



*Боровик К.*

## ОСОБЛИВОСТІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології ім. академіка  
Л.Т. Малої

Науковий керівник: д.мед.н. н., проф. Риндіна Н.Г.

**Мета.** Проаналізувати параметри кардіогемодинаміки у хворих на гострий інфаркт міокарда за наявності та відсутності супутнього ожиріння.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 75 хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та ожиріння (основна група) та 30 хворих на ГІМ без ожиріння (група співставлення), які знаходились на лікуванні в інфарктному відділенні КНП «МКЛ №27» ХМР. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Усі хвори були співставні за віком та статтю. Ехокардіографічне дослідження проводили за стандартною методикою на апараті RADMIR (Ultima PRO 30). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel».

**Результати та їх обговорення.** Знайдено достовірне зростання кінцевого систолічного та діастолічного розміру й об'єму (КДР, КСР, КДО, КСО) лівого шлуночку (ЛШ) у хворих з ожирінням та ГІМ при співставленні з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). Зіставлення показників кардіогемодинаміки у хворих з ГІМ без ожиріння та осіб контрольної групи встановило зміни за рахунок зростання рівнів КСР та КДР при ГІМ ( $p < 0,05$ ). Інотропна функція серця, визначена за допомогою фракції викиду (ФВ) ЛШ, в осіб контрольної групи достовірно перевищувала таку у хворих на ГІМ як за наявності, так і за відсутності ожиріння ( $p < 0,05$ ). У хворих за коморбідності ГІМ та ожиріння виявлено достовірне зростання розмірів КДР та КСР порівняно з хворими без ожиріння при ГІМ ( $p < 0,05$ ), а ФВ ЛШ при ожирінні вірогідно знижувався ( $44,85 \pm 1,67$  проти  $40,12 \pm 1,58$ ,  $p < 0,05$ ) при зіставленні з хворими на ГІМ без ожиріння.



Висновки. Таким чином, у хворих з ГІМ за наявності коморбідного ожиріння визначається зростання розмірів і об'ємів лівого шлуночка та зниження контрактильності міокарда.

*Волік М., Лапшина К.*

## ФАКТОР РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ 21 ЯК МАРКЕР НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №1

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Бабак О.Я.

**Актуальність:** неінвазивні маркери допомагають розрахувати вірогідність розвитку НАЖХП у осіб з високим метаболічним ризиком, ідентифікувати пацієнтів з несприятливим прогнозом, оцінити прогресування захворювання, спрогнозувати відповідь на терапевтичне лікування. Досягнення даних цілей дозволить знизити необхідність виконання біопсії печінки.

**Мета дослідження:** вивчити рівень фактору росту фібробластів 21 (FGF-21) у хворих неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП) в поєднанні із гіпертонічною хворобою (ГХ) і з'ясувати розподіл показників FGF-21 в залежності від стадії фіброзу печінки.

**Матеріали і методи дослідження:** було досліджено 60 хворих на НАЖХП та ГХ, групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Усі пацієнти були розподілені за віком та статтю. Середній вік склав  $(50,1 \pm 6,9)$  років. Дослідження було виконано на підставі вивчення клініко-біохімічних даних. Діагноз ГХ був встановлений керуючись наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 р, рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів по лікуванню АГ, 2013. НАЖХП діагностовано відповідно до критеріїв клінічного протоколу №826 від 06.11.2014 р. та клінічних рекомендацій Європейської асоціації з вивчення хвороб печінки. Рівень FGF-21 в сироватці крові визначали за допомогою імуноферментного методу. З метою оцінки стадії фіброзу печінки використовували тест Fibromax (Biopredictive, Франція).