеріями АНА/NHLBI (2005); 32 (21,1 %) – обструктивного синдрому та 13 (8,6 %) – хворі з анамнезом аутоімунних захворювань. ЕЕП ст. А зареєстрована в 92,1 % випадків, ерозивний езофагіт А – у 7,9 %. Особливість перебігу ГЕР в осіб із МС полягала у частому (64,5 %) поєднанні ГЕР із розладами моторики шлунково-кишкового тракту переважно за гіпотонічно-гіпокінетичним типом. Таке поєднання частіше реєстрували при цукровому діабеті (ЦД) 2-го типу з анамнезом захворювання понад 5 років, недостатнім контролем вуглеводного обміну за показниками HbA1c; в умовах дисфункції гепатобіліарної системи; при ожирінні. У клінічній картині домінували нудота, відчуття переповнення в епігастрії, рідше – блювота. Дисфагія була присутня у однієї пацієнтки із системною склеродермією; сухий кашель вночі, ознаки ларинготрахеїту зареєстровано у чотирьох хворих з обструктивним синдромом. При складанні програми терапії враховували коморбідність двох і більше захворювань та необхідність прийому ряду ліків на постійній основі. У хворих на ЦД 2-го типу кращого терапевтичного ефекту досягали при поєднанні ІПП, прокінетика та ферменту впродовж 4 тиж, далі переходили на прийом ІПП у режимі on demand. У пацієнтів із обструктивним синдромом додатковий прийом ІПП впродовж 4 тиж покращував у тому числі і перебіг основного захворювання, що іноді наводило на думку про участь ГЕР у патогенезі останнього.

**Результати дослідження.** Таким чином, неоднорідна природа хронічного ГЕР вимагає ретельного діагностичного аналізу для визначення тактики ведення з урахуванням супутньої патології, а також пошуку шляхів підвищення прихильності пацієнтів до лікування.

# ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Ларічева Л.В., Сокруто О.В., Мартиненко М.В.,  
Беляєва Л.В., Кандиба В.П.*

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

Лікування артеріальної гіпертензії (АГ) – одна з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Як антигіпертензивні препарати першої лінії лікарями досить широко використовуються антагоністи кальцію (АК), особливо дигідропіридинові похідні пролонгованої дії. Важливу роль відіграє правильний вибір препарату або комбінації препаратів при тривалому амбулаторному веденні пацієнта, а також безпека і переносимість лікування. Це задача, яку щоденно виконує сімейний (дільничний) лікар.

**Мета роботи.** Оцінка ефективності фелодипіну (Ф) у хворих з АГ та аналіз прихильності до антигіпертензивної терапії в умовах реальної амбулаторної практики сімейного лікаря.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліджено 185 хворих з АГ старше за 18 років із початковим рівнем офісного систолічного артеріального тиску (САТ) 140–179 мм рт. ст. і діастолічного АТ (ДАТ) 99–100 мм рт. ст. Крім загального клінічного обстеження, вимірювали офісний АТ, індекс маси тіла (ІМТ), оцінювався анамнез, фактори ризику, супутня терапія. Якість життя визначали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) – початкова-кінцева точка. Прихильність до терапії оцінювалася за тестом Мориски–Гріна. Комплаєнтними вважалися хворі, що набрали більше трьох балів. Пацієнтів розділили на 2 групи: з низькою (НПЛ) – 1-а група з високою прихильністю до лікування (ВПЛ) – 2-а група. Терапію вважали ефективною при досягненні наприкінці спостереження цільового офісного АТ <140/90 мм рт. ст.

**Результати дослідження.** В 1-й групі САТ і ДАТ були вище ( $p < 0,001$ ), ніж у 2-й ( $p < 0,05$ ). Через 4 і 8 тиж у обох групах САД і ДАТ достовірно знизились ( $p < 0,001$ ). Середня добова доза Ф в групах на 4-му тижні склала 6,9 мг (1-а група) та 6,7 мг (2-а група) і на 8-му залишилися без змін. Рівня АТ <140/90 мм рт. ст. в кінці дослідження досягли 50,6 % пацієнтів 1-ї гр. і 47,7 % – 2-ї групи. Зниження САД <140 мм рт. ст. або на 20 мм рт. ст. і більше від вихідного, а також ДАТ <90 мм рт. ст. або на 10 мм рт. ст. і більше зазначено у 98,8 % пацієнтів у 1-й і 98,4 % у 2-й групі. Аналіз даних ВАШ на початку виявив вірогідно більш низьку якість життя в групі з НПЛ. Через 8 тиж якість життя достовірно покращилася в обох групах, однак у групі НПЛ це було більш вираженим. Як відмінну та хорошу переносимість терапії оцінили 79 % хворих (НПЛ) і 80,4 % хворих (ВПЛ) ( $p = 0,7$ ). Відмічені побічні реакції: набряклість гомілок (28,4 %), головний біль (19,6 %), гіперемія обличчя (17,5 %), тахікардія (16,8 %).

**Висновки.** Застосування фелодипіну призводить до вираженого гіпотензивного ефекту як у період підбору дози, так і при подальшому спостереженні, сприяє поліпшенню самопочуття та достовірному поліпшенню комплаєнтності у пацієнтів з низькою прихильністю до лікування, що дозволяє рекомендувати активне використання фелодипіну в практиці сімейного лікаря.

# МОДЕЛІ УРАЖЕННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА ЗА НАЯВНОСТІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

*Мартиненко М.В.<sup>1</sup>, Ніколенко Є.Я.<sup>1</sup>, Сокруто О.В.<sup>1</sup>,  
Вовк К.В.<sup>1</sup>, Летік І.В.<sup>1,2</sup>, Власенко О.О.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

<sup>2</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

Планування роботи сімейного лікаря повинно здійснюватися з урахуванням наявності та можливості використання необхідного медико-технічного, інструментального забезпечення для проведення диспансерної роботи, ранньої діагностики, лікування, надання невідкладної медичної допомоги при надзвичайних станах. Найактуальнішою проблемою є здоров'я жінок фертильного віку, від чого залежить стан здоров'я майбутньої нації.

**Мета роботи.** Вивчення моторних порушень біліарного тракту (МПБТ) у жінок фертильного віку із фенотиповими проявами синдрому системної дисплазії сполучної тканини (СДСТ).

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 67 пацієток (18–44 років, середній вік –  $31,3 \pm 0,8$  років) із функціональною патологією біліарного тракту та різною кількістю фенотипових маркерів СДСТ. 1-а група – 28 пацієнтів із трьома і більше зовнішніми стигмами ДСТ (ЗСДСТ) без внутрішніх стигм СДСТ (ВСДСТ), 2-а – 39 пацієнтів із трьома і більше ЗСДСТ з ВСДСТ.

**Результати дослідження.** У 1-й групі переважали МПБТ з гіпертонусом сфінктера Оді (СО) (у поєднанні з гіперкінезом жовчного міхура (ЖМ) – у 35 % хворих, із нормокінезом – у 65 %). У 2-й був змішаний характер МПБТ (70 % – гіпокінез ЖМ, який поєднувався у 2/3 з гіпертонусом СО, у 20 % – гіперкінез, у 10 % – нормокінез).

При біохімічному дослідженні жовчі (БДЖ) у хворих 1-ї групи відзначена тенденція до зниження концентрації холевої кислоти (ХК) ( $19,5 \pm 0,15$  ммоль/л), холестерину (ХС) ( $3,3 \pm 0,1$  ммоль/л), холато-холестеринового коефіцієнту (ХХК) ( $5,75 \pm 0,03$  ммоль/л), що вказує на помірно виражену літогенність жовчі та є опосередкованим свідченням гіперкінетичної форми порушення моторики ЖМ.

БДЖ хворих 2-ї групи виявило тенденцію до зниження концентрації ХК ( $17,03 \pm 0,30$  ммоль/л), достовірне ( $p < 0,05$ ) підвищення концентрації ХС ( $5,42 \pm 0,25$  ммоль/л), зниження ХХК ( $3,25 \pm 0,07$  ммоль/л), що вказує на підвищення літогенності жовчі та є опосередкованим свідченням гіпокінетичної форми порушення моторики ЖМ.

**Висновки.** У обстежених хворих із синдромом системної дисплазії сполучної тканини серед моторних порушень біліарного тракту переважають поєднані розлади жовчного міхура та сфінктера Оді; зі збільшенням кількості стигм системної дисплазії сполучної тканини (приєднання внутрішніх стигм дисплазії сполучної тканини) виявлена тенденція до підвищення концентрації холестерину, зниження холевої кислоти і холато-холестеринового коефіцієнту та зростає частота порушень моторики жовчного міхура за гіпокінетичним типом.

## КОМОРБІДНІ ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ У ХВОРИХ СТАЦІОНАРУ

*Несен А.О., Чернишов В.А., Шкапо В.Л., Валентинова І.А.*

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

З урахуванням того, що сьогодні летальність від серцево-судинних захворювань (ССЗ) в Україні посідає перше місце в структурі загальної смертності населення, саме підвищений кардіоваскулярний ризик (КВР) і коморбідність виступають першорядними проблемами вітчизняної медицини. На сучасному етапі однією з головних умов профілактики ССЗ на індивідуальному, сімейному і популяційному рівнях є своєчасне виявлення і корекція кардіоваскулярних факторів ризику (ФР). Зокрема артеріальна гіпертензія (АГ) – найважливіший модифікований ФР, з доведеним зв'язком підвищеного артеріального тиску (АТ) і збільшенням ризику розвитку фатальних і нефатальних інфарктів міокарда і мозкових інсультів, а також з прискоренням прогресування хронічної хвороби нирок (ХХН).

**Мета роботи.** Підвищити ефективність діагностики коморбідної патології серед стаціонарних хворих високого кардіоваскулярного ризику (КВР) шляхом оцінки частоти виявлення хронічних неінфекційних захворювань із визначенням індексу коморбідності.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 900 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з коморбідною патологією, що проходили стаціонарне лікування в ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» (377 (41,9 %) чоловіків та 523 (58,1 %) жінок, середній вік ( $57,3 \pm 7,8$ ) років). Розрахунок КВР проведено з використанням Riskcalculator (CV-Risk and Prevention); розрахунок індексу коморбідності Чарлсона проведено за методикою (M.E. Charlson et al., 2012).

**Результати дослідження.** Серед обстежених пацієнтів виявлено наступні коморбідні стани: сполучення серцевої недостатності на фоні ішемічної хвороби серця (84,7 %), (дифузний кардіосклероз (32,4 %), стабільна стенокардія (27,8 %), постінфарктний кардіосклероз і нестабільна стенокардія (19,8 %)) та АГ (98,4 %), цереброваскулярними захворюваннями (61,2 %), патологією нирок (67,1 %), неалкогольною хворобою печінки у 78,1 %, жовчнокам'яною хворобою у 10,2 %, виразковою хворобою у 7,5 %. Серед обстежених пацієнтів страждали на ожиріння 19,2 %, мали супутній цукровий діабет (ЦД) 2-го типу – 27,5 % осіб. Розрахований індекс Charlson для чоловіків склав ( $4,97 \pm 0,11$ ) бали, для жінок – ( $4,60 \pm 0,12$ ) бали,  $p=0,031$ . Індекс «комбіновані стани та вікові оцінки» для чоловіків – ( $6,02 \pm 0,12$ ) бали, для жінок – ( $5,95 \pm 0,14$ ),  $p>0,05$ . Десятирічна виживаність склала ( $24,6 \pm 1,4$ ) % у чоловіків і ( $25,3 \pm 1,6$ ) % у жінок,  $p>0,05$ . На фоні проведеного стаціонарного лікування як у жінок, так і у чоловіків спостерігалось достовірне зниження ризику за шкалами PROCAM ( $p<0,001$ ), Framingham ( $p<0,001$ ) та SCORE ( $p<0,001$ ). Однак, проведена терапія не вплинула на ризик розвитку ЦД ( $p>0,05$ ). Щодо шкали IRIS II, то достовірне зниження на фоні проведеної терапії спостерігалось тільки для чоловіків: до лікування – ( $70,57 \pm 1,93$ ) points, після – ( $69,89 \pm 1,93$ ),  $p=0,02$ .

**Висновки.** Встановлено високу частоту виявлення коморбідної патології серед обстежених пацієнтів стаціонару з підвищеним КВР, що підтверджується розрахованими індексами коморбідності (індекс Charlson, індекс «комбіновані стани та вікові оцінки», показник десятирічної виживаності). Застосування перерахованих показників дозволяє об'єктивізувати оцінку ефективності терапії даної категорії хворих та сприяє проведенню медичних заходів вторинної профілактики.

## THE POSSIBILITIES OF PREDICTION AND PREVENTION OF COMORBIDITY OF CARDIOVASCULAR DISEASE AND TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN POPULATION OF PERSONS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK

*Nesen A.O., Shkapo V.L., Valentinova I.A.*

SI "L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine", Kharkiv

**The aim of the study** is to improve the efficiency of diagnosis of comorbidity coronary heart disease (CHD), hypertension (EH) and type 2 diabetes mellitus (DM) among persons with high cardiovascular risk (CVR) by assessing the characteristics of gender, anthropometric, anamnestic data, lipid profile and proteinuria.

**Materials and methods of research.** The study involved 1041 hypertensive patients with comorbidity of CHD and EH – (623 (59.9 %) males and 417 (40.1 %) females, mean age (57.3±0.2). For verification persons with increased CVR it was applied European guidelines (ESC/EAS, 2011) and the recommendations of the Ukrainian Association of Cardiology (2012) for the prevention and treatment of cardiovascular diseases. The calculation of CVR was conducted using Riskcalculator (CV-Risk and Prevention); the index of comorbidity Charlson was conducted by the method (ME Charlson et al.). According to the criteria of the International Diabetes Federation (2005, 2011) it were conducted a verification of the metabolic syndrome and type 2 DM.

**Results of the study.** The survey of 1041 patients with CHD, EH and high CVR established the high frequency of occurrence of concomitant type 2 DM, which amounted to 27.8 %. The presence of obesity (index  $\geq 30.0$  kg/m<sup>2</sup>) was set at 52.1 % in the group of patients with CHD, EH and concomitant type 2 DM, and 39.4 % – in the group without type 2 DM. The waist circumference was higher than 94 cm in males and 80 cm in females at 73.3 % of persons with type 2 DM and 66.4 % of those without type 2 DM. The comorbidity of CHD with hypertension and obesity is associated with a significant increase in index of comorbidity, the risk of concomitant liver and biliary tract diseases, disorders of carbohydrate metabolism, as well as the risk of cardiovascular events in patients with established type 2 DM. In the group of persons with CHD, EH and concomitant type 2 DM 68.5 % assess their physical activity as a low (duration of physical exercises less than 4 hours per week); in the group of patients with CHD, GB and without type 2 DM – 61.3 %,  $p=0.032$ . 8.6 and 8.8 %, respectively,  $p>0.05$ , indicated the fact of smoking. In patients with type 2 DM it were found the higher levels of triglycerides and very low density lipoproteins cholesterol, low levels of high-density lipoprotein cholesterol, which justifies higher values of atherogenic coefficient, which was (3.77±0.09) in persons with type 2 DM and (3.50±0.08) in those without

type 2 DM ( $p=0.03$ ). Normal levels of lipids was diagnosed in only 4.8 % of patients with concomitant type 2 DM and in 11.3 % of those without type 2 DM. Based on the identified characteristics of the risk factors it were identified the criteria for assessing the individual prognosis of type 2 DM in patients with coronary heart disease and hypertension, based on which it was developed a questionnaire “The stratification of the groups of patients with risk of comorbidity coronary heart disease, hypertension and type 2 DM in population of persons with high cardiovascular risk”.

**Conclusions.** The possibility of stratification groups of patients with the risk of type 2 DM in persons with cardiovascular pathology and high CVR very important in preventive medicine, timely prescription of treatment and lifestyle modifications that will prevent the progression of the metabolic abnormalities and vascular complications.

## **THE COMBINED COURSE OF AUTOIMMUNE THYROIDITIS AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE: SONOGRAPHIC PICTURE OF NECK VESSELS AND STRUCTURE OF THE THYROID GLAND IN PATIENTS**

*Oparin A.A., Oparin A.G., Yarantseva N.A., Khomenko L.A.*

Department of Therapy, Rheumatology and Clinical Pharmacology  
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv

There is a tendency in the last decade to an increase in the incidence of gastroesophageal reflux disease (GERD) particularly among young people. GERD symptoms are detected in almost half of the adult population. Up to 40 % of residents of industrialized countries note the leading symptom of GERD – a recurring heartburn that significantly reduces the quality of life. At the same time there is an increasing in number of GERD patients with comorbidity. One of such diseases is autoimmune thyroiditis. Nowadays autoimmune thyroiditis (AIT) is one of the most common diseases among young people. In a significant percentage of cases the main problem of this disease constitutes in delayed and untimely diagnosis. AIT has several common pathogenetic mechanisms with GERD the main of which are thyroid hormones that regulate the processes of secretion and motility of the gastrointestinal tract. Therefore early diagnosis of AIT will help prevent both relapse and formation of GERD.

**The aim of the study:** Taking into account that one of the most widely used method in the study of the thyroid gland is ultrasound, the purpose of our research was to study the features of regional blood circulation and sonographic picture of the thyroid gland in patients with GERD and concomitant AIT.

**Materials and methods of the research.** For the research we have selected two groups of patients. The first group consisted of 25 patients aged 18 to 25 years suffering from an isolated AIT. The second group included 23 patients aged 19 to 25 years suffering from GERD in combination with AIT. The control group consisted of 15 almost healthy people of the same age and gender. All patients were underwent a comprehensive examination according to the protocols of diagnosis and treatment of GERD and AIT, that included all necessary clinical, laboratory and instrumental methods of investigation. Also patients were underwent ultrasound examination of the neck vessels with



color Doppler mapping in particular subclavian, external carotid and thyroid arteries on a ULTIMA pro-30 apparatus (manufactured in Ukraine).

The diagnosis was made according to ICD-10. Statistical processing of data was carried out using the programs Microsoft Excel 2007 and Windows STATISTIKA 6.0.

**Results of the research.** During the conducted researches it was established that among 83 % patients of the first group with isolated AIT in the sonographic picture of the thyroid gland were observed fibrous inclusion into the parenchyma, capsule sealing, single extended follicles, and only 17 % had multiple extended follicles and areas of reduced echogenicity. While 71 % patients of second group had multiple extended follicles and areas of reduced echogenicity. Simultaneously the reduction of the diameter of blood vessels supplying the thyroid gland (although not reliable) came to the fore among the patients of the second group, while the decrease in the rates of blood flow prevailed among the patients of the first group. At the same time an increase of antibodies against thyroid peroxidase in the study of hormonal status was observed in all patients up to 700 U/ml (normal level below 30 U/ml). The level of thyroid-stimulating hormone depended on the stage of autoimmune thyroiditis – hypothyroidism or euthyroidism. Moreover, in patients of the second group euthyroidism was detected significantly more often. Wherein it was noted a clear correlation between the features of the sonographic picture of the disease and the indices of thyroid hormones.

#### **Conclusions:**

1. It was shown that there was a decrease in the diameter of blood vessels supplying the thyroid gland at the same time with more expressed AIT indices in patients with GERD and concomitant AIT.

2. A clear correlation was established between sonographic parameters of AIT, features of the disease pattern and levels of thyroid hormones.

3. The ultrasound method can be used as AIT screening.

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

*Оспанова Т.С.<sup>1</sup>, Лесовой В.Н.<sup>1,2</sup>, Чернякова И.А.<sup>1</sup>,  
Заозерская Н.В.<sup>3</sup>, Котулевич Н.Я.<sup>2</sup>, Чернякова А.Е.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

<sup>2</sup>КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології і нефрології  
ім. В.І. Шаповала», м. Харків

<sup>3</sup>Warsaw, Poland

Один из кризисов современной медицины состоит в забвении важнейшего принципа – лечить не болезнь, а больного. В настоящее время наблюдается доминирование хронических болезней в структуре заболеваний, что требует персонализированного подхода к лечению. Пациенты, страдающие хронической патологией, отличаются ухудшением качества жизни (КЖ), включая физические, психологические и социальные изменения.

**Цель работы.** Исследование параметров КЖ среди пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП) V стадии, бронхиальной астмой (БА) и сахарным диабетом (СД).

**Материалы и методы исследования.** Проведено сравнение показателей КЖ у 112 пациентов ХБП V ст., получающих лечение программным гемодиализом (ГД); 102 пациентов с БА и 78 пациентов, страдающих СД. Для оценки КЖ использовалась украинская версия опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form). Полученные данные сопоставлены с некоторыми показателями медицинских карт стационарного больного: возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), артериальное давление (АД).

**Результаты исследования.** Анализ показателей физического здоровья свидетельствует о том, что самые высокие суммарные показатели физического здоровья демонстрируют пациенты с СД типа I и контролируемой астмой II ст. По шкале «Физическое функционирование» (ФФ) неожиданно высокие показатели отмечены у пациентов на гемодиализе, низкие при СД типа 2, неконтролируемой астмой III–IV ст. тяжести. Удивительно низкие показатели этой шкалы обнаружены у пациентов с легкой формой БА, высокие показатели шкалы ФФ демонстрируют пациенты СД типа 1. Проведенный дисперсионный анализ показал, что в большинстве случаев отрицательное влияние на показатели шкал физического здоровья оказывают сопутствующие заболевания, преимущественно ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ).

Суммарный показатель психического здоровья был самым высоким у пациентов на ГД, при СД типа I, астме III ст. тяжести; низкий – при СД типа 2, БА II ст. и БА IV ст. тяжести. Анализ показателей отдельных шкал показывает, что жизнеспособность снижена при СД типа 2 и БА IV ст., социальное функционирование высокое у пациентов на ГД, снижено при СД типа 2, при БА III и IV ст. тяжести. Роль эмоций положительно оценивают пациенты на ГД и негативно во всех остальных группах. Высокие показатели психического здоровья у больных на ГД расцениваются нами как показатель адаптации пациентов к своему новому существованию в условиях заместительной почечной терапии (ЗПТ), адекватностью гемодиализа, хорошим комплайенсом пациентов с персоналом отделения, определенных надежд на продолжение своей жизни в этих условиях, перспектив трансплантации почки. Достаточно высокие показатели КЖ у больных СД типа 1 можно объяснить относительно молодым возрастом пациентов этой группы, отсутствием ожирения, АГ. Наиболее низкие показатели физического и психического здоровья демонстрируют пациенты СД типа 2 и тяжелой формой БА. При СД типа 2 это объясняется возрастом больных, наличием избыточной массы тела, АГ, ИБС, других сопутствующих болезней. БА IV ст. тяжести характеризуется фиксированной бронхиальной обструкцией, частой гормонозависимостью, резистентностью к терапии, что значительно снижает КЖ пациентов.

Исследования качества жизни у больных СД подчеркнуло принципиальные различия восприятия болезни пациентами, страдающими СД типа 1 и типа 2. Снижение показателей физического здоровья было значительно более выражено при СД типа 2 (самые низкие показатели среди всех обследованных пациентов, в том числе и с БА), показатели шкал психического здоровья при СД типа 1 приближались к показателям контрольной группы и пациентов, получающих ЗПТ программным ГД. Значительное снижение показателей психического здоровья

у больных СД типа 2 можно объяснить наличием сопутствующих болезней, более высокими возрастными показателями в этой группе больных. Проведение дополнительных психометрических тестов у больных СД выявило наличие у них признаков соматопсихических нарушений, в том числе и у лиц, страдающих СД типа 1: невротизацию, акцентуацию личности и пр.

Показатели КЖ у пациентов, страдающих БА, отличаются от таковых пациентов предыдущих групп: выявлены их фазовые колебания в зависимости от возраста (низкие у лиц молодого возраста, повышение в средней и старшей возрастных группах), тяжести болезни (низкие у лиц с легкой формой, повышение при средней тяжести болезни и снижение при тяжелой форме БА). Суммарный показатель физического здоровья снижается согласно тяжести болезни, уровня контроля, легочной недостаточности, а также при избыточной массе тела, у женщин, в старшей возрастной группе, при АГ. Суммарный показатель психического здоровья обнаруживает колебания в зависимости от тяжести БА (повышается при III ст. тяжести, снижен у пациентов с легкой и тяжелой формой БА), что отражает процессы психической адаптации пациентов к разным этапам развития БА. Суммарный показатель психического здоровья снижается при неконтролируемой БА, сочетании с аллергическим ринитом (АР), АГ и у мужчин.

**Выводы.** Таким образом, использование опросника MOS SF-36 является важным инструментом, который позволяет оценить внутреннюю картину болезни глазами пациента, выявить «кризисные узлы» в каждом конкретном случае, предотвратить возникновение конфликта между врачом и пациентом. Полученные результаты могут быть использованы для оптимизации лечения и реабилитации пациентов, позволяют выделить пациентов с неоправданно низкими или высокими показателями, сопоставить эти данные с медицинскими показателями, предпочтениями пациента, контекстными особенностями, осуществить коррекцию проводимого лечения, плана реабилитации.

## **КОМОРБІДНІСТЬ ЯК ФАКТОР КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Оспанова Т.С., Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О.,*

*Авдєєва О.В., Піонова О.М., Трифонова Н.С.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найбільш серйозних соціально-економічних проблем сучасної медицини, у зв'язку зі стрімким збільшенням показників захворюваності, інвалідності та смертності (більше, ніж на 30 % кожні 10 років), великими витратами на лікування і зниженням якості життя пацієнтів. За прогнозами до 2030 р. ХОЗЛ досягне 3-го місця серед провідних причин смерті у зв'язку з триваючим впливом факторів ризику розвитку ХОЗЛ.

Клінічний перебіг та прогноз хворих на ХОЗЛ залежить від значного впливу коморбідної патології, що погіршує прогноз для цієї когорти хворих та збільшує економічно-соціальний тягар. Найбільш частими коморбідними захворюваннями ХОЗЛ є серцево-судинні: артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця

(ІХС), цереброваскулярні захворювання, захворювання периферичних артерій, ліво- й правошлункова недостатність, легенева гіпертензія (ЛГ), порушення ритму (миготлива фібриляція і тріпотіння). Основні патофізіологічні механізми, що відповідають за підвищений серцево-судинний ризик при ХОЗЛ, залишаються незрозумілими, але можуть включати паління, дисліпідемію, артеріальну жорсткість, діастолічну дисфункцію правого шлуночка, інфаркт та дисфункцію ендотелію. Таким чином, вирішальне значення має розробка стратегій, що спрямовані на запобігання та пом'якшення серцево-судинних ризиків, пов'язаних із ХОЗЛ шляхом лікування серцево-судинних захворювань, що дозволить зменшити захворюваність та смертність у хворих на ХОЗЛ.

**Мета роботи.** Вивчити особливості взаємозв'язків між показниками ліпідного спектра та ехокардіографії при ХОЗЛ в умовах коморбідності ІХС і АГ.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 35 хворих на ХОЗЛ з коморбідною патологією, 57,14 % чоловіків та 42,86 % жінок, середній вік склав 57,0 (54,0–67,0) років, тривалість захворювання – 10,02 (5,0–15,0) років. У 23 хворих виявлено ІХС та АГ, у 11 хворих констатовано цукровий діабет (ЦД) типу 2, у 8 – ІХС (кардіосклероз, стабільна стенокардія), у 4 – АГ II ст. Показники ліпідного спектра визначали за загальноприйнятими методами. Структурно-функціональний стан серця визначався за допомогою Ехо-КГ апаратом WPhilips HDI – 11 (кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка (КДО ЛШ), кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка (КДР ЛШ), товщина задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), товщина міжшлункової перетинки (ТМШП), фракція викиду (ФВ), СТЛА, діаметр кореня аорти (ДКА), кінцевий діастолічний розмір правого шлуночка (КДР ПШ) і кінцевий систолічний діаметр правого шлуночка (КСД ПШ). Статистичний аналіз результатів проводили непараметричними методами Statistica 10 з використанням кластерного аналізу.

**Результати.** Відповідно до GOLD 2017 хворі розподілені на 3 групи: групи В (12 хворих), група С – (14 хворих), група D – (9 хворих). Відносна вага коморбідної патології відповідно до груп: гр. В – у 8,33 % хворих відсутня супутня патологія, у 16,6 % виявлено АГ, у 16,6 % – ІХС, у 58,33 % – АГ у поєднанні з ІХС; гр. С – у 21,43 % хворих відсутня супутня патологія, у 28,7 % – ІХС та у 50 % – АГ у поєднанні з ІХС; у всіх хворих виявлено коморбідну патологію: у 22,22 % – ІХС та 77,78 % – АГ у поєднанні з ІХС.

З метою класифікувати отримані дані й встановити ієрархічні алгоритми проведено кластерний аналіз показників структурно-функціонального стану міокарда й ліпідного спектра, побудовані дендрограми для всіх хворих на ХОЗЛ, а також залежно від важкості ХОЗЛ (груп В, С, D). Сформовано два кластери. В цілому у хворих на ХОЗЛ до першого кластеру увійшли ДКА, КСД ЛШ, КДР ПШ, КСД ПП, які об'єднуються з коефіцієнтом атерогенності та ЛПНЩ. Відносно віддалені від цих показників є ТГ. Другий кластер включає в себе близько розташовані ТЗСЛШ, ТМШП і ЛПВЩ та більш віддалені ЛПДНЩ. Найбільш віддалений від обох кластерів є ЗХ. Слід зауважити, що до першого кластеру входять функціональні показники ЛШ и ПШ, а до другого структурні показники –

ТЗСЛЖ и ТМШП. Обидва кластери поєднуються ТГ. Кластерний аналіз показників проведено в групах В, С, D, що відрізняються важкістю стану хворих. Структура дендрограм зберігається незалежно від груп – виділяються два кластери, але локалізація ТГ змінюється залежно від важкості перебігу ХОЗЛ і коморбіності. А саме у гр. В ТГ, як і ОХС виступають як автономні показники, у гр. С ТГ стають кластерутворюючими показниками у першому кластері, у гр. D ТГ локалізуються у другому кластері, тобто пересуваються у «структурний» кластер.

**Висновки.** Подібність дендрограм у всіх групах (в цілому ХОЗЛ, ХОЗЛ груп В, С, D) відображає єдність мереж Ехо-КГ і ліпідного спектра. «Вузлами» цієї мережі є ліпіди, особливо ТГ, роль яких у кластерах залежить від важкості процесу.

## **ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ ХОЗЛ**

*Оспанова Т.С., Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О.,  
Авдєєва О.В., Піонова О.М., Трифонова Н.С.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** Оцінити ефективність комплексної терапії у хворих на ХОЗЛ з патологією серцево-судинної системи – гіпертонічною хворобою (ГХ) та ішемічною хворобою серця (ІХС).

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 43 пацієнти з діагнозом ХОЗЛ: 19 жінок (середній вік хворих  $64,42 \pm 4,71$  року) і 24 чоловіків (середній вік  $60,87 \pm 3,35$  роки), Діагноз ІХС був встановлений 35 пацієнтам (81,39 %), ГХ виявлено у 26 пацієнтів (60,46 %). Основною терапевтичною стратегією було обрано тактику підбору комбінованої терапії в мінімально ефективних дозах. Усім хворим призначалися коротким курсом системні глюкокортикоїди (ГКС), інгаляційні ГКС (ИГКС) через небулайзер, бета2-агоністи і М-холінолітики пролонгованої і короткої дії, метілксантини в/в, оксигенотерапія за допомогою концентратора кисню. Усім пацієнтам із коморбідною патологією серцево-судинної системи призначався амлодипін (5–10 мг/добу), еналаприл (5–10 мг/добу), фуросемід – 40–80 мг/добу або верошпірон (25–100 мг/добу). Динаміка загального стану та основних показників визначалися на момент госпіталізації та через 14 діб від початку лікування.

Статистична обробка результатів здійснювалася за допомогою пакету Statistica 10 з використанням непараметричних методів. Для виявлення відмінностей між незалежними групами використали тест Манна–Уїтні (U). Залежність між змінними оцінювали за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона. Статистично достовірними вважалися відмінності при рівні значення  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження.** Усі хворі були розділені на 3 групи: 1 – пацієнти з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та ГХ (23 особи, середній вік  $64,13 \pm 2,7$  роки); 2 – пацієнти з ХОЗЛ та ІХС (10 осіб, середній вік  $62,1 \pm 1,7$  років); 3 – пацієнти з ізольованим ХОЗЛ (7 осіб, середній вік  $43,86 \pm 2,1$  рік). В результаті проведеного ліку-

вання спостерігалось значне поліпшення загальноклінічних показників – нормалізація артеріального тиску, достовірне зниження ЧСС в усіх групах пацієнтів. За досить нетривалий період лікування були досягнуті зрушення в переносимості хворими фізичного навантаження: зменшення задишки, збільшення сатурації, позитивна динаміка тестів зі 6-хвилинною ходьбою. Достовірно зменшилася вираженість бронхообструкції, тенденція до збільшення ФЖЕЛ.

**Висновки.** Комбінована терапія мінімально ефективними дозами дає можливість контролю стану пацієнта і знижує ризик розвитку небажаних явищ. Раціональна і ефективна схема лікування хворого ХОЗЛ з коморбідною патологією навіть у короткострокових ефектах сприяє підвищенню якості життя внаслідок поліпшення переносимості фізичного навантаження, істотно не впливаючи на показники бронхолегеневої вентиляції. Адаптація лікарських схем з урахуванням потреб і можливостей пацієнтів, підвищує прихильність їх до лікування, що безпосередньо покращує його результативність.

## **ОПТИМІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ МЕДИЦИНИ ГРАНИЧНИХ СТАНІВ**

*Резніченко О.Г.<sup>1,2</sup>, Ніколенко Є.Я.<sup>2</sup>, Вовк К.В.<sup>2</sup>, Мартиненко М.В.<sup>2</sup>, Беляєва Л.В.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

<sup>2</sup>Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

**Мета роботи.** Вагома проблема профілактичної медицини на сучасному етапі – проблема збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді. Багатофакторність та непередбачуваність досліджуваних систем, стан яких залежить від різноманітних зовнішніх впливів та від власно стану індивідууму, зумовлює складність завдань, пов'язаних з оцінкою впливу умов навчання на функціональний стан організму. Найбільш адекватною методологією, спрямованою на оцінку та корекцію функціонального стану студентів-медиків, нами була визнана теорія медицини граничних станів, яка містить достатній комплекс діагностичних та профілактичних заходів, спрямованих на профілактику захворювань різної етіології.

**Матеріали та методи дослідження.** На першому етапі дослідження вивчалися показники здоров'я досліджуваної групи (студенти вищого медичного навчального закладу) за показниками гострої та хронічної захворюваності. На другому етапі – умови та характер навчання, з метою визначення чинників ризику, пов'язаних з освітнім процесом. На третьому етапі проводилася донозологічна психодіагностика, оцінювався психоемоційний стан студентів із використанням опитувальника, акцентуації особистості з використанням опитувальника «Мини-мульти», розумова працездатність. Четвертий етап – обґрунтування системи заходів з діагностики та корекції стану студентів з метою збереження та зміцнення їх здоров'я.

**Результати дослідження.** На першому етапі дослідження було встановлено, що 12,63±2,79 % юнаків та 9,41±2,23 % дівчат з обстежених студентів мали знижену резистентність організму. У структурі гострої захворюваності переважали

хвороби органів дихання, хвороби органів травлення та сечостатевої системи. Юнаки мали нижчий рівень резистентності організму, ніж дівчата, проте останні частіше мали хвороби органів дихання та сечостатевої системи ( $p < 0,001$ ). У структурі хронічних захворювань найбільш розповсюдженими були хвороби ока та придаткового апарата ( $30,14 \pm 1,76$  % юнаків та  $29,02 \pm 1,53$  % дівчат,  $p > 0,05$ ), насамперед, за рахунок міопії ( $78,89$  %,  $p < 0,001$ ), нервової системи ( $19,33 \pm 1,11$  % юнаків та  $17,60 \pm 1,03$  % дівчат), кістково-м'язової системи та сполучної тканини ( $17,01 \pm 1,06$  % юнаків та  $15,79 \pm 0,98$  % дівчат). На другому етапі визначалась роль окремих чинників навчального середовища у формуванні функціонального стану та здоров'я студентів-медиків. Студенти отримують освіту здебільшого за сприятливих умов навчання (вимогам стандартів відповідають  $81-91,34$  % навчальних місць). Умови життєдіяльності студентів характеризуються оптимальним психологічним мікрокліматом ( $93,52 \pm 3,98$  %) та суворим дотриманням вимог особистої гігієни та здорового способу життя ( $77,91 \pm 4,52$  %). Несприятливі режимні та організаційні чинники полягають у значній віддаленості клінічних баз, асинхронністю та надмірною тривалістю навчального дня, браком вільного часу та часу на сон, що призводить до зниження рухової активності студентів ( $55,84 \pm 4,34$  %), порушення їх режиму праці та відпочинку ( $38,95 \pm 3,02$  %), порушення режиму харчування ( $64,93 \pm 4,11$  %). На третьому етапі визначалася реакція організму на вплив актуального комплексу чинників навчального процесу. Впродовж усього періоду навчання психоемоційний стан студентів характеризувався низькими показниками самопочуття ( $2,95 \pm 0,12$  у.о.), активності ( $3,38 \pm 0,17$  у.о.) та настрою ( $2,48 \pm 0,08$  у.о.). Серед студентів переважали індивідууми з нормативними характеристиками особистісних рис, лише  $4,91 \pm 2,12$  % студентів мали високі показники за шкалою іпохондрії,  $1,63 \pm 1,25$  % – за шкалою істерії та  $3,27 \pm 1,75$  % за шкалами паранояльності та гіпоманії ( $p < 0,05$ ). Студенти-медики мали деяку розповсюдженість донозологічних психічних станів ( $42,95 \pm 2,27$  %,  $p < 0,001$ ), що свідчить про напруженість їх психофізіологічної адаптації. Найбільш поширеними були стани-попередники депресії ( $40,38 \pm 2,77$  %,  $p < 0,01$ ) та поєднані донозологічні стани ( $25,96 \pm 1,48$  %,  $p < 0,01$ ), особливо серед дівчат ( $p < 0,01$ ). Поширеність цих станів поступово від першого до шостого курсу ( $p < 0,01-0,001$ ), що свідчить про формування механізмів психологічної стійкості. Розумова працездатність студентів змінювалася впродовж всього періоду навчання знаходилася на оптимальному рівні. Дівчата мали більш високі показники коефіцієнту точності ( $0,869 \pm 0,0$ ,  $p < 0,01$ ) та не відрізнялися від юнаків за коефіцієнтом стійкості уваги ( $p > 0,05$ ). На четвертому етапі дослідження були узагальнені отримані дані та обґрунтовано комплекс профілактичних заходів зі збереження та зміцнення здоров'я студентів-медиків. Комплекс складається з чотирьох етапів: оцінка популяційного здоров'я, гігієнічна діагностика, донозологічна діагностика, психогігієнічна корекція. Кінцевою метою дослідження є впровадження у практику охорони здоров'я комплексу саногенних, адаптогенних та режимно-організаційних заходів з удосконалення функціонального стану, збереження та зміцнення здоров'я студентів-медиків.

**Висновки.** Отримана структура патологічної ураженості студентів свідчить про специфічний несприятливий вплив, який справляють фактичні умови навчання на: 1) неспецифічну опірність організму; 2) аналізаторні функції; 3) системи вегетативної регуляції діяльності та психоемоційний стан; 4) моторний компонент забезпечення діяльності; 5) рухову активність, адекватність харчування. До найбільш розповсюджених чинників ризику, пов'язаних зі специфічними умовами життєдіяльності студентів-медиків належать: 1) зниження рухової активності; 2) режиму праці та відпочинку; 3) неоптимальний режим харчування. Впровадження у профілактичну діяльність принципів медицини граничних станів передбачає створення чітко структурованої системи діагностичних та корегувальних заходів, які послідовно вирішують завдання оцінки популяційного здоров'я, гігієнічної і донозологічної діагностики та корекції функціонального стану організму.

## **ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

*Ромаш І.Б.*

Івано-Франківський національний медичний університет. м. Івано-Франківськ,  
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

**Актуальність.** В останні десятиліття в Україні зростає захворюваність на синдром не диференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ), частота якого досягає 70–85 %. НДСТ є преморбідним фоном для розвитку багатьох патологічних станів та хронічних захворювань. Беручи до уваги мезенхімальну природу походження стравоходу та доволі часте його ураження при патологіях сполучної тканини, розглянемо поєднання таких ознак, як гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) та НДСТ.

**Мета роботи.** Вивчити взаємозалежність між частотою рефлюксів та рівнем розпаду колагену при ГЕРХ у пацієнтів із синдромом НДСТ із метою ранньої діагностики та комплексного лікування даної коморбідної патології.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було відібрано 120 пацієнтів, які у 2016–2018 рр. знаходилися на лікуванні у терапевтичному відділенні університетської клініки ІФНМУ та у терапевтичному відділенні № 2 ЦМКЛ м. Івано-Франківська з приводу ГЕРХ. У 75 із них ГЕРХ перебігала на фоні синдрому НДСТ (II група дослідження), а у 45 обстежених (I група дослідження) ГЕРХ була без ознак дисплазії. Оцінку фенотипічних проявів синдрому НДСТ проводили згідно з критеріями Т.М. Кадуриної, Л.Н. Аббакумової в модифікації Т. Мілковської-Димитрової. Ступінь вираженості фенотипічних проявів оцінювали за шкалою Т.Ю. Смольнової (2008). Ознаки гіпермобільності суглобів вивчали згідно з критеріями Бейтона. З метою встановлення патологічного гастроєзофагального рефлюксу (ГЕР) проводили добовий рН-моніторинг із використанням ацидогастрографу "АГ-1рН-М".



**Результати дослідження.** Серед пацієнтів II групи переважали ознаки вісцерального синдрому: на фоні гастроєзофагеальних рефлюксів були присутні часті дуодено-гастральні рефлюкси (48 проти 17,7 %); нефроптоз і дистопія нирок (44 vs 13,3 %), птози та дискінезія органів шлунково-кишкового тракту (84 vs 22,2 %), органів малого тазу (34 vs 17,7 %). Другу сходинку посіли симптомокомплекс торако-діафрагмального синдрому: астенична форма грудної клітки – 96 vs 26,6 %; деформація грудної клітки (воронкоподібна, килеподібна) – 88 vs 28,8 %; деформації хребта (сколіози, кіфосколіози, гіперкіфози, гіперлордоз) 80 vs 44,4 %.

Встановлено, що у цих пацієнтів, на тлі підвищення рівня оксипроліну у сироватці крові, також був значно підвищений рівень оксипроліну в добовій порції сечі (табл. 1).

**Таблиця 1** – Характеристика розпаду колагену у пацієнтів із ГЕРХ

Показники	ГЕРХ (n-45)	ГЕРХ+НДСТ (n-75)
Оксипролін сироватки крові, мкмоль/л	53,33±1,153	90,44±0,725 <sup>^</sup>
Оксипролін сечі мкмоль/л	57,711±0,513	224,45±1,323 <sup>^</sup>

Примітка: 1. <sup>^</sup> – ( $p < 0,05$ ) дані достовірні між групами дослідження.

При аналізі добового моніторингу рН-стравоходу: загальний показник рН <4 тривалістю вище норми був у 76 % пацієнтів II групи та 28,8 % у пацієнтів I групи; відсоток часу з рН <4 в положенні стоячи був у 48 % II групи vs 17,7 % – I групи; показник рН <4 в горизонтальному положенні – 80 vs 22,2 %; загальна тривалість епізодів ГЕР тривалістю >5 хв відмічалася у 84 vs 28,8 %. Максимальна тривалість ГЕР – 58 vs 22,2 %. Середній показник De Meester становив 42,16 серед пацієнтів II групи та 22,6 у хворих I групи.

При проведенні кореляційного аналізу простежуємо пряму лінійну залежність між ступенем важкості ГЕР та показниками оксипроліну (табл. 2).

**Таблиця 2** – Залежність між частотою рефлюксів та рівнем розпаду колагену (рівень виділення гідроксипроліну) у досліджуваних пацієнтів

№ п/п	Показники	r
1	Частота рефлюксів з рН<4 та тривалістю більше 5 хв – оксипролін у добовій сечі	0,659
2	Частота рефлюксів з рН<4 та тривалістю більше 5 хв – оксипролін у сироватці крові	0,786

**Висновки.** Дане дослідження показало кореляційну залежність між частотою ГЕ рефлюксів та маркерами руйнування сполучної тканини, що підтверджує доцільність їх вивчення із метою скринінгу синдрому НДСТ у хворих із ГЕРХ.

# КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДЕРМАТОЗИ

*Рябова О.О., Кащука В.Є.*

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Проблема коморбідності у хворих на різні хронічні дерматози є досить актуальною на сьогоднішній день. Коморбідна патологія з боку внутрішніх органів значно впливає на загальний стан хворого та корелює з перебігом патологічного процесу у шкірі та поширеністю площі ураження шкіри. За даними літератури в 90 дослідженнях підтверджено, що у пацієнтів із псоріазом вищий ризик виникнення хронічних захворювань легень, цукрового діабету, захворювань нирок, ішемічної хвороби серця, інсульту порівняно з контролем. Ризик розвитку серйозних захворювань був на 11 % вище у хворих на легкий псоріаз, на 15 % вище для пацієнтів із помірним псоріазом та на 35 % вище для хворих на важкий псоріаз. Коморбідні захворювання спостерігаються у хворих на atopічний дерматит (АтД). За даними різних досліджень, у половини пацієнтів з АтД надалі розвивається бронхіальна астма, особливо при важкому перебігу АтД, і у двох третин хворих – алергічний риніт. Ступінь тяжкості АтД можна розглядати як фактор ризику бронхіальної астми: при важкому АтД ризик розвитку бронхіальної астми становить 70 %, при легкому – 30 %. Згідно з результатами низки європейських досліджень більш висока поширеність ряду захворювань шлунково-кишкового тракту пов'язана з розацеа, включаючи целиакію, хворобу Крона, синдром подразненої товстої кишки і виразковий коліт.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням перебувало 128 хворих на істинну екзему (ІЕ). Коморбідна патологія відзначалася у 73 (57,1 %) пацієнтів з ІЕ (у 29 пацієнтів репродуктивного віку і 44 хворих віком старше 45 років).

**Результати дослідження.** Вивчення супутньої патології внутрішніх органів у хворих на ІЕ дозволило виявити, що найчастіше зустрічалися захворювання серцево-судинної системи (26,5 %) – ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба; захворювання шлунково-кишкового тракту (21,5 %) – гастрит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, дуоденіт, коліт; захворювання печінки (15,7 %) – гепатит, у тому числі перенесений вірусний гепатит, холецистит, холецистопанкреатит; захворювання нервової системи (8,8 %); патологія ЛОР-органів (6,9 %); захворювання органів дихання (6,9 %); гінекологічні захворювання в жінок (4,9 %); захворювання нирок і сечовивідних шляхів (4,9 %); ендокринні порушення (3,9 %). Мультикоморбідна патологія відзначалася у 27 хворих (37,0 %). Звертає на себе увагу той факт, що найбільша питома вага для різних вікових груп припадала на частку захворювань серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту і печінки, при цьому перевага тієї чи іншої коморбідної патології залежала від віку хворого та корелювала з тяжкістю патологічного процесу та площею ураження шкіри.

**Висновки.** Таким чином, коморбідна патологія з боку внутрішніх органів значно впливає на загальний стан хворого на хронічні дерматози та корелює з тяжкістю патологічного процесу та площею ураження шкіри, що вимагає додаткової фармакотерапевтичної корекції під час проведення лікування.

# КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

*Семидоцька Ж.Д., Чернякова І.О., Неффа М.Ю.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків.

У ХХІ столітті відбувається зміна парадигми медичної освіти від традиційної, що засновується на пріоритеті знань, жорсткій структурованості поетапного навчального процесу, до парадигми компетентнісно орієнтованої (Competency-based Medical Education, СМВЕ), від варіанту «дати освіту» до варіанту «отримати освіту». Ця модель дозволяє студентам і лікарям досягати своєї компетентності як здатності застосовувати отримані знання, вміння, навички (ЗВН) у практичній діяльності. Компетентний фахівець, на відміну від кваліфікованого, може успішно реалізовувати ЗВН у повсякденній роботі, бути конкурентно здібним у своїй професії. Поняття «компетентність» розглядається як заздалегідь задана норма знань, що є очікуваним результатом освіти у кожному предметі.

В Україні опрацьовано Національну стратегію освіти до 2021 р., найважливішим завданням якої є забезпечення переходу від суспільства знань до суспільства життєво компетентних громадян. Компетентнісний підхід має готувати майбутнього фахівця до дій у невизначеному нестандартному середовищі, яке постійно змінюється. Компетенції – це характеристики, які свідчать про те, що майбутній лікар є готовим працювати самостійно, інтегрувати і використовувати ЗВН, розвивати свої афективні якості, необхідні для пацієнта і суспільства. Згідно з компетентнісною парадигмою, медична освіта необов'язково може продовжуватися однаковою мірою для осіб, які мають різний рівень підготовки, досвід самостійної роботи. Ця модель є гнучкою, не передбачає обов'язкової кількості семестрів, дозволяє використовувати власні програми навчання, інформаційні технології для підготовки у зручний час, суміщати роботу і навчання для успішного досягнення професійної компетентності. Компетенція не може бути завершеною на одному курсі, вона має бути представленою на всіх етапах переддипломної і післядипломної безперервної освіти. Для реалізації СМВЕ необхідний структурований комплекс взаємозалежних компетенцій у різних галузях («домени компетенцій»), розробка переліку обов'язкових загальних і спеціальних компетенцій для студентів і лікарів. Шляхами для досягнення компетенцій є проблемний, практично і особистісно орієнтовані підходи до освітнього процесу.

На кафедрі ПВМ № 2 та медсестринства формування доменів компетенцій починається на другому курсі під час практики з догляду за хворими. На третьому курсі студенти навчаються методам дослідження пацієнтів, виділенню симптомів і синдромів, обґрунтуванню і формулюванню діагнозів, проходять практику з медсестринства. Таким чином, у студентів формуються компетенції «Догляд за хворими» і «Суб'єктивні та об'єктивні методи дослідження у діагностиці хвороб внутрішніх органів», закладаються основи особистісної та соціальної компетен-

цій майбутнього лікаря, його клінічне мислення. Формування компетенції з біоетики починається вже на першому курсі, коли студенти поглиблюють знання про необхідність критично оцінювати досягнення сучасних технологій, перш за все біомедичних, з позицій захисту прав пацієнта, його автономії, гідності, а також загроз, які ці досягнення несуть людині, та життю на Землі. Отримані компетенції мають не тільки використовуватися на старших курсах, але й розвиватися, поглиблюватися, володіння ними контролюється на практично структурованому іспиті і постійно вдосконалюється на етапах післядипломної освіти. Медична освіта має бути безперервною, «довжиною з життя і шириною з життя» («Life-long and life-wide learning»). Розуміння і прийняття студентами необхідності такої освіти є однією найважливіших складових компетентності лікаря.

Проте впровадження компетентнісної парадигми пов'язано з неабиякими складнощами. Найважливішою з них уявляється реалізація практично орієнтованої складової: у всьому світі констатується диспропорція між кількістю студентів і пацієнтів для курації, вузька спеціалізація клінічних баз, необхідність отримання інформованої згоди на участь у навчанні студентів, що призводить до відсутності комфортного доступу до пацієнта у викладачів і студентів. Інтерактивні способи навчання, сучасні симуляційні технології (рольова гра, підготування моделі історії хвороби, ситуаційні задачі, «кейси», спеціальні віртуальні фантоми – симулятори) не можуть замінити безпосередній контакт студента і пацієнта під час формування компетенцій і, перш за все, особистісної і соціальної. Проблемно орієнтована складова моделі вимагає певної компетентності у викладача, володіння методами інформаційного пошуку, інтегративним підходом до освіти, бажанням і вмінням викладати проблеми свого предмета у критичній дискусійній формі, підтримувати у студентів бажання брати участь у дискусії. Викладачам вищої медичної школи необхідна гуманітарна компетенція в галузі методики і дидактики навчання, психології, педагогіки, що забезпечить можливість особистісного підходу до підготовки компетентного лікаря.

Впровадження компетентнісно орієнтованої парадигми несе також певну небезпеку зростання прагматичної складової порівняно зі знаннєвою, загроза перетворення медицини із синтезу науки, мистецтва, гуманності у ремесло. Тому необхідно критично оцінювати переваги традиційних та інноваційних парадигм вищої медичної освіти, враховувати їх при підготовці відповідних програм, переліку загальних і спеціальних компетенцій, інструментів їхнього вимірювання. Принципи компетентнісної моделі вищої освіти були сформульовані ВООЗ ще у 1976 р., при тому наголошувалося, що метою її впровадження має бути високий рівень практичної медицини згідно з місцевими умовами і потребами. Для реалізації такого підходу велике значення надається індивідуальним психологічним особливостям сучасного студента, освітянському середовищу навчального закладу, професійному рівню викладацького складу, чинникам макрооточення, рівня регіонального розвитку суспільства.

# ОРГАНІЗАЦІЯ НАУКОВОЇ ТА НАУКОВО-ТЕХНІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОТРЕБ У МЕДИЧНІЙ ДОПОМОЗІ В ОСОБОВИЙ ПЕРІОД

*Сидорова Н.М.<sup>1</sup>, Галушка А.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ

<sup>2</sup>НДІ проблем військової медицини

Української військово-медичної академії, м. Київ

**Обґрунтування.** До наукової та науково-технічної діяльності закладів військової медицини Збройних сил (ЗС) України відносяться проведення наукових досліджень, які дають можливість визначати стратегічні завдання, та підготовка кадрів, які ці завдання повинні виконувати.

Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичного персоналу є важливим завданням вищих військових медичних навчальних закладів (ВВМНЗ), а оптимізацію організації військово-медичної освіти в Україні слід розглядати як один із пріоритетних напрямків розвитку медичного забезпечення ЗС України.

Вторинна патологія серцево-судинної системи (ВПССС) є досить частим ускладненням у постраждалих із бойовою травмою. Базуючись на результатах обстеження військовослужбовців із бойовою травмою, отриманою під час проведення Антитерористичної операції на Сході, нами раніше було встановлено, що наслідки сучасної бойової травми значно відрізняються від таких у попередніх військових кампаніях, а лікування бойової травми не тільки потребує іншого хірургічного підходу, але й терапевтичного супроводу задля запобігання розвитку вторинної патології внутрішніх органів, зокрема ВПССС. Нами також було уточнено один із патогенетичних механізмів розвитку ВПССС у цій клінічній ситуації, встановлено роль синдрому гіперметаболізму у розвитку кардіоміопатії у пораненого з бойовою травмою, запропоновано способи прогнозування цього ускладнення. Втім зазначена інформація наразі фактично не представлена у навчальних програмах та заходах з підготовки/перепідготовки військових лікарів, що визначає потребу у змінах навчальних програм, запровадженні нових циклів тематичного удосконалення. Крім того, отримані нами дані окреслили напрямки подальших наукових досліджень, які мають бути реалізовані задля поглибленого вивчення проблеми.

**Мета роботи.** Визначити необхідний обсяг змін у програмі з підготовки та перепідготовки військового лікаря з метою підвищення його обізнаності у питаннях патогенезу, прогнозування, діагностики, лікування та профілактики вторинної патології внутрішніх органів включно з ВПССС у постраждалих з бойовою травмою та визначити перспективні напрямки майбутніх клінічних досліджень в означеній проблемі.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізовані нормативні документи стосовно організації наукової та науково-технічної діяльності вищих навчальних закладів Міністерства оборони України. Було проаналізовано існуючу навчальну

програму з підготовки військових лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЛЗП–СМ) та терапевтів, плани та теми тематичних удосконалень, проаналізовано потребу у подальших клінічних дослідженнях проблеми ВПССС у військовослужбовців із бойовою травмою. Проведено вербально-логічне моделювання робочих навчальних програм та перспективного наукового плану.

**Результати дослідження.** На підставі проведеного аналізу розроблена Модель робочої програми навчальної дисципліни «Внутрішні хвороби» для підготовки військових лікарів, яка враховує необхідність внесення змін у зв'язку з новими даними стосовно перебігу періоду після отримання бойової травми в зоні проведення АТО та оптимізації надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги терапевтичного профілю постраждалим хірургічного профілю. Програма побудована за кредитно-модульною системою, в її основу покладено синдромальний принцип, оскільки такий підхід більш гнучкий, ніж нозологічний, дозволяє легше адаптувати програму до реальних потреб завдяки включенню/виключенню конкретних нозологій, які набули або втратили актуальність без зміни теми змістового модуля та більш відповідають реальній клінічній практиці, оскільки лікар зустрічається з пацієнтом, який демонструє певний набір симптомів (синдромів), а не з хворим з вже встановленим діагнозом. Слід також врахувати, що у цивільній медицині для роботи ЛЗП–СМ змінено підхід до кодифікації станів та причин звернення, у 2017 р. запропоновано, а у 2018 р. проходить імплементацію нова класифікація ІСРС-2, яка дає змогу ЛЗП–СМ швидко та зручно кодувати причину звернення.

Окремо рекомендовано до впровадження програму тематичного удосконалення «ВПССС у постраждалих з бойовою травмою: прогнозування, профілактика, лікування» для перепідготовки військових лікарів, яке можна проводити також у дистанційній формі задля збереження ресурсу часу лікарів.

З огляду на необхідність проведення подальшою науковою клінічною роботою, на підставі проведеного аналізу та виявлених нових даних про перебіг бойової травми та її терапевтичних ускладнень запропоновано Перспективний план науково-дослідної діяльності наукових та науково-педагогічних ВВМНЗ ЗС України на прикладі Української військово-медичної академії.

**Висновки.** Сучасні військові конфлікти значно відрізняються від попередніх як стратегічно, так і в тому, що стосується бойових уражень, їх лікування та перебігу включно з ускладненнями з боку різних органів і систем. При цьому ССС є такою, що уражується при бойовій травмі найчастіше. Військові лікарі мають своєчасно отримувати нову інформацію стосовно принципів ведення вторинної патології внутрішніх органів у постраждалих з бойовою травмою, у зв'язку з чим виникає потреба у реформуванні підходів щодо підготовки/перепідготовки військових лікарів, а запропоноване нами планування науково-дослідної роботи у цьому напрямку дає можливість системно і послідовно вивчати проблему ВПССС.

# КОМОРБІДНІ АСПЕКТИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС

*Синельник В.П.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Значна поширеність захворювань серцево-судинної системи та їх патофізіологічна асоціація з різними коморбідними станами сприяють прогресивному зростанню пацієнтів із поєднанням декількох захворювань і/або синдромів. Поєднана патологія створює нову клінічну ситуацію, яка вимагає певного обліку її особливостей при виборі лікувально-діагностичної та профілактичної тактики. Вплив коморбідної патології на клінічні прояви, діагностику, прогноз та лікування серцево-судинних хвороб багатогранне і взаємне. Наявність коморбідних захворювань і високого кардіоваскулярного ризику сприяє збільшенню тривалості госпіталізації, підвищенню ранньої інвалідизації, перешкоджає проведенню реабілітації в необхідному обсязі, збільшує число ускладнень.

Коморбідність гіпертонічної хвороби (ГХ) та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) залишається однією з актуальних проблем медицини. Це пов'язано, з одного боку, з неухильним зростанням поширеності як ГХ, так і ГЕРХ, а з іншого боку з тим, що ГХ і ГЕРХ є взаємно обтяжливими захворюваннями, які погіршують якість життя пацієнтів. Саме тому продовжуються пошуки і вивчення нових патогенетичних факторів розвитку та прогресування ГХ та ГЕРХ у ліквідаторів аварії на ЧАЕС.

**Мета роботи.** Оптимізувати діагностику та лікування ГХ з супутньою ГЕРХ у ліквідаторів аварії на ЧАЕС шляхом вивчення особливостей клінічного перебігу та рівня апеліну-12.

**Матеріали та методи дослідження.** Об'єктом дослідження були 115 ліквідаторів аварії на ЧАЕС Харківської області, у віці від 48 до 69 року (середній вік  $58,5 \pm 0,8$  років). Усі вони знаходилися на стаціонарному лікуванні в терапевтичному та спостерігалися амбулаторно у поліклінічному відділенні КЗОЗ «Обласний клінічний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення» м. Харкова. Пацієнти були розподілені на 2 групи. Із них 62 пацієнти: 54 чоловіка (87,1 %) і 8 жінок (12,9 %), хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з супутньою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), (основна група) і 53 пацієнта, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) (група порівняння) – 45 чоловіків (84,9 %) та 8 жінок (15,1 %). Для подальшого вирішення завдань дослідження ліквідатори аварії на ЧАЕС хворі на ГХ із супутньою ГЕРХ залежно від терапії були розподілені на підгрупи: першу та другу.

Рівень апеліну в сироватці крові визначали методом ІФА з використанням набору реактивів "Phoenix", USA. Даний набір призначений для виявлення конкретного пептиду та пептидів, пов'язаних з ним, і заснований на принципі "конкурентного" імуноферментного аналізу.

Визначення клінічного перебігу ГХ із супутньою ГЕРХ та ізольованої ГХ у ліквідаторів аварії на ЧАЕС проводилося шляхом опитування та огляду пацієнтів за стандартною загальноприйнятою методикою. При опитуванні всіх груп хворих звертали увагу на головний біль, запаморочення, серцебиття, біль у серці, не пов'язаний із фізичним навантаженням, задишку при фізичному навантаженні, загальну слабкість, нестабільність АТ. При опитуванні хворих на ГХ із супутньою ГЕРХ особливу увагу приділяли характеристиці печії. За інтенсивністю печію поділяли на слабку, помірну, виражену, окремо виділяли печію в нічний час.

**Результати дослідження.** Показано, що клінічні прояви у ліквідаторів аварії на ЧАЕС, хворих на ГХ із супутньою ГЕРХ, виникають статистично достовірно у частіших скаргах на біль у серці, не пов'язаний із фізичним навантаженням, та серцебиття, ніж у хворих лише з ізольованою ГХ,  $p \leq 0,05$ .

При визначенні та оцінці рівня апеліну в сироватці крові у ліквідаторів аварії на ЧАЕС, хворих на ГХ із супутньою ГЕРХ і хворих на ГХ, при госпіталізації встановлено, що у хворих на ГХ із супутньою ГЕРХ середній рівень апеліну становив  $0,32 \pm 0,007$  нг/мл,  $p \leq 0,001$ . У хворих на ГХ середній рівень апеліну становив  $0,22 \pm 0,007$  нг/мл, у практично здорових –  $0,09 \pm 0,002$  нг/мл,  $p \leq 0,001$ . Отримані дані співвідносяться з результатами досліджень інших вчених. Таким чином, рівень апеліну статистично достовірно вище у хворих на ГХ з супутньою ГЕРХ порівняно з хворими лише на ізольовану ГХ до проведення лікування,  $p \leq 0,001$ .

При аналізі показника апеліну-12 через 3 міс після лікування виявлено, що середній рівень апеліну сироватки крові хворих на ГХ з супутньою ГЕРХ першої підгрупи статистично достовірно знизився порівняно з показником апеліну до проведення лікування та складав  $0,28 \pm 0,005$  нг/мл,  $p \leq 0,001$ , за критерієм МУ, ( $T=488,8$ ;  $Z=3,680$ ;  $p=0,000$ ). Середній показник рівня апеліну хворих на ГХ із супутньою ГЕРХ другої підгрупи після проведеного лікування становив  $0,25 \pm 0,010$  нг/мл та був статично достовірно нижче за критерієм МУ, ( $T=472,0$ ;  $Z=3,970$ ;  $p=0,000$ ), порівняно з показником до лікування,  $p \leq 0,001$ .

**Висновки.** Таким чином, доведено, що рівень апеліну-12 в сироватці крові у ліквідаторів аварії на ЧАЕС, хворих на ГХ із супутньою ГЕРХ, достовірно перевищував аналогічний показник у хворих на ГХ, ( $p \leq 0,001$ ) на 39,0 %, що свідчить про роль цього показника у формуванні ГЕРХ при ГХ.

Таким чином, розробка і впровадження технології вибору діагностичної та лікувально-профілактичної тактики у пацієнтів із коморбідною патологією з помірним, високим та дуже високим ризиком ускладнень, створення програм оцінки ризику серцево-судинних катастроф на етапі хронічного перебігу коморбідних станів та їх загострень є актуальною медико-соціальною проблемою практичної охорони здоров'я, рішення якої дозволить здійснювати ефективну індивідуальну профілактичну терапію.



# КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОЇ РОТАВІРУСНОЇ ТА ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

*Слепченко М.Ю., Кузнєцов С.В.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Кишкові інфекції (КІ) займають одне з провідних місць у структурі інфекційної захворюваності дітей. Етіологія КІ надзвичайно різноманітна, результати статистичного аналізу останніх років, які наводять у своїх роботах багато вчених зі всього світу, свідчать о зростанні ролі і навіть домінуванні вірусів, у виникненні захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей. Найчастіше, як етіологічний чинник КІ вірусної етіології реєструється ротавірус. Ряд дослідників, спираючись на результати власних спостережень, вказують на зміни, в останні роки, клінічної симптоматики та перебігу захворювання, у тому числі і ротавірусної інфекції, пояснюючи це впливом несприятливих чинників навколишнього середовища як на збудник, так і на макроорганізм, а також інфікованістю дітей різними іншими патогенами, і розвитком в окремих випадках коморбідних станів. Як додаткові патогени вчені розглядають віруси групи герпес, особливістю яких є життєва персистенція в організмі людини.

**Матеріали та методи дослідження.** З метою вивчення клінічних особливостей поєднаної ротавірусної та герпетичної інфекції у Харківській області ми проаналізували 80 історій хвороб дітей віком від одного до трьох років, які знаходились на лікуванні у ОДКЛ м. Харкова у період з березня 2017 р. по березень 2018 р. з діагнозом ротавірусна інфекція (РВІ). Серед них 22 дитини переносили РВІ на фоні персистуючої герпесвірусної інфекції (перша група), 58 дітей не були інфіковані вірусами групи герпес (друга група). Діагноз встановлювався на підставі виявлення ротавірусного антигену у фекаліях методом ІФА.

Наявність герпесвірусної інфекції визначалась рівнем специфічних імуноглобулінів класу G до вірусів герпесу (1-го, 2-го, 4-го, 5-го, 6-го типів) у сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу; наявність ДНК вірусу в крові визначали за допомогою поліміразної ланцюгової реакції (ПЛР). До аналізу були включені лише історії хвороб із негативною ПЛР та відсутнім діагностичним титром IgM до вірусів групи герпес, що свідчило про латентний період герпесвірусної інфекції.

Також було проведено дослідження фекалій на бактеріальні та інші вірусні збудники кишкових інфекцій, хворі з позитивним результатом були виключені з когорти дослідження.

**Результати дослідження.** Аналіз клінічних даних показав, що у дітей як першої, так і другої групи захворювання починалось переважно гостро з підвищення температури тіла, повторної блювоти, діареї та інтоксикації. 18 (81,8 %) дітей з першої групи продовжували лихоманити на субфебрильних цирах на 4–5-у добу порівняно з хворими другої групи, в яких температурна реакція зберігалась протягом 2,5–3 діб. Блювота мала місце протягом перших 2–3 діб в обох групах захворювання.

Діарейний синдром у дітей першої групи, що інфіковані герпесвірусами, у 17 (77,3 %) випадках тривав на 2–3 дні довше, ніж у дітей другої групи, що не були інфіковані вірусами з групи герпес, тобто мав затяжний характер.

**Висновки.** Таким чином, наявність латентної герпесвірусної інфекції у дітей є фактором ризику розвитку затяжного перебігу ротавірусного гастроентериту.

## **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

*Смирнов И.И., Ткачук Е.Ю.*

КНП ХОС «Областная клиническая больница», г. Харьков

В настоящее время сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) с сахарным диабетом (СД) рассматриваются как один из наиболее распространенных вариантов коморбидной патологии, которая приводит к значительному повышению частоты сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Сегодня сахарный диабет приравнивается к «неинфекционной» эпидемии XXI века с распространенностью более 400 млн больных во всем мире и пессимистическим прогнозом: 642 млн – ожидаемое количество больных к 2040 г. По данным Всемирной организации здравоохранения, от сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно в мире умирает 17,5 млн человек.

СД приводит к выраженным метаболическим нарушениям не только углеводного обмена, но также липидного и белкового, что приводит к эндотелиальной дисфункции. Все это является патогенетической основой для формирования коморбидной патологии. В пользу этого свидетельствуют результаты Фремингемского исследования (Framingham Heart Study), которое показало, что при СД риск кардиоваскулярных событий увеличивается в 2–4 раза. В большинстве случаев при диагностике СД типа 2 от момента заболевания до постановки диагноза проходит более 10 лет.

У пациентов с СД ИБС развивается на 20 лет раньше, чем у пациентов без СД. ИБС является основной причиной смертности у пациентов с СД. При этом течение ИБС характеризуется быстрым прогрессированием и многососудистым поражением. ИБС у пациентов с СД встречается в 2–4 раза чаще и в 75 % случаев является причиной смерти пациентов с СД. Риск коронарной смерти у женщин с СД в 2 раза выше, чем у мужчин. Исходя из этого, при проведении профилактических мероприятий сердечно-сосудистых заболеваний важно выявлять ранние нарушения углеводного обмена. Результаты исследования MRFIT свидетельствуют о том, что СД является независимым фактором риска при ИБС. Это также подтверждается рядом исследований, в которых установлено, что пациенты с клиническими проявлениями ИБС и пациенты с СД без ИБС имеют равный риск коронарных осложнений. Так, инфаркт миокарда (ИМ) или коронарная смерть у пациентов с СД встречаются в 20 % случаев, а у пациентов без СД, которые перенесли ИМ, в 18,8 %. Однако сочетание ИМ и СД увеличивает риск повторного ИМ или смерти на 45 %. По данным проспективного регистра (Organization to Assess Strategies for Ischemic Syndromes), СД при ИМ без подъема ST или нестабильной стенокардии увеличивает риск смерти на 57 %. Коморбидность СД и ИБС способствуют значительному увеличению риска смертности. Согласно данным исследования, проведенного S.G. Wannamethee и соавт., риск неблагоприятного сердечно-сосудистого события (ССС) у пациентов с ИМ и СД

увеличивается на 50,2 %, а у пациентов с ИМ без диабета – на 29 %. При этом коморбидность (СД+ИМ) увеличивает риск смерти в 3 раза. Результаты исследования дают основания полагать, что столь частая коморбидность ИБС и СД обусловлена общностью патогенетических механизмов:

1) Метаболические (гипергликемия, наличие свободных жирных кислот, инсулинорезистентность, дислипидемия);

2) Оксидативный стресс и гликозилирование белков (за счет повышенного образования свободных радикалов и уменьшения антиоксидантной защиты, образование избыточного количества конечных продуктов гликозилирования);

3) Эндотелиальная дисфункция (нарушение синтеза и биодоступности оксида азота, как следствие гипергликемии и инсулинорезистентности);

4) Воспаление (повышенная экспрессия цитокинов, образование избыточных количеств растворимых липопротеинсодержащих иммунных комплексов);

5) Тромбообразование (повышенное содержание фибриногена, гиперэкспрессия ингибитора активатора плазминогена 1, активация тромбоцитов).

В 1977 г. в Великобритании было начато широкомасштабное проспективное многоцентровое рандомизированное исследование сахарного диабета (СД) – United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), продолжавшееся до 1997 г. и охватившее 5102 больных с впервые диагностированным СД2. Полученные в UKPDS данные показали, что строгий контроль гликемии, начатый непосредственно после выявления диабета, позволяет отсрочить развитие микрососудистых и макрососудистых заболеваний, а достижение оптимальных показателей АД имеет дополнительный положительный эффект в отношении осложнений диабета. Кроме того, были отражены значительные трудности в длительном поддержании целевых показателей гликемии и АД при наблюдении больных в условиях рутинной практики. Результаты UKPDS – исследования, не имеющего аналогов по длительности периода наблюдения, – демонстрируют необходимость как можно более интенсивного ведения пациентов с СД2 и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Несмотря на современные методы ранней диагностики и лечения, продолжает расти смертность от ССЗ при сахарном диабете. Американская кардиологическая ассоциация причислила сахарный диабет к кардиологическим заболеваниям. Профилактика и лечение хронических заболеваний обозначены Всемирной организацией здравоохранения как приоритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на улучшение качества жизни населения мира. Поэтому одной из основных стратегий снижения ССЗ является профилактика СД. Согласно Европейским клиническим рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний первоначальной и основной стратегией профилактики СД является модификация образа жизни и диета. Стратегия лечения пациентов с СД должна быть направлена на снижение риска осложнений ИБС. Она заключается в коррекции гипергликемии, инсулинорезистентности, артериальной гипертензии, дислипидемии.

Следовательно, СД 2-го типа и ИБС, как коморбидная патология, требуют комплексного обследования пациентов не только эндокринологами, но и врачами других специальностей с целью своевременной постановки диагноза и проведения профилактики заболеваний.

# ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Смирнова В.І., Гончарь О.В.*

Харківській національний медичний університет, м. Харків

**Мета роботи.** Дослідити поширеність основних факторів ризику кардіоваскулярної патології у жінок з ревматоїдним артритом (РА) у постменопаузі.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 45 хворих жіночої статі з достовірним діагнозом РА, що відповідає національним критеріям (наказ МОЗ України № 676 від 13.10.2006 р.) Контрольну групу склали 10 соматично здорових жінок у постменопаузі. Артеріальну гіпертензію (АГ) діагностували відповідно до національних критеріїв. Зміст загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ) у сироватці крові було визначено холінестеразним методом. Ліпопротеїди низької щільності (ХС-ЛПНЩ) розраховували за формулою W.T. Friedewald. За допомогою ехокардіографії була визначена товщина задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛЖ), товщина міжшлуночкової перегородки (МШП), фракція викиду (ФВ). Оцінка даних обстеження проведена в результаті аналізу амбулаторних карток пацієнтів.

**Результати дослідження.** Частота АГ в групі хворих РА становить 88,5 %. У 67 % хворих РА виявлені наступні порушення ліпідного спектра: достовірне збільшення концентрації ХС  $5,8 \pm 0,7$  ммоль/л, ТГ  $1,9 \pm 0,5$  ммоль/л, ЛПНЩ  $4,5 \pm 0,6$  ммоль/л порівняно з показниками здорових осіб:  $3,9 \pm 0,12$ ,  $0,94 \pm 0,05$ ,  $2,2 \pm 0,10$  відповідно. Активність РА, тривалість захворювання та рентгенологічна стадія не впливали на показники ліпідограми. Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) виявлена у 59,3 % пацієнтів. Зниження ФВ зареєстровано тільки в групі з системними проявами РА – 10,7 % пацієнтів. Показник ІМТ  $> 25$  кг/м<sup>2</sup> виявлено у 73 % хворих РА.

**Висновки.** Дисліпідемія, АГ, гіпертрофія лівого шлуночка зустрічаються частіше у жінок постменопаузного періоду з системною формою РА. Отримані дані свідчать про доцільність своєчасного виявлення факторів ризику кардіоваскулярної патології у хворих РА в постменопаузі.

## ХВОРИ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

*Сокруто О.В., Александрова Н.К., Вовк К.В.,*

*Мартиненко М.В., Беляєва Л.В.*

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, м. Харків

Збільшення розповсюдженості коморбідної патології спостерігається у всьому світі. Це потребує перегляду лікарських підходів з урахуванням кожного із захворювань. Особливо це стосується таких захворювань як цукровий діабет (ЦД), неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) та ішемічна хвороба серця (ІХС), стабільна стенокардія. Синергізм ушкоджувальної дії окремих патологічних станів значно поглиблює клінічну картину кожного з них та здійснює несприятливий вплив на організм в цілому. Питання лікування хворих з коморбідною патологією

найбільш актуальне для сімейних лікарів, які спостерігають цей контингент хворих протягом всього життя.

**Мета роботи.** Можливості лікування хворих на ЦД 2-го типу з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) та ІХС за допомогою використання есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ) в практиці сімейного лікаря.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 60 хворих на ЦД 2-го типу та НАСГ з діагностованою ІХС, стабільна стенокардія (чоловіків – 27, жінок -33 віком 41–52 роки, середній вік  $45,3 \pm 4,6$ ). Тривалість захворювання на ЦД – від 4 до 15, на НАСГ – від 4 до 11, на ІХС – від 4 до 9 років. Контрольна група – 10 хворих із ЦД 2-го типу та ІХС без ознак НАСГ. Діагнози НАСГ та ІХС були верифіковані згідно з даними клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження.

**Результати дослідження.** Відмічено, що у хворих з НАСГ порівняно з контрольною групою спостерігалися вірогідні зміни основних біохімічних показників сироватки крові, які визначають функціональний стан гепатоцитів: збільшення активності амінотрансфераз, лужної фосфатази, помірна гіпербілірубінемія та значна дисліпопротеїдемія ( $p < 0,05$ ). При УЗД печінки виявлено збільшення розмірів органа (вертикального та сагітального на 2–5 см), гіперехогенність та неоднорідність структури паренхіми печінки. При УЗД серця виявлено тенденцію до збільшення кінцевого систолічного та діастолічного розмірів, обсягу лівого шлуночка, ударного об'єму та зниження фракції викиду. Всім хворим проводилося лікування даної коморбідної патології згідно із загальноприйнятими стандартами терапії з включенням в схему терапії ЕФЛ. Призначали ЕФЛ по 600 мг (2 капсули) 3 рази на добу під час їжі, курс лікування – 8–10 тиж.

Після проведеного курсу лікування виявлено, що у хворих достовірно знижувались рівні амінотрансфераз: АлАТ з  $1,44 \pm 0,03$  до  $0,84 \pm 0,01$  ммоль/л; АсАТ з  $1,14 \pm 0,05$  до  $0,66 \pm 0,04$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ); ЛФ з  $2,37 \pm 0,25$  до  $1,76 \pm 43,09$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ); ГГТП з  $11,89 \pm 0,07$  до  $9,11 \pm 0,03$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), що підтверджує мембраностабілізуючий вплив ЕФЛ. Також достовірно знизилися рівні ХС з  $6,57 \pm 0,04$  до  $5,04 \pm 0,08$  ммоль/л; ТГ – з  $3,53 \pm 0,03$  до  $1,97 \pm 0,04$  ммоль/л; ХС ЛПНЩ з  $5,36 \pm 0,2$  до  $3,16 \pm 0,1$  ммоль/л та підвищився рівень ХС ЛПВЩ з  $0,86 \pm 0,04$  до  $1,21 \pm 0,06$  ммоль/л – ( $p < 0,05$ ). Отримані дані, в першу чергу – нормалізація показників ліпідного обміну, свідчать про покращання функціонального стану печінки у обстежених хворих.

**Висновки.** Лікування коморбідної патології (зокрема цукрового діабету 2-го типу та неалкогольного стеатогепатиту на тлі ішемічної хвороби серця) з використанням есенціальних фосфоліпідів поряд із загальноприйнятою терапією в практиці сімейного лікаря сприяє нормалізації функціонального стану печінки. Позитивний вплив есенціальних фосфоліпідів на стан ліпідного спектру крові, відсутність побічної дії, гарна переносимість дозволяє використовувати їх для вторинної профілактики атеросклерозу у хворих з цією поєднаною патологією (цукровим діабетом 2-го типу, неалкогольним стеатогепатитом та ішемічною хворобою серця), що важливо для тривалого лікування в практиці сімейного лікаря.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ В ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ**

*Сорокина И.В., Мирошниченко М.С., Омельченко О.А., Иванова А.А.*  
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Анализ состояния здоровья населения Украины свидетельствует о частом наличии двух и более заболеваний в организме человека, создавая прецедент высокой распространенности коморбидности, под которой одни ученые понимают наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него, другие ученые, – не просто суммацию нескольких нозологий, а определенное взаимодействие болезней, приводящее к возникновению иного состояния и формирующее в результате новую болезнь с характерными клинкоморфологическими проявлениями, что требует индивидуального подхода.

Проводимая нами клиническая и научно-педагогическая деятельность, а также анализ данных литературы позволили выделить следующие позиции по проблеме коморбидности в патологической анатомии.

Во-первых, проведенный анализ секционного материала в Харьковской области свидетельствует об увеличении числа коморбидных состояний с возрастом и наиболее частым является наличием двух-трех нозологических форм в одном случае.

Во-вторых, коморбидность может привести к патоморфозу заболевания, что может вызвать определенные трудности у врача-патологоанатома при исследовании биопсийного и операционного материала, требовать больших временных затрат на проведение вскрытия и последующего клинкоморфологического анализа.

В-третьих, коморбидность может явиться причиной возникновения трудностей, а в некоторых случаях и ошибок при установлении окончательного патологоанатомического диагноза. В данном случае, как известно, применяют в практике «комбинированное основное заболевание», представленное конкурирующими либо сочетанными основными заболеваниями.

В-четвертых, учитывая отсутствие в настоящее время достаточной научной базы, данная проблема диктует необходимость проведения комплексных морфологических исследований по изучению наиболее частой коморбидной патологии.

В-пятых, в связи с частым развитием коморбидной патологии в организме человека, ухудшающей качество жизни, увеличивающей число осложнений и вероятность развития летального исхода, возникла насущная необходимость выделения определенного количества часов при изучении клинических дисциплин, в том числе и базовой дисциплины «Патоморфология».

Таким образом, проблема коморбидности является актуальной для современной патологической анатомии, о чем свидетельствуют приведенные нами выше краткие позиции с их обоснованиями и комментариями.

## ЗМІНИ В СИСТЕМІ FGF23/ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВИЙ ОБМІН У ПРИДІАБЕТИЧНІЙ НЕФРОПАТІЇ

Топчій І.І., Якименко Ю.С., Гальчінська В.Ю., Семенових П.С., Щербань Т.Д.  
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

Збільшення концентрації фосфору в плазмі крові є доведеним чинником ризику кальцифікації судин і розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи у хворих із хронічною хворобою нирок. Фактор росту фібробластів 23 (FGF23) – це ендокринний фактор росту, який є основним регулятором гомеостазу фосфатів, його вміст може зростати задовго до підвищення рівнів паратгормона та може бути першою ознакою порушення фосфорно-кальцієвого обміну.

**Мета роботи.** Вивчення концентрації FGF23, кальцію та фосфору в крові хворих на діабетичну нефропатію (ДН).

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено 120 пацієнтів на ДН у віці від 40 до 74 років. Хворі були розподілені на групи залежно від ступеня ураження нирок. Першу групу склали 52 пацієнтів із початковими стадіями захворювання ДН I–II стадії. Друга група складалася з 36 хворих на ДН III стадії та третя група – 32 пацієнтів з ДН IV стадії. Групу контролю склали 20 здорових осіб. Концентрація кальцію та фосфору в сироватці крові вивчалась з використанням набору реагентів фірми Cormay (Польща). Вміст FGF23 визначали імуноферментним методом.

**Результати дослідження.** Встановлено, що у хворих на ДН I–II стадій концентрація FGF23 вірогідно зростала та склала ( $1,52 \pm 0,14$ ) пмоль/л, контроль ( $0,74 \pm 0,11$ ) пмоль/л. Значних відхилень показників мінерального обміну від контролю на початкових стадіях захворювання виявлено не було, так вміст кальцію склав ( $3,11 \pm 0,08$ ) ммоль/л, контроль – ( $2,88 \pm 0,12$ ) ммоль/л, а вміст фосфору у цих хворих становив ( $1,31 \pm 0,11$ ) ммоль/л, контроль – ( $1,23 \pm 0,18$ ) ммоль/л. Прогресування ДН супроводжувалось більш суттєвим зростанням FGF23 і в групі хворих з ДН III стадії концентрація фактора склала ( $2,54 \pm 0,18$ ) пмоль/л, вміст кальцію та фосфору достовірно не змінювався та склав ( $2,90 \pm 0,10$ ) ммоль/л та ( $1,52 \pm 0,12$ ) ммоль/л, відповідно. Найбільш виразне підвищення FGF23 було виявлено на пізніх стадіях захворювання, так концентрація FGF23 зросла до ( $6,43 \pm 0,51$ ) пмоль/л. В третій групі вміст фосфору вірогідно підвищувався до ( $2,64 \pm 0,28$ ) ммоль/л, а кальцію склав ( $2,58 \pm 0,12$ ) ммоль/л,  $p < 0,05$ .

При проведенні кореляційного аналізу було виявлено прямий зв'язок між рівнями фосфору та рівнями FGF23, проте він був характерним лише для пізніх стадій ДН. Підвищення показників креатиніну та мікроальбумінурії супроводжувалось зростанням рівнів FGF23. Було виявлено зворотній кореляційний зв'язок між вмістом FGF23 та швидкістю клубочкової фільтрації.

**Висновки.** Вже на ранніх стадіях нефропатії виявляються високі рівні FGF-23, які майже в два рази перевищують контрольні показники. Найвищі рівні FGF-23 були виявлені на пізніх стадіях захворювання.

У хворих на ДН мають місце порушення кальцієво-фосфорного обміну, які характеризуються гіперфосфатемією та гіпокаліємією. Найвищі концентрації фосфору та найнижчі рівні кальцію виявлено на пізніх стадіях захворювання. Виявлені кореляції свідчать про тісний взаємозв'язок показників функціонального стану нирок із рівнями FGF23.

# MECHANISMS OF COMORBIDITY FORMATION OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND CORONARY HEART DISEASE

*Fadieienko G.D., Nesen A.O., Izmailova O.V.*

SI «L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine», Kharkiv

**The aim of the study** was to identify possible transnosological mechanisms for the formation of comorbidity of gastroesophageal reflux disease (GERD) and coronary heart disease (CHD).

**Materials and methods of research.** The study involved patients (n=65) with GERD in combination with CHD: 54 men (83.08 %) and 11 women (16.92 %) aged 32 to 89 years; the mean age ( $61.57 \pm 11.37$ ) years. During the study were used laboratory-biochemical, clinical-instrumental and statistical methods.

**Results of the study.** According to the anamnesis history in patients (n=65) GERD varied in the range of 0.5 to 11 years; on average ( $4.12 \pm 2.25$ ) years; median – 4 years; the duration of CHD ranged from 1 to 21 years; the average – ( $7.07 \pm 4.61$ ) years; the central trend (Me) – 6 years. In the study, all patients (n=65) were divided into two groups: group I (n=21; 32.31 %) – with non-erosive GERD and CHD; group II (n=44; 67.69 %) with erosive GERD and CHD. In both groups, women had an average lower cardiovascular risk (CVR) on different scales than men, and a higher percentage of associated 10-year survival, associated with modified risk factors (smoking, alcohol, body mass index, unhealthy diet, low physical activity, lipid metabolism). Were determined dependence of severity obstructive sleep apnea (OSA) syndrome on the endoscopic form GERD ( $p=0.0007$ ) and dependence of level sleep disorders on clinical and morphological manifestations GERD ( $p=0.0498$ ). The obtained data indicate important transnosological mechanisms of formation comorbidity GERD and CHD: increase CVR and level comorbidity, changes in lipid spectrum and synthesis neurohormones, the presence of cardiac (“cardiac mask”) and pulmonary (“pulmonary mask”) manifestations, depressive and sleep disorders.

**Conclusions.** OSA - factor the adverse comorbidity GERD and CHD, acts as one of the variants of insomnia, and is one of transnosological mechanisms that promotes the emergence of numerous organic and functional systematic violations.

With comorbidity GERD and CHD the severity of insomnia and depression depends on age patient, the duration CHD and level of body mass index ( $p<0.05$ ); at different forms GERD there are differences in the main diagnostic parameters of severity OSA; the severity OSA is associated with the endoscopic form GERD ( $p=0.0007$ ); there is a dependence degree of sleep disorders on the clinical and morphological manifestations GERD ( $p=0.0498$ ). The increase in the degree comorbidity is proportional to the higher probability mortality ( $r=0.782$ ;  $p<0.001$ ); correction comorbidity indexes with CVR indexes allows to more correctly determine the remote prognosis of combined disease and significantly improve the effectiveness of therapeutic and prophylactic actions.



# МИРОВОЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОИНЖЕКТОРА АДРЕНАЛИНА (ЭПИНЕФРИНА) В КАЧЕСТВЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКСИИ

*Химич Т.Ю.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Анафилаксия – острая, угрожающая жизни, генерализованная или системная реакция гиперчувствительности, которая характеризуется быстрым началом с опасными для жизни нарушениями дыхания и кровообращения и, как правило, связана с проявлениями на коже и слизистых оболочках.

Статистические данные о распространенности анафилаксии в разных странах существенно различаются, однако следует отметить, что во всех регионах фиксируется увеличение зарегистрированных случаев анафилаксии, что связано с увеличением числа потенциальных аллергенов, воздействию которых подвергаются люди. Анализируя данные различных эпидемиологических исследований, можно сказать, что распространенность анафилаксии в популяции колеблется от 1,21 до 15,04 %, заболеваемость – 10–20 случаев на 100 тыс. жителей в год.

Существует несколько руководств по анафилаксии, регламентирующих методы диагностики и оказания помощи. Наиболее значимые из них – руководство по анафилаксии WAO (Всемирная организация здравоохранения), руководство по анафилаксии ЕААКИ (Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии), приказ МОЗ Украины от 30.12.2015 № 916 «Медикаментозная аллергия, включая анафилаксию» и многие другие.

В данных руководствах рекомендуется эпинефрин (автоинжектор адреналина), как первоочередное средство для лечения анафилаксии. Однако это не улучшает ситуации, тяжелый анафилактический шок развивается в 1–3 случаев на 10 тыс. населения, отмечается летальность 0,047 случаев на 100 тыс. населения.

**Цель работы.** Изучение источников зарубежной литературы, освещающей применение эпинефрина в странах Европы в случаях развития анафилаксии.

**Результаты исследования.** При анализе полученной информации следует отметить, что в Европе эпинефрин все еще не применяется как первоочередное лекарственное средство, даже при самых тяжелых реакциях. Применение автоинжектора адреналина в разных странах неодинаково: Великобритания – 100 %, Швеция – 89 %, Финляндия – 86 %, Австрия – 52 %, Германия – 24 %, Чехия – 19 %, Италия – 9 %, Венгрия – 1 %, Польша – 0 %.

При опросе среди 3 537 сотрудников скорой помощи США отмечено, что 53,8 % не назвали адреналин как первоочередное лекарство. Только 38,9 % выбрали внутримышечный способ введения. Из них 60,5 % выбрали дельтовидную мышцу как место введения. Только 39,5 % берут автоинжекторы адреналина в машинах скорой помощи. 36,2 % думали, что существуют противопоказания к применению адреналина при анафилактических реакциях. Лишь 27 % пациентов с анафилаксией на яд животного происхождения было рекомендовано использование автоинжектора адреналина (эпинефрин) после выписки из отделения скорой помощи.

**Выводы.** Таким образом, адреналин является несомненным главным методом лечения анафилактических реакций, но применение автоинжекторов адреналина ограничено. Основным препятствием для применения эпинефрина является недостаточная осведомленность среди врачей, пациентов и людей, которые ухаживают за больными. Врач любой специальности может столкнуться в своей практике с анафилаксией, поэтому он должен быть знаком не только с клиническими проявлениями, но и особенностями оказания неотложной помощи и дальнейшего лечения этого тяжелого, потенциально жизнеугрожающего состояния. Автоинжекторы адреналина должны быть доступными и назначаться врачами пациентам из групп риска в обязательном порядке.

## **CLINICAL FEATURES OF THE COURSE NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE**

*Khukhlina O.S., Antoniv A.A. Kotsiubiichuk Z.Ya.*

HSEE of Ukraine “Bukovinian State Medical University”,  
Chernivtsi, Ukraine

**Introduction.** The comorbid flow of non-alcoholic steatohepatitis (NASH) and chronic kidney disease (CKD) has often recently attracted the attention of both practitioners and researchers.

**The aim of the study** was to determine the likely effect of S-adenosylmethionine and Meldonium on the clinical course of non-alcoholic steatohepatitis (NASH) and chronic kidney disease (CKD) of the I–II stages.

**Materials and methods of research.** We examined 75 patients with NASH with comorbid obesity I degree and CKD I and II degrees. To determine the efficacy of the treatment, 3 groups of patients were randomized according to age, sex, degree of obesity, activity of the cytolytic syndrome of NASH and the stage of the CKD (chronic uncomplicated pyelonephritis with latent course in the phase of subsiding acute exacerbation). Control group (1) (24 persons) received a hypocaloric diet, metformin 500 mg twice daily, Essentiale H as a hepatoprotective drug (1 capsule 3 times a day), canephron (50 mg 3 times a day) for 90 days. The second group (2) (26 people) received a hypocaloric diet, metformin 500 mg twice daily, canephron (50 mg 3 times a day), adenosylmethionine (Ahepta) (SAM) as a hepatoprotective drug (200 mg 3 times on a sublingual day) for 90 days. The third group (3) (25 people) received a hypocaloric diet, metformin 500 mg twice daily, canephron (50 mg 3 times daily), SAM (200 mg 3 times daily sublingual), and Meldonium (vazonate) (V) (250 mg 2 times a day) as an energy, lipid, and carbohydrate metabolism stabilizer for 90 days. The average age of patients was (45.8±3.81) years. During the study of cases of side effects of drugs has not been established.

**Results of the study.** The analysis of the effects of SAM and SAM with (V) in course of therapy of patients with NASH and CKD (group 2 and 3) on the course of the disease compared to the control group showed the following results. Improvement of well-being, reduction of signs of astheno-vegetative, intoxication syndrome and dyspeptic manifestations in patients of groups 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> were observed 3–4 days after treatment, whereas in patients with 1<sup>st</sup> group only 10 days. 4 weeks after the start of

therapy, the manifestation of astheno-vegetative syndrome in patients 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> groups was significantly less than in 1<sup>st</sup> group: respectively, in 1,3 and 1,8 times ( $p < 0,05$ ). The existing manifestations of depression in patients 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> groups significantly decreased and in most patients disappeared, which exceeded the effectiveness of the influence of traditional therapy in patients 1<sup>st</sup> group – respectively, in 3,6 and 4,3 times ( $p < 0,05$ ). The comparative dynamics of the intensity of the main clinical syndromes on the 30<sup>th</sup> day of treatment was as follows: the general manifestations of the dyspeptic syndrome decreased in comparison with the indicator after treatment in patients 1<sup>st</sup> group, respectively, in 2<sup>nd</sup> group – in 2,4–2,9 times ( $p < 0,05$ ), in 3<sup>rd</sup> group – in 2,8–3,2 times, clinical manifestations of cholestasis – respectively, in 2,9 and 3,1 times ( $p < 0,05$ ), of the basic discomfort (severity, pain) – 1,8 and 2.0 times ( $p < 0,05$ ). In the dynamics of treatment with SAM and SAM with V, a significant increase in the liver protein function was found (albumin content in the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> groups increased 1.3 times ( $p < 0.05$ ) versus 7.7 % ( $p > 0.05$ ) in group 1) and a probable increase in the content of total protein in the blood, respectively, in 1,3 and 1,4 times ( $p < 0,05$ ) versus 1,2 times in group 1, 3 months after treatment ( $p < 0,05$ ). Thus, SAM possesses powerful membrane-stabilizing properties, stably eliminates the manifestations of cytolysis, cholestasis, mesenchymal-inflammatory syndrome, increases the albumin-synthesizing function of the liver in patients with NASH and prevents the loss of albumins in the conditions of CKD I–II st.

**Conclusions.** S-adenosylmethionine (ahepta) in a dose of 600 mg sublingually in patients with non-alcoholic steatohepatitis on the background of obesity and chronic kidney disease of the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> st. produces powerful membrane-stabilizing effects on the affected hepatocytes, stably eliminates the clinical manifestations of the disease, the intensity of cytolysis, cholestasis, mesenchymal-inflammatory syndrome, inhibits the progression of hepatic and renal dysfunction by optimizing the control of fibrosis of the liver and kidneys.

## **THE PROGRESSION MECHANISMS OF NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS AND CHRONIC KIDNEY DISEASE**

*Khukhlina O.S., Antoniv A.A., Kotsiubiichuk Z.Ya.*

Higher State Educational Institution of Ukraine

“Bukovinian State Medical University”, Chernivtsi, Ukraine

The steady increase in the incidence of non-alcoholic steatohepatitis (NASH) on the background of obesity and chronic kidney disease (CKD) in people of working age in Ukraine and in the world necessitates the research into mechanisms of mutual burden and the search for new factors in the pathogenesis of this comorbidity progression .

**The aim of the study.** To establish the role of hydrogen sulfide in the mechanisms of mutual burden and progression of non-alcoholic steatohepatitis and chronic kidney disease in patients with obesity.

**Materials and methods of research.** 114 patients with NASH were examined on the background of obesity of I–II degree, including: 52 patients with NASH (group 1) (without accompanying CKD), 62 patients with NASH with a comorbid CKD I–II degree (group 2). The average age of patients was ( $45.8 \pm 3.81$ ) years. The control group consisted of 20 practically healthy persons (PHPs) of the corresponding age and sex.

**Results of the study.** The obtained data testify that a significant increase in the synthesis of collagen and glycoproteins in patients with NASH, which arose on the background of obesity, that comorbid with CKD, which was accompanied by an ineffective resorption of newly formed collagen due to insufficient activation of collagenolysis and proteolysis, a significant imbalance in the system of connective tissue metabolism, which leads to progressive fibrosis of the liver and kidneys and the violation of their functions. Under the conditions of the H<sub>2</sub>S deficit and hyperproduction of homocysteine for the comorbidity of NASH from CKD I–II degree the synthesis and resorption of collagen are activated, but the anabolism processes predominate as a result of the activation of the fibroblasts system, with a significant hyperproduction of acute phase proteins, fibronectin, a higher degree of hyperthyroidism and dyslipidemia with predominance of proatherogenic lipoprotein fractions, and a higher degree of endothelium dysfunction.

**Conclusions.** A significant increase in the synthesis of collagen and glycoproteins (fibronectin) in patients with NASH, which was observed on the background of obesity, was established, which is accompanied by an ineffective resorption of newly formed collagen due to inhibition of collagenolysis against activation of proteinase inhibitors ( $\alpha$ 2-MG), accompanied by hyperproduction of the fibroblast growth factor, homocysteine, endothelin-1, deficiency in the liberation of hydrogen sulfide and nitrogen monoxide. Under the conditions of the comorbidity of NASH with the CKD of the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> degrees both synthesis and resorption of collagen are activated, but the processes of anabolism prevail. The indicated dismetabolic manifestations of the comorbidity of NASH with CKD in a higher degree of interdependence correlate with manifestations of endothelial dysfunction, dyslipidemia, and factors regulating fibrogenesis.

## СКЛАДНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

*Цико О.В.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Більше тридцяти років ВІЛ/СНІД є однією з найсерйозніших проблем людства. Щорічно кількість нових випадків ВІЛ у світі збільшується, зростає летальність від хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією. За даними ООН, з ВІЛ-інфекції/СНІДу з початку епідемії приблизно 77,3 [59,9–100] млн людей інфікувалися вірусом імунодефіциту, від СНІДу померло більше 35 млн осіб. З 1987 р. в Україні зареєстровано 319 976 випадків ВІЛ-інфекції, СНІД забрав з життя 45 775 людей. Результати досліджень останніх років підтверджують, що нижні дихальні шляхи є найбільш вразливою системою при ВІЛ-інфекції. Важка легенева патологія в групі ВІЛ-позитивних може бути обумовлена бактеріальними, вірусними, грибковими, паразитарними інфекціями та, перш за все, туберкульозом. Клінічний перебіг уражень дихальних шляхів залежить від рівня імунодефіциту. По мірі зменшення рівня CD4+ лімфоцитів зростає частота ураження легень у ВІЛ-інфікованих.

**Мета роботи.** Показати актуальність проблеми складної діагностики легеневої патології у ВІЛ-позитивних осіб та поширеності ВІЛ-асоційованого туберкульозу, особливо при рівні CD4+ лімфоцитів нижче 200 кл/мкл.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізована історія хвороби хворого з ВІЛ-інфекцією та патологією легеневої системи, літературні джерела. Проаналізовано історію хвороби пацієнта Б., 31 р., що надійшов до ХОКІЛ на другий день захворювання з проявами синдрому інтоксикації, виснаження (втрата ваги за останній місяць на 20 кг), ураження та ущільнення легеневої тканини. З анамнезу, ВІЛ-позитивний статус з 2016р, на диспансерному обліку в ОЦПБС м. Харкова з грудня 2017 р., АРТ не отримує.

**Результати дослідження.** При огляді стан середньоважкий, кандидоз ротової порожнини, скорочення та притуплення легеневого звуку в нижніх долях з обох боків,  $spO_2$  96 мм ст. Лабораторні дані: CD4+ лімфоцити 28 кл/мкл, важка дефіцитна анемія, на тлі нормального рівня лейкоцитів та підвищеної (70 мм/г) ШОЕ, моноцитоз двобічної нижньочасткової пневмонії (септичної). Мікробіологічні методи та Xpert/MTBRIF не підтвердили наявність у мокротинні МБТ. Протягом місяця хворий отримував лікування з приводу пневмонії трьома антибіотиками широкого спектра, покращання стану не відбувалося. Рентгенологічна картина не змінилась. Після повторної консультації переведений до ХОПТД № 1.

**Висновки.** Отже, виходячи з того, що діагностика уражень легеневої тканини при ВІЛ-інфекції доволі складна, і при глибокій імуносупресії захворювання часто набувають атипового перебігу та різноманітно маскуються, на перший план виходить проблема ранньої етіологічної діагностики легеневої патології у ВІЛ-інфікованих, на підставі якої необхідно створити єдиний універсальний протокол обстеження легеневої системи хворих на ВІЛ, що дозволить прискорити та підвищити якість діагностики, лікування і, як наслідок, виживання цієї категорії хворих.

## **ІМУНОЗАПАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЯ В ОСІБ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-го ТИПУ**

*Чернацька О.М., Деміхова Н.В.*

Сумський державний університет, м. Суми

**Мета роботи.** Дослідження імунозапальних особливостей функціонального стану серця в осіб з артеріальною гіпертензією та супутнім цукровим діабетом 2-го типу на підставі визначення фактору некрозу пухлин альфа (ФНП- $\alpha$ ).

**Матеріали та методи дослідження.** На базі Сумської міської клінічної лікарні № 1 протягом 2014–2017 рр. обстежено 96 пацієнтів із АГ та ЦД 2-го типу (I група), 25 осіб з АГ (II група), 15 умовно здорових добровольців (III група).

Діагноз АГ було встановлено відповідно до Наказу МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384; ЦД 2-го типу – Наказу Міністерства охорони здоров'я від 21.12.2012 № 1118.

В осіб I, II, III груп середній вік склав відповідно (62,31 $\pm$ 0,2) року, (65,2 $\pm$ 0,9) року,  $p < 0,0001$ ; III – (60,73 $\pm$ 1,05) року,  $p = 0,0166$ ; рівень систолічного артеріального тиску – (153,0 $\pm$ 0,07) мм рт. ст., (153,9 $\pm$ 0,43) мм рт. ст.,  $p = 0,0006$ ; (126,7 $\pm$ 0,12) мм рт. ст.,  $p < 0,0001$ ; діастолічного артеріального тиску – (101,9 $\pm$

0,04) мм рт. ст., (101,1±0,02) мм рт. ст.,  $p < 0,0001$ ; (83,4±0,13) мм рт. ст.,  $p < 0,0001$ . У пацієнтів I та II груп тривалість АГ склала (8,1±0,2) року і (8,9±0,13) року,  $p = 0,047$ . З того часу, як було констатовано ЦД 2-го типу пройшло (9,57±0,73) року. ФНП- $\alpha$  у сироватці крові було визначено методом твердофазового імуноферментного аналізу.

**Результати дослідження.** В осіб із АГ та супутнім ЦД 2-го типу рівень ФНП- $\alpha$  склав (161,03±3,03) пг/мл; у пацієнтів з однією АГ – (141,05±5,92) пг/мл,  $p = 0,0033$ ; в умовно здорових людей групи контролю – (26,39±0,75) пг/мл,  $p < 0,0001$ . Таким чином, в осіб із коморбідною патологією (АГ і ЦД 2-го типу) рівень ФНП- $\alpha$  був достовірно більшим ( $p = 0,0033$ ), ніж у пацієнтів із однією АГ. Окрім того, у хворих I групи із II ФК хронічної серцевої недостатності (ХСН) рівень ФНП- $\alpha$  був меншим, ніж в осіб із III ФК ХСН ( $p = 0,0485$ ).

**Висновки.** У пацієнтів з артеріальною гіпертензією та супутнім цукровим діабетом 2-го типу достовірно вищий рівень фактор некрозу пухлин- $\alpha$  порівняно з хворими на артеріальну гіпертензію свідчить про більшу вираженість імунозапальної ланки патогенезу за наявності коморбідної патології.

В осіб з артеріальною гіпертензією та супутнім цукровим діабетом 2-го типу у міру прогресування функціональної недостатності серця рівень фактор некрозу пухлин- $\alpha$  зростає, що свідчить про активацію процесів запалення пропорційно тяжкості хронічної серцевої недостатності при даній коморбідній патології.

Зазначені вище факти свідчать про перспективність дослідження додаткового плейотропного ефекту антигіпертензивних препаратів в осіб з артеріальною гіпертензією та коморбідним цукровим діабетом 2-го типу, який би полягав у зменшенні вираженості імунозапального компонента при поєднаній патології.

## **ЗМІНИ ДІАСТОЛІЧНОГО ОБ'ЄМУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1 У ХВОРИХ З АРТЕРІЛЬНОЮ ГІПЕРТОНІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ**

*Шапаренко О.В.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Актуальність.** Відомо, що артеріальна гіпертензія та ожиріння – патологічні стани, що виникають внаслідок спільності ланок патогенезу. Також відомо, що головну роль в патогенезі цих патологій відіграють адипоцитокіни, і один із них – несфатин-1. Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) характеризує здатність міокарда розслаблятися та визначає вплив на ступінь можливого розтягнення серцевого м'язу під час діастоли.

**Мета роботи.** Зміни кінцевого діастолічного об'єму залежно від рівня несфатинемії у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ожирінням.

**Матеріали та методи дослідження.** В дослідженні брали участь 105 пацієнтів, що знаходились на лікуванні в кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27, комунального закладу охорони здоров'я МОЗ України: 56 жінок (53,33 %) та 49 чоловіків (46,67 %) в середньому віці 65,72±1,28 років. Всі вони були поділені на 2 групи: перша група складалась з пацієнтів, що мають

артеріальну гіпертензію в поєднаному перебігу з ожирінням, друга група – з пацієнтів з артеріальною гіпертензією та нормальною масою тіла. До контрольної групи увійшли 25 практично здорових осіб у віці  $62,3 \pm 2,62$  років. Для визначення несфатину-1 користувалися тест-системою Human NES ELISA KIT (Китай) та імуноферментним аналізатором "Labline-90" (Австрія). Індекс маси тіла (Індекс Кетеля) визначали для характеристики ожиріння. КДО визначали за допомогою ехокардіографічного дослідження в М-режимі (стандартна техніка Feugenbaum X), на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). Статистичні дані оброблялись за допомогою пакету програм "Statistica 6,0" (StatSoft Inc, США).

**Результати дослідження.** У пацієнтів з артеріальною гіпертензією, що супроводжується ожирінням, рівень несфатину-1 був нижчий, ніж у пацієнтів без ожиріння на  $1,14 \pm 0,04$  нг/мл. В той же час, рівень несфатину-1 в 1-й групі був достовірно вищий, ніж в контрольній групі, де рівень несфатину-1 складав  $4,61 \pm 0,07$  нг/мл ( $p < 0,001$ ). Були отримані достовірні відмінності в даних кінцевого діастолічного об'єму:  $182,39 \pm 2,16$  мм в 1-й групі, в 2-й –  $238,18 \pm 2,41$  мм. Це означає, що у несфатина-1 є вірогідний зворотній зв'язок з КДО.

**Висновки.** Несфатинемія може, ймовірно, корелювати зі збільшенням камер і кінцевим діастолічним об'ємом, що може привести до ремоделювання міокарда лівого шлуночка.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТОНІЄЮ І ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1**

*Шапаренко О.В., Кравчун П.Г., Ковальова Ю.О., Титова А.Ю., Майорова М.В.*  
Харківський національний медичний університет, м. Харків

**Актуальність.** Відомо, що хронічні серцево-судинні захворювання змінюють архітектуру лівої половини серця. Зміни лівого передсердя є важкими ускладненнями і часто виступають у вигляді анатомічного розтягнення стінок лівого передсердя. У пацієнтів з артеріальною гіпертонією і супутнім ожирінням виразність змін архітектури лівого передсердя може бути вивчена залежно від рівня адипоцитокінів.

**Мета роботи.** Оцінити зміни розмірів лівого передсердя (ЛП) залежно від рівня несфатину-1 у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ожирінням.

**Матеріали та методи дослідження.** Дизайн дослідження передбачав участь 105 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27, комунального закладу охорони здоров'я МОЗ України. Віковий та гендерний склад учасників дослідження: 49 чоловіків (46,67 %) та 56 жінок (53,33 %), середній вік групи дослідження  $65,72 \pm 1,28$  років. Учасники були розподілені на 2 групи: до першої групи увійшли пацієнти, яким була діагностована артеріальна гіпертензія в супроводі ожиріння, до складу другої групи – пацієнти з артеріальною гіпертензією без ожиріння. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб, середній вік

62,3±2,62 років. Для визначення несфатину-1 в сироватці крові використовували тест-систему Human NES ELISA KIT (Китай) та імуноферментний аналізатор "Labline-90" (Австрія). Для характеристики ожиріння визначали індекс маси тіла (Індекс Кетеля). Розміри лівого передсердя вимірювали за допомогою ехокардіографічного дослідження в М-режимі (стандартна техніка Feugenbaum X), на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). Математичну обробку отриманих даних проводили за допомогою пакету програм "Statistica 6,0" (StatSoft Inc, США).

**Результати дослідження.** Група пацієнтів з артеріальною гіпертонією в супроводі ожиріння виявила найнижчий рівень несфатину-1, в той самий час несфатинемія в групі пацієнтів з артеріальною гіпертонією та нормальною масою тіла була вищою за дані попередньої групи, а найвищі рівні несфатину-1 зареєстровано в контрольній групі. Розміри ЛП у пацієнтів з артеріальною гіпертонією та супутнім ожирінням були більшими на 32,31 %, ніж розміри ЛП у пацієнтів групи з артеріальною гіпертензією та нормальною масою тіла. Це свідчить, що розміри ЛП зростають в зворотній залежності від підвищення рівню несфатину-1.

**Висновки.** Рівень несфатину-1 може відображати зміни архітекτονіки лівих камер серця, а саме: підвищення рівню несфатину-1 корелює в зворотному зв'язку зі збільшенням розмірів лівого передсердя.

## **ЗАСТОСУВАННЯ KEYС-МЕТОДУ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ 6-го КУРСУ У РАМКАХ ЦИКЛУ «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА З ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ ТА ФТИЗІАТРІЄЮ»**

*Шевченко О.С., Погорєлова О.О.*

Харківський національний медичний університет,  
кафедра фтизіатрії та пульмонології, м. Харків

Підвищення вимог до складання студентами ліцензійного іспиту «Крок 2» та збільшення кількості матеріалу, обов'язкового для засвоєння, вимагає від викладачів медичних вишів застосування нових методів навчання студентів.

**Мета роботи.** Описати практику застосування кейс-методу у рамках циклу «Внутрішня медицина з інфекційними хворобами та фтизіатрією».

**Матеріали та методи дослідження.** Кейс-метод був застосований для студентів 6-го курсу на кафедрі фтизіатрії та пульмонології Харківського національного медичного університету. За основу «кейсів» (ситуаційних завдань) були взяті завдання, включені до бази ліцензійного іспиту «Крок 2». Студенти отримували клінічну ситуацію, після чого між ними розподілялися ролі: пацієнта, лікаря загальної практики, фтизіатра, рентгенолога, лаборанта, інфекціоніста та лікарів інших спеціальностей відповідно до умов задачі. Завданням студентів було обіграти клінічну ситуацію. При цьому кожен мав змогу розглянути клінічні прояви захворювання, призначити план обстеження та лікування, спрогнозувати можливі результати дослідження додаткових досліджень та наслідки лікування відповідно до форми туберкульозу та його коморбідності. Кожен студент дотримувався своєї ролі, але у ході обговорення міг висловити свої поради та зауваження колегам. Також викладач доповнював задачу додатковими даними.



**Результати дослідження.** Застосування даного методу в першу чергу дозволило підвищити рівень мотивації студентів та зацікавити їх у діагностичному та лікувальному пошуку. По-друге, даний метод покращив засвоєння матеріалу заняття, підкріпивши знання, отримані в ході теоретичної підготовки, їх практичним застосуванням. І по-третє, даний метод покращив засвоєння студентами матеріалу, що входить до бази ліцензійного іспиту «Крок 2», адже він дозволив перейти від простого заучування задач і відповідей до їх аналізу і розуміння. На пробному тестуванні, що проводилося на останньому занятті, більшість студентів змогли дати 95–96 % правильних відповідей на завдання з бази «Крок 2».

**Висновки.** Застосування кейс-методу у підготовці студентів у рамках циклу «Внутрішня медицина з інфекційними хворобами та фтизіатрією» дозволяє покращити комплаєнс між студентами та викладачем і підвищити рівень засвоєння матеріалу як із заняття, так і з бази ліцензійного іспиту «Крок 2».

## **ПОРІВНЯННЯ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕТУБЕРКУЛЬОЗНИХ МІКОБАКТЕРІОЗІВ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Шевченко О.С., Погорєлова О.О.*

Харківський національний медичний університет,  
кафедра фтизіатрії та пульмонології, м. Харків

Згідно з останніми даними статистичних досліджень, в багатьох країнах Європи наразі відмічається збільшення захворюваності на нетуберкульозні мікобактеріози (НТМБ).

**Мета роботи.** Порівняти захворюваність на туберкульоз та нетуберкульозні мікобактеріози у Харківській області за 2014–2017 рр., а також порівняти ефективність їх лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** У рамках дослідження нами були вивчені історії хвороби пацієнтів, мешканців Харківської обл., у яких було діагностовано НТМБ впродовж 2014–2017 рр., а також досліджень даних аналітично-статистичних довідників «Туберкульоз в Україні» за 2014–2017 рр.

**Результати дослідження.** За період з 2014 по 2017 рр. в Харківській обл. біло зареєстровано 72 випадки НТМБ: 4 – у 2014, 14 – у 2015, 14 – у 2016 та 42 – у 2017. Відповідно захворюваність на НТМБ складала: 2014 – 0,15, 2015 – 0,52, 2016 – 0,52, 2017 – 1,56 на 100 тис. населення. Таким чином, ми бачимо різке (більше, ніж у 10 разів) зростання захворюваності на НТМБ за досліджуваний період. Оцінюючи динаміку захворюваності на туберкульоз (ТБ), виявлено 5 559 випадків: 1 319 – у 2014, 1 451 – у 2015, 1 419 – у 2016 та 1 370 у 2017 р. При цьому захворюваність на ТБ складала: 2014 – 49,5, 2015 – 53,4, 2016 – 52,5, 2017 – 51,0 на 100 тис. населення. Тобто у період з 2014 по 2015 рр. спостерігалося зростання захворюваності на 7,9 %, а потім її поступове зниження – на 1,7 % до 2016 р. та на 2,9 % до 2017 р.

Оцінюючи ефективність лікування ми виявили, що ефективне лікування туберкульозу спостерігається у 84,8 % нових випадків, в той час як ефективне лікування НТМБ – 72,7 % випадків, що вірогідно пов'язано з відсутністю чіткого протоколу лікування нетуберкульозних мікобактеріозів відповідно до виду збудника.

**Висновки.** Оцінка динаміки захворюваності на туберкульоз та нетуберкульозні мікобактеріози в Харківській області за 2014–2017 рр. дозволила виявити, що захворюваність на туберкульоз значно переважає захворюваність на нетуберкульозні мікобактеріози, проте оцінка динаміки виявила значний зріст кількості випадків нетуберкульозних мікобактеріозів та відносно стабільні показники захворюваності на туберкульоз за досліджуваний період. Порівняння ефективності лікування показало, що ефективність лікування нових випадків туберкульозу дещо переважає ефективність лікування нетуберкульозних мікобактеріозів, що вірогідно пов'язано з відсутністю чіткого протоколу лікування нетуберкульозних мікобактеріозів відповідно до виду збудника.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭПЛЕРЕНОНА**

*Щербань Т.Д., Топчий И.И., Гальчинська В.Ю., Семеновых П.С.*

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

В развитии и прогрессировании как гипертонической болезни (ГБ), так и диабетической нефропатии (ДН) важное место отводится минералокортикоидному гормону альдостерону. Повышенные концентрации альдостерона способствуют задержке натрия и воды с развитием отеков, увеличению потери калия и магния, повышению симпатической и снижению парасимпатической активности, нарушению барорецепторной функции, ужесточению дисфункции эндотелия, увеличению вазомоторной реактивности и оксидантного стресса. Кроме того, вторичный гиперальдостеронизм является важным фактором, способствующим процессам фиброзированию.

Лечение ГБ и ДН включает гипотензивную и сахароснижающую терапию с использованием статинов и антиагрегантов. Особый интерес вызывает возможность применения в комбинированной нефро- и ангиопротекторной терапии антагонистов рецепторов альдостерона.

Различают неселективный (спиронолактон) и селективный (эплеренон) антагонисты рецепторов альдостерона. Первый из них наряду с влиянием собственно на рецепторы альдостерона связывается также с андрогеновыми, прогестероновыми и, в меньшей степени, с глюкокортикоидными рецепторами, что может быть причиной развития ряда побочных эффектов. Второй весьма избирательно связывается с рецепторами альдостерона, вследствие чего рассматривается как более безопасный.

**Цель работы.** Изучение эффективности применения селективного антагониста рецепторов альдостерона эплеренона в комбинированной терапии больных ДН в сочетании с ГБ.

**Материалы и методы исследования.** Комплексно обследовано 57 больных ДН I–III стадий с СКФ > 60 мл/мин в сочетании с ГБ II стадии. Средний возраст обследованных составил (59,0±3,1) года. Все больные принимали базовую терапию (ингибитор АПФ периндоприл в дозе 5–10 мг в сутки, антагонист кальция амлодипин в дозе 5–10 мг в сутки, статины (аторвастатин в дозе 10–20 мг в сутки) и сахароснижающие препараты (метформин 500–2000 мг в сутки). В зависимости от назначенного лечения больные были разделены на следующие группы: группа А – больные, получавшие базовую терапию (n=29); группа В – больные, получавшие базовую терапию в комбинации с блокаторами альдостерона эплереноном в дозе 25 мг/сут (n=27) в течение 3 мес. Нами не было выявлено достоверных различий между группами по распределению пациентов по возрасту и полу. Показатели функционального состояния почек и систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) также не имели статистически значимых различий (p>0,05). Всем больным проводилось определение суточной белковой экскреции белка с мочой и общие биохимические и клинические исследования. Концентрацию альбумина в моче определяли иммуноферментным методом с использованием тест-системы ("Гранум", Украина). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле СКD-EPI. Статистический анализ проводили с помощью компьютерной программы "SPSS 13".

**Результаты исследования.** После проведенной терапии с использованием эплеренона улучшение общего самочувствия произошло в 92,8 % больных.

Использование базовой терапии, комбинированной с эплереноном, приводило к существенному снижению артериального давления. Однако значимых различий между его показателями между группами А и В не обнаружено. В группе А показатели САД и ДАД уменьшались на 33 и на 16 % соответственно. Блокада рецепторов альдостерона приводила к снижению на 38 % САД и на 20 % ДАД. Базовая терапия в комбинации с эплереноном положительно влияли на функцию почек. У больных группы А уровень МАУ снижался на 27 % (p<0,001). У пациентов группы В отмечали снижение уровня МАУ – на 36 % (p<0,001). Вместе с тем мы не обнаружили достоверной изменения уровня креатинина и СКФ.

Учитывая то, что при применении антагонистов рецепторов альдостерона существует повышенный риск гиперкалиемии, был проведен дополнительный мониторинг пациентов. По результатам обследования в обеих группах пациентов не было выявлено статистически значимых изменений концентрации калия в крови.

**Выводы.** Использование в качестве базовой так и комбинированной с эплереноном терапии приводит к существенному снижению артериального давления, однако значимых различий между группами не выявлено. Дифференцированная оценка результатов лечения с использованием базового и комбинированной с эплереноном терапии показала достоверно более высокую эффективность комбинированной терапии относительно функционального состояния почек за счет снижения уровня МАУ. Перспективы дальнейших исследований заключаются в поиске оптимальных комбинаций нефропротекторных препаратов, что позволило бы повысить эффективность терапии пациентов с коморбидной патологией.

Формат А5. Ум. друк. арк. 5,25.  
Наклад 110 прим. Зам. № 18-33660.

---

Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
[izdatknmurio@gmail.com](mailto:izdatknmurio@gmail.com)

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв,  
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.