

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ
НАМН УКРАЇНИ»

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ



МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**«НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ
ТА ЛІКУВАННІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ»,**

присвяченої 100-річчю від дня народження академіка Л. Т. Малої

15-16 жовтня 2019 р.



ХАРКІВ

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ
НАМН УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ
РАДИ**

Матеріали науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**«НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ»,**
присвяченої 100-річчю від дня народження академіка Л. Т. Малої

15 – 16 жовтня 2019 р.

Харків

УДК: 616.1/.9(062.552)

Відповідальний редактор:
Академік НАМН України, доктор медичних наук, професор
О. М. Біловол

Редакційна колегія:
Князькова І.І., Кравчун П.Г., Бабак О.Я., Журавльова Л.В.,
Пасієшвілі Л. М., Оспанова Т.С., Ковальова Л.М.

Відповідальні секретарі: Корнійчук В.І., Корчевська А.І.

«Новітні тенденції в діагностиці та лікуванні внутрішніх хвороб»:
Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,
присвяченої 100-річчю від дня народження академіка Л. Т. Малої, 15 –
16 жовтня 2019 р. / за ред. О. М. Біловола та ін., – Х., 2019. – 245 с.

У збірник включено тези доповідей, які висвітлюють найсучасніші тенденції щодо впровадження новітніх методів дослідження, диференційної діагностики та лікування внутрішніх хвороб. Висвітлені теми епідеміології та профілактики терапевтичної патології на сучасному етапі. Розглянуто найважливіші питання розвитку практичної, теоретичної та експериментальної медицини. Підкреслена роль академіка Л.Т. Малої у становленні вітчизняної терапевтичної школи лікарів, науковців, підкреслений її внесок у розвиток світової медичної практики.

Матеріали конференції призначені для спеціалістів різних медичних спеціальностей, а також студентів вищих медичних навчальних закладів.

ОЦІНКА ВПЛИВУ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ОЖИРІННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Авраменко Я.М., Борзих О.А., Лавренко А.В., Кайдашев І.П.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Лікування коморбідних станів є важливою проблемою сучасної медицини. Погіршення екологічної ситуації, постаріння населення, шкідливі звички, гіподинамія, нераціональне харчування створюють умови для розвитку одночасно декількох захворювань, тобто коморбідності. Поширеність коморбідності становить до 80% хворих, є більшою серед жінок. Одним з частих випадків поєднаної патології є бронхіальна астма (БА) та ожиріння. Спостерігається зростання поширеності в популяції як БА, так і ожиріння. За літературними даними ожиріння збільшує ризик розвитку БА та погіршує перебіг захворювання.

Мета. Проаналізувати особливості впливу коморбідного перебігу бронхіальної астми та ожиріння на якість життя пацієнтів.

Матеріали і методи. Пацієнтам проводилось повне клініко-лабораторне обстеження, спірометрія, визначення індексу маси тіла (ІМТ), також було запропоновано заповнити Asthma control questionnaire (АСQ-5) і The Short Form (36) Health Survey (SF-36) для підтвердження діагнозу, оцінки ступеня важкості перебігу та рівня контролю астми, а також загального стану здоров'я і якості життя. Проведено обстеження 30 хворих, пацієнти були поділені на 3 групи, 10 хворих на БА з нормальним ІМТ, 10 хворих на БА та ожиріння 1-2 ступеня, 10 пацієнтів з ожирінням 1-2 ступеня. Всі пацієнти отримували лікування БА відповідно до стандартів.

Результати. Середній вік хворих на ізольовану БА складав $39,4 \pm 1,76$ років, в групі хворих на БА з ожирінням $56,4 \pm 1,25$ років. За гендерним складом в усіх групах переважали жінки. У хворих на БА показник оцінки фізичного компонента SF-36 (PCS) складав $35,82 \pm 3,7$ і емоційної складової (MCS) $44,75 \pm 5,2$. Результати серед пацієнтів, хворих на БА та ожиріння були: SF-36 PCS $24,75 \pm 5,7$; MCS $47,09 \pm 2,72$. Результати серед пацієнтів, хворих на ожиріння були: SF-36 PCS $44,79 \pm 4,3$; MCS $51,77 \pm 3,52$. Показники оцінки впливу на якість життя фізичного компонента/фізичного здоров'я є найгіршими у пацієнтів, хворих на БА та ожиріння, емоційна складова більше страждає у хворих на ізольовану БА.

Висновок. Поєднаний перебіг бронхіальної астми та ожиріння призводить до взаємообтяження захворювань та суттєво впливає на оцінку фізичного компоненту якості життя пацієнтів, в той час як показник емоційного благополуччя залишається відносно стабільним.

Комплексне персоніфіковане лікування з урахуванням корекції способу життя та ІМТ сприятиме поліпшенню контролю астми і загального стану здоров'я пацієнтів.

ОСОБИСТІСНІ ОПИТУВАЛЬНИКИ ЯК МЕТОД ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Алавацька Т.В., Потапчук О.В., Савельєва О.В., Чукітова Д.Я.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мета дослідження: Визначити ступінь прихильності до лікування у хворих на ЦД в залежності від типів відносин до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин (ОВ) у хворих на цукровий діабет (ЦД).

Матеріали і методи: для проведення наших досліджень ми використовували які складались з трьох видів опитувальників: *Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ); Опитувальник Морискі-Гріна; Опитувальник ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна.* Анкетування проводилось серед пацієнтів, що проходили курс стаціонарного лікування в ендокринологічному та терапевтичному відділеннях, на базі «Школи діабету». В обстеження залучались хворі на цукровий діабет I і II типу. Обстежено 220 пацієнтів, чоловіків – 83, жінок – 137. Робота з хворими проводилась з суворим дотриманням етичних норм, що притаманні проведенню досліджень такого типу.

Результати дослідження:

1. При загальній характеристиці прихильності до лікування, ми визначили, що позитивні показники мають тенденцію зростання у хворих на цукровий діабет 1 та 2 типів, після використання наших методик.
2. При загальній характеристиці ОВ у хворих на ЦД, ми спостерігаємо тенденцію переваження неврастенічного, тривожного, сенситивного та гармонійного типів особистісного відношення.
3. При загальній характеристиці ситуативної та особистісної тривожності, ми бачимо, що у пацієнтів переважає помірний рівень. Зберігаються стабільні показники за всі роки. Це забезпечує нам більш сприятливі умови для проведення навчально - роз'яснювальної роботи з пацієнтами і отримання бажаних результатів.

Висновки: Кожен пацієнт має свій власний тип особистісних відношень і прихильність до лікування у кожного різна. Для досягнення компенсації стану хворих на цукровий діабет і профілактики розвитку ускладнень ефективними є не тільки стандартизовані медикаментозні

методи лікування, а і допоміжні, які спрямовані на індивідуальний підхід з урахуванням визначених особистісних відносин, сформованих під впливом хвороби в динаміці, що визначає прихильність до лікування.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ

Андоньева Н.М., Дубовик М.Я., Гуц Е.А., Валковская Т.Л., Железникова М.А., Олянич С.А.

*Харьковский национальный медицинский университет
Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии
им. В. И. Шаповала, г. Харьков.*

У пациентов с терминальной стадией хронической болезни почек (ХБП), получающих заместительную терапию перитонеальным диализом (ПД), частым осложнением является синдром белково-энергетической недостаточности (БЭН). Нутритивным нарушениям придается важное прогностическое значение, поскольку они усугубляют течение основного заболевания, осложняют его коррекцию, оказывают значительное влияние на выживаемость данной категории больных.

Цель. Изучить у больных, находящихся на перитонеальном диализе, распространенность синдрома белково-энергетической недостаточности и определить факторы его развития.

Материалы и методы. Обследовано 85 больных, получающих ПД. Оценка нутритивного статуса у исследуемых больных, выполнена с использованием модификации комплексной методики, включающей 5 параметров – индекс массы тела (ИМТ), кожно-жировую складку над трицепсом (КЖСТр), окружность мышц плеча (ОМП), содержание общего белка и сывороточного альбумина, абсолютное число лимфоцитов.

Результаты. Синдром БЭН наблюдался у 34,2% больных, представленный легкой степенью тяжести – у 29,8% пациентов и среднетяжелой – у 4,4% больных с преобладанием смешанной формы. У 26,8% диализных больных имело место «средневысокие» или «высокие» транспортные характеристики брюшины, что способствовало повышенной потери белка через брюшину при ПД. Установлено, что с возрастанием уровня С-реактивного белка (СРБ) увеличивались нутритивные нарушения. В нашем исследовании синдром хронического воспаления выявлен у 19,3% случаев. Кроме того, потери белка резко возрастали при повторном диализном перитоните, такие случаи составляли 14%. Выраженный дефицит суточного потребления

белка зарегистрирован у 29,2% больных. Следует индивидуально оценивать показатели нутритивного статуса для больных ХБП, так как коррекция данного осложнения играет зачастую определяющую роль в результатах лечения.

Выводы. Анализ наших исследований позволил установить, что факторами риска возникновения нарушений белкового метаболизма у больных на ПД, выступают низкое потребление белка, присоединение синдрома недостаточности питания, системная воспалительная реакция, потеря белка с диализирующим раствором при наличии высоких транспортных характеристик брюшины и повторные эпизоды диализного перитонита.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ

**Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Валковская Т.Л.,
Железникова М.А., Олянич С.А.**

*Харьковский национальный медицинский университет
Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала, г. Харьков*

Поражение сердечно-сосудистой системы у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) на перитонеальном диализе (ПД) имеет существенное влияние на качество их жизни и выживаемость. Нарушение ауторегуляции коронарного кровотока, приводит к процессам ремоделирования миокарда левого желудочка с исходом в ишемическую дилатационную кардиомиопатию (ИДКМП) и хроническую сердечную недостаточность (ХСН).

Целью исследования было определение характера структурно-функциональных изменений миокарда левого желудочка в динамике у пациентов с ХБП на ПД.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты доплерэхокардиографических исследований в динамике 114 пациентов, которые получали почечно-заместительную терапию (ПЗТ) методом ПД на базе отделения нефрологии и перитонеального диализа харьковского областного медицинского клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала длительностью от 108 до 12 месяцев (медиана – $53,0 \pm 2,3$ месяца). Средний возраст пациентов составил – $47,9 \pm 1,2$ года.

Результаты и обсуждение. Структурно-функциональные изменения миокарда левого желудочка у исследуемых пациентов на ПД в динамике (в дебюте ПЗТ и через 12 месяцев наблюдения) выглядели

следующим образом: без гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) было 3,8% пациентов до и 7,5% после, концентрическая ГЛЖ была в 86,3% и 82,5% соответственно, эксцентрическая ГЛЖ – 10,0% и 10,0%, систолическая дисфункция наблюдалась в 5,0% и в 2,5%, диастолическая дисфункция (ДД) I типа в 33,8% и в 63,8%. Таким образом, через 12 месяцев терапии ПД у части пациентов произошло регрессирование концентрической ГЛЖ. Количество пациентов с ДД I типа, напротив, увеличилось.

Выводы. Таким образом, доплерэхокардиографическое исследование в динамике у пациентов с ХБП на ПД позволило диагностировать у них преимущественно концентрическую ГЛЖ, а также ДД I типа, вероятно, как начальные проявления идиопатической дилатационной кардиомиопатии.

ПРОТИМІКРОБНИЙ ЕФЕКТ КОМБІНАЦІЇ ЕКСТРАКТУ *EUCALYPTUS VIMINALIS* З МОДИФІКОВАНОЮ ПОХІДНОЮ АРГІНІНУ В УМОВАХ INVIVO

Андреева І.Д., Осолодченко Т.П., Рябова І.С., Завада Н.П.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Мета роботи – дослідження протимікробної дії екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованих амінокислот в умовах *invivo*.

Матеріали та методи матеріалу. Експерименти проведено на 12-ти щурах вагою 250-270 г віком 10-12 тижнів. Експериментальні рани моделювали за єдиною методикою створення моделі інфікованої повношарової рани з використанням дози *S. aureus* ATCC 25923 10^9 КУО/тварину. Тварин зі сформованими ранами було розподілено на чотири групи: позитивного контролю (лікування не проводилось), дослідна (лікування екстрактом *Eucalyptus viminalis* в комбінації з модифікованою похідною аргініну, порівняння № 1 та № 2 (відповідно екстрактом *Eucalyptus viminalis* та модифікованою похідною аргініну в ізольованому вигляді). Визначення бактеріального навантаження на поверхню рани проводили шляхом бактеріологічного дослідження змивів з поверхні рани. Статистична обробка отриманих даних проведена з використанням загальноприйнятих методів параметричної статистики.

Результати та їх обговорення. Для визначення кількості бактерій з поверхні рани проби відбирали на 2, 3, 7, 14 і 21 добу після інфікування. З 2-ої до 3-ої доби в дослідній групі та групі порівняння № 1 рівні обсіменіння поверхні рани зберігалися на одному рівні. В

контрольній групі та групі порівняння № 2 до 3-ї доби після інфікування рівні обсіменіння ран декілька збільшувалися за рахунок поразки прилеглих до гнійних ран ділянок. Надалі до 7-ї доби в групі контролю рівні обсіменіння ран поступово знижувалися, проте на два порядки перевищували показники тварин дослідної групи та групи порівняння № 1. В групі порівняння № 2 рівні обсіменіння на 7-му добу перевищували показники тварин дослідної групи та групи порівняння № 1 на порядок. З 3-ї до 7-ї доби лікування у тварин дослідної групи та групи порівняння № 1 вміст *S. aureus* в рані знизився на три порядки та складав відповідно $(5,1 \pm 0,6) \times 10^3$ КУО/мл та $(7,2 \pm 0,4) \times 10^3$ КУО/мл ($p_1 < 0,05$ відносно контрольної групи і групи порівняння № 2). З 7-ої до 14-ї доби відбувалося зниження концентрації *S. aureus* на поверхні ран в усіх піддослідних групах на два порядки. Колонізація поверхні рани в контрольній групі та групі порівняння № 2 зберігалася до 21-ої доби. В групі порівняння № 1 к 21-й добі висівалися одиничні колонії. Відсутність висіву *S. aureus* в дослідній групі відбулася на 21-у добу.

Висновок. Екстракт *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованої похідної аргініну в умовах *in vivo* виявив більш виразну протимікробну ефективність в порівнянні з застосованими речовинами в ізольованому вигляді, що свідчить про перспективність подальших досліджень комбінованого застосування природних металопорфіринів з модифікованими амінокислотами з метою створення на їх основі нових протимікробних засобів.

ОЦІНКА ЗА ПЛАНІМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ РАНОЗАГОЮВАЛЬНОГО ЕФЕКТУ ЕКСТРАКТУ *EUCALYPTUS VIMINALIS* В КОМБІНАЦІЇ З МОДИФІКОВАНОЮ ПОХІДНОЮ АРГІНІНУ НА МОДЕЛІ СТАФІЛОКОКОВОЇ РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

Андрєєва І.Д., Осолодченко Т.П., Рябова І.С., Завада Н.П.
*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Мета роботи – дослідження ранозагоювальної дії комбінації екстракту *Eucalyptus viminalis* з модифікованою амінокислотою за планіметричними показниками на моделі стафілококової ранової інфекції.

Матеріали та методи. Експерименти проведено на 12-ти щурах вагою 250-270 г віком 10-12 тижнів. Рани моделювали за єдиною методикою створення моделі інфікованої повношарової рани з використанням дози *S. aureus* ATCC 25923 10^9 КУО/тварину. Тварин зі сформованими ранами було розподілено на чотири групи: позитивного

контролю (лікування не проводилось), дослідна (лікування екстрактом *Eucalyptus viminalis* в комбінації з модифікованою похідною аргініну, порівняння № 1 та № 2 (лікування відповідно екстрактом евкаліпту та модифікованою похідної аргініну в ізольованому вигляді). Усі досліджувані речовини використовували в лікувальному режимі введення – термін введення засобу відбувався після терміну відтворення моделі. Тривалість лікування і спостереження за тваринами становила 21 добу. Величину площі ран визначали шляхом перенесення її країв на прозорий папір з наступним скануванням та обробкою цифрового зображення за допомогою програмного пакету "Microsoft Visio Pro 2007".

Результати та їх обговорення. Усі групи тварин на початку експерименту виявилися однорідними за площею сформованих ран. Проте якщо у початковій фазі ранового процесу різниця в площі ран між групами була несуттєвою, то на 7-му добу, що відповідає фазі дегідратації, між дослідною групою та контрольною, а також групою порівняння № 2 вона стає достовірною. На 14-ту добу, що відповідає фазі регенерації, зберігається статистично достовірна відмінність між показниками площі ран дослідної та контрольної груп, а також дослідної групи і групи порівняння № 2. Площа ран у тварин дослідної групи в порівнянні з іншими групами скорочується випереджуючими темпами. В результаті к 14-тій добі рани у тварин дослідної групи стають більш, ніж в чотири рази меншими за площею, ніж у тварин контрольної групи та групи порівняння № 2. На 21-у добу ця різниця ще збільшується. Наприкінці експерименту рани тварин дослідної групи майже повністю зарубцьовані. У тварин групи порівняння № 1 на 21-у добу площа ран в два рази перевищує площу ран тварин дослідної групи. В контрольній групі та групі порівняння № 2 на 21-у добу репарація ще триває, а площа ран перевищує таку у дослідній групі у 8-10 разів.

Висновок. Комбінація *Eucalyptus viminalis* з модифікованою похідною амінокислоти аргініну при експериментальному лікуванні ран стафілококової етіології проявила високий ранозагоювальний ефект, більш виразний в порівнянні з застосованими речовинами в ізольованому вигляді.

ВПЛИВ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ НА ШВИДКІСТЬ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ *S. AUREUS* ДО ЕКСТРАКТУ *EUCALYPTUS VIMINALIS*

Андрєєва І.Д., Осолодченко Т.П., Завада Н.П., Рябова І.С.,
Штикер Л.Г.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Мета роботи – визначити вплив комбінування модифікованих амінокислот з природними металопорфіринами на швидкість розвитку резистентності до *S. aureus*.

Матеріали та методи. Досліджувалася швидкість формування стійкості тест-штаму *S. aureus* ATCC 25923 відносно комбінації рослинного екстракту *Eucalyptus viminalis* з модифікованими амінокислотами – похідною лізину сполукою 6.1 та похідною аргініну сполукою 7.1.5. У якості порівняння застосовано субстанції речовин в ізольованому вигляді. Критерієм оцінки в досліді були мінімальні інгібуючі концентрації (МІК) модифікованих амінокислот та екстракту *Eucalyptusviminalis* в ізольованому вигляді, МІК модифікованих амінокислот в присутності екстракту *Eucalyptusviminalis*, МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованих амінокислот та кратність збільшення МІК речовин на кожному п'ятому послідовному пасажі.

Результати та їх обговорення. За результатами проведених досліджень виявлено досить повільне формування резистентності *S. aureus* ATCC 25923 щодо досліджених модифікованих амінокислот. Резистентність *S. aureus* ATCC 25923 формувалася щодо похідної аргініну сполуки 7.1.5 повільніше, ніж до похідної лізину 6.1. Формування резистентності *S. aureus* ATCC 25923 щодо екстракту *Eucalyptus viminalis* відбувалося швидко. Початкова МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* для *S. aureus* ATCC 25923 складала 31,25 мкг/мл. По завершенню експерименту чутливість *S. aureus* ATCC 25923 щодо екстракту *Eucalyptus viminalis* зменшилася у 16 раз. МІК похідної лізину 6,1 в присутності екстракту *Eucalyptus viminalis* збільшилася у 4 рази після 25 пасажів та до тридцятого пасажу залишалась на рівні 3,9 мкг/мл. МІК похідної аргініну 7.1.5 в присутності екстракту *Eucalyptusviminalis* збільшилася удвічі лише після двадцяти пасажів та більше не змінювалася до кінця експерименту. МІК екстракту *Eucalyptusviminalis* в присутності похідної лізину 6.1 для *S. aureus* ATCC 25923 зросла у 4 рази після двадцятого пасажу та більше не змінювалася до кінця експерименту. МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності

похідної аргініну 7.1.5 для *S. aureus* ATCC 25923 зростає у 4 рази лише наприкінці експерименту.

Висновок. В результаті багатократних пасажів встановлено, що резистентність до екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованих амінокислот розвивається повільніше, аніж до екстракту *Eucalyptus viminalis* в ізольованому вигляді. Формування резистентності тест-штаму *S. aureus* ATCC 25923 щодо екстракту *Eucalyptus viminalis* відбувалося найповільніше в присутності похідної аргініну 7.1.5.

ANTIOSTEOPOROTIC MANAGEMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AND LOW BACK PAIN SYNDROME

Andrusha A.B.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

To date, degenerative diseases of the spine and joints are not recognized risk factors for secondary osteoporosis, but the evidence of an increased risk of osteoporotic fractures in the background of these diseases are contradictory. Possible mechanisms for realizing the links between low back pain syndrome, osteoarthritis, and risk of osteoporotic fracture are age, gender, body mass index, pain syndrome and the presence of sarcopenia which are associated with an increased risk of falls and decreased bone strength.

The purpose of the study is to assess the structural and functional state of the bone tissue, the probability of osteoporotic fractures, the risk of falls in patients with combined pathology (osteoarthritis and low back pain syndrome caused by degenerative diseases of the spine).

Materials and methods. The estimation of the 10-year probability of the main osteoporotic fractures was made using the FRAX and QFracture models. Structural-functional state of bone (SFSB) was evaluated by ultrasound densitometry (apparatus LUNAR Achilles express, USA, 2008). Stiffness Index, T-score, Z-score were investigated parameters. The risk of falls was estimated using the "Stand up and go" test.

Results. We examined 37 patients (18 men and 19 women) with combined pathology (osteoarthritis and low back pain syndrome caused by degenerative diseases of the spine). The average age of patients was 56.2 ± 3.21 years. The control group consisted of 20 practically healthy individuals of the corresponding gender and age. SFSB examination of patients revealed a decrease in mineral density and disorders of bone architectonics, which corresponded to I degree osteopenia (average value of T-score in both groups has been -1.38 ± 0.09 SD). The probability of osteoporotic fractures in the examined patients was significantly higher compared with the control group of patients, with the maximum risk at

evaluation by QFracture than FRAX model. According to the QFracture algorithm, boundary indicators for the start of anti-osteoporotic treatment were noted in 21.6% of respondents, and indicators requiring the determination of bone mineral density (the result in the so-called “yellow zone”) —in 32.4%. The risk of falls in patients with this polymorbid pathology was also higher in comparison with practically healthy people of the corresponding age.

Conclusions. In patients with low back pain syndrome caused by degenerative changes in the spine and joints, there is a slight decrease in bone mineral density (osteopenia grade 1), while there is an increased risk of major osteoporotic fractures and falls. To develop an anti-osteoporotic intervention strategy for this category of patients, it is advisable to carry out the following measures: to estimate the probability of an osteoporotic fracture (the QFracture calculator is preferable), estimate the risk of falls. From an economic point of view, conducting densitometry is justified only in patients with a high risk of falls and a high risk of osteoporotic fractures.

РОЛЬ РОЗЛАДІВ ГЕМОСТАЗУ ТА ФІБРИНОЛІЗУ У ПАТОГЕНЕЗІ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Антонів А.А.

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

Мета роботи – встановити особливості змін ланок системи згортання крові, протизгортаючої активності крові, фібринолізу у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) залежно від стадії хронічної хвороби нирок (ХХН).

Матеріал та методи дослідження: Обстежено 444 хворих: з яких 84 хворих на НАЖХП із ожирінням I ступеня (1 група), яка містила 2 підгрупи: 32 хворих на неалкогольний стеатоз (НАСП) та 52 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ); 270 хворих на НАЖХП із коморбідним ожирінням I ступеня та ХХН I-III стадії (2 група), у тому числі 110 хворих на НАСП та 160 хворих на НАСГ. Групу контролю склали 90 хворих на ХХН I-III стадії із нормальною масою тіла (3 група). Для визначення залежності перебігу НАЖХП від форми та стадії ХНН групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння, активністю НАСГ.

Результати дослідження. Аналіз показників гемостазу та фібринолізу у обстежених хворих на НАСГ залежно від стадії ХХН показав, що із зростанням стадії ХХН активність зсідання зростає, за

виключенням вмісту фібриногену (найбільш ймовірно внаслідок коагулопатії споживання), активність чинників протизсідуючої системи зменшується, сумарна та ферментативна активність фібринолізу знижуються, а неферментативна компенсаторно зростає. Таким чином, метаболічна інтоксикація, оксидативний стрес, які супроводжують перебіг НАЖХП за умов ожиріння та ХХН, сприяють активації калікреїн-кінінової системи, утворенню плазміну та тромбіну з подальшим порушенням рівноваги між ними, розвитку стазу, сладж-феномену, утворенням тромбоцитарних та еритроцитарних агрегатів у системі кровообігу. Наслідком значної активації гемокоагуляції на тлі пригнічення СФА є місцеве згортання крові в артеріях.

Висновок. Таким чином, встановлена роль хронічного запалення при ХХН у формуванні розладів гемостазу та в патогенезі прогресування НАСГ на тлі ожиріння, які в цілому можна охарактеризувати як гіперкоагуляційний синдром внаслідок істотного гальмування чинників протизсідуючої та фібринолітичної систем та активації плазмових факторів коагуляції (фібриноген) внаслідок хронічного запалення.

ОСОБЛИВОСТІ ГОМЕОСТАЗУ ЦИТОКЕРАТИНУ-18 ТА ЙОГО РОЛЬ У ПАТОГЕНЕЗІ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Антонів А.А.

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

Мета дослідження: було дослідити особливості гомеостазу цитокератину-18, як маркера інтенсивності апоптозу, та його роль у патогенезі прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) на тлі ожиріння та залежно від стадії коморбідної хронічної хвороби нирок (ХХН).

Матеріал і методи. Обстежено 444 хворих: з яких 84 хворих на НАЖХП із ожирінням I ступеня (1 група), яка містила 2 підгрупи: 32 хворих на неалкогольний стеатоз (НАСП) та 52 хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ); 270 хворих на НАЖХП із коморбідним ожирінням I ступеня та ХХН I-III стадії (2 група), у тому числі 110 хворих на НАСП та 160 хворих на НАСГ. Групу контролю склали 90 хворих на ХХН I-III стадії із нормальною масою тіла (3 група). Для визначення залежності перебігу НАЖХП від форми та стадії ХХН групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння,

активністю НАСГ. З метою оцінки цитокинової індукції апоптозу вивчали вміст цитокератину-18 (ЦК-18) (DRG) методом ІФА на аналізаторі „Labsystems Multiskan MS” (Нідерланди). Згідно з даними літератури, пороговим значенням вмісту ЦК-18 щодо встановлення вірогідного діагнозу НАСГ є значення вмісту в крові ЦК-18 більше 395 Од/л, а показник нижче зазначеного свідчить про НАСП, за якого істотно зростає інтенсивність апоптозу.

Результати дослідження. Отримані результати досліджень вказують на те, що у хворих на НАСГ із ХХН встановлена істотна активація процесів апоптозу. Так, середній показник вмісту в крові цитокератину-18 у хворих на НАСП перевищив показник у ПЗО у 5,7 рази ($p < 0,05$), за коморбідності НАСП із ХХН – у 6,4 рази ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці. Аналіз інтенсивності апоптозу у хворих на НАСГ, залежно від наявності коморбідної ХХН вказує на вірогідне збільшення вмісту в крові ЦК-18 у хворих на НАСГ – у 7,2 рази у порівнянні з ПЗО ($p < 0,05$), хворих на НАСГ із ХХН – у 7,5 рази ($p < 0,05$). Водночас, показник вмісту в крові ЦК-18, який є біохімічним маркером апоптозу гепатоцитів, у хворих на ХХН мав тенденцію до зростання (у 1,3 рази), але зміни не були статистично значущими ($p > 0,05$).

Висновок. При неалкогольному стеатозі печінки та стеатогепатиті на тлі ожиріння та ХХН встановлено істотне підвищення вмісту в крові цитокератину-18 у порівнянні з перебігом без коморбідної патології нирок, які беруть участь у механізмах взаємообтяження та прогресування НАЖХП та ХХН. Даний дисбаланс поглиблюється при прогресуванні НАСП у НАСГ, залежно від ступеня стеатозу та стадії фіброзу печінки.

KIDNEYS FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AND NONALCOHOLIC STEATOHEPATITIS ON THE BACKGROUND OF OBESITY

Antoniv A.A.

Higher State Educational Institution of Ukraine

«Bukovinian State Medical University» Chernivtsi, Ukraine

The aim of the study was to find out probable effect of the comorbid flow of nonalcoholic steatohepatitis (NASH) on the functional state of the kidneys disease (pyelonephritis) (CKD) of the I-III stage, to determine the pathogenetic role of endothelial dysfunctional, lipid distress syndrome, endotoxycosis and oxidative stress in the mechanisms of their mutual burden.

Materials and methods of research. 240 patients with CKD (chronic bilateral pyelonephritis) of the I-III stage were examined, 145 of which had

comorbid NASH and obesity of the 1st degree (group 1), 95 patients were diagnosed with CKD I-III stages without comorbid pathology. Depending on the stage of the CKD, both group were divided as follows: 1st group – into 3 subgroups: 51 patients with 1st stage CKD, 53 patients with 2nd stage CKD, 41 patients with 3rd stage CKD. The 2nd group were divided into 3 subgroups: 32 patients with 1st stage CKD, 35 patients with 2nd stage CKD, 28 patients with 3rd stage CKD. The control group consisted of 30 practically healthy persons(PHPs). The average age of patients was $(49,8 \pm 5,8)$ years.

Results of research and their discussions. It was established that nonalcoholic steatohepatitis affects the functional stage of the kidneys in patients with CKD I-III stages with a possible reduction of nitrogen function, velocity of glomerular filtration, in the intensity of hypoalbuminemia, proteinuria, leukocyturia, erythrocyturia, then in isolated course CKD.

Conclusion. For the comorbidity of the CKD with NASH and a decrease in GFR, an increase in the intensity of oxidative stress, endotoxycosis, lipid distress syndrome, degree of violation of the functional state of the endothelium: increased activity of iNOS, nitrite/nitrate content, endothelin-1, homocysteine, cytokeratin-18, decrease in the activity of arginase, H₂S content ($p < 0,05$), which correlate with the intermediate and high power interactions with the index of GFR ($p < 0,05$).

МОНОКЛОНАЛЬНІ АНТИТІЛА – НОВИЙ НАПРЯМОК В ЛІКУВАННІ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

**Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г., Амер Л.Б., Асика І.А.,
Москаленко Л.А., Мороз А.М.**

*Харківський національний медичний університет
КНП «Міська клінічна лікарня №27» ХМР*

У сучасній практиці внутрішньої медицини досягнуті певні успіхи в лікуванні пацієнтів, що страждають на бронхіальну астму (БА). Однак, незважаючи на досягнення в лікуванні хворих на БА, гострим та складним залишається питання лікування тяжкої форми захворювання, на яку страждає біля 20% пацієнтів з БА. Наукові дослідження в області створення нового покоління антиастматичних лікарських засобів спрямовані на розробку біологічних агентів, які здатні впливати на алергічні запальні механізми, пропроцес ремоделювання дихальних шляхів.

Омалізумаб – анти-IgE-антитіло, яке зв'язує вільні молекули IgE в ділянці домену Cε3, що запобігає подальшій взаємодії IgE з високоафінними рецепторами FcεRI, які експресовані на поверхні базофілів і опасистих клітин, що знижує здатність ефекторних клітин до

дегрануляції і подальшого вивільнення медіаторів алергічного запалення. Ефективність препарату досягається при зниженні концентрації сироваткового IgE до ≥ 50 нг/мл. При дозі препарату 450 мг п/ш кожні 4 тижні, денні симптоми БА редуцировались в 76% випадків, профілактика загострень захворювання досягалась у 82% пацієнтів.

Меполізумаб блокує на поверхні еозинофілів рецептор α ІІ-5, що приводить до зниження числа еозинофілів в слизовій оболонці дихальних шляхів та в крові. Меполізумаб вводять в дозі 100 мг п/ш 1 раз в місяць протягом тривалого часу. Препарат дозволяє істотно зменшити число загострень БА.

Експресія гена TNF- α значно вище у хворих з тяжким перебігом БА, що дало підставу призначити етанерцепт, антитіло до TNF- α та TNF- β . В даний час місце даного препарату в лікуванні хворих на БА остаточно ще не визначене.

Даклізумаб – препарат моноклональних антитіл, які зв'язують α субодиницю CD25 (ІІ-2), що приводить до блокування рецептора ІІ-2 та зниження його активності в даний час вивчається при тяжкій БА.

Пасколізумаб - це моноклональні антитіла, біологічна активність яких спрямована проти ІІ-4, вони інгібують зв'язування ІІ 4 з його специфічним рецептором.

Люміліксімаб – моноклональне антитіло до CD23, які грають важливу роль в регуляції синтеза IgE і в запальних реакціях, що протікають за участю IgE.

Келіксімаб – це препарат моноклональних антитіл, біологічна активність яких спрямована на CD4 лимфоцити.

Моноклональні антитіла мають різні механізми впливу на алергічний запальний процес, що дозволяє здійснити персоніфікований підхід до лікування БА.

SERUM PENTAXIN-3 LEVELS IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDE COURSE

Babak O., Holenko T.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The object of this research was to find out the possible relation between serum pentraxin-3 levels, arterial hypertension (AH) progression stage and endothelial dysfunction (ED) in patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and AH comorbide course.

Materials and methods. 46 patients with NAFLD were examined. They were sorted into 3 groups: group A (15 patients with NAFLD), group B (11 patients with NAFLD combined with AH stage 1) and group C (20 patients

with NAFLD combined with AH stage 2). Control group (group D) was formed of 15 apparently healthy people. Pentraxin-3, endothelial nitric oxide (eNOS), endothelium-dependent vasodilation (EDVD), C-reactive protein (CRP), fibrinogen and uric acid levels were determined in this study.

Results and discussion. It has been established that the level of serum pentraxin-3 levels is significantly increased in the groups B and C compared with group A ($p < 0.05$) and group D ($p < 0.01$). Also, a significant increase of serum pentraxin-3 levels in the group C compared with the group B was found ($p < 0.05$). The negative correlation was found between serum pentraxin-3 levels and eNOS ($R = -0.76$; $p < 0.05$) and EDVD ($R = -0,73$; $p < 0.05$). The positive correlation was found between serum pentraxin-3 levels and levels of CRP ($R = +0.78$; $p < 0.05$), fibrinogen ($R = +0,39$; $p < 0.05$) and uric acid ($R = +0,41$; $p < 0.05$).

Conclusions. The research performed has showed that the patients with NAFLD and AH comorbide course have statistically higher serum pentraxin-3 levels compared to the patients with isolated NAFLD course. Correlation between serum pentraxin-3 levels, eNOS, CRP and EDVD in hypertensive patients with NAFLD may indicate the pathogenetic role of pentraxin-3 in the ED development and progression in this cohort of patient. It has been found that serum pentraxin-3 levels and endothelial reactivity parameters were statistically increased through AH progression in patients with NAFLD with underlying AH, that may indicate an independent effect of AH on the endothelial dysfunction development.

ANALYSIS OF THE LIPID PROFILE AND ENDOTHELIAL LIPASE LEVEL IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND HYPERTENSION

Bashkirova A.D.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background and aims: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and hypertension are among the most common diseases in the world. One of the negative factors contributing to the formation of cardiovascular risk in patients with NAFLD affected with hypertension is the low level of HDL cholesterol. Since endothelial lipase (EL) is directly related to the metabolism of HDL, we analyzed EL in accordance with the levels of HDL.

Methods: 50 patients with NAFLD on the backdrop of hypertension and overweight were examined. Group distribution was performed according to HDL values: group 1 low values (< 1.04 mmol/l), $n=10$; group 2 - moderately reduced ($1.04 - 1.54$ mmol/l), $n=27$; group 3 - protective values (> 1.55 mmol/l), $n=13$. The patients were comparable by gender and age. The

average age was $[53 \pm 7.5]$. The severity of steatosis was determined by the NAFLD index liver fat score. The concentration of EL serum was determined by ELISA using kits of reagents "Aviscera Bioscience INC" (USA).

Results: Analysis of the lipid profile shows a significant difference between all groups in terms of HDL. The concentration of total cholesterol was not significantly different in the groups. At the same time, significantly lower levels of triglycerides and LDL in individuals with high levels of HDL. The results are presented in table 1. Regression analysis demonstrates a significant positive ($p = 0,04$) correlation between EL level with total cholesterol and the negative with LDL level.

Conclusion: It turns out that in patients with more pronounced non-alcoholic liver steatosis there is a proatherogenic type dislipidemia with high levels of triglycerides and low levels of protective HDL. The concentration of EL did not show a direct relationship with the level of HDL. However, EL was found to depend on LDL and total cholesterol levels, which can determine its complementary role in LDL metabolism in conditions of liver steatosis.

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ АЛЕРГІЇ ДО БУР'ЯНІВ В ХАРКІВСЬКИЙ ОБЛАСТІ

Бездітко Т.В., Єрмоменко Г.В., Касьян Н.В.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Національний університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Мета: проаналізувати особливості сенсibilізації у пацієнтів Харківської області.

Матеріали і методи: обстежено 124 пацієнта. Критеріями включення були: вік від 18 до 65 років, клінічний діагноз алергічний риніт (АР) інтермітуючий та/або бронхіальна астма (БА) інтермітуюча, контрольована, визначені відповідно до критеріїв ICON (2012) та GINA(2014). Обраним пацієнтам проводились загальні лабораторні та інструментальні дослідження, шкірні прик-тести екстрактами алергенів, визначення загального сироваткового і специфічних IgE методом імуноферментного аналізу з використанням тест систем «Euroimmun». Для виявлення видоспецифічних компонентів алергенів використовували метод багатокомпонентного аналізу ALEX. Статистичний аналіз проводився за допомогою програм Microsoft Excel та Statistica.

Результати: серед 124 пацієнтів виявлено позитивний прик-тест у 122 (98,4 %) осіб, з яких у 16 (13,1%) – моносенсibilізовані до кліщів домашнього пилку, 15 (12,1%) до суміші весняних дерев, 8 (6,5%) до суміші трав, кота 2 (1,6 %), *Alternaria alternate* 4 (3,2%).

Моносенсibiliзація до полину виявлена у 21 (16,9 %) осіб, до амброзії 26 осіб (21,3%). Комбінована сенсibiliзація до двох видів бур'янів була у 30 (24,6%) осіб. Найбільший контингент полісенсibiliзованих визначався серед пацієнтів середнього віку, та складав $36 \pm 5,5$ років. Основні клінічні прояви, які супроводжували полісенсibiliзованих пацієнтів: риніт – 100%, ринокон'юнктивіт – 92,0%, синдром бронхіальної обструкції – 12,0%, свербіж – 18,7%, чихання – 76,0 % випадках.

Висновок: моносенсibiliзація серед досліджених пацієнтів зустрічається до полину - 16, 9%, амброзії - 21,3%, ко-сенсibiliзація полин-амброзія у 24,6 % випадків, що складає 62,8% всіх досліджених. Отримані данні пояснюють найбільшу вираженість симптомів полінозу у липні-вересніу хворих Харківського регіону.

TREATMENT OF SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND OBESITY

Bilovol O.M., Kniazkova I.I., Bogun M.V.

Kharkiv National Medical University, Ukraine

The aim of the study is to improve the efficacy of the treatment of sleep disorders in patients with hypertension (AH) and obesity.

Materials and methods. 62 patients were examined (mean age 58.3 ± 2.3 years) with AH and obesity. All of the surveyed persons underwent general clinical examination, daily monitoring of BP, life quality assessment ("General Well-Being Questionnaire"). The ICSD-2 (2005) criteria were used to identify sleep disorders (dysomnia), and assessment of circadian "sleep-wake" rhythm disturbances – point assessment questionnaires of the subjective sleep characteristics. Sleep disorders were found in patients of both groups at baseline. After registration of the baseline data, the patients were prescribed background therapy, from which 32 (group 1) additionally received 3 mg dose of melatonin for 4 weeks. 30 patients were included in group 2.

Results. After treatment in group 1, the levels of office SBP and DBP were 6.9% and 6.7% ($p < 0.05$), and the average daily SBP and DBP (according to DMBP data) were 7.9% and 6.7 % ($p < 0.05$) lower than in group 2. In patients of group 1 positive changes in lipid and carbohydrate metabolism and a significant improvement in subjective sleep characteristics and circadian "sleep-wake" rhythm were registered, along with an improvement in life quality.

Conclusion. Thus, addition of melatonin to patients with AH and obesity with sleep disorders increases the efficacy of antihypertensive

therapy, positively affects glucometabolic parameters, subjective assessment of sleep quality and quality of life.

CHARACTERISTICS OF ORTHOSTATIC HYPOTENSION IN YOUNG MEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Bilovol O.M., Knyazkova I.I., Nesen A.O.

SI «L.T. Mala National Therapy Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

Objective. To study characteristics of orthostatic hypotension (OG) in young men with arterial hypertension (AG) against the background of antihypertensive therapy.

Materials and methods. We examined (n=62) men with AG 1 and 2 degrees, aged 18-35 years old; mean age (31.5 ± 3.6) years. Practically healthy men (n=20) comprised the control group. Daily blood pressure monitoring (DMAT) was performed using the device “ABPM-02” (Meditech, Hungary). The following indices were determined: daily average (24 hours) systolic and diastolic blood pressure, daily blood pressure, night blood pressure, heart rate. All of the participants were tested by an active orthostatic test with on electrocardiogram and indicators of heart rate variability according to the generally accepted method using the “Cardiosens” monitors (“KhAl Medica”, Ukraine). Statistical processing of the results of the study was conducted using the software package Statistica 6.0.

Results and discussion. In the course of an active orthostatic test (OT), the incidence of OG in patients with AG was 17.7 % (11 men) and did not significantly from that of practically healthy men - 15.0 % (3 men). In the subgroup of patients with AG with OG, during the active OT, there was a decrease in the mean blood pressure of 148/84 mm Hg to 122/78 mm Hg, acceleration of heart rate by 18 beats/min, increase of the Kerdo index from -10 to -1.4. In the subgroup of practically healthy subjects with OG in the active OT, a decrease in the mean blood pressure of 140/80 mm Hg was recorded, heart rate accelerated by 21 beats/min, the Kerdo index increased from -20 to +9. We will especially note that orthostatic complaints have been registered in patients with OG. During the active OT, young men with AG showed an increase in sympathetic (9.1 %, $p < 0.05$) and a decrease in parasympathetic tone (2.1 times, $p < 0.05$) of the autonomic nervous system, an increase in total capacity spectrum (by 32.4 %, $p > 0.05$). In the control group there was only a decrease in the tone of the parasympathetic nervous system (3.2 times, $p < 0.05$).

Conclusions. Conducting an active OT in young men with AG against the background of antihypertensive therapy can provide objective information

on the development of orthostatic hypotension and make adjustments to the therapeutic strategy of this patient cohort.

ГОРМОН ВАСПН І ГЛІКЕМІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЖИРІННЯ

Біловол О.М., Златкіна В.В., Ільченко І.А., Немцова В.Д.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Збільшення серцево-судинних захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії (АГ), і її ускладнень, супроводжується, зміною показників ліпідного та вуглеводного обмінів. Інсулінорезистентність (ІР) є одним з первинних патогенетичних механізмів АГ і ожиріння (ОЖ). Вісцеральна жирова тканина синтезує безліч гормонально активних речовин, що викликають порушення вуглеводного і ліпідного обмінів та розвиток цукрового діабету 2 типу.

Мета: Визначення показників глікемічного статусу і васпіна в сироватці крові в залежності від наявності ОЖ в групі пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріал і методи: У дослідження були відібрані 75 пацієнтів з АГ віком від 45 до 75 років. Всі пацієнти були розподілені на 3 групи. В першу групу з АГ увійшли 28 пацієнтів без ОЖ (ІМТ <25 кг / м²). Другу групу склали 32 пацієнта з надлишковою масою тіла (ІЗМТ) і ОЖ (ІМТ ≥ 25,0 кг / м²). Контрольну (третю) групу склали 15 практично здорових осіб. Глюкозу натще визначали глюкозооксидазним методом. Концентрацію інсуліну натще в сироватці крові визначали імуноферментним методом. Для визначення інсулінорезистентності (ІР) використовували індекс НОМА – ІР. Визначення концентрації васпіна в сироватці крові проводилося методом ІФА з використанням набору фірми «Ray Biotech, Inc.» (виробництво Бельгія). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 8.0. Отримані результати представлені у вигляді середнього значення ± стандартне відхилення від середнього значення (M ± SD).

Результати: Проведене дослідження показало, що у пацієнтів з АГ у порівнянні з групою здорових осіб достовірно підвищуються наступні показники: величини САД - на 13% (p <0,001), величини ДАТ - на 9% (p <0,05); величина НОМА - майже на 46%, концентрація васпіна - на 24% (p <0,05). Слід зазначити, що поява ОЖ у гіпертензивних пацієнтів призводить до статистично значущих змін всіх показників вуглеводного обміну між групами пацієнтів з АГ, що мають нормальну і надлишкову масу тіла.

У групі пацієнтів з АГ і ОЖ в порівнянні зі здоровими особами достовірно змінювалися ІМТ - на 27%, окружність талії (ОТ) - на 31%, величини САТ і ДАТ - 19,3 і 12%, відповідно ($p < 0,05$), індекс НОМА зріс в 2,8 рази і концентрація васпіна - в 2,2 рази ($p < 0,001$).

Висновки: Таким чином, з прогресуванням ожиріння, інсулінорезистентності та артеріальної гіпертензії у пацієнтів спостерігається збільшення концентрації прозапального адіпокіна васпіна в крові. Можливо, при ожирінні відбувається активація запальних процесів, що може викликати посилення синтезу та екскреції з жирової тканини вказаного адіпокіну.

ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ОЗНАК ТА ЕЛАСТИЧНОСТІ СУДИН В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ТА СТАТІ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Біловол О.М., Ільченко І.А., Златкіна В.В., Немцова В.Д.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Мета. Встановити особливості змін та взаємозв'язок біохімічних показників та жорсткості судин в залежності від віку та статі у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріал та методи. Обстежено 68 хворих з АГ II стадії та АО 2 ступеня (індекс маси тіла (ІМТ) за формулою Кетле: $ІМТ = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст (м}^2\text{)}$), які були розділені на групи за віком та статтю: 1 група - 17 чоловіків < 50 років (середній вік $47,4 \pm 1,5$ років; $ІМТ 36,2 \pm 1,3$); 2 група - 16 чоловіків ≥ 50 років (середній вік $59,2 \pm 2,4$ років; $ІМТ 37,6 \pm 1,3$); 3 група - 18 жінок < 50 років (середній вік $47,8 \pm 1,9$ років; $ІМТ 36,3 \pm 0,7$); 4 група - 17 жінок ≥ 50 років (середній вік $57,6 \pm 2,3$ роки; $ІМТ 36,4 \pm 1,3$). Еластичні властивості судин оцінювали за показниками: PWV-R/L - швидкість розповсюдження пульсової хвилі по артеріям еластичного типу; САVI - серцево-кісточковий індекс; R-AI - індекс аугментації; ABI-R/L - кісточково-плечовий індекс. Із біохімічних параметрів оцінювали вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), ХС ліпопротеїдів високої (ХС ЛПВЩ), низької (ХС ЛПНЩ) дуже низької щільності (ЛПДНЩ); маркер неспецифічного запалення - високо чутливий С-реактивний протеїн (СРПвч); показник перекисного окислення ліпідів - малоновий діальдегід (МДА); показник ендотеліальної дисфункції ендотелін-1.

Результати. Отримані дані встановили, що у чоловіків і у жінок з АГ та АО < 50 років суттєвих різниць між параметрами еластичних властивостей судин та досліджуваними біохімічними показниками виявлено не було. Тоді як у осіб ≥ 50 років і у чоловіків, і у жінок були

істотні зміни показників еластичності судин. Так у жінок 4 групи було виявлено достовірне зниження показників АВІ-Р та АВІ-Л ($p < 0,05$) у порівнянні з жінками 3 групи та чоловіками 1 групи. Крім того у жінок 4 групи достовірно підвищувався рівень МДА ($p < 0,05$) у порівнянні з групами чоловіків і жінок < 50 років, а також у чоловіків ≥ 50 років. Проведений статистичний аналіз встановив достовірні різниці та прямий кореляційний зв'язок між рівнем ЛПВП та АВІ-Р ($p < 0,01$; $r = 0,56$) та АВІ-Л ($p < 0,01$; $r = 0,51$); ендотеліну-1 та САВІ ($p < 0,05$; $r = 0,44$). В групі чоловіків ≥ 50 років був встановлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем ЗХС та РWV-Р і РWV-Л ($p < 0,05$; $p < 0,01$), а також достовірний зв'язок між рівнем СРПвч та показником АВІ-Р/Л ($p < 0,05$).

Висновки. У віці < 50 років у чоловіків і жінок з АГ та АО не встановлено істотних змін еластичності судин та біохімічних показників. Після 50 років як у чоловіків, так і у жінок еластичність судин зменшується. У жінок погіршення еластичності судин супроводжувались посиленням процесів пероксидації, а у чоловіків – гіперліпідемією та посиленням процесів неспецифічного запалення. Виявленні зміни важливо враховувати для адекватного лікування судинних ускладнень у пацієнтів з АГ та АО.

ОЦІНКА ЗМІН ІНДЕКСУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ ПРИ ДІАСТОЛІЧНІЙ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА І ТИПУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Біловол О.М., Корнійчук В.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Роль діастолічної дисфункції у перебігу серцево-судинних захворювань активно вивчається протягом останніх трьох десятиліть. Труднощі у її діагностиці полягають у практично бессимптомному перебігу на ранніх стадіях. Однак порушення глобальної контрактильності та релаксаційної здатності лівого шлуночка можуть не тільки передувати клінічній маніфестації серцевої недостатності, а й провокувати розвиток ряду змін з боку інших органів і систем, що впливає на загальний прогноз щодо виживання при наявності інших факторів ризику.

Мета: оцінити вплив діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на коморбідну патологію гіпертонічної хвороби (ГХ) та цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) на розвиток порушень ниркової гемодинаміки, що є предикторами прогресування нефропатії.

Матеріали та методи. Обстежено 54 хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (31 жінка та 25 чоловіків) середнім віком $56 \pm 9,5$ років. Діастолічна функція лівого шлуночка оцінювалась методом імпульсно-хвильової доплерографії трансмітрального кровотоку: проводилося дослідження максимальної швидкості потоку у фазу швидкого наповнення (пік E), швидкості кровотоку у систолу передсердь (пік A), співвідношення E/A, час уповільнення потоку раннього наповнення (DT), час ізвольомічного розслаблення лівого шлуночка (IVRT). У відповідності до цих показників усі хворі були розподілені на дві групи. Першу групу склали 33 пацієнти із діастолічною дисфункцією ЛШ I типу (порушення релаксації), до другої групи увійшов 21 пацієнт із нормальними показниками трансмітрального кровотоку. Хворі із важкою діастолічною дисфункцією (за II або III типом) були виключені із дослідження. Усім хворим було проведено дослідження швидкісних показників внутрішньониркової гемодинаміки за допомогою ультразвукової доплерографії на рівні магістральних, сегментарних, міжчасткових та дугових артерій. Оцінка проводилась на основі чотирьох основних показників: максимальної систолічної швидкості кровотоку (V_{max}), кінцевої діастолічної швидкості (Vd), індексу резистентності (RI) та пульсаційного індексу (PI).

Результати. У пацієнтів першої групи на рівні сегментарних ниркових артерій середні показники V_{max} становили 46,9 см/с, Vd – 17,9 см/с, RI – 0,63 та PI дорівнював 1,09. У пацієнтів другої групи відмічалось достовірно вищі середні показники максимальної систолічної швидкості кровотоку (V_{max} – 56,7 см/с), кінцевої діастолічної швидкості (Vd – 19,9 см/с), тоді як середній індекс резистентності (RI) і пульсаційний індекс (PI) були достовірно нижчими і становили 0,57 і 1,0 відповідно. На рівні міжчасткових артерій у пацієнтів першої групи середні показники V_{max} становили 30,4 см/с, Vd – 10,7 см/с, RI – 0,63 та PI дорівнював 1,08. У пацієнтів другої групи на рівні міжчасткових артерій були виявлені достовірно вищі середні показники максимальної систолічної швидкості кровотоку (V_{max} – 35,6 см/с), кінцевої діастолічної швидкості (Vd – 12,8 см/с); середній RI становив 0,58, PI – 1,02 та були також нижчими у порівнянні із хворими першої групи. На рівні магістральних ниркових артерій суттєвих змін ниркової гемодинаміки не відмічалось у обох групах.

Висновки. Наявність діастолічної дисфункції лівого шлуночка I типу має прямий кореляційний зв'язок із порушеннями основних показників внутрішньониркової гемодинаміки у пацієнтів з гіпертонічною хворобою у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу, що

може призводити до більш швидкого прогресування нефропатії у цієї групи хворих.

ВПЛИВ ГІПОФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА СТУПІНЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОМОРБІДНОЮ ТА ПОЛІМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Біловол О.М., Немцова В.Д., Златкіна В.В., Ільченко І.А.,
Штерєб О.І.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінити вплив субклінічній гіпофункції щитоподібної залози на плазмові показники оксидантно-антиоксидантних систем (ОС-АОС) у пацієнтів різних вікових груп з поєднаним перебігом артеріальної гіпертензії (АГ), цукрового діабету 2 типу (ЦД2Т) та субклінічним гіпотиреозом (СГ).

Матеріали і методи: У дослідження було включено 69 пацієнтів (23 чоловіка та 46 жінок) у віці від 60 до 75 років. Всі пацієнти були поділені на 2 групи: 1 група - пацієнти з АГ та ЦД2Т (n = 41), 2 група – хворі з АГ, ЦД2Т та СГ (n = 28). Всім хворим проводити вимірювання антропометричних показників показників тиреоїдного, вуглеводного обмінів. Для вивчення стану АОС оцінювали активність глутатіонпероксидази (ГПО) и рівень сульфгідрільних груп (SH-груп). Рівень малонового діальдегіду (МДА) використовували в якості маркера інтенсивності оксидативного стресу.

Результати. Були встановлені певні відмінності змін показників АОЗ у пацієнтів з різною коморбідною патологією. На тлі більш високого рівня МДА ($p > 0,05$) у хворих 2 групи спостерігалось значне пригнічення АОЗ, що відбивалось в вірогідному зниженні рівнів ГПО (1 група - $5,10 \pm 0,27$ мккат/гНв, 2 група - $4,78 \pm 0,12$ мккат/гНв, $p > 0,05$, відповідно) та тенденції до зниження SH-груп ($p > 0,05$).

Висновки: Наявність гіпофункції щитоподібної залози навіть на субклінічному рівні супроводжується збільшенням проявів оксидативного стресу у хворих похилого віку з поєднаним перебігом АГ, ЦД2Т та СГ. Відповідно своєчасне виявлення субклінічного гіпотиреозу, особливо у осіб похилого віку, та своєчасне медикаментозне втручання може сприяти покращенню якості життя та перебігу хронічних коморбідних захворювань.

ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ У ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОМУ КОМПЛЕКСІ У ВАГІТНИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Білий Є.Є., Каліновська О.І., Овчаренко О.Б.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Наявність екстрагенітальної патології у вагітних, зокрема захворювань дихальних шляхів, таких як бронхіальна астма, хронічний бронхіт та пневмонія може бути основною причиною розвитку плацентарної дисфункція, ускладнень перебігу вагітності та пологів.

Мета роботи. Метою роботи стала діагностика порушень у фетоплацентарному комплексі у вагітних з захворюваннями дихальних шляхів, особливо з бронхіальною астмою.

Матеріали і методи. У дослідженні прийняло участь 98 вагітних, у гестаційному терміні від 24-х тижнів вагітності. Оцінка фетоплацентарної системи проводилась на апараті “PhilipsHD 11 XE” (США). Кардіотокограмма плоду оцінювалася за таблицями Кребса та Фішера завдяки приладу AvalonFM 20/30, FM 40/50 версія G.0., з програмним забезпеченням G.02.xx.

Результати і обговорення. При доплерометрії фетоплацентарного комплексу вимірювалася швидкість кровотоку в артеріях пуповини (АП), маткових артеріях (МА) та оцінювався пульсаційний індекс (PI). У контрольній групі (30 вагітних) серед котрих не відмічались випадки порушень.

У першій групі: вагітні (30 жінок) з бронхіальною астмою першого ступеню, чотири випадки (13,3%) було відмічено незначне підвищення резистентності у одній з артерій пуповини та маткових артеріях.

У другій групі вагітних (15 жінок) з бронхіальною астмою II-го ступеню мали місце 3 випадки відхилень (20,0%). Відмічається значне підвищення резистентності кровотоку у обох артеріях пуповини, та незначне підвищення в маткових артеріях.

У третій групі (13 жінок) вагітних хворих на хронічний бронхіт у двох випадках (15,38%) були порушення у вигляді незначного підвищення резистентності в одній з маткових артерій.

В четвертій групі (10 жінок): вагітні з пневмонією мали місце порушення у двох випадках (20,0%) реєструвалось спочатку значне підвищення резистентності у обох артеріях пуповини та маткових артеріях, іноді відмічався періодичний нульовий кровотік.

Висновки. Приймаючи до уваги отриманні показники порушень у фетоплацентарному комплексі, можливо допустити що ступінь важкості пошкоджень трахео-бронхіального дерева впливає на стан матково-плацентарного кровотоку та стан внутрішньоутробного плода.

ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ГАЛЕКТИНА-3 ТА Р-СЕЛЕКТИНА ЗІ СТАДІЄЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Більченко А.О., Бабак О.Я.

*Харківський національний медичний університет
кафедра внутрішньої медицини №1, м. Харків*

Мета: вивчення впливу стадії артеріальної гіпертензії на рівень Галектіна-3 та Р-селектина у хворих з артеріальною гіпертензією у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи: Ми спостерігали 108 пацієнтів з верифікованою АГ (54 чоловіка та 54 жінки). Вік хворих знаходився в діапазоні від 37 до 87 років і в середньому склав $64,8 \pm 10,8$ років. Усі пацієнти були розділені на групи в залежності від стадії АГ. Для кількісного визначення людського Галектіна-3 був використаний набір «Людський Галектін-3 Elisa». Мінімальна концентрація Галектіна-3 становила 0,12 нг/мл. Для кількісного визначення Р-селектина був використаний набір реагентів «Humans P-selectin Platinum ELISA». Мінімальна концентрація Р-селектину становила 0,2 нг/мл.

Результати: в групі обстежених хворих з верифікованою артеріальною гіпертензією середній рівень Галектіна-3 в плазмі становив $12,66 \pm 5,35$ нг/мл. В групі хворих з 1 стадією АГ середній рівень Галектіна-3 в плазмі становив $11,25 \pm 3,40$ нг/мл. В групі хворих з 2 стадією АГ середній рівень Галектіна-3 в плазмі становив $9,85 \pm 3,86$ нг/мл. В групі хворих з 3 стадією АГ середній рівень Галектіна-3 в плазмі становив $13,31 \pm 5,52$ нг/мл.

Середній рівень Р-селектина в плазмі становив $110,14 \pm 37,08$ нг/мл. В групі хворих з 1 стадією АГ середній рівень Р-селектина в плазмі становив $97,71 \pm 30,69$ нг/мл. В групі хворих з 2 стадією АГ середній рівень Р-селектина в плазмі становив $123,59 \pm 51,82$ нг/мл. В групі хворих з 3 стадією АГ середній рівень Р-селектина в плазмі становив $107,91 \pm 33,31$ нг/мл.

Рівні Р-селектина в плазмі крові достовірно не відрізнялися у хворих з різними стадіями АГ. Було виявлено достовірне збільшення рівня Галектіна 3 у хворих із 3 стадією АГ ($13,31 \pm 5,52$ нг / мл) при порівнянні з хворими з 1 та 2 стадіями АГ ($11,25 \pm 3,40$ та $9,85 \pm 3,86$ нг / мл, відповідно, $p < 0,05$). За даним дисперсійного аналізу ANOVA була виявлена достовірна різниця між рівнями Галектіна-3 в групах хворих з різними стадіями АГ ($F = 3,398$, значимість 0,037).

Висновки: Виявлене підвищення рівня Галектіна-3 у хворих з 3 стадією АГ може бути пов'язано з розвитком у них фіброзу і початкових стадій серцевої недостатності. У хворих з 3 ступенем АГ рівень Р-селектина був вищим, ніж у хворих з більш низьким рівнем

артеріального тиску, що може свідчити про більшу активацію тромбоцитарної ланки системної запальної відповіді.

УТВОРЕННЯ БІОПЛІВОК МІКРООРГАНІЗМІВ В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Бобро Л.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: вивчення особливостей утворення біоплівки в слизовій оболонці шлунка у хворих із залізодефіцитною анемією (ЗДА).

Матеріали і методи. В якості об'єктів дослідження вивчалися асоціації грибів роду *Candida* з бактеріями. Аналізувалися результати мікробного аналізу слизової 37 пацієнтів з виразкою шлунка на тлі ЗДА різного ступеня тяжкості. Методи діагностики мікробної інфекції полягали в мікробіологічному дослідженні матеріалу з періульцерозної ділянки, отриманого під час ФГДС (біоптат). В роботі були використані мікробіологічні методи виділення і ідентифікації мікроорганізмів згідно з чинними нормативними документами МОЗ України. Наявність *H. pylori* визначали за допомогою експрес-тесту URE - HP (PLIVA - LACHEMA, Чехія). Для визначення диморфності мікроміцетів *Candida spp.* при морфологічному дослідженні застосовувалися цитологічний метод (з фарбуванням мазків по Романовському-Гімза) та гістологічний (з фарбуванням біоптатів ШИК-реакцією). Доказом наявності «фокального кандидозу» було виокремлення в біоптаті псевдоміцелія *Candida spp.* Для видової ідентифікації грибів роду *Candida* використовували культуральний мікологічний метод (посів біоматеріалів слизових оболонок на середовище Сабуро). Облік результатів проводили згідно наказу №167. Статистична обробка даних проведена за допомогою програми SPSS Statistics 17,0.

Результати. При вивченні мікробного пейзажу звертало на себе увагу, що у 24 (65%) обстежених пацієнтів з легким ступенем анемії вірогідно переважали в мікробних культурах *H. pylori* в асоціації з різними бактеріями і грибами. Найбільш часто була представлена асоціація *S. aureus* і грибами роду *C. albicans* (52 %). У 1/3 хворих в асоціації були виділені різні види *Streptococcus spp.* При цьому ризик утворення біоплівки у пацієнтів з тяжким ступенем ЗДА був достовірно менший, ніж у пацієнтів з легким ступенем ЗДА (OR 0,08; 95% CI 0,01-0,61; $p=0,02$). Виявлено взаємозв'язок між розмірами виразок, ступенем тяжкості ЗДА і наявністю грибкової флори: при дефектах більше 1,0 см достовірність приєднання грибкової інфекції росла (OR 7,0, 95% CI 2,67-

8,33; $p < 0,0001$). Так само достовірно збільшувався ризик контамінації грибами виразкових дефектів у пацієнтів з важким ступенем ЗДА (OR 9,17; 95% CI 2,44-10,43; $p < 0,0001$), аж до появи ознак "фокального кандидозу" (OR 3,17; 95% CI 1,01-9,12; $p = 0,03$).

Висновок. Ризик утворення біоплівки достовірно підвищується у пацієнтів з легким ступенем залізодефіцитної анемії. Пацієнти з важким ступенем ЗДА і наявністю виразки більше 1 см мають достовірний ризик не тільки контамінації грибами виразкових дефектів, але й "фокального кандидозу". У випадках тривалого існування виразок або наявності великих виразкових дефектів у пацієнтів з ЗДА потрібно виключати «фокальний кандидоз».

ПОРІВНЯННЯ ВПЛИВУ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ НА ПРОЦЕСИ ПОСТІНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Борзова О.Ю., Риндіна Н.Г., Борзова-Коссе С.І., Леонідова В.І.

Харківський національний медичний університет,

КНП «МКЛ № 27» ХМР, м. Харків, Україна

Мета - провести порівняльне дослідження впливу зофеноприлу та еналаприлу на процеси ремоделювання міокарда лівого шлуночка у хворих з постінфарктним кардіосклерозом.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 73 хворих (48 чоловіків і 25 жінок), які перенесли гострий Q-позитивний інфаркт міокарда (ІМ). Середній вік хворих склав $61 \pm 7,6$ років. Методом випадкової вибірки пацієнти були розділені на 2 групи: 1-у склали 35 хворих, в схему лікування яких було включено зофеноприл; 2-у групу - 38 хворих, які отримували еналаприл. Препарати призначалися 1-го дня неускладненого ІМ в госпітальному періоді та після виписки зі стаціонару протягом 12 місяців. За вихідними характеристиками досліджувані групи були зпівставні. Морфофункціональні параметри лівого шлуночка – кінцево-діастолічний об'єм (КДО), кінцево-систолічний об'єм (КСО), індекс маси міокарді лівого шлуночка (ІММЛШ), фракція викиду (ФВ) - визначалися за допомогою ЕхоКГ і доплер ЕхоКГ на апараті Ultima PRO 30 (фірма RADMIR) за стандартною методикою.

Результати. Аналіз отриманих результатів продемонстрував в обох групах зменшення КДО, КСО, ІММ та зростання ФВ, як наприкінці 1-го місяця лікування, так і через 12 місяців. Але при порівнянні рівнів зменшення КДО, КСО та ІММ і зростання ФВ ці показники відрізнялися. Вони були більш виражені в групі хворих, які отримували

зофіноприл. Через 1 місяць у цих пацієнтів рівень КДО зменшився на 5,3 %, КСО на 9 %, ІММ на 8 %, ФВ зросла на 5 % у порівнянні з вихідними даними, в той час, як в групі хворих, лікування яких проводилось еналаприлом зменшення КДО відзначено лише на 4,4 %, КСО на 7 %, ІММ на 4 %, а зростання ФВ на 3,2 % у порівнянні з вихідними даними. Через 12 місяців лікування ця тенденція зберігалась. При лікуванні зофіноприлом КДО складав $75,7 \pm 1,9$ мл/м², КСО $34,4 \pm 1,6$ мл/м², ІММ $126,3 \pm 1,7$ г/м², ФВ зросла до $53,5 \pm 1,4$ %. У хворих, яким призначався еналаприл зміни цих показників були менш виражені: КДО зменшився до $78,57 \pm 1,6$ мл/м², КСО до $36,3 \pm 1,5$ мл/м², ІММ до $128,1 \pm 1,8$ г/м², ФВ зросла до $51,5 \pm 0,87$ %.

Висновки. Зофіноприл має більш виражений вплив на процеси постінфарктного ремоделювання міокарда лівого шлуночка та запобігання прогресування хронічної серцевої недостатності у порівнянні з еналаприлом, що збігається з результатами багатоцентрових досліджень SAVE, TRACE, AIRE, SMILE.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ ТА ІНГІБІТОРІВ P₂Y₁₂-РЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Шапаренко О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. В лікуванні хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) подвійна антитромбоцитарна терапія (ПАТ) залишається основною терапевтичною стратегією як в гострому, так і у віддаленому періоді захворювання, та представляє собою комбінацію ацетилсаліцилової кислоти (АСК) та інгібітора P₂Y₁₂-рецепторів.

Мета. Оцінити ефективність комбінації ацетилсаліцилової кислоти та тикагрелору або клопідогрелю щодо виникнення повторних серцево-судинних подій у хворих з ожирінням через 6 місяців після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. До дослідження було залучено 75 хворих на ГІМ з елевацією сегменту ST та супутнє ожиріння віком $62,28 \pm 1,23$ років. Пацієнтів було розподілено на 2 підгрупи: до першої увійшов 31 хворий, які отримували комбінацію АСК+тикагрелор, до другої – 44 пацієнта, що лікувалися комбінацією АСК+клопідогрель в складі ПАТ. Для стратифікації ризику госпітальної та 6-місячної летальності була використана шкала GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events).

Результати та їх обговорення. При спостереженні за хворими після перенесеного ІМ на тлі супутнього ожиріння протягом 6 місяців було встановлено, що у 28 осіб розвинувся повторний ІМ та/або

нестабільна стенокардія (НС), що склало 37,56% всіх хворих, які увійшли до групи високого ризику та мали кількість балів, що перевищувала 118 ($p < 0,05$).

Висновки. Комбінація ацетилсаліцилової кислоти та тикагрелору щодо виникнення повторних серцево-судинних подій у хворих з ожирінням через 6 місяців після перенесеного інфаркту міокарда виявила кращі прогностичні властивості, ніж комбінація ацетилсаліцилової кислоти та клопідогрелю.

ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ УМОВ ПРАЦІ НА ЗДОРОВ'Я ОПЕРАТОРІВ З РОЗЛИВУ НАПОЇВ

Брухно Р.П.

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

Мета роботи: Мета полягала в оцінці ризику та складанні прогнозу негативного впливу умов праці на стан здоров'я операторів з розливу напоїв.

Матеріали і методи: Оцінку ризиків проведено з використанням загальноприйнятих методичних підходів з врахуванням класу умов праці та даних про ранні прояви професійної патології та показників виробничо-обумовленої і загальної захворюваності. Прогностичну оцінку ймовірності розвитку сенсоневральної приглухуватості (СНП) в залежності від стажу роботи виконано з використанням ROS – аналізу.

Результати: За результатами фізіолого-гігієнічної оцінки умов праці операторів з розливу напоїв виявлено, що умови праці відносяться до класу 3.2 (шкідливі 2 ступеня). Клас умов праці операторів з розливу напоїв відповідає середньому (суттєвому) ризику. Провідним шкідливим фактором виробничого середовища операторів є постійний, широкопasmовий шум з перевищенням ГДР на середніх та високих частотах (500-8000 Гц.) в середньому на 4,4 дБА.

В ході оцінки професійного ризику з урахування медико-біологічних показників було вираховано індекс профзахворювання (Іпз) для СНП, визначено відносний ризик (RR) розвитку хвороб системи кровообігу, оцінено причинно-наслідкові зв'язки між ними та умовами праці.

Отримане значення індексу профзахворювання за ранніми ознаками СНП (Іпз = 0,17) відповідає середньому (суттєвому) професійному ризику та може бути співставлене з класом умов праці 3.2 (шкідливі 2 ступеня).

Відносний ризик розвитку хвороб системи кровообігу для операторів з розливу напоїв становив 2,0 - 2,08. Цей показник

характеризує ступінь причинно-наслідкового зв'язку хвороб системи кровообігу з умовами праці як високий. Одержані дані оцінки причинно-наслідкових зв'язків між рівнями захворюваності та умовами праці свідчать про те, що хвороби системи кровообігу є виробничо-обумовленими для даного контингенту працюючих.

Визначено пороговий рівень стажу роботи (8 років), перевищення якого супроводжується значимим приростом частоти виявлення СНП.

Висновки: Таким чином, проведені нами дослідження дозволили встановити, що оператори з розливу напоїв зазнають на робочих місцях середнього (суттєвого) та високого професійного ризику за класом умов праці, даними про ранні прояви професійної патології та показниками виробничо-обумовленої і загальної захворюваності.

Ймовірність розвитку сенсоневральної приглухуватості у працівників зі збільшенням стажу роботи значно зростає. Пороговий рівень стажу становить 8 років.

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ АНТИОКСИДАНТНОГО ПОТЕНЦІАЛУ І ПРОФІЛЮ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА КОМОРБІДНУ ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЕНДОТЕЛІУ ТА ПІДВИЩЕНИМ РИЗИКОМ ТРОМБОГЕНЕЗУ

Бурмак Ю.Г., Петров Є.Є., Іваницька Т.А., Треумова С.І.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: проаналізувати вплив комплексного лікування на динаміку змін антиоксидантного потенціалу сироватки крові (АПСК) та профілю прозапальних сироваткових цитокінів (ПСЦ) у хворих на есенціальну гіпертензію (ЕГ) в умовах коморбідного перебігу із пептичною виразкою (ПВ) дванадцятипалої кишки за наявності у них дисфункції ендотелію (ДЕ) та підвищеного ризику тромбогенних ускладнень (ТУ).

Матеріали методи: обстежено 69 хворих (40 чоловіків і 29 жінок середнім віком $44,5 \pm 2,8$ років) на ЕГ II стадії (медикаментозно контрольована гіпертензія), що сполучалась із ПВ (позазагостенням), із наявністю ДЕ та підвищеним ризиком ТУ. Хворі основної групи ($n=37$) окрім загальноприйнятого лікування (протокол) отримували 4,0 г/добу L-аргініну аспартату і 50 мкг/добу селену активного; хворі групи зіставлення отримували загальноприйняте лікування. Обстеження хворих здійснювалося двічі - до та після (через місяць) лікування. Визначали АПСК (як співвідношення між похідним множення вмісту супероксиддисмутази і каталази до малонового діальдегіду), сумарний вміст стабільних метаболітів оксиду азоту (NO_x) у плазмі крові (реактив Грися), тканинну складову первинного гемостазу (за ристоміцин-

індукованою агрегацією тромбоцитів (PIAT) (спектрофотометрично). Вивчення вмісту у сироватці крові про- (TNF α , IL-1 β) і протизапального (IL-10) цитокінів (Цк) здійснювали твердофазним імуоферментним методом.

Результати: констатовано, у хворих основної групи після лікування відбувалось вірогідне підвищення АПСК до $1901,1 \pm 21,3$ (в 1,5 рази, $p < 0,001$; в групі зіставлення – в 1,16 рази) та зниження прозапальних Цк TNF α і IL-1 β до $21,2 \pm 3,3$ пг/мл та $13,0 \pm 2,2$ пг/мл, або у 2,4 та 2 рази відповідно (у хворих групи зіставлення - в 1,2 раз та у 1,5 рази відповідно); динаміка зниження TNF α /IL-10 та IL-1 β /IL-10 була також вірогідною (більше, ніж у 2 рази; $p < 0,001$) і, порівняно із хворими групи зіставлення, мала тенденцію до зниження. Відбувалось підвищення в 1,3 рази вмісту у плазмі крові NO $_x$ -до $23,3 \pm 1,3$ мкмоль/л ($p < 0,01$), при цьому його рівень в 1,2 рази перевищував такий групи зіставлення ($p < 0,05$). Означене супроводжувалось зниженням показника PIAT в 1,2 рази ($114,9 \pm 4,1\%$; $p < 0,01$), котрий ставав вірогідно низьким ($p < 0,05$) порівняно із хворими загальноприйнятого лікування ($126,8 \pm 3,8\%$).

Висновок: використання у загальноприйнятому лікуванні комбінації донатора оксиду азоту із селен-вмісним засобом супроводжується більш швидким відновленням АПСК, профілю ПСЦ, метаболізму NO $_x$ та сприяє зниженню підвищеного ризику тромбогенних ускладнень.

ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ПОЄДНАНОЮ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Бутова Т.С.

*Харківській національній університет імені В.Н. Каразіна, м. Харків,
Україна*

Актуальність. Актуальною проблемою лікування коморбідних станів є досягнення комплаєнсу шляхом пошуку ефективних лікувальних тактик.

Мета роботи. На прикладі клінічного випадку розглянуто комплексне лікування хворого з коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Дані анамнезу, лабораторно-інструментального обстеження.

Результати. Хворий К., 61р. скаржився на утруднення дихання при помірному фізичному навантаженні; кашель з виділенням впродовж дня незначної кількості в'язкого світлого мокротиння; періодичні головні болі у потиличній області, які виникають після емоційного

збудження; стискаючі болі за грудиною, які супроводжуються відчуттям серцебиття та перебоїв в роботі серця і виникають при помірному фізичному навантаженні, підйомі на 3-ій поверх по сходах, зникають після відпочинку; загальну слабкість та швидку втомлюваність. Анамнез захворювання. 2015р. – ХОЗЛ Іст. За останній рік 1 загострення ХОЗЛ, що призвело до госпіталізації. Приймає тіатропія бромід 22,5мкг 2 вдихи 1р/д, сальбутамолу сульфат 100 мкг 2 вдихи за потреби. Анамнез життя. 2016р. - гострий Q-негативний інфаркт міокарда. ГХ ІІст. 2ст., ризик ІV. СНІА. Приймає: раміприл 2,5мг, аторвастатин 10мг, аспірин 75мг. Спадковість: інфаркт міокарда у батька в 53р. Індекс “Пачко/років”=18. Об'єктивно. Загальний стан задовільний. ІМТ=18,7кг/м². Акроціаноз. ЧД=18/хв. Над поверхнею легень перкуторно коробковий звук; аускультативно - жорстке дихання з подовженим видихом і сухими свистячими хрипами, поодинокі дрібнопухирчасті хрипи у нижніх відділах легень. Межі відносної серцевої тупості розширені вліво на 1,5см. Аускультативно тони серця ритмічні, приглушені, акцент ІІ тону над аортою. Ps=ЧСС=108 уд/хв. АТ=175/110 мм.рт.ст. Обстеження. Опитувальники mMRC - 2бали, САТ - 21бал. Нь - 182г/л, еритроцити - 6,93Т/л. Загальний ХС - 8,2 ммоль/л, ХС ЛПНЩ - 6 ммоль/л. ЕКГ: синусова тахікардія. ЧСС-108/хв. Шлуночкова екстрасистоія. ЕхоКГ: гіпертрофія лівого шлуночка. ФВ – 54%. R-ОГК: емфізема легенів, пневмосклероз. Спірографія: ОФВ1 - 34%. Індекс Генслара=0,43. Діагноз: ХОЗЛ. Група D, ступінь бронхіальної обструкції ІІІ, ст. ремісії, ЛН2ст. ІХС. Стабільна стенокардія напруження ІІф.кл. Постінфарктний кардіосклероз (Q-негативний передньо-перегородковий від 23.02.16р.). Гіпертонічна хвороба ІІІ ст. 2 ст. Гіпертензивне серце (Гіпертрофія ЛШ). Ризик ІV (дуже високий). Шлуночкова екстрасистоія І градації по Lown. СН ІІ А ст. зі збереженою ФВ ЛШ, NYHA ІІІ. Лікування. Модифікація способу життя. Тривала терапія: будесонід 400мкг 2р/д, тіотропій/олодатерол 2,5/2,5 2 вдихи 1р/д, небіволол 2,5мг 1р/д, раміприл 5 мг 1р/д+аторвастатин 20мг+аспірин 100 мг 1 р/д.

Висновки. Лікування коморбідних станів повинно проводитися без поліпрагмазії задля підвищення комплаєнсу, збільшення тривалості та якості життя пацієнта.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ

Валентинова И.А., Несен А.А., Шкапо В.Л.

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

Цель исследования. Оценить особенности суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у женщин в постменопаузе с артериальной гипертонией (АГ) и различными типами ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 68 женщин в менопаузе с АГ и ожирением, средний возраст ($52,4 \pm 7,6$) лет. В исследование включены женщины с АГ II стадии и ожирением I и II степени абдоминального (АО) или гиноидного (ГО) типа в периоде постменопаузы. Анализировались клиничко-anamnestические, антропометрические (окружность талии (ОТ), объем бедер (ОБ) и индекс массы тела (ИМТ)), гемодинамические показатели по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД). На основании антропометрических данных были выделены 2 группы женщин: 40 пациенток с АО и 28 с ГО.

Результаты. Анализ результатов суточного мониторирования АД показал наличие более выраженных изменений параметров СМАД в группе у женщин с АО. Так у пациенток с АО вариабельность систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) в дневные часы была достоверно выше ($p < 0,05$) и составила ($24,2 \pm 4,9$) и ($22,3 \pm 3,4$) мм рт.ст., тогда как у больных с ГО ($17,2 \pm 2,4$) и ($15,8 \pm 2,2$) мм рт.ст. Показатели гипертоической нагрузки в дневное время у женщин с АО были несколько выше чем с ГО. Все показатели СМАД в ночное время (САД, ДАД, гипертоический индекс, вариабельность АД, время и скорость утреннего подъема) были значительно выше в группе с АО ($p < 0,05$), чем с ГО. В группе женщин с АО, по сравнению с ГО чаще встречался суточный профиль «non-dipper» у 55,8 % и 39,4 %, соответственно. Также у пациенток с АО по сравнению с группой с ГО имеется тенденция к преобладанию профиля «night-peaker» у 11,8 % и 6,5 %, соответственно. У женщин в группе с ГО практически одинаково часто встречались профили АД «dipper» и «non-dipper» - 38,5 % и 39,4 % соответственно.

Выводы. Таким образом, в период постменопаузы у пациенток с АО имели место более значимые в сравнении с женщинами с ГО изменения основных показателей СМАД как в дневные, так и в ночные часы. При АО чаще регистрировались такие неблагоприятные профили

АД как «non-dipper» и «night-peaker», тогда как у женщин с ГО преобладали суточные профили АД «dipper» и «non-dipper».

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДОЛИНЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э.

*Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Цель. Изучение распространенности артериальной гипертензии среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины от 15 до 70 и старше.

Материалы и методы: Проводилось комплексное обследование популяции с использованием стандартизованных и унифицированных биохимических, эпидемиологических, инструментальных, клинических и опросных методов исследования. Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте ≥ 15 -70 лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты. Анализ данных показал, что среди обследованной общей популяции у 16,9% (n=102) выявлена артериальная гипертензия. Распространенность артериальной гипертензии наблюдалась со статистически значимым различием у мужчин и женщин – 13,2% и 20,1% соответственно ($P<0,05$). С возрастом частота распространенности артериальной гипертензии у мужчин увеличивается до 61,9% или в 20 раз ($P<0,001$). В нашем исследовании в группах мужчин 15-19 и 20-29 лет случаи артериальной гипертензии не установлены, среди мужчин 30-39 лет артериальная гипертензия наблюдалась с частотой – 3,1%, в 40-49 лет – 14,8% ($P<0,001$), в 50-59 лет – 31,4% ($P<0,05$), в 60-69 лет – 61,9% ($P<0,001$) и в группе 70 лет и старше – 33,3% ($P<0,001$). Обращают на себя внимание высокие показатели АГ в возрастных группах 50-59 лет, 60-69 лет, 70 лет и старше.

У женщин отмечено возрастание случаев выявляемости АГ в зависимости от возраста до 62,5% или в 7,2 раза ($P<0,001$). С наибольшей частотой АГ встречалась в группах женщин 40-49 лет - 47,9%, ($P<0,05$), 50-59 лет - 55,6%, ($P<0,05$), 70 лет и старше - 62,5, ($P<0,001$). Сравнительно меньшая распространенность АГ наблюдалась у женщин в возрасте 30-39 лет (8,0%).

Выводы. В группе 15-19 лет и 20-29 лет АГ не отмечена, что по всей вероятности связано с малочисленностью обследованной подвыборки и по-видимому, данный научный факт требует отдельного анализа в проспективных исследованиях.

В заключении можно сделать вывод о том, что артериальная гипертензия довольно распространенное заболевание, как среди женщин, так и среди мужчин. Исходя из возрастной частоты встречаемости, необходимо более глубоко изучить причины с учетом факторов риска, для разработки как немедикаментозного так и медикаментозного лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э.

*Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан*

Цель. Изучение распространенности некоторых социально-медицинских поведенческих факторов риска артериальной гипертензии (АГ) среди неорганизованного мужского и женского населения г.Андижана Ферганской долины на современном этапе развития общества.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили результаты одномоментного эпидемиологического исследования случайных репрезентативных выборок из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте $\geq 15-70$ лет, проживающего в г.Андижане.

Результаты. Выявлено, что у женщин и мужчин, распространенность социально-медицинских факторов риска развития АГ отмечена в следующих уровнях соответственно: низкий образовательный статус – 11,4 и 7,9% ($P>0,05$), неблагополучный социальный статус – 1,2 и 0,7% ($P<0,05$), преимущественно умственный труд – 28,2 и 17,5% ($P<0,05$), преимущественно тяжелый физический труд – 22,3 и 17,9% ($P<0,05$), эпизоды употребления препаратов гипертензивного действия – 5,9 и 3,6% ($P<0,05$), плохие жилищно-бытовые условия – 8,4 и 1,9% ($P<0,001$), низкое потребление овощей и фруктов – 12,7 и 7,5% ($P<0,05$), злоупотребление насвая – 0,0 и 87,5% ($P<0,001$), преимущественное употребление мясных и мучных блюд – 49,2 и 61,1% ($P<0,05$), преимущественное употребление в суточном рационе жирной пищи – 19,8 и 24,6% ($P>0,05$), преимущественное употребление острых и соленых пищев – 12,4 и 10,4% ($P>0,05$) и злоупотребление крепкого чая и кофе – 18,5 и 10,4% ($P<0,05$).

Среди популяции женщин, занятых преимущественно напряженным умственным трудом в различных возрастных группах выявлялись следующим образом: в 15-19 лет – 8,7%, в 20-29 лет – 7,7% ($P>0,05$), в 30-39 лет – 17,3% ($P<0,01$), в 40-49 лет – 31,3% ($P<0,001$), в 50-59 лет – 45,8% ($P<0,001$), в 60-69 лет – 18,5% ($P<0,01$) и в ≥ 70 лет – 50,0% ($P<0,001$).

Обращает внимание и распространенность фактора низкого потребления овощей и фруктов который выявлялся среди женщин моложе 20 лет у 13,0%, в 20-29 летнем возрасте – у 5,1% ($P>0,05$), в 30-39 лет – у 8,0% ($P=0,05$), в 40-49 лет – у 25,0% ($P<0,01$), в 50-59 лет – у 10,4% ($P<0,01$), в 60-69 лет – у 11,1% ($P>0,05$) и в ≥ 70 лет – у 50,0% ($P<0,001$).

Выводы. В исследуемой популяции высока доля таких малоизвестных факторов, как злоупотребление насвая и патогенные пищевые привычки и, наоборот, от 5 до 12 раз меньшей частотой отмечались низкий образовательный статус, плохие жилищно-бытовые условия и низкое потребление овощей и фруктов.

ВПЛИВ РОФЛУМІЛАСТА НА МАРКЕРИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Винниченко Л.Б., *Домінас В.М., *Безсмертна Р.В.

*Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми,
*Комунальне некомерційне підприємство Центральна міська клінічна
лікарня Сумської міської ради, Україна*

Мета. Вивчення впливу Рофлуміласта на рівень маркерів системного запалення (СЗ) – інтерлейкінів 6, 8 (ІЛ- 6, ІЛ - 8) та фактора некрозу пухлини α (ФНП- α) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи: Обстежено 64 хворих на ХОЗЛ з III та IV стадіями захворювання. Серед них жінок 8 (12,5%) та чоловіків 56(87,5%), віком від 48 до 75 років (середній вік $61,3 \pm 2,9$). I група порівняння складалася з 36 хворих, котрі лікувалися за загальноприйнятими методиками без використання рофлуміласта. II група — 38 хворих, котрим в комплексній терапії призначали препарат рофлуміластперорально 500 мкг, 1 раз на добу, курсом 180 днів. Групи були співставні за віком, статтю та стадіями хвороби. Встановлення діагнозу та його формулювання проводили згідно наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 та стандартів GOLD (Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень). Рівень ІЛ-6, ІЛ-8,

ФНП- α визначали в сироватці крові методом ІФА-аналізу з використанням якісної та кількісної методики тест системи «Цитокін». Дослідження вмісту маркерів СЗ у хворих ХОЗЛ проводилося до початку терапії і через 6 місяців після лікування рофлуміластом. Групу контролю склали 15 здорових добровольців, що були співставними за віком та статтю з досліджуваними хворими.

Результати: Результати визначення вихідного рівня маркерів СЗ у хворих на ХОЗЛ показали достовірне підвищення концентрації ІЛ-6 в $1,9 \pm 0,2$ рази ($p < 0,05$), ІЛ-8 в $2,3 \pm 0,3$ рази ($p < 0,05$), ФНО- α в $2,5 \pm 0,4$ рази ($p < 0,05$) в порівнянні з групою контролю (ІЛ-6 - $15,4 \pm 6,1$ пг / мл, ІЛ-8 - $6,2 \pm 1,8$ пг / мл, ФНП- α - $32,6 \pm 4,4$ пг / мл). Дослідження динаміки лабораторних показників через 6 місяців після проведеної терапії Рофлуміластом показало наступні результати: зниження середнього рівня досліджуваних показників склало відповідно: ІЛ-6 - на $43,8 \pm 1,9\%$ ($p < 0,05$), ІЛ-8 - на $45,9 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$), ФНП- α - на $35,9 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$) в порівнянні із пацієнтами І групи.

Висновки: У хворих на ХОЗЛ має місце підвищення рівня маркерів СЗ (ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП- α). Рофлуміласт має коригуючий вплив на вміст останніх у хворих на ХОЗЛ.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Вірстюк Н.Г., Вацеба Б.Р.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна*

Мета: дослідити стан жовчового міхура (ЖМ) у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ), поєднаний з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) і стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали та методи: Обстежено 60 хворих на ХНХ, які були розділені на три групи: І група (n=20) – пацієнти з ХНХ без НАЖХП, ІІ група (n=20) – хворі з ХНХ, поєднаним з НАЖХП, ІІІ група (n=20) – пацієнти з ХНХ на тлі НАЖХП і стабільної ІХС. Для контрольної групи відібрали 20 практично здорових осіб. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, поліпозиційне ультразвукове дослідження (УЗД) ЖМ, еластографію. Рівень високочутливого С-реактивного протеїну (вч-СРП) у сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу. Проведено статистичне опрацювання результатів.

Результати: Встановлено достовірне збільшення товщини стінки ЖМ у всіх групах обстежених. У пацієнтів з ХНХ на тлі НАЖХП і стабільної ІХС цей показник виявився достовірно більшим в 2,6 рази порівняно з контролем ($p < 0,05$), на 22,4% – порівняно з хворими І групи ($p < 0,05$) та на 11,7% – порівняно з хворими II групи ($p < 0,05$), що свідчить про несприятливий вплив поєднаної патології на ХНХ. Аналіз отриманих результатів еластографії виявив підвищення жорсткості печінки у пацієнтів II та III груп порівняно з контролем ($p < 0,05$): у пацієнтів з ХНХ на тлі НАЖХП і стабільної ІХС цей показник перевищив такий в контролі в 2,0 рази ($p < 0,05$) та на 41,3% – такий у пацієнтів II групи ($p < 0,05$). У 53,8% хворих III групи відзначали помірні зміни жорсткості печінки, що відповідають стадії F2 фіброзу ($p < 0,05$), у 30,8% – стадію F3 фіброзу ($p < 0,05$). Виявлено кореляційні зв'язки між показниками товщини стінки ЖМ та швидкості зсувної хвилі ($r = 0,73$, $p < 0,05$); товщини стінки ЖМ і вмісту вч-СРП у крові ($r = 0,66$, $p < 0,05$), вмісту вч-СРП у крові і швидкості зсувної хвилі ($r = 0,64$, $p < 0,05$).

Висновки: 1. Несприятливий вплив НАЖХП на перебіг ХНХ проявляється у збільшенні товщини стінки ЖМ за результатами УЗД. 2. Виявлено кореляції між показниками товщини стінки ЖМ та швидкості зсувної хвилі ($r = 0,73$, $p < 0,05$); товщини стінки ЖМ і вмісту вч-СРП у крові ($r = 0,66$, $p < 0,05$), вмісту вч-СРП у крові і швидкості зсувної хвилі ($r = 0,64$, $p < 0,05$), що свідчить про взаємообтяжуючий вплив поєднаної патології.

ВПЛИВ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Вірстюк Н.Г. Лавринович О.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна*

Мета – вивчити зміни функціонального стану суглобів залежно від форми і стадії неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Матеріали і методи. Обстежено 58 хворих на остеоартроз (ОА), поєднаний з НАЖХП (чол. – 19, жін. – 39), вік – 45-74 років. Хворих поділено на 2 групи: I групу – 42 (72,4 %) хворих з ОА в поєднанні з НАЖХП (серед них IA – 19 (21,4 %) хворих із НАЖГ, IB – 23 (78,6 %) хворих з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ)), II групу – 16 (27,6 %) хворих з ОА. Функціональний стан суглобів оцінювали за шкалами ВАШ (візуальна аналогова шкала), WOMAC (Western Ontario and McMaster University) та індекс Лекена (Lequesne). НАЖХП

діагностували за Наказом МОЗ України № 826 (2014), Адаптованою клінічною настановою "Неалкогольна жирова хвороба печінки", рекомендаціями Європейської асоціації з вивчення печінки (EASL), (2016), ступінь фіброзу печінки визначали за допомогою еластографії.

Результати. Функціональне порушення суглобів було більш вираженим за поєднання ОА і НАЖХП. У хворих ІА групи за шкалою ВАШ «помірно виражений» біль в суглобах виявлено у 42,1 %, «значно виражений» – у 52,6 %, «різко виражений» – у 5,3 %; у хворих ІБ групи – у 26,1 %, 60,8 % та 13,1 % відповідно; у хворих ІІ групи – у 62,5 %, 31,2 %, 6,3 % відповідно. Сумарний показник за шкалою WOMAC у хворих ІА групи складав (1439,9±24,27) бали, у ІБ – (1903,0±25,83) і перевищував такий у хворих ІІ групи (1130,8±42,45), ($p<0,05$). Сумарний бал за індексом Lequesne у хворих ІА групи був більшим, ніж у хворих ІІ групи у 1,2 рази ($p<0,05$), ІБ групи – у 2,2 рази ($p<0,05$). За результатами еластографії печінки більш виражений фіброз виявлений у хворих ІБ групи за наявності НАСГ. Зокрема, у пацієнтів ІА групи F1 стадію фіброзу печінки діагностовано у 21,0 %, F2 – у 68,5 % та F3 – у 10,5 % випадків; у пацієнтів ІБ групи F1, F2 і F3 стадії виявлено у 8,7 %, 69,5 % і 21,8 % відповідно. Виявлено кореляцію між швидкістю зсувної хвилі та показниками шкали ВАШ, WOMAC та Lequesne ($r=+0,42$; $r=+0,49$; $r=+0,56$; відповідно, $p<0,05$), які вказують на негативний вплив НАЖХП на перебіг ОА.

Висновки. 1. Більш виражені зміни функціонального стану суглобів відзначались у хворих за наявності НАЖХП, особливо на стадії НАСГ порівняно з НАЖГ. 2. Виявлені кореляції між швидкістю зсувної хвилі та показниками шкали ВАШ, WOMAC та Lequesne, які вказують на взаємозв'язок ступеню фіброзу печінки і порушення функціонального стану суглобів.

РОЛЬ БІОМАРКЕРУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ГАЛЕКТИНА-3 У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНЬОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Внукова А.С., Опарін О.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Мета: вивчення ролі нового біомаркеру хронічної серцевої недостатності (ХСН) Галектина-3 (Г-3) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із супутньою гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ).

Матеріалитаметодидослідження. Для дослідження нами було взято 110 пацієнтів. Першу групу склали 66 осіб (чоловіків 46 (71,7%),

жінок 20 (28,3%)) у віці від 42 до 60 років (у середньому $53,79 \pm 3,9$) із ІХС та супутньою неерозивною формою ГЕРХ. Другу групу склали 44 особи (чоловіків 30 (70%), жінок 14 (30%)) у віці від 39 до 60 років ($53,0 \pm 4,6$), хворих на ІХС без супутньої патології. Контролем слугували 20 практично здорових осіб того ж віку ($47 \pm 6,1$) і статі (чоловіків 7 (35%), жінок 13 (65%)). Діагноз ІХС виставлено згідно МКХ-10, Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Стабільна ішемічна хвороба серця», а ГЕРХ згідно МКХ-10 та рекомендацій Монреальського консенсусу (2006 г.) Для кількісного визначення людського Галектина-3 імуноферментним аналізом був використаний набір «Галектин-3» BenderMedSystems (Австрія). Усі отриманні данні були внесені в електронну базу, статистичну обробку даних проводили за допомогою пакета статистичних програм EXCEL for Windows, Statistika 6.0 і SPSS Statistics. Статистичну достовірність оцінювали за t-критерієм Стьюдента та t-критерієм Вілкоксона, різниця вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. Отримані дані в ході дослідження свідчать про те, що рівень галектину-3 достовірно вищий у пацієнтів зі стабільною стенокардією ІІІ ФК, як в порівнянні з ІІ ФК, так і з І ФК. Також на рівень Г-3 достовірно впливає стадія та ступінь гіпертонічної хвороби, про що свідчать показники по обом групам дослідження. Достовірне збільшення рівню Г-3 спостерігається у хворих на ХСН ІІ А ст. як в порівнянні з пацієнтами з ХСН 0 ст., так і з ХСН І ст., що свідчить про більш виражену серцеву недостатність у цих пацієнтів, тоді як рівень галектину-3 у хворих з ХСН І ст. достовірно менший, ніж у хворих з ХСН ІІ А ст., але достовірно вищий, ніж у пацієнтів з ХСН 0 ст. в обох групах дослідження.

Висновки. Біомаркер Галектин-3 доцільно використовувати для визначення серцевої недостатності як при захворюваннях серцево-судинної системи, так і при інших патологіях, які супроводжуються розвитком хронічної серцевої недостатності.

АНАТОМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСИТІВ

Гаргін В.В., Алексєєва В.В.

Харківський національний медичний університет

Особливості анатомічної будови навколоносових пазух (ННП) людини мають виняткове значення для виникнення, перебігу, особливостей лікування та ймовірності ускладнень запальних захворювань цієї області (риносинуситів). Спіральна комп'ютерна

томографія на сьогоднішній день являється одним з найбільш інформативних методів дослідження ННП.

Метою нашої роботи є визначення особливостей будови компонентів остіомеатального комплексу (ОМК), що створюють передумови для розвитку риносинуситів.

Матеріали та методи: Під спостереження потрапили 100 пацієнтів, яким СКТ – дослідження було проведено у зв'язку з патологією, що не пов'язана з захворюванням ЛОР-органів. Для контрольної групи було відібрано 10 пацієнтів з хронічним неполіпозним верхньощелепним синуситом, що за даними СКТ проявлявся потовщенням слизової оболонки до 10 мм та 10 пацієнтів з хронічним неполіпозним верхньощелепним синуситом у поєднанні з субтотальним зниженням пневматизації пазухи. У всіх групах вимірювалась товщина середньої носової раковини, товщина гачкуватого відростку, розмір природного сполучення.

Результати: Після проведеного дослідження визначено, що у фізіологічних умовах середня товщина гачкуватого відростку становить $2,11 \pm 0,39$ мм, середня товщина середньої носової раковини при цьому складає $5,44 \pm 0,5$ мм, а розмір природного співустя – $5,67 \pm 0,59$ мм.

У випадку дослідження ОМК у пацієнтів з хронічним неполіпозним верхньощелепним синуситом зазначені параметри становили відповідно: $1,57 \pm 0,11$ мм, $5,96 \pm 0,57$ мм та $4,92 \pm 0,46$ мм.

У третій групі пацієнтів з тотальним зниженням пневматизації товщина гачкуватого відростку дорівнює $3,38 \pm 0,6$ мм, тоді як товщина середньої носової раковини склала $6,82 \pm 0,77$ мм, а розмір співустя – $3,98 \pm 0,56$ мм.

Таким чином, при патологічних станах у всіх двох групах спостерігається збільшення розмірів середньої носової раковини на 9,6% та на 25,4% при субтотальному зниженні пневматизації. У той же час розмір співустя зменшується на 13,23% та 29,8% при субтотальному зниженні пневматизації. Цікаво що значне збільшення розмірів (на 60,2%) розмірів гачкуватого відростку спостерігається лише при хронічному неполіпозному верхньощелепному синуситі з субтотальним зниженням пневматизації.

Висновок: таким чином, остіомеатальний комплекс є основною областю, яка визначає фізіологічне функціонування ННП людини. При блокуванні ОМК, наприклад, за рахунок збільшення його компонентів створюються передумови для виникнення запальних процесів.

ПРОГНОСТИЧНІ ЗАСОБИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ОЖИРІННЯМ

Гасанов Ю.Ч., Рудик Ю.С., Меденцева О.О.

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

Мета дослідження — розробка та клінічна апробація протоколу персоніфікованого застосування метопролола сукцинату в лікуванні пацієнтів з серцевою недостатністю зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (СН) на тлі ожиріння

Матеріали та методи. Проспективне рандомізоване контрольоване дослідження проведено на базі ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої Національної академії медичних наук України». У дослідження було включено 127 осіб з СН II–III стадій 1–4 ФК за NYHA у віці 32–87 (61 [57; 65]) років, з них 93 чоловіки і 34 жінки.

Обстеження включало визначення толерантності до фізичного навантаження, якості життя, центральної гемодинаміки, варіабельності серцевого ритму, сироваткового рівня інсуліну та NT-proBNP, поліморфізма G1846A гена CYP2D6. Метопролола сукцинат призначали за стандартною схемою із титруванням дози кожні 2 тижні з 12,5 мг до 100–200 мг. Порогове значення р-рівня 0,05.

Результати і обговорення. На основі оцінки клініко-патогенетичних складових, що обумовлюють варіативність відповіді на лікування у хворих із ХСН зі зниженою фракцією викиду та ожирінням (ІМТ, поліморфізм 1846G/A гена CYP2D6, КДР та КСР ЛШ, ФВ ЛШ, рівень NT-proBNP, дистанція тесту 6-хвилинної ходи, тривалість анамнезу серцевої недостатності) розроблено методи персоніфікації фармакотерапії метопролола сукцинатом пацієнтів з СН та ожирінням: прогностичний протокол на основі послідовного аналізу Вальда, який дозволяє прогнозувати ефективність препарату (чутливість — 93,5 %, специфічність — 81,7 %, позитивна передбачувальна цінність (ППЦ) — 82,4 %, негативна передбачувальна цінність (НПЦ) — 94,3 %), та дискримінантні моделі, які дають можливість об'єктивізувати критерії визначення максимальної початкової дози (чутливість — 62,5 %, специфічність — 97,1 %, ППЦ — 83,3 %, НПЦ — 91,7 %), максимальної кінцевої дози (чутливість — 96,0 %, специфічність — 93,1 %, ППЦ — 77,4 %, НПЦ — 99,0 %), а також оцінити доцільність подальшого покрокового збільшення дози метопролола сукцината (чутливість — 87,5 %, специфічність — 88,4 %, ППЦ — 51,9 %, НПЦ — 98,0 %).

Величини показників передбачуваної цінності для усіх прогностичних засобів є прийнятними для клінічного застосування.

Висновки. Розроблений протокол та математичні моделі дозволяють оптимізувати ефективність та переносимість застосування метопролола сукцинату у цієї категорії пацієнтів. Перспективою подальших досліджень є продовження динамічного спостереження за обстеженим контингентом пацієнтів зі зрізовою оцінкою ефективності запропонованого протоколу.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ОЖИРІННІ

Горбатюк І.Б.

Вищий державний навчальний заклад України

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

Мета: проаналізувати особливості клінічних проявів хронічного холециститу у поєднанні з ожирінням у хворих на ішемічну хворобу серця.

Матеріали і методи: проведені дослідження у 88 хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХХ) у фазі загострення, серед яких: 1 Гр (n=28) – ХХ, 2 Гр (n=30) – ХХ на тлі ІХС, кардіосклерозу із СН I-ІІА стадії, 3 Гр (n =30) – ХХ із супутніми ІХС, кардіосклерозом із СН I-ІІА стадії та ожирінням I-II ступеня. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку.

Результати. У клінічній картині усіх груп з ХХ провідним симптомом був біль у правому підребр'ї та біль у надчеревній ділянці. Слід зазначити, що частота виникнення больового синдрому ХХ, його суб'єктивна та об'єктивна інтенсивність знижувались із приєднанням коморбідної патології: ожиріння та ІХС (на 16,7 % у пацієнтів 3 Гр в порівнянні з 1 Гр та 2 Гр). Так, іррадіація болю в праву поперекову ділянку на 8,6 % була нижчою у хворих 2 Гр та на 25,3 % у хворих 3 Гр в порівнянні з хворими 1 Гр. Прояви ж біліарної диспепсії були, навпаки, найбільш характерні для коморбідного перебігу ХХ з ІХС та ожирінням: зокрема, зниження апетиту, нудота, блювання, гіркота у роті спостерігалися у 76-90 % пацієнтів. Явища кишкової диспепсії: метеоризм, здуття живота, закрепи також наростали із збільшенням кількості коморбідних захворювань. Однак діарейний синдром у цих хворих виникав, навпаки, із нижчою частотою, ніж у пацієнтів без коморбідної патології. Перебіг ХХ в усіх групах спостереження супроводжувався підвищенням температури тіла до 37,4-37,8°C, однак частота та інтенсивність температурної реакції була вищими у хворих 2

та 3 груп. Загострення ХХ також супроводжувалося симптомами інтоксикації: слабкістю, нездужанням, втратою апетиту, які спостерігались із максимальною частотою у хворих з коморбідним ожирінням (Гр 3).

Висновок: Наявність ожиріння та ступінь його вираженості істотно знижують інтенсивність больового синдрому, його суб'єктивні й об'єктивні характеристики, однак потенціє запальний процес як місцево, у жовчному міхурі, так і з розвитком загального інтоксикаційного синдрому.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕСТЕРОЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРА РОЗУВАСТАТИНОМ, УРСОДЕЗОКСИХОЛІЄВОЮ КИСЛОТОЮ ТА ПРОКІНЕТИКОМ МОСАПРИДОМ

Горбатюк І. Б., Ткач Є. П.

Вищий державний навчальний заклад України

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

Мета: вивчення комбінованого впливу розувастатину, мосаприду та урсодезоксихолієвої кислоти на показники функціонального стану ендотелію, інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу при хронічному холециститі та холестерозі жовчного міхура.

Матеріали та методи. 1 група (контрольна, хворі на ІХС, кардіосклероз, ожиріння I-II ступеня із хронічним холециститом (ХХ) у фазі загострення, n=30) отримувала урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 г), аторвастатин (А) (10 мг 1 раз у день) та прокінетик домперидон (10 мг 3 рази на день). 2 група (основна, хворі на ІХС, кардіосклероз, ожиріння I-II ступеня, ХХ та холестероз жовчного міхура ХЗ ЖМ, n =30) в якості порівняння отримувала розувастатин (Р) (по 10 мг 1 раз на день), мосаприд (М) (по 5 мг 3 рази на день) та УДХК (0,5 г) упродовж 1 місяця.

Результати дослідження. У результаті проведених досліджень було встановлено, що підвищений до лікування вміст монооксиду нітрогену (NO) у хворих 1-ї групи знизився в 1,2 рази ($p < 0,05$), а у 2-й групі – у 2,2 рази ($p < 0,05$) та істотним було зниження активності індукцибельної NO-синтази (iNOS) у хворих обох груп: відповідно у 1,4 та 3,1 рази ($p < 0,05$). Наслідком оптимізації функціонального стану ендотелію було зменшення вмісту у крові вазоінтестинального пептиду (ВП), який у хворих 1-ї групи зменшився вірогідно у 1,2 рази ($p < 0,05$), а у 2-й групі – у 1,6 рази ($p < 0,05$). Зазнали зниження в обох групах також маркери холестази – лужна фосфатаза та гаммаглутамілтрансфераза (на 16,1% та 13,7% відповідно ($p < 0,05$)). Унаслідок проведеної терапії з точки

зору досягнення цільових рівнів проатерогенних ліпопротеїдів Р дещо показав перевагу перед А, підтвердженням чого стало істотне зниження індексу атерогенності: на 49,8% - у хворих 2 групи ($p < 0,05$) проти 25,7% - у хворих 1 групи. Підтвердженням позитивного впливу М та Р на перебіг супровідної гіпокінетичної дискінезії ЖМ та дисфункції сфінктерного апарату ЖВШ є результати 6-фазового дуоденального зондування, проведені після лікування - вірогідне зростання скоротливої здатності ЖМ за показником напруження жовчовиділення, який у динаміці лікування 1 групи зріс на 15,4% ($p < 0,05$) проти 30,8% ($p < 0,05$) у 2 групі.

Висновки. Розувастатин у комбінації з мосапридом та урсодезоксихолієвою кислотою на фоні базисної протизапальної та дезінтоксикаційної терапії хронічного холециститу сприяють вірогідному зниженню інтенсивності запального процесу в жовчному міхурі, зворотному розвитку явищ холестерозу стінки ЖМ, потенціюють дію антибактеріальних препаратів, сприяють відновленню скоротливої функції ЖМ та тонуусу сфінктера Одді.

ВПЛИВ ДОСЛІДЖУВАНИХ ПРЕПАРАТІВ «КРАТАЛ» ТА «КВЕРТИН» НА ПОКАЗНИКИ РАННІХ МАРКЕРІВ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ

Гоцко М.Є., Снітинська О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Метою роботи було вивчення показників ранніх маркерів ураження нирок при застосуванні препаратів “Кратал” та “Квертин” у хворих з різними стадіями ДХН при ЦД 2 типу.

Матеріали та методи: нами проведено аналіз 116 амбулаторних карток та індивідуальних реєстраційних форм пацієнтів, які перебували на обстеженні в ЛОДЕЦ з різними стадіями ДХН, які були розподілені на 4 групи: I група - нормаальбумінурична, II група - мікроальбумінурична, III група - протеїнурична та IV група - протеїнурична з ХНН. Проведена оцінка креатиніну, сечовини, рівня НвА1с, С-пептиду, швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), визначення ранніх маркерів ураження нирок: ліпокаліну, асоційованого з желатиназою нейтрофілів (NGAL) та Цистатину С. Пацієнтам, розподіленим на групи до комплексної терапії було призначено препарат “Кратал” 875 мг по 2 таб 3 рази на добу або “Квертин” 40 мг 3 рази на добу. Лабораторні обстеження проводились до- та після призначення препарату через 4 тижні. Контрольну групу склали 8 практично здорових осіб відповідного віку.

Результати. У обстежених пацієнтів показники NGAL достовірно підвищувались, починаючи з 1 групи, відповідно на 30,7%, 58,3%, 85,9% та на 37,5% у 4 групі. Призначення “Краталу” призводило до нормалізації показників у порівнянні з контролем у 1 групі ($P > 0,05$). У 2 та 3 групах показники знижувались, відповідно, на 19,5% та 29% у порівнянні з показниками пацієнтів без корекції; у 4 групі показники суттєво не змінювались ($P > 0,05$). Показники цистатину С у 1 групі підвищувались на 23,7%, у 2 групі на 87,9%, у 3 групі на 88,9%, у 4 групі на 91,9%. Призначення “Краталу” призводило до нормалізації показників у 1-2 групах до рівня контролю ($P > 0,05$), та тенденції до зниження у 3-4 групах, які, однак до показників контролю не повертались ($P < 0,05$). Призначення “Квертину” призводило до нормалізації рівня NGAL у 1 групі ($P > 0,05$), у 2-4 групах відмічалась достовірна тенденція до його зниження, яка, однак, до показників контролю не поверталась ($P < 0,05$). Призначення “Квертину” призводило до достовірного зниження показників цистатину С у всіх групах, у порівнянні з групами пацієнтів без корекції, однак ці показники до показників контролю не повертались ($P < 0,05$).

Висновки: Нами підтверджена висока чутливість NGAL, Цистатину С у якості ранніх маркерів на ранніх стадіях ДХН, що дозволяє використання їх тоді, коли ще стандартні показники ШКФ, сечовини та креатиніну залишаються у межах норми.

Призначення препаратів “Кратал” та “Квертин” призводить до нормалізації або суттєвого зниження показників NGAL, Цистатину С практично на всіх стадіях ДХН, запобігаючи ураженню нирок при ЦД 2 типу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МІАНСЕРИНУ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ, КОМОРБІДНИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Гринь К.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Серед основних причин смертності населення України перше місце продовжують посідати захворювання системи кровообігу. Проблема коморбідності депресивних розладів з даною патологією, а саме артеріальною гіпертензією, є не менш актуальною.

Метою дослідження було виявити ефективність антидепресивного препарату міансерин в комплексній терапії пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) і коморбідним депресивним розладом (ДР).

Матеріали і методи: обстежено 40 пацієнтів (всі жінки), які страждали на АГ, що супроводжувалася депресивною симптоматикою.

Пацієнти знаходилися на стаціонарному лікуванні в КП «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім.О.Ф.Мальцева Полтавської облради». Був використаний клініко-психопатологічний метод: шкала Гамільтона для оцінки глибини депресії (HDRS), шкала глобального клінічного враження (CGI), після отримання усвідомленої згоди пацієнтів на участь в дослідженні. У відповідності до мети дослідження пацієнти були розподілені на дві групи – першу (20 хворих з АГ, які отримували окрім гіпотензивної терапії міансерин) і другу (20 хворих, які отримували виключно призначену терапевтом гіпотензивну терапію). Спостереження тривало протягом 6 тижнів.

Результати. Виявлено, що у пацієнтів першої групи, які отримували міансерин, динаміка стабілізації рівня артеріального тиску та редукція депресивної симптоматики відбувалася на 62,6% швидше, ніж у пацієнтів з другої групи, які отримували виключно гіпотензивні препарати. У пацієнтів другої групи, не дивлячись на стабільні показники гемодинаміки, зберігалася депресивна симптоматика. А це створювало небезпеку декомпенсації серцево-судинної патології.

Висновок. Таким чином, коморбідна психічна патологія, а саме депресивні розлади, є взаємообтяжуючим фактором з патологією серцево-судинної системи. Пріоритетність призначення антигіпертензивної терапії є незаперечною. Проте, за наявності супутньої депресивної симптоматики, нехтування консультацією психіатра для призначення відповідної терапії, може затягувати лікування та погіршувати його якість.

Результати проведених досліджень показали, що позитивний ефект в лікуванні артеріальної гіпертензії, коморбідної з проявами депресії, демонструє комплексне призначення гіпотензивної терапії з антидепресантом (міансерин).

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ
ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА
НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ІЗ СУПУТНІМ
ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**

Гринюк О.Є., Хухліна О.С.

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

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) мають спільні фактори ризику, такі як зниження фізичної активності та патофізіологічні механізми, включаючи оксидативний стрес, запалення та метаболічний синдром.

Мета: Вивчити особливості вуглеводного обміну та встановити ступінь інсулінорезистентності з поєднаним перебігом НАСГ та ХОЗЛ залежно від ступеня ожиріння.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 70 осіб віком від 35 до 55 років (середній вік — 46 років). У 35 хворих з нормальною масою тіла (ІМТ до $24,9 \text{ кг/м}^2$) було встановлено ХОЗЛ GOLD 2D з НАСГ та у 35 хворих НАСГ поєднувався з ожирінням I ступеня та ХОЗЛ GOLD 2D. Тривалість захворювання становила від 2 до 6 років. Групу контролю складала 20 практично здорових осіб.

Для визначення ступеня ожиріння використовували класифікацію А. С. Аметова (2000). Діагноз ожиріння встановлювали за збільшенням ІМТ понад 30 кг/м^2 : $\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 \text{ (м)}$.

Наявність синдрому ІР встановлювали на основі таких діагностичних маркерів: вміст глюкози натще понад $6,1 \text{ ммоль/л}$, вміст глюкози в крові через дві години після навантаження глюкозою (75 г) — $7,8\text{-}11,1 \text{ ммоль/л}$; вміст у крові інсуліну натще — вище 20 мкОД/л , показник НОМА ІР (глюкоза крові натще (ммоль/л) \times інсулін крові натще ($\text{мкОД/л}/22,5$)) вище $2,0$, індексом Саго (глюкоза (ммоль/л) / інсулін (мкОД/л)) — менше $0,33$.

Результати. У хворих 1-ї та 2-ї груп встановлено незначне підвищення рівня натще серцевої глікемії відповідно на $9,3 \%$ та $14,8 \%$ ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. Аналіз показників постпрандіальної глікемії, показав також зростання вмісту глюкози через 120 хв після навантаження — відповідно на $16,5\%$ та $31,2\%$ ($p < 0,05$) у порівнянні з показниками у групі ПЗО. Дослідження вмісту інсуліну в крові натщесерце виявило гіперінсулінемію, яка у хворих 1-ї групи перевищувала показник у групі ПЗО в $1,8$ рази, у хворих 2-ї групи вміст інсуліну натще перевищував норму в $2,3$ ($p < 0,05$) рази.

На наявність порушення чутливості периферичних тканин до інсуліну у хворих на НАСГ, ХОЗЛ та ожиріння вказує вірогідне підвищення індексу НОМА-ІР натще відповідно у $2,1$ та $2,4$ рази ($p < 0,05$).

Висновок. Коморбідний перебіг НАСГ із ожирінням та ХОЗЛ сприяє ранньому та більш інтенсивному розвитку постпрандіальної гіперглікемії ($31,2\%$, $p < 0,05$), гіперінсулінемії (в $2,3$ рази, $p < 0,05$) та ступіню інсулінорезистентності (НОМА ІР (у $2,4$ рази, $p < 0,05$)).

НАЧАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гуйда П.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Системная склеродермия (ССД) – прогрессирующее полисиндромное заболевание с характерным поражением кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и распространенными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно.

В основе заболевания лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и сосудистая патология в виде облитерирующего эндартериолита, что обуславливает большой полиморфизм клинических проявлений (в патологический процесс могут вовлекаться практически все органы и системы) и значительно затрудняет правильную диагностику, особенно в раннем периоде.

ССД развивается, как правило, постепенно и дебютирует чаще (в наших наблюдениях, у 53% пациентов) вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно, которые предшествуют появлению других признаков ССД за несколько месяцев и лет – у 12 наблюдаемых нами больных синдром Рейно был единственным признаком ССД на протяжении 15-21 года. Синдром Рейно, как начальный признак более характерен для хронического течения ССД.

Реже в дебюте ССД наблюдается поражение суставов (по нашим данным, в 23% случаев), проявляющееся полиартралгиями, утренней скованностью, развитием полиартрита. Наличие в дебюте ССД суставного синдрома более характерно для острого и подострого течения болезни.

Третье место по частоте начальных признаков ССД занимает поражение кожи (уплотнение, изменение окраски, наличие телеангиэктазий и трофических нарушений), зарегистрированное нами у 17% пациентов. ССД может дебютировать очаговым поражением кожи.

Редко ССД начинается с изолированного поражения внутренних органов. Висцеропатии в дебюте ССД нами отмечены у 3% пациентов. В редких случаях ССД дебютирует другими проявлениями, в частности лихорадочным синдромом, полисерозитом, лимфаденопатией.

Следует особо отметить относительную стойкость и выраженность начальных признаков ССД, что необходимо учитывать при проведении диагностики.

Знание и выявление начальных признаков ССД, характера их развития и своевременное установление системности поражения, будут способствовать постановке правильного диагноза уже в раннем периоде, что во многом предопределит дальнейшее течение и прогноз заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПАЛИНДРОМНОГО РЕВМАТИЗМА

Гуйда П.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Палиндромный ревматизм – редкая форма воспалительного поражения суставов и периартикулярных тканей, характеризующаяся повторными короткими и полностью обратимыми атаками.

Одинаково часто страдают этим заболеванием мужчины и женщины. Примерно у трети больных палиндромным ревматизмом в дальнейшем развивается ревматоидный артрит.

Клиническая картина характеризуется признаками воспалительного поражения суставов и периартикулярных тканей. Артрит начинается внезапно, обычно во второй половине дня, достигая максимума клинических проявлений в течение нескольких часов. Отмечаются боли, припухлость, покраснение, повышение местной температуры и ограничение объема движений в одном, реже в двух суставах. Поражаются преимущественно плечевые, лучезапястные, межфаланговые, пястно-фаланговые, голеностопные, коленные, височно-челюстные суставы и шейный отдел позвоночника. Боли в суставах носят пульсирующий характер, их интенсивность может быть различной – от незначительных до резко выраженных, вынуждающих к применению наркотиков. Приступ может напоминать картину острого подагрического артрита.

У трети больных наблюдается отечность периартикулярных тканей и регионарных мышц. Кроме того, обнаруживаются небольшие подкожные плотные образования (узелки), локализующиеся на разгибательной стороне мелких суставов кистей и стоп, над ладонными апоневрозами. Узелки обычно сохраняются в течение нескольких часов или дней (3-7 дней).

Суставные и периартикулярные изменения не сопровождаются повышением температуры тела, ознобами и системными проявлениями. В лабораторных исследованиях отмечается лимфоцитоз (до 50%), в остром периоде возможно увеличение СОЭ до 35 мм/час. Рентгенологические изменения костей и суставов не определяются.

Течение палиндромного ревматизма длительное, рецидивирующее. Рецидивы возникают иногда довольно часто – несколько раз в месяц, поражая каждый раз другие суставы. Процесс спонтанно подвергается обратному развитию в течение нескольких дней (не больше 7-8 дней), не вызывая стойких изменений суставов.

СИНДРОМ ЧАРГА-СТРОССА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Гуйда П.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Синдром Чарга-Стросса (аллергический гранулематоз и ангиит) – эозинофильное гранулематозное воспаление респираторного тракта и некротизирующий васкулит, поражающий мелкие и средние сосуды, часто сочетающийся с бронхиальной астмой и эозинофилией.

Заболевание может развиваться внезапно или исподволь. Наблюдается поражение лёгких по типу астматического бронхита с характерным свистящим дыханием, множественными сухими хрипами при аускультации, эозинофильными мигрирующими инфильтратами в лёгких, обнаруживаемыми при рентгенологическом исследовании. В дальнейшем развиваются признаки системности поражения с вовлечением в процесс кожи (пурпура, эритема, узелки, крапивница, язвенно-некротические изменения), костно-мышечной системы (полиартрит, полимиозит, миопатия), периферической нервной системы (полинейропатия, мононевриты). Часто поражается сердце с развитием перикардита с эозинофильными гранулёмами в перикарде, эндокардита, сердечной недостаточности. Почти у половины пациентов отмечается артериальная гипертензия. Реже наблюдается поражение почек (очаговый нефрит, некротизирующий гломерулонефрит) и центральной нервной системы (энцефалопатия, инсульты).

В лабораторных исследованиях выявляются лейкоцитоз, эозинофилия (30-85%), увеличение СОЭ, диспротеинемия с гиперальфа₂-глобулинемией, положительные острофазовые показатели, повышение содержания иммуноглобулина Е.

Диагностика синдрома Чарга-Стросса базируется на характерных клинико-рентгенологических признаках и лабораторных данных (эозинофилия, повышенное содержание иммуноглобулина Е).

Для лечения заболевания используются глюкокортикостероиды (преднизолон в начальной дозе 40-60 мг/сутки) в сочетании с иммуносупрессорами (азатиоприн или циклофосфамид по 150-200 мг/сутки). Применяются также нестероидные противовоспалительные препараты, аминохинолиновые производные, бронхолитики, вазодилататоры, дезагреганты и антикоагулянты. При быстро прогрессирующем течении проводится плазмаферез.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ГОЛОСУ В ОСІБ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ ЯК ПОЗАСТРАВОХІДНИЙ ПРОЯВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Гук-Лешневська З.О., Москалик О.Є.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. В останні роки широко вивчається наявність позастравохідних проявів гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), оскільки вони часто є єдиними її проявами і можуть суттєво погіршувати якість життя пацієнтів та можливість адекватної професійної діяльності. З метою вивчення наявності ГЕРХ у пацієнтів із функціональними розладами голосу для визначення оптимальної діагностично-лікувальної тактики нами обстежено 40 осіб голосомовних професій віком від 19-х до 75 років із функціональними розладами голосу. Серед них 23 жінки і 17 чоловіків. Пацієнти звернулися до лікаря-фоніатра зі скаргами на швидку втому та осиплість голосу, яка посилювалася після голосового навантаження, зменшення витривалості голосу. 18 осіб відмічали сухість, подразнення та «комки» у ділянці гортані; 14 мали больові відчуття у ділянці гортані під час та після голосового навантаження; у 8 пацієнтів була задишка при голосовому навантаженні. При об'єктивному обстеженні органічних уражень гортані не виявлено у жодної особи. При стробоскопічному обстеженні відмічалася асинхронність роботи голосових складок. У 21 особи була гіперемія та набряк слизової оболонки міжчерпаловидного простору і вони були скеровані на консультацію до гастроентеролога. У 15 із них виявлено клінічні ознаки диспепсії, про які вони раніше не повідомляли, оскільки не вважали їх пов'язаними із проблемами із голосом. Зокрема, 10 пацієнтів відмічали періодичну печію, кислі відрижки, відчуття кислоти в роті зранку, схильність до закріпів і в них за результатами рН-метрії була гіперацидність; у 5-ти хворих – гіркота у роті, гіркі відрижки, при рН-метрії – гіпоацидність. За даними ФЕГДС, у цих 15 пацієнтів були ознаки різних форм езофагіту. У 6 осіб не було жодних скарг, які б свідчили про наявність рефлюксу, проте результати рН-метрії свідчили про наявність у них помірної гіперацидності. Пацієнти із діагностованою ГЕРХ (52,5% обстежених) виконували відповідні рекомендації, щодо модифікації способу життя та були проліковані за стандартами лікування із позитивним ефектом, який полягав у відновленні голосу та ліквідації симптомів ГЕРХ.

Висновки. При виявленні лікарем-фоніатром в осіб голосомовних професій гіперемії та набряку слизової оболонки міжчерпаловидного простору, повинна бути настороженість щодо діагностики та лікування ГЕРХ. Для можливості нормальної професійної діяльності особи

голосомовних професій, при діагностованій у них ГЕРХ, повинні постійно дотримуватись рекомендацій щодо модифікації способу життя та харчування.

ДИНАМІКА ТИПІВ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Гута Р.Р., Радченко О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Прогноз пацієнта після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ) залежить не тільки від тактики лікування, а й від подальшої терапії у попередженні ускладнень. Порушення процесів адаптації негативно впливає на перебіг як гострих форм ішемічної хвороби серця, так і хронічних.

Мета роботи: проаналізувати типи адаптаційних реакцій у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) впродовж 12 місяців.

Матеріали і методи: Обстежено 101 хворих (17 жінок і 84 чоловіків) на ГІМ (гострий Q-ІМ з елевацією ST 49,3%, не Q-ІМ з елевацією ST 22,5%, ГІМ без елевації ST 28,2%) віком $55,8 \pm 1,0$ р., які були поділені на 2 групи: після реваскуляризації міокарда (стентування вінцевих артерій - 49,5%, аортокоронарне шунтування - 21,9%; група 1) та хворі без реваскуляризації міокарда (група 2; 20,8%). Діагностику та лікування ГІМ проводили за Українськими та Європейськими рекомендаціями. Тип адаптаційних реакцій визначали за Радченко О.М. (2004) із обрахунком індексу адаптації ($IA = \text{лімфоцити} / \text{нейтрофіли}$). Цифрові дані оброблені методами варіаційної статистики з використанням t-критерію Стьюдента, результати вважалися істотними при $p < 0,05$.

Виявлено, що початкове значення ІА у групах відповідало реакції орієнтування (0,31–0,50) (група 1: $0,44 \pm 0,04$ та група 2: $0,48 \pm 0,06$). У групі 1 було 43,9% пацієнтів, які мали реакцію орієнтування, на другому місці за частотою виявились сприятливі реакції еустресу (спокійної та підвищеної активації, 31,7%), а несприятливі реакції дистресу зустрічались найрідше (стрес, неповноцінна адаптація, переактивація; 24,4%). Група 2 статистично не відрізнялась від 1 групи. Через 3 місяці у групі 1 достовірно збільшився ІА на 34,1% (до $0,59 \pm 0,03$; $p = 0,01$) та у групі 2 на 29,2% (до $0,62 \pm 0,06$; $p = 0,04$). В обох групах переважала реакція спокійної активації (69,4%, $p_{0-3} < 0,05$ та 66,7% $p_{0-3} < 0,05$). Однак вже через 6 місяців кількість пацієнтів, у яких діагностувались реакції еустресу, знизилася порівняно з даними 3-ох місяців (до 45,8% у групі 1 та до 50,0% у групі 2, обидва $p_{3-6} < 0,05$). Через 12 місяців ІА в обох групах утримувався в межах значень сприятливої реакції спокійної

активації ($0,58 \pm 0,04$, $p_{0-12}=0,01$ та $0,60 \pm 0,06$, $p_{0-12} > 0,05$) і групи надалі не різнилися між собою за його середнім значення ($p_{Г1-Г2} > 0,05$). Однак у групі 1 ми спостерігали і надалі реакції дистресу (8,6%), тоді як у групі 2 їх не було зафіксовано.

Висновки. Для пацієнтів з ГІМ незалежно від методу лікування притаманне погіршення адаптаційних процесів через 6 місяців після стаціонарного лікування. Через 12 місяців після реваскуляризації міокарда у 8,6% пацієнтів діагностуються реакції дистресу, які є предиктором несприятливого прогнозу розвитку серцево-судинних подій, що слід враховувати при виборі тактики ведення таких пацієнтів.

РОЛЬ БЛОКОТОРУ АЛЬДОСТЕРОНСИНТЕТАЗИ ЕПЛЕРЕНОНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Денисенко¹ В.П., Топчій² І.І., Кірієнко¹ О.М., Мазій² В.В.

¹Харківський національний медичний університет,

*²ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета роботи: визначити роль еплеренону у хворих з різними стадіями діабетичної нефропатії (ДН) із артеріальною гіпертензією (АГ).

Було обстежено 36 хворих з ДН I – III стадії за С.Могенсен, група порівняння склала 20 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II-III стадії.

Рівень альдостерону визначались імуноферментними методами.

Проведене дослідження показало, що по мірі прогресування ДН у крові хворих збільшується вміст альдостерону, досягаючи максимальних значень на стадії протеїнурії (ДН III стадії). У групі порівняння відзначалось вірогідне підвищення вмісту альдостерону у хворих на ГХ II стадії, тоді як по мірі прогресування хвороби і розвитку ускладнень подальше зростання вмісту альдостерону було несуттєвим.

Для лікування даної категорії хворих обох груп ми використовували антигіпертензивну комбінацію лізиноприл+амлодипін, а також блокатор синтезу альдостерону еплеренон. В динаміці медикаментозної гіпотензивної терапії встановлено, що при лікуванні комбінацією лізиноприл+амлодипін визначено невірогідне зменшення рівня альдостерону як у хворих на ДН із АГ, так і у хворих на ГХ за рахунок механізмів оборотного зв'язку. При використанні комбінації лізиноприл+амлодипін+еплеренон визначено додаткове вірогідне зменшення рівня альдостерону у хворих на ДН із АГ, тоді як рівень альдостерону у хворих групи порівняння суттєво не змінювався.

Слід зазначити, що при лікуванні як хворих на ГХ, так і на ДН із АГ комбінація лізиноприл+амлодипін+еплеренон в порівнянні із лікуванням комбінацією лізиноприл+амлодипін вірогідного додаткового

гіпотензивного ефекту не дала, проте ця комбінація мала суттєвий нефропротекторний ефект у хворих на ДН із АГ, що виражалося в значному зменшенні протеїнурії на протязі 1-3 років спостереження та відсутністю зростання цього показника в подальшому у хворих, яким еплеренон було відмінено (8 осіб). Виходячи із результатів нашого дослідження, вказаний ефект комбінації залежав саме від блокування синтезу альдостерону, що приводить до суттєвого додаткового нефропротекторного ефекту у хворих на ДН із АГ.

ВПЛИВ ДОНАТОРІВ ОКСИДУ АЗОТУ НА СТАН СЕРЦЯ ТА НИРОК У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Денисенко¹ В.П., Топчій² І.І., Кірієнко¹ О.М., Мазій² В.В.

¹Харківський національний медичний університет,

*²ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

Мета роботи: визначити вплив донаторів оксиду азоту на серцеву та ниркову гемодинамію у хворих на діабетичну нефропатію (ДН).

Обстежено 68 хворих на ДН та 20 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), що одержували базисну нефропротекторну терапію (інгібітори АПФ) та, додатково, інфузії (№10) донатора оксиду азоту кардіоаргініну. Група контролю склали 20 хворих на ДН та 20 хворих на ГХ, які одержували лише базисну терапію.

Серцева та ниркова гемодинаміка вивчалася ультразвуковими методами (ехокардіографія та доплерографії судин нирок).

В процесі лікування препаратами базисної терапії в обох групах хворих одержано позитивний вплив на нирковий кровоток, що виражався в тенденції до зменшення індексу резистентності (RI) ниркових судин, що по групам вірогідно не відрізнялися. Під впливом лікування з додатковим використанням донатору оксиду азоту одержано вірогідне зменшення рівню судинного опору нирок, більш виражене для хворих на ДН, що пояснюється тим, що у хворих на ДН в порівнянні із хворими на ГХ визначається превалювання ураження мікроциркуляторного русла та більш суттєві анатомічні зміни стінок судин нирок у хворих на ДН та зменшенню здатності до примусової ендотелійзалежної вазодилатації.

При вивченні кардіальної гемодинаміки базальні значення показників, що вивчалися у хворих на ГХ та ДН не відрізнялися. При лікуванні препаратами базисної терапії на протязі 2 тижнів відзначена тенденція до покращення об'ємних та лінійних показників стану міокарду в обох групах. При додатковому призначенні донатору оксиду азоту одержано тенденцію до покращення діастолічної функції

міокарду, більш виражену у хворих на ДН.

При аналізі змін артеріального тиску (АТ) констатовано, що частота досягнення цільових значень АТ у групі хворих, що приймали кардіоаргінін в порівнянні із хворими, що одержували лише препарати базисної терапії збільшилась із 76 до 88 %, причому на протязі курсу лікування кардіоаргініном відмічено суттєве покращення самопочуття.

В динаміці річного спостереження у групі осіб, що отримали курс лікування донатором оксиду азоту зберігався більш суттєвий антигіпертензивний ефект базисних засобів, та були відсутні ознаки подальшого ремоделювання серця та судинної системи нирок, що свідчить про посилення органопротекторної ефективності комплексної терапії у лікуванні як ДН так і ГХ.

ДИНАМІКА АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІМПЛАНТОВАНИМ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРОМ І АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Дерієнко Т.А.

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

Мета дослідження: оцінити динаміку артеріального тиску(АТ)у пацієнтів з імплантованим електрокардіостимулятором (ЕКС) і артеріальною гіпертензією(АГ) після імплантації та медикаментозної терапії

Матеріали і методи дослідження:обстежені 119 пацієнтів (62 чоловіка і 57 жінок) у віці $69,5 \pm 11,6$ (M \pm sd). Всім пацієнтам були імплантовані ЕКС, стимуляція проводилась у режимах: DDD (32 пацієнта), DDDR (46 пацієнтів), VVI (35 пацієнтів), VVIR (6 пацієнтів). До імплантації, в ранньому післяопераційному періоді (3-5 днів), через 6 місяців і через 12 місяців після імплантації ЕКС в залежності від ступеня АГ оцінювалося: систолічний артеріальний тиск (САТ), діастолічний артеріальний тиск (ДАТ).

Результати: САТ та ДАТ на етапі річного спостереження на тлі медикаментозної терапії в режимах стимуляції DDD (R) досяг нормально високих значень АТ в групах АГ 1 і 2 ступеня. У групі АГ 3 ступеня до річного періоду від початку високий САТ знизився, проте, не досягаючи цільового рівня АТ. ДАТ на етапі річного спостереження на тлі медикаментозної терапії в режимах стимуляції DDD (R) знизився і на етапі річного спостереження досяг оптимальних значень АТ, у всіх групах.САТ та ДАТ на етапі річного спостереження на тлі медикаментозної терапії в режимах стимуляції VVI (R) досяг нормально високих значень АТ в

групах АГ 1 і 2 ступеня. У групі АГ 3 ступеня до річного періоду від початку високий САТ знизився, проте, не досягаючи цільового рівня АТ. ДАТ на етапі річного спостереження на тлі медикаментозної терапії в режимах стимуляції VVI (R) знизився і на етапі річного спостереження досяг оптимальних значень АТ, у всіх групах.

Висновки: На річному періоді спостереження на фоні посилення антигіпертензивної терапії DDD/DDDR стимуляції сприяла достовірно більшому зниженню САТ та ДАТ, порівняно з VVI/VVIR, незалежно від ступеня АГ ($p < 0,05$).

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ГІПОТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ У М. ХАРКІВ ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2019 РОКУ

Деримедвідь Л.В., Меленченко Н.О., Вереїтинова В.П.

*Національний фармацевтичний університет, КЗОЗ «Харківський
обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики»*

Мета: оцінити кількість випадків побічних реакцій (ПР) при використанні гіпотензивних препаратів у м. Харків та Харківській області за перше півріччя 2019 року.

Проблема лікування гіпертонічної хвороби є однією з актуальних задач сучасної медицини. На гіпертонічну хворобу (ГХ) страждають 20-30% дорослого населення, а з віком кількість хворих на АГ досягає 50-65% і вище. Тривале існування артеріальної гіпертензії веде до ураження органів-мішеней – серця, головного мозку та нирок, збільшує ризик розвитку інсульту, ІХС та передчасної смерті.

Нажаль, Україна посідає перше місце серед країн Європи за смертністю населення від серцево-судинних захворювань, що становить майже 57 % у структурі загальної смертності населення. Згідно даних статистики, економічні збитки, обумовлені тимчасовою непрацездатністю, інвалідністю та передчасною смертністю пацієнтів від ГХ, ІХС та цереброваскулярних захворювань перевищують 2 мільярди гривень. Тож адекватна фармакотерапія кардіо-васкулярних захворювань, і насамперед, ГХ є проблемою не тільки медичного характеру, але й загальнодержавного. Найчастіше для лікування ГХ використовують інгібітори АПФ, β - адреноблокатори, антагоністи іонів кальцію, сартани та комбіновані лікарські засоби.

Результати: Аналізуючи виникнення побічних реакцій) при використанні цих препаратів серед пацієнтів з ГХ у м. Харкові та Харківській області за перше півріччя 2019 року було встановлено наступне.

33% всіх випадків ПР прийшлося на використання амлодипіну, 26,8% – на використання еналаприлу, що в цілому склало 59,8 % всіх ПР гіпотензивних препаратів. 15,46% ПР прийшлося на використання комбінованих засобів . На сартани прийшлося близько 4% усіх ПР. Відсутність ефекту лікування спостерігалась в 3% випадків при використанні інгібіторів АПФ та сартанів.

Серед ПР при використанні амлодипіну основними були набряки нижніх кінцівок, еналаприлу – сухий кашель, комбінованих препаратів – сухий кашель, загальна слабкість. Виникнення ПР призвело до відміни препаратів у 67,7% випадків. В інших випадках було проведено зміни дозового режиму. Усі випадки ПР були передбачені інструкцією до медичного застосування і відносились до несерйозних ПР.

Висновки: враховуючи вищенаведене, необхідно провести моніторинг між кількістю призначень та кількістю випадків ПР при призначенні інгібіторів АПФ та антагоністів іонів кальцію для вибору методик попередження ПР та зменшення їх проявів.

ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Джумабаева С.Э., Валиева М.Ю.

*Андижанский Государственный медицинский институт, г.Андижан,
Узбекистан*

Цель исследования: изучить полиморбидность у больных с обострения ХОБЛ с учетом ее фенотипа и гендерных различий.

Материал и методы исследования: Объектом для исследования послужили больные, госпитализированные в терапевтические отделения с обострением ХОБЛ. Анализ частоты сопутствующих заболеваний, определяющих коморбидность/полиморбидность проводился по системе CIRS-(Cumulative Illness Rating Scale), а также определялся индекс коморбидности по Чарлсон (ИКЧ) для определения влияния коморбидности на прогноз ХОБЛ.

Результаты исследования: проведено обследование 122 больных ХОБЛ. Средний возраст больных составил $63,3 \pm 0,4$ лет.

Результаты показали, что наиболее часто среди наших больных встречались заболевания крови (анемия), которые достоверно чаще отмечены у женщин – 96,4% (56 чел.), по сравнению с мужчинами – 71,2%, $P < 0,05$. Болезни сосудов, включая АГ, составили у мужчин – 36,4%, у женщин – 32,1%, $P < 0,05$. Болезни эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение, зоб), встречались у женщин достоверно чаще, чем у мужчин – 26,8% и 16,7%, соответственно, $P < 0,05$. Болезни опорно-двигательного аппарата встречались у 18,2% мужчин и 21,4%

женщин, но гендерных различий не отмечено. Заболевания сердца достоверно чаще выявлены у мужчин - 21,2%, по сравнению с женщинами - 7,1%, $P < 0,05$. По другим заболеваниям достоверной разницы по гендерному признаку не выявлено. По системе CIRS проанализирована степень тяжести полиморбидной патологии у обследованных нами мужчин и женщин в зависимости от фенотипа ХОБЛ. Результаты исследования показали, что в целом, преобладала полиморбидность легкой степени – 91,8%, причем как у мужчин, так и женщин, соответственно, 89,4% 92,8%, средняя степень тяжести встречалась у 8,2%:10,6% мужчин и 7,2% женщин. Тяжелой степени тяжести среди обследованных нами больных по системе CIRS не было. Не получено и достоверных гендерных различий.

Выводы: В полиморбидной патологии среди пациентов ХОБЛ наибольший процент составили анемии, как у мужчин, так и, особенно, у женщин, что отличает нашу популяцию от больных других регионов. На втором месте – болезни сосудов, включая АГ, причем примерно одинаково часто, как среди мужчин, так и у женщин. Третью позицию занимают болезни эндокринной системы, причем у женщин достоверно чаще, чем у мужчин.

ФЕНОТИПЫ И ЭНДОТИПЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Джумабаева С.Э., Валиева М.Ю.

*Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Узбекистан*

Цель: изучить фенотипы и эндотипы обострения ХОБЛ с учетом гендерных различий.

Методы: Анализ историй болезни. Определение степени одышки по шкале mMRC, теста САТ для определения суммарной оценки ХОБЛ. Оценивались: общий анализ крови, анализ мокроты, С-реактивный белок, фибриноген, интерлейкин-1, фактор некроза опухоли- α , рентгенологическое исследование грудной клетки, ЭКГ, спирометрия и др.

Результаты: проведено обследование 122 госпитализированных больных ХОБЛ, из них мужчин было 54,1%, женщин 45,9%. Преобладали возрастные категории больных от 50 до 79 лет.

Среди больных с обострением преобладала ХОБЛ тяжелой степени тяжести, как у мужчин - 50,0%, так и среди женщин – 56,3 %, ХОБЛ средней степени тяжести встречалась у 33,3% мужчин и 25,0% женщин, крайне тяжелой степени встречалась соответственно у 16,7% и 18,7%.

Проведена інтегральна оцінка симптомів і ризику обострень ХОБЛ у больних в відповідності з класифікацією GOLD, 2017. Больних ХОБЛ, що належать до групи А серед наших пацієнтів не було. Больних групи В було 33,3% чоловіків і 35,3% жінок, больних групи С було, відповідно, 8,3% і 5,9%. І найбільший відсоток як серед чоловіків, так і серед жінок припав на групу D: 58,4% і 58,8%, відповідно.

Серед фенотипів ХОБЛ у чоловіків і жінок переважав бронхіальний: 65,2% і 80,3%, відповідно, ($P < 0,05$), в тому числі ХОБЛ з бронхоектазіями виявлено у 16,3% чоловіків і 6,7% жінок. Мішаний фенотип зустрічався у 22,9%, з них у 30,3% чоловіків і 14,3% жінок ($P < 0,05$), емпізематозний варіант відзначено у 4,1%, причому приблизно з однаковою частотою, як у чоловіків, так і у жінок – 4,5% і 3,6%, відповідно. Поєднання ХОБЛ і БА зустрілося тільки у однієї жінки, склавши 1,8%. При вивченні ендотипів обострення ХОБЛ, отримано, що нейтрофільний варіант обострення зустрічався у 62,3%, з них у 59,1% чоловіків і у 66,1% жінок, еозинофільний варіант виявлено у 37,7%: у 40,9% і 33,9% чоловіків і жінок, відповідно. Надійних відмінностей за статевим ознакою отримано не було.

Висновки: для оптимізації патогенетичної терапії обострення ХОБЛ необхідно персоніфіковане визначення фенотипу ХОБЛ, що дозволяє диференціювати больних за відношенням до клінічно значимих ісходів, визначати ендотип обострення для диференційованого підходу до терапії ХОБЛ.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА ВИКОРИСТАННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАГЛУТАМУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

**Дзюблик О.Я., Капітан Г.Б., Недлінська Н.М., Мухін О.О.,
Сухін Р.Є., Ячник В.А., Денисова О.В., Слесаренко Ю.О.**

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

Мета дослідження – визначити клінічну ефективність та безпеку використання в комплексному лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію (НП) вірусно-бактеріальної етіології противірусного препарату вітаглутаму.

Об’єкт дослідження – 98 хворих на НП III групи, у яких за результатами мікробіологічного дослідження встановлено вірусно-бактеріальної етіологія захворювання. Усі пацієнти були рандомізовані

на 2 групи порівняння: до 1-ої (основної) групи включили 50 хворих, які отримували комбіновану ступеневу антимікробну (цефтріаксон або амоксицилін/клавуланат та азитроміцин) в поєднанні з противірусним препаратом вітаглутамом в дозі 90 мг 1 раз на добу впродовж 5–7 діб. До 2-ої (контрольної) групи включили 48 пацієнтів, яким призначали лише відповідну антибактеріальну терапію. В усіх випадках протиінфекційна терапія була емпіричною, а об'єм терапевтичних заходів та шляхи введення препаратів визначали за ступенем тяжкості захворювання та відповіді на початковий етап терапії.

Результати дослідження засвідчили, що проведена терапія була ефективною в усіх пацієнтів: в 1-й групі одужання діагностовано у $(86,0 \pm 5,4) \%$ хворих, покращання – у $(14,0 \pm 5,4) \%$; в 2-й групі – відповідно у $(83,3 \pm 6,1) \%$ та $(16,7 \pm 6,1) \%$ хворих ($p > 0,05$). В той же час додаткове включення до антимікробної терапії противірусного препарату вітаглутаму дозволило достовірно ($p < 0,05$) скоротити термін досягнення позитивних результатів та тривалість використання антибактеріальних препаратів відповідно з $(13,8 \pm 0,8)$ та $(11,6 \pm 0,7)$ дня в контрольній групі до $(11,3 \pm 0,7)$ та $(9,2 \pm 0,5)$ дня в основній, а також достовірно зменшити частоту розвитку та термін виникнення таких інфекційних ускладнень, як тонзиліт, синусит, отит, інфекційний міокардит та інш. – з $75,0 \%$ хворих контрольної групи до $28,0 \%$ основної. При оцінці безпеки та переносимості антимікробної терапії достовірних відмінностей за частотою виникнення небажаних явищ, які зареєстрували у $(24,0 \pm 4,6) \%$ хворих 1-ої групи та у $(20,8 \pm 5,3) \%$ – 2-ої ($p > 0,05$), не виявили. Усі наявні небажані явища були незначно вираженими та не вимагали відміни або корекції призначеної терапії.

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ
ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАГЛУТАМУ
У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ
ПНЕВМОНІЮ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

**Дзюблик О. Я., Капітан Г. Б., Недлінська Н. М., Мухін О. О.,
Сухін Р. Є., Ячник В. А., Денисова О. В., Слесаренко Ю. О.**

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

Мета дослідження – визначити фармакоекономічну доцільність використання в комплексному лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію (НП) вірусно-бактеріальної етіології противірусного препарату вітаглутаму.

Об'єкт дослідження – 98 хворих на НП III групи, у яких за результатами мікробіологічного дослідження встановлена вірусно-бактеріальна етіологія захворювання. Усі пацієнти були рандомізовані на 2 групи порівняння: до 1-ої (основної) групи включили 50 хворих, які отримували комбіновану ступеневу антимікробну терапію в поєднанні з противірусним препаратом вітаглутамом. До 2-ої (контрольної) групи включили 48 пацієнтів, яким призначали лише відповідну антибактеріальну терапію.

На підставі встановленої відсутності статистично достовірних ($p > 0,05$) відмінностей загальної клінічної ефективності та рівня безпеки порівняльних режимів антимікробної хіміотерапії для проведення фармакоеконімічного аналізу був застосований метод «мінімізації вартості», який передбачає порівняння загальної вартості лікування в обох групах дослідження - всі витрати на медикаментозну (антимікробну, патогенетичну та симптоматичну) терапію, яку застосовували за весь період лікування пацієнта (з урахуванням вартості засобів введення і трудових витрат), вартість лабораторних та діагностичних досліджень, а також загальних витрат на перебування хворого в стаціонарі.

За **результатами** проведеного дослідження було встановлено, що не дивлячись на те, що вартість антимікробної терапії в основній групі була більшою на 18,1 % за рахунок додаткового використання противірусного препарату, загальна вартість лікування хворих цієї групи була на 20,6 % менше ($p < 0,05$), ніж в контрольній, що пояснюється менш тривалим ($p < 0,05$) перебуванням цих хворих в стаціонарі та відповідним зменшенням витрат, які пов'язані з госпіталізацією та лікуванням ускладнень.

Висновки – застосування у хворих на НП вірусно-бактеріальної етіології разом з адекватною антибактеріальною терапією противірусного препарату вітаглутаму дозволяє достовірно знизити загальну вартість лікування за рахунок скорочення терміну перебування хворого в стаціонарі та зменшення частоти інфекційних ускладнень.

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Дігтяр Н.І., Герасименко Н.Д., Дубровіна О. В., Чабаненко А. С., Ягодка Б. В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: оцінити стоматологічний статус у хворих з ішемічною хворобою серця.

Матеріали і методи: спостереженню підлягали 52 пацієнта, що були госпіталізовані в плановому порядку в терапевтичне відділення 1-ї міської клінічної лікарні. В дослідження були включені ті пацієнти, що самостійно здійснювали адекватний догляд за собою і були готові до корекції навичок по гігієнічному догляду за порожниною рота. В процесі дослідження було виявлено відповідність стоматологічного статусу пацієнтів висновку стоматолога, що входить в перелік документів, необхідних для госпіталізації. Всім пацієнтам був проведений стандартний стоматологічний огляд з визначенням гігієнічних і пародонтальних індексів: OHS-I (спрощений індекс гігієни порожнини рота), PI (пародонтальний індекс Russel A.), індекс кровоточивості ясен (Muhlemann H. P.), РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс Parma C.). Після огляду давали рекомендації стосовно необхідного лікування та гігієнічного догляду за порожниною рота. При підозрі на наявність периапікальних одонтогенних вогнищ пацієнтам проводилась ортопантомографія.

Результати: в результаті проведеного стоматологічного огляду встановлено, що з 52 пацієнтів тільки у 10 (19%) порожнина рота була санована (тобто не було виявлено непломбованих каріозних порожнин, абсцедування, фістул, маніфестних проявів захворювань слизової оболонки порожнини рота), хоча довідку про санацію порожнини рота надали всі пацієнти. Зі слів пацієнтів, при отриманні довідки про санацію огляд порожнини рота не проводився. При огляді пацієнтів патологія пародонта була виявлена у 30 (57,7%) пацієнтів, причому генералізований хронічний пародонтит середнього ступеня тяжкості виявлений у 7 (23,3%) .

Висновок: Наявність вогнищ одонтогенної інфекції у пацієнтів з ішемічною хворобою серця погіршує стан серцево-судинної системи даної категорії пацієнтів, тому вивчення їх стоматологічного статусу і виявлення запальних захворювань порожнини рота є дуже актуальним. У досліджуваних хворих, як правило, відсутня раціональна гігієна порожнини рота і спостерігається висока потреба в комплексному стоматологічному лікуванні.

ЗАСТОСУВАННЯ СОТАЛОЛУ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІІ ТА ЕКСТРАСИСТОЛІІ

Дідик Н.В., Лисунець О.В.

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

Мета: продемонструвати ефективність антиаритмічного препарату III класу соталолу в хворих на гіпертонічну хворобу з частою екстрасистолією.

Матеріали і методи: у дослідження включено 120 пацієнтів із гіпертонічною хворобою II стадії і частою екстрасистолією віком від 27 до 81 року. Всім хворим проводилось комплексне клініко-інструментальне обстеження, яке включало: загальноклінічне обстеження хворого, електрокардіографічне дослідження у 12 загальноприйнятих відведеннях, добове моніторування артеріального тиску, холтеровське моніторування електрокардіографії, ехокардіографічне дослідження. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програми StatSoft „Statistica” v. 6.0.

Всім хворим основного клінічного масиву (n=120) у якості стартового антиаритмічного препарату був призначений бета-адреноблокатор бісопролол у дозі 10 мг на добу. Антиаритмічний ефект вважали позитивним у разі повного зникнення або зменшення добової кількості екстрасистол через 1 місяць більше ніж на 50%. У разі негативного антиаритмічного ефекту бісопрололу був призначений соталол у дозі 160-320 мг на добу 67 хворим. При позитивному антиаритмічному ефекті призначене лікування продовжували протягом 6 місяців.

Результати: сама висока антиаритмічна ефективність соталолу визначається при суправентрикулярній екстрасистолії (81,2% на 1 і 75,0% на 3 і 6 місяцях лікування), при шлуночковій екстрасистолії антиаритмічна ефективність соталолу сягає 57,9% на 1, 3 місяцях лікування і 52,6% на 6 місяці лікування.

Самою частою побічною дією соталолу є розвиток синусової брадикардії, яка реєструвалась в 10,4% пацієнтів при використанні 160-320 мг препарату на добу. Максимальна антиаритмічна ефективність соталолу визначалась в дозі 160 мг на добу та більше. Антиаритмічний ефект вважали позитивним у разі повного зникнення або зменшення добової кількості екстрасистол більше ніж на 50%.

В 7 (10,4%) хворих на тлі застосування 160-320 мг соталолу на добу визначалась синусова брадикардія. Зменшення дози препарату в 3 із 7 випадків з 320 до 160 мг на добу призвело до нормалізації ЧСС і збереження позитивного антиаритмічного ефекту, в той час як 4 із 7 – зменшення дози препарату з 160 до 80 мг призвело до втрати позитивної антиаритмічної ефективності.

Висновок: аналізуючи отримані нами дані ефективності та безпечності соталолу, ми можемо рекомендувати використання соталолу із анти аритмічною метою у пацієнтів із гіпертонічною хворобою і екстрасистолією в амбулаторній практиці.

IMMUNOLOGICALLY DEPENDENT DISTURBANCES IN CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND PERIPROSTHETIC INFECTION

Dielievska V.Yu., Kozhyn M.I., Khilko M.S.

Kharkiv National Medical University, department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology named after academician L. T. Malaya, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Treatment of patients with arterial hypertension (AH) and periprosthetic infection requires information on the type of the pathogen, its sensitivity to medication, activity of immune processes, biochemical and immunological status.

The objective of the research was to evaluate the metabolism of carbohydrates and immunological profile in patients with AH and periprosthetic infection.

Material and methods. A study on carbohydrate metabolism and immunological examination of patients with periprosthetic infection after knee and hip joint endoprosthetics (n = 11) was conducted.

Results. The patients with AH and periprosthetic infection were characterized by anemia, eosinophilia, impaired glucose tolerance increased circulating immune complexes, autoimmune granulocytotoxic antibodies, immunoglobulins IgM, IgG, IgA and sensitization to synovial membrane and Staphylococcus aureus. In patients with infection of the musculoskeletal system glucose metabolism disturbances have been associated with the presence of autoimmune lymphocytotoxic antibodies, reduced production of LIF, both nonspecific and to the antigens of synovial membrane. Anemia was associated with increased autoimmune lymphocytotoxic antibodies, delayed type sensitization to bone and cartilage tissue, to Staphylococcus and sensitization by accelerated type to E. coli and Proteus.

Conclusions. Physicians should analyze immunological data while treating and monitoring the patients with AH, connective tissue infections and disturbances of glucose metabolism.

ГЕМОРЕОЛОГІЧНІ ТА ІМУННІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Добрянський Д.В., Дудка П.Ф., Ільницький Р.І., Тарченко І.П., Резнікова Н.М., *Магас О.І.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Київська міська клінічна лікарня №3, м. Київ, Україна

Мета: виявлення гемореологічних та імунологічних порушень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріал та методи дослідження. Нами було обстежено 46 хворих на ХОЗЛ I – II стадії у фазі загострення віком від 35 до 60 років. Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб, співставимі за віком з клінічною групою.

Результати та їх обговорення. Порушення у гемореологічному статусі нами відзначено в 73,7% хворих на ХОЗЛ I та II стадії. Варто зауважити, що серед усіх хворих на ХОЗЛ у 32,3% виявлено суттєве зростання основних показників реологічної характеристики крові, коли 3 і більше показників гемореології на 30% перевищували відповідні значення в контрольній групі.

У хворих з загостренням ХОЗЛ найбільш суттєвими є зміни з боку клітинної ланки імунітету: зменшення загальної кількості лімфоцитів на 11,6%, популяції CD3+ лімфоцитів на 20,1% (з $1,59 \pm 0,07$ до $1,27 \pm 0,06$ 10^9 /л; $p < 0,05$) та натуральних кіллерів на 34,8% (з $0,46 \pm 0,05$ до $0,30 \pm 0,012$; $p < 0,05$).

Зниження активності Т-лімфоцитів в РБТЛ на 24,4% ($p < 0,05$) та фагоцитарної активності нейтрофілів, що ми спостерігали у хворих під час загострення ХОЗЛ, очевидно є наслідком пригнічення їх функції, що враховуючи зменшення кількості Т-лімфоцитів, значно порушує захисні можливості організму. На тлі пригнічення клітинної ланки імунітету спостерігали збільшення кількості В-лімфоцитів в 1,82 рази ($p < 0,05$), що супроводжувалось зниженням їх функціональної спроможності, яка проявлялась гіпоімуноглобулінемією: зниження на 31,7% Ig A ($p < 0,05$) та на 39,0% Ig G ($p < 0,05$).

Встановлено вірогідне підвищення ЦК середнього розміру на 17,4% ($p < 0,05$). Тривала сенсibiliзація організму при хронічному запаленні різними антигенами створює передумови для реалізації імунотоксичної патології.

Зважаючи на те, що між вихідними рівнями показників, які характеризують імунний статус, відзначено великі коливання, за рахунок різновекторності порушень, був проведений окремий аналіз імунних порушень з умовним виділенням різних типів реактивності імунної відповіді. Гіпер- та гіпоергічний тип відзначено відповідно у 23,2% і 21,2% хворих на ХОЗЛ. У 55 (55,6%) обстежених виявлявся дефіцит імунної відповіді в окремих ланках.

DYNAMICS OF PSYCHOSOMATIC STATUS OF PATIENTS WITH STABLE ANGINA OF TENSION AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Drozd V. Yu., Khukhlina O.S., Antoniv A.A.

Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

The relationship between stress, anxiety and depression in patients with cardiovascular diseases, especially in conditions of comorbidity, is a relevant subject for research, and requires to be studied from the standpoint of evidence-based medicine.

The aim of the study. To determine the changes in the psycho-emotional state and prolactin level in patients with stable angina of tension (SAT) and gastroesophageal reflux disease (GERD) in the dynamics of treatment.

Materials and methods. The study included 88 patients with SAT of I-II functional class with a comorbid, endoscopically positive GERD. In all of the patients including in the study a serum prolactin level was determined prior the beginning of treatment and 30 days later. To identify the presence of anxiety and depression interviews were conducted using the questionnaire "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS), and an assessment of the quality of life of the Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) questionnaire was also performed. The patients were divided into 2 groups, depending on treatment. 1 group (43 persons) received baseline treatment of SAT and GERD. Patients from the second group (45 people) received baseline therapy for SAT and GERD, with the exception of prokinetics and NO donors, only nitroglycerin, if needed, and, additionally, meldonium (Vasonat) capsules 500 mg 2 times daily for 30 days. All drugs were prescribed in average therapeutic doses, according to the individual needs.

Research results. Patients with SAT with comorbid GERD have an elevated level of prolactin, which directly and strongly correlates with the obtained scores of anxiety (anxiety average degree) and depression (subclinical degree depression) of the HADS questionnaire. Before treatment, the quality of life of patients was, in general, at a low level. At day 30 of treatment in group 2, prolactin levels decreased to almost the norm, what was not detected in group 1 as well as scores from the HADS questionnaire, reflecting the positive effect of baseline therapy correction on the tendency for anxiety and depression to decrease among patients with SAT and GERD. The results of the SF-36 group, additionally receiving Vasonat, were significantly higher in all subscales compared to the identical index of group 1, what indicates improvement of quality of patients' life.

Conclusion. Correction of the basic therapy of SAT and GERD (noprokinetics and prolonged-acting nitrates; additional administration of meldonium, at a dose of 500 mg 2 times daily) leads to a significant decrease in serum prolactin, reduction of anxiety and depression, according to the HADS questionnaire, as well as improvement of the quality of patients' life with SAP and GERD compared to the patients receiving basic therapy of these diseases.

**ВПЛИВ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ
НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ ТА
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
НА ДИНАМІКУ РІВНЯ ПРОЛАКТИНУ СИРОВАТКИ КРОВІ**

Дрозд В.Ю., Хухліна О.С.

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

Депресивний розлад та тривожність призводять до виникнення ішемічної хвороби серця (ІХС), погіршують її клінічний перебіг та прогноз та зумовлюють виникнення хронічного стресу. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) часто супроводжує ІХС, імітуючи її симптоми. Одним із основних посередників та, відповідно, індикаторів як гострого, так і хронічного стресу є гормон пролактин (ПЛ).

Мета. Вивчити можливий зв'язок між рівнем пролактину та психосоматичним станом хворих на стабільну стенокардію напруги та гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу.

Матеріали та методи. У дослідження включено 88 хворих на стабільну стенокардію напруги І-ІІ ФК із коморбідною ГЕРХ (А, В, С) віком від 48 до 79 років. Усім пацієнтам, включеним у дослідження, було проведено визначення сироваткового рівня ПЛ методом імунолюмінесцентного аналізу у мінімально стресових умовах. Верхньою межею норми рівня ПЛ вважали середні значення між верхньою межею норми чоловіків та жінок, яка становить 22,5 нг/мл. Усі жінки, які брали участь у дослідженні, перебували у постклімактеричному періоді. Для визначення психосоматичного стану хворі заповнювали шкалу HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Результати та обговорення. Середні значення рівня ПЛ сироватки крові хворих на ССН та ГЕРХ становило $58,3 \pm 2,33$ нг/мл, що перевищувало показник норми у 2,6 разів із частотою гіперпролактинемії 70,4%. За даними шкали HADS, середні значення за шкалою депресії – $9,56 \pm 0,31$, що є проміжним результатом, але не

виключає наявність депресії. Середній бал за шкалою, яка дозволяє виявити тривожність становив $13,93 \pm 0,33$ балів, що говорить про наявність відповідного розладу. Провівши поглиблений аналіз отриманих результатів досліджень виявили прямий, високий кореляційний зв'язок ($r=0,91$) як між рівнем ПЛ сироватки крові та кількістю балів, набраних за шкалою тривоги, так і між шкалою депресії ($r=0,79$), що свідчить про залежність рівня ПЛ від психосоматичного стану пацієнтів. За даними ROC-аналізу, специфічність зростання рівня ПЛ у хворих з діагностованою тривогою за даними опитувальника HADS 98,4, а чутливість 87,8.

Висновок. У хворих на ССН та ГЕРХ середнє значення рівня пролактину у 2,6 разів перевищує норму. Було встановлено високу специфічність та чутливість зростання рівня ПЛ сироватки крові по відношенню до наявності тривоги за даними шкали HADS-A.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАГАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ НА ПРИЙОМІ ПАЦІЄНТІВ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ГРУПИ РИЗИКУ У ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА

Дубровіна О.В., Борисова З.О., Дігтяр Н.І., Герасименко Н. Д., Горбаченко О.Б., Торопова А.А.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Мета роботи: запобігти виникненню загальних післяін'єкційних ускладнень під час виконання місцевої анестезії та оперативного втручання на амбулаторному прийомі у хірурга-стоматолога, особливо у пацієнтів терапевтичної групи ризику.

Методи дослідження: було обстежено 200 пацієнтів (124 жінки, 76 чоловіків) у віці від 35 до 75 років. Серед цих пацієнтів обстеження лікарів інших спеціальностей отримали 60,73% пацієнтів (1 група пацієнтів – мали при собі МКАХ). МКАХ була відсутня у 39,27% пацієнтів (2 група пацієнтів) під час їх звернення до хірурга-стоматолога.

Результати власних досліджень: під час та після хірургічного лікування в першій групі пацієнтів не було виявлено загальних ускладнень місцевого знеболювання. В другій групі тривале додаткове обстеження пацієнтів до хірургічного втручання дозволило запобігти виникненню загальних ускладнень (запаморочення, гіпертонічний криз та ін.). Термін обстеження та лікування другої групи пацієнтів залежав не тільки від хірурга-стоматолога, але і від лікарів інших спеціальностей, до яких були направлені пацієнти з метою з'ясування алергологічного статусу та виявлення у них інших супутніх

захворювань. Під час обстеження другої групи пацієнтів кардіологами, невропатологами, окулістами, алергологами та іншими лікарями у 10,14% пацієнтів був виявлений сезонний обтяжений алергічний статус, у 25,23% – серцево-судинні захворювання, а у 3,90% – захворювання нервової системи.

Висновки: для хірурга-стоматолога ідеальний пацієнт – пацієнт з медичною карткою амбулаторного хворого №025/о або бланком "Виписка із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого" за формою 027/о (наказ МОЗ №110 від 14.02.2011). Саме у 027/о формі вказаний необхідний для лікаря стоматолога заключний клінічний діагноз хворого та усі його супутні захворювання, результати суб'єктивного (Anamnesis morbi, Anamnesis vitae) та об'єктивного обстеження (ЗАК, ЗАС, ЕКГ, аналізи крові на ВІЛ, RW, HbsAg та ін.), а також наведений перелік медичних препаратів, які отримував чи отримує пацієнт під час звернення хворого до хірурга-стоматолога. Тільки наявність перерахованої вище медичної документації у пацієнта дає можливість хірургу-стоматологу правильно та індивідуально обрати місцевий анестетик за показаннями для виконання оперативного втручання та запобігти виникненню загальних ускладнень місцевого знеболювання у хворого під час лікування.

ХАРЧОВА ПЕРЕХРЕСНА РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ З ПИЛКОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

Єрмак О.С., Ковальова А.А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: оцінка перехресної реактивності продуктів харчування у пацієнтів з пилковою алергією.

Матеріали і методи: дослідження проводилось у 30 пацієнтів (15 чоловіків та 15 жінок) у віці від 20 до 40 років із полінозом. Для виявлення сенсibiliзації до пилкових алергенів та можливої перехресної сенсibiliзації з компонентами харчових алергенів був проведений тест (ALEX) - багатокомпонентний тест на алерген.

Результати: У 30 хворих підвищений рівень BetV1 (25,1 kU_A/L) - мажорний алерген берези, у 12 пацієнтів - Alng1 (15,02 kU_A/L) – мажорний алерген вільхи, у 6 пацієнтів Cora1 .0101 (10 kU_A/L) – мажорний алерген горіхового дерева. Крім нього, ми виявили підвищений рівень: помідор - Lyse4 (8,4 kU_A/L) у 5 пацієнтів, селера Arig1 (12,01 kU_A/L) у 4 пацієнтів, слива Prup1 (14,03 kU_A/L) у 3 пацієнтів, яблуко Mald1 (9,21 kU_A/L) у 9 хворих, фундук Cora1.0401 (14,53 kU_A/L) у 11 пацієнтів. Таким чином, у нашому дослідженні всі

пацієнти виявили високу сенсibiliзацію до групи білків PR-10, які є гомологами BetV1 - основного алергену берези.

Висновок: Наявність перехресної реакції на BetV1 у 17% випадків свідчить про його широке поширення у разі сенсibiliзації до основного алергену берези BetV1. Наявність сенсibiliзації дозволяє давати рекомендації пацієнтам щодо виключення з раціону певних харчових алергенів та очікувати високого ефекту від алерген-специфічної імунотерапії.

ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ НИРОК ЗА ДОПОМОГОЮ АНТИГІПОКСАНТА НАТРІЄВОЇ СОЛІ ПОЛІ-(2,5-ДИГІДРОКСИФЕНІЛЕН)-4-ТІОСУЛЬФОКИСЛОТИ Єрмоленко Т.І., Кривошопка О.В., Шаповал О.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Патологія нирок в структурі захворювань ВООЗ за останні роки набуває рівня пандемії. Незалежно від чинників, що провокують цю патологію, вона сягає подекуди 35,5 % від всієї вісцеральної патології і викликає тяжкі наслідки, інвалідизацію та смерть. Особливо небезпечним є гостре ураження нирок (ГУН), яке за визначенням (KDIGO, 2012 р.) є клінічним синдромом, що характеризується підвищенням концентрації креатиніну в сироватці на 0,3 мг/дл (26,5 ммоль/л) протягом 48 год. і більше, або в 1,5 рази протягом останніх 7 днів, або діурезом, що є менший за 0,5 мл/кг/год протягом 6 год. На сьогодні методи лікування ГУН комплексні та направлені на покращення функції нирок та інших вітальних функцій пацієнта. Номенклатура лікарських засобів (ЛЗ), що використовуються в комплексному лікуванні ГУН, обмежена та потребує розширення. Загальні патологічні процеси, що характеризують ГУН (порушення кровотоку, вазоконстрикція, ішемія тканини, окислювальний стрес), обумовлюють можливість пошуку ліків серед антигіпоксантив, антиоксидантів та інших речовин метаболічної дії.

Враховуючи наведене, ЛЗ для лікування ГУН повинен мати політропну дію, базовану на антигіпоксичних, антиоксидантних, мембраностабілізуючих, протизапальних, десенсибілізуювальних, діуретичних ефектах. Вищенаведеним вимогам відповідає лікарська речовина з антигіпоксичною дією – натрієва сіль полі-(2,5-дигідроксифенілен)-4-тіосульфокислоти (умовна назва: ПДТ-Na).

Проведеними нами дослідженнями доказано нефропротекторну дію ПДТ-Na на моделях гострого ураження нирок, викликаних етиленгліколом і гліцеролом, та на моделі гентаміцинової нефропатії. Ця

дія проявляється відновленням діурезу, вмісту в крові та сечі креатиніну, сечовини і білка, нормалізацією швидкості клубочкової фільтрації та показників канальцевої реабсорбції, не поступаючись ефектам препарату порівняння хофітолу. Нефропротекторна дія ПДТ-На чинить нормалізуючий вплив на склад основних ферментів сироватки крові (ЛДГ, ГГТ, ЛФ) та електролітного складу крові порівняно з референс-препаратами хофітолом та тіотріазоліном, й за рахунок відновлення балансу в організмі тварин з етиленгліколевим та гліцероловим ГУН та гентаміциною нефропатією процесів ПОЛ та системи антиоксидантного захисту. Механізм нефропротекторної дії ПДТ-На полягає у вибіркового антитоксичному впливі на нирки, захисту канальцевого епітелію та відновленню електролітно-видільної функції за рахунок загальної антигіпоксичної та антиоксидантної активності препарату.

Вищенаведене свідчить про те, що антигіпоксик ПДТ-На проявляючи антиоксидантні, цитопротекторні та нефропротекторні властивості є перспективним для лікування гострого ураження нирок.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ФІТОПРЕПАРАТІВ **Єрмоленко Т.І., Кривошанка О.В., Паутіна О.І.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

На сьогодні сучасна медицина досить часто поєднує традиційне лікування з фітотерапією. Основною з переваг фітотерапії можна назвати полівалентну дію рослин, що обумовлена різноманітними біологічними речовинами, які мають схожу біологічну спорідненість з організмом людини. Однак вплив деяких рослин настільки сильний, що неправильне або надмірне їх використання може призвести до неочікуваних та неприємних наслідків.

Методи дослідження. Аналіз літературних джерел показав, що на теперішній час, враховуючи вартість фітопрепаратів, у порівнянні з синтетичними, попит на них зростає. Тому збільшується частота безконтрольного використання цих препаратів та частота проявів побічної дії. Запобігання поширенню інформації про абсолютну безпечність фітопрепаратів має зупинити хибну думку населення про те, що рослинні засоби мають менше побічних наслідків ніж синтетичні препарати.

Результати дослідження. Передозування рослинними препаратами зазвичай виникає при тривалому застосуванні засобу всередину або при вдиханні летких речовин – ефірних олій, при контакті зі шкірою рослин, що містять кумарини, тощо. Так, наприклад, валеріана при тривалому

застосуванні проявляє збуджуючу дію; довготривале вживання відвару полину гіркого може викликати психічні розлади; солодка підвищує артеріальний тиск, сприяє набрякам, зниженню статевого потягу; настої та відвари з оплоднів та листя горіха волоського посилюють згортання крові, у великій кількості здатні викликати головний біль та алергічні реакції, тощо. Також деякі лікарські рослини чинять тератогенну дію та мають властивості стимулювати мускулатуру матки, тому абсолютно протипоказані при вагітності.

Висновки. Таким чином, рослини широко використовують для лікування багатьох захворювань, але поряд з багатьма перевагами застосування фітопрепаратів не слід забувати про їх можливу побічну дію на організм людини. Більш детальне вивчення рослинних лікарських засобів повинно скоротити випадки передозування та підвищити вміння лікарів розпізнавати побічні ефекти з метою усунення алергічних реакцій та токсичних проявів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПІДВИЩЕННЯ БЕЗПЕКИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТУ

Жулай Т.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Однією з найпоширеніших груп препаратів для симптоматичного лікування гострого риносинуситу (ГРС) є назальні деконгестанти (НД) – системні або місцеві судинозвужуючі засоби. Використання НД у будь-якій лікарській формі, особливо при монотерапії, не має достатньої доказової бази (рівень рекомендації GRADE – D). Незважаючи на переважно місцеве застосування НД, можуть виникати системні негативні (побічні) ефекти. На АТ «Фармак» (Україна) розроблена нова оригінальна лікарська форма назального спрею, який вміщує водний розчин відомої фармацевтичної субстанції Енісаміуму йодиду у концентрації 10 мг/мл. Результати доклінічних досліджень демонструють виражену протизапальну, анальгетичну дію та досить високу безпеку його застосування. Клінічне випробування (КВ) (І фаза) нового лікарського препарату (ЛП) було проведене у Клініко-діагностичному центрі Національного фармацевтичного університету.

Метою дослідження була оцінка локальної переносимості та безпеки різних доз нового ЛП. КВ проведено відповідно до Закону України «Про лікарські засоби», етичних принципів Гельсінської Декларації, з дотриманням принципів Належної клінічної практики (GCP), а також – до затвердженого протоколу КВ.

Матеріали і методи. КВ (І фаза) ЛП «Енісаміум йодид, спрей назальний 10 мг/мл по 10 мл у флаконі» було проведене за участі 27

здорових добровольців, як одноцентрове, рандомізоване, подвійне сліпе, плацебо-контрольоване КВ, з ескалацією дози. Рішення про ескалацію дози приймалося Комітетом моніторингу безпеки даних після оцінки даних по кожному режиму дозування. Оцінка локальної переносимості та безпеки ґрунтувалась на результатах риноскопії, оцінки суб'єктивних відчуттів (присмак, відчуття дискомфорту та ін.) після введення досліджуваного ЛП, а також реєстрації ПР/ПЯ, даних фізикального огляду, результатах лабораторно-інструментального обстеження.

Результати. В даному КВ були зареєстровані суб'єктивні відчуття при введенні досліджуваного ЛП/плацебо (що були зареєстровані як ПР згідно вимог протоколу) – 36 випадків у 22 добровольців. Відчуття незначного присмаку – 25 випадків у 16 добровольців: 23 випадків (92%) при застосуванні досліджуваного ЛП та 2 випадків (8%) при застосуванні плацебо). та Дискомфорт в порожнині носу – 11 випадків у 8 добровольців: 6 випадків (54.5%) при застосуванні досліджуваного ЛП та 5 випадків (45.5%) при застосуванні плацебо.

Висновки. Аналіз статистичної обробки даних КВ свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей показників локальної переносимості та безпеки між досліджуваним ЛП та плацебо при різних режимах дозування. Результати I фази КВ свідчать про достатню переносимість/безпеку застосування Енісаміум йодид, спреї назальний 10 мг/мл. Отримані результати дозволили спланувати проведення II фази клінічного випробування щодо вивчення ефективності Енісаміуму йодиду (спрей назальний 10 мг/мл по 10 мл у флаконі), яке наразі триває.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ СТАНОМ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ, ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ТА КОНЦЕНТРАЦІЄЮ КАЛЬПРОТЕКТИНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Крапівко С.О.

Харківський національний медичний університет. Україна, м. Харків

Мета: проаналізувати взаємини між станом коронарних артерій, інсулінорезистентністю та концентрацією кальпротектину у хворих на гострий інфаркт міокарду в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 64 хворих (середній вік 65, 31 ± 1,62 років) на ГІМ із супутнім ЦД 2 типу), які знаходились на лікуванні у інфарктному відділенні харківської міської клінічної лікарні №27 та харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1. Концентрація глюкози сироватки крові визначали глюкозооксидазним методом. Визначення рівня інсуліну здійснювали

імуноферментним методом з використанням тест-системи EIA-2935, InsulinELISA. Визначення рівня кальпротектину сироватки крові здійснювали імуноферментним методом з використанням тест-системи MRP8/14 ELISAKIT. Значення рівня інсуліну ≥ 12 мкОД/мл; індексу HOMA $\geq 2,6$; свідчать про наявність інсулінорезистентності. З метою візуалізації стану коронарних артерій хворим було проведено коронарентрикулографію (КВГ). Для оцінки ступеня виразності атеросклеротичного процесу коронарних артерій використано шкалу SYNTAXScore, розроблену за результатами дослідження SYNTAX. Обчислення для оцінки ступеня виразності атеросклеротичного процесу коронарних артерій проводилися за допомогою онлайн калькулятора SYNTAXScore.

Результати. У хворих першої групи, що мали низький рівень кальпротектину сироватки крові, між концентрацією кальпротектину та балами шкали SYNTAXScore встановлено слабкий за силою зв'язок прямого характеру ($r = 0,35$; $p < 0,05$), а у хворих другої групи, що мали високий рівень кальпротектину сироватки крові – зв'язок середньої сили ($r = 0,52$; $p < 0,05$).

У хворих першої групи між концентрацією кальпротектину та балами шкали SYNTAXScore встановлено слабкий за силою зв'язок прямого характеру ($r = 0,35$; $p < 0,05$), а у хворих другої групи – зв'язок середньої сили ($r = 0,52$; $p < 0,05$). Таким чином, зростання концентрації прозапального маркера кальпротектину асоціюється зі зростанням виразності атеросклеротичного процесу у коронарних артеріях у хворих на ГІМ із супутнім ЦД 2 типу.

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу збільшення індексу HOMA $> 13,95$ і рівня кальпротектину $> 7,3$ нг/мл пов'язано з високими балами шкали SYNTAXScore, що відображує виразність атеросклерозу. Збільшення виразності інсулінорезистентності й гіперактивність кальпротектину (більшою мірою) супроводжується інтенсифікацією процесів атерогенезу у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ЯК ПРЕДИКТОР ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Журавльова Л.В., Кривоносова О.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: визначити стан перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантного захисту (АОЗ) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 1

типу з хронічними захворюваннями шлунка та оцінити вплив цих процесів на перебіг захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) при ЦД.

Матеріали і методи: було обстежено 135 хворих на ЦД 1 типу та без нього в умовах ендокринологічного та гастроентерологічного відділень КНП ХОР «ОКЛ», з них 38 пацієнтів з діабетичною гастропатією (ДГ), 62 - з хронічним гастритом (ЦД з ХГ) та 35 хворих з ХГ без ЦД. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Для верифікації діагнозу всім хворим була проведена гастроскопія. Рівень кінцевого продукту ПОЛ – малонового діальдегіду (МДА) визначали в сироватці крові за методом М.С. Гончаренко та А.М. Латінової. Також використовували метод обліку біохемілюмінесценції сироватки крові за допомогою хемілюмінометра ХЛМ1Ц-01. Стан АОЗ оцінювали за пероксидазною активністю відповідно до методики Т.П. Попова, Л.П. Нейкової і за визначенням каталази в крові методом Баха.

Результати: рівень МДА в сироватці крові у хворих з ДГ становив $1,29 \pm 0,04$ мкмоль/л, у хворих на ЦД з ХГ - $1,35 \pm 0,08$ мкмоль/л, у пацієнтів з ХГ без ЦД - $1,09 \pm 0,04$ мкмоль/л, результати контрольної групи склали $0,83 \pm 0,08$ мкмоль/л, $p < 0,05$. Показник реакції спонтанної хемілюмінесценції становив у хворих з ДГ 68 ± 1 імп/с, у хворих на ЦД з ХГ - 74 ± 2 імп/с, у пацієнтів з ХГ без ЦД - 60 ± 2 імп/с. Концентрація пероксидази і каталази у пацієнтів з ДГ складала $237,0 \pm 3,62$ мкмоль/хв \times л і $14,6 \pm 0,31$ мг відповідно, у хворих на ЦД з ХГ - $228,0 \pm 3,52$ мкмоль/хв \times л і $13,6 \pm 0,21$ мг відповідно, у пацієнтів з ХГ без діабету - $244,0 \pm 3,88$ мкмоль/хв \times л і $14,8 \pm 0,33$ мг відповідно, у контрольній групі були наступні результати: рівень пероксидази складав $282,0 \pm 5,41$ мкмоль/хв \times л, а рівень каталази становив $16,5 \pm 0,34$, $p < 0,05$.

Висновок: в основі ураження слизової оболонки шлунка у хворих на ЦД лежить хронічний оксидативний стрес, пов'язаний з активацією процесів ПОЛ і виснаженням АОЗ, що мало прояв у підвищенні рівня МДА сироватки крові, зниженням концентрації пероксидази та каталази. Зниження антиокислювального потенціалу сироватки крові у хворих на ЦД підтверджено вірогідним підвищенням реакції спонтанної хемілюмінесценції. Тканинна гіпоксія, що розвивається через розлади мікроциркуляції при ЦД, є результатом мікроангіопатії та аутоімунного запалення, супроводжується активацією системи ПОЛ і зниженням стану АОЗ. Можливо, що ураження шлунка при ЦД виникає саме під впливом цих процесів. Автономна полінейропатія у хворих на ЦД в її проєкціях на систему травлення є пусковим моментом для подальших, більш виражених розладів з боку ШКТ.

THE INFLUENCE OF SUPEROXIDE DISMUTASE ACTIVITY ON THE EXTENT OF MYOCARDIAL INJURY AND LEFT VENTRICULAR REMODELING IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Zhuravlyova L.V., Filonenko M.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv Regional Hospital, Kharkiv, Ukraine

Background. Superoxide dismutase (SOD) is an important representative of enzymatic antioxidant system and its low levels are considered to be an independent predictor of cardiac death.

The purpose of this study was to determine the influence of SOD activity on the extent of myocardial injury and subsequent left ventricular (LV) remodeling in patients with acute myocardial infarction (AMI).

Methods. A total of 42 patients with AMI were examined, mean age 61.82 ± 7.65 years; 11 women, 31 men. Patients were divided into 2 groups: 1st - SOD level < 3 U/mgHb, 2nd - ≥ 3 U/mgHb. Groups were comparable in age and gender. Cardiac ultrasound was performed in all patients on 3rd and 28th day after AMI. The amount of troponin I (TnI) and transaminases was determined in blood of all patients. SOD activity was assessed on admission by spectrophotometric method.

Results. Patients of the group 1 demonstrated significantly higher levels of TnI ($+23.9\%$, 29.6 ± 3.12 ng/ml, $p=0.005$) than the ones of group 2. In both groups activity of SOD negatively correlated with the level of TnI: ($r=-0.48$, $p=0.005$) and ($r=-0.39$, $p=0.006$) respectively. Patients of the group 1 had the following dynamics of LV parameters from 3rd to 28th day: left ventricular end-diastolic volume (LVEDV) and left ventricular end-systolic volume (LVESV) showed a tendency to increase ($+5.2\%$; 65.78 ± 4.92 mm; $+13.6\%$; 56.72 ± 7.13 mm, respectively) as well as the ejection fraction (EF) $+13.4\%$; $45.78 \pm 3.02\%$. However, the mentioned above changes weren't statistically significant ($p \geq 0.05$). Patients of the group 2 demonstrated significant decrease of LVEDV (-14.9% ; 53.64 ± 4.86 mm; $p=0.025$), as well as LVESV (-19.4% ; 39.83 ± 3.72 mm; $p=0.034$); EF increased to 22% ($48.65 \pm 3.12\%$; $p=0.009$). The analysis of indexes on 28th day showed increase of EF in both groups (66.9% and 84.7% of patients respectively, $p = 0.035$); the decrease of contractile ability was determined in 27.3% and 13.54% of patients respectively, $p = 0.037$).

Conclusion. Low activity of serum SOD in patients with AMI is associated with high levels of TnI and unfavorable dynamics of left ventricular parameters, which suggests greater extent of myocardial injury and increased probability of the left ventricle remodeling/heart failure development than in patients with sufficient SOD levels.

FEATURES OF CHEST PAIN IN YOUNG PATIENTS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SYNDROME

Zazdravnov A.A., Pasiyeshvili L.M.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Connective tissue dysplasia (CTD) is an abnormality of the tissue structure due to a decrease in the content of certain types of collagen or a violation of their ratio, which leads to a decrease in the strength of the connective tissue of many organs and systems. Undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome (UCTDS) is a genetically heterogeneous group of CTD in which the totality of phenotypic characters does not fit into any of the syndromes of differentiated connective tissue dysplasia. UCTDS is characterized by a variety of clinical manifestations from benign subclinical forms to polysystemic pathologies, sometimes with a progressive course. The chest pain is present in these patients.

The aim is to determine of features of chest pain in young patients with undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome.

Materials and methods. 48 patients (including 29 women) with UCTDS at the age of 17 - 24 years old were examined. The calculation of the Yule association coefficient (Q) was used for statistical processing of the results.

Results and discussion. Chest pains occurred in 9 (18.8 %) of these patients, including 7 women. These pains had no signs of angina pectoris in all cases. Thus, these pains in patients with UCTDS have been identified as cardialgia. Statistical processing of the results revealed a positive associative relationship of moderate strength ($Q = +0,460$) between the presence of cardialgia and the female gender. The cardialgia in patients with UCTDS were initiated by emotional distress (66,7 %), prolonged static load (22.2 %) and high dynamic exercise (11,1 %). At the same time, the dynamic exercise of moderate or low intensity and rest reduced the intensity and duration of the chest pain syndrome. Also 22.2 % of patients with chest pain noted a dependence between cardialgia and weather conditions.

Cardialgia in patients with UCTDS had various characteristics: from piercing short-term (several seconds) pains to aching long (several hours) pains. These pains were accompanied by signs of autonomic nervous system dysfunction in 77.8 % of cases (7 patients). In this case, cardialgia were combined with palpitations, a feeling of lack of air, sweating, facial redness, imperative urges to urination, etc. In contrast, the signs of autonomic nervous system dysfunction were observed only in 20 patients without chest pain (51.3% of cases). A positive associative relationship of moderate strength (Q

= + 0.538) between the presence of cardialgia and autonomic nervous system dysfunction has been established.

Conclusions. Pain in the chest (cardialgia) occurs in about 20 % patients with UCTDS. A positive associative relationship of moderate strength between cardialgia on the one hand and female gender and autonomic nervous system dysfunction on the other hand is present in these patients.

MEANING OF SCD40-LIGAND IN PREDICTION OF RECURRENT MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH POST-MI CARDIOSCLEROSIS AND DIABETES MELLITUS TYPE 2

Zayikina T.S.

Kharkiv national medical university, Department of internal medicine № 2, clinical immunology and allergology named after academician L.T.Malaya

Aim: to estimate an impact of endothelial-dependent mediators in occurrence of recurrent myocardial infarction during one year after acute myocardial infarction (AMI) in patients with diabetes mellitus type 2 (DM2) by measurement of sCD40-ligand.

Materials and methods: 60 patients with AMI and type 2 DM were enrolled in the study. They were divided in two groups depending on the development of recurrent myocardial infarction during one year after AMI: 11 patients were admitted to the hospital because of occurrence of recurrent myocardial infarction during one year after AMI; 51 patients did not have such complication during one year after AMI. sCD40L blood serum levels were determined with commercial enzyme linked immunosorbent assay ELISA kit (YH Biosearch Laboratory, Shanghai, China). The data were processed statistically with Microsoft Office Excel software: the mean arithmetic value (M) and standard error of theme an (m) were calculated, for estimated probability and validity of the obtained data, Student's t-test (p) was done.

Results: considering obtained data, development of recurrent myocardial infarction was associated with higher levels of sCD40-ligand, measured at the first ($4,14 \pm 0,10$ ng/mL and $3,79 \pm 0,03$ ng/mL accordingly; $p < 0,05$) and 10th day ($3,43 \pm 0,10$ ng/mL and $2,97 \pm 0,05$ ng/mL accordingly; $p < 0,05$) of AMI.

Conclusions: It has been shown that occurrence of recurrent myocardial infarction is accompanied by increasing of sCD40-ligand – marker of endothelial inflammation, that confirms a negative influence of endothelial dysfunction on delayed cardiovascular events in patients with post-MI cardiosclerosis.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ ЗАСОБІВ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Зупанець І.А., Ветрова К.В., Сахарова Т.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

У сучасних схемах лікування ревматоїдного артриту метотрексат посідає одне з вагомих місць як препарат вибору базисної протизапальної дії. З огляду на тривалу, а часом і безперервну (постійну) терапію метотрексатом, у пацієнтів з ревматоїдним артритом виникає високий ризик розвитку побічних ефектів, зокрема токсичного ураження печінки. На сьогоднішній день проблема корекції токсичних ефектів лікарських препаратів (і в тому числі метотрексату) вирішується призначенням засобів супутньої терапії, серед яких перевага надається сполукам природного походження. Велику увагу науковців привертають похідні глюкозаміну, які завдяки комплексній органопротекторній активності та нешкідливості, чинять цитопротекторний вплив, та, крім того, застосовуються як засоби хондропротекторної та протизапальної дії при захворюваннях суглобів.

Мета: оцінити ефективність застосування комбінації аміноцукрів глюкозаміну гідрохлориду і N-ацетилглюкозаміну з флавоноїдом кверцетином як коректора гепатотоксичної дії метотрексату в експерименті на щурах.

Матеріали і методи: Патологію відтворювали на безпородних білих статевозрілих щурах шляхом однократного внутрішньоочеревинного введення метотрексату у дозі 20 мг/кг (на 8 добу дослідження). Тварини були розділені на 3 групи: 1 група – інтактна, 2 група – контрольні тварини, які отримували тільки метотрексат, 3 група – щури, які на тлі метотрексату в режимі лікувально-профілактичного введення щоденно внутрішньошлунково отримували комбінацію аміноцукрів глюкозаміну гідрохлориду і N-ацетилглюкозаміну з флавоноїдом кверцетином в умовно-терапевтичній дозі 82 мг/кг протягом всього експерименту (10 діб). Коригуючий вплив досліджуваної комбінації оцінювали за активністю маркерних ферментів цитолізу аланін- та аспартатамінотрансферази (АлАТ, АсАТ).

Результати: У тварин з інтоксикацією метотрексатом спостерігалось вірогідне підвищення активності індикаторних ферментів цитолізу АлАТ та АсАТ: активність АлАТ зростала у 2,1 разу, а АсАТ – у 1,4 разу відносно групи інтактних тварин. Аналіз цих показників у досліджуваній групі тварин виявив позитивну динаміку до нівелювання токсичної дії метотрексату: активність АлАТ достовірно знижувалася в 1,8 рази відносно групи контрольної патології та майже досягала такої в групі інтактних

тварин, активність АсАТ – у 1,4 рази відносно тварин контрольної групи. Встановлена нами здатність досліджуваної комбінації до зниження токсичного впливу метотрексату на печінку щурів, обумовлена наявністю мембранотропної та антиоксидантної дії, що властиві її окремим діючим компонентам – похідним глюкозаміну та кверцетину.

Висновок: Отримані експериментальні дані обґрунтовують перспективність подальшого вивчення комбінації аміноцукрів глюкозаміну гідрохлориду і N-ацетилглюкозаміну з флавоноїдом кверцетином як коректора гепатотоксичної дії метотрексату у хворих на ревматоїдний артрит.

РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ В ПЕДІАТРІЇ

Зупанець К.О., Безугла Н.П., Сахарова Т.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Однією з фахових компетентностей клінічного провізора є здатність здійснювати моніторинг ефективності та безпеки застосування населенням лікарських засобів (ЛЗ) згідно даних щодо їх клініко-фармацевтичних характеристик, а також суб'єктивних ознак та об'єктивних клінічних, лабораторних та інструментальних критеріїв обстеження хворого. Першочергово це стосується питань раціонального застосування груп ЛЗ, які найбільш часто використовуються в медичній практиці, зокрема в педіатрії.

В комплексній терапії ревматичних хвороб, атопічного дерматиту, контролю бронхіальної астми та ін. найчастіше призначаються глюкокортикоїди (ГК), прояв побічної дії (ПД) яких та її виразність можуть мати більш важкі наслідки, ніж саме прояви хвороби. Тому необхідно під час терапії ГК постійно проводити заходи щодо моніторингу прояву ПД, профілактики її розвитку

Застосування ГК потребує обов'язкового навчання пацієнта/його батьків не лише лікарем, але й клінічним провізором, який володіє необхідними для цього компетентностями. Чинники, які можуть вплинути на ефективність та безпеку ГК-терапії, є багаточисельними, але серед них необхідно звертати увагу насамперед на імунодепресивні властивості препаратів. З огляду на останні зважується доцільність проведення планової вакцинації, обмежується перебування в великих дитячих колективах, контакти з інфекційними хворими в колі родини тощо. Інструктаж батьків щодо раціонального використання ГК включає рекомендації щодо чіткого часу прийому ЛЗ (з урахуванням циркадного ритму їх секреції), неприпустимість припинення прийому ЛЗ або самостійного зменшення дози на тлі покращення стану дитини

(попередження синдрому відміни / погіршення перебігу захворювання), щодо можливих проявів ПД препаратів ГК у різних лікарських формах. Так, при застосуванні топічних лікарських форм (на шкіру) – уникати потрапляння ЛЗ на здорові ділянки шкіри, не наносити препарат відразу після прийняття душу/ванни (при цьому в декілька раз підвищується його біодоступність), звертати увагу на перебіг захворювання, так як поступово зменшується ефективність ГК та відбувається загострення захворювання на тлі лікування; при системному призначенні ГК необхідно не рідше 1 разу в 2 місяці проводити контроль рівня артеріального тиску, глікемії, глюкозурії і маси тіла дитини; необхідно обов'язково повідомляти про прийом ГК лікарям інших спеціальностей. Завжди необхідно враховувати, що ГК, зазвичай не призначаються в якості монотерапії. В результаті взаємодії ГК з деякими препаратами, посилюється прояв їх ПД: гастротоксичність при одночасному прийомі з НПЗП, гіпокаліємія при одночасному прийомі з діуретиками та ін.

Висновки. Таким чином, взаємодія між лікарем, клінічним провізором та пацієнтом/його батьками на принципах рівноправного професійного партнерства з лікарем, високого ступеня комплаєнтності з пацієнтом/його батьками призводить до реалізації засад раціональної фармакотерапії та унеможливорює так званий «конфлікт інтересів».

ЗМІНИ МЕТАБОЛІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І СУПУТНЮ ЕКСТРАСИСТОЛІЮ

Іванкова А.В.

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

Мета дослідження: оцінити зміни метаболічного статусу у хворих на гіпертонічну хворобу і супутню часту екстрасистолію.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження включено 124 пацієнти з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії та частою екстрасистолією, які склали основний клінічний масив дослідження. Крім того, обстежено 32 пацієнти із ГХ II стадії без будь-яких порушень серцевого ритму, що увійшли до групи порівняння. Серед обстеженого основного клінічного масиву в 74 (59,7%) випадках реєстрували суправентрикулярну (СВЕ) і в 50 (40,3%) – шлуночкову екстрасистолію (ШЕ). Всім хворим проводилось повне клінічне, антропометричне, лабораторне та інструментальне обстеження (вимір артеріального тиску, ЕКГ у 12 відведеннях, холтеровське моніторування ЕКГ, УЗД серця та сонних артерій, рівень глюкози натще, показники ліпідного спектру крові).

Результати. Рівень глюкози натще в межах 5,6-6,9 ммоль/л і випадки обтяженої серцево-судинної спадковості достовірно частіше реєстрували в

пацієнтів основної клінічної групи (29,8% проти 12,5%, $p=0,04$ і 73,4% проти 53,1%, $p=0,03$, відповідно). Крім того, в цій групі була визначена чітка тенденція до зростання частоти випадків зі збільшенням об'єму талії (74,2% проти 59,4%, $p=0,09$). Було виявлено, що в основній групі хворих ($n=124$) величина ІМТ коливалась від 20,0 до 46,0 $\text{кг}/\text{м}^2$ і в середньому склала $31,40 \pm 0,43$ $\text{кг}/\text{м}^2$ при величині ІМТ $30,21 \pm 0,93$ $\text{кг}/\text{м}^2$ в групі порівняння ($p=0,046$). Загалом серед обстежених хворих лише 16 (10,3%) осіб мали нормальну і 53 (34,0%) - надлишкову вагу, в той час, як у 87 (55,8%) пацієнтів був діагностований абдомінальний тип ожиріння.

АГ 1 ступеню та рівень глюкози натще в межах 5,6-6,9 ммоль/л достовірно частіше реєстрували у пацієнтів з СВЕ (37,8% проти 18,0%, $p=0,02$ та 21,6% проти 6,0%, $p=0,02$, відповідно). Тоді як дещо старший вік ($p=0,04$), наявність 3-го ступеня АГ (46,0% проти 23,0%, $p=0,007$), паління (50,0% проти 29,7%, $p=0,02$), ознаки структурного ремоделювання сонних артерій (64,0% проти 43,2%, $p=0,03$) та дуже високий СС ризик (80,5% проти 58,1%, $p=0,01$) значно частіше визначались в групі хворих на ГХ II стадії із супутньою ШЕ.

Висновок. Визначені зміни метаболічного статусу можуть сприяти виникненню порушень серцевого ритму, а саме частої екстрасистолії, у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії, а наявність частої шлуночкової екстрасистолії можна розглядати як маркер більш важких метаболічних порушень у пацієнтів з неускладненою артеріальною гіпертензією.

ЗМІНИ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ

Кадикова О.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – оцінити показники діастолічної функції у хворих на ішемічну хворобу серця та ожиріння.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 222 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із супутнім ожирінням. Групу порівняння склали 115 хворих на ІХС з нормальною масою тіла. До контрольної групи увійшло 35 практично здорових осіб. Групи були порівнянні за віком і статтю. Оцінку діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) оцінювали за допомогою трансторакальної ехокардіографії. Вимірювали пікові швидкості ранньої (Е) та пізньої (А) фаз мітрального кровотоку та обчислювали їх співвідношення (Е/А). Діастолічна дисфункція визначалася як: 1) $E/A \leq 0,7$ (порушення релаксації, тип I); або 2) $E/A > 0,7$ і $\leq 1,5$ (псевдонормалізація, II тип); або 3) $E/A > 1,5$ (рестриктивний тип, III тип).

Результати. У хворих при поєднанні ІХС та ожиріння визначено вірогідні зміни щодо параметрів транмітрального кровотоку в залежності від наявності ожиріння: Е була вища на 8,39 % у хворих з ожирінням, А – на 12,39 %, співвідношення Е/А – на 4,35 % ($p < 0,05$), що вказує на уповільнене розслаблення ЛШ, а діастолічна дисфункція ЛШ у цьому випадку проявляється типом порушення релаксації. У хворих на ІХС та ожиріння вірогідно частіше зустрічався рестриктивний тип ($\chi^2=5,357$; $p=0,021$) транмітрального кровотоку та тип псевдонормалізації ($\chi^2=8,160$; $p=0,005$), ніж у хворих групи порівняння. Тоді як у хворих на ІХС, порівняно з пацієнтами основної групи вірогідно частіше зустрічався тип порушення мітрального кровотоку у вигляді порушення релаксації ($\chi^2=39,683$; $p < 0,001$). У всіх обстежених хворих на ІХС без ожиріння визначався найбільш сприятливий тип транмітрального кровотоку – порушення релаксації, що свідчить про розвиток діастолічної дисфункції ЛШ. При супутньому ожирінні у пацієнтів із ІХС зміни діастолічної функції ЛШ більш виражені порівняно з групою порівняння, що проявлялося у розвитку несприятливих – псевдонормального і рестриктивного типів транмітрального кровотоку.

Висновки. Таким чином, між шлуночками серця існує тісна функціональна (систолічна і діастолічна) залежність, хронічне перевантаження лівого шлуночка тиском і об'ємом, яке спостерігається за умов наявності ішемічної хвороби серця та ожиріння, не може не впливати на його функцію, тому при розвитку супутнього ожиріння відбувається поступове погіршення діастолічної функції лівого шлуночка.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРУ ЛЕПТИНУ (Arg223Gln)

Кадикова О.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – оцінити ефективність застосування статинів у хворих на ішемічну хворобу серця й ожиріння в залежності від поліморфізму гена рецептору лептина (Arg223Gln).

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на двох підгрупах спостереження: 1 підгрупа – 114 пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), які отримували аторвастатин у добовій дозі 20 мг (17 носіїв АА генотипу, 41 – GA, 56 – GG); 2 підгрупа – 108 хворих, яким було призначено розувастатин у добовій дозі 10 мг (16 носіїв АА

генотипу, 40 – GA, 52 – GG). Дослідження параметрів ліпідного обміну включало визначення загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), із наступним розрахунком вмісту холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерину в складі ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХСЛПДНЩ), коефіцієнту атерогенності (КА).

Результати. Використання аторвастатину в якості гіполіпідемічного засобу у хворих на ІХС та ожиріння призводило до нормалізації рівнів ЗХС, ХС ЛПВЩ, ХС ЛПДНЩ у носіїв AA генотипу поліморфізму гена рецептору лептину (Arg223Gln). Так, рівень ЗХС знизився на 4,1 %, ХС ЛПДНЩ на 4,6 % і підвищився рівень ХС ЛПВЩ на 3,4 % більше, ніж у хворих, носіїв того ж самого генотипу, які отримували розувастатин ($p < 0,05$).

У свою чергу застосування розувастатину у хворих на ІХС та ожиріння вплинуло на всі показники ліпідограми у носіїв GG генотипу поліморфізму гена рецептору лептину (Arg223Gln): рівень ЗХС був нижче на 6,2 %, ТГ – 8,1 %, ХС ЛПНЩ – 5,1 %, ХС ЛПДНЩ – 4,9 %, КА – 3,8 %, а рівень ХС ЛПВЩ вище на 4,1 % порівняно з носіями цього ж генотипу, які отримували аторвастатин ($p < 0,05$).

Висновки. Враховуючи отримані результати, у хворих на ішемічну хворобу серця та ожиріння, носіїв AA генотипу поліморфізму гена рецептору лептину (Arg223Gln), раціональніше (з урахуванням динаміки показників ліпідного обміну) використовувати аторвастатин, а у носіїв GG генотипу – розувастатин.

ПОКАЗНИКИ ХРОНІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ПІД ВПЛИВОМ БЕТАРГІНУ Й КВЕРЦЕТИНУ

Казаков Ю.М., Мануша Ю.І., Сакевич В.Д., Борисова З.О., Боряк В.П.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: оцінити показники хронічного системного запалення (ХСЗ) у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС) у поєднанні з неалкогольною жирною хворобою печінки (НАЖХП) та визначити вплив комплексної терапії з додаванням бетаїну, аргініну та кверцетину на виявлені порушення.

Матеріали і методи. До дослідження було залучено 75 хворих обох статей віком 40-69 років з діагнозом ІХС: стенокардія напруги стабільна, ФК II, СН 0-I, НАЖХП, яких було поділено на 2 групи – дослідження (27 хворих) та порівняння (48 хворих). Визначали рівні цитокінів (ЦК) –

фактору некрозу пухлини α (TNF α), інтерлейкіну-6 (IL-6) та інтерлейкіну-10 (IL-10), вміст фібриногену (ФГ) у крові та рівень експресії гену mRNA інгібітору каппа В α (IkB α) ядерного фактору транскрипції каппа В (NF-kB) у мононуклеарах крові. Усім хворим призначено β -блокатори, статини, аспірин, а також силімарин 90 мг на добу й лецитин 1200 мг на добу – з метою корекції НАЖХП. Хворим групи дослідження було додатково призначено Бетаргін у дозі 2 г аргініну цитрату та 2 г бетаїну на добу та кверцетин у дозі 120 мг на добу per os. Через 2 місяці проведено повторне обстеження хворих у вищезазначеному обсязі.

Результати. В усіх хворих на ІХС у поєднанні з НАЖХП було визначено підвищений рівень TNF α ($10,56 \pm 3,74$ пг/мл) у крові. Рівні прозапального ЦК IL-6 та протизапального ЦК IL-10 відповідали фізіологічній нормі й складали $4,69 \pm 1,21$ пг/мл та $11,43 \pm 2,12$ пг/мл відповідно, вміст ФГ в плазмі крові був помірно підвищений ($4,65 \pm 1,04$ г/л). Рівень експресії гену mRNA IkB α , що відображає вираженість системного запалення за рівнем транскрипційної активності NF-kB, складав $0,215 \pm 0,015$ ум. од. Через 2 місяці від початку лікування у групі дослідження рівень TNF α знизився на 55,6 %, у групі порівняння – на 34,5 % ($p < 0,01$). Рівень IL-6 вірогідно знизився лише у групі дослідження. Рівень протизапального ЦК IL-10 під впливом терапії значуще підвищився лише у групі порівняння ($p < 0,001$). Вміст у крові реактанта гострої фази та фактору коагуляції ФГ після проведено лікування в обох групах статистично не відрізнявся від вихідних даних. Рівень експресії гену mRNA IkB α у мононуклеарах крові достовірно знизився в групі дослідження й складав $-0,496 (-0,591 - +0,665)$ ($p = 0,048$), у групі порівняння підвищився ($0,424 (-0,589 - +1,817)$), але статистично не достовірно ($p = 0,296$).

Висновок. У хворих на стабільну ІХС у поєднанні з НАЖХП визначено активацію ХСЗ. Застосування у комплексній терапії хворих комбінації бетаїну, аргініну й кверцетину сприяє зниженню рівня ХСЗ шляхом пригнічення сигнальної трансдукції за участю NF-kB, що може бути пов'язано із впливом даних компонентів комплексної терапії на зазначені мішені прозапального каскаду.

ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Капустник В.А., Шелест Б.А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

В настоящее время наблюдается усиление тенденции к ухудшению состояния здоровья населения Украины, уменьшение средней продолжительности жизни. Особого внимания заслуживает сердечно-

сосудистая патология, которую выявляют более чем у половины населения Украины. Повышение артериального давления (АД) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД) и ожирением встречается в 3 раза чаще, по сравнению с общей популяцией. Несмотря на значительное количество работ по этому направлению остаётся ряд нерешенных вопросов: взаимосвязи и компенсации углеводного обмена, влияния их осложнений на течение АГ и другое.

Цель. Изучить структурно-функциональные показатели состояния миокарда больных ГБ с СД 2 типа и ожирением, оценить показатели провоспалительных цитокинов, липидного и углеводного обменов в динамике лечения.

Материалы и методы. Обследовано 56 больных ГБ в возрасте 46-74 лет, среди них 27 мужчин и 29 женщин. В группу сравнения вошли 34 больных без ГБ, СД и ожирения. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Philips HD11XE (USA), определение углеводного обмена, липидного спектра крови (выполнялось ферментативным методом), интерлейкинов (ИЛ-6 и ИЛ-10) - иммуноферментным методом.

Результаты. Обнаружена связь систолической функции левого желудочка с состоянием углеводного обмена у больных ГБ с СД и ожирением. До лечения активность провоспалительных цитокинов ИЛ-6 у больных основной группы составляла $8,4 \pm 1,2$ пг / мл, а после курсового лечения наблюдалось его снижение до $6,5 \pm 0,8$ пг / мл ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-10 у этих больных равнялся $10,4 \pm 1,6$ пг / мл, после лечения - $7,3 \pm 1,2$ пг / мл, а в группе сравнения - $7,8 \pm 1,3$ пг / мл и $5,2 \pm 1,2$ пг / мл соответственно.

Выводы. У больных ГБ с более выраженными метаболическими изменениями, в частности при СД с ожирением, повышались маркеры активности: ИЛ-6 и ИЛ-10. В динамике комплексного лечения снижение цитокинов сопровождалось улучшением функционального состояния больных и систолической функции левого желудочка, что и определяет целесообразность терапевтического воздействия на систему цитокинов.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ АЛАПІНІНОМ ТА СЕРЦЕВИМИ ГЛІКОЗИДАМИ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ У ХВОРИХ ІХС Капусник Ю.О., Луценко Р.В., Сидоренко А.Г.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета дослідження: вивчити ефективність комбінованої терапії алапініном та серцевими глікозидами у порівнянні с монотерапією

алапініном для терапії пароксизмальної миготливої аритмії у хворих ІХС.

Матеріал і методи: лікування здійснювалося 43 хворим (26 чоловікам та 17 жінкам) у віці від 43 до 78 років. У всіх хворих біла діагностована хронічна форма ІХС та пароксизмальна миготлива аритмія. Хворі були розподілені на дві групи. В першу групу увійшло 22 хворих. В ній здійснювалося лікування алапініном та серцевими глікозидами. Друга група (21 хворий) була контрольною. В цій групі застосовувався лише алапінін.

Критерієм позитивного результату терапії є поява тривалих періодів, під час яких пароксизми миготливої тахіаритмії були відсутніми. Ці періоди за тривалістю були більше, ніж в 1,5-2 рази за періоди, які були між приступами тахіаритмії до початку лікування. Таким чином, завдяки антиаритмічній терапії досягався не лише лікувальний ефект (ліквідація пароксизму), але й профілактичний ефект. У відповідності із новим комбінованим методом терапії пароксизмальної миготливої аритмії (на нього автори даної роботи мають патент на винахід) серцевий глікозид – дигоксин в дозі 0,25 мг або строфантин в дозі 0,25 мг вводився в/в. У подальшому через 20-30 хвилин після введення серцевого глікозиду алапінін вводився в/в у дозі 30-40 мг. В контрольній групі хворих здійснювалася терапія лише алапініном, який при пароксизмі миготливої аритмії застосовувався в/в у дозі 30-40 мг.

Результати: позитивний результат терапії спостерігався у 19 з 22 хворих в основній групі, де здійснювалася комбінована лікування алапініном та серцевими глікозидами. Меншої була ефективність монотерапії алапініном – позитивний результат був досягнутий лише у 11 з 21 хворого. Після відновлення правильного синусового ритму з профілактичною метою призначався всередину алапінін в добовій дозі 75 мг (25 мг 3 рази на день). В комбінації з алапініном застосовувався перорально дигоксин в дозі 0,25 мг (1 таблетка) 1-2 рази на день. У подальшому за наявності правильного синусового ритму дози цих препаратів зменшували до мінімально ефективних: алапініну – до 50 мг (1 таблетка 2 рази на день), а дигоксину – до 0,25 мг (1 таблетка) один раз на день.

Висновок: в результаті проведеного дослідження було виявлено, що для лікування пароксизмальної миготливої аритмії у хворих ІХС значно більшу ефективність має комбінована терапія (алапініном та серцевими глікозидами), ніж монотерапія алапініном.

THE IMPORTANCE OF THE INFLUENCE OF VITAMIN D IN THE BONE DENSITY IN WOMEN WITH POST-MENOPAUSAL OSTEOPOROSIS WITH CONCOMITANT DEFORMING OSTEOARTHRISIS

Karaia O.V.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim of the study. 30 post-menopausal women with the concomitant deforming osteoarthritis participated in the study. They were divided into two groups depending on the state of the bone mineral density: group I included 23 patients with post-menopausal osteoporosis (T-score $\leq -2,5$ SD). The patient's average age was $57,5 \pm 4,2$ years. The duration of the menopause was $8,16 \pm 6,03$ years. Group II was a reference one (bone mineral density $\geq -1,0$ SD, absence of the fractures in the medical history). The patient's average age was $56,8 \pm 6,5$ years. The duration of the menopause was $8,3 \pm 6,6$ years. The bone mineral density screening was conducted with the help of the DXA-scan of the lumbus vertebrae and the aspect of the femoral neck. Initially, all women were checked for level 25(OH) of vitamin D₃ in blood serum with enzyme-linked immunoassay.

Results of the study. The majority of post-menopausal women with the concomitant deforming osteoarthritis (82%) exhibit deficiency or deficit of vitamin D₃ regardless of the state of bone mineral density. The standard dose of cholecalciferol 800 IU per day is insufficient to maintain the level of vitamin D₃ in the normal range (>20 ng/ml) as a part of the post-menopausal osteoporosis comprehensive treatment. Prior saturation with cholecalciferol in a dose of 5000 IU per day for 12 weeks allows achieving normal levels 25(OH) of vitamin D₃ in 12 weeks for 88% of patients. The following cholecalciferol supportive treatment in a dose of 800 IU per day for 12 months resulted in maintaining the value of vitamin D₃ > 20 ng/ml in 44,4% of women.

Conclusion. Determining the level 25(OH) of vitamin D₃ allows for detecting the patients with deficiency or deficit of vitamin D₃ and monitoring the cholecalciferol treatment. It is preferable to correct vitamin D deficit or deficiency in case of vitamin D hypovitaminosis to prevent the bone tissue mineralization defects. The maintenance dose of cholecalciferol, which is 800 IU per day is insufficient for comprehensive treatment of post-menopausal osteoporosis.

КРИТИЧНЕ МИСЛЕННЯ –ЖИТТЄВЕ КРЕДО АКАДЕМІКА МАЛОЇ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ

Карпенко К.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: Показати, якою мірою критичне мислення академіка Малої зумовило методологічні основи її гендерних оцінок в медицині.

Матеріали і методи: Системна аналітика, компаративістський метод, гендерний підхід.

Результати: У своїй науковій творчості Любов Трохимівна Мала послідовно доводила, що усі базові теорії сучасної медицини, так чи інакше, пов'язані з філософією медицини, яка визначає фундаментальні постулати і позиції загальних теоретичних систем в медицині. Вона завжди оцінювала проблему в цілому, пов'язувала питання кардіології з діяльністю інших систем організму. Серйозні досягнення у вивченні та лікуванні пацієнтів із коморбідною патологією легень, ендокринної системи, нирок, шлунково-кишкового тракту, підшлункової залози також були б неможливими без урахування принципів системності та цілісності людського організму.

Академік Мала ніколи не була пасивним одержувачем інформації. Її критичне мислення відрізнялося незалежністю й аналітичністю. Вона визнавала цінність наукової компаративістики, але разом з тим, ставила під сумнів ідеї та припущення інших дослідників. Її цікавило, якою мірою запропонована аргументація характеризує наукову проблему в цілому, чи відкрита вона для критики й вдосконалення.

Наприкінці 90-х років ХХ ст. актуалізувалася гендерна проблематика. Звичайно, академік Мала не могла залишити її без уваги. Так, на Міжнародній науково-практичній конференції «Жінка за духовну безпеку», що проходила в Харкові у червні 1999 року, Любов Трохимівна звернула увагу й дала глибокий аналіз роботі американської дослідниці Джудіт Батлер «Гендерне занепокоєння». Цікаво, що саме ця праця обумовила перспективу гендерної теорії на наступні роки. Що ж до думки академіка Малої, то вона була досить критичною щодо основного конструктивістського постулату Дж. Батлер, з якого випливало, що «не існує біологічної детермінації нашого тіла взагалі» [1, с. 29]. Спираючись на свій багатий теоретичний і практичний досвід, Любов Трохимівна наполягала на тому, що у царині медицини біологічні підвалини тілесності є більш суттєвими. Звичайно, з урахуванням соціальних умов їх реалізації. Подальша наукова дискусія підтвердила висновки академіка Малої. Сьогодні існує окремий напрямок досліджень – гендерна медицина, яка доводить, що ознакою

гендерної рівності у соціумі є увага до специфіки жіночого та чоловічого тіла, а не їх уніфікація.

Висновки: Критичне мислення академіка Малої дозволило їй випередити час у оцінках перспектив гендерної медицини.

СУЧАНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ХВОРИХ

Катеренчук І.П., Тесленко Ю.В.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Нами виділена низка загальних клінічних особливостей сучасного терапевтичного хворого, до яких відносяться хронізація хвороб, їх множинність, висока захворюваність неврозами і депресіями, алергозами, ожирінням, хронічною осередковою інфекцією. Якість терапевтичного співробітництва залежить від комплексу різних факторів, серед яких ми виділяємо наступні: психологічні особливості хворого, клінічні особливості захворювання, особливості терапевтичної програми, соціальні фактори і чинники, пов'язані з організацією медичної допомоги. У багатьох випадках має місце природний взаємовплив різних факторів, що істотно ускладнює діагностичний процес.

У нинішніх умовах медицина стала частиною бізнесу і сучасні бізнес-технології забезпечують високу ефективність при невідкладних станах, покращують якість життя, зменшують тривалість перебування пацієнтів у стаціонарах, позитивно впливають на психоемоційний стан. Однак, незважаючи на високу ефективність ряду сучасних високотехнологічних методів лікування, пацієнти часто потребують подальшого терапевтичного лікування, модифікації способу життя, постійного диспансерного спостереження.

Важливими проблемами терапії терапевтичного хворого у сучасних умовах є досягнення комплаєнсу «лікар-пацієнт», розумне використання принципів і положень доказової медицини на всіх етапах лікування і виздоровлення пацієнта, відповідальність пацієнта за дотримання і примноження здоров'я.

Важливими складовими для досягнення і забезпечення здоров'я є диспансерний огляд та комплексні реабілітаційно-профілактичні заходи. Ефективне лікування можливе лише за умови впровадження страхової медицини.

Оскільки захворювання внутрішніх органів мають коморбідний перебіг давно назріла необхідність відмовитися від монозологічної

підготовки лікарів, яка існує з минулого століття в незмінному вигляді в усьому світі.

Важливими складовими покращення навчального процесу з внутрішніх хвороб є підготовка якісних підручників з застосуванням європейського досвіду за грантами, комплаєнс «викладач–студент-хворий», ефективна система контролю теоретичної та практичної підготовки та створення університетських клінік.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1 ТА РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ ДИХАННЯ У ВІ СНІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ.

Ковальова О.М., Іванченко С.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Синдром обструктивного апное сну (ОАС) є частим коморбідним станом у осіб з ожирінням, що значно підвищує ризик фатальних серцево-судинних подій та погіршує клінічний перебіг у пацієнтів з кардіоваскулярною, ендокринною, пульмонологічною патологією.

Мета: оцінити взаємозв'язок між ризиком (ОАС) за даними Берлінського опитувальника і ризиком фатальних серцево-судинних подій у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням.

Матеріали та методи: обстежено 57 осіб (27 чоловіків та 30 жінок) середнім віком $57,6 \pm 3,7$ років. Ризик порушень дихання під час сну оцінено за Берлінським опитувальником, серцево-судинний ризик - за шкалою SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Визначено антропометричні характеристики, ліпідний спектр, глюкозу натще, сечову кислоту, креатинін, С-реактивний білок. Для визначення рівнів несфатину-1 використано імуноферментний метод із застосуванням набору реагентів Kono Biotech® Human Nesfatin-1 ELISA Kit.

Результати та обговорення: підвищений ризик ОАС відповідно до критеріїв Берлінського опитувальника було зареєстровано у 9,8% обстежених. Найбільш (90,0%) типовою була наявність такого компоненту ОАС, як хропіння/зупинка дихання у ві сні. Проведення гендерного аналізу виявило вірогідно вищу частоту присутності цієї скарги у чоловічої популяції - 19,4% проти 5,3% у жінок ($p < 0,01$), що зумовило більш високий загальний ризик ОАС серед них порівняно з жінками - 11,3% проти 4,4% ($p < 0,05$). Як для чоловіків (1,7%) так і для жінок (3,1%) скарги на підвищену денну сонливість виявилися найменш характерними. Щодо вікового аналізу підвищений ризик ОАС зареєстрований у осіб віком старше 40 років: 5,6% проти 1,4% у віці молодше 40 років ($p < 0,01$). У осіб з високим ризиком ОАС виявлено більш високий рівень загального холестерину - $6,10 \pm 0,18$ проти $5,53 \pm$

0,09 ммоль/л ($p < 0,05$) та ліпопротеїнів низької щільності - $4,17 \pm 0,19$ проти $3,59 \pm 0,08$ ммоль/л ($p = 0,02$), що вірогідно супроводжувалось наявністю надмірної маси тіла або ожирінням: індекс маси тіла $31,73 \pm 1,19$ проти $27,71 \pm 0,38$ кг/м² ($p < 0,001$). У осіб з ОАС визначено статистично значуще нижчий вміст несфатину 1: $5,7 \pm 2,8$ нг/мл проти $7,05 \pm 1,01$ нг/мл, ($p < 0,001$).

Пацієнти з високим ризиком ОАС незалежно від статі не відрізнялися за рівнем серцево-судинного ризику за шкалою SCORE. При виділенні типових поєднань компонентів ОАС не було виявлено самостійного значення хропіння/зупинок дихання уві сні й денної сонливості в формуванні серцево-судинного ризику по SCORE.

Висновки: високий ризик ОАС ймовірно пов'язаний з ознаками метаболічних порушень. У хворих з наявністю синдрому ОАС визначено вірогідно нижчий рівень сироваткового несфатина-1.

ВЛИЯНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ОЛМЕСАРТАНА И АМЛОДИПИНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Коваль С.Н., Пенькова М.Ю., Мысниченко О.В., Старченко Т.Г.

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

Цель исследования: изучить влияние фиксированной комбинации олмесартана и амлодипина на суточный профиль артериального давления артериального давления (СМАД) у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы. Обследовано 105 больных АГ с АО в возрасте от 42 до 66 лет (средний возраст - 54,4 (50,2; 67,5) лет) (50 мужчин и 55 женщин). Среди обследованных больных у 76 (72%) человек была выявлена 2 степень АГ, у 29 (28%) - 3 степень; АО I степени выявлено у 72 (69%) больных, АО II степени – у 33(31%). Для оценки особенностей суточного профиля АД и эффективности антигипертензивного лечения проводили СМАД с использованием системы АВРМ-04 "MEDITECH" (Венгрия). Все больные АГ с АО получали фиксированную комбинацию препаратов (ФК): антагонистрецепторовангиотензина II олмесартан и антагонист кальция амлодипин (препарат "Аттендо», фирмы Berlin-ChemieAG), который назначали однократно утром в суточных дозах 20 мг /5 мг - 40 мг / 10 мг. Обследование проводили до начала лечения и через 6 месяцев.

Результаты: Под влиянием лечения наблюдалось достоверное снижение среднесуточных величин систолического АД (САД) и

диастолического АД (ДАД) в дневное и ночное время. У 64 % больных целевые уровни АД были достигнуты уже на 2-3-й неделе терапии. Важно отметить высокую гипотензивную эффективность препарата в отношении как САД, так и ДАД. Особенностью влияния препарата на среднесуточные показатели СМАД явилась большая эффективность в отношении САД. В динамике лечения наблюдалось снижение среднесуточной вариабельности как САД, так и ДАД. Обращает на себя внимание, что и в отношении вариабельности САД и ДАД отмечен более выраженный эффект препарата в дневные часы по сравнению с ночными. Через 6 месяцев терапии частота патологических суточных профилей АД «non-dipper» достоверно снизилась с 53% до 15% ($p < 0,05$), "night-peaker" — с 8% до 0%, "over-dipper" — с 6% до 3%. В результате лечения уменьшилась степень нагрузки давлением — достоверно уменьшился индекс времени (ИВ) САД и ДАД в дневные и ночные часы. Так, 24-часовые значения ИВ САД снизились на $48,1 \pm 1,5$ %, ИВ ДАД — на $35,1 \pm 2,4$ % (в обоих случаях $p < 0,001$).

Выводы: Таким образом, фиксированная комбинация олмесартана и амлодипина не только приводила к достоверному снижению среднесуточных параметров СМАД, показателей «нагрузки давлением», вариабельности АД, а и способствовала нормализации патологических суточных профилей АД у больных АГ с АО.

ИЗУЧЕНИЕ ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Кодиров Д.А., З.С. Салахиддинов

*Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Цель. Изучение распространенности этнических особенностей хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) среди популяции ВИЧ-инфицированных г. Андижана в зависимости от степени тяжести.

Методы: В условиях г. Андижана с использованием комплексного метода отбора в обследованы 507 больных ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Результаты. Изучение показателей распространенности различных стадий ХОБЛ в зависимости от этнических особенностей популяции ВИЧ-инфицированных показало, что они были наивысшими (в 1,4 раза) у мужчин, чем у женщин ($P < 0,05$). Из приведенного статистического анализа следует, что различные стадии ХОБЛ у мужчин

и женщин – ВИЧ-инфицированных выявлялись следующей распространенностью: ХОБЛ I стадии – по 3,1 и 1,1% ($P < 0,001$), ХОБЛ II стадии – по 12,0 и 6,8% ($P < 0,05$), ХОБЛ III стадии – по 19,7 и 13,3% ($P > 0,05$). Тяжелая и крайне тяжелая ХОБЛ наблюдаются в 6,4 (ХОБЛ III стадия) и 4,2 раза (ХОБЛ IV стадия) чаще по сравнению ее легкими формами у мужчин ($P < 0,001$). Аналогичная тенденция отмечается и среди обследованных женщин: ХОБЛ IV стадии и III стадии по сравнению с легкой степени заболевания у них выявлены с увеличением на 24,9% или в 9 раз ($P < 0,001$) и на 12,2% или в 12,1 раз ($P < 0,001$) – соответственно.

Обращает на себя внимание факт значительно более редкого выявления легких форм ХОБЛ во всех возрастных группах обследованных, что свидетельствует о низкой возможности обратного развития этого состояния на фоне ВИЧ-инфекции. Во всех возрастах прослеживаются довольно высокие показатели распространенности ХОБЛ с крайне тяжелым, тяжелым и среднетяжелым течением. Так, ХОБЛ I стадии увеличивается с 1,5% (в группе лиц 20-29 лет) до 6,2% (в группе 40-49 лет), то есть в 4,1 раза ($P < 0,001$). Случаев ХОБЛ I стадии в старших возрастных группах (50-59 и 60-69 лет) не встречались (0,0%).

Частота ХОБЛ II стадии в различных возрастных группах выявлены следующим образом: в 20-29 лет – 5,6%, в 30-39 лет – 8,1%, в 40-49 лет – 9,2%, в 50-59 лет – 0,0% и в 60-69 лет – 0,0%. Отмечено увеличение распространенности ХОБЛ II стадии с возрастом на 3,6% или в 1,6 раза ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, оказалось, что наиболее высокие показатели заболеваемости и тяжелые формы ХОБЛ у обследованных наблюдаются во всех возрастных группах. Однако, сравнительно высокие показатели распространенности тяжелых форм ХОБЛ, все-таки, приходится на возрастные группы 30-39, 40-49 и 50-59 лет.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. АНДИЖАНА

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.

*Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Цель. Выявление и оценка распространенности основных модифицируемых факторов риска (МФР) хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) на фоне ВИЧ-инфекции.

Методы: В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в обследованы 507 больных ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся в диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Результаты. Среди обследованных отмечено сравнительно высокая распространенность МФР в следующих уровнях: курение – 30,6%, потребление наркотических веществ – 28,4%, отсутствие физической активности – 88,5%, нерациональное питание (включая недостаточное потребление овощей и фруктов) – 71,8%, избыточное потребление алкоголя – 31,7%, избыточная масса тела – 4,1%, пониженная масса тела – 83,0% и артериальная гипертензия – 19,7%.

Необходимо отметить, что распространенность МФР в обследованной группе популяции ВИЧ-инфицированных существенно различались. Значительно реже отмечалась ИМТ, у каждого 5-го обследованного выявлялась АГ, в уровнях 30,6 и 28,4% встречались курение и потребление наркотических веществ, избыточное потребление алкоголя наблюдалась в 31,7% случаев. Существенно выше были уровни отсутствие физической активности (ОФА), нерациональное питание (НРП) и пониженная масса тела (ПМТ).

Как у женщин, так и у мужчин отмечается существенно различающийся высокие показатели распространенности (кроме низких уровней курения, потребление наркотических веществ (ПНВ), избыточное употребление алкоголя (ИПА), избыточная масса тела (ИМТ) и артериальная гипертензия (АГ) у женщин) МФР. Так, установлено следующие уровни распространенности МФР в популяции ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин 20-69 летнего возраста – соответственно (таблица 10): курение – 3,4 и 59,8% ($P < 0,001$), ПНВ – 2,3 и 56,6% ($P < 0,001$), ОФА – 85,6 и 91,8% ($P > 0,05$), НРП – 61,5 и 82,7% ($P < 0,05$), ИМТ – 3,4 и 4,9% ($P > 0,05$) и АГ – 15,2 и 24,6% ($P < 0,05$).

Все модифицируемые факторы большей частотой встречались у мужчин, чем у женщин. Так, курение встречалось в 17,6 раза чаще, ПНВ наблюдалось в 24,6 раза больше и ОФА отмечалось в 1,1 раз чаще, ИПА разнялось в 23,2 раза, ИМТ встречалась в 1,4 раза больше, случаев ПМТ отмечено с разницей в 1,6 раза, АГ выявлялась с разницей в уровнях 1,6 раза больше у мужчин.

Выводы. Можно говорить о том, что для популяции ВИЧ-инфицированных характерен высокая встречаемость МФР, имеющие в отношении ХОБЛ наиболее неблагоприятный прогноз на фоне ВИЧ-инфекции / СПИДа.

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЗАГОСТРЕННЯ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЮ

Колганова Н.Л.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Червоний плоский лишай (ЧПЛ) залишається істотною проблемою сучасної дерматології. За даними епідеміологічних досліджень ЧПЛ зустрічається у 0,1-2% населення земної кулі, частіше у жінок у віці від 40 до 65 років. Стрес розглядається як один з факторів розвитку та загострення захворювання.

Мета: оцінити значення та характер стресу на розвиток загострення ЧПЛ.

Матеріали і методи: для оцінки стресових ситуацій була використана класифікація В.А. Бодрова (1995): 1 - стрес корисний (еустрес), 2 - стрес шкідливий (дистрес): фізіологічний, психологічний, короткочасний, хронічний, нервовий, інформаційний, особистий. Психологічні реакції на виникнення захворювання: 1 - психогенні невротичні реакції при встановленні діагнозу (протягом 3 - 4 тижнів), 2 - відсутність психічних проявів (від декількох місяців до 3 років), 3 - початкові психічні прояви (близько 4 років), 4 - стійкі зміни психічних розладів, зміна особистості.

Під нашим спостереженням перебувало 25 осіб, які страждають на ЧПЛ, з них 15 жінок, 10 чоловіків. Частота загострень ЧПЛ була наступною: два рази на рік - у 6 (24 %) осіб, один раз на рік - у 14 (56 %) осіб, рідше ніж один раз на рік - у 5 (20 %). Генералізовані висипання спостерігали у 19 (76 %) осіб, локалізовані (до 5 % поверхні тіла) - у 6 (24 %) осіб.

Результати: у 22 (88 %) осіб відзначали виникнення ЧПЛ на тлі попередніх стресових ситуацій. З них 20 (80 %) осіб перенесли стрес, що відноситься до короткочасного дистресу психологічного або нервового (іспит, операція, розлучення, смерть близького, втрата роботи, судові тяжби). З них 20 (80 %) осіб вважали причиною ЧПЛ хронічний стрес (фінансові труднощі, зміна роботи). У 23 (92 %) осіб рецидиви й загострення також пов'язували зі стресом, з них у 17 (68 %) загострення розвивалися на тлі хронічного дистресу (сімейні сварки, стрес на роботі, переїзд в інше місто), у 5 (20 %) - на тлі короткочасного психологічного дистресу. У більшості хворих виникали скарги на неефективність терапії, заперечення та виборче сприйняття проблем, самокритика до своєї зовнішності, що відповідало початковим психічним проявам у відповідь на виникнення захворювання. У 2 (8 %) осіб спостерігалися психогенні невротичні реакції (почуття відчаю, паніка, почуття страху), що відповідало гострій фазі стресу, пов'язаної зі встановленням діагнозу.

Висновки: 92 % хворих на ЧПЛ в період стаціонарної терапії мають високий рівень тривожності. Відзначається виражений взаємозв'язок між стресом і маніфестацією ЧПЛ, а загострення захворювання спостерігалось у 68 % пацієнтів при хронічному психологічному дистресі.

ВПЛИВ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ НА ФОРМУВАННЯ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Колеснікова О.В., Потапенко А. В., Лавренко Т.А.

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

Останнім часом велику увагу приділяють вивченню таких факторів ризику, як ендотеліальна дисфункція (ЕД), порушення ліпідного та вуглеводного обміну. Пацієнти з неалкогольною жирковою хворобою печінки (НАЖХП) та субклінічним гіпотиреозом (СГ) являються групою ризику розвитку кардіоваскулярних ускладнень, що обумовлює кардіометаболічні зміни та дозволяє розширити наші уявлення про ризик виникнення та розвиток кардіоваскулярних подій у коморбідного хворого.

Мета: проаналізувати кардіометаболічні зміни та стан судинного ендотелію в залежності від вираженості інсулінорезистентності (ІР) у пацієнтів з НАЖХП в поєднанні з СГ та оцінити ризик виникнення кардіоваскулярної патології у коморбідного хворого.

Матеріали та методи: В консультативній поліклініці ДУ «Національний інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України» було обстежено 92 хворих віком ($48,6 \pm 4,52$) року,. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 група пацієнтів з НАЖХП в поєднанні з СГ ($n=54$) з рівнем інсуліну натще < 30 мкМЕд/мл; 2 група ($n=38$) пацієнтів мали рівень інсуліну >30 мкМЕд/мл. Контрольну групи склали 20 здорових осіб чоловічої та жіночої статі аналогічної вікової категорії. В залежності від рівня ІР було проаналізовано показники вуглеводного та ліпідного обміну, рівень тиреоїдних гормонів, а також показники, що відображають ЕД.

Результати: Зі збільшенням гіперінсулінемії достовірно зростали такі показники, як: ОС – $110,57 \pm 2,79$ см проти $100,82 \pm 1,04$ см, $p=0,001$; АЛТ – $63,33 \pm 5,16$ Од/л проти $50,9 \pm 1,85$ Од/л, $p=0,020$; ГГТП – $91,11 \pm 4,39$ Од/л проти $75,61 \pm 1,78$ Од/л, $p=0,003$; ЛФ – $2005,78 \pm 54,35$ нмоль/ч.л проти $1795,76 \pm 30,23$ нмоль/ч.л, $p=0,013$. Поряд з цим рівень ТТГ зазнав достовірних відмінностей у даної категорії хворих з рівнем

інсуліну > 30 мкМОд/мл порівняно з групою з рівнем інсуліну ≤ 30 мкМОд/мл та склав 8,17±0,65 мкМОд/мл проти 6,55±0,22 мкМОд/мл, відповідно. Виявлено достовірні відмінності залежно від гіперінсулінемії в показниках ЦДЕК та ВЕФР в 1,5 рази в групі хворих на НАЖХП в поєднанні з СГ з рівнем інсуліну > 30 мкМОд/мл, що склало 17,67±2,13 кл/100мкл проти 12,15±0,42 кл/100мкл, p=0,003 відповідно та 718,33±106,63 пг/мл проти 449,32±19,16 пг/мл, p=0,036.

Висновки: У хворих на НАЖХП в поєднанні з СГ обов'язковими стають порушення гормонально-метаболических показників, причому ступінь залежить від стану ІР. Посилення десквамації ендотелію при зростанні ІР, ймовірно, пов'язано з підвищенням експресії цитокінів у даних пацієнтів, що створює передумови для формування атеросклерозу, посилюючи кардіометаболічні ризики.

ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ЗА ШКАЛОЮ QRISK3 У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кондратюк В.Є., Стахова А.П.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2, м. Київ, Україна

Мета: на основі порівняльного аналізу методик оцінки сумарного серцево-судинного (СС) ризику (шкал SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) та Фремінгемської (ФШ)) зі шкалою QRISK3 визначити найбільш інформативну у категорії хворих на ревматоїдний артрит (РА) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи: кількість пацієнтів основної групи (РА та АГ) становила 91 особу, першої групи порівняння (РА) - 38, другої (АГ) - 30 осіб. Проведено загально-клінічні обстеження, добове моніторування артеріального тиску (АТ), доплерехокардіографію. Середній вік обстежених 62,4 ± 8,5 років у хворих на РА з АГ проти 60,1 ± 8,2 років у хворих на РА та 61,7 ± 8,1 років у хворих на АГ. Оцінювали рівень С-реактивного білка та активність РА за показником DAS 28-СРБ. Дані наведені у вигляді Me (25% - 75%) перцентилі.

Результати. Рівень С-реактивного білка у хворих на РА у поєднанні з АГ співставний з хворими, відповідно 17,0 (3,2-18,5) мг/л проти 17,86 (2,8-23,2) мг/л. У пацієнтів дослідної групи та групи порівняння активність РА за DAS 28-СРБ становить 5,50 (5,0-6,3) ум. од. проти 5,3 (4,7-6,4) ум. од. СС ризик згідно шкали SCORE у хворих на РА у поєднанні з АГ і у хворих на АГ середній (відповідно 1,67 (1,0-2,7) і 1,9 (0,9-3,5%)) проти низького у хворих на РА - 0,6 (0,2-1,0) % (p<0,05). За ФШ у хворих на РА у поєднанні з АГ і у хворих на АГ СС ризик

також є середнім (відповідно 13,7 (10,0-21,5) і 13,7 (11,7-19,3) % проти 3,30 (2,4-5,3) % у хворих на РА. За QRISK3 найбільш високий СС ризик реєструється у хворих на РА в поєднанні з АГ (13,0 (8,6-20,9) балів) порівняно з хворими на РА (4,3 (2,1-7,8) ($p<0,05$) та АГ (9,8 (6,1-16,5) ($p<0,05$)). Встановлено, що рівень СС ризику у коморбідної групи корелює з віком ($r=0,83$, $p<0,01$), активністю РА ($r=0,19$, $p<0,05$), індексом маси міокарда лівого шлуночка ($r=0,67$, $p<0,01$), індексами E/A ($r=-0,41$, $p<0,01$) та E/e' ($r=0,29$, $p<0,01$), середньодобовим систолічним АТ ($r=0,55$, $p<0,01$) та пульсовим АТ ($r=0,46$, $p<0,01$).

Висновки. У хворих на ревматоїдний артрит найбільш доцільно визначати серцево-судинний ризик за шкалою QRISK3, особливо в умовах коморбідності з артеріальною гіпертензією. 10-річний ризик СС захворювань за шкалою QRISK3 детермінується віком хворого, клініко-лабораторною активністю, ступенем гіпертрофії міокарда та діастолічної дисфункції лівого шлуночка, підвищенням рівня артеріального тиску.

УРАТЗНИЖУВАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМБІОТИКА В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Кондратюк В.Є., Тарасенко О.М., Натрус Л.В., *Бондаренко О.В.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

**ДУ "Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України"*

Мета роботи: оцінити гіпоурикемічну ефективність комбінації симбіотика та алопуринолу в порівнянні з монотерапією алопуринолом у пацієнтів на подагру.

Матеріали та методи. Обстежено 130 пацієнтів чоловіків (середній вік $55,5\pm 9,4$ років) хворих на подагру (середня тривалість $7,7\pm 7,1$ років). Контрольна група - 25 здорових чоловіків відповідного віку. Хворі на подагру, які після 6-тижневої терапії алопуринолом не досягли цільового рівня урикемії включені до груп лікування. Основна ($n=68$) - пацієнти, які продовжили приймати алопуринол у дозі 300 мг на добу з титрацією дози в бік підвищення на 100 мг щомісячно, що додатково приймали симбіотик по 1 капсулі тричі на добу. Група порівняння ($n=62$) - хворі, які отримували монотерапію алопуринолом. Тривалість терапії 3 місяці. Якісні та кількісні параметри мікробіоти кишківника аналізувався за даними бакпосіву калу. Ефективність терапії оцінювали за рівнями урикемії, СРБ, ступенем дисбіозу кишківника.

Результати та їх обговорення. Після лікування хворих основної групи з застосуванням симбіотика спостерігалась нормалізація показників за рахунок зменшення концентрації умовно-патогенних мікроорганізмів групи Firmicutes, облигатних анаеробів гр. Bacteroides spp. і грибів роду Candida та відновлення захисної мікрофлори -

лактобацил і біфідобактерій. У хворих на подагру через 3 місяці комплексного лікування з додаванням симбіотика, трансформація структури кишкової мікробіоти в бік нормалізації якісного (превалювання легкого ступеня порушень мікробіоти у 50% осіб) та кількісного складу, виявляється більш виражений уратзнижувальний ефект відносно групи порівняння – цільовий рівень урикемії досягнуто у двічі частіше - у 40,3% і 21% випадків відповідно. Додаткове включення симбіотика демонструє посилення уратзнижувального ефекту алопуринолу (зниження рівня сечової кислоти на 18,7% проти 13,3%, $p < 0,01$), що асоціювалося з більш вираженим протизапальним ефектом (зниження рівня СРБ на 75% проти 26,3%, $p < 0,01$).

Висновки. Для хворих на подагру притаманне виражене порушення мікробіоти кишківника, що характеризується поєднанням дефіциту захисної мікрофлори і підвищенням рівня облигатних анаеробів, грампозитивних коків та грибів роду *Candida*. У хворих на подагру через 3 місяці комплексного лікування з додаванням симбіотика, на тлі нормалізації якісного та кількісного складу кишкової мікробіоти, відзначається більш виражений уратзнижувальний ефект - цільовий рівень урикемії досягнуто у двічі частіше, що поєднується з більш вираженим протизапальним ефектом.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ПОДХОД – ЧТО ЭТО ТАКОЕ?

Корж А.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Уникальность практики врачей на самом близком к пациенту уровню заключается в том, что они чаще всего сталкиваются с недифференцированными заболеваниями и диагнозами на ранних стадиях, когда четкий диагноз установить не представляется возможным.

Особенностями лечебно-диагностической работы в общей врачебной практике является то, что во время диагностики и терапии семейный врач чаще всего использует достаточно простые и недорогие методы исследования и лечения.

Семейный врач, как специалист при первом контакте с пациентом встречается с большим спектром проблем состояния здоровья населения, но в соответствии с данными проведенных исследований материалами около 87% всех обращений составляют 23 симптома, из них 40% это боли разного характера, кашель и простуда, но это не

упрощает ситуацию, а наоборот данная симптоматика комбинируется между собой и может быть проявлением самых различных заболеваний.

Существует два уровня клинического диагноза: синдромный и нозологический. При этом важно, что постановка синдромного диагноза ни в коей мере не означает, что он должен восприниматься как признак недостаточной компетенции врача, который его выставил, или как признак не до конца понятой у пациента болезни. Возможны и такие случаи, но они не являются правилом.

Именно поставив синдромный диагноз с определением перечня возможных у пациента и требующих дифференцировки болезней, он всегда будет на высоте положения, сохраняя все необходимые и достаточные условия для того, чтобы диагностический процесс совершался вплоть до установления истинного, нозологического диагноза.

Говоря о синдромном диагнозе, следует упомянуть, что в ряде случаев он есть вершина клинического диагноза. Это те случаи, когда самими номенклатурами и классификациями формы болезней представляются в виде синдромов, как, например, синдромы Бадда-Киари, Шейлен-Геноха, Марфана, Дауна и т.д.

Практикующий врач различает понятия клинического диагноза, номенклатуры и классификации болезней. Вещи эти совершенно разные, но нам повсеместно навязывают мысль, что именно номенклатура и классификация и есть суть и структура диагноза.

Несомненно, они должны учитываться в диагнозе, но как его составная часть. Ибо клинический диагноз есть сугубо индивидуальный, и эта его индивидуальность состоит не в индивидуальности болезни, но в оценке состояния здоровья пациента в целом.

THE ADVANTAGES OF NON-INVASIVE DIAGNOSTIC METHODS FOR NON-RHEUMATIC MYOCARDITIS IN A CASE STUDY

Korniichuk V.I.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Diagnosis of myocarditis at the present stage of development of medicine is a significant difficulty for a practitioner. This is due to the extremely diverse clinical picture of the disease, ranging from low-symptomatic or asymptomatic forms to severe clinical conditions, such as life-threatening rhythm disorders or cardiogenic shock, acute heart failure. Difficulties in the diagnosis of myocarditis are also caused by necessity for morphological confirmation of the diagnosis. However, endomyocardial biopsy is performed only in specialized medical centers and requires qualified medical staff. An additional limitation of this method is low sensitivity, due to

the local nature of the inflammatory changes in the myocardium and the small amount of material obtained. In this regard, in recent years, the method of magnetic resonance imaging with contrasting with gadolinium has become widespread.

The aim of the study. To evaluate diagnostic significance of non-invasive methods of myocarditis diagnostics.

A case report. A patient T., 43 years old, was admitted to the clinical diagnostic department with complaints of shortness of breath in a horizontal position at night and with significant physical exertion, sweating, periodically a feeling of lack of air, palpitations, discomfort in the left half of the chest, without a clear connection with physical load, aggravated by a change in position, occasionally dizziness, increasing general weakness, fatigue. He is sick for about 2 years, when suddenly began to note a heartbeat, shortness of breath, discomfort behind the sternum. For a long time did not apply, was not treated. Symptoms increased gradually. A complete left bundle branch block was found in the ECG at the time of consultation with the doctor, and the differential diagnosis of myocarditis, myocardial infarction, and circulatory cardiomyopathy became a question. An objective examination attracted attention to the weakening of 1 tone at the apex, the extension of the left border of relative cardiac dullness, weight loss.

In a laboratory study, an increase in C-reactive protein (up to 12), hypoproteinemia was noted. With echocardiography, the left ventricular cavity extension (ESV - 112 ml, EDV - 186 ml), There are no signs of LV myocardial hypertrophy. The valve apparatus is structurally stored. Regurgitation 1 degree on mitral and tricuspid valves Dyskinesia of the interventricular septum (blockade type). Hypokinesia of the anterior-septal apical segment of the left ventricle. Myocardial contractile function of the remaining LV segments is reduced (EF -39%). Pericardium without features. The troponin test is negative. There were no signs of coronary artery damage with coronary angiography. ACS was excluded. Given the duration of the course of the disease, the question arose of differential diagnosis of cardiomyopathy and chronic non-rheumatic myocarditis, unspecified etiology, subacute course.

Due to the difficulties of performing an endomyocardial biopsy, the patient was directed for MRI of the heart with contrasting gadolinium. This study revealed an active inflammatory focus up to 0.9 cm in the interventricular septum, which indicated in favor of myocarditis.

The patient was treated with medium doses of glucocorticosteroids, which eliminated the residual activity of the inflammatory process. Also, therapy with eplerenone, small doses of ramipril, nebivolol and metabolic therapy was performed. As a result of the therapy, within 2 months the ejection fraction rose to 57%, the clinical symptoms decreased.

Conclusion. MRI has high sensitivity for subacute and chronic forms of non-rheumatic myocarditis if there is an inflammatory process and can be the method of choice in the diagnosis of this pathology. The use of this method in most clinical cases will help to avoid the need for an endomyocardial biopsy.

**ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ НА РАННІХ
СТАДІЯХ РОЗВИТКУ НЕФРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З
АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
2 ТИПУ НА ФОНІ ТЕРАПІЇ ДАПАГЛІФЛАЗИНОМ ТА
БЛОКАТОРАМИ РААС**

Корнійчук В.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У сучасній клінічній практиці постає питання щодо вибору найбільш раціональної схеми цукрознижуючої терапії з метою досягнення оптимального контролю глікемії, попередження прогресування нефропатії, ангіопатії, полінейропатії, максимального зниження ризику серцево-судинних ускладнень, а також корегування інших наслідків цукрового діабету 2 типу, що впливають на тривалість та якість життя. Для пацієнтів з коморбідною патологією гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу на перший план виходить зниження загального серцево-судинного ризику та підтримання оптимального функціонального стану нирок.

Мета. Встановити роль дапагліфлазину на рівень мікроальбумінурії у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та артеріальною гіпертензією на фоні терапії іАПФ/БРА на основі результатів проведених багатоцентрових рандомізованих досліджень.

Матеріали та методи. Проведено післядослідницький аналіз двох багатоцентрових рандомізованих, подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень. Для обстеження було відібрано хворих з ЦД 2 типу 18-89 років з недостатньо контрольованими рівнями глікемії (Hb A1c 7,0-10,5%) й артеріальною гіпертензією (САД 140-165 мм рт.ст., ДАД 85-105 мм рт.ст). До аналізу включено 267 пацієнтів середнім віком 55 років, лише з мікроальбумінурією (САК ≥ 30 мг/г, < 300 мг/г), з яких 141 приймали дапагліфлазин 10 мг/добу і 126 плацебо. Всі пацієнти отримували антигіпертензивну терапію інгібітором АПФ або блокатором рецепторів ангіотензину II. Дослідження продовжувалось 12 тижнів.

Результати: Терапія дапагліфлазином зменшила рівень вихідної мікроальбумінурії на -35,4 %. Кількість пацієнтів з групи дапагліфлазину + іАПФ/БРА, у яких зменшився рівень білку у сечі від мікроальбумінурії до нормоальбумінурії склав 40,5% і у групі плацебо +

іАПФ/БРА на -23,9%. Застосування дапагліфлазину призвело до зниження середніх показників Нb А1с на -0,5 %, САД на -3,5 мм рт.ст., ваги на -0,8 кг і СКФ на -2,8 мл/хв/1,73 м² у порівнянні з плацебо. Профіль безпеки препарату відповідав іншим дослідженням дапагліфлазину та збільшення кількості вагомих побічних ефектів не спостерігалось.

Висновки: Застосування дапагліфлазину у хворих на цукровий діабет 2 типу у поєднанні з артеріальною гіпертензією достовірно знижує рівень мікроальбумінурії на початкових стадіях нефропатії, та попереджує розвиток функціональних та клінічних проявів ниркової недостатності.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF SERUM TRIGLYCERIDES IN VERY HIGH-RISK HYPERTENSIVE PATIENTS

Korolyuk O.Ya.

*Danylo Halytskyi Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine*

Key words: serum triglycerides, hypertension, diabetes, cardiovascular events.

Introduction: current guidelines are focused on LDL-cholesterol lowering, whereas the role of hypertriglyceridemia (HTE ≥ 1.7 mmol/L), need and way of its reduction remain controversial. Our study was aimed to elucidate characteristic co-morbidity and long-term risk of cardiovascular events (CVE) in very high-risk hypertensive patients with HTE.

Methods: 107 hypertensive subjects with established cardiovascular disease (2018 ECS/ESH guidelines) underwent anthropometry, transthoracic echocardiography, abdominal ultrasonography, measuring of glycated hemoglobin (A1c), lipid profile, oral glucose tolerance test (OGTT) with detection of serum insulin and C-peptide and calculation of insulin sensitivity indices. Fisher's exact test or Mann-Whitney U-test were used for inter-group comparison; survival was analyzed by Kaplan-Meier's method with calculation of cumulative proportion surviving (CPS), using Cox's F-test to compare the groups; P values <0.05 were considered significant. Combined endpoint included any of the following: death, hospitalization due acute coronary syndrome, heart failure or paroxysmal arrhythmias.

Results: the participants were divided into two groups (group 1 without HTE: males/females 28/21; group 2 with HTE 29/29) that did not significantly differed by median values of age, anthropometric parameters, blood pressure levels, A1c, and other serum lipids. Patients with HTE had higher prevalence of liversteatosis (81% vs. 55%, $P=0.01$), gallbladder diseases, e.g., biliary sludge, gallstones or prior cholecystectomy (55.2% vs.

34.7%, $P=0.05$), as well as history of hysterovariectomy among females (55.2% vs. 34.7%, $P=0.018$). Higher median values of glycaemia in all points of OGTT ($P<0.02$), fasting insulin and C-peptide levels ($P<0.002$), but lower values of Matsuda and de Fronzo indices ($P<0.005$) were found in group 2 patients. During subsequent follow-up 10 (23.8%) vs. 17 (41.5%) new cases of diabetes were detected in groups 1 and 2, respectively; CPS at 40 months were 72.8% and 35.7% in patients with and without HTE ($P=0.039$). Besides, after 50 months of observation 15 (30.6%) vs. 38 (65.5%) CVE were documented in groups 1 and 2, respectively with CPS of 69.0% and 30.7% respectively ($P=0.0002$).

Conclusions: very high-risk hypertensive patients with HTE had more severely impaired glucose metabolism and lower insulin sensitivity that may explain increased risk of diabetes. Typical co-morbidity included liver steatosis, gallbladder diseases, and surgical menopause among females. HTE was associated with significantly higher long-term risk of CVE.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕВМАТИЧНОЇ ПОЛІМІАЛГІЇ **Корчевська Г.І.**

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Ревматична поліміалгія – запальне захворювання опорно-рухового апарата, що розвивається у віці не раніше 50 років, і характеризується вираженими болями стереотипної локалізації (область шиї, плечовий і тазовий пояс), порушенням рухів, значним підвищенням лабораторних показників запалення, а також досягненням ремісії при призначенні глюкокортикостероїдів у невеликих дозах. Це захворювання рідко діагностується, але нерідко зустрічається.

Мета: розглянути особливості клінічної картини і тактики ведення пацієнта Б. з ревматичною поліміалгією.

Матеріали і методи: проаналізовано анамнез, дані клінічного, лабораторного та інструментального обстеження, лікувальна тактика щодо пацієнта Б.

Результати: Пацієнт Б., 80 років, самостійно звернувся на прийом до ревматолога зі скаргами на підвищення температури тіла до $37,2^{\circ}\text{C}$ протягом останніх 4 тижнів, схуднення на 5 кг за 2 міс., сильні болі, що охоплюють область шиї і плечовий пояс. Болі носили двосторонній, постійний характер, посилювалися при русі, вночі, при кожній зміні положення тіла, короткочасне полегшення стану приносив прийом простих анальгетиків або нестероїдних протизапальних засобів. Також турбувала скутість, найбільш виражена вранці після пробудження (зберігалася до 2 год.) або будь-якого тривалого періоду нерухомості. Больовий синдром супроводжувався обмеженням активних рухів в

суглобах, пацієнт потребував сторонньої допомоги при виконанні елементарних побутових і гігієнічних дій.

Захворів з червня 2019 року, коли після перенесеної верхнедолевої лівосторонньої пневмонії, поступово з'явилися скарги на болі в області шиї і верхнього плечового поясу. Протягом декількох тижнів інтенсивність суглобово-м'язових болів наростала, приєдналися нічні болі. Лікувався амбулаторно у терапевта з приводу первинного поліостеоартрозу, отримувал НПЗП, хондропротектори – без результату. Самопочуття тільки погіршилось. Слід звернути увагу, що в амбулаторних умовах не було звернено належної уваги на різке підвищення гострофазових показників крові (ШОЄ по методу Вестергрена 65мм/год, СРБ 50мг/л). За результатами дообстеження: ревматоїдний фактор (РФ) - 1,0 Од / л, антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП) - менше 7 Од / мл (при верхній межі - до 17). У протеїнограмі відзначалося підвищення вмісту альфа-2-глобулінів під час відсутності зміни рівня загального білка. Рівні КФК, ЛДГ, трансаміназ, лужної фосфатази, кальцію залишалися в межах референсних значень. Антинуклеарні антитіла не виявлені. При проведенні УЗД плечових суглобів виявлено двосторонній синовіт плечових суглобів, бурсит сумки подлопаточної м'язи, більш виражений справа. При об'єктивному огляді: стан середнього ступеня тяжкості, потребує сторонньої допомоги при роздяганні. Виявлено обмеження активних рухів в обох плечових суглобах, при закладі рук за спину і за голову, болючість при пальпації в області горбків головок плечових кісток. Вузлики Гебердена і Бушара в області міжфалангових суглобів кистей. За внутрішніми органами і системами - без особливостей.

Висновки: Таким чином, у пацієнта у віці старше 50 років з двосторонніми болями в області плечового поясу і підвищенням гострофазових показників крові (обов'язкові критерії), визначалися додаткові критерії: ранкова скутість більше 45 хв. (2 бали), відсутність підвищення в сироватці крові РФ і АЦЦП (2 бали), двосторонній синовіт плечових суглобів за результатами УЗД (1 бал), що дозволило розцінити це стан як ревматичну поліміалгію. Додатковою ознакою став також хороший ефект від прийому медролу в дозі 12 мг/добу, зазначений через 3 доби від початку прийому глюкокортикостероїдів.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Костаньян Г.О., Сакал В.В.

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

Мета. Вивчити особливості морфологічних виявів гастроезофагеальної хвороби на підставі дослідження слизової оболонки стравоходу за ендоскопічними і гістологічними критеріями.

Матеріал і методи. Обстежено 283 хворих з верифікованим діагнозом гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Діагноз встановлювався на підставі ендоскопічного та гістологічного дослідження. Біоптати брали на відстані 3-5 см вище від кардіальної частини. Досліджували стан слизової оболонки стравоходу, наявність гіперемії, ерозій, виразок, стриктур. Ступінь тяжкості рефлюкс-езофагіту оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією. Також визначали наявність або відсутність грижі стравохідного отвору діафрагми, недостатність нижнього стравохідного сфінктера.

Результати. За даними ендоскопічного дослідження стравоходу, в структурі ГЕРХ, у обстежених пацієнтів, переважала ерозивна форма - 53 % (150 осіб), неерозивну рефлюксну хворобу діагностовано у 44,9 % хворих (127 особи). У 7 пацієнтів (2,5%) виявлено стравохід Баррета. Також було виявлено різноманітні ступені езофагіту: так рефлюкс-езофагіт ступеня А діагностовано у 156 (55 %) хворих. Рефлюкс-езофагіт ступеня В виявлено у 102 (36%) пацієнтів; езофагіт ступеня С – у 25 (9%). Грижу стравохідного отвору діафрагми виявлено у 93(33%) хворих. Недостатність нижнього стравохідного сфінктера спостерігалась у 119 (42%) хворих.

Гістологічне дослідження дистального відділу стравоходу виявило, що морфологічними ознаками рефлюкс-езофагіту були лімфоцитарна і гістоцитарна інфільтрація слизової оболонки.

Висновки. Таким чином, у хворих на ГЕРХ виявлені зміни слизової оболонки стравоходу у вигляді обмежених ділянок гіперемії, набрякlostі нижньої третини стравоходу і кардіальної частини, ерозивних уражень. На наш погляд це пов'язано з несистематичним лікуванням або його браком через несвоєчасне звернення хворих по медичну допомогу.

THE STUDY OF THE RELATIONSHIP OF TENASCIN C AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND TYPE 2 DIABETES

Koteliukh M.Yu., Kravchun P.G.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim: to study the relationship between the components of the intercellular matrix and carbohydrate metabolism in patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes.

Materials and methods of research. The study was examined 110 patients, who were on stationary treatment in the Kharkiv National Clinical Hospital № 27 (Clinical Base of the Department of Internal Medicine No. 2, Clinical Immunology and Allergology of the Kharkiv National Medical University) and in the first cardiology department of the Central Clinical Hospital of Ukrzaliznytsia. All patients were divided into groups: the main group was 70 patients with acute myocardial infarction (AMI) with concomitant diabetes mellitus (DM) type 2; the comparative group - 40 patients with a type 2 diabetes without DM; the control group - 20 people. The control group consisted of practically healthy individuals. The tenascin C content was determined by enzyme immunoassay using the Human Tenascin-C Large (FNIII-C) reagent kit (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan).

Research results. Analysis of the study showed that the content of tenascin C for 1-2 days significantly increased in patients with AMI without type 2 diabetes by 34% compared with the control group ($p < 0.05$). In patients with AMI and type 2 diabetes, tenascinemia did not have a confidence level ($p=0.07$). The level of tenascin C by 10-14 days was decreased in patients with AMI and type 2 diabetes by 38% compared with patients with AMI without type 2 diabetes ($p<0.05$). The content of tenascin C on day 10-14 in patients with AMI without type 2 diabetes increased by 71% compared with the control group ($p<0.05$). The correlation analysis revealed the presence of feedback between the level of tenascin C on day 1-2 and glycosylated hemoglobin $r = -0.28$; $p<0.05$ and glucose $r = -0.24$; $p<0.05$. The relationship between tenascin C at 10-14 days and glycosylated hemoglobin $r = -0.70$, $p<0.05$ was determined.

Conclusions. Thus, the revealed relationship between tenascin C and carbohydrate metabolism showed that the presence of type 2 diabetes mellitus may have an effect on the state of the intercellular matrix in patients with acute myocardial infarction.

THE CHANGES IN THE SYSTEM OF THE INTERCELLULAR MATRIX IN THE PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH AND WITHOUT DIABETES MELLITUS TYPE 2

Koteliukh M. Yu.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim: the study the role of matrix metalloproteinase-13, tissue inhibitor of metalloproteinase-4, tenascin C in patients with acute myocardial infarction and diabetes mellitus type 2.

Materials and methods. In the study of 110 patients were examined in Kharkiv clinical hospital № 27. All patients were distributed into groups: basic group consisted of 70 patients with acute myocardial infarction (AMI) with concomitant type 2 diabetes mellitus (DM); the comparison group - 40 patients with AMI with the absence of DM type 2; control group - 20 people. ELISA were tested for matrix metalloproteinase-13 (MMP-13) «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA), tissue inhibitor of metalloproteinase-4 (TIMP-4) - «Human TIMP-4» (R & D Systems, Minneapolis, USA), tenascin C (TN C) - «Human Tenascin-C Large (FNIII-C)» (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan). The statistical result of computer processing using software Microsoft Office Excel and Statistica 6,0.

Research results. The level of MMP-13 for 1-2 days in patients with AMI and DM type 2 was 65.6 ± 2.5 pg/ml and 47.9 ± 3.8 pg/ml without DM type 2, when compared with the control group – 32.2 ± 2.6 pg/ml ($p < 0,05$). The content of TIMP-4 for 1-2 days in patients with AMI and type 2 diabetes was 1518 ± 136 pg/ml and 1540 ± 113 pg/ml compared with the control group - 1269 ± 75 pg/ml ($p < 0.05$). Content tenascin C level for 1-2 days in patients with AMI and DM type 2 was 18.64 ± 1.28 ng /ml and 20.12 ± 1.48 ng/ml compared to the control group - 14.93 ± 0.97 ng/ml ($p < 0.05$).

Conclusions. Thus, the presence of type 2 diabetes mellitus is associated with the activation of extracellular matrix system parameters, namely matrix metalloproteinase-13. Changes in matrix metalloproteinase-13 depend on the choice of treatment tactics.

АДИПОНУТРИН ТА ЕНЕРГЕТИЧНИЙ ОБМІН

Кравчун П.Г., Герасимчук У.С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: На даний час саме серцево-судинні ускладнення є сумним фіналом пацієнтів з морбідним ожирінням, обумовлюючи ранню інвалідизацію та передчасну смерть. Одну з вирішальних ролей у розвитку та прогресуванні серцево-судинних захворюваннях при

ожирінні належить медіаторам, котрі продукуються вісцеральними адипоцитами, - адипокінами. Мета цього дослідження - провести аналіз даних, наявних в сучасній літературі з метою пояснення важливості патогенетичного взаємозв'язку метаболічних захворювань з одним із гормонів білої жирової тканини, а саме адипонутріном (ADPN).

Матеріали і методи: В огляд включені дані зарубіжних і вітчизняних статей, знайдених в Pubmed і eLibrary по даній темі, опублікованих за останні роки.

Результати: Впродовж тривалого часу вважалося, що адипонутрін є виключно внутрішньоклітинним білком, який грає роль в метаболізмі ліпідів в печінці і жировій тканині. Проте фізіологічно значуща роль адипонутріна остаточно не була знайдена. Адипонутрін офіційно названий PNPLA3 і спочатку був ідентифікований як білок, специфічний для жирової тканини, який активується у генетично страждаючих на ожиріння гризунів і при годуванні раціоном з високим вмістом вуглеводів. За даними авторів, у людей печінкова експресія ADPN вище, ніж у мишей, і перевищує експресію ADPN в жировій тканині. ADPN має найвищу гомологію послідовності (56% ідентичності амінокислот в пататіновому домені) з ліпазою тригліцерид-ліпази(ATGL), фермент що обмежує швидкість для гідролізу тригліцеридів (ТГ) в жировій і неадипозних тканинах. Відповідно з структурною подібністю з ATGL також повідомлялося, що ADPN проявляє активність TG-гідролази. Фізіологічна значимість цієї активності була поставлена під сумнів, коли дефіцит ADPN у мишей не чинив значного впливу на гідроліз ТГ або вміст ТГ в жировій тканині й печінці. Наприклад, ліпогенні стимули різко збільшують ADPN експресію в адипоцитах і в печінці, тоді як ліполітичні стимули індукують ATGL і інгібують експресію ADPN. Крім того, надлишкова експресія ADPN дикого типу або варіанту I148M індукувала накопичення TG в культивованих гепатоцитах *in vitro* і аденовірусна опосередкована надлишкова експресія I148M в печінці мишей збільшувала вміст ТГ в печінці. Взяті разом, ці результати показали, що ADPN бере участь в синтезі ліпідів, а не в ліполізі, але біохімічна активність, що сприяє синтезу ліпідів, невідома.

Висновок: Таким чином вивчення даного адипокіну, а саме адипонутріну, є досить актуальним, і в майбутньому може мати певне значення при трактуванні результатів досліджень у хворих з надмірною масою тіла та ожирінням.

ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ГЛУТАТІОНТРАНСФЕРАЗИ GSTP1 НА ПЕРЕБІГ ХОЗЛ У ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ІХС.

Крахмалова О.О., Антонова І.В., Колеснікова О.М., Гетман О.А., Щенявська О.М.

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

Мета: визначити частоту загострень ХОЗЛ у пацієнтів з супутньою ІХС в залежності від поліморфізму гену глутатіонтрансферази GSTP1

Матеріали і методи: обстежено 156 пацієнтів хворих на ХОЗЛ та ІХС, з них 43 жінки та 113 чоловіків. Усі пацієнти, були розподілені на 2 групи: 1-ша група – пацієнти з нечастими загостреннями ХОЗЛ (1 та менше загострень на рік; 79 пацієнтів, середній вік становив (63,16±9,33) роки; 26 жінок, 53 чоловіка), 2-га група – пацієнти з частими загостреннями ХОЗЛ (2 та більше загострень на рік), 77 пацієнтів, середній вік – (64,16±9,39) років, 17 жінок, 60 чоловіків). Також була сформована контрольна група відносно здорових пацієнтів у кількості 26 чоловік (9 жінок (34,61%) та 17 чоловіків (65,39%). В групі контролю середній вік складав (M±SD) (62,34±9,31) років. Пацієнти та особи групи контролю були співставними за полом та віком (p>0,05).

Усім пацієнтам була виділена та очищена ДНК з цільної крові за допомогою набору реактивів «ДНК-сорб-В» (Амплісенс, РФ) згідно інструкції виробника та проведена ампліфікація та генотипування з використанням набору реагентів виробництва «Синтол» (РФ) згідно інструкції виробника.

Результати: Серед пацієнтів з ХОЗЛ з нечастими загостреннями (79 чоловік) спостерігався наступний розподіл поліморфізму Ile105Val гена глутатіонтрансферази GSTP1: AA - спостерігався у 52 пацієнтів (65,82 %), AG – 24 пацієнта (30,38%), GG – 3 пацієнта (3,8%). Серед пацієнтів з ХОЗЛ з частими загостреннями (77 чоловік) спостерігався наступний розподіл поліморфізму Ile105Val гена глутатіонтрансферази GSTP1: AA - спостерігався у 36 пацієнтів (46,75 %), AG – 39 пацієнта (50,65 %), GG – 2 пацієнта (2,60 %). В контрольній групі (26 чоловік) спостерігався розподіл поліморфізму Ile105Val гена глутатіонтрансферази GSTP1: AA - спостерігався у 13 пацієнтів (50,0 %), AG – 11 пацієнтів (42,30 %), GG - 2 пацієнта (7,70 %). Таким чином, серед усіх обстежених пацієнтів з ХОЗЛ (156 пацієнтів) найчастіше спостерігався поліморфізм Ile105Val гена глутатіонтрансферази GSTP1: AA - спостерігався у 88 пацієнтів (56,41 %), AG – у 63 пацієнтів (40,38 %). Найрідшим є генотип GG - 5 пацієнтів (3,21 %). При аналізі пацієнтів з ХОЗЛ з генотипом AA виявлено, що серед пацієнтів даної

групи середня кількість загострень ХОЗЛ становила ($M \pm SD$) ($1,46 \pm 0,55$) на рік. В групі пацієнтів з ХОЗЛ з генотипом АG було виявлено, що середня кількість загострень ХОЗЛ становила ($M \pm SD$) ($1,76 \pm 0,75$) на рік.

Висновок: Таким чином, можна зробити висновок, що наявність генотипу А/G гену GSTP1 є предиктором формування фенотипу ХОЗЛ з частими загостреннями. при якому кількість загострень ХОЗЛ впродовж року в середньому вища, ніж у пацієнтів з іншими типами генотипу: ($M \pm SD$) ($1,76 \pm 0,75$) у пацієнтів з генотипом А/G проти ($1,46 \pm 0,55$) у пацієнтів з генотипом А/А, $p < 0,05$).

ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЧНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ ІЗ РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА ТА СУПУТНЬОЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Кузьміна Н.В., Осовська Н.Ю., Грібенюк О.В., Кульчицька О.М., Макарова Л.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета: визначити та співставити показники метаболічного статусу у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії (ст) із різною масою тіла в залежності від наявності коморбідної неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Під спостереженням знаходились 109 хворих на ГХ II ст. із супутнім неалкогольним стеатогепатозом (НАСП), середній вік $48,4 \pm 1,8$ років. Діагноз ГХ II ст. встановлювали згідно критеріїв ESC і ESH (2013 р.) та рекомендацій УАК (2013 р.). НАСП діагностували за допомогою ультразвукового дослідження печінки та підтверджували біохімічним тестом «FibroMax». Хворі на ГХ II ст. та НАСП, були поділені на наступні підгрупи: підгрупа пацієнтів із оптимальною (ОМТ, $n=12$) та надлишковою (НМТ, $n=20$) масою тіла, підгрупа з ожирінням (Ож) 1-2 ступенів та НАСП ($n=77$). Показники ліпідного спектру сироватки крові визначали спектрофотометричним методом; рівень ліпопротеїну (а) (Лп(а)), С-реактивного протеїну (СРП), тумор некротичного фактору- α (TNF- α), адипонектину та інсуліну сироватки крові – методом імуноферментного аналізу (ІФА)

Підгрупи із різним ІМТ та коморбідним перебігом ГХ II ст і НАЖХП не відрізнялись між собою за більшістю показників метаболічного статусу. Наявність НАСП у пацієнтів із АГ та ОМТ, НМТ супроводжувалась такими ж негативними змінами метаболізму як і серед пацієнтів із Ож початкових стадій. Хоча «преморбідне» Ож, особливо Ож 2 ст., позначилось більш суттєвими змінами вуглеводного обміну (за рахунок підвищення рівня інсуліну та зростання величини

індексу НОМА, відповідно), а також прогресивним зниженням рівня адипонектину сироватки крові порівняно з хворими із ОМТ, $p < 0,05$.

Таким чином, перебіг ГХ II ст. характеризується негативними змінами показників нейро-гуморального статусу організму, проте наявність супутньої НАСП незалежно від різного індексу маси тіла у даної категорії пацієнтів посилює відхилення ліпідного, вуглеводного, жирового обмінів, виразність неспецифічної системної запальної реакції, таким чином, сприяючи підвищенню загального серцево-судинного ризику.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЙНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В УМОВАХ ГІПОКІНЕЗІЇ

Лазуренко В.В., Старкова І.В., Каліновська О.І., Алексєєва С.А.
*Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Харківський регіональний перинатальний центр, м. Харків, Україна*

Гіпокінезія – особливість життя суспільства України, яка зумовлена використанням сучасних технологій: автоматизації та комп'ютеризації. Відомо, що цей фактор негативно діє на усі органи і системи організму людини, але вивчення його впливу на вагітну жінку, як і раніше, залишається актуальним.

Мета: оцінити перебіг гестаційної гіпертензії у жінок, які тривалий час перебувають в умовах обмеження об'єму м'язової активності.

Матеріали та методи: обстежено 100 жінок після 20 тижнів вагітності з встановленою гестаційною гіпертензією, які розподілено у дві рівноцінні за кількістю клінічні групи. Першу (основну) групу складено з жінок, які перебували в умовах гіпокінезії на виробництві 5 – 10 років, 6 – 8 годин на добу. У другу (контрольну) групу включені вагітні, рухова активність яких була звичайною. Вік жінок складав 21 – 30 років, усі заперечували наявність впливу будь-яких шкідливих факторів, мали задовільні умови життя та заперечували наявність стресів. Обстеження жінок включало до себе моніторинг АТ, ЕКГ, ЕхоКГ, дослідження офтальмолога (стан очного дна), визначення креатинину у плазмі крові, аналіз сечі.

Результати: оцінка діастолічного тиску, який більшою мірою характеризує периферичний судинний опір, демонструє вищі показники у жінок основної групи, ніж у контрольній (відповідно: $101,3 \pm 0,3$ мм рт. ст. та $95,2 \pm 0,4$ мм рт. ст., $P < 0,01$).

У 35 жінок першої групи (70 %) визначено наявність об'єктивних ознак уражень органів мішеней з порушенням їх функції: ЕКГ – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, генералізоване звуження артерій сітківки, присутність у сечі незначної кількості альбумінів або протеїну.

Наявність білка у сечі десяти жінок основної групи (20 %) дало підставу для діагностики прееклампсії. У другій групі лише у 15 жінок (30 %) виявлено ознаки уражень органів-мішеней, але без порушення їх функції: фокальне звуження артерій сітківки та мікроальбумінурії. Лише у двох випадках в цієї групі (4 %), завдяки приєднанню протеїнурії, було встановлено прееклампсію.

Висновок: таким чином, тривале обмеження об'єму м'язової активності до вагітності, у разі виникнення гестаційної гіпертензії, призводить до її важкого перебігу із виникненням функціональних порушень органів-мішеней: серця, нирок. Усе це збільшує відсоток виникнення пізнього гестозу вагітних – прееклампсії.

Проведене дослідження дозволяє шукати напрямки профілактики патологічних станів, які можуть виникнути у жінок завдяки їх тривалому перебуванню в умовах гіпокінезії.

КЛІНІЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КАРДІОСИГНАЛІВ ПЛОДА У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Лахно І.В.

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

Мета: вивчити морфологічні параметри комплексу PQRSST і варіабельності серцевого ритма (BCP) за даними неінвазивної електрокардіограми плода (ЕКГП) у жінок з прееклампсією (ПЕ).

Матеріали і методи: було проведено вивчення неінвазивної ЕКГП у 106 вагітних з ПЕ. Реєстрацією ЕКГ плода проводили за допомогою монітора «Кардіолаб бекікард» (НТЦ «ХАІ Медика», Україна). Усіх обстежених було поділено на декілька клінічних груп. До I групи було віднесено 30 жінок із нормальним перебігом вагітності. У II групі під наглядом були 44 пацієнтки з ПЕ легкого або середнього ступеня. У III групі спостерігалися 32 вагітні з ПЕ тяжкого ступеня. Статистична обробка результатів роботи була проведена за допомогою пакету програм SPSS for Windows Release 19,0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, ліцензія № 15G09207000A).

Результати: було встановлено за даними вивчення BCP матері та плода пригнічення загального рівня регуляції та показників дихальної синусової аритмії на тлі зростання активності симпатичної ланки автономної нервової регуляції. При вивченні кореляції між показниками дихальної синусової аритмії матері та плода був виявлений значний рівень залежності у здорових вагітних ($r=0,68$). Середній рівень залежності ($r=0,50$) був встановлений у жінок з ПЕ легкого і середнього

ступеня. У пацієнок з ПЕ тяжкого ступеня кореляція була відсутня ($r=0,14$). Тобто, по мірі прогресування ПЕ погіршується взаємозв'язок регуляторних механізмів гемодинаміки матері та плода. Отримані дані дозволяють вважати, що ПЕ тяжкого ступеня відрізняється відсутністю кореляції між високочастотною ланкою ВСР матері та плода.

У 8 плодів жінок з ПЕ було встановлено наявність аритмії. У чотирьох випадках були зареєстровані шлункові екстрасистоли, у трьох – пароксизмальна тахікардія, а у одному – атріовентрикулярна блокада II ступеня. Проведені дослідження дозволяють вважати, що неінвазивна ЕКГП дозволяє діагностувати порушення провідності серця. На жаль, лише у 75 % було забезпечено вірогідну ідентифікацію зубця Р. Проблема лежить у низькому співвідношенні сигнал/шум. Хоча кардіологи дуже зацікавлені у якісній реєстрації предсердного зубця. Дійсно, у випадку необхідності підтвердження атріовентрикулярної блокади II ступеня (проведення сигналу від предсердь до шлуночків 1:2) наявність або відсутність зубця Р є одним з ключових моментів.

Висновок: дихальна синусова аритмія матері має регуляторний вплив на гемодинаміку плода при нормальній вагітності. Цей вплив поступово знижується і, навіть, зникає у жінок з ПЕ. Встановлена можливість вивчення порушень серцевого ритма плода є підставою для подальших досліджень. Неінвазивна ЕКГП є перспективним методом дистанційного моніторингу серцевої діяльності плода.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ

Лахно О.В., Цівенко О.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) в даний час є одним з найпоширеніших захворювань в гепатології. Важливим патогенетичним аспектом розвитку НАЖХП вважається дисбаланс жовчних кислот (ЖК). При ЦД2 типу та інсулінорезистентності (ІР) ендокринна функція жовчних кислот порушується, зменшується їх абсорбція. Як наслідок, збільшується жирова інфільтрація печінки, порушується метаболізм ліпідів, відбувається накопичення тригліцеридів і ліпопротеїнів низької щільності в печінці і плазмі. Зменшення циркулюючих жовчних кислот призводить до розвитку біліарної недостатності і прогресуванню НАЖХП.

Мета. Визначити загальний вміст ЖК в сироватці крові пацієнтів на НАЖХП і ЦД 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 58 пацієнтів з НАЖХП (30 жінок і 28 чоловіків). Середній вік хворих $-53,5 \pm 7,5$ року. З ЦД 2 типу 26

пацієнтів, з ІР - 32. Індекс маси тіла більше 30 кг / м². Діагноз верифіковано клінічними, біохімічними, інструментальними і морфологічними методами. Загальний вміст ЖК в сироватці крові визначали ферментним методом на біохімічному аналізаторі Olimpus з використанням тест-систем Randox (Англія).

Результати: У хворих на НАЖХП без порушення вуглеводного обміну (18 пацієнтів) середній вміст ЖК в сироватці крові склало $5,3 \pm 1,8$ мкмоль / л. У хворих НАЖХП з ІР - $8,79 \pm 4,94$ мкмоль / л. У 26 пацієнтів з НАЖХП і ЦД 2 типу їх зміст було достовірно знижено на 45% і склало $2,97 \pm 0,2$ мкмоль / л ($p = 0,001$).

Висновок. У пацієнтів на НАЖХП, яка спостерігається при ожирінні в 90% випадків, змінюється склад жовчі, збільшується її літогенність і розвиваються біліарний сладж і холелітаз. Жовчні кислоти регулюють метаболізм глюкози і ліпідів. Біосинтез і транспорт ЖК пов'язаний з активністю ферменту Na / K-АТФази. ЖК відновлюють чутливість рецепторів до інсуліну, лептину, греліну і адипонектину.

CHANGES OF ARTERIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH STABLE STENOCARDIA (ANGINA PECTORIS) AND METABOLIC SYNDROME

Lukashevych I.V.

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovynian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

The decrease of the life expectancy of the Ukrainian population is largely due to the high mortality from diseases of the circulatory system (DCS). According to statistics, DCS growth rates for the previous and recent years have doubled (from 21 to 41%). The first places in terms of the incidence rate are arterial hypertension (AH) and coronary heart disease (CHD), the increase of which was in the last 5 years, respectively, 69.8 and 48.1%, the prevalence of AH and CHD increased by 27.2 and 29.1%. Since the end of the 70s of the XX century, the subject of the debate is the hypothesis that people with an increased reaction to stress in the form of increased blood pressure (BP), an accession in heart rate and other cardiovascular reactions have an increased risk of developing of chronic AH.

Objective of research: to study changes in the physiological parameters of blood pressure under the influence of physical and psychoemotional loads, depending on the age.

Materials and methods. We examined 60 patients with stable angina pectoris and the metabolic mature and elderly syndrome. The dynamics of blood pressure was studied with the help of round-the-clock monitoring of blood pressure by the AVRМ-04 apparatus (Hungary). The patients were

divided into three groups: group I - patients with a significant increase of blood pressure mainly under the influence of physical activity; group II - patients with a significant increase of blood pressure, mainly under the influence of psychoemotional load; group III - patients in whom blood pressure was not significantly changed under the influence of physical or psychoemotional load.

Results. A detailed analysis showed that in the first group, the ratio of elderly and mature persons is 1: 2, and in the second group, on the contrary, 2: 1, in the third group the number of persons of mature and elderly age was almost the same.

The data obtained indicate that the highest rate of systolic blood pressure (SBP) per day was recorded in patients of group I ($165,37 \pm 2,5$, $p < 0,001$), which significantly differed from the similar value in group II ($136,9 \pm 4,7$, $p < 0,001$) and group III ($129,6 \pm 8,2$, $p < 0,001$). SBP max was significantly higher in the first group ($184,32 \pm 9,05$, $p < 0,05$) in comparison with this index in patients of the second group ($177,9 \pm 10,4$, $p < 0,05$). The same tendency was traced by SBP min ($124,9 \pm 5,89$ vs. $120,21 \pm 5,23$). The value of daytime SBP was also the highest in group I ($168,73 \pm 3,23$, $p < 0,05$), significantly differing from the same index in group III ($144,47 \pm 1,1$, $p < 0,05$). At night time, SBP in the first ($154,32 \pm 5,37$, $p < 0,001$) and in the second ($157,76 \pm 2,58$, $p < 0,001$) groups did not differ between themselves with a probable predominance in comparison with the third group ($118,59 \pm 3,1$, $p < 0,001$). The diastolic blood pressure (DBP) value for all characteristics was the highest in group II of investigated persons. Attention is drawn to the fact that significant differences were recorded in terms of DBP min:

group I - $61,29 \pm 6,14$, group II - $63,58 \pm 7,06$, group III - $46,17 \pm 2,42$. Thus, the revealed patterns indicates that the highest indicators of SBP were recorded in patients of group I, and the highest values of DBP- in group II.

Conclusion. So, under the influence of stress factors on the cardiovascular system of arterial pressure disorders in patients with stable angina pectoris in the background of the metabolic syndrome is realized through various pathogenetic chains and has a certain dependence on the patient's age. The further carrying out of similar researches is actual, so long as it will allow to individualize prescription of adequate therapy.

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Лукашевич І.В.

*ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”,
м. Чернівці, Україна*

Мета дослідження. Вивчити вплив курсового лікування настоянкою чистотілу великого на показники імунного статусу хворих на хронічний некаменеий холецистит в залежності від віку пацієнтів.

Матеріал і методи. Імунологічні дослідження проведені у 32 хворих на ХНХ віком від 18 до 79 років, які склали основну групу та 20 аналогічних хворих контрольної групи. Хворі в обох групах отримували однакове комплексне лікування, крім того, пацієнтам контрольної групи призначався ЧВ у вигляді 10% спиртової настоянки (еквівалентно 4 мг хелідоніну).

Результати. Вивчення стану клітинного та гуморального імунітету у хворих на ХНХ показало, що в період активності патологічного процесу в 38(72,65%) випадках виявляються зміни в імунному статусі, середня зміна реактивності відмічалась у 36,78%, помірна зміна реактивності – у 35,87%, нормальний стан – у 27,35% обстежених. Ці зміни полягали в розвитку відносної та абсолютної Т-лімфопенії, зниженні вмісту субпопуляцій, функціональної активності Т-клітин, достовірному підвищенні індексу співвідношення Th/Ts. Дослідження вмісту В-лімфоцитів виявило достовірне підвищення їх рівня, при цьому кількісні зрушення поєднувались із порушенням функціональної активності В-клітин, що визначалась за підвищеним вмістом основних класів сироваткових імуноглобулінів (IgM, Ig G), титром ЦІК. Рівень ЦІК був підвищеним у 89,13% пацієнтів. Крім того, у пацієнтів всіх вікових груп відмічалось значне зниження фагоцитарної активності.

Комплексне лікування ХНХ з використанням ЧВ призвело до нормалізації показників Т- і В-систем імунітету та природного захисту. Зокрема рівень Т-лімфоцитів в основній групі збільшився в 1,2 рази, в той час як в контрольній групі – в 1,07. Кількість активних форм Т-лімфоцитів збільшилась в 1,8 рази, а в контрольній – в 1,14. Рівень Th1Ts в основній групі зріс відповідно в 1,61 та 1,53 рази. Рівень В-лімфоцитів в основній групі знизився в 1,25 рази, тоді як в контрольній в 1,05. Рівень IgM та IgG в основній групі хворих зменшився в 1,45 та 1,67 рази, в той час як в контрольній групі ці - відповідно в 1,33 та 1,05 рази. Про сприятливу дію ЧВ на імунний статус свідчить зниження рівня ЦІК в основній групі хворих в 1,41 рази та зростання фагоцитарної активності в 1,22 рази. У хворих контрольної групи ці зміни були менш

помітними. Слід відмітити, що наведені вище зміни імунологічної реактивності організму були більш вираженими у осіб молодого та зрілого віку.

Висновок. Отримані результати свідчать, що курсове застосування препаратів чистотілу великого у пацієнтів з хронічним некаменевим холециститом молодого та зрілого віку сприяє підвищенню рівня Т-лімфоцитів, фагоцитарної активності, титру комплекменту, зниженню рівня В-лімфоцитів, ЦІК, ІgМ, ІgG, тим самим забезпечуючи стійкість та тривалість ремісії.

ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОХІДНИХ 2-ОКСОІНДОЛІН-3-ГЛЮКСИЛОВОЇ КИСЛОТИ В АСПЕКТІ ЛІКУВАННІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Луценко Р.В.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета роботи: дослідити вплив N-(1-нафтил)амід-2-оксоіндолін-3-глюоксилової кислоти на обмін амінокислот, пуринів, детоксикаційну функцію печінки та процеси пероксидації при гострому стресі.

Матеріали і методи: Експерименти виконані на 30 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар. N-(1-нафтил)амід-2-оксоіндолін-3-глюоксилової кислоти (сполука 18) вводили у дозі 12 мг/кг маси тіла внутрішньоочередово за 1 годину до початку гострого трьохгодинного іммобілізаційного стресу за Сельє. Через 1 годину після завершення стресу щурів піддавали етаназії під тіопенталовим наркозом (50 мг/кг) шляхом забору крові з серця до його зупинки. Визначали вміст продуктів, що реагують з тіобарбітуровою кислотою (ТБК-АП), активність каталази і супероксиддисмутази (СОД) в сироватці крові та гомогенатах міокарда і печінки. У сироватці крові досліджували вміст сечовини, сечової кислоти, креатиніну, загального білірубіну і його фракцій. Одержані значення обробляли з використанням критерію Ст'юдента для незалежних вибірок.

Результати: Перебіг стрес-синдрому характеризувався порушенням процесів пероксидації. Про це свідчило вірогідне зростання в сироватці крові вмісту ТБК-активних продуктів в 2,2 раза, підвищення активності каталази в 1,9 раза ($p < 0,02$) і зниження активності СОД в 1,5 раза ($p < 0,001$). У тканинах печінки збільшувався вміст проміжних продуктів ПОЛ у 2,3 раза ($p < 0,001$), збільшувалась активність каталази та зменшувалась активність СОД. При стресі у тканинах міокарду відмічалось суттєве накопичення ТБК-АП порівняно з контролем. У міокарді зменшилась активність каталази в 1,7 раза ($p < 0,001$) і активність СОД у 2,4 раза порівняно з контролем на ін'єкцію ($p < 0,001$). При стресі в сироватці

крові зростав вміст сечовини та сечової кислоти у 1,3 раза порівняно з контролем. Рівень креатиніну також вірогідно підвищився порівняно з контролем. За цих умов відмічалось підвищення вмісту загального білірубіну у 3,9 рази ($p < 0,001$), як за рахунок вірогідного зростання прямої так і не прямої його фракції. Профілактичне застосування сполуки 18 при стресі сприяло зниженню в крові вмісту ТБК-АПу 2 рази ($p < 0,02$). Це супроводжувалось нормалізацією активності СОД і каталази в крові порівняно зі стресом. У тканині печінки похідне 2-оксоіндоліну вірогідно запобігало накопиченню проміжних продуктів ПОЛ порівняно зі стресом без корекції. При цьому в органі вірогідно підвищувалась активність СОД. У міокарді вона зменшувала вміст ТБК-АП у 1,4 рази порівняно з контрольною патологією ($p < 0,01$). На цьому фоні сполука 18 вірогідно відновлювала знижену активність антиоксидантних ферментів. Речовина зменшувала вміст сечової кислоти в 1,2 раза і попереджала зростання рівня креатиніну в сироватці крові підданих стресу щурів. Також, ця сполука вірогідно попереджала підвищення концентрації загального білірубіну в сироватці крові за рахунок зменшення прямого у 2,1 рази і непрямого білірубіну у 3,1 рази порівняно зі стресом без корекції.

Висновок. При гострому стресі N-(1-нафтил)амід-2-оксоіндолін-3-глюксілової кислоти у дозі 12 мг/кг виявляв антиоксидантні властивості у внутрішніх органах та попереджала порушення метаболічних процесів.

СКРИНІНГОВА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ НА СІМЕЙНУ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЮ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА MQLFS

Мазніченко Є.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Пацієнти на сімейну гіперхолестеринемію (СГХ) повинні отримувати щоденну гіполіпідемічну терапію, а в поєднанні із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) додаткове гепатопротекторне лікування, що безпосередньо впливає на якість життя (ЯЖ) і асоційовано із низькою прихильністю до лікування.

Метою роботи було підвищення ефективності лікування хворих на СГХ із НАСГ шляхом розробки та застосування модифікованого опитувальника MQLFS для скринінгової оцінки ЯЖ і оцінки ефективності розробленого лікування на амбулаторному та стаціонарному етапі.

Матеріали та методи. До дослідження було включено $n=108$ хворих із клінічними ознаками СГХ та НАСГ, яким було проведено комплексне обстеження (збір анамнезу, фізикальне обстеження, лабораторне (аланін-

амінотрансфераза (АЛТ), аспартат-амінотрансфераза (АСТ), ліпидограма (ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), імунологічний (інтелейкін-6 (ІЛ-6), цитокератин-18 (ЦК-18)), із наступним розподілом на групи: I-n=35, отримувала терапію розувастатином; II-n=37 із додатковим призначенням омега-3 поліненасичених жирних кислот; III-n=36, додатково отримували гепатопротектор "Гепадиф". Оцінку ЯЖ проводили за допомогою розробленого опитувальника MQLFS Modified Questionnaire quality of Life for patients with Familial hypercholesterolemia and nonalcoholic Steatohepatitis) на початку лікування, 90-у добу терапії та через 6 міс. після проведеного лікування.

Результати. Розроблений метод суб'єктивної оцінки ЯЖ у хворих на СГХ із НАСГ шляхом застосування опитувальника MQLFS, який має прямий, сильний у пацієнтів I групи та дуже сильний у пацієнтів II та III групи кореляційний зв'язок із даними об'єктивного обстеження: з АЛТ I групи ($r=0,48$), АСТ ($r=0,76$), ЛПНЩ ($r=0,38$), ІЛ-6 ($r=0,5$), ЦК ($r=0,44$), в II групі з АЛТ ($r=0,75$), АСТ ($r=0,78$), ЛПНЩ ($r=0,46$), ІЛ-6 ($r=0,54$), ЦК ($r=0,48$) та III групі з АЛТ ($r=0,85$), АСТ ($r=0,86$), ЛПНЩ ($r=0,87$), ІЛ-6 ($r=0,85$), ЦК ($r=0,74$) відповідно. За результатами ROC-аналізу була виявлена середня, хороша та відмінна якість показників ЯЖ, тобто площа під кривими AUC знаходилась в межах 0,63 - 1,0 ($p<0,04$). Чутливість методу в I групі склала 65%, а специфічність 59%, в II - 73%, та 72% відповідно, а в III чутливість методу склала 83% і специфічність 82%. Порівняльного статистичного аналізу отриманих даних було виявлений прямий, сильний кореляційний зв'язок суб'єктивного статусу хворого із його соматичним станом. Найбільш виражені зміни суб'єктивного статусу спостерігали у пацієнтів III групи.

Висновки. В результаті кореляційно-регресійного, ROC та дисперсійного аналізів, можна вважати доцільним застосування опитувальника MQLFS у хворих на СГХ із НАСГ з метою скринінгової оцінки ЯЖ для персоналізованої тактики ведення пацієнта.

ІМУНОЛОГІЧНІ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНІ МАРКЕРИ ПРОГРЕСУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Мазур Т.С.

*Сумський державний університет медичний інститут, м. Суми,
Україна*

Актуальність: За офіційними даними "Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України", тільки у 2017 році в Україні було зареєстровано 103 927 осіб із вперше встановленим діагнозом цукровий діабет. В Україні частота діабетичної хвороби

нирок (ДХН) в структурі хронічної хвороби нирок (ХХН) залишається низькою, у той час, як в країнах ЄС та США ДХН є причиною ХХН у 30-60% хворих. За даними МОЗ України, кількість хворих на ЦД в Україні за 10 років (2007–2017) збільшилася на 48,5 %, а кількість хворих на ХНН, обумовленою ДН, за цей же період зросла на 60,86 %. ДН перебуває на другому місці після серцево-судинних захворювань (ССЗ) серед причин смертності хворих на ЦД 2-го типу, оскільки ускладнюється хронічною нирковою недостатністю (ХНН). ЦД 2-го типу — головна причина термінальної стадії ХНН, а ССЗ належать до найчастішої причини смерті у діабетичного загалу пацієнтів із ХХН.

Мета роботи: проаналізувати взаємозв'язок між маркерами діабетичної нефропатії та вираженістю дисфункції ендотелію в осіб з ЦД 2-го типу.

Матеріали та методи: . Одномоментне обсерваційне дослідження за участю 33 пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу, без ознак діабетичної нефропатії (І група), 35 хворих на цукровий діабет та діабетичну нефропатію 1-2 ст (ІІ група), 30 хворих на цукровий діабет та діабетичну нефропатію 3-4 ст (ІІІ група), 20 умовно здорових осіб (ІV група). У всіх хворих І, ІІ, ІІІ груп супутня патологія – артеріальна гіпертензія. Середній вік пацієнтів становив $62,31 \pm 0,2$ років. Порівнювали такі показники як: рівень креатиніну, сечовини, альбумінурії, ШКФ (за формулою СКД-ЕРІ), ендотеліну-1 (ЕТ-1) та цистатину С в сироватці крові.

Результати: В осіб з діабетичною нефропатією 3-4 ст рівень ендотеліну-1 був значно вищим, ніж у пацієнтів з інших груп, що свідчить про більш глибоке порушення функції ендотелію при прогресуванні захворювання. У пацієнтів ІІІ групи рівень ЕТ-1 становив $(11,42 \pm 0,49)$ пг/мл, ІІ – $(9,25 \pm 0,57)$ пг/мл; ІІІ – $(5,25 \pm 1,04)$ пг/мл, ІV – $(2,15 \pm 0,59)$ пг/мл, $p < 0,0001$. У пацієнтів з підвищеними показниками креатиніну, сечовини та зниженою клубочковою фільтрацією рівень ендотеліну-1 був вищим, ніж в осіб з нормальними показниками креатиніну, сечовини та ШКФ. Крім того, встановлено прямий помірний кореляційний зв'язок між рівнями цистатину С та ендотеліну-1 $r = 0,61$, $p < 0,05$, а також зворотний помірний кореляційний зв'язок між цистатином С та ШКФ $r = -0,41$, $p < 0,05$. У ході дослідження виявлено прямий сильний кореляційний зв'язок рівня альбумінурії та цистатину С, $r = 0,58$, $p < 0,05$.

Висновки: Таким чином, у хворих на цукровий діабет 2-го типу збільшення рівня ендотеліну-1 та цистатину С у міру зростання альбумінурії свідчить про вагомий вплив дисфункції ендотелію у міру прогресування діабетичної нефропатії.

ПОРІВНЯННЯ ТИПІВ ТРАНСМІТРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Майорова М.В., Шапаренко О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: провести порівняльну оцінку типів трансмітрального кровотоку у хворих на ішемічну хворобу серця в залежності наявності чи відсутності у них цукрового діабету 2 типу.

Матеріали і методи: В рамках даного дослідження нами було обстежено 52 хворих, які знаходились на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «Міська клінічна лікарня № 27» Харківської міської ради. Було сформовано групи дослідження: першу групу утворили 28 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу з середнім віком $64,2 \pm 3,41$ років; другу групу склали 18 хворих на ІХС без ЦД 2 типу у середньому віці $62,8 \pm 2,91$ років; третю групу – групу контролю – склали 6 майже здорових осіб, середній вік в цій групі становив $59,35 \pm 2,29$ років. Всім учасникам дослідження було виконано ехокардіографічне дослідження з використанням ультразвукового апарату RADMIR (Ultima PRO 30) (Україна) для встановлення типу трансмітрального кровотоку. Для підтвердження діагнозу ЦД 2 типу використовували визначення глюкози сироватки крові натще за допомогою глюкозоксидазного методу, а також визначення гликозильованого гемоглобіну сироватки крові за допомогою фотометричного методу з використанням тест-системи Reagent (Україна). Математичну обробку отриманих результатів було проведено за допомогою пакету програм Statistica 8.0 (StatSoft Inc, USA).

Результати: Щодо пацієнтів з ІХС та без ЦД 2 типу, то отримані наступні дані: у 50 % виявлений тип псевдонормалізації, у 30,7% - тип порушення релаксації, у 11,5% - рестриктивний тип, і у 7,7% - нормальний тип трансмітрального кровотоку. Щодо хворих на ІХС та ЦД 2 типу, то виявлено, що 70.3% з них мали тип псевдонормалізації, 21.6% - рестриктивний тип, 5.4% - тип порушення релаксації, а 2.7% - нормальний тип трансмітрального кровотоку. Всі пацієнти контрольної групи продемонстрували нормальний тип трансмітрального кровотоку.

Висновок: Нами було встановлено, що наявність цукрового діабету 2 типу впливає на формування типу трансмітрального кровотоку у хворих на ішемічну хворобу серця. Так, пацієнти з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу частіше демонстрували тип псевдонормалізації та рестриктивний тип; у той час, як для пацієнтів з ішемічною хворобою серця без цукрового діабету 2 типу найбільш

характерними були тип псевдонормалізації та порушення релаксації трансмітрального кровотоку.

БІОПЛІВКИ МІКРООРГАНІЗМІВ ТА ІХ РОЛЬ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ПІЄЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ

Макєєва Н. І., Мішина М. М., Головачова В. О., Марченко І. А., Осолодченко Т.П.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

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

Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Мета: визначити роль формування біоплівок мікроорганізмами у хронізації мікробно-запального процесу в нирках дітей.

Матеріали і методи: Нами обстежено 83 дитини, хворих на пієлонефрит (ПН), у віці від 1 місяця до 18 років, які перебували на лікуванні в нефрологічному відділенні КНП «Харківська клінічна дитяча лікарня №16» Харківської міської ради, з них 40 дітей хворі на гострий ПН і 43 дитини хворі на хронічний ПН. Верифікація діагнозу проводилася згідно з протоколом діагностики та лікування дітей з інфекціями сечової системи за допомогою стандартизованих і уніфікованих методик.

Для отримання біоплівки використано бактеріологічний метод для ідентифікації мікроорганізмів за загальноприйнятими мікробіологічними схемами виділення та ідентифікації мікроорганізмів. Тестування ізолятів на здатність утворювати біоплівки проведено в полістиролових планшетах з вимірюванням оптичної щільності на рідері «Multiskan EX 355».

Результати. Нами було визначено 131 штам мікроорганізмів: у дітей, хворих на гострий ПН – 82 штамми; у дітей, хворих на хронічний ПН – 49 штамів. В результаті дослідження встановлено, що основними збудниками, що викликали пієлонефрит у дітей були: *E.coli* (38,2%), *E.faecalis* (35,1%), *K.pneumoniae* (15,3%), *Proteus spp* (8,4%). Найбільший відсоток випадків ПН, що зумовлений *E.coli*, був виявлений у дітей віком до 3 років, у дітей віком від 8 до 18 років найчастіше ПН викликали *E.coli* та *E.faecalis*. Усі мікроорганізми, які викликали ПН, мали здатність формувати щільні біоплівки. Оптична щільність ізолятів у дітей, хворих на хронічний ПН була достовірно ($p < 0,05$) вище, ніж у дітей, хворих на гострий ПН. Найбільш щільні добові біоплівки утворювала *K. pneumoniae* ($3,21 \pm 0,27$ при гострому ПН та $4,56 \pm 0,28$ опт.од. при хронічному ПН).

Висновок: Виявлена здатність уропатогенів до утворення щільних біоплівки при ПН, може бути причиною розвитку та підтримки хронічного мікробно-запального процесу в нирках у дітей, що потребує подальшого пошуку антимікробних препаратів, здатних руйнувати біоплівки або перешкоджати їх утворенню.

**КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ
8-ІЗОПРОСТАНОУ ТА ЕЛЕКТРОЛІТІВ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ
З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ
ЛЕГЕНЬ Й АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Максів Х.Я., Марущак М.І., *Копаниця О.М.

Тернопільський національний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського,

**КЗВО «Рівненська медична академія» Рівненської обласної ради*

Мета: встановити зв'язки між рівнем електролітів крові (кальцій, натрій, калій) та рівнем 8-ізопростану у крові хворих на поєднаний перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) й артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріали і методи: Обстежено 73 хворих: 1 група – хворі на ХОЗЛ (25 пацієнтів), 2 група – хворі на ХОЗЛ з АГ (28 пацієнтів), а також 20 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Показники досліджували у венозній крові, отриманій під час забору крові з ліктьової вени в об'ємі 5 мл відповідно до характеру лабораторного дослідження: кальцій – фотометричним методом із арсеназо III; натрій – колориметричним методом із іонами магон сульфоналом; калій – із іонами тетрафенілборату турбідиметричним методом без депротейнування. Рівень 8-ізопростану в сироватці крові вимірювали за допомогою імуноферментного методу з використанням набору реагентів 8-Isoprostane ELISA Kit (No 516351), Cayman Chemicals (USA). Нормальними вважалися наступні концентрації: кальцію 2,05 – 2,5 ммоль/л, натрію 136-145 ммоль/л, калію 3,3-5,3 ммоль/л, 8-ізопростану 24,0-39,5 пг/мл. Ступінь взаємозв'язку між досліджуваними показниками визначали шляхом проведення кореляційного аналізу із використанням коефіцієнта кореляції Спірмена. Статистично значущими вважали коефіцієнти кореляції, критерій достовірності яких складав $p < 0,05$.

Результати: Найбільш надійним маркером оксидативного стресу in vivo вважаються F2-ізопростани, з яких 8-ізо-PGF₂ α є найбільш відомим ізомером. Встановлено вірогідне зростання вмісту 8-ізопростану в сироватці крові хворих на ХОЗЛ (в 4,1 раза) та ХОЗЛ+АГ (в 5,4 раза), стосовно контролю. Рівень калію і натрію у хворих на

поєднаний перебіг ХОЗЛ і АГ знаходився в межах фізіологічної норми і становив, відповідно, 4,53 (4,23;5,08) ммоль/л і 142,29 (140,18;143,85) ммоль/л, тоді як концентрація кальцію була вдвічі нижча показників контролю.

Встановлено вірогідний прямий кореляційний зв'язок між рівнем 8-ізопростану і натрієм ($r=0,38$), а також зворотний кореляційний зв'язок між показником вільнорадикального окиснення і калієм ($r=-0,45$) та кальцієм ($r=-0,60$) у хворих на коморбідний перебіг ХОЗЛ й АГ.

Висновок: Середні показники рівнів електролітів крові (натрій і калій) хворих на коморбідний перебіг ХОЗЛ й АГ відповідають встановленим нормам, тоді як концентрація кальцію достовірно знижується. Розвиток оксидативного стресу підтверджується зростанням рівня 8-ізопростану у хворих на поєднаний перебіг ХОЗЛ й АГ. Встановлений взаємозв'язок між досліджуваними електролітами і рівнем 8-ізопростану вказує на зміни електролітного балансу на фоні оксидативного стресу у хворих на ХОЗЛ й АГ.

ПЕРЕБІГ СИНДРОМА ВЕГЕТО - СУДИННОЇ ДИСТОНІЇ В ПОЄДНАННІ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Поєднанню синдрому вегето-судинної дистонії (ВСД) з пролапсом мітрального клапана приділяється велика увага.

Мета: вивчити особливості перебігу ВСД в поєднанні з пролапсом мітрального клапана (ПМК).

Матеріали і методи: обстежено 119 хворих віком від 18 до 36 років з ВСД різного генезу. Діагноз верифіковано за даними клініко-неврологічного, біохімічних, інструментальних методів обстеження (ЕКГ, ЕхоКГ, РЕГ, ЕЕГ). У 34 пацієнтів (27 жінок, 7 чоловіків) вперше виявлений ПМК. Цих пацієнтів було розподілено на 2 групи: I група – хворі з ПМК та порушенням гемодинаміки – 8 чоловік (у них виявлено ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, підвищення питомої ваги юних форм і форм подразнення у тромбоцитограмі); II група – хворі з ПМК без порушення гемодинаміки – 26 чоловік.

Результати: ведучою скаргою пацієнтів був головний біль, запаморочення, загальна слабкість, напади втрати свідомості, відчуття страху, серцебиття, підвищення артеріального тиску. У всіх хворих в анамнезі були дані за перенесену анте- і інтранатальну гіпоксію головного мозку.

У неврологічному статусі відзначалось ураження III, IV, VI пар черепно-мозкових нервів, анізорефлексія, наявність патологічних стопних знаків. У вегетативному статусі переважав психо-вегетативний синдром - 93,2%, синдром прогресуючої вегетативної недостатності – 6,4%. Синдром ВСД у I групи хворих проявлявся пероксизмальними станами (синкопи, судомні напади). У II групи хворих переважали панічні атаки, симпатоадреналові кризи. При ЕЕГ-обстеженні у всіх хворих виявлені зміни біоелектричної активності головного мозку: у скроневих ділянках (4 хворих); дифузні зміни, що реєструються із стовбурових структур (9 хворих); підвищена судомна активність (11 хворих). Рентгенологічно у всіх хворих знайдені ознаки нестабільності шийного відділу хребта. На РЕГ-кривій – виявлено підвищення тону судинної стінки (7 хворих); міжпівкульна асиметрія (8 хворих); гіпотонічний тип РЕГ (6 хворих); ознаки венозного застою (9 хворих).

Висновки: ПМК виявлявся у хворих з маніфестною клінікою вегетативної дистонії у вигляді психовегетативного синдрому, перманентних та пароксизмальних вегетативних розладів при наявності неврологічних симптомів та змін біоелектричної активності головного мозку резидуально – органічного генезу. Виявлені дані не дозволяють однозначно встановити причинно-наслідкові взаємовідносини між ВСД та ПМК, однак безперечно доводять доцільність використання у комплексній терапії таких пацієнтів засобів, які поліпшують мозковий метаболізм, кровообіг та біоелектричну активність головного мозку.

ДЕЯКІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТРИВОЖНО – ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Проблема реабілітації хворих з нервово-психічними розладами є актуальною. В останні роки значно зростає кількість хворих з різними психічними порушеннями, котрі сховані за різноманітними соматичними скаргами. Біль – це найбільш часта скарга, з якою пацієнти звертаються до лікарів. Цей контингент хворих сконцентрований переважно в загальномедичній мережі, де перебувають під наглядом сімейних лікарів. У поле зору психіатрів ці хворі потрапляють через роки, найчастіше при цільовому вибірковому обстеженні.

Соматичні симптоми настільки маскують депресивну симптоматику, що пацієнти не можуть зрозуміти свій стан, прагнуть знайти психологічно зрозумілі реалії стосовно свого хворобливого стану. Соматичні страждання, болі в різних частинах тіла, органах та системах «переконують» їх в тому, що їм вже нічого не допоможе. Ці

обставини ускладнюють психологічне уявлення про свою хворобу і в багатьох випадках ці пацієнти втрачають надію на вилікування. В них формується психологічний фон тяжко хворої людини, вони зосереджуються на своїй хворобі. Хворі з тривожно-депресивними порушеннями мають складний комплекс функціональних розладів, які нерідко відіграють головну роль в формуванні, так званої, «внутрішньої картини» захворювання. Корекція «внутрішньої картини» захворювання є важливим компонентом медичної реабілітації. Вона потребує врахування всіх факторів, які визначають сприйняття хворими свого дефекта. Між цим, на жаль, при організації реабілітаційних заходів лікарі більше значення приділяють органічній патології.

При проведенні медичної реабілітації необхідно враховувати та аналізувати всі скарги хворого на своє здоров'я для виявлення джерела їх походження. Реабілітація хворих з тривожно-депресивними порушеннями має бути своєчасною. На першому етапі може бути рекомендована психокорекція (бесіда, консультація, порада). Другий етап – індивідуальні лікувальні заходи (традиційна фармакотерапія в комбінації з немедикаментозними методами лікування). Третій етап – соціальна реадaptaція методом опосередкованої взаємодії соціального середовища і особистості хворого у відновленні минулих навичок, способу життя, а також вибіркового факторів, що стимулюють соціальну активність.

Таким чином, сімейний лікар крім медикаментозного лікування має володіти методами раціональної психотерапії. В зв'язку з цим при підготовці сімейних лікарів бажано більш уваги приділяти розгляденню психотерапевтичних методів, психологічних, філософських та етичних питань.

THE EFFECT OF ANGIOGENESIS FACTORS ON CARDIODYNAMICS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION, DEPENDING ON THE PRESENCE OF OBESITY

Martovytskyi Dmytro, Shelest Oleksiy, Selim Asmaa
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The aim of the study: To estimate the markers of angiogenesis: insulin-like growth factor-1 (IGF-1) and endostatin in patients with acute myocardial infarction (MI) depending on the presence of concomitant obesity.

Materials and methods: 105 patients with acute MI were enrolled in the study (average age 64.6 ± 7.4 years), 55 of them with concomitant obesity. The control group consisted of 20 healthy persons. These groups were equivalent by sex and age. MI was diagnosed according to ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation (2017). Obesity was diagnosed

according to guidelines of American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology for patients with obesity (2016). All patients underwent echocardiography with measurement of end-diastolic dimension (EDD), end-systolic dimension (ESD), end-systolic volume (ESV), end-diastolic volume (EDV).

Results: A negative correlation between IGF-1 and cardiodynamic parameters: EDD ($r=-0.21$, $p<0.05$), ESD ($r=-0.22$, $p<0.05$), ESV ($r=-0.24$, $p<0.05$), EDV ($r=-0.25$, $p<0.05$) were found. Also we can see positive correlation between IGF-1 and troponin I ($r=0.36$, $p<0.05$) and interventricular septum thickness ($r=0.44$, $p<0.05$). There were a positive correlation between endostatin and cardiohaemodynamic parameters: EDD ($r=0.24$, $p<0.05$), ESD ($r=0.35$, $p<0.05$), ESV ($r=0.25$, $p<0.05$), EDV ($r=0.27$, $p<0.05$).

Conclusions: High activity of IGF-1 accompanied with increasing of grothening thickness of the wall of the left ventricle in patients with MI and obesity. A high level of IGF-1 testified to decrease in cardiohemodynamic. In contrast, with an increase in endostatin, cardiohemodynamic parameters increased proportionally.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА НЕПРОГНОЗОВАНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Матвієнко Ю.О., Грабченко Н. І., Рекалова О.М.,
Панасюкова О. Р., Ясир С. Г.

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

Мета: провести диференціальну діагностику непрогнозованих реакцій на протитуберкульозні препарати у хворих на туберкульоз легень за допомогою визначення рівня сироваткової триптази.

Матеріали і методи: імунологічне обстеження проведено у 31 хворого на туберкульоз легень в інтенсивній фазі лікування протитуберкульозними препаратами 1 ряду (рифампіцин, изоніазид, етамбутол) з метою диференціальної діагностики непрогнозованих реакцій на протитуберкульозні препарати, в першу чергу – встановлення алергічного характеру реакцій непереносимості. Клінічно алергічні реакції були виявлені у 10 хворих (32,3%) (1 група). В 2 групу увійшли 21 пацієнт без клінічних ознак медикаментозної непереносимості. Для диференціації причинного лікарського засобу був використаний тест седиментації еритроцитів, значення якого різко зростає після інкубації з препаратом, до якого існує непереносимість [Солошенко Е. М., 2002]. Визначення триптази в сироватці крові (яка звільняється при

дегрануляції тучних клітин і вважається єдиним маркером гострих алергічних реакцій) проводили імунофлуоресцентним методом із застосуванням комерційних реагентів («UniCAP 100», Phadia, Швеція). В якості контролю було обстежено 15 здорових осіб.

Результати: в тесті седиментації еритроцитів виявлено виразну гіперчутливість (3-4 ступеня) до протитуберкульозних препаратів першого ряду у 10 (100,0 %) хворих з клінічними проявами непрогнозованих реакцій на протитуберкульозні препарати (1 група) та у 13 хворих (61,9%) 2 групи без клінічних ознак алергії. В групі здорових такий тест був слабо позитивним (1 ступеня) у 1 людини (6,7 %), $p < 0,05$. Для підтвердження алергічного характеру реакцій до протитуберкульозних препаратів визначали рівень сироваткової триптази. Підвищення базового рівня сироваткової триптази в 2 рази було виявлено тільки у 4 хворих (40%) 1 групи, що підтверджувало алергічний характер медикаментозної непереносимості.

Висновок: Тест седиментації еритроцитів підтверджує наявність непрогнозованих реакцій медикаментозної непереносимості у хворих на туберкульоз легень. Дослідження рівня сироваткової триптази у таких хворих підтверджує алергічний характер реакції на препарати.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ТА ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1-ГО ТИПУ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Матковська Н.Р., Вірстюк Н.Г.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
Івано-Франківськ, Україна*

Мета – дослідити взаємозв'язок показників фіброзу печінки та інгібітора активатора плазміногену 1-го типу (ІАП-1) у крові хворих на алкогольний цироз печінки (АЦП), поєднаний з неалкогольною жирковою хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Обстежено 80 хворих на АЦП, 72 чоловіки і 9 жінок, віком від 34 до 65 років; серед них було 39 пацієнтів з АЦП (I група) і 33 – з АЦП у поєднанні з неалкогольною жирковою хворобою печінки (НАЖХП), (II група). АЦП класу А, В і С за Чайльд-П'ю діагностовано у 16, 12 і 10 пацієнтів I групи і 12, 11 і 10 пацієнтів II групи. Було проведено загальноклінічне, антропометричне, інструментальне та лабораторне обстеження. Вміст ІАП-1 визначали імуноферментним методом. Ступінь фіброзу паренхіми печінки оцінювали за допомогою розрахунку індексу фіброзу FIB-4 та за величиною еластичності (кРа) паренхіми печінки, що визначали

методом зсувнохвильової еластографії з оцінкою ступеня фіброзу по шкалі METAVIR. Контролем були 20 практично здорових осіб.

Результати. Показники еластичності паренхіми печінки та індексу FIB-4 у хворих обох груп збільшувалися зі збільшенням декомпенсації хвороби. Значення показника еластичності паренхіми печінки були вищі у пацієнтів II групи порівняно з пацієнтами I групи. Зокрема, у осіб ІА, ІВ та ІС вони були вищі за такі показники ІА, ІВ та ІС у 1.25, 1.27 та 1.32 рази відповідно ($p < 0.05$). Показники FIB-4 у пацієнтів II групи були вищі за класів А, В та С порівняно з такими показниками I групи на 7.26%, 9.11% та 10.11% відповідно ($p < 0.05$).

Вміст ІАП-1 у крові хворих II групи складав ($70,8 \pm 2,6$) нг/мл і перевищував такий у хворих I групи ($54,3 \pm 2,2$) нг/мл ($p < 0,05$) і в здорових ($12,8 \pm 0,7$) нг/мл ($p < 0,05$). Вміст ІАП-1 у хворих на АЦП залежно від класу А і В за Чайльд-П'ю достовірно не відрізнявся як у II ($p > 0,05$), так і в I групі ($p > 0,05$), проте був нижчим у хворих класу С за Чайльд-П'ю в обох групах ($p < 0,05$).

У хворих на АЦП за наявності НАЖХП виявлені прямі кореляції між індексом FIB-4 та еластичністю паренхіми печінки ($r = 0.72$; $p = 0.0005$), індексом FIB-4 та величиною показника ІАП-1 ($r = 0.63$; $p = 0.0003$), еластичністю паренхіми печінки та величиною показника ІАП-1 ($r = 0.67$; $p = 0.0006$).

Висновки. 1. У хворих на АЦП відзначається збільшення вмісту ІАП-1 у крові, особливо за наявності поєднання з НАЖХП. 2. Виявлено прямий зв'язок збільшення вмісту ІАП-1 з показниками ступеню фіброзу печінки – еластичності паренхіми печінки та індексу FIB-4.

ЗМІНИ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Мельничук І.О.

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

Мета: виявити та оцінити особливості амінокислотного складу сироватки крові у хворих на пароксизмальну форму фібриляції передсердь та ішемічну хворобу серця.

Матеріали і методи: В ході роботи було обстежено 77 пацієнтів, з них 15 практично здорових осіб – контрольна група (КГ), 24 хворих на ішемічну хворобу серця: стабільну стенокардію напруги II-III ФК (ІХС) та 38 хворих на ІХС з пароксизмальною формою фібриляції передсердь (ФП). Всі діагнози були встановлені згідно діючих клінічних рекомендацій Європейського товариства кардіологів. Всі групи були

статистично співставні. Забір крові пацієнтам проводився натще в перший день госпіталізації в ЕДТА-пробірки.

Результати: У пацієнтів з ІХС під час пароксизму ФП було виявлено достовірне зниження вмісту орнітину ($134,50 \pm 18,73$ та $163,60 \pm 13,53$ відповідно) та аланіну ($310,40 \pm 20,37$ та $315,00 \pm 32,10$ відповідно) в сироватці крові порівняно з хворими на ІХС без порушень серцевого ритму. Одночасно не виявлено достовірної різниці між вмістом орнітину та аланіну сироватки хворих на ІХС та КГ. За літературними даними орнітин приймає участь в жировому обміні міокарду, а аланін – в вуглеводному, отже зниження їх загального вмісту може свідчити про активізацію метаболічних процесів в серцевому м'язі за умов пароксизму ФП. Також під час пароксизму ФП спостерігалось достовірне зростання вмісту треоніну ($102,90 \pm 9,13$ та $85,12 \pm 8,09$ відповідно) та валіну ($201,90 \pm 17,57$ та $171,20 \pm 9,67$ відповідно) в сироватці крові порівняно з хворими на ІХС та КГ ($102,90 \pm 9,13$ та $79,05 \pm 6,84$ відповідно для треоніну; $201,90 \pm 17,57$ та $157,78 \pm 7,53$ відповідно для валіну). Згідно літературних даних валін є одним з маркерів оксидативного стресу, а зростання треоніну може свідчити про активацію імунної відповіді. Також у хворих на пароксизмальну форму ФП та ІХС спостерігалось високодостовірне зростання загального вмісту сірковмісних амінокислот ($117,30 \pm 6,78$ та $101,00 \pm 11,61$ відповідно) та достовірне зниження загального вмісту нейтральних ($165,20 \pm 13,26$ та $194,30 \pm 17,00$ відповідно) та незамінних ($589,20 \pm 34,19$ та $654,00 \pm 38,94$ відповідно) амінокислот в сироватці крові порівняно з хворими на ІХС без порушень серцевого ритму.

Висновок: Визначення амінокислотного складу сироватки крові у хворих на пароксизмальну форму фібриляції передсердь та ішемічну хворобу серця є доцільним для поглиблення розуміння патогенезу порушень серцевого ритму та подальшого пошуку нових шляхів їх попередження та лікування.

ПИТАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ В НАУКОВИХ ПРАЦЯХ АКАДЕМІКА Л.Т. МАЛОЇ ТА ЇЇ ШКОЛИ

Милославський Д.К., Коваль С.М., Снігурська І.О., Старченко Т.Г.
*ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України»,
м. Харків*

Вагомий внесок у вивчення патогенетичних механізмів становлення і прогресування артеріальної гіпертонії (АГ) внесла академік АМН України Л.Т. Мала (1919-2003). Це захворювання приваблювало Л.Т.Малу своєю клініко-патогенетичних форм,

різноманітним механізмів нейрогуморальної регуляції, грізними ускладненнями, можливостями профілактики на рівні популяції. Академік Л.Т. Мала співпрацювала з визнаними авторитетами в цій галузі акад. Є.М. Тарєєвим, О.Л. М'ясниковим, Є.І. Чазовим, М.С. Кушаковським, В.О. Алмазовим, Р.Г. Огановим, О.П. Голиковим, А.Д. Візіром, О.І. Грицюком, М.С. Заноздрою, Д.Ф. Чеботарьовим, О.В. Коркушом, Є.М. Нейком, Г.В. Дзяком та іншими. У 80-90-і рр. ХХ століття під керівництвом Л.Т. Малої в співдружності з РКНЦ в Україні виконувалися Міжнародні кооперативні програми «Інтегрована профілактика основних неінфекційних захворювань (СІНДІ)», «Тривала медикаментозна терапія хворих коронарною хворобою серця і артеріальною гіпертонією», « Епідеміологія серцево-судинних захворювань і їх факторів ризику в різних регіонах країни», « Контроль артеріальної гіпертонії в популяції різних регіонів країни». Л.Т. Мала також ініціювала створення і виконання Національної програми профілактики і лікування АГ в Україні (1999-2012 рр.). Під керівництвом акад. Л.Т. Малої вивчена епідеміологія АГ та факторів ризику її розвитку серед різних верств населення, створені високоінформативні методи оцінки ризику розвитку і прогресування захворювання на рівні популяції, розроблена система профілактики захворювання і його ускладнень у хворих з різною супутньою патологією, створені інформативні алгоритми ранньої і диференціальної діагностики симптоматичних АГ. Її учнями вивчені основні гемодинамічні та структурні закономірності розвитку і прогресування гіпертонічної хвороби (ГХ), особливості добового профілю АГ у хворих на різні форми ГХ і симптоматичних АГ, доведена ключова роль нейрогуморальних систем у формуванні ГХ і її ускладнень, виявлено порушення функції ендотелію на початкових стадіях захворювання, встановлений внесок простаноїдів, опіоїдних і натрійуретичних пептидів, ендотеліну, хімази, нейропептиду Y в розвитку різних форм ГХ, вивчена патогенетична роль інтерлейкінів (ІЛ) 1 і 2, мембранно-клітинних змін в патогенезі ГХ і її ускладнень, розроблено і впроваджено оптимальні методи комбінованої терапії. Вивчаючи клініко-патогенетичні та терапевтичні питання АГ, академік Л.Т. Мала виступала з науковими доповідями на 40 міжнародних з'їздах кардіологів, брала участь в роботі 62 європейських конгресів і симпозіумів. Серед її соратників у області гіпертензіології слід згадати доцента Васильєва Ю.М. (1938 - 1996), Ляшенка М.М. (1925-1994), Педан Н.В. (1957-2012). Серед величезного творчого доробку академіка Л.Т. Малої тільки питань АГ стосуються 3 монографії, 7 методичних рекомендацій, 8 збірників наукових праць, опубліковано понад 100 статей у журналах, захищено 9 докторських і 23 кандидатські дисертації.

О ВОЗМОЖНОМ ВЛИЯНИИ МЕТФОРМИНА НА КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Мисюрева С.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Введение. В настоящее время сахарный диабет (СД) является самым распространенным эндокринным заболеванием. Согласно статистическим данным количество больных сахарным диабетом в мире удваивается каждые 10-15 лет и, по оценкам экспертов ВООЗ, число больных к 2025 году возрастет до 300 млн. человек. Из всех пациентов с сахарным диабетом 95% составляют больные инсулиннезависимым

Согласно рекомендациям Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation), метформин является препаратом выбора при назначении терапии пациентам с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа (СД2). Американская диабетическая ассоциация и Европейская ассоциация по изучению сахарного диабета рекомендуют метформин в качестве препарата первой линии терапии СД2 совместно с нефармакологическим лечением.

Многочисленными клиническими исследованиями доказано многостороннее действие метформина. Он влияет на метаболизм глюкозы, что проявляется снижением периферической инсулинорезистентности и, соответственно, улучшением утилизации глюкозы в печени, мышцах и жировой ткани, подавлением глюконеогенеза в печени и замедлением кишечной абсорбции глюкозы. Метформин оказывает влияние на многие звенья липидного обмена (снижает содержание общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и триглицеридов), уменьшая тем самым проявления дислипидемии. При этом масса тела пациентов умеренно снижалась. Фибринолитическое действие метформина обусловлено снижением активности ингибитора активатора плазминогена типа 1, уменьшением и последующей пролиферацией гладкомышечных клеток в сосудистой стенке *in vitro*, а также снижением скорости атерогенеза. Существенным фактором развития обтурации капилляров при СД является повышенная агрегация тромбоцитов. Многочисленные исследования *in vitro* и *in vivo* указывают на то, что метформин снижает риск тромбообразования путем понижения агрегационной активности тромбоцитов.

Результаты и выводы. В Клинико-диагностическом центре НФаУ было проведено клиническое исследование с участием здоровых добровольцев по сравнительной оценке фармакокинетики и переносимости лекарственных препаратов, содержащих в своем составе метформин. В исследовании принимали участие 28 здоровых добровольцев. Во время проведения исследования нами были получены

данные о влиянии метформина на количество тромбоцитов. У 23 добровольцев (соответственно 82,1%) было отмечено снижение количества тромбоцитов, причем у 17 добровольцев (что составляет 60,7%) это снижение было значительным (от 14 до 44%). Полученные данные требуют дальнейшего тщательного изучения.

IMPORTANCE OF PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR TYPE 1 AND ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE IN THE PROGNOSIS OF RECURRENT MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Minukhina D.V., Babadjan V.D.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Among the many pathogenetic mechanisms of vascular injury in ischemic heart disease and type 2 diabetes mellitus (type 2 DM), endothelial dysfunction is crucial. An important role is played by indicators of inflammation and endothelial dysfunction in the development of complications of acute myocardial infarction (AMI). Asymmetric dimethylarginine (ADMA) is a new risk factor for cardiovascular disease associated with a spectrum of clinical situations characterized by impaired production of nitric oxide. As a structural analogue of L-arginine, ADMA suppresses the activity of all isoforms of endothelial nitric oxide synthase (NOS), causing impaired mechanisms of formation of nitric oxide in blood plasma and tissues. Plasminogen activator inhibitor type 1 (PAI-1), as a major physiological inhibitor of plasminogen activation in vivo, inhibits thrombolysis by inhibiting the dissolution of fibrin filaments.

Aim. Construct a mathematical model that allows to predict the development of recurrent myocardial infarction in patients with acute myocardial infarction in the presence of concomitant type 2 diabetes mellitus.

Materials and methods. The study included 73 patients with AMI and type 2 DM (among them 43 men and 30 women, mean age 62.73 ± 1.39 years), 57 patients with AMI without type 2 DM (among them 43 and 14 women, mean age 63.97 ± 1.47 years). Level of PAI-1 was carried out by immunoassay using commercial test systems Technoclone PAI ELISA Kit (AUSTRIA), adma-Immunodiagnostik ADMA Xpress ELISA Kit (Austria).

Results. In the first phase of the study patients were assigned to the 1st or 2nd cluster of increased of recurrent myocardial infarction by using classification functions: $\Delta F = F_2 - F_1 = \text{cholesterol} + 0,2 * \text{insulin} - 19,5 \geq 0$, if the calculated value of ΔF for a patient with type 2 diabetes mellitus is positive, then it should be attributed to the 2nd cluster and otherwise to the 1st cluster. The second phase of the study was calculating the index of probability

of re-infarction (IPI) by the formula where $IPI = 2 * \text{«final diastolic volume»} + \text{«ADME»} + \text{«PAI-1»} + \text{«creatine phosphokinase»}$. We determined the overall prediction accuracy of the classifier ensemble, which was 87.7 % (64/73), where the prediction method sensitivity was 84.1% (correctly predicted infarction in 37 patients among 44 patients with recurrent MI), and specificity – 93,1% (correctly predicted infarction in 27 patients among 29 patients with recurrent MI).

Conclusions. The model for predicting the development of repeat Q-positive myocardial infarction with endothelial dysfunction markers, namely plasminogen activator inhibitor type 1 and asymmetric dimethylarginine, in patients with type 2 diabetes mellitus has high sensitivity (84.1%) and specificity (93.1%) with overall accuracy prediction 87.7%, which allows it to be used in modern clinical practice.

ЗВ'ЯЗОК АСИМЕТРИЧНОГО ДІМЕТІЛАРГІНІНУ, ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ ТА NOS У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Мінухіна Д.В., Бабаджан В.Д.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Серед багатьох патогенетичних механізмів ушкодження судин при ішемічній хворобі серця та цукровому діабеті 2 типу (ЦД 2 типу) визначальним є ендотеліальна дисфункція. Важлива роль відводиться показникам запалення та ендотеліальної дисфункції у розвитку ускладнень гострого інфаркту міокарда (ГІМ). Асиметричний діметіларгінін (АДМА) — новий фактор ризику серцево-судинних захворювань, асоційований зі спектром клінічних ситуацій, що характеризуються порушенням продукції оксиду азоту. Як структурний аналог L-аргініну, АДМА пригнічує активність всіх ізоформ ендотеліальної синтази оксиду азоту (NOS), викликаючи порушення механізмів утворення оксиду азоту в плазмі крові і тканинах. Інгібітор активатора плазміногену 1 типу (ІАП-1), як головний фізіологічний інгібітор активації плазміногену *in vivo*, гальмуючи розчинення ниток фібрину, сприяє тромбозу.

Мета. Проаналізувати зв'язок між маркерами ендотеліальної дисфункції та атеротромбозу, а саме, асиметричним діметіларгініном, інгібітором активатора плазміногену 1 типу та NOS.

Матеріали і методи. Дослідження включало 73 пацієнта на ГІМ та супутній ЦД 2 типу (43 чоловіка та 30 жінок, середній вік $62,73 \pm 1,39$ років), 57 пацієнта на ГІМ без діабету (43 чоловіка та 14 жінок, середній вік $63,97 \pm 1,47$ р.). Рівень ІАП-1 визначався за допомогою комерційних

тест-систем Technoclone PAI-1 ELISA Kit (Austria), АДМА-Linked Imunosorbent Assay (ELISA) Kit For Nitric Oxide Synthase Endothelial (NOS). Математична комп'ютерна обробка результатів проводилася за допомогою програмного пакету "Statistica 6.0" (Stat Soft Inc., USA).

Результати. Задля аналізу взаємовідносин між досліджуваними маркерами ендотеліальної дисфункції та атеротромбозу, нами було проведено кореляційний аналіз, за результатами якого встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку між рівнями ІАП-1 та АДМА ($r=0,46$; $p<0,05$), та зворотного зв'язку між рівнями АДМА та NOS ($r=-0,27$; $p<0,05$) та між ІАП-1 та NOS ($r=-0,53$; $p<0,05$) у хворих на ГІМ із супутнім ЦД 2 типу. Щодо хворих на ГІМ без ЦД 2 типу доведено аналогічну тенденцію зв'язків між зазначеними маркерами: прямий кореляційний зв'язок між рівнями ІАП-1 та АДМА ($r=0,82$; $p<0,05$), зворотній зв'язок між АДМА та NOS ($r=-0,55$; $p<0,05$) та між ІАП-1 та NOS ($r=-0,70$; $p<0,05$).

Висновки. Отримані результати дозволяють припустити, що існують процеси потенціювання гострої ішемії судинної стінки маркерами ендотеліальної дисфункції та атеротромбозу у хворих на ГІМ з супутнім цукровим діабетом 2 типу та без порушень вуглеводного обміну.

ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ З СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Молдованенко В.О., Карпенко Ю.І., Савельєва О.В., Чукітова Д.Я., Перстньов О.І.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Мета: Дослідити вплив препаратів натрій залежного ко-транспортеру глюкози 2-го типу на течію цукрового діабету з супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС) у порівнні з пацієнтами, які приймали інші цукрознижуючі препарати .

Методи і матеріали: Під час дослідження під наглядом знаходились 34 пацієнта з ЦД 2 типу і супутньою ІХС. Середній вік досліджуваних складав 56,8 роки. Пацієнтів було розділено по рівню середнього глікованого гемоглобіну, індексу маси тіла, наявністю артеріальної гіпертензії на 2 групи. Перша група пацієнтів отримувала терапію метформіном у комбінації з дапагліфлозином, друга група отримувала метформін з будь яким іншим цукрознижуючим препаратом, окрім інсуліну. В обох групах було оцінено вплив лікування на рівень глікемії, стан серцево-судинної системи, частоту виникнення

(загострення) симптомів ІХС, зручність використання препаратів, самопочуття пацієнтів, зміни в індексі маси тіла, прогресування артеріальної гіпертензії.

Результати: В ході дослідження було встановлено, що група пацієнтів, яка приймала препарати дапагліфлозину, мала зниження цифр систолічного артеріального тиску на 5-10 мм рт. ст., діастолічного тиску на 2-3мм рт. ст., на відміну від другої досліджуваної групи. Також виявлено тенденцію до зниження маси тіла пацієнтів у групі 1, на відміну від групи 2, де навпаки було зафіксовано незначне збільшення маси тіла пацієнтів. В обох групах відмічалась компенсація вуглеводного обміну при додаванні до лікування другого цукрознижуючого препарату, також в групі з дапагліфлозином не відмічено жодного епізоду гіпоглікемії.

Висновок: Враховуючи результати дослідження, а саме досягнення нормоглікемії, позитивний вплив на модифіковані фактори ризику розвитку ІХС у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, а саме надлишкову вагу, артеріальну гіпертензію, часті гіпоглікемії, можна зробити висновок, що використання дапагліфлозину має бути препаратом вибору для посилення цукрознижуючої терпії разом з метформіном при лікуванні ІХС.

ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Молотягина С.П., Гуйда П.П.

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

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Склеродермическая группа болезней (СГБ) включает в себя отдельные нозологические формы и синдромы с наличием локального или генерализованного фиброза, а нередко и с поражением внутренних органов: системную и очаговую склеродермию, диффузный эозинофильный фасциит (ДЭФ), склередему Бушке (СБ), локализованный системный фиброз, различные виды индуцированной склеродермии, паранеопластический склеродермический синдром (ПНСС).

Несмотря на общность патогенетических факторов (взаимосвязь иммунных, воспалительных и микроциркуляторных нарушений), каждое из этих заболеваний имеет свои особенности клинических проявлений и нуждается в различных терапевтических подходах, что и обуславливает

проведение четкой дифференциации заболеваний склеродермической группы.

Наиболее часто в практике врача встречаются системная (ССД) и очаговая склеродермия (ОСД), имеющие общие патогенетические механизмы и большое сходство в клинике. По нашему мнению, ОСД является одной из форм ССД, в связи с чем подлежит компетенции ревматолога.

В клинической картине ДЭФ преобладает уплотнение мягких тканей верхних и нижних конечностей, преимущественно предплечий и голеней. Отличительными признаками считаются непораженность кистей и стоп, отсутствие синдрома Рейно и, как правило, висцеропатий. Диагностическим признаком является эозинофилия.

СБ начинается с быстро прогрессирующего уплотнения кожи шеи и лица с последующим поражением кожи грудной клетки, живота, спины, конечностей. Характерным признаком считается непораженность кожи кистей и стоп.

Локализованный системный фиброз (ретроперитонеальный, медиастинальный и др.) встречается редко и представляет большие диагностические трудности.

Развитие индуцированной склеродермии связано с воздействием промышленных, медикаментозных и других факторов.

При диагностике ПНСС следует иметь в виду возможность развития типичной ССД у больных со злокачественными опухолями.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЛАЙМ-АРТРИТА

Молоотягина С.П., Гуйда П.П.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой

НАМН Украины», г. Харьков,

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Лайм-боррелиоз (Лаймская болезнь, болезнь Лайма) – инфекционное природно-очаговое заболевание, передающееся иксодовыми клещами и характеризующееся стадийным течением, полисиндромностью и склонностью к хронизации процесса.

Клиника заболевания отличается большим полиморфизмом. Наиболее часто отмечается поражение опорно-двигательного аппарата, кожи, нервной и сердечно-сосудистой системы, реже – поражение глаз, печени, почек, селезенки. Значительную часть клинической картины Лайм-боррелиоза составляют артропатии.

Лайм-артрит (ЛА) характеризуется поражением преимущественно крупных суставов и чаще проявляется полиартралгиями, нередко мигрирующего характера, особенно в первой стадии заболевания

(эритематозной). Во второй стадии (неврологической) наряду с выраженными мигрирующими артралгиями у больных выявляются тендовагиниты, бурситы, миалгии, оссалгии (особенно ночные). Характерны олигоартриты обычно крупных суставов, чаще коленных, с непродолжительными обратимыми атаками. Наблюдаются летучесть и кратковременность поражений, что служит причиной ошибочного диагноза ревматизма.

Третья стадия Лайм-боррелиоза (артритическая) характеризуется прежде всего поражением суставов, возникающим обычно спустя несколько месяцев и встречающимся у 60% больных. У больных на первый план выходит артрит (по типу реактивного) с преимущественным поражением крупных, чаще коленных, суставов. Реже поражаются плечевые, локтевые, височно-нижнечелюстные и лучезапястные суставы. Характерным для ЛА считается интермиттирующий олигоартрит с выраженными экссудативными изменениями в суставах. Наблюдаются также периартикулярные изменения – бурсит, тендовагинит. ЛА может протекать в виде рецидивирующих атак, при этом частота и продолжительность атак со временем уменьшаются. Суставной синдром обычно регрессирует через 1-2 недели, не вызывая стойких деформаций. У 10% больных развивается хронический артрит с деструкцией хряща и кости. У взрослых пациентов ЛА напоминает картину синдрома Рейтера или реактивного артрита, а у детей – ювенильного ревматоидного артрита.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПАЦІЄНТА З КАРДІАЛГІЄЮ

Молчанова А.В., Князькова І.І.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

В повсякденній практиці лікарі всіх спеціальностей стикаються з труднощами диференційної діагностики болю в грудях. Цей симптом нерідко є сигналом загрозливих для життя пацієнта станів, як інфаркт міокарду, розшаровуючи аневризма аорти, тромбоемболія легеневої артерії. Правильний аналіз та вибір раціональної лікувально-діагностичної тактики при кардіалгії є важливою клінічною та медико-соціальною проблемою.

Мета: описати клінічний випадок пацієнта з кардіалгією з урахуванням алгоритму диференційної діагностики.

Матеріали та методи: Пацієнт П., 33 роки зі скаргами на тиснучий біль за грудиною протягом 2 годин (особливо на вдиху, підсилюється в положенні лежачи на лівому боці, полегшується в положенні сидячі з нахилом допереду, без ефекту від прийому нітрогліцерину), підвищену температуру тіла (38,8⁰С), першіння в горлі.

У зв'язку зі збереженням скарг звернувся за медичною допомогою. З анамнезу життя відомо, що у батька та діда – перенесений гострий інфаркт міокарду. Часто хворіє застудними захворюваннями. Об'єктивно: межі серця – у нормі. Тони серця приглушені, діяльність ритмічна, шуми відсутні. Артеріальний тиск: 120/80 мм.рт.ст. ЧСС-50 ударів за хвилину. Температура тіла 37,1⁰С. Периферичних набряків та задишки не має. Пальпаторно – болючість остистих відростків у грудному відділі хребта. Призначене обстеження: У загальному аналізі крові (ЗАК): лімфоцитоз (52,8%); незначний моноцитоз (11,7%); гранулоцитопенія (44,9%); Швидкість зсідання еритроцитів (ШЗЕ): 24 мм/год. У біохімічному аналізі крові (БАК): С-реактивний білок - 48 мг/л; показники ліпідного профілю - без значних відхилень від норми. Загальний аналіз сечі (ЗАС): лейкоцити: 4-6 у полі зору, еритроцити: поодинокі; слиз: багато. Циліндри гіалінові: 1 в полі зору; епітелій: плоский та перехідний 1-2 в полі зору; бактерії: небагато. На електрокардіограмі (ЕКГ): синусова брадикардія (частота серцевих скорочень (ЧСС)-60 ударів за хвилину); неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (НБПНПГ). Проведена коронарографія (КГ): коронарні артерії без оклюзивно-стенотичної патології. Вроджена патологія коронарних артерій-м'язовий місток. Додатково: Антитіла до гельмінтів, лямблій, хелікобактер пілорі – негативні. Тропонін І, СРБ: у межах норми. Антитіла до антистрептолізину-О, ревматоїдний фактор: у нормі. Рентгеноскопія органів грудної клітини: без патології. Ультразвукове дослідження (УЗД) серця-в нормі. УЗД органів черевної порожнини: печінка, підшлункова залоза та селезінка - без патології. Нирки звичайних розмірів та форма; помірна кристалурія. Консультація нефролога: Хронічна хвороба нирок І ст. Хронічний не обструктивний пієлонефрит, фаза неповної ремісії. Рекомендовано спостереження нефролога; призначено приймати Канефрон - 2 таблетки 3 рази на день 1 місяць. Рентгенографія грудного та шийного відділів хребта (у 2-х проекціях): остеохондроз сегментів ThIV-ThX та CIV-CVII з функціональним блоком у CVI-CVII. Клінічний діагноз: Остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. Вроджена патологія коронарних артерій: м'язовий місток (КГ-01.09.2019). Супутній діагноз: Хронічна хвороба нирок нирок І ст. Хронічний необструктивний пієлонефрит, фаза неповної ремісії. На тлі протизапальної терапії (Ібупрофен) стан пацієнта з позитивною динамікою (ШОЕ-12 мм/год), больовий синдром регресував. Виписаний з полегшенням: загрудинний біль, загальна слабкість, першіння в горлі не рецидивували. Призначене лікування: Бруфен 600 мг 2 р/д.

Результати. Відповідно до тактики ведення пацієнта с синдромом болю в груді, гострий біль у хворого потребує в першу чергу

виключення гострого коронарного синдрому. Особливості больового синдрому у пацієнта П. (поступовий початок, позиційний характер, відсутність ірадіації, не полегшується прийомом нітратів, супутні прояви запалення, позитивна динаміка при використанні терапії *ex juvantibus* НПЗП) вимагають провести диференційну діагностику поміж захворюваннями легень (в т.ч. плеври), перикарда та опорно-рухового апарату. Покроковий алгоритм до обстеження хворого (коронарографія, УЗД серця, рентгеноскопія органів грудної клітини та рентгенографія грудного та шийного відділів хребта) дозволив виключити серцево-судинну, легеневу, а також – шлунково-кишкову патологію.

Висновки. Таким чином, наведений клінічний випадок молодого пацієнта з синдромом кардіалгії та супутньою патологією, який був обстежений за алгоритмом диференційної діагностики при синдромі болю в грудях.

ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВІВ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИХ МЕТОДІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ (РЧА)

**Моргун М.В., Карпенко Ю.І., Бліхар О.В., Степанов Є.А.,
Потапчук О.В.**

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Мета: оцінити доцільність використання методу Strainrate для вивчення функції лівого передсердя (ЛП) у хворих з фібриляцією передсердь (ФП) та його ролі у визначенні критеріїв ефективності та доцільності проведення РЧА легневих вен та ймовірності рецидивів ФП.

Матеріали та методи. У ході дослідження було обстежено 28 пацієнти, середній вік котрих становить 61 ± 7 років, з діагнозом фібриляція передсердь, у яких було вивчено функцію ЛП та лівого шлуночка під час госпіталізації та після проведення РЧА легневих вен. Для вивчення функції камер серця застосовувались наступні ехокардіографічні методи: 1) Чрезстравохідна ехокардіоскопія, за допомогою якої було встановлено розміри ЛП; 2) 3D-спектрекінгехокардіоскопія, за допомогою якої були встановлені показники локальної скоротливості та деформації ЛП.

Результати. В результаті спостереження за даними пацієнтами був виявлений взаємозв'язок між рецидивами ФП та зниженими показниками локальної скоротливості та деформації ЛП.

Висновки. Оцінка локальної скоротливості та деформації ЛП за допомогою методів strain та strainrate може стати важливим діагностичним критерієм ефективності та доцільності РЧА легневих вен у хворих з ФП.

WAYS TO OPTIMIZE THE USE OF ANTACID DRUGS IN THE PROCESS OF RESPONSIBLE SELF-TREATMENT

Moroz V.A., Timchenko Y.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Objective: To study the clinical and pharmaceutical aspects of the over-the-counter use of antacid preparations (AP) by patients in the process of responsible self-treatment to develop recommendations for improving its effectiveness and safety.

Materials and Methods: Using the questionnaire method on the basis of one of the pharmacies in Kharkov, the structure of acquired APs, the peculiarities of the existing pathology, and the presence of concomitant diseases were studied in 96 customers of various ages. With the help of a special questionnaire, the motives for acquiring a certain drug and the patient's awareness of its side effects were also clarified.

Results: In the overwhelming majority of cases (80.2% of respondents) combined APs were acquired, which in general, unlike mono-component ones, have a more balanced safety profile. The main motive for choosing a particular AP was its cost. Almost half of the respondents (47.9%) chose it on the basis of low cost; 19.8% - based on advertising in the media, and another 19.8% - on the recommendation of people without medical education (relatives, friends, etc.). Only 12.5% of patients bought the drug based on the principle of rationality (a specific drug recommended by a healthcare professional). In general, only 8.9% of the respondents had complete information about the possible side effects of the applied drugs.

As the results of the questionnaire analysis showed, about 75% of the respondents had very little information about their disease, about which they took AP. Among the concomitant pathologies, most often (23.9% or 23 respondents) noted hypertension of varying severity. In this case 15 of their number are periodically used sodium hydrogen carbonate, and the six used it very often. As is known, sodium hydrogen carbonate promotes fluid retention and raise blood pressure. Four more respondents who used antacids containing aluminum had constipation. And two people who used magnesium-containing APs were bothered by unmotivated cases of diarrhea. In both latter cases, antacids were used without regard to the effect on intestinal motility, which led to its impairment. In general, the irrational use of APs was detected in 32.3% of cases, and this determines the need to optimize the most important area of activity of a modern pharmacist - ensuring the rational use of drugs, primarily those that belong to the category of non-prescription drugs. It is necessary to more targetedly carry out both the selection of the antacid preparation itself and inform about its possible side effects.

Conclusion:In the structure of APs purchased in an average pharmacy, 19.8% were monocomponent drugs, and 80.2% were combined drugs. Irrational use of antacids was detected in 32.3% of cases. The choice of an antacid preparation on the basis of sufficient information about it was established in 12.5% of cases. In the process of conducting pharmaceutical care, the pharmacist should more actively orient patients towards the purchase of combined drugs, as well as better inform patients about the features of the drugs being purchased and possible side effects when using them.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Мухиддинова К.О., Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э.

*Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан*

Цель исследования: новорожденные в период адаптации, родившиеся от женщин хроническим вирусным гепатитом минимальной степени активности.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 32 беременные женщины со сроками гестации 26-38 нед, страдающих хроническим вирусным гепатитом «В» минимальной степени активности, и их новорожденные (основная группа). Контрольную группу составили 12 женщин в те же сроки с физиологической беременностью. Ультразвуковая фетометрия проводилась с помощью сонографа «Hitachi-EUB» 515 А (Япония). Оценку состояния гемодинамики в системе мать-плацента-плод проводили с помощью сонографа «Hitachi-EUB» 515 А (Япония)

Результаты:Изучение состояния новорожденных в периоде адаптации показало, что различные патологии новорожденных выявлялись в основной группе значительно чаще, чем в контрольной группе новорожденных. Наиболее благоприятное течение периода новорожденности наблюдалось в группе детей от матерей из группы сравнения. Так в контрольной группе из 12 детей 2 (16,7%) родились с различной патологией, а в основной группе из 32 детей – у 20 (62,6%) наблюдались различные виды патологических состояний. В основной группе новорожденных в 2 раза чаще, чем в группе контроля наблюдали асфиксию, перинатальную энцефалопатию, внутриутробное инфицирование плода. У детей, рожденных от матерей с хронической вирусной патологией печени в 12 (37,5%) случаях наблюдали синдром возбуждения или угнетения центральной нервной системы, гиперрефлексию, мышечную гипотонию, умеренное набухание большого родничка, легкую ригидность затылочных мышц, тремор

подбородка и конечностей. Патологическая желтуха новорожденных отмечалась на 4-5-й день жизни у 2 (16,7%) новорожденных из группы сравнения и у 10 (31,2%) детей из основной группы наблюдения. Биохимические показатели крови у всех новорожденных были в пределах нормы, хотя ультразвуковое сканирование выявило некоторое уплотнение и увеличение селезенки у 2 (6,3%) и паренхиматозную дистрофию печени у 1(3,1%) ребенка из основной группы. При проведении иммуноферментного анализа крови новорожденных на 5-й день жизни в контрольной группе HBSAg не выявлен, а в основной группе HBSAg обнаружен у 2 (6,3%) детей.

Выводы: Вывод таким образом у женщин, страдающих хроническим вирусным гепатитом минимальной степени активности наблюдается неблагоприятное состояние плода.

**ПОКАЗНИКИ ПРОФІБРОТИЧНОГО МАРКЕРУ ТА
ПАРАМЕТРІВ ЛІПІДОГРАМИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ
СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ
СЕРЦЯ Й СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ БЛОКАТОРАМИ В-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ
Наріжна А.В.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: Оцінити призначення карведілолу і небівалолу у складі стандартної терапії на профібротичний маркер МСР-1, параметри кардіогемодинаміки та показники ліпідограми при лікуванні пацієнтів з ХСН при ІХС у поєднанні із ЦД 2 типу.

Матеріали і методи: Було обстежено 68 хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу, які знаходилися на лікуванні у кардіологічному та інфарктному відділеннях КНМ «Харківська міська клінічна лікарня № 27» ХМР. Методом випадкової вибірки хворі були поділені на підгрупи тих, які отримували стандартну терапію в поєднанні з карведілолом (1-а група n=35) і небівалолом (2-а група n=33). Критерії виключення хворих із дослідження: загострення хронічних запальних процесів або наявність гострих запальних захворювань, гострого інсульту, гострої ліво- або правощлуночкової недостатності; супутні психічні захворювання, алкоголізм, наркоманія; автоімунними захворюваннями; госрим інфарктом міокарда; інсулінзалежним цукровим діабетом або цукровим діабетом у стадії декомпенсації.

Результати: Данні результати про позитивні ефекти карведілолу або небівалолу на кардіогемодинамічні, фібротичні показники й параметри ліпідограми, а також позитивний вплив на процеси ремоделювання, що є основою наростання тяжкості ХСН. Результати

нашого дослідження не суперечать даним світової медичної літератури. У дослідженні COMET продемонстровано переваги застосування карведилолу за зниженням ризику смерті на 17 %; крім того, дослідження SENIORS з високо селективним β 1-АБ небівалолом продемонструвало вірогідне зниження смертності та серцево-судинних госпіталізацій на 13 % і незначне зниження загальної смертності на 11 % ($p=0,21$).

Висновки: Залучення до схеми лікування карведилола або небівалола призводило до позитивної динаміки параметрів морфо-функціонального стану лівого шлуночка шляхом зменшення об'ємів і розмірів його порожнин, зростанням відсотка хворих зі сприятливим типом ремоделювання разом зі зниженням активності маркера фіброзу МСР-1 за відсутності негативних ефектів з боку показників ліпідограми у хворих з ХСН на тлі ІХС й ЦД 2 типу.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR RISK AND MULTIMORBIDITY CONDITIONS

Nesen A.A., Shkapo V.L., Valentinova I.A., *Bogdan G.B., *Nesen A.A.
SI "L.T. Mala National Therapy Institute of NAMS of Ukraine", Kharkov, Ukraine

**NTU Kharkov Polytechnic Institute, Kharkov, Ukraine*

The conception of "quality of life" (QL) is the focus of scientific research and has become more defined - "health related quality of life". That means not only the absence of diseases, but also the capability to perform a social role in public, at work and in family. QL is very important and integral evaluation by the person of his position in the social life.

Objective. To assess the quality of life in cardiovascular risk patients with multimorbidity.

Materials and methods. Screening ($n=284$) patients with arterial hypertension (AH) and multimorbidity (diabetes mellitus type 2, heart failure, coronary artery disease, chronic kidney disease). The average age - (58.5 ± 0.3) years; 175 (61.6 %) – women and 109 (38.4 %) – men. The calculation cardiovascular risk was carried out according to recommendations (2013, 2018) for the prevention and treatment cardiovascular diseases; and the recommendations of the Association of cardiologists of Ukraine (2013, 2015, 2018); QL was established using the questionnaire SF-36. Were used during the study the clinical-instrumental, laboratory, statistical methods

Results. Compared with healthy persons, the examined patients had a significant decrease in scores on all scales QL. Especially low were parameters on the scales, which characterized the role of functioning. In patients with AH II stage and multimorbidity - 33.30 [0.00; 100.00] (role-

emotional state - to assess the extent to which the emotional state interferes with the performance of work or other daily activities); 25.00 [0.00; 75.00] (role-playing - the effect of the physical state for daily routine activities). The general parameters psychological health component and physical health component in patients were significantly lower than the healthy persons – 40.60 [33.90; 49.80] ($p < 0.05$) and 43.35 [37.55; 49.30] ($p < 0.05$). In patients with AH III stage and multimorbidity, the general parameters were even lower 37.30 [29.45; 43.10] – psychological health component and 36.50 [32.00; 45.00] - physical health component ($p < 0.05$).

Conclusions. Compared with healthy persons, patients with multimorbidity experienced significant limitations in their daily activities - both physical and mental.

ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ТА ПУРИНОВОГО ОБМІНУ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Несен А.О., Чернишов В.А.

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

Вступ. Мультиморбідність та асоціація з іншими чинниками ризику кардіометаболічних захворювань (артеріальна гіпертензія, ожиріння, дисліпідемія, тощо), інсулінорезистентність (ІР) примножує прихильність до розвитку атеросклеротичних уражень й виникненню нефатальних чи фатальних серцево-судинних подій, тобто виступає одним з надважливих ризик-факторів. Кардіометаболічні захворювання асоціюються з модифікованими чинниками ризику, що треба обов'язково враховувати при визначенні лікувально-профілактичних заходів.

Мета. Визначити взаємозв'язок порушень ліпідного й пуринового обміну в умовах інсулінорезистентності з різним ступенем її виразності.

Матеріали і методи. Застосовувались клініко-діагностичні, імуноферментні, біохімічні та статистичні методи дослідження. Оцінку ІР здійснювали за критерієм НОМА-ІР; оцінку резистентності периферичних тканин до інсуліну проводили на підставі розрахунку тригліцерид-глюкозного індексу (ТГГІ). Додатково здійснювались антропометричні вимірювання, визначали вміст холестерину (ХС) у складі не-ЛПВЩ (ліпопротеїдів високої щільності) та величини ліпідних співвідношень, які уточнюють функціонування ліпідотранспортних систем (ХС ліпопротеїдів низької щільності) /ХС ЛПВЩ, ХС не-ЛПВЩ/ЗХС – система прямого транспорту ХС; ЗХС/ХС ЛПВЩ – система зворотного транспорту ХС; ліпопротеїдліполізу (ТГ (тригліцериди)/ХС ЛПВЩ; $\log(\text{ТГ}/\text{ХС ЛПВЩ})$ – атерогенний індекс

сироватки крові. Обстежено 123 пацієнта – 54 (43,9 %) жінок й 69 (56,1 %) чоловіків віком (середній вік $55,3 \pm 1,38$ років) з гіпертонічною хворобою I-III стадії, у 59 (48,0 %) виявлено ІР та у 40 (32,5 %) – гіперурикемія.

Результати. При гіпертонічній хворобі й ІР, яку підтверджено за двома індексами (ТГГІ $> 4,81$ од. і НОМА-ІР $> 2,77$ од.) досліджено, що наявність ІР супроводжується погіршенням ліпідного та пуринового обміну – посиленням атерогенних зрушень в системах зворотного транспорту ХС і ліпопротеїдліполізу ТГ-вмісних ліпопротеїдів дуже низької щільності; спостерігається зниження сироваткового вмісту ХС ЛПВЩ на 12,7 % ($p < 0,001$), на фоні підвищення сироваткової концентрації ТГ; вміст сечової кислоти в сироватці крові позитивно корелює з ліпідним співвідношенням ТГ/ХС ЛПВЩ ($r = 0,379$; $p < 0,001$) та атерогенним індексом сироватки крові ($r = 0,363$; $p < 0,003$).

Висновок. Інсулінорезистентність сприяє суттєвому дисбалансу ліпідного та пуринового обміну, а гіпоальфахолестеринемія асоціюється з високим ризиком мультиморбідності кардіометаболічних захворювань, зумовлених, зокрема, атеросклерозом внаслідок затримки холестеринів в судинній стінці.

РОЗЛАДИ ПАМ'ЯТІ ПРИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ Й КОМОРБІДНОСТІ.

Несен А.О., *Богдан Ж.Б., *Несен А.А.

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

**НТУ «Харківський Політехнічний Інститут», м. Харків, Україна*

Вступ. За даними ВООЗ протягом 2000-2050 р.р. частка населення, віком понад 60 років збільшиться удвічі і відповідно збільшиться частка хворих з коморбідними хронічними захворюваннями. Прогресуючі порушення пам'яті кидають виклик громадській охороні здоров'я і національній економіці – по мірі старіння населення збільшується число людей, які страждають від розладів пам'яті.

Мета. Проаналізувати поняття порушення пам'яті, дослідити існуючі методи для вивчення патології пам'яті та визначити роль Харківської психологічної школи пам'яті.

Матеріали і методи. Застосовувались сучасні науково-інформаційні, клініко-діагностичні й статистичні методи дослідження.

Результати. Понад 46 мільйонів осіб в усьому світі живуть з деменцією, і за прогностичними оцінками до 2050 р., їх число збільшиться майже до 132 мільйонів. Зокрема, у Фінляндії приблизно 190 тис. осіб мають ті чи інші форми розлади пам'яті, і щороку

відзначається близько 14 500 нових випадків деменції. Втрата пам'яті, яка починається раптово або значно заважає здатності функціонувати в повсякденному житті, може означати більш суттєву проблему. В процесі роботи науково обґрунтовано патологічні зміни пам'яті, розлади відтворення раніше засвоєної інформації, порушення здатності запам'ятовувати, основні синдроми порушення пам'яті. Диференційовано захворювання за МКБ-10 «Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади». При розрахунку індексу коморбідності Чарлсона (M.E. Charlson et al., 1987) обов'язковим є врахування наявності деменції. Розлади пам'яті можуть бути викликані одним або декількома факторами, в тому числі: старіння; травма; токсикоманія; спадковість (спадкування генів, пов'язаних з хворобою Альцгеймера або Гентінгтона); звуження артерій, що забезпечують приплив крові до мозку; кардіометаболічні захворювання; невиліковні інфекційні хвороби; пухлина мозку; авітаміноз. Визначено роль Харківської психологічної школи та вклад вчених, які приймали участь в формуванні цієї школи (А.Р. Лурія, О.В. Запорожець, П.Я. Гальперін, П.І. Зінченко, П.Б. Невельський, В.Я. Ляудіс, Г.К. Серeda, О.М. Леонт'єв) й здійснювали широкий спектр психологічних досліджень з питань формування понять довільної й мимовільної пам'яті, розвитку зорового й оперативного мислення, довільної поведінки й мислення, ролі орієнтації в мисленні й діяльності, тощо.

Висновок. Розлади пам'яті – є дисфункцією вегетативної нервової системи, що обов'язково вимагає допомоги фахівців (терапевтів, психологів, сихотерапевтів, невропатологів та інших вузьких спеціалістів).

ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗУ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Носівець Д. С.

ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”

Мета: дослідити ефективність застосування хондроїтину сульфату при остеоартрозі (ОА) на тлі гіпотиреозу (ГТТ).

Матеріали і методи. ГТТ являє собою функціональну недостатність щитоподібної залози, яка постійно поширюється серед населення та має негативні наслідки завдяки впливу на органи та системи всього організму в цілому. Метаболічні порушення у кістковій та хрящовій тканинах приводять до розвитку ряду патологічних станів, серед яких безумовно важливим є ОА. Відомо, що при призначенні хворим на ГТТ базової замісної гормональної терапії у більшості пацієнтів відзначається поступове відновлення структурних та

функціональних порушень з боку опорно-рухового апарату, які виникли внаслідок функціональної недостатності щитоподібної залози. Проте для ефективного захисту гіалінового хрящу, усунення запальних явищ, стримання больового синдрому та профілактики структурних порушень суглобового хрящу і ускладнень ОА на фоні ГТТ доцільно включати в схему фармакотерапії хондропротектори.

Нами вивчена ефективність та безпека застосування хондроїтину сульфату для профілактики ОА на тлі ГТТ у 90 білих статевозрілих безпородних щурів обох статей вагою 200-230 г. ГТТ відтворювали шляхом ентерального введення 0,02% розчину карбімазолу (5 мг на 250 мл фізіологічного розчину) з питним раціоном тварин впродовж 6 тижнів. Верифікація адекватності моделі здійснювалася шляхом оцінки рівня ТТГ, Т3 та Т4 сироватки крові. ОА відтворювали шляхом однократного внутрішньосуглобового введення 0,1 мл розчину моноіодоцтової кислоти у колінний суглоб, який готували з розрахунку 3 мг реактиву на 50 мкл стерильного фізіологічного розчину. Верифікація моделі проводилась за допомогою мікроскопії гістологічних препаратів та змін відповідних біохімічних маркерів сироватки крові. Досліджуваний препарат (хондроїтину сульфат) в дозі 35 мг / кг вводили щодня внутрішньом'язово протягом 4 тижнів (28 днів) з дня індукції патологічних процесів. Специфічна активність препарату оцінювалася за біохімічними та морфологічними критеріями згідно з регламентом нормативних документів ДЕЦ МОЗ України. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc., серійний № AGAR909E415822FA).

Результати. На підставі отриманих даних встановлено, що хондроїтину сульфат має високу ефективність, позитивно впливає на хрящову тканину при дегенеративно-дістрофічних змінах опорно-рухового апарату на тлі ГТТ, покращуючі перебіг та клінічну симптоматику захворювання внаслідок розвитку хондропротекторного, протизапального, знеболюючого та регенераторного фармакологічних ефектів.

Висновок. Отримані дані щодо ефективності застосування хондроїтину сульфату при ОА на тлі ГТТ дозволяють рекомендувати його для профілактики остеоартрозу при функціональній недостатності щитоподібної залози.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОГРАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ГІПОТИРЕОЗОМ ЗА УМОВ ОЖИРІННЯ

Оленич Л.В., Радченко О.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Дефіцит тиреоїдних гормонів чинить негативний вплив на усі органи та системи організму, часто поєднується з гіпертонічною хворобою (ГХ). Зміни показників гемограми, зокрема числа еритроцитів, лейкоцитів та швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) можуть негативно впливати на перебіг патологічного процесу.

З метою аналізу показників гемограми та їх кореляційних зв'язків у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та гіпотиреозом при ожирінні, обстежено 195 пацієнтів: 1 група – 144 особи віком $62,5 \pm 12,9$ з ГХ та первинним гіпотиреозом, 2 група – 51 пацієнт віком $61,0 \pm 11,3$ із збереженою функцією щитоподібної залози. Окрім стандартного обстеження проводили антропометричні виміри, розраховували індекс маси тіла, визначали рівні тиреотропного гормону, вільного тироксину та трийодтироніну. Опрацювання даних проводилося статистичними методами, дані подані як «медіана[нижній;верхній] кватиль».

Результати. У 1 групі виявили вищий рівень еритроцитів ($4,59[4,16;5,01]$ проти $4,30[4,00;4,40]$ Г/л, $p < 0,05$) та нижчу кількість лейкоцитів ($6,1[4,8;7,4]$ проти $7,3[6,2;10,8]$ Г/л) за рахунок сегментоядерних нейтрофілів ($3,2[2,3;4,2]$ проти $4,8[3,6;5,9]$ Г/л), еозинофілів ($0,1[0,1;0,2]$ проти $0,2[0,1;0,3]$ Г/л) та моноцитів ($0,2[0,1;0,3]$ проти $0,2[0,2;0,3]$ Г/л). Це супроводжувалося відносним лімфоцитозом ($34,0[29,0;38,5]$ та $25,0[22,0;30,0]\%$) та зростанням ШОЕ ($11,0[6,0;17,0]$ та $7,0[5,0;12,0]$ мм/год), в усіх випадках $p < 0,05$. При ожирінні абсолютне число лімфоцитів було істотно вищим ніж при нормальній масі тіла ($2,2[1,8;2,4]$ та $1,8[1,6;1,9]$ Г/л) та нижчим число еозинофілів ($0,1[0,1;0,2]$ та $0,2[0,1;0,2]$ Г/л), обидва $p < 0,05$. При чому зростання систолічного артеріального тиску у них асоціювалося зі зменшенням еозинофільних гранулоцитів ($\tau = -0,47$; $p = 0,001$), а діастолічна гіпертензія – зі зниженням паличкоядерних нейтрофілів ($\tau = -0,49$; $p = 0,001$), еозинофілів ($\tau = -0,43$; $p = 0,002$) та лімфоцитів ($\tau = -0,31$; $p = 0,026$). Зростання пульсового тиску було пов'язане зі зростанням паличкоядерних нейтрофілів та моноцитів ($\tau = 0,34$; $p = 0,016$ та $\tau = 0,34$; $p = 0,015$).

Висновок. Поєднання ГХ з гіпотиреозом характеризується пригніченням нейтрофільного та активацією лімфоцитарного імунного запалення. Прогресування гіпертензії у таких пацієнтів супроводжувалось пригніченням як гранулоцитарної так і агранулоцитарної ланок.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ КРЛШ У МОЛОДИХ ЗДОРОВИХ ОСІБ

Осовська Н.Ю., Шеремета Б.В.

Вінницьки національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета: удосконалення ранньої діагностики серцево-судинних хвороб на підставі вивчення характеру раннього структурного ремоделювання серцево-судинної системи та його предикторів у практично здорових нормотензивних осіб різного віку.

Матеріали і методи: У дослідження були залучені відносно здорові особи від 18 до 42 років, ($25,3 \pm 0,6$ років), що відповідає молодому віку згідно сучасній класифікації ВООЗ. Чоловіків було 56 (73,7%), жінок - 20 (26,36%). Учасники дослідження були відібрані шляхом скринінгового ехокардіографічного дослідження на ультразвуковій системі «GE Vivid 7» під час медогляду серед студентів, призовників та молодих осіб з медичного персоналу ВОКЛ ім. М.І. Пирогова. Всі особи в залежності від даних ехокардіографічного дослідження, а саме від одного показника - відносної товщини стінки (ВТС) лівого шлуночка були розподілені на дві групи: до першої групи увійшло 38 осіб (26 чоловіків та 12 жінок) з $ВТС > 0,42$, тобто з нормальною геометрією серця. В другій групі було 38 осіб (30 чоловіків та 8 жінок) з $ВТС \leq 0,42$, тобто з ознаками концентричного ремоделювання лівого шлуночка (КРЛШ). Амбулаторне моніторування АТ проводили із застосуванням АВРМ-04 („Meditech”, Угорщина). Визначення морфо-функціонального стану судин проводили методом дуплексного сканування та кольорового доплерівського картування току крові на апараті “GE Logiq 500”. Статистичний аналіз результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програми StatSoft „Statistica” v.12. Визначення і аналіз незалежних предикторів концентричного ремоделювання ЛШ у здорових осіб здійснювали за допомогою множинної лінійної регресії (модуль “Multiple Linear Regression” – множинна лінійна регресія пакета StatSoft “Statistica” v. 10.0.228.8) (Реброва Ю.О., 2006). В якості незалежних предикторів (НП) розглядали ті чинники, які мали значущий ($p < 0,05$) лінійний регресійний зв'язок із КРЛШ. У якості вихідного параметру аналізу був взятий номінальний показник, який відображав наявність (1 бал у разі $ВТС > 0,42$) чи відсутність (0 балів у разі $ВТС \leq 0,42$) концентричного ремоделювання ЛШ. Для проведення аналізу була задіяна статистична матриця, яка включила 76 відносно здорових осіб і 113 різних клініко-інструментальних показника.

Результати. Аналіз незалежних предикторів проводили за їх силою впливу на вихідний параметр (розраховувалась у % як відношення величини *Beta*-коефіцієнта предиктора до суми всіх *Beta*-коефіцієнтів). При цьому за критерієм χ^2 була розрахована достовірність різниці між силою впливу різних предикторів. Критичні величини для незалежних предикторів були взяті як медіани показників для випадків із значенням вихідного параметру = 1 бал. Для оцінки ймовірності події були розраховані відношення шансів подій (ВШП) для кожного конкретного незалежного предиктор.

За результатами множинної покрокової лінійної регресії незалежними НП КРЛШ стали індекс маси тіла - ІМТ, величина лівого передсердя - ЛП, індекс часу систолічного АТ - ІЧ САТ, швидкість ранішнього підйому САТ - ШРП САТ, варіабельність САТ – Вар САТ, товщина комплексу інтима-медіа - ТІМ, наявність аномальної хорди лівого шлуночка – АХЛШ. Були визначені наступні критичні величини та відношення шансів подій для НП КРЛШ у здорових осіб: ІМТ > 22 кг/м² (1,6), ЛП > 34 мм (1,3), ІЧ САТ > 11% (2,5), ШРП САТ > 14 мм рт. ст. (7,5), Вар САТ > 8 мм рт. ст. (4,2), ТІМ > 0,55 мм (1,6), наявність АХЛШ (5,1)

У 17 пацієнтів із ВТС > 0,42 за даними реєстрували ШРП САТ САТ > 14 мм рт ст і у 21 - ШРП САТ ≤ 14 мм рт ст., відповідно. У свою чергу в 3 пацієнтів із ВТС ≤ 0,42 був визначений ШРП САТ > 14 мм рт ст і в 35 пацієнтів РП САТ ≤ 14 мм рт ст., відповідно. Отже, шанси діагностики КРЛШ (ВТС > 0,42) складають 17/3=5,7, в той час як для тих, у кого цей показник ≤ 14 мм рт ст. - 21/35=0,6. Відношення шансів подій 5,7/0,6=9,5 показують, що шанси виявлення КРЛШ при наявності ШРП САТ > 14 мм рт ст в 9,5 разів вище, ніж у осіб із величиною показника ШРП САТ ≤ 14.

Розрахунок відношення шансів подій для комбінацій незалежних предикторів концентричного ремоделювання лівого шлуночка в здорових осіб продемонстрував найбільш найбільш інформативні комбінації:

1. ШРП САТ > 14 мм рт. ст.+ ІЧ САТ > 11% + Вар САТ > 8 мм рт. ст. + АХЛШ (15,1)
2. ШРП САТ > 14 мм рт. ст. + ІЧ САТ > 11% + Вар САТ > 8 мм рт. ст. (13,2)
3. ШРП САТ > 14 мм рт ст + ІЧ САТ > 11% + АХЛШ (11,7)

Висновки. Найбільш інформативним предикторами раннього концентричного ремоделювання лівого шлуночка у нормотензивних молодих осіб виявилось зростання швидкості ранішнього підйому артеріального тиску більше 14 мм рт.ст, при наявності якого в 9,5 разів зростає вірогідність розвитку ремоделювання серця. При поєднанні

даного показнику з певними іншими, вказаними в роботі, незалежними предикторами шанс діагностики концентричного ремоделювання може зрости в 11-15 разів. Використання даних параметрів при обстеженні молодих осіб покращує ранню діагностику ураження серця при відсутності скарг та класичних критеріїв діагностики серцево-судинних захворювань, в першу чергу – маскованої артеріальної гіпертензії.

ДИНАМІКА МІСЦЕВИХ ЗМІН В РАНІ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРАКТУ *EUCALYPTUS VIMINALIS* В ПРИСУТНОСТІ МОДИФІКОВАНОЇ ПОХІДНОЇ АРГІНІНУ НА МОДЕЛІ СТАФІЛОКОКОВОЇ РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ

Осолодченко Т.П., Андрєєва І.Д., Завада Н.П. Рябова І.С., Штикер Л.Г.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Мета роботи – дослідження динаміки місцевих змін в рані під впливом комбінованого застосування екстракту *Eucalyptus viminalis* та модифікованих амінокислот на моделі стафілококової ранової інфекції.

Матеріали та методи. Експерименти проведено на 12-ти щурах віком 10-12 тижнів. Експериментальні рани моделювали за єдиною методикою створення моделі інфікованої повношарової рани з використанням дози *S. aureus* ATCC 25923 10^9 КУО/тварину. Тварин зі сформованими ранами було розподілено на чотири групи: позитивного контролю (лікування не проводилось), дослідна (лікування екстрактом *Eucalyptusviminalis* в комбінації з модифікованою похідною аргініну 7.1.5, порівняння № 1 та № 2 (відповідно екстрактом *Eucalyptus viminalis* та модифікованою похідною аргініну 7.1.5 в ізольованому вигляді). Усі досліджувані речовини використовували в лікувальному режимі введення – термін введення засобу відбувався після терміну відтворення моделі. У якості критеріїв ефективності лікування ранового процесу при візуальному дослідженні було обрано терміни ліквідації гострих запальних явищ, очищення рани та завершення некролізу і початкової епітелізації.

Результати та їх обговорення. У всіх тварин впродовж першої доби в місцях введення культури *S. aureus* ATCC 25923 утворювалися папули з перифокальною гніперемією та набряком. На другу добу спостерігалось прогресування запального процесу з утворенням ділянки некрозу в області введення культури діаметром в групі контролю та групі порівняння № 2 4-5 мм, в дослідній групі та групі порівняння № 1–3-4 мм. У тварин дослідної групи та групи порівняння № 1 спостерігалася більш швидка, ніж в контрольній групі та групі

порівняння № 2, ліквідація гострих запальних явищ (перифокального набряку, гіперемії, інфільтрації країв вогнищу запалення). Перехід до фази некролізу та очищення рани від некротичних мас у тварин даних двох груп розпочинався на добу раніше. У дослідній групі відторгнення струпу і початок формування грануляційної тканини відбувалися к 7-8-й добі. Початок розвитку грануляційної тканини у дослідній групі на добу випереджав показники в групі порівняння № 1 та на 1-2 доби – в контрольній групі та групі порівняння № 2. Початкова епітелізація рани відбувалася к 13-15-й добі. У дослідній групі вона розпочиналася майже на 2 доби, а у групі порівняння № 1 - на добу раніше, ніж у контрольній групі та групі порівняння № 2.

Висновок. Комбінування екстракту *Eucalyptus viminalis* з модифікованою похідною аргініну сполукою 7.1.5 сприяло більш швидкому загоюванню ран, ніж при використанні речовин в ізольованому вигляді, що свідчить про перспективність подальших досліджень комбінованого застосування природних металопорфіринів з модифікованими амінокислотами.

ШВИДКІСТЬ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ E.COLI ДО ЕКСТРАКТУ EUCALYPTUS VIMINALIS В КОМБІНАЦІЇ З МОДИФІКОВАНИМИ АМІНОКИСЛОТАМИ

**Осолодченко Т.П., Андрєєва І.Д., Рябова І.С., Завада Н.П.,
Штикер Л.Г.**

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Мета роботи – визначити вплив модифікованих амінокислот на швидкість розвитку резистентності *E. coli* до екстракту *Eucalyptus viminalis*.

Матеріали та методи. Досліджено комбінації модифікованих амінокислот з рослинним екстрактом *Eucalyptus viminalis*. У якості порівняння застосовано субстанції речовин в ізольованому вигляді. Для дослідження швидкості формування резистентності *E. coli* ATCC 25922 обрано комбінації екстракту *Eucalyptus viminalis* з похідною лізину сполукою 6.3 та похідною аргініну сполукою 7.1.5 Критеріями оцінки в досліді були мінімальні інгібуючі концентрації (МІК) модифікованих амінокислот та екстракту *Eucalyptus viminalis* в ізольованому вигляді, МІК модифікованих амінокислот в присутності екстракту *Eucalyptus viminalis*, МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованих амінокислот та кратність збільшення МІК речовин на кожному п'ятому послідовному пасажі.

Результати та їх обговорення. Формування резистентності *E. coli* ATCC 25922 щодо похідної лізину сполуки 6.3 та похідної аргініну сполуки 7.1.6 відбувалося досить повільно. Тільки після п'ятнадцяти пасажів їх МІК збільшилися удвічі у порівнянні з вихідним рівнем та залишалися такими до кінця експерименту. Швидше відбувалося формування резистентності *E. coli* ATCC25922 щодо екстракту *Eucalyptus viminalis*. Початкова МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* для *E. coli* ATCC 25922 складала 62,5 мкг/мл. Після двадцятого пасажівчутливість щодо *E. coli* ATCC 25922 екстракту *Eucalyptus viminalis* в ізолюваному вигляді знизилася у 4 рази, після тридцяти пасажів – у 8 разів. МІК похідної лізину 6,3 в присутності екстракту *Eucalyptus viminalis* щодо штаму *E. coli* ATCC25922 збільшилася удвічі після п'ятнадцяти пасажів та далі до тридцятого пасажу залишалась на одному рівні. МІК похідної аргініну 7.1.5 в присутності екстракту *Eucalyptus viminalis* щодо штаму *E. coli* ATCC 25922 збільшилася удвічі після десяти пасажів, в 4 рази – після двадцяти п'яти пасажів та далі не змінювалася до кінця експерименту. МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності обох модифікованих амінокислот для *E. coli* ATCC 25922 зросла у 2 рази після п'ятнадцяти пасажів. У 4 рази МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності похідної аргініну 7.1.5 зросла після двадцяти п'яти пасажів та надалі незмінювалася до кінця експерименту. МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності похідної лізину 6.3 зросла у 4 рази лише у кінці експерименту.

Висновок. Резистентність до екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованих амінокислот розвивається повільніше, ніж до екстракту *Eucalyptus viminalis* в ізолюваному вигляді. Формування резистентності тест-штаму *E. coli* ATCC 25922 щодо екстракту *Eucalyptus viminalis* відбувалося найповільніше в присутності похідної лізину 6.3.

ВПЛИВ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ НА ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ *P. AERUGINOSA* ДО ЕКСТРАКТУ *EUCALYPTUS VIMINALIS*

Осолодченко Т.П., Андреєва І.Д., Завада Н.П., Рябова І.С.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова
Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна*

Мета роботи – визначити вплив комбінування модифікованих амінокислот з екстрактом *Eucalyptus viminalis* на швидкість розвитку резистентності до *P. aeruginosa*.

Матеріали та методи. За методом пасажування досліджено швидкість формування стійкості *P. aeruginosa* ATCC 27853 щодо

екстракту *Eucalyptusviminalis* в комбінації з модифікованими похідними амінокислот – похідною лізину сполукою 6.6 та похідною аргініну сполукою 7.1.6. У якості порівняння застосовано субстанції речовин в ізольованому вигляді. Критеріями оцінки в досліджах були мінімальні інгібуючі концентрації (МІК) модифікованих амінокислот та екстракту *Eucalyptus viminalis* в ізольованому вигляді, МІК модифікованих амінокислот в присутності екстракту *Eucalyptus viminalis*, МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованих амінокислот та кратність збільшення МІК речовин на кожному п'ятому послідовному пасажі.

Результати та їх обговорення. Швидкість формування резистентності *P. aeruginosa* АТСС 27853 до модифікованих амінокислот характеризувалась поступовістю. МІК похідної лізину сполуки 6.6 збільшилась удвічі після десяти пасажів, а похідної аргініну сполуки 7.1.6 – після п'ятнадцяти пасажів. При подальшому культивуванні чутливість *P. aeruginosa* АТСС 27853 до обох досліджуваних модифікованих амінокислот до завершення експерименту не змінювалась. Формування стійкості штаму *P. aeruginosa* АТСС 27853 щодо екстракту *Eucalyptus viminalis* відбувалося у 2 рази швидше. Початкова МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* для штаму *P. aeruginosa* АТСС 27853 склала 62,5 мкг/мл. В результаті проведення тридцяти пасажів МІК екстракту *Eucalyptusviminalis* зросла з 62,5 до 500,0 мкг/мл. МІК похідної лізину сполуки 6.6 в присутності екстракту *Eucalyptusviminalis* щодо штаму *P. aeruginosa* АТСС 27853 збільшилася удвічі після п'ятнадцяти пасажів та у 4 рази – після тридцяти пасажів. МІК похідної аргініну 7.1.6 в присутності екстракту *Eucalyptusviminalis* щодо штаму *P. aeruginosa* АТСС 27853 збільшилася удвічі лише після двадцяти пасажів та більше не змінювалась до кінця експерименту. МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності похідної лізину 6.6 для *P. aeruginosa* АТСС 27853 зросла у 2 рази після десяти пасажів, у 4 рази – після 20 пасажів та надалі не змінювалась до кінця експерименту. МІК екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності похідної аргініну 7.1.6 зросла вдвічі після п'ятнадцяти пасажів та у 4 рази лише після тридцятого пасажу.

Висновок. В результаті дослідження ефекту розвинення резистентності мікроорганізмів при 30-кратному пасажуванні виявлено, що резистентність до екстракту *Eucalyptus viminalis* в присутності модифікованих амінокислот розвивається повільніше, аніж до екстракту *Eucalyptus viminalis* в ізольованому вигляді.

РОЛЬ БІЛКА КЛОТО В ПАТОГЕНЕЗІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Пасієшвілі Т.М., Ковальова О.М., Коряк В.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Встановлено, що білок Клото підвищує здатність клітин до самостійної детоксифікації, тобто їх стійкості до так званого «оксидантного стресу». Завдяки цьому відбувається надмірне внутрішньоклітинне накопичення вільних радикалів, які призводять до ушкодження таких важливих біологічних макромолекул, як ДНК, ліпіди та білки, та, таким чином, до порушення нормального функціонування клітин і старіння організму.

Мета: дослідити вміст білка Клото у сироватці крові хворих з коморбідністю гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та автоімунного тиреоїдиту (АІТ) в осіб молодого віку.

Матеріали і методи. Обстежено 54 пацієнти з поєднаним перебігом ГЕРХ та АІТ (основна група) та 45 осіб на ізольований ГЕРХ (група порівняння), студентів вузів Харкова віком від 18 до 25 років. Тривалість захворювання коливалась в межах від «вперше встановлено» до 3 років. Діагноз ГЕРХ опанували з урахуванням рекомендацій Монреальського консенсусу (2006 р.); форму захворювання – шляхом проведення ЕФГДС з урахуванням рекомендацій Лос-Анджелеської класифікації.

Показники контролю були отримані при обстеженні 20 практично здорових осіб аналогічного віку та статі.

Білок Клото визначали методом ІФА з використанням реактивів фірми «Elabscience», офіс США, виробництво Китай.

Результати. При визначенні вмісту білка Клото у сироватці крові хворих основної групи було встановлено підвищення його активності у 1,8 разів по відношенню до норми ($0,487 \pm 0,03$ нг/мл, $p < 0,05$). У осіб на ізольовану ГЕРХ також визначено підвищення вмісту гормону Клото ($0,638 \pm 0,02$ нг/мл) по відношенню до норми ($p < 0,05$), однак його активність була нижчою, ніж при поєднанні з АІТ. При співставленні вмісту білка Клото з формою ГЕРХ, було визначено його більш виразне підвищення при наявності ерозивних змін у слизовій оболонці стравоходу ($0,973 \pm 0,02$ нг/мл), ніж при неерозивній формі захворювання ($p < 0,05$). В той же час, кількісний склад ерозій, їх розташування на слизовій оболонці стравоходу та тривалість захворювання не впливали на синтез білка Клото.

На нашу думку, підвищення вмісту противікового білка Клото не пов'язано з можливістю подовжити вік пацієнтів, а є результатом його

стимуляції COD2 – антиоксиданту другої фази системи антиоксидантного захисту.

Висновки. У хворих на ГЕРХ та при її поєднанні з АІТ відбувається збільшення синтезу білка Клото, що можна пояснити його активною участю в стимуляції антиоксидантної системи, причому на рівні другої більш специфічної фази детоксифікації ксенобіотиків.

GASTROPROTECTIVE ACTION OF COPTIZINE BISULFATE ON EXPERIMENTAL GASTRIC ULCER

Peredelcu R., Gonciar V., Scutari C.

*State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu",
Chisinau, Republic of Moldova*

Purpose: Evaluation of preclinic action on dose dependent gastroprotective effect of Coptizine bisulfate in gastric ulcer treatment induced through indometacine administration.

Materials and methods: Experiences were made on 40 white rats which were modeled their gastric ulcer with indometacine, dose: 20 mg/kg. The animals were distributed in the respective lots and treated with Coptizine bisulfate solutions of 1 mg/kg and 5 mg/kg, the assessment of the regenerative action was evaluated after 6 days of treatment, by macroscopic examination of the gastric mucosa, highlighting the presence of ulcers and comparative evaluation of the established changes on the investigated doses.

Results: According to the obtained data, after 24 hours of indomethacin administration expected rats showed the presence of gastric lesions (control lots), on mucosal surface were determined various sizes of ulcers and erosions average 10.4 ± 1.14 in one animal. Ulcerative defects were located in all stomach regions, ranging from 0.4x0.6 mm to 1.2x1.7 mm. The surfaces of the ulcers were irregular, brown-dark color, well highlighted and with varying rank of mucosal damage. After 6 days of treatment in the rats from control lots (administered sol. 0.9% NaCl) was detected ulcerative lesions of various dimensions, average: 7.5 ± 1.12 in one animal. Ulcerative defects were located in all stomach regions, ranging from 0.4x0.7 mm to 1.1x1.8 mm. The surfaces of the ulcers were irregular, intense brown colour, well delimited and with varying rank of mucosal damage.

In rats from the treated lots with Coptizine bisulfate solution, dose of 1 mg/kg, were detected in one animal superficial lesions of various dimensions, on average 6.3 ± 1.13 mm, diffused located on the mucosal surface, the colour was light brown. The adjacent mucosa was without pathological changes and inclusions.

In treated rats with Coptizine bisulfate solution, dose of 5 mg/kg, were detected a few number of superficial lesions of mucosa in small dimensions ,

on average 2.6 ± 1.12 mm. The examined lesions were poorly highlighted, accentuated pink color, adjacent mucosa without changes.

Conclusion: Based on the obtained results, we can conclude that Coptizine bisulfate manifests anti-ulcerative action, accelerating the regeneration of gastric ulcers dose-dependent, the dose being 5 mg/kg more effective. Thus, the researched substance may be recommended for further clinical studies in the complex treatment of gastric ulcer.

СТАН СЕРЦЕВО - СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК VД СТАДІЇ

Петрова А.С.

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

Мета: вивчити особливості ремоделювання міокарда у хворих, на хронічну хворобу нирок (ХХН) VД стадії.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося на базі КНП «Київський міський центр нефрології та діалізу». У дослідження було включено 40 пацієнтів (20 жінок та 20 чоловіків) на ХХН VД стадії із артеріальною гіпертензією (АГ), що склали основну групу, та 10 практично здорових осіб (5 жінок та 5 чоловіків) - група контролю. Пацієнти були аналогічно співставленні за віком та статтю. Статистична обробка отриманих даних здійснювалась за допомогою статистичних програм «Excel 5.0» із визначенням стандартних відхилень, середньої величини, довірчого інтервалу. Для вірогідності різниці між групами застосовувався коефіцієнт Стьюдента (t). Вірогідними визначалися відмінності між групами за рівнем значимості при $p < 0,05$.

Результати: Під час проведеного дослідження гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) була діагностовано у 39 (98%) хворих на ХХН VД ст. та у 2 (20%) осіб контрольної групи ($p < 0,05$). У 34 (85%) пацієнтів основної групи спостерігалася збережена фракцію викиду (ФВ) лівого шлуночка (ФВ > 50 %), проти 10 (100%) осіб контрольної групи ($p < 0,05$). Легенева гіпертензія спостерігалася у 26 (65 %) хворих на ХХН VД ст., та була відсутня в осіб контрольної групи ($p < 0,05$). Простежувався зв'язок між систолічним тиском в легеневій артерії та параметрами, котрі характеризують систолічну та діастолічну функцію. Був виявлений зворотний зв'язок систолічного тиску в легеневій артерії з ФВ лівого шлуночка ($r = -0,57$, $p < 0,001$), і прямий зв'язок – з часом ізволемічного розслаблення лівого шлуночка ($R = 0,76$, $p < 0,001$).

Встановлено, що показник індексу маси міокарда ЛШ (ІММЛШ) у гемодіалізних хворих перевищував аналогічний показник в групі

контролю на 69,7 %. В групі гемодіалітичних хворих нормальний тип геометрії ЛШ мали 12% пацієнтів, частка пацієнтів з концентричною ГЛШ складала 76%, ексцентричною ГЛШ - 12 %. В групі контролю нормальний тип геометрії ЛШ мали 90% осіб та лише в одній особі була визначена ексцентрична ГЛШ. Хворі на гемодіалізі мали достовірно більші значення товщини МШП та ММЛШ порівняно з групою контролю. Середній рівень товщини МШП у хворих основної групи на 38,0% ($p = 0,02$) були більші порівняно з групою контролю.

Висновки: Завдяки проведеному дослідженню встановлено, що всі хворі на ХХН ВД ст. мають ГЛШ, що знаходить відображення в збільшенні показника ІММЛШ. Всі хворі на ХХН характеризуються патологічною геометрією ЛШ та превалюючим типом є концентрична гіпертрофія ЛШ.

РОЛЬ МЕЛАТОНІНУ ПРИ ПОРУШЕННІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ВД СТАДІЇ

Петрова А.С.

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

Мета: вивчити особливості ліпідного обміну у хворих на хронічну хворобу нирок ВД ст. та можливості корекції його порушень за допомогою прийому препарату мелатоніна.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося на базі КНП «Київський міський центр нефрології та діалізу». У дослідження було включено 40 пацієнтів (20 жінок та 20 чоловіків) на ХХН ВД стадії із артеріальною гіпертензією (АГ) та порушеною мелатонінутворювальною функцією (МФЄ). Вік хворих в середньому склав $46,50 \pm 4,25$ років. Тривалість лікування гемодіалізом становила від 3 до 15 років. Статистична обробка отриманих даних здійснювалась за допомогою статистичних програм «Excel 5.0» із визначенням стандартних відхилень, середньої величини, довірчого інтервалу. Для вірогідності різниці між групами застосовувався коефіцієнт Стьюдента (t). Вірогідними визначалися відмінності між групами за рівнем значимості при $p < 0,05$.

Результати: При виконанні дослідження були виявлені такі зміни ліпідного обміну: у 31% пацієнтів, були виявлені підвищені концентрації загального холестерину (ЗХ) та ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ); у 32% пацієнтів відзначено підвищений вміст тригліцеридів (ТГ) та ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ). Всі зміни відбувалися за рахунок зменшення ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). На тлі терапії мелатоніном (М), цільовий рівень ЗХ

(<5,2 ммоль / л), ЛПНЩ (<2,6 ммоль / л) і ТГ (<1,7 ммоль / л) було досягнуто у 8 (58,33%), 11 (75%) та 6 (41,67%) пацієнтів відповідно. Завдяки прийому М у 23 хворих відмічалось достовірне ($p < 0,05$) збільшення середніх концентрацій ЛПВЩ на 21,4% при одночасному зниженні концентрацій рівнів ЗХ, ЛПНЩ, ТГ на 23,26% ($p < 0,05$), 32,3% ($p < 0,01$) і 24,1% ($p < 0, 05$) відповідно в порівнянні з вихідними їх рівнями.

Висновки: Для пацієнтів з ХХН VD порушення ліпідного обміну є досить характерними. Застосування мелатоніну у даної групи пацієнтів призвело до статистично значущого зменшення показників ЗХ та ЛПНЩ в сироватці крові в порівнянні з контрольною групою, що не отримувала лікування. Також, відзначалася тенденція до підвищення рівня ЛПВЩ.

ФЕЛОДИПІН У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ З ІЗОЛЬОВАНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) з ізольованою артеріальною гіпертензією (АГ), чергове загострення запалення веде до формування функціональних і структурних змін магістральних судин та серцево-судинної смертності. Відомо, що ендотелій судин має антитромбоцитарні, антикоагуляційні, протизапальні, антиоксидантні та інші властивості. Тому застосування лікарських засобів, які гальмують процес ремоделювання судин у хворих ХОЗЛ, на наш погляд, є вчасним. У зв'язку з цим у хворих ХОЗЛ використовуються антагоністи кальцію як лікарський засіб впливу на артеріальний тиск. Таким препаратом є фелодипін. Він блокує потік іонів Ca^{2+} в клітині судин, знижує перетворення зв'язаних з фосфатами енергію в механічну роботу.

Мета: оптимізація лікування хворих ХОЗЛ з ізольованою АГ.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням перебували 65 хворих ХОЗЛ. Середній вік хворих склав (66 ± 4) років. Всі хворі одержували загальну терапію. Пацієнтам 2-ї групи (30 хворих) додатково включали фелодипін (фелодип) 10 мг на добу. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ. Визначали рівень оксиду азоту, реніну, ангіотензину II, ендотеліну-1, циклічних нуклеотидів. Рівень ендотеліна-1 і цГМФ визначали імуноферментним методом. Вивчали прозапальні інтерлейкіни (ІЛ): ІЛ-1 β , фактор некрозу пухлини (ФНП) α та протизапальний ІЛ-4.

Результати: на тлі проведеної терапії з включенням фелодипіну у

хворих 2-ї групи у порівнянні з хворими 1-ї групи відзначалось більш виражене зниження артеріального тиску, зменшення задишки, підвищення порога фізичних навантажень. Стан компенсації супроводжувався позитивними змінами показників оксиду азоту, реніну, ангіотензину II, ендотеліну-1. Крім того, у 2-й групі спостереження відмічалось зниження рівня прозапальних цитокінів: ІЛ-1 β , ФНПа та підвищення рівня протизапального ІЛ-4.

Висновок: зазначені позитивні клініко-лабораторні, гуморальні та гемодинамічні зміни позитивно характеризують застосування фелодипіну у комплексній терапії ХОЗЛ як засіб антигіпертензивної дії ізольованої АГ.

АМЛОДИПІН БЕСИЛАТ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ВАЗОСПАСТИЧНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ

Погорєлов В.М., Стебліна Н. П., Прохоренко В. Л.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

У хворих з хронічним легенеvim серцем (ХЛС) мають місце клінічні прояви вазоспастичної стенокардії. Це пов'язано з тим, що зниження кровотоку в коронарних судинах супроводжується ангінозним синдромом на тлі підвищення рівня ендотеліну і інших медіаторів. В останні роки для блокування больового синдрому і, особливо, у випадку вазоспазма використовують антагоністи кальцію. Літературні дані свідчать, що амлодипін бесилат підвищує рівень оксиду азота, який регулює впливи медіаторів ендотелію судин та знижує внутріклітинний рівень кальцію, призводить до вазорелаксації. Тобто в умовах вазоспастичної стенокардії він швидко та потужно знижує ендотелін-1 та підсилює біосинтез NO, покращує реологічні властивості крові у хворих ІХС з вазоспастичною стенокардією.

Мета: оптимізація лікування вазоспастичної стенокардії хворих ХЛС.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням перебували 55 хворих з вазоспастичною стенокардією на тлі ХЛС. Всі хворі одержували загально прийняту комплексну терапію. Хворим 1-ї групи (20 чоловік) додатково призначали пентоксифілін тоді як хворим 2-ї групи (35 чоловік) до цієї терапії включали амлодипін бесилат 10 мг на добу. Досліджували показники гемодинаміки, цГМФ, NO, ендотелін-1, агрегаційні властивості тромбоцитів.

Результати: на тлі проведеної комплексної терапії з додатковим включенням пентоксифіліну хворим 1-ї (контрольної) групи і амлодипіну бесилату 10 мг на добу хворим 2-ї групи спостереження зменшувались частота, інтенсивність і продовження ангінального синдрому. Поліпшення клінічних проявів захворювання супроводжувалося підвищенням рівню

цГМФ, NO та зниженням рівня ендотеліну-1 у крові в обох групах спостереження, але більш виражені клінічні зміни відмічались у 2-й групі. Це свідчить на користь того, що амлодипін бесилат в умовах вазоспастичного болю пригнічує дію медіаторів, які підтримували ендотеліальну дисфункцію.

Висновок: застосування амлодипіну бесилату у комплексній терапії хворих з вазоспастичною стенокардією на тлі ХЛС супроводжувалося вазодилайією коронарних судин, що є альтернативою блокування клінічних проявів ангінального синдрому.

ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ КОМБІНАЦІЇ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ ТА КВЕРЦЕТИНУ У ЩУРІВ Попов О.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Мета: дослідити гостру токсичність сумісного застосування диклофенаку натрію та кверцетину.

Матеріали і методи: для оцінки гострої токсичності цієї комбінації розраховували середню летальну дозу (ЛД₅₀) за методом Прозоровського в діапазоні доз 500 – 1500 мг/кг за сумою діючих речовин (у співвідношенні доз кверцетину до диклофенаку як 1,6 до 1) при внутрішньошлунковому введенні препарату, що відповідає 192-577 мг/кг за диклофенаком, на 36 щурах.

Результати: Результати дослідження (табл. 1) та проведених розрахунків методом пробіт-аналізу дозволяють зробити висновок, що ЛД₅₀ досліджуваної комбінації при одноразовому пероральному введенні у щурів складає 952,5±45,2 мг/кг (366,5 мг/кг за диклофенаком).

Таблиця 1

Показники летальності щурів при вивченні гострої токсичності комбінації диклофенаку натрію та кверцетина (n=6)

№ груп	Доза, мг/кг	Кількість тварин	Кількість загиблих тварин					Середня летальність, %
			1 доба	4 доба	7 доба	10 доба	14 доба	
1	500	6	0	0	0	0	0	0
2	700	6	0	0	0	1	1	16,7
3	900	6	0	1	2	3	3	50,0
4	1100	6	0	1	2	3	4	66,6
5	1300	6	0	3	4	5	5	83,3
6	1500	6	0	4	5	5	6	100

Оскільки дані наукової літератури свідчать, що гостра токсичність субстанції диклофенаку при пероральному введенні у щурів складає 53–95 мг/кг, можна заключити про виражене зниження токсичності диклофенаку при сумісному застосуванні з кверцетином.

Висновок: Таким чином, результати вивчення токсикологічних характеристик досліджуваної комбінації у щурів свідчать про доцільність комбінування кверцетину з диклофенаком у зв'язку зі зниженням проявів токсикодинаміки останнього та дозволяють віднести даний засіб згідно загальноприйнятої класифікації токсичності К.К. Сидорова до класу малотоксичних речовин ($501 \text{ мг/кг} < \text{ЛД}_{50} > 5000 \text{ мг/кг}$).

РЕСПІРАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ТЮТЮНОВОЇ ФАБРИКИ

Попова Т.М., Мельник О.Г., Рябоконт А.І.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Мета: оцінити стан дихальних шляхів у робітників тютюнової фабрики.

Матеріали і методи: в межах періодичного медичного огляду обстежено 152 працівника тютюнової фабрики. Робітників підприємства розділили на 4 групи в залежності від дії тютюнового пилу та паління сигарет. I групу склали 33 робітника цеху підготовки тютюну, які палили 8 років і більше. У цеху з підготовки тютюну вміст тютюнового пилу у повітрі робочої зони перевищував гранично допустиму концентрацію (ГДК) на $3,5 \text{ мг/м}^3$. II групу – 11 робітників цеху підготовки тютюну, які не вживали тютюнові вироби. III групу – 82 працівника сигаретного цеху, які палили сигарети 8 років і більше. У повітрі сигаретного цеху концентрація тютюнового пилу відповідала ГДК (3 мг/м^3). IV групу – 26 робочих сигаретного цеху, які не вживали тютюнові вироби.

Результати: серед обстежених робітників тютюнового підприємства чоловіки становили 100% у I групі, 27,3% у II групі, 100% у III групі та 11,5% у IV групі; жінки – 72,7% у II групі та 88,5% у IV групі. При аналізі вікової структури працюючих відзначено переважання групи 30-49 років. Медіана та інтерквартильний розмах стажу роботи робітників підприємства становили 4 та 3 – 11 років у I групі, 8 та 2 – 14 років у II групі, 6,5 та 1 – 11,5 років у III групі, 8 та 2 – 11 років у IV групі.

Спірометричне обстеження робітників тютюнового підприємства виявило зниження максимальної об'ємної швидкості видиху (МОШ 50 та МОШ 75) у I групі робітників $M_e = 3.41 [3.02; 4.01]$ та $M_e = 4.33 [3.02;$

5.86], у II групі працівників $Me - 4.05 [3.18; 4.67]$ та $Me - 5.05 [4.12; 5.89]$, у III групі робітників $Me - 3.97 [3.04; 5.75]$ та $Me - 4.62 [3.02; 6.02]$ та в порівнянні з IV групою $Me - 5.82 [5.68; 6.98]$ та $Me - 6.84 [5.93; 7.15]$ (KWtest: $H = 41.71; p=0.0001$). Поширеність ОФВ₁/ФЖЄЛ <70% в I групі склала 45%, в II групі – 20%, в III групі – 18,8%, в IV групі – 8,7% (KWtest: $H=26.82; p=0.0012$); ОФВ₁ <80% в I групі становила 55%, в II групі – 40,0%, в III групі – 59,38%, в IV групі – 21,7% (KWtest: $H = 11.82; p = 0.034$); ФЖЄЛ <80% – 55% в I групі, 40,0% в II групі, 59,4% в III групі, в IV групі – 26,1% (KWtest: $H=39.41; p=0.0000$).

Висновки: Достовірне зниження показників зовнішнього дихання у робітників I групи можливо пов'язано з поєднаною негативною дією паління сигарет і тютюнового пилу підвищеної концентрації, що призводить до значущого зниження прохідності дихальних шляхів на рівні дистальних бронхів і є фактором ризику розвитку обструктивних захворювань дихальних шляхів.

ВПЛИВ ЛЕВОСИМЕНДАНА НА ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ДЕКОМПЕНСАЦІЄЮ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Прудкий І.В., *Сиченко Ю.О.

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ,
Україна²,*

**Олександрівська клінічна лікарня, м. Київ, Україна*

Мета: оцінити вплив левосимендана (ЛС) на клінічний стан, показники системної та внутрішньо-серцевої гемодинаміки, функцію нирок у хворих з гострою декомпенсацією серцевої недостатності (ГДСН).

Матеріали і методи: в дослідження було включено 38 хворих з ГДСН, яка розвинулась на фоні кардіоміопатії неішемічного походження, що супроводжувалася дилатацією порожнин серця та мали серцеву недостатність (СН) зі зниженою фракцією викиду (ФВ), III-IV класу по NYHA. Всім хворим проводився моніторинг показників системної гемодинаміки, насичення киснем капілярної крові, вимірювався діурез, визначалась швидкість клубочкової фільтрації та рівень NT-proBNP, як маркера СН. Проводились Ехо-кардіографічні дослідження систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ). Вимірювався тиск в легеневій артеріях (ТЛА). Дослідження проводились до та через 4-5 діб після інфузії левосимендана в середній дозі 0,18 мг/кг/хв., впродовж 24 годин.

Результати: на фоні лікування відмічалось зниження ЧСС з $109 \pm 6,3$ уд. до $81 \pm 5,4$ уд. за 1 хв, артеріальний тиск суттєво не змінювався. Насичення капілярної крові киснем у всіх хворих

нормалізувалось та становило в середньому $96 \pm 2,1\%$ без інсуфляції O_2 . Відзначалося суттєве збільшення діурезу та підвищення ШКФ (всі $p < 0,05$). Кінцево-діастолічний об'єм (КДО) зменшився з $236 \pm 6,1$ до $211 \pm 5,3$ мл, кінцево-сistolічний об'єм (КСО) з $174 \pm 8,1$ до $145 \pm 5,5$ мл, ФВ зросла з $26 \pm 2,9$ до $33 \pm 3,3\%$ після інфузії ЛС. Відмічалась достовірна позитивна динаміка зменшення розмірів правого передсердя і шлуночка та лівого передсердя. Показник Е/А зріс з $1,91 \pm 0,23$ до $2,2 \pm 0,11$, ДТ знизився з $171,3 \pm 2,45$ до $98,1 \pm 2,56$ в динаміці після лікування. ТЛГ зменшився з $46,3 \pm 0,23$ до $41,2 \pm 0,22$ мм рт.ст. (всі показники $p < 0,05$). Рівень NT-proBNP знизився з 4582 ± 112 до лікування ЛС до 2356 ± 98 пг/мл після ($p < 0,01$).

Висновок: добова інфузія ЛС показана хворим з ГДСН та спонукає до зменшення симптомів та ознак СН. ЛС позитивно впливає на показники системної та внутрішньосерцевої гемодинаміки, функцію нирок та зменшує рівень маркеру СН у хворих з ГДСН.

СИНДРОМОМ НИЗЬКОГО ТРИЙОДТИРОНІНУ ТА ЗАСТОСУВАННЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРІВ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Пивовар С.М., Рудик Ю.С.

*ДУ «Національний Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Мета: вивчити вплив застосування β -адреноблокаторів (β -АБ) у хворих з синдромом низького трийодтироніну (СНТ) на перебіг серцевої недостатності (СН).

Матеріали і методи: До дослідження було включено 354 хворих з СН на фоні післяінфарктного кардіосклерозу. У 89 (25,1 %) хворих діагностували СНТ. 265 (74,9 %) пацієнти без СНТ. Визначали рівні ТТГ, $T_{3в}$ та $T_{4в}$, реверсивного T_3 (T_{3r}). Проводили ехокардіоскопію. Вивчали перебіг СН протягом 2 років.

Результати: частота СНТ у хворих з СН складає 25,1 %. Хворі даної категорії мають тяжчий функціональний клас за NYHA, частіше реєструвалася фібриляція передсердь, вони мають більшу дилатацію порожнин лівих відділів серця та меншу скоротливу здатність міокарда, більшу частоту повторної госпіталізації. Застосування β -АБ у хворих з СН без СНТ, призводить до вірогідного зниження госпіталізації. β -АБ у пацієнтів з СНТ призводять до підвищення частоти госпіталізації. Частота повторної госпіталізації у хворих з СНТ зростає під час перевищення дози β -АБ > 5 мг (еквівалентно до бісопрололу). У даній

підгрупі хворих відзначається зменшення сироваткового рівня T_3 ; негативна динаміка параметрів внутрішньосерцевої гемодинаміки.

Висновок: Застосування β -АБ у пацієнтів з СНТ призводить до підвищення частоти ре-госпіталазації при дозі $> 5,0$ мг (еквівалентно до бісопролола). У даній підгрупі хворих відзначається зменшення сироваткового рівня T_3 , підвищення рівня T_4 ; збільшення порожнин серця та зниження величини фракції викиду.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З АНЕМІЄЮ

Радченко О.М., Федик О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією із найбільш актуальних проблем охорони здоров'я, оскільки має не локальний, а системний характер, що проявляється, зокрема, розвитком анемії хронічної хвороби (АХХ). Перспективним методом оцінки стану організму є визначення стандартних та інтегральних гематологічних параметрів, які у таких хворих вивчені недостатньо, що зумовлює актуальність нашого дослідження. **З метою** дослідити стандартні та 12 розрахункових гематологічних параметрів при ХОЗЛ з АХХ **проведено** ретроспективний аналіз 470 стаціонарних історій хвороб, результати опрацьовано статистично.

Виявлено, що у 31,6% пацієнтів була АХХ, частіше у чоловіків (60,1%, $p < 0,05$). Переважно анемія була легкою за важкістю (72,3%), нормоцитарною та нормохромною. У пацієнтів з анемією був більш вираженим синдром запалення - лейкоцитоз периферійної крові ($14,4 \pm 1,36$ та $8,20 \pm 0,40 \cdot 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$), в основному за рахунок нейтрофільних гранулоцитів, та більша ШОЕ ($19,02 \pm 1,17$ та $14,18 \pm 0,61$ мм/год, $p < 0,05$). Це було підтверджено істотно вищими інтегральними гематологічними індексами: зсуву лейкоцитів (ІЗЛ) і активності запалення (ІАЗ), інтегрального індексу запалення (ІІЗ) та індексами відношення сегментоядерних чи несегментоядерних нейтрофілів до ШОЕ (ІСНШ, ІННШ), лейкоцитів до ШОЕ (ІСЛШ), нейтрофілів до лімфоцитів (ІСНЛі). Виявлена активація системного запалення супроводжувалась зростанням ендогенної інтоксикації та пригніченням неспецифічної імунної реактивності зі зміною адаптаційних процесів, на що вказували інші інтегральні індекси. Так, пацієнти з ХОЗЛ та АХХ характеризувались істотно вищим значенням лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ, $3,37 \pm 0,17$ проти $2,73 \pm 0,10$, $p < 0,05$) та індексу реактивної відповіді нейтрофілів (ІРВН, $10,06 \pm 1,22$ проти $6,00 \pm 0,49$,

$p < 0,05$). Натомість індекси імунної реактивності (ІР), лімфоцитарно-гранулоцитарний (ЛіГ), відношення лімфоцитів до моноцитів (ІСЛіМ) та індекс адаптації (ІА) були у них достовірно нижчими ($7,88 \pm 0,59$ проти $9,36 \pm 0,49$; $2,89 \pm 0,15$ проти $3,49 \pm 0,12$; $4,80 \pm 0,51$ проти $6,42 \pm 0,50$; $0,61 \pm 0,03$ проти $0,82 \pm 0,03$ відповідно; усі $p < 0,05$).

Висновки. Перебіг ХОЗЛ з АХХ супроводжується більш вираженим синдромом запалення, що проявляється лейкоцитозом зі збільшенням нейтрофілів, пришвидшенням ШОЕ, істотно вищими інтегральними гематологічними індексами (ІЗЛ, Л/Ш, Н/Ш, НН/Ш, Н/Лі, ІАЗ, ІЗ), більшою ендogenous інтоксикацією (істотно вищі ІРВН, ІП), пригніченням адаптації та реактивності (нижчі ІА, ІР, ІАл, ЛіГі). Підрахунок гематологічних індексів є інформативним доступним методом, що підвищує інформативність стандартного гематологічного обстеження.

ВИЗНАЧЕННЯ ТИПІВ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ТА ПУЛЬСОВОГО ТИСКУ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Радченко О.М., Комариця О.Й.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Сучасні дослідження встановили, що гіпертонічна хвороба (ГХ) виникає внаслідок складного комплексу порушень, які співпадають з реалізаторами адаптаційних реакцій. Вдосконалення терапії ГХ вимагає критеріїв оцінки стану хворого та ефективності терапії, до яких відносяться адаптаційні реакції (АР) та пульсовий тиск (ПТ), зумовлений жорсткістю судин.

З метою вивчення АР та ПТ, інформативними для сімейного лікаря, обстежено 50 хворих на ГХ та 24 з симптоматичною ренопаренхіматозною гіпертензією (САГ), в яких визначали ПТ, частоту серцевих скорочень (ЧСС) за ЕКГ, середній артеріальний тиск ($САТ = 0,427 \times ПТ + ДТ$), тип адаптаційних реакцій (стрес, орієнтування, активація, переактивація, неповноцінна адаптація; за Радченко О.М., 2004). Результати обчислені за методами варіаційної статистики.

Встановлено, що серед хворих обох груп частота реакцій дистресу (стрес, неповноцінна адаптація, переактивація) істотно перевищує частоту сприятливих реакцій еустресу (спокійна та підвищена активація) ($70,9 \pm 6,1\%$ та $29,1 \pm 6,1\%$, $p < 0,05$). Проведений кореляційний аналіз показав, що поглиблення дистресу буде супроводжуватись зростанням рівня епінефрину та медіаторів нервової системи з тахікардією, що не спостерігалось за умов еустресу.

Низький ПТ серед усіх 74 хворих спостерігався лише у $6,7 \pm 2,9\%$, переважно за умов САГ. ПТ 46-50 мм рт.ст. був виявлений у $12,1 \pm 3,8\%$, у 2 рази частіше за умов ГХ. ПТ 51-64 мм рт.ст. виявлявся у $21,6 \pm 4,8\%$, переважно при ГХ. Найчастіше зустрічався край високий ПТ – у $59,4 \pm 5,7\%$ ($p < 0,05$ порівняно з усіма іншими частотами), у 2,5 разів частіше при ГХ.

Величина ПТ за лежала від стану адаптації. Так, у хворих з реакціями дистресу ПТ були високими (стрес: $65,0 \pm 6,0$ і $70,0 \pm 6,2$ мм рт.ст.; неповноцінна адаптація: $60,5 \pm 7,5$ і $73,0 \pm 9,9$ мм рт.ст.) на відміну від еустресу ($51,4 \pm 6,3$ та $54,0 \pm 6,8$ мм рт.ст., $p < 0,05$).

Висновки. У більшості пацієнтів з гіпертонічною хворобою виявляється високий та край високий пульсовий тиск, тоді як низький пульсовий тиск частіше при симптоматичній ренопаренхіматозній артеріальній гіпертензії. Несприятливі дистрес-реакції супроводжуються вищими значеннями пульсового тиску, а, отже, вищим серцево-судинним ризиком, що слід враховувати при плануванні лікувальних заходів. Тип адаптаційних реакцій та пульсовий тиск є простими доступними інформативними маркерами судинного ризику, доступними для оцінки у щоденній практиці сімейного лікаря.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У КОМОРБІДНОСТІ ІЗ ГІПОТИРЕОЗОМ

Рева Т.В., Трефаненко І.В., Шумко Г.І., Рева В.Б.

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

Діагностика та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) залишається актуальним питанням сьогодення, не дивлячись на очевидні успіхи, досягнуті у вивченні цієї патології. Погіршення екологічної ситуації в країні не сприяє зниженню кількості випадків ураження щитовидної залози навпаки спостерігається стійка тенденція до збільшення поширення тиреоїдиту та гіпотиреозу у населення України. Тому поєднання ГЕРХ та гіпотиреозу набуває великого значення, оскільки можна визначити особливості розвитку та прогресування обох захворювань.

Метою дослідження стало вивчення тиреоїдного гомеостазу у хворих на ГЕРХ та його вплив на клінічні прояви ГЕРХ у коморбідності з гіпотиреозом.

Матеріали і методи. Обстежено 42 хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом. Контрольна група представлена 10 практично здоровими особами. Середній вік хворих склав ($49,9 \pm 1,5$) роки. Чоловіків було 10

(23,8%), жінок – 32 (76,2%). Хворим проводилось клінічне обстеження, ендоскопічне дослідження, рН-метрія, визначали рівень тиреотропного гормону. Всім хворим проводилось УЗД щитовидної залози.

Результати. Серед обстежених було 16 хворих на первинний ідіопатичний гіпотиреоз середнього і тяжкого ступеня, 19 хворих на первинний післяопераційний гіпотиреоз середнього і тяжкого ступеня, 7 хворих на аутоімунний тиреоїдит із проявами гіпотиреозу середнього ступеня тяжкості. Давність захворюваності хворих на гіпотиреоз складала від 10 до 30 років. Клінічні симптоми ГЕРХ з'являлись у переважній більшості хворих на 5-6 році захворювання, коли у хворих відмічалась поява відчуття важкості в епігастрії після приймання їжі, відриг, гіркота у роті. Загрудинний біль, зригування їжею, відчуття грудки за грудиною виникали після 10 років захворювання.

Катаральний езофагіт діагностовано у 15 хворих, ерозивний – у 7, у 20 хворих змін зі сторони слизової оболонки шлунка не виявлено. При проведенні рН-метрії стравоходу виявлено, що у 27 пацієнтів значення рН було у межах норми і в середньому склало $6,8 \pm 0,2$. А у інших 15 пацієнтів відмічено підвищення рівня рН до $7,6 \pm 0,2$. Що стосується показників рН у шлунку тут також відмічено їх значне підвищення в середньому до рівня $5,4 \pm 0,2$.

Середній показник рівня ТТГ склав 27,9 мМО/л і коливався у межах від 16,8 до 84,7 мМО/л.

Висновок. У результаті проведеного дослідження нами була виявлена наступна закономірність: чим більша тривалість захворювання і тяжчий перебіг гіпотиреозу, тим частіше зустрічаються катаральні та ерозивні зміни слизової стравоходу, і навпаки, ендоскопічно-негативна форма ГЕРХ частіше зустрічається у хворих із меншою тривалістю захворювання та легким перебігом гіпотиреозу.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ЩУРІВ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ТА ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ БЛОКАДИ РААС

**Рєпін М.В., Марченко Л.М., Говоруха Т.П., Чиж Ю.О., Строна В.І.,
*Кірієнко О.М., *Зоренко Н.В.**

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

Метою даного дослідження було вивчення морфо-функціональних змін в тканинах нирки щурів з хронічною нирковою недостатністю

(ХНН) при введенні алогенного кріоекстракту плаценти (КЕП) та в умовах медикаментозної блокади ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС).

Матеріали та методи. Для моделювання ниркової недостатності внутрішньом'язово однократно вводили 50% водний розчин гліцеролу. На стадії відновлення діурезу тваринам різних груп вводили алогенний кріоекстракт плаценти, застосовували медикаментозну блокаду РААС спіронолактоном і еналаприлом, а також комбінували введення КЕП з застосуванням медикаментозної блокади РААС. Використовували гістологічні і електронно-мікроскопічні методи, а також оцінювали функціональні показники нирок: рівень креатиніну та рівні іонів калію та натрію в сечі і крові, швидкість клубочкової фільтрації та аналіз формули крові.

Тварин виводили з експерименту через 8 тижнів після введення гліцеролу.

Результати. Дослідження функціональних показників нирок показало, що через 8 тижнів після введення гліцеролу у нелікованих тварин спостерігалось підвищення рівня креатиніну крові та зниження креатиніну сечі, падіння швидкості клубочкової фільтрації та каналцевої реабсорбції, гіперкаліємія, що свідчить про розвиток ХНН. Застосування медикаментозної блокади РААС в комплексі з КЕП, яке було проведено на ранніх етапах розвитку ниркової патології, відновило видільну функцію нирок та покращило електролітний обмін до рівня контролю.

Морфологічне дослідження виявило у тварин всіх груп ознаки хронічного тубуло-інтерстиціального нефриту, найбільш виражених у нелікованих щурів. Введення КЕП у комплексі з блокадою РААС призвело за даними морфометричних досліджень до нормалізації розмірів як коркових, так і юкстамедулярних клубочків, що свідчить про відновлення коркового кровообігу та зменшення ішемізації, мінімізувало ознаки дистрофії та запалення в корі нирки, що може призвести до затримки розвитку ХНН. Аналіз формули крові виявив наявність лейкоцитозу, що свідчить про запальний процес в організмі щурів всіх експериментальних груп.

Висновок. Комплексна терапія алогенним кріоекстрактом плаценти та медикаментозною блокадою РААС, яка була проведена на ранніх стадіях розвитку ниркової патології, сприяла відновленню коркового кровообігу нирок, що зменшувало ішемізацію кори, відновлювало видільну функцію нирок, поліпшувало електролітний обмін та зупиняло прогресування ХНН на термін 8 тижнів спостереження.

СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ У ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Мета: оцінити показники вуглеводного обміну за рівнем глікемії, інсулінемії, інсулінорезистентності у хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) при ішемічній хворобі серця (ІХС) залежно від наявності супутньої надмірної маси тіла або ожиріння різного ступеня тяжкості.

Матеріали і методи: Обстежено 135 хворих з ХСН ішемічного генезу I-III функціонального класу, що знаходилися на лікуванні у кардіологічному та інфарктному відділеннях КНП «Міська клінічна лікарня №27» ХМР. При діагностиці ХСН й формуванні клінічних груп використовувалась класифікація Н'ю-Йоркської асоціації серця (NYHA, 1964) з урахуванням рекомендацій Української спілки кардіологів. Хворих було розподілено згідно наявності супутнього ожиріння. До 1-ої групи увійшов 41 хворий з надмірною масою тіла, до 2-ої групи – 44 хворих з ожирінням 1 ступеня й до 3-ої групи – 15 хворих з ожирінням II-III ступеня. 35 хворих з ХСН мали нормальну масу тіла. Визначення інсуліну у сироватці крові проводили імуноферментним методом з використанням набору реактивів «DRG INSULIN ELISA KIT». Використовували індекс НОМА, який розраховували за формулою: інсулін натще (мЕД/мл) * глюкоза натще (ммоль/л)/22,5. При індексі НОМА > 2,77 пацієнтів вважали інсулінорезистентними.

Результати: У хворих з ХСН та надмірною масою тіла ($5,61 \pm 0,51$ ммоль/л), ожирінням 1 ступеня ($5,62 \pm 0,61$ ммоль/л) й ожирінням II-III ступеня ($6,61 \pm 0,54$ ммоль/л) рівень глюкози достовірно перевищував такий у хворих з ХСН та нормальною масою тіла ($4,33 \pm 0,31$ ммоль/л) ($p < 0,05$). Порівняння концентрації інсуліну у хворих з ХСН при ожирінні й нормальній масі тіла виявлено відмінності. Так у хворих з ХСН й ожирінням 1 ступеня ($21,12 \pm 3,14$ мкЕд/л), а також ожирінням II-III ступеня ($35,34 \pm 12,75$ мкЕд/л) рівень інсуліну був вище, ніж у хворих з нормальною масою тіла ($17,98 \pm 2,9$ мкЕд/л) ($p < 0,05$). Зіставлення інсулінемії у хворих з ХСН та надмірною масою тіла й нормальною масою тіла вірогідних змін не виявило ($p > 0,05$). Знайдено зростання індекса інсулінорезистентності НОМА у хворих з ХСН за наявності надмірної маси тіла, ожиріння I або II-III ступеня при порівнянні з хворими з ХСН та нормальною масою тіла ($p < 0,05$). Зіставлення глікемії, інсулінемії та виразності інсулінорезистентності у хворих

визначило, що рівні вищенаведених параметрів зростали при ХСН та ожирінні II-III ступеня порівняно з хворими, що мали надмірну масу тіла ($p < 0,05$). Рівень вмісту глюкози й інсуліну між групами з надмірною масою тіла й ожирінням I ступеня при ХСН був практично однаковий ($p > 0,05$).

Висновок. У хворих з ХСН ішемічного генезу процес підвищення маси тіла індукує підвищення рівня глюкози, інсуліну та формує інсулінорезистентність.

МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Романова В.О., Кузьміна Н.В., Сєркова В.К., Романова Л.О.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

В основі медикаментозної терапії ішемічної хвороби серця (ІХС) лежить вплив на патогенетичні механізми захворювання: пригнічення субклінічного неспецифічного запалення, імунокорекцію, нормалізацію ліпідного обміну, нормалізацію функції судинного ендотелію.

Мета: Оцінити можливості оптимізації лікування хворих на ІХС шляхом додаткового призначення фіксованої комбінації мельдонію з γ -бутиробетаїном.

Матеріали і методи: Під спостереженням знаходилося 112 хворих на ІХС (середній вік – $53,22 \pm 2,61$ роки): 74 пацієнта зі стабільною ІХС та 38 – з нестабільною (прогресуючою) стенокардією. Методом випадкової вибірки пацієнти були розділені на 2 групи, які були репрезентативні за статтю, віком і клінічними формами ІХС. Перша група (69 осіб) отримували медикаментозну терапію відповідно до сучасних рекомендацій, яка включала β -адреноблокатор, інгібітор АПФ, ацетилсаліцилову кислоту, статин і при потребі нітрогліцерин; друга група (43 хворих) додатково отримувала фіксовану комбінацію мельдонію з γ -бутиробетаїном (ГББ) (препарат «Капікор®») по 2 капсули двічі на добу протягом 4 тижнів. Вплив терапії на клінічний стан пацієнтів оцінювали за допомогою стандартизованого Сіетлського опитувальника оцінки якості життя хворих на ІХС. Опитування проводилося до призначення терапії та через 1 місяць після її початку. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 12.0.

Результати: Призначена терапія призвела до поліпшення стану пацієнтів за даними опитувальника в обох групах обстежених, однак у пацієнтів, які отримували додатково фіксовану комбінацію мельдонію з ГББ, був достовірно більший ступінь покращення показників ($\Delta\%$), що

характеризують частоту нападів (25,2 і 32,2%, відповідно, $p < 0,01$), задоволеність лікуванням (44,3 і 56,7%, відповідно, $p < 0,001$), сприйняття хвороби (37,0 і 56,2%, відповідно, $p < 0,001$) та сумарний бал оцінки стану (27,7 і 34,9%, відповідно, $p < 0,05$).

У пацієнтів з початково нестабільним перебігом при обох варіантах терапії мав місце більший ступінь покращення показників опитувальника, ніж при стабільній ІХС. При цьому у пацієнтів, які додатково отримували фіксовану комбінацію мельдонію з ГББ виявлено більший ступінь позитивних зрушень за такими шкалами, як: задоволеність лікуванням (47,1 і 69,6%, відповідно, $p < 0,05$), сприйняття хвороби (50,0 і 67,8%, відповідно, $p < 0,01$) та сумарний бал оцінки стану здоров'я (34,8 і 42,5%, відповідно, $p < 0,05$).

Таким чином, комплексна сучасна терапія ІХС призначена згідно діючих рекомендацій призводить до покращення клінічного стану пацієнтів та поліпшення їх якості життя. Додаткове призначення до даної терапії фіксованої комбінації мельдонію з γ -бутиробетаїном сприяє більш суттєвому зменшенню частоти нападів стенокардії, збільшенню задоволеності лікуванням, покращенню сприйняття хвороби.

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ
ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ
ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ТЕРМІНАЛЬНОЮ НИРКОВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ У ПОЄДНАННІ З ВТОРИННИМ
ГІПЕРПАРАТИРЕОЗОМ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ
НА ПРОГРАМНОМУ АБО ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ**
Рустамян С.Т.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність: діагностика і терапія діалізної стадії хронічної хвороби нирок (ХХН) є однією з найбільш актуальних проблем внаслідок збільшення кількості випадків захворювань, що призводять до розвитку хронічної ниркової недостатності (ХНН), великої кількості розвитку ускладнень, необхідності проведення нирково-замісної терапії (НЗТ) на кінцевих стадіях захворювання, погіршення якості життя, збільшення кількості негативних психосоціальних факторів, інвалідизації та високої летальності хворих.

Мета: провести порівняльну оцінку особливостей психосоціальних розладів та перебігу артеріальної гіпертензії у хворих з ХХН V стадії у поєднанні з вторинним гіперпаратиреозом, які перебувають на програмному або пери-тональному діалізі.

Матеріали і методи: обстежено 64 хворих, з них 40 хворих, що знаходяться на гемодіалізі (ГД) з вторинним гіперпаратиреозом (ВГПТ), 34 хворих – на перитонеальному діалізі (ПД) з ВГПТ. У крові визначали рівень паратиреоїдного гормону (ПТГ), проводилося ехокардіографічне обстеження (ЕхоКГ). Оцінку психосоціальних розладів проводили за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

Результати: з розвитком термінальної стадії ниркової недостатності у пацієнтів з ХХН виявлено прогресуюче зростання розвитку і прогресування ВГПТ. Починаючи з IV стадії ХХН, відзначали зростання рівня ПТГ ($200 \pm 35,4$) пг/мл ($p > 0,05$), яке у подальшому прогресує у хворих на ГД, яким не проводили корекцію рівня ПТГ. У 65% гемодіалізних хворих виявлені депресивні порушення. У хворих на ПД депресивні розлади виявлені у 32%. Підвищення артеріального тиску (АТ) та гіпертрофію лівого шлуночку (ГЛШ) на ЕхоКГ виявляли у 85% на ГД, тоді як у пацієнтів, які знаходились на ПД підвищення АТ та ГЛШ спостерігали у 69% хворих.

Висновок: У пацієнтів з ХХН V стадії у поєднанні з ВГПТ, які перебувають на ГД або ПД відзначається розвиток і прогресування як артеріальної гіпертензії так і ВГПТ, що значною мірою корелює з психосоціальними факторами і створює загрозу розвитку кардіоваскулярних ускладнень. Більш виражені зміни відзначаються у пацієнтів, які перебувають на програмному гемодіалізі.

ТРАНСФОРМАЦІЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ БОЛЕЗНИ

Сакал В.В.¹, Костаньян А.О.¹, Гаргин В.В.^{1,2}

¹ДУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», ²Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Большинство ученых определяют гастроэзофагальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) как хроническое рецидивирующее заболевание, которое проявляется характерными клиническими признаками и обусловлено спонтанным, регулярно повторяющимся ретроградным забросом (рефлюксом) кислого желудочного или щелочного дуоденального содержимого в пищевод с повреждением его дистальных отделов (воспаление, эрозии, пептическая язва). Изменения слизистой при этом состоянии продолжают оставаться предметом изучения и дискуссий.

Целью нашей работы явилось определение оптимальных способов выявления и анализ диспластических изменений слизистой оболочки пищевода при гастроэзофагальной рефлюксной болезни.

Матеріал і методи. Нами були вивчені біоптати 223 хворих, у яких була діагностована ГЕРБ (72 жінок і 151 чоловік, в віці від 22 до 80 років). Відповідно до клініко-ендоскопічної класифікації, прийнятої на ІХ Європейській гастроентерологічній тижні в Амстердамі, після порівняння ендоскопічних і гістологічних даних досліджувані матеріали були розділені на три підгрупи: до неерозивної ГЕРБ (НЭГЕРБ) було віднесено 104 випадки або 46,64%; ерозивно-язвеної формі (ЭЯГЕРБ) відповідає картина у 77 пацієнтів, т.е. 34,53%; езофаг Барретта (ПБ) виявлено у 42 пацієнтів (18,8%).

Результати. В групі хворих з НЭГЕРБ диспластичні зміни розподілені наступним чином: дисплазія І ступеня спостерігалася у 11 пацієнтів (18,2%), ІІ ступеня спостерігалася у 1 хворого (1,1%), ІІІ ступеня не виявлено. В групі хворих з ЭЯГЕРБ дисплазія І ступеня спостерігалася у 15 пацієнтів (52,9%), ІІ ступеня спостерігалася у 2 хворих (18,1%), ІІІ ступеня не виявлено. При ПБ виявлені такі дані: І ступеня спостерігалася у 9 пацієнтів (21,4%), ІІ ступеня у 12 хворих (28,6%), ІІІ ступеня не виявлено.

Висновки. Абсолютні значення першої і другої ступеня вираженості дисплазії розподіляються достатньо рівномірно між трьома формами ГЕРБ, при цьому спостерігається переважання першої ступеня вираженості признака, друга ступеня зустрічається в декілька разів рідше. Наявність дисплазії при неерозивній формі гастроєзофагальної рефлюксової хвороби свідчить про ранню стадію даного виду тканинної трансформації. Рання діагностика дисплазії епітелію повинна бути основою активного диспансерного спостереження хворих ГЕРБ для можливого запобігання розвитку злоякісної неопластичної трансформації.

ІНСУЛІНОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Сафонова О.В., Урбанович А.М.

*Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького, м. Львів, Україна*

Цукровий діабет (ЦД) – суттєва медична проблема світового значення. Кількість хворих на ЦД кожні 10 років подвоюється і за прогнозами Міжнародної діабетичної федерації в 2040 році сягне 642 млн., 85% з них страждає на ЦД 2 типу. Причиною ЦД 2 типу є інсулінорезистентність в поєднанні з поступовим згасанням функції β-клітин підшлункової залози, що веде до хронічної гіперглікемії, розвитку

хронічних судинних ускладнень та необхідності призначення інсуліну.

Мета: порівняти вплив інсулінів гларгін 100 Од/мл та гларгін 300 Од/мл на показники вуглеводного обміну у хворих з ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Спостереження проводили протягом 3 місяців з визначенням глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) на початку та в кінці дослідження, в також показників глікемічного профілю протягом всього періоду дослідження з метою виявлення випадків гіпоглікемії. В групу обстеження ввійшли 21 хворих з ЦД 2 типу, які отримували інсулін гларгін 100 Од/мл (11 хворих) та Інсулін 300 Од/мл (10 хворих) в середній добовій дозі 0,4 Од/кг в комбінації з пероральними цукрознижувальними засобами, доза яких протягом періоду спостереження не змінювалась.

Результати: Результати дослідження показали, що частота виникнення підтверджених випадків гіпоглікемії протягом доби була нижчою на 12% ($p < 0,05$) у пацієнтів, які отримували препарат гларгін 300 Од/мл, у порівнянні з пацієнтами, які отримували інсулін гларгін 100 Од/мл. Цей ефект стабільно спостерігався незалежно від віку, статі, індексу маси тіла, тривалості захворювання ЦД. На початку дослідження середній рівень HbA_{1c} у всіх пацієнтів становив 7,8 % ($p < 0,05$), на виході дослідження – 6,8 % ($p < 0,05$) в групі застосування інсуліну гларгін 100 Од/мл і 6,6% ($p < 0,05$) в групі застосування інсуліну гларгін 300 Од/мл. Також в ході дослідження підтверджено, що введення інсуліну гларгін 300 Од/мл в інтервалі до 3 годин до або після звичайного часу введення препарату суттєво не впливає на показники глікемії на відміну від інсуліну гларгін 100 Од/мл, який необхідно вводити в один і той же час доби.

Висновок. Використання інсуліну гларгін 300 Од/мл для лікування хворих на ЦД 2 типу має ряд переваг перед використанням інсуліну гларгін 100 Од/мл: має більш стабільний і тривалий ефект та низьку індивідуальну та добову варіабельність глікемії. Це дозволяє досягнути компенсації та ефективного глікемічного контролю протягом доби за умови меншого ризику гіпоглікемії при більш гнучкому графіку введення інсуліну, що в дозволить покращити якість життя пацієнтів, а також зменшити рівень інвалідизації та смертності внаслідок діабетичних ускладнень.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ.

Свинтозельський О.О.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Мета: вивчення особливостей показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) у осіб молодого віку.

Матеріали і методи: У дослідження включено 43 пацієнта чоловічої статі, віком 20-39 років (середній вік $29,3 \pm 9,2$ роки) у яких під час медичного обстеження зафіксований рівень САТ ≥ 130 мм.рт.ст та/або ДАТ ≥ 85 мм.рт.ст. і з анамнезу відсутні звернення до медичних установ з приводу підвищення тиску. Сімейний анамнез АГ відзначено в 42,4%, а сімейний анамнез ранніх серцево-судинних подій - в 9,7% випадків. Критерієм надмірної ваги вважали $25 \text{ кг} / \text{м}^2 \leq$ індекс маси тіла (ІМТ) $\leq 30 \text{ кг} / \text{м}^2$, критерієм ожиріння - ІМТ $\geq 30 \text{ кг} / \text{м}^2$; абдомінального ожиріння - обхват талії (ОТ) > 102 см. Величина індексу маси тіла (ІМТ) у обстежених осіб склала $24,1 \pm 0,8 \text{ кг} / \text{м}^2$. Абдомінальное ожиріння виявлено у 22 % пацієнтів. Критеріями виключення були: раніше задокументована АГ, професійні спортсмени, пацієнти: з порушеннями ритму серця, функції нирок і печінки та ендокринної патологія. Контрольну групу склали 18 практично здорових чоловіків, середній вік яких склав $28,1 \pm 6,8$ років. Добове моніторування АТ (ДМАТ) проводили за допомогою приладу "АВРМ-50" (CONTEC, PRC). АТ вимірювали кожні 15 хв в денні години і кожні 30 хв в нічні (22.00 до 6.00). Пасивний період визначався індивідуально кожним пацієнтом. Визначали такі показники ДМАТ: середні значення систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного АТ (ДАТ) день, ніч, 24 ч; гіпертонічного навантаження за індексом часу (ІЧ); варіабельність (ВАР) АТ; добовий індекс (ДІ). Пацієнти вели індивідуальні щоденники, де фіксували свою активність в денний час, а також час відходу до сну і підйом.

Результати: Аналіз результатів показав, що серед пацієнтів з обстеженої групи підвищеним АТ, мало місце вірогідне збільшення САТ(сер), гіпертонічного навантаження за індексом часу САТ склало 32,1% в активний період при збережених показниках ДАТ на тлі вірогідного збільшення 20-34 % добового індексу САТ.

Висновок: Таким чином, включення ДМАТ у пацієнтів молодого віку з вперше виявленим підвищеним рівнем АТ дозволяє провести ранню діагностику АГ, що в подальшому в свою чергу позитивно відзначиться на напрямках її корекції. У осіб з вперше задокументованими підвищеними цифрами АТ відзначається підвищення САТ, гіпертонічного навантаження САТ ІЧ та добового індексу САТ із збереженими показниками ДАТ.

ВМІСТ БІЛКА КЛОТО В ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Семенових П.С., Топчій І.І., Гальчінська В.Ю., Щенявська О.М.,
Савічева К.О.

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

Мета: вивчення вмісту білка Клото в сироватці крові хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу в залежності від функціонального стану нирок.

Матеріали і методи: обстежено 72 хворих на ЦД 2-го типу у віці від 42 до 79 років. Контроль - 20 практично здорових осіб. В залежності від рівня швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та наявності альбумінурії хворі на ЦД 2 типу були розподілені на групи: I група – без ознак нефропатії - з нормальною ШКФ та без альбумінурії, II група – з нормальною ШКФ та альбумінурією, III група – зі зниженою ШКФ та альбумінурією. Концентрацію білка Клото визначали методом імуноферментного аналізу з використанням тест-системи виробництва Immuno Biologic Laboratories Co. Ltd. (Японія).

Результати: встановлено, що розвиток діабетичної нефропатії (ДН) у хворих на ЦД 2 типу супроводжується вірогідним зниженням рівнів розчинного білка Клото в плазмі крові у порівнянні з контролем та з хворими на ЦД без ознак нефропатії. В першій групі (ЦД без ниркових порушень) рівень Клото був дещо нижчим, ніж у здорових осіб і становив $(570,15 \pm 62,25)$ пг/мл, проте ці зміни не були вірогідними. В другій групі хворих (ДН з альбумінурією) ми спостерігали більш суттєве зниження показника до $(490,66 \pm 58,76)$ пг/мл, ($p < 0,05$). Найнижчі значення Клото $(443,58 \pm 46,92)$ пг/мл виявлено в третій групі обстежених (ДН зі зниженням ШКФ), ($p < 0,01$). В контрольній групі середні значення досліджуваного агента становили $(630,74 \pm 64,71)$ пг/мл.

Виявлено зворотній кореляційний зв'язок концентрації білка Клото з рівнями альбуміну сечі й креатиніну крові та прямий кореляційний зв'язок зі ШКФ, що доводить безперечну роль нирок в розвитку кардіоренального синдрому у пацієнтів з ДН.

Висновок: отримані дані свідчать про безпосередню участь білка Клото в формуванні ниркової патології при ЦД 2 типу і доцільність практичного використання визначення Клото в сироватці крові хворих в якості раннього діагностичного маркера ниркових порушень та оцінки кардіоваскулярного ризику.

СЕТЕВАЯ МЕДИЦИНА И СЕТЕВОЙ ВРАЧ – БУДУЩЕЕ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А., Неффа М.Ю., Чернякова А.Е.

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков,
Украина*

Цель: Анализ и обобщение результатов использования сетевой парадигмы в медицине.

Материалы и методы: обзор и критический анализ публикаций исследований проблем сетевой медицины в зарубежной и отечественной литературе.

Результаты. Важнейшей проблемой современной медицины является коморбидность: в настоящее время врачи не готовы к работе с коморбидными пациентами, отсутствуют протоколы и схемы оптимальной терапии коморбидных заболеваний, что приводит к полипрагмазии, ятрогении, снижает приверженность больных к лечению. Определённые перспективы в этом направлении открывает сетевая медицина, NetworkMedicine, основанная на построении безмасштабных сетей различных болезней. Конечными целями построения безмасштабных сетей в медицине является разработка новых подходов к диагностике, профилактике, лечению болезней человека. Сетевой анализ, кроме генетических факторов, учитывает эпигенетические, средовые, стохастические влияния, позволяет обнаружить мишени для таргетной терапии. Большое значение для оценки результатов анализа сетевых моделей болезней придаётся историям болезни пациентов, составленным наблюдательным, добросовестным, компетентным врачом. История болезни является источником информации о связи различных болезней, коморбидности, синтропии, факторах их прогрессирования. Высказывается мнение, что в центре сетевой модели коморбидных болезней может находиться микробиота кишечника, которая рассматривается как таргетная мишень при лечении коморбидных болезней. Решающая роль в использовании принципов сетевой медицины должна принадлежать сетевому врачу, высококвалифицированному специалисту, который владеет информационными и коммуникационными технологиями, системным мышлением, способен быстро принимать правильные решения в онлайн режиме. Во многих развитых странах сетевые врачи функционируют уже сегодня. Появление этой профессии в Украине является трендом современного здравоохранения в условиях его реформирования.

Выводы. Сетевая медицина должна развиваться в качестве важнейшего инструмента управления коморбидными болезнями.

Центральные узлы сети болезней могут использоваться в качестве потенциальной терапевтической мишени и обеспечивать плейотропные эффекты таргетной терапии. Сетевой врач, владеющий методами моделирования и анализа сетей болезней, сможет оказывать высококвалифицированную дистанционную медицинскую помощь при коморбидных болезнях.

СОРТИЛІН ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОСТІ ПАТОЛОГІЙ

Сипало А.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета – дослідити характер взаємозв'язків між рівнем сортиліну та показниками ліпідного обміну у хворих за умов коморбідності патологій ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи: проведено комплексне обстеження 75 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «Міської клінічної лікарні №27». Дослідження впливу сортиліну на показники ліпідного обміну проводилося шляхом розподілу хворих основної групи на підгрупи в залежності від рівня сортиліну: так до першої підгрупи увійшли хворі на ІХС з супутнім ЦД 2 типу з рівнем сортиліну в сироватці крові нижче 228,56 нг/мл (n=38), до другої – з рівнем сортиліну в сироватці крові вище 228,56 нг/мл (n=37). Усім хворим проводили загально-клінічні і біохімічні дослідження. Рівень сортиліну визначавсь імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «Human SORT 1 ELISA Kit» (США). Дослідження параметрів ліпідного профілю включало визначення загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) ферментативним методом за стандартною біохімічною методикою. Вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) обчислювали за формулою W. T. Friedewald: $\text{ХС ЛПНЩ} = \text{ЗХС} - (\text{ХС ЛПВЩ} + \text{ТГ}/2,22)$, де $\text{ТГ}/2,22$ – це вміст ХС у складі ліпопротеїдів дуже низької щільності ЛПДНЩ. Коефіцієнт атерогенності (КА) обчислювали за формулою А. М. Клімова: $\text{КА} = (\text{ЗХС} - \text{ХС ЛПВЩ})/\text{ХС ЛПВЩ}$.

Результати. Аналіз показників ліпідного профілю характеризувався підвищенням рівня ЗХС ($5,02 \pm 1,42$ ммоль/л порівняно з $4,72 \pm 1,39$ ммоль/л відповідно), ТГ ($1,98 \pm 0,65$ ммоль/л порівняно з $1,35 \pm 0,55$ ммоль/л відповідно), ХС ЛПНЩ ($2,98 \pm 1,41$ ммоль/л порівняно з $2,78 \pm 1,28$ ммоль/л відповідно), ХС ЛПДНЩ ($1,24 \pm 0,42$ ммоль/л порівняно з $0,68 \pm 0,36$ ммоль/л відповідно), та зниженням рівня ХС

ЛПВЩ ($1,02 \pm 0,12$ ммоль/л порівняно з $1,83 \pm 0,15$ ммоль/л відповідно), та КА ($3,33 \pm 1,31$ порівняно з $3,14 \pm 1,36$ відповідно) у хворих другої підгрупи порівняно з хворими першої підгрупи відповідно ($p < 0,05$). Щодо ХС ЛПВЩ відзначалася зворотна динаміка: цей показник знижувався в пацієнтів другої підгрупи ($1,02 \pm 0,12$ ммоль/л порівняно з першою - $1,83 \pm 0,15$ ммоль/л відповідно).

Висновки. У даному дослідженні було отримано чіткий взаємозв'язок між рівнем сортиліну та виразністю порушень ліпідного обміну у хворих з коморбідною патологією, що знайшло відображення в підвищенні рівнів тригліцеридів, загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності та зниженні холестерину ліпопротеїдів високої щільності, що свідчить про прямий зв'язок рівня сортиліну з перебудовою ліпидограми атерогенного спрямування у разі прогресування сортилінемії.

IMPACT OF RISK FACTORS ON HOMA-IR IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Sorochka M., Maksymets T., Bondarenko O.

*DanyloHaltskyLviv National Medical University
Lviv Ukraine*

Introduction: Nowadays Metabolic syndrome (MS) is spreading globally and considered one of the most serious public health problems of the 21st century. Obesity has nearly tripled since 1975. Almost 30% of people in the world (more than 2 billion people) are obese or overweight. Over 650 million from this population are obese. Obesity increases your risk of diseases and health problems, such as cardiovascular diseases, type 2 diabetes, certain types of cancer, obstructive sleep apnea, chronic liver and kidney diseases, osteoarthritis.

Materials and methods: The study included 127 patients with overweight and obesity, 107 of whom had coronary heart disease and took atorvastatin in a dose 20/40mg. In this cohort group of people, we discovered obesity. The degree and type of disease was confirmed according to IDF (2015) and WHO criteria. All patients had their blood pressure, blood glucose, HbA1c, insulin resistance indices, lipid profile, ALT, AST, uric acid and anthropometric parameters (BMI, waist circumference, the circumference of the hips and their ratio) measured. HOMA-IR index was calculated and multiple regression method with inclusion of reliable signs was applied.

Results: According to research results, we have determined that the dose of atorvastatin, insulin level, triglycerides and AST have an impact on HOMA-IR index. The value of determination coefficient indicates that the level of

insulin resistance measured for overweight and obese patients is by 37% explained by the factors included in regressive model.

Conclusions: For patients with overweight and obesity, an increased level of HOMA-IR index is by 37% explained by the factors included in regression model such as levels of AST, triglycerides, insulin and atorvastatin dose. Obesity is preventable. We can prevent metabolic syndrome by controlling some blood parameters. And this can save the patient from such complications as type 2 diabetes mellitus and cardiovascular disease.

ПСИХОКОРЕКЦІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Степанов Є.А., Моргун М.В., Рябініна А.Г., Потапчук О.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Мета: оцінити рівень взаємозв'язку між психоемоційним станом пацієнта та клінічним перебігом основного захворювання (Ішемічна хвороба серця з фібриляцією передсердь) з подальшим впливом на цей взаємозв'язок шляхом розробки схем психокорекції для подальшого покращення рівня якості життя, кількості рецидивів, прихильності до лікування.

Матеріали і методи: для дослідження залучено 74 хворих з діагнозом ІХС з порушенням ритму серцевої діяльності, з них 44 чоловіків та 30 жінок, середній вік котрих становить 62 роки (від 50 до 70 років). Дослідження психоемоційного стану хворих проводилось за такими методиками: шкала самооцінки рівня тривожності Спілберга – Ханіна, опитувальник якості життя SF-36, шкала депресії Бека, опитувальник ТОБОЛ, шкалу самооцінки депресії Зунга. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми Excel. На базі кафедри внутрішньої медицини № 1 з курсом серцево-судинної патології було створено школу «Кардіологічного хворого», в якій проводилась психокорекційна робота з хворими в груповому форматі.

Результати: Через 5 місяців від впровадження додатково до стандартних схем лікування також методів психокорекції відмічалось зниження загального рівня тривожності серед пацієнтів на 12.7 %.

Висновки: включення методів психологічної корекції в лікування хворих з ФП відобразилось на покращенні якості життя хворих та прихильності до лікування. Це свідчить про те, що психокорекція у таких хворих може зробити вагомий внесок в ефективність та результативність стандартної терапії.

МАРКЕРИ ЗСІДАННЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ З РІЗНИМ СТАНОМ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Стрільчук Л.М., Філіпюк А.Л.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Останні роки збільшився інтерес до визначення кількості та клінічного значення загального фібриногену (ЗФ), розчинного фібрин-мономерного комплексу (РФМК) та D-димерів (ДД), які визнано не тільки критеріям гемостазу, а й маркерами активності запалення та кардіоваскулярного ризику. Однак вплив на них інших патологічних процесів не переважно не враховувався, що зумовило актуальність нашого дослідження. **З метою** оцінки їх рівнів при гострих формах ішемічної хвороби серця (ІХС) з різним станом жовчного міхура (ЖМ) у 356 пацієнтів (1 група - інтактний ЖМ-55%, 2 група (45%) – сладж чи застій жовчі-14%, ознаки перенесеного холециститу-16%, жовчнокам'яна хвороба чи видалений ЖМ з її приводу-15%) визначено ЗФ за Рутберг, РФМК ортофенантроліновим і ДД імуноферментним методами, результати опрацьовано статистично.

Встановлено, що стан ЖМ суттєво впливав на вивчені показники коагуляційного потенціалу. Так, пацієнти з ураженнями ЖМ характеризувались істотно вищими рівнями усіх параметрів, причому зростання ДД було найбільш вираженим - понад у 6 разів: ЗФ (3,9[3,5-4,8] проти 3,5[3,0-4,2] г/л, $p=0,04$), РФМК (4,0[3,4-8,0] проти 3,4[3,4-4,0] мг/дл, $p=0,0001$), D-димери (206,0[75,0-285,0] проти 32,5[20,0-80,0] нг/мл, $p=0,006$). Якщо оцінювати окремо різні стани ЖМ, то мінімальні значення ЗФ спостерігались за умов інтактного міхура ($3,79\pm 0,11$ г/л), а максимальні – за умов перегину тіла ЖМ та наявності сонографічних ознак перенесеного холециститу ($4,30\pm 0,34$ г/л, $p<0,05$). Якщо порівняти різні гострі форми ІХС між собою (гострий інфаркт міокарда, лікований хірургічно; інфаркт і нестабільна стенокардія, ліковані тільки медикаментами), то найвищі значення вмісту ЗФ спостерігались за умов нестабільної стенокардії, хоча різниця була неістотною з групами інфаркту міокарда ($4,23\pm 0,16$ проти $3,91\pm 0,08$ і $3,91\pm 0,12$ г/л, обидва $p>0,05$). Проведений кореляційний аналіз показав, що ЗФ є не просто гострофазовим показником, а інтегративним критерієм гостроти синдрому запалення, порушень імунної реактивності, дисліпідемії, структурно-функціональних змін серця, стану ЖМ та печінки.

Висновки. За умов змін ЖМ зростає не лише загальний фібриноген, а й розчинні фібрин-мономерні комплекси та, особливо, D-димери (більше ніж у 6 разів), що підтверджує активацію процесів тромбоутворення і є несприятливим прогностичним фактором щодо судинних подій у пацієнтів з ІХС. Вміст ЗФ залежав від стану ЖМ:

мінімальний - за умов інтактного ЖМ, максимальний - при ознаках перенесеного холециститу та деформацій. За кореляційним аналізом, ЗФ асоціювався з показниками запалення, ліпідного метаболізму, функціонального стану печінки, гіпертрофією лівого шлуночка.

ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ З РІЗНИМ СТАНОМ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Стрільчук Л.М., Зімба О.О.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Одним з універсальних синдромів є ендогенна інтоксикація (СЕІ), зумовлена продуктами нормального чи порушеного метаболізму, регуляторних систем, діяльності бактерій, вираженість якого залежить від стану жовчного міхура (ЖМ). З метою оцінки активності СЕІ при ішемічній хворобі серця (ІХС), нестабільній стенокардії у 116 пацієнтів з різним станом ЖМ (інтактний, n=44; сладж, n=13; деформації тіла, n=7; перенесений холецистит, n=24; холелітіаз, n=22; стан після холецистектомії, n=6) визначено 6 маркерів СЕІ: індекс реактивної відповіді нейтрофілів (ІРВН), лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) та у модифікації Рейса (ЛІІ-Р); гематологічний індекс інтоксикації (ГІІ); ядерний індекс інтоксикації (ЯІІ); показник інтоксикації (ПІІ). Результати опрацьовані методами варіаційної статистики

Встановлено, що хворі з різним станом ЖМ істотно розрізнялись за абсолютними значеннями лише ІРВН та ЛІІ-Р, причому мінімальні прояви СЕІ спостерігались за умов деформацій тіла, а найвищі - перенесеного холециститу, холелітіазу та стану після холецистектомії. При інтактному ЖМ ІРВН та ЛІІ корелювали з вмістом серомукоїдів, ЛІІ та ГІІ - з ШОЕ, серомукоїдами і С-реактивним протеїном (СРП), а ПІІ - з СРП. За умов сладжу ІРВН був прямо пропорційним ШОЕ, а ЛІІ та ГІІ - кількості лейкоцитів та вмісту креатиніну, ЛІІ - ліпопротеїдам високої щільності (ЛПВЩ), а ЯІІ - активності аспаратамінотрансферази (АСТ). За умов деформацій тіла ЖМ тільки ПІІ корелював з загальним фібриногеном а ІРВН асоціювався з рівнями ферментів цитолізу (АСТ, АЛТ). Крім того, посилення СЕІ за умов деформацій тіла ЖМ буде супроводжуватись систолічною дисфункцією (ІРВН-фракція викиду (ФВ): $r=-0,88$; ГІІ-ФВ: $r=-0,91$; ЛІІ-ФВ: $r=-0,93$, усі $p<0,05$) та розтягненням кореня аорти. За умов холециститу спостерігалась найбільша кількість істотних кореляцій маркерів СЕІ з гострофазовими показниками: ІРВН, ГІІ, ЛІІ, ЛІІ-Р - з лейкоцитозом; ІРВН, ЛІІ, ЛІІ-Р, ПІІ, ГІІ - з серомукоїдами; ЛІІ-Р та ГІІ - з ШОЕ; ІРВН - з СРП, а ЛІІ, ЛІІ-Р, ПІІ та ГІІ - з загальним фібриногеном, ЯІІ - з кількістю білірубіна та АСТ, тоді як ІРВН - з АЛТ. За умов холелітіазу

ГП корелював з лейкоцитами, П-з СРП і обидва вони – з кількістю ЛПВЩ. Холецистектомія в анамнезі характеризувалась асоціаціями з параметрами запалення (П-серомукоїди) та ліпідного метаболізму (ЯП-коефіцієнт атерогенності), трансаміазами (ЛП-АЛТ), а також з проявами недостатності мітрального клапана (ІРВН, ЛП) та систолічною дисфункцією (ЯП-ФВ).

Отже, зміни стану ЖМ супроводжуються активацією СЕІ при ІХС, що зберігається і після видалення ЖМ. Маркери СЕІ пов'язані з активністю запалення, ліпідним метаболізмом і вираженістю цитолізу, а їх наростання – з розтягненням мітрального та аортального кілець та систолічною дисфункцією.

МОНІТОРИНГ МЕТОДІВ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ КЛІНІЦІ

Стречень С.Б., Георгієв І.С., Аль-Кайсі А.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Хронічні захворювання серцево-судинної системи є найбільш розповсюдженою патологією як на рівні світової проблеми, так і на рівні вітчизняних епідеміологічних досліджень. Артеріальна гіпертензія, перш за все – первинна, ішемічна хвороба серця, судинні ураження мозку, порушення метаболічного обміну (вуглеводні, ліпідні) із судинними ускладненнями, формування серцевої недостатності – все це формує провідне місце зазначеної патології як серед розповсюженості, так і серед причин смертності. В більшості випадків артеріальна гіпертензія носить характер поєднаної патології з різними формами ішемічної хвороби серця, хронічними бронхообструктивними захворюваннями, цукровим діабетом 2 типу. Актуальність проблеми, що вивчалась, не має сумніву.

Мета: В сучасних умовах широко досліджується оцінка економічних потреб населення з позиції доказовості різних схем лікування з порівнянням клінічних аспектів ефективності, безпеки, фармако-економічних методів. Це і обумовило головну мету дослідження.

Матеріали і методи: Проведений моніторинг різних видів клініко-економічного аналізу на базі відділень терапевтичного профілю міської клінічної лікарні хворих з коморбідними станами. Першочергово зверталась увага на вікові і гендерні відмінності, клініко-лабораторні та інструментальні критерії постановки діагнозу і оцінки ефективності проведеної фармакотерапії. Серед методів фармако-економічного аналізу нами використовувався метод «витрати-ефективність».

Результати: Метод «витрати-ефективність», з нашої точки зору, є найбільш вигідним в клінічних дослідженнях тому, що передбачає порівняння як вартості в грошовому еквіваленті, так і ефективності запропонованих медичних технологій лікування. Метод дозволяє провести вартісну оцінку ефективності – оцінити ефективність витрат, визначити вартість одиниці ефективності для конкретної медичної технології, виявити не найдешевше лікування певного захворювання, а оптимальне за ефективністю і вартістю, виходячи з можливостей конкретного споживача. В ході нашої роботи було виявлено найбільш ефективну медичну технологію, яка характеризується найменшим значенням коефіцієнту ефективності витрат – це призначення комбінації інгібітору АПФ з тiazидним діуретиком, подальші місця займають комбінації антагоністів рецепторів ангіотензину II з тiazидним діуретиком.

Висновок: Застосування комбінованих лікарських засобів при коморбідній патології є пріоритетним з позиції клініки і фармакоекономіки.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ КОМОРБІДНІСТЮ

Сухарєва Л.П., Наріжна А.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Діагностика та ведення пацієнтів з коморбідною патологією залишається одним з найбільш складних завдань в клінічній практиці. Серцево-судинна коморбідність - це наявність у пацієнта двох і більше серцево-судинних захворювань та патологічних станів. Поширеність коморбідності значно збільшується після 65 років. За даними літератури, у більшості пацієнтів з ішемічною хворобою серця, хронічною серцевою недостатністю, інсультами та фібриляцією передсердь існує серцево-судинна коморбідність (наприклад, артеріальна гіпертензія та інсульт; ішемічна хвороба серця, гіперліпідемія та артеріальна гіпертензія).

Мета: проаналізувати дані медикаментозного лікування пацієнтів із серцево-судинною коморбідністю.

Матеріали та методи: у дослідженні використані дані 50 пацієнтів із серцево-судинною коморбідністю, що були обстежені в Харківській міській клінічній лікарні №27.

Результати: у більшості клінічних випадків антигіпертензивними препаратами першого ряду є блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) або блокатори рецепторів до ангіотензину (БРА), антагоністи кальцію, діуретики. Бета-адреноблокатори додаються до

схеми лікування при хронічній серцевій недостатності, ішемічній хворобі серця, аритміях. Для лікування резистентної артеріальної гіпертензії препаратами резерву виступають спіронолактон і альфа-адреноблокатори. Важливу роль відіграють не тільки показання, але й протипоказання для призначення різних груп антигіпертензивних препаратів. Через відсутність абсолютних протипоказань призначення дигідропіридинових антагоністів кальцію розглядається у коморбідних пацієнтів з артеріальною гіпертензією в першу чергу.

Висновок: Таким чином, призначення медикаментозного лікування залежить від конкретної клінічної ситуації, наявності певних факторів ризику та інших захворювань. Удосконалення схем лікування пацієнтів з урахуванням коморбідних станів дозволить істотно знизити терміни лікування хворих і кількість ускладнень, а також збільшити середню тривалість життя населення.

ЗМІНИ ЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ВІБРАЦІЙНОЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Сухонос Н.К.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: дослідити динаміку макро-і мікроелементного складу в сироватці крові у хворих на хронічну обструктивну хворобу легень на тлі вібраційної та гіпертонічної хвороби.

Матеріали і методи: Клінічною базою для проведення досліджень був науково дослідний інститут гігієни праці Харківського національного медичного університету. У дослідження були включені 160 хворих з діагнозом ХОЗЛІ ступеня, у віці від 41 до 66 року (середній вік ($54 \pm 6,17$ років)). З них у 60 хворих ХОЗЛ була поєднана з ВХІІ, у 55 хворих ХОЗЛ була поєднана з ГХІІ а у решти 45 хворих була ізольований ХОЗЛ (група порівняння). Зміст макро-і мікроелементів (кальцію, магнію, цинку, міді та заліза) визначали атомно-абсорбційним методом на спектрофотометрі «Сатурн-4» (Росія) [6]. Статистичний аналіз даних проводили за допомогою комп'ютерного пакета прикладних програм для обробки статистичної інформації Statistica 6.1 (StatSoft, Inc., США).

Результати: Спостерігалось статистично значуще підвищення Са в групах з коморбідною патологією порівняно з групою порівняння: ХОЗЛ з ВХІІ (3,09 ммоль/лМе [3,01; 3,20]), ХОЗЛ з ГХ ІІ (3,50 ммоль/лМе [3,38; 3,61]) група з ізольованою ХОЗЛ (2,51 ммоль/лМе [2,45; 2,54]). Рівень Mg статистично достовірно збільшувався в групах: ХОЗЛ з ВХІІ (1,11

ммоль/лМе [1,07;1,14]), ХОЗЛ з ГХ II (1,39 ммоль/лМе [1,33;1,47]), група зіставлення (0,86 ммоль/лМе [0,81;0,88]). Нами в ході дослідження також було виявлено статистично значуще ($p < 0,001$) підвищення Zn: ХОЗЛ з ВХП (19,17 мкмоль/лМе [17,06;20,4]), ХОЗЛ з ГХ II (22,47 мкмоль/лМе [21,31;23,33]), група порівняння (17,05 ммоль/лМе [15,35;18,89]). Рівень Fe статистично достовірно збільшувався у групі ХОЗЛ з ВХП (22,9 мкмоль/л Ме [22,3;23,8]); в групі з ХОЗЛ з ГХ II (28,5 мкмоль/л Ме [27,3;29,7]); група з ізольованим ХОЗЛ (18,8 мкмоль/л Ме [17,95;19,5]).

Висновок: Вміст біометалів у обстежених хворих всіх груп було достовірно вище, ніж у групі порівняння. Найбільш значущими відмінностями були в крові хворих хронічним обструктивним захворюванням легень у поєднанні з гіпертонічною хворобою. З патофізіологічної точки зору ці порушення можна визначити як «синдром комбінованого дисбалансу біометалів»

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ДАНИХ, ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Табаченко О.С., Борзова О.Ю.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією поширеність цукрового діабету 2 типу в 2,5 рази вище, ніж серед тих, хто не має гіпертонії. Ймовірність розвитку гіпертонії на фоні цукрового діабету 2 типу має тенденцію до збільшення залежно від віку, статі, ожиріння та інших компонентів метаболічного синдрому.

Мета дослідження: проаналізувати особливості зміни показників антропометричних даних, вуглеводного та ліпідного профілів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) з різною тривалістю при наявності цукрового діабету 2 типу (ЦД).

Матеріали та методи: Обстежено 105 пацієнтів із АГ, які розділилися на групи залежно від наявності цукрового діабету 2 типу. Основну групу складала 75 пацієнтів із поєднанням гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу (середній вік $60,03 \pm 1,17$). У групу порівняння входило 30 пацієнтів із АГ без цукрового діабету 2 типу (середній вік $57,1 \pm 2,23$, $p < 0,05$).

Результати та обговорення: Порівняння антропометричних параметрів у хворих на ЦД 2 типу показало, що рівень об'єму талії, обсягу стегон, індексу маси тіла був значно вищим за показників при АГ

довше 10 років, ніж у пацієнтів із АГ менше 5 років на 20,3% ($p < 0,05$), 10,4% ($p < 0,05$) та 11,03% ($p < 0,05$) відповідно. Що стосується вмісту глюкози в крові та глікозильованого гемоглобіну, рівень вищевказаних параметрів не відрізнявся суттєво у хворих на ЦД 2 типу залежно від тривалості АГ ($p > 0,05$). Показники ліпідогам виявили відмінності порівняно з хворими на ЦД 2 типу з різним терміном АГ. Так, у хворих на ЦД 2 типу з АГ в анамнезі більше 10 років порівняно з пацієнтами, які мали АГ менше 5 років, підвищення рівня ЗХ на 13,03% ($p < 0,05$), Холестерин ЛПНЩ на 15,9% ($p < 0,05$) та зниження рівня холестерину ЛПВЩ на 11,21% ($p < 0,05$). Параметри ТГ та КА виявляли тенденцію до збільшення тривалості гіпертонії понад 10 років порівняно з тими, у кого АГ менше 5 років ($p = 0,05$). Порівняння показників ліпідогам у хворих на ЦД 2 типу з тривалістю АГ понад 10 років та в межах 5-10 років спостерігається тенденція до збільшення ТГ, ЛПНЩ та КА, які не досягли рівня ймовірності ($p = 0,05$), виявлено, але вміст ЗХ був значно вищим на 6,76% ($p < 0,05$).

Висновки: Таким чином, дослідження показало наявність впливу коморбідності гіпертонії та діабету 2 типу на параметри вуглеводного та ліпідного обміну у вигляді зростання проатерогенних фракцій за відсутності таких в антиатерогенних параметрах, що особливо яскраво виражено при приєднанні ожиріння, а також в умовах продовження цукрового діабету 2 типу більше 10 років.

EFFICIENCY OF ITRACONAZOLE IN THE TREATMENT OF CHRONIC VULVOVAGINAL CANDIDOSIS

Timchenko Y.V., Moroz V.A.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Objective: To evaluate the effectiveness of the treatment of chronic vulvovaginal candidiasis with itraconazole.

Materials and Methods: The study was conducted in the form of a comparative non-intervention sampling study involving 45 women (aged 19 to 54 years) with chronic recurrent fungal colpitis and vulvovaginitis. The patients were divided into two groups. The group I (control) included 23 women received therapy that consisted of topical administration of miconazole and systemic fluconazole. The group II (study) consisted of 22 women, received itraconazole 200 mg once daily for 7 days. All patients were treated on an outpatient basis. The age structure of the groups and the spectrum of clinical symptom severity did not differ significantly. Treatment was accompanied by control of the parameters of relevant clinical and laboratory studies. Exclusion criteria from the study were pregnancy, lactation,

the presence of sexually transmitted infections, the presence of systemic diseases, and previous antibacterial therapy for three months. The clinical picture of the disease was evaluated based on the patient's complaints, clinical examination data, and laboratory tests.

Results: All patients initially had pain and burning in the vulva and perineum, and 95.3% had to burn and itching in the vagina and mucous secretions. In 80% of women, this was supplemented by frequent and painful urination. On the 6-7th day of drug administration, clinical signs of vulvovaginitis were absent or showed little in group I –at 86.9%, and in group II –at 95.4% patients. In a follow-up examination, one-month recovery without recurrence was observed in 65.2% patients of group I and 81.8% of group II ($p < 0.05$). That is, the effectiveness of itraconazole was from 81.8% to 95.4%. In general, all patients were well tolerated without side effects from the drugs, including those controlled by the laboratory. At the same time, it should be remembered for the essential interaction of itraconazole with many other drugs that can be taken at the same time by the patient. Because it is metabolized by cytochrome CYP3A4, drugs that modify its activity can significantly affect the pharmacokinetics of itraconazole. And vice versa. Therefore, if necessary concomitant use should be followed instructions for the medical use of these drugs for metabolic pathways and the possible need for dose adjustments. Use of itraconazole in pregnancy, impaired function of the cardiac system is contraindicated. At the same time itraconazole provides eradication of all types of pathogenic candida, which creates the possibility of its use without first laboratory determination of their varieties.

Conclusion: The high efficacy of itraconazole in the treatment of chronic vulvovaginal candidiasis has been established, which is confirmed by a much higher proportion of patients recovering and the absence of recurrence of the disease in comparison with standard methods of treatment. Itraconazole provides eradication of all types of pathogenic candida, which makes it possible to apply the empirical treatment of chronic vulvovaginal candidiasis without first determining the subspecies of pathogenic fungi.

**ЛОКАЛЬНИЙ МОНІТОРИНГ
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ К. PNEUMONIAE
У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ**

Ткач Є.П., Горбатюк І.Б.

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Антибіотикорезистентність збудників групи ентеробактерій, що постійно зростає, у групах респіраторних, кишечних чи уропатогенів, вимагає епідеміологічного контролю за використанням

антибактеріальних засобів при інфекційних поширених патологіях у кожному лікувально-профілактичному закладі.

Метою нашого дослідження був локальний контроль за рівнем антибіотикорезистентності *K.pneumoniae*, як одного із збудників негоспітальної пневмонії (НП) III та IV груп хворих.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 142 медичних карток стаціонарних хворих на НП, які знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичних відділеннях «Лікарні швидкої медичної допомоги - університетській лікарні» м. Чернівці у 2018 році поза епідеміологічним періодом. Вивчали показники результатів бактеріограм мокроти, спектр антибіотикочутливості збудників.

Результати дослідження. У хворих на НП III та IV груп *K.pneumoniae* висівалась у 27,5%. Абсолютна чутливість *K.pneumoniae* визначалась до меропенему, тобраміцину, амікацину. Визначено помірну та абсолютну стійкість *K.pneumoniae* до цефтриаксону у 43,3% штамів, амоксициліну – у 46,2%, ципрофлоксацину - у 56,7%, левофлоксацину - у 50,0%, імipенему – у 16,7 %.

Висновки. Результати дослідження свідчать про достатньо виражену антибіотикорезистентність *K.pneumoniae* до антибіотиків групи фторхінолонів, значне зниження чутливості штамів до цефтриаксону та амоксициліну. А це, в свою чергу, потребує фармакологічної корекції стартової терапії хворих на НП з урахуванням поширеності та стану антибіотикорезистентності до різних груп протимікробних засобів у терапевтичних та пульмонологічних стаціонарах.

ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ

Ткаченко К.М., Зупанець І.А., Отрішко І.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Враховуючи значну розповсюдженість ревматичних захворювань сучасна медична практика потребує пошуку нових підходів для їх профілактики та лікування. До числа нових галузей застосування тетрациклінів відноситься широке використання їх в якості інструменту для вивчення механізмів порушень в діяльності різних структур організму, а також для розробки нових підходів до використання цих препаратів в діагностиці та лікуванні різних патологічних станів людини, таких як ревматоїдний артрит і ряд інших системних захворювань.

Мета: Оцінити механізм протизапальної дії композиції на основі глюкозаміну гідрохлориду з доксицикліну гідрохлоридом (2:1) («ГА+ДЦ (2:1)»).

Матеріали і методи: Визначення механізму протизапальної дії композиції проводили за дослідженням антиексудативного ефекту на моделі карагенінового набряку кінцівок у щурів, що дозволяє оцінити вплив об'єкту на циклооксигеназний шлях метаболізму арахідонової кислоти. Вивчення антиальтеративних властивостей проводили на моделі стандартних скарифікованих ран у щурів. Антипроліферативну активність композиції глюкозаміну гідрохлориду з доксицикліну гідрохлоридом досліджували на моделі «ватної» гранульоми у щурів. Дослідження проводили в порівнянні з окремими компонентами комбінації доксицикліном і глюкозаміном, а також з референс-препаратом диклофенаком натрію.

Результати: Установлено, що композиція «ГА+ДЦ (2:1)» в умовнотерапевтичній дозі 44,86 мг/кг чинить антиексудативну дію, яка полягає у переважному впливі на простагландиновий шлях реалізації запальної реакції. Вплив на гістаміновий компонент ексудативної реакції виражений значно менше, на серотоніновий – відсутній. Значуща антиальтеративна активність (82,07 %) композиції обумовлена тропністю аміноцукру глюкозаміну до мембран клітин, а також здатністю синтезувати глікозаміноглікани, колаген і білки. Екзогенний глюкозамін стимулює процеси репарації, потенціюючи синтез ендогенних глікозаміногліканів. Глюкозамін виявляє здатність індукувати утворення факторів, що підсилюють процеси регенерації: лімфокінів, кейлонів і факторів, що стимулюють активність сполучної тканини. Дані досліджень антипроліферативної активності на моделі «ватної» гранульоми показали, що досліджувана композиція в дозі 44,86 мг/кг має незначну анти-проліферативну активність на рівні (21,51 %), що свідчить про позитивний вплив глюкозаміну на дію доксицикліну в комбінації. Глюкозамін в дозі 29,83 мг/кг слабо сприяв зниженню утворення грануляційної фіброзної тканини (15,13 %). Референсний препарат диклофенак натрію проявив слабку антипроліферативну активність (9,22 %), що узгоджується з даними літератури.

Висновок: За результатами фармакологічних досліджень експериментально доведені протизапальні і хондропротекторні властивості композиції глюкозаміну гідрохлориду з доксицикліном та доцільність її застосування в терапії суглобового синдрому, що супроводжує захворювання опорно-рухового апарату.

ВПЛИВ НІКОТИНОВОЇ КИСЛОТИ НА ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВИЙ ОБМІН ТА ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Топчій І.І., Гальчінська В.Ю., Семенових П.С., Якименко Ю.С.,
Жуліна А.В., Щербань Т.Д.

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

Мета роботи: вивчення впливу терапії зі застосуванням нікотинової кислоти на вміст фактору росту фібробластів 23 (FGF23), рівні кальцію і фосфору та показники ліпідного спектру в периферичній крові хворих на діабетичну нефропатію (ДН).

Матеріали і методи: в динаміці лікування було обстежено 73 хворих на цукровий діабет 2 типу з вираженими клінічними проявами нефропатії – протеїнурією та зниженням швидкості клубочкової фільтрації у віці від 46 до 78 років. Всі хворі приймали стандартну базову цукрознижувальну та нефропротекторну терапію. Пацієнти з порушеннями фосфорно-кальцієвого обміну були розподілені на наступні групи: хворі, які отримували базову терапію та пацієнти, яким додатково до базової терапії призначали нікотинову кислоту 1мл 1% розчину внутрішньом'язово 1 раз на добу протягом 10 днів з подальшим застосуванням в дозі 100 мг 3 рази на добу перорально протягом 3 місяців.

Вміст FGF23 у сироватці крові визначали імуноферментним методом. Концентрація кальцію та фосфору в сироватці крові вивчалась з використанням набору реагентів фірми Cormay (Польща).

Результати дослідження: у хворих на ДН виявлено значне зростання концентрації FGF23 – близько 7 разів в порівнянні з контролем, $p < 0,01$. Рівень даного фактора у хворих становив в середньому $(6,06 \pm 0,54)$ пмоль/л, контроль $(0,74 \pm 0,11)$ пмоль/л. Концентрація фосфору в групі хворих на ДН підвищилась майже в 2 рази відносно здорових осіб і становила $(2,35 \pm 0,24)$ ммоль/л, контроль – $(1,23 \pm 0,18)$ ммоль/л, $p < 0,05$. Вміст кальцію мав тенденцію до зниження у цих хворих і склав $(2,62 \pm 0,12)$ ммоль/л, контроль - $(2,88 \pm 0,12)$ ммоль/л.

Комплексна терапія зі застосуванням нікотинової кислоти, як і базова терапія, сприяла вірогідному зменшенню вмісту FGF23 в сироватці крові хворих. Додаткове призначення нікотинової кислоти на відміну від базової терапії призводило до суттєвого зниження рівнів фосфору на 30 % ($p < 0,05$).

В динаміці лікування хворих на ДН з використанням базової терапії було виявлене вірогідне зниження загального холестерину на 25,1 %, тригліцеридів на 42,7 %, в групі хворих, які додатково

отримували нікотинову кислоту, було виявлене більш суттєве зниження цих показників, рівень загального холестерину знизився на 32,3 %, тригліцеридів на 51,4 %.

Висновок: отримані дані свідчать про безпосередній вплив нефропротекторної терапії на стан фосфорно-кальцієвого і ліпідного обміну та про доцільність використання нікотинової кислоти для вдосконалення кардіонефропротекторної стратегії при лікуванні хворих на ДН.

ВПЛИВ ФЛАВОНОЇДІВ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ СТЕНОКАРДІЇ ТА ХОЗЛ

Трефаненко І.В., Гречко С.І., Рева Т.Б., Шумко Г.І., Шупер В.О.

ВНДЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Розглядаючи структуру поширеності різних нозологічних форм бачимо, що насамперед виступають на перший план захворювання серцево-судинної системи у осіб похилого віку та органів дихання у осіб середньої вікової групи. Тому поєднання цих захворювань у одного пацієнта робить актуальним питання його лікування. Можливість підвищення ефективності терапії та реабілітації хворих на стабільну стенокардію (СС) із супутніми хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) багато в чому детерміновані ранньою діагностикою порушень внутрішньосудинного зсідання крові, яка не завжди проявляється в клінічній картині основного захворювання.

Метою дослідження стало вивчення порушень гемостазу у хворих на СС із супутнім ХОЗЛ з можливою подальшою корекцією виявлених порушень кверцетином. Обстежено 55 хворих, які були розподілені на 4 групи відповідно віку та діагнозу захворювання. В I групу увійшли 22 пацієнти зрілого віку з СС та супутнім ХОЗЛ; в II групу – 10 хворих похилого віку з СС та ХОЗЛ; в III – 8 хворих зрілого віку з СС; в IV групу – 15 хворих похилого віку з СС. Хворі мали стабільну стенокардію напруження II ф.кл, серцева недостатність ІА клас, ХОЗЛ, групі В.

По ходу дослідження виявлено підвищення активності зсідальної системи крові у хворих на СС. В усіх групах спостерігалось зменшення в порівнянні з показниками у практично здорових осіб концентрації XIII фактора, особливо в II ($p < 0,05$) та IV ($p < 0,05$) групах хворих. В групах хворих, які мали супутній ХОЗЛ, рівень фібриногену крові майже не був змінений ($p > 0,05$). З іншого боку, враховуючи значне зниження концентрації АТ III ($p < 0,05$) в групах з поєднаним перебігом СС та

ХОЗЛ, при достовірному збільшенні рівня ФХ ($p < 0,05$ та $p < 0,01$) можна говорити про підвищене споживання XIII фактора. Включення кверцетину до комплексного лікування впливає на стан зсідаючої системи крові, за рахунок зменшення рівня ФХ в крові пацієнтів I групи до $20,7 \pm 2,1$ хв. ($p < 0,05$) та II групи ($p < 0,05$). Слід також відмітити збільшення XIII фактора у хворих похилого віку до $73,8 \pm 3,2\%$ ($p < 0,05$).

Застосування кверцетину у хворих на стабільну стенокардію напруження із супутнім ХОЗЛ призводить до пригнічення активності зсідаючої системи крові.

НЕВЕРБАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ АНАЛИТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И РАССЧЁТНО ‘УРАВЛЯЕМОЕ’ ЛЕЧЕНИЕ

Торохтин А.М.

Ужгородский национальный университет, г. Ужгород, Украина

Актуальность: Диагноз и данные текущего клинического состояния являются необходимыми составными в определении и выборе эффективного лечебного воздействия. Вербальный (словесно-терминологический) диагноз не полностью отражает динамику клинического состояния и алгоритмически сложно анализируем. Аксиоматическая база аналитической медицины делает возможной дезинтеграцию симптомов/синдромов – на протосимптоматические, метрически однозначные, параметры-единицы, генерируя координатное, топически-пространственное описание клинического состояния пациента – представляя его точкой n -мерного пространства клинических событий.

Цель исследований: показать способ [инъективно-суръективного] отражения традиционных пропедевтических категорий и клинических симптомов пациента в n -мерное пространство клинических состояний в котором реализуем, анализ динамики клинических изменений и определимы действенные агенты для достижения желаемого терапевтического результата.

Материал и методы: аксиоматика n -мерного пространства клинических состояний аналитической медицины, концепция ‘управляемого’ лечения, основанная на возможности регуляции каталитической активности энзимов в юкстареакционной среде под влиянием физических и фармакологических факторов [рассчётно определяемая компьютерной программой Medical-TORA].

Результаты: Аксиома о протагонизме биологических катализаторов в процессах жизнеподдержания, предполагает систему коррекционных влияний, способных ‘регулировать’ их активность,

обеспечивая требуемую функциональную дееспособность тканей организма. Белковые структуры формируют абстрактное унитарное 'рецепторное поле', – взаимодействующее с терапевтическим агентом-ксенобиотиком. 'Рецепторному полю' присущ 'свой образ активного сайта', определяющий реальное конгруэнтное взаимодействие конкретного ксенобиотика с 'рецепторным полем' организма, воспроизводя определённую фармакодинамику (локальную и/или общую реакции). Реакции рецепторных структур не строго специфичны, но предопределены, предполагая пестроту клинических реакций. Однако, расчётным путём возможно определение фармакологических и физиотерапевтических влияний минимизируя побочные клинические/параклинические сдвиги.

Выводы: Для обеспечения 'управляемого' лечения в дезинтеграционный процесс следует отбирать признаки: объединяющие возможно большее количество пространственно ортогональных (функционально независимых) протосимптомов; предпочитать динамически преемственные метрически мониторируемые/-квазимониторируемые признаки. Невербальный диагноз – как математически корректное описание любого клинического состояния, – позволяет не только объективизировать динамику клинического состояния, но и метрически точно определять влияние корригирующих терапевтических факторов, определяя степень их влияния на процесс лечения.

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Усманова У.И., Салохиддинов З.С.

*Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Целью нашей работы явилось предложение способа диагностики электрической нестабильности миокарда на основании показателей интегральных лейкоцитарных индексов: лейкоцитарного индекса (ЛИ), лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индекса сдвига лейкоцитов (ИСЛ) и индекса соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), рассчитываемых на основании данных лейкоцитарной формулы крови.

Обследовано 50 больных с кардиальной патологией различного генеза. Также обследована группа больных с некоронарогенной патологией в количестве 22 человек. Методика проведения исследования - изучение морфологического состава крови производится

с помощью микроскопии мазков, окрашенных по Романовскому-Гимзе. Спектр нозологии включал в себя: пролапс митрального клапана, аномальные хорды левого желудочка, синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, идиопатическую аритмию. Всем больным проводилось стандартное обследование, направленное на верификацию диагноза включающее определение лейкоцитарной формулы крови, на основании которой рассчитывались предложенные индексы - ЛИ, ЛИИ, ИСЛ, ИСНЛ. С целью диагностики нарушений сердечного ритма проводилось ЭКГ исследование на основании результатов которых в обеих группах были выделены 2 подгруппы: 1-я – с доброкачественной экстрасистолией (наджелудочковая и редкая одиночная желудочковая экстрасистолия); 2-я – с желудочковой экстрасистолией II-V градаций по Lown Wolf. Исходя из полученных данных предлагаются значения исследованных индексов, соответствующие электрической нестабильности миокарда: ЛИ $>0,85$, ЛИИ $<0,5$; ИСЛ $<1,3$; ИСНЛ $<1,41$. ЛИ $1,53 > 0,85$; ЛИИ $0,13 < 0,5$; ИСЛ $0,79 < 1,3$; ИСНЛ $0,75 < 1,41$.

Вывод. Таким образом, по сравнению с прототипом заявленный способ обладает следующими преимуществами: по изменению ЛИ, ЛИИ, ИСЛ, ИСНЛ можно оценить риск возникновения злокачественных желудочковых нарушений сердечного ритма, для осуществления метода нет необходимости использовать сложное оборудование, требуется провести просто морфологическое исследование крови, являющееся обязательным компонентом обследования.

Из этого следует, что данный способ прост и может быть осуществлен за несколько минут в клинической лаборатории любого уровня. Данный метод рекомендован для выявления групп риска, повышения точности прогноза и снижения трудоемкости.

СОСТОЯНИЕ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ИБС

Усманова У.И., Салохиддинов З.С.

*Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан,
Узбекистан*

Актуальность. Иммунологический аспект в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) в последнее время приобретает большое значение. И прежде всего это связано с тем, что *иммунология* - довольно перспективная дисциплина в медицине, которая открывает совершенно новые горизонты ведения проблем, связанных с болезнями человека, затрагивает практически все клинические формы самых

разнообразных нозологических единиц. В связи с этим при оценке иммунологического статуса у больных ИБС необходимо учитывать иммунные и неиммунные механизмы, оказывающих влияние на состояние иммунитета. К наиболее значимым из них следует отнести симпатическую нервную систему (САС) организма.

Цель: охарактеризовать показатели, отражающие фагоцитарную активность организма в зависимости от концентраций биогенных аминов в сыворотке крови у больных ИБС.

Методы исследования результаты. Для проведения корреляционного анализа между САС и фагоцитарной активностью организма все обследуемые были разделены на 3 группы с нормальным и повышенными содержаниями аминов относительно среднего значения, характерного для всей группы.

Так, увеличение концентрации норадреналина (НА) ассоциировано со снижением процента активных фагоцитов (ФИ) с $63,5 \pm 2,98$; $46,2 \pm 3,84$ до $40,8 \pm 3,08\%$ ($r = -0,10$; $p = 0,05$). Изменяя захватывающую способность фагоцитов, повышенные уровни медиатора способствует незначительному снижению фагоцитарного числа (ФЧ) $10,1 \pm 0,24$; $9,2 \pm 0,40$; $9,6 \pm 0,52$ бак/ед, характерного для группы с относительно повышенным его содержанием с $< 3,79$; $3,80-5,55$ и более $5,55$ ($r = 0,18$; $p = 0,05$). Адреналин (АД) подавлял интенсивность фагоцитоза. Это проявлялось в захватывающей способности нейтрофилов с уровня $9,9 \pm 0,23$, установленного в группе с относительно пониженным содержанием данного нейротрансмиттера в крови до $0,70$ нмоль/л. Для группы с относительно повышенным его содержанием с $0,70-1,0$ и более $1,1$ нмоль/л, ФЧ составляли $9,7 \pm 0,56$ и $9,3 \pm 0,44$ бак/ед. Было отмечено снижение процента активных фагоцитов с $48,3 \pm 4,93$ до $38,2 \pm 3,31\%$, при повышении уровней данного биологически активного вещества с $0,70-1,0$ и более $1,1$ нмоль/л ($r = -0,13$; $p = 0,05$). Для группы с относительно пониженным его содержанием до $0,70$ нмоль/л, ФИ составлял $62,2 \pm 2,41$. Такое влияние связано с ингибирующим действием повышенных концентраций аминов на продукцию цАМФ, активизирующего деятельность фагоцитов.

Вывод. Анализируя полученные данные о влиянии аминов на интенсивность фагоцитарной защиты, были выявлены некоторые закономерности, свидетельствующие об ингибирующем влиянии биологически активных веществ.

РОЛЬ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Усманова У.И., Салохиддинов З.С.

*Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан.
Узбекистан*

Актуальность. Агрегация тромбоцитов и повышение активности симпатического звена вегетативной нервной системы (ВНС) играют центральную роль в патогенезе острого тромбоза при инфаркте миокарда, инсульте и окклюзии периферических артерий. Однако существуют данные изменений агрегации тромбоцитов среди лиц здоровой популяции в зависимости от тонуса ВНС.

Цель. Установить роль симпатоадреналовой системы в процессе агрегации тромбоцитов периферической крови.

Методы исследования и результаты. Нами было обследовано 30 практически здоровых лиц в возрасте от 40-69 лет (средний возраст $53,1 \pm 1,7$ года), мужского пола. Агрегацию тромбоцитов определяли по методу G.Born(1962) на анализаторе «SOLAR-2110». В качестве индукторов агрегации использовали динатриевую соль, аденозиндифосфорной кислоты в конечной концентрации 5,0 мкмоль/л и раствор адреналина гидротартрата в конечной концентрации 5,0 мкмоль/л. Оценку вегетативного тонуса проводили путем 5-минутной регистрации параметров variability сердечного ритма (BCP) на аппарате «Cardiolab». Статистическая обработка выполнена в пакете программ Statistica 6.0 (StatSoft. США) методами непараметрической статистики.

В результате работы было выявлено, что в группе симпатиков (14 человек) скорость АДФ-индуцированной агрегации была существенно выше на 32,1% ($p < 0,005$), а количество тромбоцитов ниже на 9% ($p < 0,005$), чем в группе парасимпатиков (9 человек). Скорость адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов в группе симпатиков также выше, чем у парасимпатиков, однако не достигла порога статистической значимости. При сравнении показателей агрегации тромбоцитов у симпатиков и лиц не имеющих патологию нейрогормональной системы со сбалансированным тонусом ВНС (7 человек) выявлено достоверное повышение скорости АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов на 27,1% ($p < 0,001$) в группе симпатиков. Количество тромбоцитов в последней группе имело тенденцию к уменьшению, а скорость адреналин-индуцированной агрегации к увеличению. Статистически значимых различий показателей агрегации тромбоцитов в группах парасимпатиков и нормотоников по параметрам агрегации выявлено не было.

КОНТРОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ МУЛЬТИМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Фадєєнко Г.Д., Несен А.О.

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

Вступ. В клінічній практиці відсоток хворих з мультиморбідністю (коморбідністю) хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ) в декілька разів перевищує відсоток хворих з одиначною нозологією, але сучасні статистичні дані про структуру, рівень та поширеність захворювань, як правило, подаються з урахуванням лише основної патології, що значно нівелює загальні дані. Крім того, спільні фактори ризику (ФР), які пов'язані зі стилем життя (поведінкові, метаболічні) в значній мірі можуть модифікуватися.

Мета. Контроль факторів ризику та удосконалення менеджменту мультиморбідністю хронічних неінфекційних захворювань.

Матеріали і методи. Сучасні науково-інформаційні, клініко-діагностичні, статистичні методи дослідження.

Результати. Проблема мультиморбідності (коморбідності) має настільки масштабні наслідки, що вочевидь, реалії сучасності вимагають від науково-практичних медичних закладів вирішення багатьох завдань: надання хворим високоякісного лікування з подальшою реабілітацією; максимальна оптимізація витрат на лікування; визначення спільних патогенетичних механізмів різних модифікацій коморбідності; розробка й впровадження новітніх ефективних багатокомпонентних медичних препаратів з метою уникнення поліпрагмазії; дослідження особливостей фармакокінетики існуючих груп медичних препаратів; розробка інноваційних комплексних профілактичних програм.

Фахівцями ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» розроблено покроковий алгоритм цільових заходів:

1. Підвищення обізнаності населення щодо індивідуального профілю кардіоваскулярного ризику (КВР), широке інформування, мотивація і популяризація здорового способу життя.

2. Створення реєстру пацієнтів з НІЗ та коморбідністю, які віднесені до категорії підвищеного (високого і дуже високого) КВР.

3. Дослідження розповсюдженості популяційно значущих ФР, що сприяють становленню та виникненню хронічних НІЗ та їх коморбідності в Харківському регіоні.

4. Скринінг пацієнтів КВР з НІЗ для участі в індивідуальних і групових комплексних профілактичних та реабілітаційних програмах.

5. На підставі отримання та аналізу даних - розробка ефективних методів медикаментозної та немедикаментозної корекції найпоширеніших ФР при хронічних НІЗ й коморбідності.

Висновок. Менеджмент коморбідністю неінфекційних захворювань повинен обіймати всі ланки охорони здоров'я (індивідуальний, сімейний, популяційний) з додатковими глибокими дослідженнями цієї надскладної проблеми та розробкою більш специфічних діагностично-лікувальних методів.

РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ 14-ТИ ДІБ

Фельдман Д.А., Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г.

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології ім. академіка Л.Т.

Малої, м. Харків, Україна

Мета. Проаналізувати частоту виникнення ускладнень у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) в залежності від наявності супутнього цукрового діабету (ЦД) 2 типу протягом перших 14-ті діб.

Матеріали і методи. Обстежено 56 хворих на гострий інфаркт міокарда в гострій фазі хвороби. Середній вік хворих 65 років. Було виділено 2 групи: 1 група – 26 осіб, хворі на ГІМ з ЦД 2 типу; 2 група – 30 осіб – хворі на ГІМ без супутнього ЦД 2 типу. Обстеження хворих проводилося в інфарктному відділенні КНП «МКЛ №27» ХМР та на базі ДЛПЗ «Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №1». Використовували антропометричні, фізікальні, лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Результати. У пацієнтів 1-ої групи виявлено I клас гострої серцевої недостатності за Killip у 38,5% осіб, II клас – у 19,2% осіб, III клас – у 26,9% осіб, IV клас – у 11,5% осіб. У пацієнтів 2-ої групи - I клас мали 66,7% осіб, II клас – у 20% осіб, III клас – у 6,6% осіб, IV клас – у 6,6% осіб.

Аналіз електрокардіографічних показників продемонстрував, що у 57,7% осіб 1-ої групи та 43,3% осіб 2-ої групи були виявлені різні порушення серцевого ритму, 23% та 6,6% пацієнтів, відповідно, мали комбіновані порушення ритму. Найчастішими з них були: синусова тахікардія, яка зустрічалася у 26,9% осіб 1-ої групи та 13,3% осіб 2-ої групи; фібриляція передсердь – у 23,1% та 6,6%, відповідно; суправентрикулярна та шлуночкова екстрасистоля – у 11,5% та 10%, відповідно. Порушення провідності у вигляді блокади лівої ніжки пучка

Гісу знайдено у 11,5% пацієнтів 1-ої групи та у 3,3% пацієнтів 2-ої групи ; AV-блокаду – у 7,7% та 3,3%, відповідно.

Висновок. Наявність цукрового діабету 2 типу у хворих обумовлювала зростання відсотку хворих з гострою серцевою недостатністю III - IV класів за Killip й вірогідне збільшення хворих з комбінованими порушеннями ритму.

ПОРУШЕННЯ МІКРОБНОЇ ФЛОРИ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ, НАРОДИВШИХСЯ ШЛЯХОМ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

**Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Атаманова О.В., Терещенкова І.І.,
Сіняєва І.Р., Кононенко О.В.**

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета дослідження: визначити ступінь порушень біоценозу кишечника в дітей, які народилися шляхом кесаревого розтину та оцінити ефективність їх корекції за допомогою пробіотиків.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходилося 54 дитини з гастроінтестинальними розладами, які народилися шляхом кесаревого розтину та отримували виключно грудне вигодовування. Проводили клінічне обстеження, клінічні аналізи крові і сечі, копрологічне та мікробіологічне дослідження. З метою корекції порушень біоценозу, дітям, які знаходилися під спостереженням призначався курс «Лактіале GG» в краплях, який містить ліофілізовані життєздатні бактерії *Lactobacillus rhamnosus GG*. Результати дослідження оцінювали на підставі даних анкетування та динамічного спостереження.

Результати дослідження: З'ясовано, що у 83,3% дітей, які народжені шляхом кесарева розтину мають місце наступні скарги з боку травного тракту: часте зригування; рідке, пінисте або з надлишковою кількістю слизу випорожнення, зеленуватий або темно-зелений колір калу, неприємний запах, метеоризм, частий немотивований плач, порушення сну; у 17,1% дітей мало місце зниження маси тіла. У більшості випадків дані скарги спостерігалися на 2-му – 3-му тижні життя і мали постійний або хвилеподібний перебіг. За результатами лабораторних досліджень виявлено, що у 23,3% дітей мала місце залізодефіцитна анемія; в копрологічному дослідженні у 92,7% спостерігалася надлишкова кількість слизу; підвищений вміст лейкоцитів – у 26,8% дітей, еритроцитів – у 7,3% дітей; йодофільна флора переважала у 36,6% випадків; патогенної кишкової флори виявлено не було. На тлі призначення препарату «Лактіале GG» покращення стану дитини спостерігалася в 92,7% випадків. Позитивні зміни з боку характеру випорожнень (зменшення частоти, зміна зеленого

кольору на жовтий, зменшення кількості слизу) протягом перших 3-5 днів відбувалися у 36,6% дітей; у 41,5% - протягом 7-10 днів; у решти дітей - на 3-му тижні призначення «Лактіале GG».

Висновки: 1. У дітей, народжених шляхом кесарева розтину має місце дефіцит лактобактерій, який клінічно може проявлятися гастроінтестинальними розладами: частими зригуваннями, частими рідкими випорожненнями з надлишковою кількістю слизу, метеоризмом, частим немотивованим плачем, занепокоєнням, порушенням сну.

2. Призначення пробіотичного препарату «Лактіале GG» сприяє нормалізації гастроінтестинальних розладів у дітей, народжених шляхом кесарева розтину.

ВПЛИВ КВЕРЦЕТИНУ НА ДИНАМІКУ РІВНЯ ЦИТОКІНІВ ТА ПОКАЗНИКІВ ІШЕМІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Чекаліна Н.І., Шуть С.В., Трибрат Т.А., Глєбов В.А., Гончарова О.О.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Мета: вивчити показники хронічного системного запалення (ХСЗ) у хворих на стабільну ішемічну хворобу серця (ІХС), їхній взаємозв'язок з показниками ішемії міокарда та вплив кверцетину на виявлені порушення.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 85 хворих обох статей віком 48-67 років з діагнозом ІХС: стенокардія напруги стабільна, ФК II, СН 0-I. Шляхом випадкової вибірки хворих поділено на групи – дослідження (30 хворих) та порівняння (55 хворих). У хворих визначали рівень фактору некрозу пухлини α (TNF α) та інтерлейкіну-1 β (IL-1 β) у сироватці крові імуноферментним методом, вміст фібриногену (ФГ) у плазмі крові ваговим методом та проводили добове Холтерівське моніторування (ХМ) ЕКГ з розрахунком сумарної ішемії міокарда – загальної тривалості епізодів депресії сегменту ST (Σ t ST depr) та сумарної кількості епізодів ST depr у трьох відведеннях реєстрації. Усі хворі приймали стандартну терапію (β -блокатори, статини, аспірин), хворим групи дослідження додатково призначено кверцетин в дозі 120 мг на добу. Через 2 місяці проведено повторне обстеження хворих у вищезазначеному обсязі.

Результати. В усіх хворих на ІХС було визначено підвищений рівень TNF α ($8,68 \pm 2,44$ пг/мл) та IL-1 β ($9,58 \pm 3,24$ пг/мл) у крові, вміст ФГ у плазмі крові був підвищений у 37 % хворих. Добова Σ t ST depr складала $52,92 \pm 13,00$ хв., кількість епізодів ST depr дорівнювала $10,58 \pm 2,83$. Шляхом кореляційного аналізу визначено прямі зв'язки

помірної сили між рівнем TNF α та Σ t ST depr ($r=0,363$, $p<0,01$), рівнем TNF α та кількістю епізодів ST depr ($r=0,413$, $p<0,01$), вмістом ФГ та Σ t ST depr ($r=0,408$, $p<0,01$) й вмістом ФГ та кількістю епізодів ST depr ($r=0,410$, $p<0,001$), що свідчить про взаємозв'язок хронічного системного запалення та ішемії міокарда. Через два місяці від початку терапії у групі порівняння вірогідних змін рівнів прозапальних цитокінів не відбулося. У хворих групи дослідження під впливом кверцетину вірогідно знизився рівень IL-1 β (на 17,4 %, $p=0,002$) та TNF α (на 23 %, $p=0,048$). В обох групах вірогідно знизився рівень фібриногену, проте більш суттєво – під впливом кверцетину ($p=0,0004$). За даними ХМ ЕКГ, у групі дослідження кількість епізодів ST depr зменшилася на 27,6 %, у групі порівняння – на 15,9 %. У хворих групи порівняння Σ t ST depr зменшилася на 20,7 %, у хворих, які додатково приймали кверцетин – на 34,9 %, а саме – до $32,7 \pm 13,08$ хв. за добу. Значення Σ t ST depr після лікування у групі дослідження й групі порівняння вірогідно відрізнялися ($p<0,05$).

Висновок. Таким чином, виявлено, що у хворих на ІХС підвищення рівня хронічного системного запалення має взаємозв'язок з вираженістю ішемії міокарда. Застосування кверцетину у хворих на стабільну ІХС сприяло зменшенню кількості і тривалості епізодів ішемії міокарда та мало протизапальний ефект, що дозволяє рекомендувати кверцетин для активного клінічного застосування у комплексній терапії ІХС.

ВПЛИВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ФАКТОРІВ НА ПОЄДНАНИЙ ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Черкун М. П.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Актуальність: артеріальна гіпертензія у пацієнтів з цукровим діабетом, куріння, дисліпідемія, відноситься до факторів дуже високого серцево-судинного ризику. Роль психосоматичних факторів, як факторів кардіоваскулярного ризику при коморбідному перебігу артеріальної гіпертензії вивчена недостатньо.

Мета: визначити поширеність тривоги та депресії у жителів сільського та міського населення з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу, оцінити залежність поєданого перебігу гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2 типу від впливу психосоціальних факторів.

Матеріали і методи: проведено анкетування 72 пацієнтів з поєднаним з коморбідним перебігом гіпертонічної хвороби (ГХ) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу за допомогою госпітальної шкали

тривоги та депресії (HADS). З яких 46 чоловік були міськими жителями і 26 – жителями сільської місцевості. Згідно аналізу отриманих даних, вік пацієнтів був у межах від 39 до 71 років, середній вік склав 54,2 роки, 61,8% склали особи працездатного віку. Розподілені у окремі групи дослідження пацієнти були співставними за віком та статтю. Аналізували наявність тривоги та депресії у пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ та ЦД 2 типу, та її вплив на перебіг коморбідної патології.

Результати: аналіз отриманих даних по наявності тривожно-депресивних розладів у хворих на ГХ та ЦД 2 типу, виявив відмінності ($p < 0,01$) у 61,7% міських і 32,6% сільських жителів. Кількість випадків субклінічно вираженої тривоги, не мала значних відмінностей серед міських і сільських жителів ($p > 0,05$). Кількість випадків клінічно вираженої тривоги мала відмінність ($p < 0,01$) у 56,8% міських і 39,3% сільських жителів. Кількість випадків субклінічної та клінічно вираженої депресії мала значну відмінність між міськими та сільськими жителями ($p < 0,001$). У міських жителів спостерігається наявність депресії у 78,7% випадків, тоді як у жителів сільської місцевості наявність депресії прослідковується у 32,3%. Причому у жителів сільської місцевості депресивні розлади проявляються переважно у вигляді субклінічно вираженої депресії і становлять 88,9%, порівняно з 23,3% жителями міста.

Висновок: поєднаний перебіг ГХ та ЦД 2 типу асоціювався з наявністю тривожно-депресивних розладів у жителів як сільського, так і міського населення. У міських жителів з коморбідним перебігом ГХ та ЦД 2 типу переважають тривожно-депресивні розлади у вигляді клінічно вираженої тривоги та депресії, тоді як у жителів сільської місцевості тривожно-депресивні розлади проявляються у вигляді субклінічно вираженої депресії. Вираженість психосоматичних порушень корелювала з клінічним перебігом коморбідної патології.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОПРОТЕКТОРНОГО ВПЛИВУ ЕПЛЕРЕНОНУ ТА СПІРОНОЛАКТОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

**Чернацька О. М., Деміхова Н. В., Колеснік Є. В., Дзюба Ю. І.,
Хомета Г.А.**

*Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми,
Україна*

Мета: здійснення порівняльного аналізу кардіопротекторного впливу еплеренону та спіронолактону у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН).

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 54 хворих на ХСН віком від 60 до 64 років, які проходили обстеження та лікування на базі Сумської центральної районної клінічної лікарні протягом 2019 року. Пацієнтів було поділено на дві групи залежно від діуретика (антагоніста мінералокортикоїдного рецептора), який вони приймали у складі комплексної терапії разом із лізиноприлом (5 мг/добу), бісопрололом (2,5 мг/добу). Еплеренон (50 мг/добу) було призначено 24 (І група), а спіронолактон (50 мг/добу) – 30 (ІІ група) хворим на ХСН. Діагноз ХСН, тактику ведення пацієнтів було встановлено відповідно до Рекомендацій Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2017).

Усі обстежені хворі мали ХСН зі збереженою (більшою за 40 %) фракцією викиду лівого шлуночка (ЛШ), клінічну стадію II А за класифікацією М.Д. Стражеска і В. Х. Василенка, функціональний клас II за критеріями Нью-Йоркської асоціації серця.

На основі даних ехокардіографії після констатування кінцевого діастолічного розміру (КДР), товщини задньої стінки (ТЗС), товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП) ЛШ було обчислено індекс маси міокарда (ІММ) ЛШ як відношення маси міокарда (ММ) ЛШ до площі поверхні тіла (ППТ). Гіпертрофію ЛШ було діагностовано у разі більшого за 115 г/м² у чоловіків та 95 г/м² у жінок ІММЛШ. Розрахунок ППТ було здійснено за формулою Мостеллера як корінь квадратний відношення добутку ваги до зросту на 3600. Удруге ІММЛШ розраховано через шість місяців від початку прийому діуретика.

Результати: На фоні шестимісячної терапії пацієнтів І групи спостерігалось зниження ІММЛШ на 6%, ІІ – на 5,4 %.

Висновок: еплеренон не поступається спіронолактону за кардіопротекторними властивостями, що виявляються у регресі гіпертрофії міокарда ЛШ, і рекомендований для застосування у складі комплексної терапії ХСН.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ І РІВНЕМ УРИКЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ

Черняєва А.О.^{1,2}, Караченцев Ю.І.^{1,2}, Кравчун Н.О.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України,

²ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», м. Харків, Україна

Мета – визначити частоту гіперурикемії та проаналізувати зв'язок між показниками ліпідного спектру крові з рівнем сечової кислоти (СК) в крові хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2) чоловічої статі.

Матеріали і методи. Обстежено 67 хворих на ЦД2 чоловічої статі, які отримували пероральну цукрознижуючу терапію. Середній вік обстежений становив $(58,13 \pm 10,13)$ [34-78] років, тривалість захворювання $(11,0 \pm 8,15)$ років. Наявність та ступінь ожиріння визначали за індексом маси тіла (ІМТ), згідно із критеріями ВООЗ (2000). Вимірювали обвід талії (ОТ) і стегон (ОС) (см). Обчислювали індекс ОТ/ОС (ІОТ/ОС) (у.о). Зразки венозної крові для гормонального дослідження отримували натще (після 8-годинного голодування) з ліктьової вени. Рівень глікозильованого гемоглобіну в крові визначали фотоколориметричним методом. Рівень ЗХС (ммоль/л) визначали колориметричним методом, холестеролу ліпопротеїнів високої щільності (ХС-ЛПВЩ) (ммоль/л) – методом осадження в сироватці і тригліцеридів (ТГ) (ммоль/л) – колориметричним методом. Рівень СК в сироватці крові досліджувався колориметричним методом. З урахуванням рівня СК в крові обстежені були поділені на групу 1 (n=43) – СК в крові в межах референтних значень для чоловіків (<420 мкмоль/л) і групу 2 (n=24) – СК в крові вище верхньої межі референтного значення для чоловіків (>420 мкмоль/л).

Результати. 59 (88,0%) обстежених чоловіків були віком старше 50 років, середній вік становив $(62,4 \pm 7,0)$ років. Встановлено, що у хворих групи 1 рівень ТГ в крові лінійно асоційований з рівнем СК в крові ($r=0,36$; $R^2=13,1\%$; $P=0,03$), у хворих 2 групи виявлено тенденцію до залежності цих показників ($r=0,41$; $R^2=16,9\%$; $P=0,09$). Встановлено, що у чоловіків групи 1 рівень ЗХС, ХС_ЛПВЩ і ТГ асоціюється з рівнем СК в крові. При цьому, вплив СК на рівні ЗХС і ХС_ЛПВЩ є більш значущим ніж віку хворого і тривалості захворювання в відповідних моделях. У чоловіків 2 групи гіперурикемія визначає 94,5% дисперсії рівня ХС_ЛПВЩ.

Висновки. У «нормоурикемічних» хворих на ЦД 2 типу чоловічої статі рівень ЗХС асоційований з віком і рівнем СК в крові; рівень ХС_ЛПВЩ – з віком, тривалістю захворювання і рівнем СК в крові; рівень ТГ – з рівнем СК в крові. У хворих на ЦД 2 типу чоловічої статі рівень ХС_ЛПВЩ асоційований із гіперурикемією.

ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Чубучна І.І.

*Львівський національний медичний університет імені Данила
Галицького, м. Львів, Україна*

Виявлення факторів ризику в ранньому періоді гострого інфаркту міокарді (ГІМ) має важливе значення щодо прогнозу перебігу хвороби

та попередження розвитку ускладнень і вибору подальшої тактики лікування хворих.

Метою роботи було виявити фактори ризику розвитку раптової серцевої смерті, серцевої недостатності (СН) та виникнення ішемії через 6 місяців після перенесеного ГІМ.

Матеріали та методи. Нами обстежено 127 хворих, що перенесли ГІМ в першу добу та через 6 місяців. В першу добу проводилося ехокардіографічне обстеження та 24-годинне Холтерівське моніторування ЕКГ, ранній велоергометричний тест на 10 добу, за результатами яких провели багатофакторний поступовий регресійний аналіз ризику виникнення вказаних кінцевих точок. Для прогностичної моделі обрали наступні показники: частоту серцевих скорочень (ЧСС), систолічний та діастолічний артеріальний тиск, фракцію викиду (ФВ), кінцево-діастолічний та кінцево-систолічний об'єм лівого шлуночка (КДО і КСО ЛШ відповідно), наявність ішемії, шлуночкових та надшлуночкових порушення ритму, порогове навантаження, порогова ЧСС, подвійний добуток (ПД), споживання кисню (МО).

Результати. Через 6 місяців померло 5 хворих. Для розвитку раптової серцевої смерті достовірними у прогнозуванні були показники ФВ, КДО ЛШ, порогове навантаження та ПД, на межі достовірності були наявність ішемії та шлуночкові порушення ритму, які і були обрані для фінальної моделі. Нормований коефіцієнт детермінації (R^2), який характеризує силу та направленість зв'язку, становив 0,44, що свідчить про відносно невисоку прогностичну цінність щодо ризику виникнення серцевої смерті вказаних факторів. Для фінальної моделі виникнення СН достовірними були показники ФВ, КДО ЛШ, КСО ЛШ, порогове навантаження та ПД. Нормований коефіцієнт детермінації вказаної моделі становив 0,64, що свідчить про високу прогностичну цінність щодо розвитку СН, в той час як порушення ритму та ішемія не мали прогностичної цінності. Для розвитку рецидивування ішемії після ГІМ достовірність була у показниках ішемії та порогового навантаження; ФВ та КДО ЛШ були на межі достовірності. Вказані показники було обрано для розрахунку фінальної моделі. Нормований коефіцієнт детермінації для даної моделі становив 0,58, що свідчить про відносно високу прогностичну цінність обраних факторів по відношенню до ризику розвитку рецидивів ішемії.

Висновок. Таким чином, ФВ, КДО ЛШ та порогове навантаження при ранній ВЕМ мають високу прогностичну цінність щодо розвитку як СН, так і рецидиву ішемії через 6 місяців у хворих на ГІМ, проте для раптової серцевої смерті всі перелічені фактори не мали високої прогностичної цінності.

НЕСФАТИНЕМІЯ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Шапаренко О.В., Боровик К.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета роботи: оцінити несфатинемію та встановити наявність зв'язків з інсулінорезистентністю у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з ожирінням.

Матеріали та методи дослідження: У дослідженні прийняли участь 105 хворих, серед яких 56 жінок (53,33%) та 49 чоловіків (46,67%). Усіх хворих було розподілено на 2 групи: 1 групу склали хворі на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням (n=70), 2 групу – хворі АГ з нормальною масою тіла (n=35).

Учасникам дослідження було визначено рівень несфатину-1 з використанням тест-системи фірми Human NES ELISA KIT (Китай) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія), а також рівень інсуліну крові натщесерце методом імуноферментного аналізу з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми DRG Instruments GmbH (Германія) на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія), рівень глюкози глюкозооксидантним методом.

Результати: За результатами кореляційного аналізу, виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем інсулінемії та несфатину-1 в усіх групах, найбільш тісний у хворих на АГ з супутнім ожирінням $r=0,58$ ($p<0,01$) порівняно з хворими на АГ без ожиріння $r=0,47$ ($p<0,01$). Це підтверджує виявлений зв'язок між індексом НОМА та рівнем несфатину-1 в усіх групах, особливо у групі на АГ й ожиріння, $r=0,39$ та $r=0,36$ ($p<0,01$) відповідно.

Висновки:

1. Встановлено наявність зв'язків між рівнем несфатину-1 та показниками вуглеводного обміну у хворих на АГ й ожиріння за даними кореляційного аналізу, а саме з інсуліном та індексом НОМА, що може бути пояснено стимуляцією β -клітин підшлункової залози

2. У хворих на артеріальну гіпертензію й ожиріння збільшення рівня несфатину-1 асоціюється з гіперінсулінемією, зниженням чутливості тканин до інсуліну.

АСК-ІНДУКОВАНІ ГАСТРОПАТІЇ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ

Шараєва М.Л., Мельничук І.О.

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

Мета роботи Аналіз особливостей антитромботичної / антикоагулянтної терапії у кардіологічних хворих при виникненні шлунково-кишковими кровотечами (ШКК) у відповідності до найбільш признаних шкал ішемічного та геморагічного ризиків проведений протягом чотирьох років на базі міського центра ШКК м. Києва.

Матеріали і методи Загалом проаналізовано 310 випадків гострих виразок у хворих з медикаментозно-індукованими гастропатіями, що становило 14.6 – 16% від загального числа госпіталізованих із ШКК : в шлунку - 225, в дванадцятипалій кишці - 63, поєднані -22 гострих виразок, переважала помірна важкість кровотеч (Forrest ІІС-ІІІ). Середній вік хворих становив 65.7 років, чоловіків - 67%. Попередній виразковий анамнез виявлено у 73% хворих, але тільки кожен четвертий отримувал гастропрепарати.

Результати: НПЗП-асоційовану гастропатію виявили в 40%, антитромботичну/антикоагулянтну - в 67% випадків. Частота ШКК на монотерапії АСК становила майже 77% випадків, відмічалось збільшення ШКК при подвійній терапії з клопідогрелем з 8 до 12%, та непрямих антикоагулянтів з 12 до 18%. Вибір препарату і тактики ведення хворого з фібриляцією передсердь (ФП) не завжди відповідав сучасним шкалам ризику CHA₂DS₂ VASc і HASBLED , не враховувався геморагічний ризик 3 при призначеннях у 41% хворих. АСК призначалася в 59% випадків у хворих з ФП, і тільки 24% становили варфарин та нові антикоагулянти. ШКК при прийомі варфарину виникала тільки в разі перебільшення дози або втраті контролю. 27% хворих з ФП не отримували ніякої тромбопрофілактики. Факторами ризику розвитку ШКК виявились вік більше 75 років; виразковий анамнез; наявність хелікобактерної інфекції; супутня патологія, що потребувала прийому НПЗП; подвійне-потрійне застосування варфарину, клопідогреля, АСК.

Висновок. Гастропатії залишаються джерелом великих кровотеч при антитромбоцитарній/антикоагулянтній терапії, що обумовлює прихильність до лікування. Більшість хворих ФП з високим ішемічним ризиком отримують антитромбоцитарну терапію або взагалі без неї, нові сучасні засоби призначаються в поодиноких випадках в тому числі із-за витрат при тривалому застосуванні. Хворі ФП з HAS-BLED \geq 3 потребують моніторингу супутніх станів та корекції модифікованих факторів ризику. АСК-індуковані кровотечі також пов'язані з

помилковими призначеннями, недотриманням гастропротекції, при цьому оцінка геморагічного ризику враховувалась менше тромбоемболічного.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

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

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

Мета. Визначення особливостей добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням в порівнянні з пацієнтами, які мають нормальну масу тіла.

Матеріали і методи. В дослідження включені 54 хворих на ГХ II стадії з супутнім ожирінням (індекс маси тіла (ІМТ) понад 30 кг/м²) і 18 осіб з нормальною масою тіла (ІМТ нижче 25 кг/м²), які склали контрольну групу. Середній вік хворих - (41,8±6,5) роки. Серед обстежених - 39 чоловіків та 33 жінки. ДМАТ проводилося за загальноприйнятою методикою з використанням системи «Meditech-04» (Угорщина).

Результати. При ДМАТ в групі хворих з ожирінням середні значення систолічного тиску (САТ) склали (159,9±8,9) мм рт.ст. вдень і (145,9±6,4) мм рт.ст. вночі. Показники середнього діастолічного тиску (ДАТ) склали відповідно за день – (97,7±6,7) мм рт.ст. і вночі (95,4±5,7) мм рт.ст. Індекс "навантаження" САТ в денні години перевищував 50 % у 49 (90 %) хворих ГХ з ожирінням і у 10 (60,0 %) хворих на ГХ з нормальною масою тіла. В нічні години цей показник був підвищений у 53 (98,0 %) і 8 (50,0 %) пацієнтів відповідно. Індекс "навантаження" ДАТ в денні години перевищував 50,0 % у 92,0 % хворих на ГХ з ожирінням та у 62,0 % пацієнтів на ГХ без ожиріння, а в нічні години цей індекс був – у 95,0 % і 47,0 % пацієнтів відповідно. Значення індексів "навантаження" як САТ так і ДАТ, що перевищували 50,0 %, одночасно були виявлені у 92,0 % хворих на ГХ з ожирінням і у 57,0 % пацієнтів без ожиріння в денні години і у 95,0 % та 30,0 % пацієнтів в нічні години відповідно. При цьому індекс "навантаження" ДАТ як в денні, так і в нічні години був вищий у хворих на ГХ з ожирінням в порівнянні з хворими, які мали нормальну масу тіла. Порушення добового профілю артеріального тиску (АТ) було виявлено у 50 хворих з ожирінням та 8 пацієнтів без ожиріння. При аналізі індексу нічного зниження (ІНЗ) АТ 42 пацієнтів з ожирінням та 6 пацієнтів без ожиріння були віднесені до групи з недостатнім нічним зниженням АТ (ІНЗ <10,0 %; "non-dippers"),

в групі хворих з ожирінням 9 пацієнтів з негативним значенням ІНЗ ("night-pickers"). Також у 45 (83,0 %) хворих з ожирінням і 11 (61,0 %) хворих без ожиріння виявлена підвищена варіабельність АТ.

Висновки. Таким чином, ДМАТ у хворих на ГХ з ожирінням виявило підвищення переважно діастолічного АТ як в нічні, так і в денні години, більш високу варіабельність АТ, показники навантаження АТ в нічні години та порушення циркадного ритму АТ з відсутністю його адекватного зниження вночі. Виявлені особливості дозволяють віднести таких пацієнтів до групи ризику розвитку кардіометаболічних порушень.

**STRUCTURAL AND FUNCTIONAL STATE OF BLOOD CELLS
IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY
DISEASE, ASSOCIATED WITH ISCHEMIC HEART DISEASE**
Shuper V.O.¹, Shuper S.V.², Husak V.V.², Rykova Yu.O.³, Vodianik V.V.⁴

¹Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

*²Yuriy Fedkovych Chernivtsi National University, Chernivtsi, Ukraine
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*

⁴Luhansk State Medical University, Rubischne, Ukraine

The aim of the study. To determine the structural and functional state of blood cells in patients with Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) associated with Ischemic heart disease (IHD).

Material and methods. 92 patients (54.4 ± 3.1 years old) with exacerbation of COPD (clinical group B, GOLD II), combined with IHD, stable angina pectoris functional class (FC) II formed the main group. 38 patients with COPD without IHD made up the 1st comparison group, 32 patients with IHD without COPD entered the 2nd comparison group. The mean volume of erythrocytes, platelets, platelets volume distribution, the ratio of the large platelets number to the total platelet count, the functional activity of monocytes by their phagocytic index and number, the erythrocyte sorption capacity, spontaneous and adenosine diphosphatase-induced (ADP-induced) platelet aggregation capacity were determined.

Results. In patients from the main group, significant changes in the structure and function of blood cells were the most prominent. Changes of erythrocytes were characterized by significant increase in the sorption capacity of their membranes compared to patients with COPD without IHD and IHD without COPD. In patients from the main group, there were elevation of platelets size (MPV), the number of large platelets, platelet size distribution width (PDW) and platelet large cell ratio (P-LCR). Changes in the platelet structure were accompanied by rise of their spontaneous and

ADP-induced aggregation capacity, the most significant in patients from the main group.

Conclusions. Changes of platelets structure and function, along with grow up of the erythrocyte membranes sorption capacity, are important prerequisites for the onset of hyper-aggregation syndrome in the association of COPD and IHD. The phagocytic activity of monocytes in patients from the main group, as well as in patients with COPD, significantly increased with the absence of such changes in patients with IHD. The structural and functional changes of blood cells can serve as a prerequisite for the progression of COPD associated with IHD.

Keywords: COPD, IHD, erythrocytes, platelets, monocytes, structure and function.

РІВНІ АНГІОТЕЗИНУ 1-7 ТА АПЕЛІНУ В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ДИНАМІЦІ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

**Юшко К.О., Коваль С.М., Старченко Т.Г., Снігурська І.О.,
Милославський Д.К.**

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

Мета. Дослідити рівні ангіотензину 1-7 та апеліну в крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу в динаміці комбінованого 12-ти місячного лікування із застосуванням блокатору рецепторів ангіотензину (БРА) олмесартану або інгібітору ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) раміприлу.

Матеріали і методи. Обстежено 76 хворих на ГХ II ст. 2-3 ст. з ЦД 2 типу (37 чоловіків та 39 жінок) в динаміці 12-ти місячного комбінованого лікування із застосуванням БРА олмесартану в дозі 20-40 мг/доба (група О, n=38) або іАПФ раміприлу в дозі 5-10 мг/доба (група Р, n=38) на фоні прийому лерканідипіну, аторвастатину та метформіну. Рівні ангіотензину 1-7 та апеліну в крові визначали імуноферментним аналізом. Контрольну групу склали 21 практично здорова особа.

Результати. Рівні ангіотензину 1-7 наприкінці в динаміці терапії вірогідно відрізнялися лише в групі О, де спостерігалось вірогідне зростання його концентрації на 20,3% та досягнення значень таких в контрольній групі – 130,43(124,42;138,37) нг/л проти 108,39(92,32;121,17) нг/л на початку лікування (p<0,01) та 128,77(120,02;276,49) нг/л групи контролю (p>0,05). Серед групи Р рівні ангіотензину 1-7 склали 112,09(104,3;115,33) нг/л, що вірогідно не

відрізнялося від базальних рівнів ($p > 0,05$) та було вірогідно нижче, ніж в групі контролю ($p < 0,01$) та групі О в кінці терапії ($p < 0,01$). В динаміці 12-ти місячної терапії в обох групах відмічалось вірогідне збільшення рівнів апеліну в крові, котре не досягало значень групи контролю. Серед хворих групи О наприкінці лікування рівні апеліну склали 0,976(0,904;1,083) нг/мл проти 0,871(0,84;0,924) нг/мл на початку лікування ($p < 0,01$) (збільшення рівнів на 12,4%). У хворих групи Р рівні апеліну склали 0,940(0,866;1,058) нг/мл проти 0,875(0,788;0,931) нг/мл ($p < 0,01$) (збільшення рівнів на 7,4%). При цьому рівні апеліну наприкінці лікування вірогідно не відрізнялися між собою в зазначених групах ($p > 0,05$).

Висновки. Застосування олмесартану з лерканідипіном або раміприлу з лерканідипіном на фоні антидіабетичної та гіполіпідемічної терапії викликає достовірне підвищення рівнів апеліну в крові. Застосування олмесартану з лерканідипіном на відміну від раміприлу з лерканідипіном викликає достовірне підвищення рівнів ангіотензину 1-7 в крові, що може відігравати патогенетичне значення в диференційному призначенні блокаторів ренін-ангіотензинової системи.

ПРОБИОТИКИ – НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ И ДИСКУССИИ

Яковлева О.А., Иванова С.А., Витрук Т.К.

*Винницкий национальный медицинский университет имени
Н.И. Пирогова*

Цель: оценить современные проблемы применения пробиотиков при дисбиозах.

Материалы и методы: анализ информационного материала и базы данных в международных статьях и рекомендациях за 2009-2019 годы

Результаты: Пророческие открытия Ильи Мечникова (1905) об ассоциациях микроорганизмов, которые «в значительной степени определяют духовное и физиологическое здоровье человека», и углубленная его точка зрения (1915) о пагубной роли «вредных микробов, укорачивающих нашу жизнь и вызывающих преждевременную и мучительную старость» не вызывают сегодня сомнений. Однако понимание грядущей «эры пробиотиков» в XXI веке не так однозначно и понятно. Остается нерешенной диагностика всегда вторичного дисбиоза, а коррекция его назначается вслепую (по рекомендациям фирм или как самолечение), остаются неясными качественные и количественные отклонения от нормальной индигенной микрофлоры кишечника. Нарушается главное требование коррекции дисбиоза – только против патогенов. Игнорируются требования к

вводимым биопрепаратам – производственным штаммам микроорганизмов, основанным на международных рекомендациях, с четкой физиолого-биохимической, генетической маркировкой и наличием специфических штаммов. Тем более, не ясны конкретные показания при выборе препарата при конкретной болезни. Оценка риска безопасности нарушается, без учета врачами взаимодействия с антибиотиками (АБ) при одновременной или последующей тактике их применения, риски АБ-резистентности не прогнозируются, не учитываются 4 типа побочного действия пробиотиков, у разных контингентов пациентов.

Большое распространение получили пробиотики с недостаточной эффективностью в силу фальсификации заявителями или гибелью их при производстве (от разрушения средами в ЖКТ, слабой устойчивости лактобактерий к кислоте желудочного сока, желчным кислотам, ферментам кишечника, от антагонизма с биоотходами – гибель бактерий достигает 90%).

Наиболее опасно и мало исследовано взаимодействие пробиотиков с индивидуальным спектром микрофлоры у людей от рождения до старости.

Поэтому более оправданным следует считать показания к коррекции дисбиозов спорообразующими пробиотиками. К их преимуществам относят транзиторную самоэлиминацию, устойчивость к разрушению в ЖКТ, улучшение иммунитета, синтез ряда биосубстратов в микробно-тканевом комплексе, возможность сочетания с АБ, в силу полирезистентности к ним, снижение воспаления в стенке кишечника, отсутствие переноса генетической информации в микрофлору пациента. Положительным дополнительным влиянием можно усилить их эффективность растительными пищевыми пребиотиками.

Выводы: Индивидуальная диагностика характера дисбиоза – первый этап для его коррекции, выбор способа коррекции должен определяться преимуществом монокомпонентных биопрепаратов с четкой доказательной базой.

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ SILC В ДІАГНОСТИЦІ ЛАЙМ-КАРДИТУ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНОЇ ПРОВІДНОСТІ

Ярема Н.І., Шкільна М.І., Миндзів К.В., Коцюба О.І., Гуменна Р.О.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль*

Мета роботи: встановити діагностичне значення визначення факторів ризику за шкалою SILC (Suspicious Index in Lyme Carditis) у

хворих на міокардит з порушенням атріовентрикулярної провідності (AV).

Матеріали і методи: Обстежено 57 хворих на міокардит. Пацієнтам проводили загальноклінічні, лабораторні та інструментальні обстеження (електрокардіограма (ЕКГ), Холтерівське моніторування ЕКГ, ехокардіоскопія), серологічну діагностику хвороби Лайма методом ІФА за допомогою методики Вестерн-блот, використовували шкалу SILC.

Результати: У 48 (84,2 %) обстежених пацієнтів з міокардитом відмічались ознаки серцевої недостатності різного ступеню вираженості. У 39 хворих (68,4 %) було виявлено порушення AV провідності, з них у 29 пацієнтів (50,8 %) відмічались комбіновані порушення ритму та провідності (AV блокади 1-3 ступенів в поєднанні з шлуночковою та/або суправентрикулярною екстрасистолією). За оцінкою факторів ризику Лайм-кардиту за шкалою SILC хворі з порушенням провідності були поділені на 3 групи. До I групи увійшло 9 хворих (15,8 %) з низькою ймовірністю ЛК, з них у двох пацієнтів, крім порушення AV провідності, було зафіксовано суправентрикулярну екстрасистолію. До II групи з середнім ризиком ЛК за шкалою SILC увійшли 33 хворих (57,9 %), з них у 19 пацієнтів були комбіновані порушення ритму і провідності (AV-блокади та шлуночкова і суправентрикулярна екстрасистолія). У III групі, до якої увійшли 15 пацієнтів (26,3 %), визначалась висока ймовірність ЛК за шкалою SILC. У хворих III групи виявляли складні комбіновані порушення ритму та провідності: AV блокади, в тому числі високоступеневі, та часта шлуночкова і суправентрикулярна екстрасистолія. Усім пацієнтам було проведено виявлення антитіл до *Borrelia* специфічних антигенів. В I групі результати серологічного обстеження були негативними у всіх хворих. У II групі результати серологічного обстеження були позитивними у 26 випадках (78,8 %), з них у 8 хворих (30,8 %) виявляли IgM, у 18 пацієнтів (69,2 %) - IgG. У III групі у всіх хворих були позитивні результати серологічного обстеження, з них у 4 хворих (26,7 %) виявили IgM, у 9 (60,0 %) – IgG і у 2 пацієнтів (13,3 %) - і IgM, і IgG.

Висновки: 1. Встановлено доцільність та практичну значимість використання шкали SILC для оцінки ймовірності Лайм-кардиту у хворих з порушеннями провідності. 2. У всіх хворих з високою ймовірністю Лайм-кардиту за шкалою SILC були виявлені позитивні результати серологічного обстеження, що підтверджує Лайм-бореліозний етіологічний чинник міокардиту і обумовлює необхідність застосування відповідної етіотропної антибактеріальної терапії.

**ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ
НА ВИНИКНЕННЯ ЗАГОСТРЕНЬ У ХВОРИХ
НА ТЯЖКУ БРОНІАЛЬНУ АСТМУ**

**Яшина Л.О., Ігнат'єва В.І., Опімах С.Г., Гуменюк Г.Л.,
Москаленко С.М.**

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

Мета – провести прогнозування впливу факторів ризику на виникнення загострень у хворих на тяжку броніальну астму (БА).

Матеріали і методи. Обстежено 160 хворих на тяжку БА, у яких встановлено наступні фенотипи захворювання: алергічної БА – у 60,0 % пацієнтів та неалергічної БА – у 40,0 %. Серед цих хворих виділені інші фенотипи тяжкої БА: БА з пізнім початком – у 40,6 %, БА з ожирінням – у 33,1 % та БА з фіксованою бронхообструкцією – у 14,4 % пацієнтів. Проводилась діагностика супутньої патології. Для оцінки ризику наявності окремих ознак серед груп спостереження обраховувалися відношення шансів та його 95 % довірчий інтервал. Для оцінки вірогідності розвитку окремих подій під впливом декількох факторів ризику було застосовано критерій Кохрана-Мантеля-Хензеля.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати.

Таблиця – Фактори ризику загострень астми у хворих на тяжку астму (відношення шансів та 95 % довірчий інтервал)

Фактор ризику	Відношення шансів	95 % довірчий інтервал	Вага фактору, %
FEV ₁ нижче 60 %	2,29	1,03 – 5,11	9,9
IC нижче 80 %	21,00	8,52 – 51,74	2,1
ITGV більше 120 %	6,15	2,80 – 13,50	5,8
ITGV/TLC більше 55 %	2,68	1,29 – 5,60	9,7
RV більше 120 %	2,89	1,38 – 6,04	9,5
RV/TLC більше 30 %	2,71	1,29 – 5,72	9,2
Алергічний риніт	4,31	2,03 – 9,15	7,2
Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба	5,12	1,36 – 19,19	2,0
Еозинофільне запалення	5,05	2,17 – 11,73	4,9
Незворотня бронхіальна обструкція	5,69	2,57 – 12,58	6,1
Нейтрофільне запалення	3,30	1,28 – 8,51	4,8
Обструкція дрібних бронхів	3,32	1,49 – 7,38	8,3
Патологія серцевосудинної	7,24	2,65 – 19,73	4,3

системи			
Пізній початок астми	4,50	2,07 – 9,75	7,1
Синдромом обструктивного апное-гіпопное сну	4,68	1,77 – 12,35	3,8
ІМТ більше 30 кг/м ²	6,40	2,94 – 13,93	5,5
Загалом:	4,40	2,94 – 13,93	100

Висновок. Вагомими факторами виникнення тяжких загострень астми є порушення функції зовнішнього дихання: FEV₁ нижче 60 % (9,9 %), ITGV/TLC більше 55 % (9,7 %), RV більше 120 % (9,5 %), RV/TLC більше 30 % (9,2 %), обструкція дрібних бронхів (8,3 %), а також пізній початок астми (7,1 %) та супутній алергічний риніт (7,2 %).

ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ПОГІРШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНІАЛЬНУ АСТМУ

**Яшина Л.О., Назаренко К.В., Полянська М.О., Зволь І.В.,
Галай Л.А., Власова Н.А., Вадньов О.О.**

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

Мета дослідження – провести прогнозування впливу факторів ризику на погіршення якості життя у хворих на тяжку броніальну астму (БА).

Матеріали і методи. Обстежено 160 хворих на тяжку БА, у яких встановлено наступні фенотипи захворювання: алергічної БА – у 60,0 % пацієнтів (з алергічним ринітом – у 34,4 %, поліпозним етмоїдитом – у 3,8 %, атопічним дерматитом – у 0,6 %) та неалергічної БА – у 40,0 %. Серед цих хворих виділені інші фенотипи тяжкої БА: БА з пізнім початком – у 40,6 %, БА з ожирінням – у 33,1 % та БА з фіксованою бронхообструкцією – у 14,4 % пацієнтів. Проводилась діагностика супутньої патології. Для оцінки ризику наявності окремих ознак серед груп спостереження обраховувалися відношення шансів та його 95 % довірчій інтервал. Для оцінки вірогідності розвитку окремих подій під впливом декількох факторів ризику було застосовано критерій Кохрана-Мантеля-Хензеля. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Результати. Таблиця – Фактори ризику порушень якості життя (за даними опитувальника SGRQ > 25 балів) у хворих на тяжку астму.

Фактор ризику	Відношення шансів	95 % довірчий інтервал	Вага фактору, %
FEV ₁ нижче 60 %	9,68	3,67 – 25,58*	4,4
ITGV більше 120 %	3,78	1,36 – 10,50*	7,1
ITGV/TLC більше 55 %	3,23	1,16 – 8,98*	7,6
RV більше 120 %	2,65	1,06 – 6,60*	9,7
RV/TLC більше 30 %	3,44	1,13 – 10,47*	6,6
Алергічний риніт	1,56	0,64 – 3,77	12,8
Незворотня бронхіальна обструкція	1,17	0,52 – 2,63	16,9
Обструкція дрібних бронхів	2,91	1,26 – 6,70*	10,2
Патологія серцевосудинної системи	8,38	3,19 – 22,05*	4,9
Пізній початок астми	3,32	1,27 – 8,67*	8,2
Тяжкі загострення	5,78	1,31 – 25,49*	3,6
ІМТ більше 30 кг/м ²	2,93	1,05 – 8,15*	7,9
Загалом:	3,24	2,46 – 4,26*	100

Примітка. * – відношення шансів фактору ризику є статистично достовірним, $p < 0,05$.

Висновок. Найбільш вагомими факторами порушень якості життя у хворих на тяжку БА є супутній алергічний риніт (12,8 %), незворотня бронхіальна обструкція (16,9 %), обструкція дрібних бронхів (10,2 %).

ЗМІСТ

ОЦІНКА ВПЛИВУ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ОЖИРІННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ Авраменко Я.М., Борзих О.А., Лавренко А.В., Кайдашев І.П.	3
ОСОБИСТІСНІ ОПИТУВАЛЬНИКИ ЯК МЕТОД ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ Алавацька Т.В., Потапчук О.В., Савельєва О.В., Чукітова Д.Я.	4
ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ Андоньева Н. М., Дубовик М. Я., Гуц Е.А., Валковская Т.Л., Железникова М.А., Олянич С.А.	5
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ДИАЛИЗЕ Андоньева Н.М., Гуц Е.А., Дубовик М.Я., Валковская Т.Л., Железникова М.А., Олянич С.А.	6
ПРОТИМИКРОБНИЙ ЕФЕКТ КОМБІНАЦІЇ ЕКСТРАКТУ <i>EUCALYPTUS VIMINALIS</i> З МОДИФІКОВАНОЮ ПОХІДНОЮ АРГІНІНУ В УМОВАХ <i>INVIVO</i> Андреєва І.Д., Осолодченко Т.П., Рябова І.С., Завада Н.П.	7
ОЦІНКА ЗА ПЛАНІМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ РАНОЗАГОЮВАЛЬНОГО ЕФЕКТУ ЕКСТРАКТУ <i>EUCALYPTUS VIMINALIS</i> В КОМБІНАЦІЇ З МОДИФІКОВАНОЮ ПОХІДНОЮ АРГІНІНУ НА МОДЕЛІ СТАФІЛОКОКОВОЇ РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ Андреєва І.Д., Осолодченко Т.П., Рябова І.С., Завада Н.П.	8
ВПЛИВ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ НА ШВИДКІСТЬ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ <i>S. AUREUS</i> ДО ЕКСТРАКТУ <i>EUCALYPTUS VIMINALIS</i> Андреєва І.Д., Осолодченко Т.П., Завада Н.П., Рябова І.С., Штикер Л.Г.	10
ANTIOSTEOPOROTIC MANAGEMENT OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AND LOW BACK PAIN SYNDROME Andrusha A.V.	11

РОЛЬ РОЗЛАДІВ ГЕМОСТАЗУ ТА ФІБРИНОЛІЗУ У ПАТОГЕНЕЗІ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК Антонів А.А.	12
ОСОБЛИВОСТІ ГОМЕОСТАЗУ ЦИТОКЕРАТИНУ-18 ТА ЙОГО РОЛЬ У ПАТОГЕНЕЗІ ПРОГРЕСУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК Антонів А.А.	13
KIDNEYS FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AND NONALCOHOLIC STEATO HEPATITIS ON THE BACKGROUND OF OBESITY Antoniv A.A.	14
МОНОКЛОНАЛЬНІ АНТИТІЛА – НОВИЙ НАПРЯМОК В ЛІКУВАННІ ТЯЖКОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Бабаджан В.Д., Кравчун П.Г., Амер Л.Б., Асика І.А., Москаленко Л.А., Мороз А.М.	15
SERUM PENTAXIN-3 LEVELS IN PATIENTS WITH NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION COMORBIDE COURSE Babak O., Holenko T.	16
ANALYSIS OF THE LIPID PROFILE AND ENDOTHELIAL LIPASE LEVEL IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND HYPERTENSION Bashkirova A.D.	17
РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ АЛЕРГІЇ ДО БУР'ЯНІВ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ Бездітко Т.В., Єрмоменко Г.В., Касьян Н.В.	18
TREATMENT OF SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND OBESITY Bilovol O.M., Kniazkova I.I., Bogun M.V.	19
CHARACTERISTICS OF ORTHOSTATIC HYPOTENSION IN YOUNG MEN WITH ARTERIAL HYPERTENSION Bilovol O.M., Knyazkova I.I., Nesen A.O.	20

ГОРМОН ВАСПН І ГЛКЕМІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ОЖИРІННЯ Біловол О.М., Златкіна В.В., Ільченко І.А., Немцова В.Д.	21
ДИНАМІКА БІОХІМІЧНИХ ОЗНАК ТА ЕЛАСТИЧНОСТІ СУДИН В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ТА СТАТІ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АБДОИНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Біловол О.М., Ільченко І.А., Златкіна В.В., Немцова В.Д.	22
ОЦІНКА ЗМІН ІНДЕКСУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ ПРИ ДІАСТОЛІЧНІЙ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА І ТИПУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Біловол О.М., Корнійчук В.І.	23
ВПЛИВ ГІПОФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА СТУПІНЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОМОРБІДНОЮ ТА ПОЛІМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Біловол О.М., Немцова В.Д., Златкіна В.В., Ільченко І.А., Штерєб О.І.	25
ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ У ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОМУ КОМПЛЕКСІ У ВАГІТНИХ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ Білий Є.Є., Каліновська О.І., Овчаренко О.Б.	26
ЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ГАЛЕКТИНА-3 ТА Р-СЕЛЕКТИНА ЗІ СТАДІЄЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ. Більченко А.О., Бабак О.Я.	27
УТВОРЕННЯ БІОПЛІВОК МІКРООРГАНІЗМІВ В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЮ АНЕМІЄЮ Бобро Л.М.	28
ПОРІВНЯННЯ ВПЛИВУ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮ- ЮЧОГО ФЕРМЕНТУ НА ПРОЦЕСИ ПОСТІНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА Борзова О.Ю., Риндіна Н.Г., Борзова-Коссе С.І., Леонідова В.І.	29
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНАЦІЇ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ ТА ІНГІБІТОРІВ P ₂ Y ₁₂ -РЕЦЕПТОРІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ Боровик К.М., Риндіна Н.Г., Шапаренко О.В.	30
ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ УМОВ ПРАЦІ НА ЗДОРОВ'Я ОПЕРАТОРІВ З РОЗЛИВУ НАПОЇВ Брухно Р.П.	31

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ АНТИОКСИДАНТНОГО ПОТЕНЦІАЛУ І ПРОФІЛЮ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА КОМОРБІДНУ ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЕНДОТЕЛІЮ ТА ПІДВИЩЕНИМ РИЗИКОМ ТРОМБОГЕНЕЗУ Бурмак Ю.Г., Петров Є.Є., Іваницька Т.А., Треумова С.І.	32
ВЕДЕННЯ ХВОРОГО З ПОЄДНАНОЮ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Бутова Т.С.	33
ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ Валентинова И.А., Несен А.А., Шкапо В.Л.	35
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ДОЛИНЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г.АНДИЖАНА ФЕРГАНСКОЙ Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э.	36
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э.	37
ВПЛИВ РОФЛУМІЛАСТА НА МАРКЕРИ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Винниченко Л.Б., Домінас В.М., Безсмертна Р.В.	38
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ Вірстюк Н.Г., Вацеба Б.Р.	39
ВПЛИВ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ Вірстюк Н.Г. Лавринович О.М.	40
РОЛЬ БІОМАРКЕРУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ГАЛЕКТИНА-3 У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНЬОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ Внукова А.С., Опарін О.А.	41

АНАТОМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ СИНУСИТІВ Гаргін В.В., Алексєєва В.В.....	42
ПРОГНОСТИЧНІ ЗАСОБИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ОЖИРІННЯМ Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С., Меденцева О.О.	43
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ОЖИРІННІ Горбатюк І.Б.	45
КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕСТЕРОЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРАРОЗУ ВАСТАТИНОМ, УРСОДЕЗОКСИХОЛІЄВОЮ КИСЛОТОЮ ТА ПРОКІНЕТИКОМ МОСАПРИДОМ Горбатюк І. Б., Ткач Є.П.	46
ВПЛИВ ДОСЛІДЖУВАНИХ ПРЕПАРАТІВ «КРАТАЛ» ТА «КВЕРТИН» НА ПОКАЗНИКИ РАННІХ МАРКЕРІВ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ Гоцко М.Є., Снітинська О.В.	47
ЕФЕКТИВНІСТЬ МІАНСЕРИНУ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ, КОМОРБІДНИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Гринь К.В.	48
ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Гринюк О.Є., Хухліна О.С.	49
НАЧАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ Гуйда П.П.	51
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПАЛИНДРОМНОГО РЕВМАТИЗМА Гуйда П.П.	52
СИНДРОМ ЧАРГА-СТРОССА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ Гуйда П.П.	53

<p>ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ГОЛОСУ В ОСІБ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ ЯК ПОЗАСТРАВОХІДНИЙ ПРОЯВ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ Гук-Лешневська З.О., Москалик О.Є.</p>	54
<p>ДИНАМІКА ТИПІВ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА Гута Р.Р., Радченко О.М.</p>	55
<p>РОЛЬ БЛОКОТОРУ АЛЬДОСТЕРОНСИНТЕТАЗИ ЕПЛЕРЕНОНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Денисенко В.П., Топчій І.І., Кірієнко О.М., Мазій В.В.</p>	56
<p>ВПЛИВ ДОНАТОРІВ ОКСИДУ АЗОТУ НА СТАН СЕРЦЯ ТА НИРОК У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Денисенко В.П., Топчій І.І., Кірієнко О.М., Мазій В.В.....</p>	57
<p>ДИНАМІКА АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІМПЛАНТОВАНИМ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРОМ І АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ Дерієнко Т.А.</p>	58
<p>ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ГІПОТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ У М. ХАРКІВ ТА ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2019 РОКУ Деримедвідь Л.В., Меленченко Н.О., Вереїтинова В.П.</p>	59
<p>ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Джумабаева С.Э., Валиева М.Ю.</p>	60
<p>ФЕНОТИПЫ И ЭНДОТИПЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Джумабаева С.Э., Валиева М.Ю.</p>	61
<p>КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА ВИКОРИСТАННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАГЛУТАМУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ Дзюблик О. Я., Капітан Г. Б., Недлінська Н. М., Мухін О. О., Сухін Р. Є., Ячник В. А., Денисова О. В., Слесаренко Ю. О.</p>	62

<p>ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАГЛУТАМУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ Дзюблик О. Я., Капітан Г. Б., Недлінська Н. М., Мухін О. О., Сухін Р. Є., Ячник В. А., Денисова О. В., Слесаренко Ю. О.</p>	63
<p>СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Дігтяр Н.І., Герасименко Н.Д., Дубровіна О.В., Чабаненко А.С., Ягодка Б.В.</p>	64
<p>ЗАСТОСУВАННЯ СОТАЛОЛУ В АМБУЛАТОРНІЙ ПРАКТИЦІ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЕКСТРАСИСТОЛІЇ Дідик Н.В., Лисунець О.В.</p>	65
<p>IMMUNOLOGICALLY DEPENDENT DISTURBANCES IN CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND PERIPROSTHETIC INFECTION Dielievska V.Yu., Kozhyn M.I., Khilko M.S.</p>	67
<p>ГЕМОРЕОЛОГІЧНІ ТА ІМУННІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ Добрянський Д.В., Дудка П.Ф., Ільницький Р.І., Тарченко І.П., Резнікова Н.М., Магас О.І.</p>	67
<p>DYNAMICS OF PSYCHOSOMATIC STATUS OF PATIENTS WITH STABLE ANGINA OF TENSION AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE Drozd V. Yu., Khukhlina O.S., Antoniv A.A.</p>	69
<p>ВПЛИВ ПСИХОСОМАТИЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ДИНАМІКУ РІВНЯ ПРОЛАКТИНУ СИРОВАТКИ КРОВІ Дрозд В.Ю., Хухліна О.С.</p>	70
<p>ПРОФІЛАКТИКА ЗАГАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ В УМОВАХ ПОЛІКЛІНІКИ НА ПРИЙОМІ ПАЦІЄНТІВ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ГРУПИ РИЗИКУ У ХІРУРГА-СТОМАТОЛОГА Дубровіна О.В., Борисова З.О., Дігтяр Н.І., Герасименко Н. Д., Горбаченко О.Б., Торопова А.А.</p>	71
<p>ХАРЧОВА ПЕРЕХРЕСНА РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ З ПИЛКОВОЮ АЛЕРГІЄЮ Єрмак О.С., Ковальова А.А.</p>	72

ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ НИРОК ЗА ДОПОМОГОЮ АНТИГІПОКСАНТА НАТРІЄВОЇ СОЛІ ПОЛІ-(2,5-ДИГІДРОКСИФЕНІЛЕН)-4-ТІОСУЛЬФОКИСЛОТИ Єрмоленко Т.І., Кривошайка О.В., Шаповал О.М.	73
АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ФІТОПРЕПАРАТІВ Єрмоленко Т.І., Кривошайка О.В., Паутіна О.І.	74
ПЕРСПЕКТИВИ ПІДВИЩЕННЯ БЕЗПЕКИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТУ Жулай Т.С.	75
ЗВ'ЯЗОК МІЖ СТАНОМ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ, ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ТА КОНЦЕНТРАЦІЄЮ КАЛЬПРОТЕКТИНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ. Журавльова М.І., Риндіна Н.Г., Крапівко С.О.	76
ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС ЯК ПРЕДИКТОР ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ Журавльова Л.В., Кривоносова О.М.	77
THE INFLUENCE OF SUPEROXIDE DISMUTASE ACTIVITY ON THE EXTENT OF MYOCARDIAL INJURY AND LEFT VENTRICULAR REMODELING IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION Zhuravlyova L.V., Filonenko M.V.	79
FEATURES OF CHEST PAIN IN YOUNG PATIENTS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SYNDROME Zazdravnov A.A., Pasiyeshvili L.M.	80
MEANING OF SCD40-LIGAND IN PREDICTION OF RECURRENT MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH POST-MI CARDIOSCLEROSIS AND DIABETES MELLITUS TYPE 2 Zayikina T.S.	81
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ ЗАСОБІВ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ) Зупанець І.А., Ветрова К.В., Сахарова Т.С.	82

РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГЛЮКОКОРТИКОЇДІВ В ПЕДІАТРІЇ Зупанець К.О., Безугла Н.П., Сахарова Т.С.	83
ЗМІНИ МЕТАБОЛІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І СУПУТНЮ ЕКСТРАСИСТОЛІЮ Іванкова А.В.	84
ЗМІНИ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ Кадикова О.І.	85
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРУ ЛЕПТИНУ (Arg223Gln) Кадикова О.І.	86
ПОКАЗНИКИ ХРОНІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ПІД ВПЛИВОМ БЕТАРГІНУ Й КВЕРЦЕТИНУ Казаков Ю.М, Мануша Ю.І., Сакевич В.Д., Борисова З.О., Боряк В.П.	87
ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Капустник В.А., Шелест Б.А.	88
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ АЛАПІНІНОМ ТА СЕРЦЕВИМИ ГЛІКОЗИДАМИ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ МИГОТЛИВОЇ АРИТМІЇ У ХВОРИХ ІХС Капустник Ю.О, Луценко Р.В., Сидоренко А.Г.	89
THE IMPORTANCE OF THE INFLUENCE OF VITAMIN D IN THE BONE DENSITY IN WOMEN WITH POST-MENOPAUSAL OSTEOPOROSIS WITH CONCOMITANT DEFORMING OSTEOARTHRISIS Karaia O.V.	91
КРИТИЧНЕ МИСЛЕННЯ – ЖИТТЄВЕ КРЕДО АКАДЕМІКА МАЛОЇ: ГЕНДЕРНИЙ АСПЕКТ Карпенко К.І.	92

СУЧАНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ХВОРИХ Катеренчук І.П., Тесленко Ю.В.	93
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИРОВАТКОВОГО РІВНЯ НЕСФАТИНУ-1 ТА РИЗИКУ ПОРУШЕНЬ ДИХАННЯ У ВІ СНІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ. Ковальова О.М., Іванченко С.В.	94
ВЛИЯНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ОЛМЕСАРТАНА И АМЛОДИПИНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Коваль С.Н., Пенькова М.Ю., Мысниченко О.В., Старченко Т.Г.	95
ИЗУЧЕНИЕ ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ. Кодиров Д.А., З.С. Салахиддинов	96
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. АНДИЖАНА Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.	97
ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЗАГОСТРЕННЯ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИЩАЮ Колганова Н.Л.	99
ВПЛИВ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ НА ФОРМУВАННЯ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ Колеснікова О.В., Потапенко А.В., Лавренко Т.А.	100
ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ЗА ШКАЛОЮ QRISK3 У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Кондратюк В.Є., Стахова А.П.	101
УРАТЗНИЖУВАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМБІОТИКА В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ Кондратюк В.Є., Тарасенко О.М., Натрус Л.В., Бондаренко О.В.	102

ОСОБЕННОСТИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА. СИНДРОМАЛЬНЫЙ ПОДХОД – ЧТО ЭТО ТАКОЕ? Корж А.Н.	103
THE ADVANTAGES OF NON-INVASIVE DIAGNOSTIC METHODS FOR NON-RHEUMATIC MYOCARDITIS IN A CASE STUDY Korniichuk V.I.	104
ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ НА РАННІХ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ НЕФРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ТЕРАПІЇ ДАПАГЛІФЛАЗИНОМ ТА БЛОКАТОРАМИ РААС Корнійчук В.І.	106
CLINICAL SIGNIFICANCE OF SERUM TRIGLYCERIDES IN VERY HIGH-RISK HYPERTENSIVE PATIENTS Korolyuk O.Ya.	107
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕВМАТИЧНОЇ ПОЛІМІАЛГІЇ. Корчевська Г.І.	108
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ Костаньян Г.О., Сакал В.В.	110
THE STUDY OF THE RELATIONSHIP OF TENASCIN C AND CARBOHYDRATE METABOLISM IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND TYPE 2 DIABETES Koteliukh M.Yu., Kravchun P.G.	111
THE CHANGES IN THE SYSTEM OF THE INTERCELLULAR MATRIX IN THE PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH AND WITHOUT DIABETES MELLITUS TYPE 2 Koteliukh M.Yu.	112
АДИПОНУТРИН ТА ЕНЕРГЕТИЧНИЙ ОБМІН Кравчун П.Г., Герасимчук У.С.	112
ВПЛИВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ГЛУТАТІОНТРАНСФЕРАЗИ GSTP1 НА ПЕРЕБІГ ХОЗЛ У ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ІХС. Крахмалова О.О., Антонова І.В., Колеснікова О.М., Гетман О.А., Щенявська О.М.	114

ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЧНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ ІЗ РІЗНИМ ІНДЕКСОМ МАСИ ТІЛА
ТА СУПУТНЬОЮ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ
ПЕЧІНКИ

Кузьміна Н.В., Осовська Н.Ю., Грібенюк О.В.,
Кульчицька О.М., Макарова Л.П. 115

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВАГІТНИХ,
ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ В УМОВАХ ГІПОКІНЕЗІЇ

Лазуренко В.В., Старкова І.В., Каліновська О.І., Алексєєва С.А. 116

КЛІНІЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КАРДІОСИГНАЛІВ ПЛОДА У ЖІНОК
З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Лахно І.В. 117

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ
НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ

Лахно О.В., Цівенко О.І. 118

CHANGES OF ARTERIAL PRESSURE IN PATIENTS WITH STABLE
STENOCARDIA (ANGINA PECTORIS) AND METABOLIC SYNDROME

Lukashevych I. V. 119

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ
ПРЕПАРАТІВ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
ПРИ ХРОНІЧНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Лукашевич І.В. 121

ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОХІДНИХ 2-ОКСОІНДОЛІН-
3-ГЛЮКСИЛОВОЇ КИСЛОТИ В АСПЕКТІ ЛІКУВАННІ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Луценко Р.В. 122

СКРИНІНГОВА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ НА
СІМЕЙНУ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЮ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНИМ
СТЕАТОГЕПАТИТОМ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ
МОДИФІКОВАНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА MQLFS

Мазніченко Є.О. 123

ІМУНОЛОГІЧНІ ТА ЕНДОТЕЛІАЛЬНІ МАРКЕРИ ПРОГРЕСУВАННЯ
ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ
ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Мазур Т.С. 124

ПОРІВНЯННЯ ТИПІВ ТРАНСМІТРАЛЬНОГО КРОВОТОКУ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Майорова М.В., Шапаренко О.В.	126
БІОПЛІВКИ МІКРООРГАНІЗМІВ ТА ІХ РОЛЬ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНИХ ПІСЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ Макеева Н.І., Мішина М.М., Головачова В.О., Марченко І.А., Осолодченко Т.П.	127
КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ 8-ІЗОПРОСТАНОУ ТА ЕЛЕКТРОЛІТІВ КРОВІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ Й АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Максів Х.Я., Марущак М.І., Копаниця О.М.	128
ПЕРЕБІГ СИНДРОМА ВЕГЕТО - СУДИННОЇ ДИСТОНІЇ В ПОЄДНАННІ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА Малик Н.В.	129
ДЕЯКІ ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТРИВОЖНО – ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Малик Н.В.	130
THE EFFECT OF ANGIOGENESIS FACTORS ON CARDIODYNAMICS IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION, DEPENDING ON THE PRESENCE OF OBESITY Martovytskyi Dmytro, Shelest Oleksiy, Selim Asmaa	131
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА НЕПРОГНОЗОВАНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ Матвієнко Ю.О., Грабченко Н.І., Рекалова О.М., Панасюкова О.Р., Ясир С.Г.	132
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ТА ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1-ГО ТИПУ У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ Матковська Н.Р., Вірстюк Н.Г.	133
ЗМІНИ АМІНОКИСЛОТНОГО СКЛАДУ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Мельничук І.О.	134

ПИТАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ В НАУКОВИХ ПРАЦЯХ АКАДЕМІКА Л.Т. МАЛОЇ ТА ЇЇ ШКОЛИ Милославський Д.К., Коваль С.М., Снігурська І.О., Старченко Т.Г.	135
О ВОЗМОЖНОМ ВЛИЯНИИ МЕТФОРМИНА НА КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ) Мисюрева С.В.	137
IMPORTANCE OF PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR TYPE 1 AND ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE IN THE PROGNOSIS OF RECURRENT MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS Minukhina D.V., Babadjan V.D.	138
ЗВ'ЯЗОК АСИМЕТРИЧНОГО ДІМЕТІЛАРГІНІНУ, ІНГІБІТОРА АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ 1 ТИПУ ТА NOS У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Мінухіна Д.В., Бабаджан В.Д.	139
ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ З СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ Молдованенко В.О., Карпенко Ю.І., Савельєва О.В., Чукітова Д.Я., Перстньов О.І.	140
ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ГРУППЫ Молотягина С.П., Гуйда П.П.	141
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЛАЙМ-АРТРИТА Молотягина С.П., Гуйда П.П.	142
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПАЦІЄНТА З КАРДІАЛГІЄЮ Молчанова А.В., Князькова І.І.	143
ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВІВ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИХ МЕТОДІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ (РЧА) Моргун М.В., Карпенко Ю.І., Бліхар О.В., Степанов Є.А., Потапчук О.В.	145
WAYS TO OPTIMIZE THE USE OF ANTACID DRUGS IN THE PROCESS OF RESPONSIBLE SELF-TREATMENT Moroz V.A., Timchenko Y.V.	146

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ. Муриддинова К.О., Валиева М.Ю., Джумабаева С.Э.	147
ПОКАЗНИКИ ПРОФІБРОТИЧНОГО МАРКЕРУ ТА ПАРАМЕТРІВ ЛІПІДОГРАМИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ Й СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ БЛОКАТОРАМИ В-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ Наріжна А.В.	148
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR RISK AND MULTIMORBIDITY CONDITIONS Nesen A.A., Shkapo V.L., Valentinova I.A., Bogdan G.B., Nesen A.A.	149
ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ТА ПУРИНОВОГО ОБМІНУ ПРИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ Несен А.О., Чернишов В.А.	150
РОЗЛАДИ ПАМ'ЯТІ ПРИ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ Й КОМОРБІДНОСТІ. Несен А.О., Богдан Ж.Б., Несен А.А.	151
ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗУ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ Носівець Д.С.	152
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОГРАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ГІПОТИРЕОЗОМ ЗА УМОВ ОЖИРІННЯ Оленич Л.В., Радченко О.М.	154
ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ КРЛШ У МОЛОДИХ ЗДОРОВИХ ОСІБ Осовська Н.Ю., Шеремета Б.В.	155
ДИНАМІКА МІСЦЕВИХ ЗМІН В РАНІ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРАКТ EUCALYPTUS VIMINALIS В ПРИСУТНОСТІ МОДИФІКОВАНОЇ ПОХІДНОЇ АРГІНІНУ НА МОДЕЛІ СТАФІЛОКОКОВОЇ РАНОВОЇ ІНФЕКЦІЇ Осолодченко Т. П., Андрєєва І.Д., Завада Н.П. Рябова І.С., Штикер Л.Г. ...	157

ШВИДКІСТЬ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ E.COLI ДО ЕКСТРАКТУ EUCALYPTUS VIMINALIS В КОМБІНАЦІЇ З МОДИФІКОВАНИМИ АМІНОКИСЛОТАМИ Осолодченко Т. П., Андреева І. Д., Рябова І. С., Завада Н. П., Штикер Л. Г.	158
ВПЛИВ МОДИФІКОВАНИХ АМІНОКИСЛОТ НА ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ <i>P. AERUGINOSA</i> ДО ЕКСТРАКТУ EUCALYPTUSVIMINALIS Осолодченко Т.П., Андреева І.Д., Завада Н.П., Рябова І.С.	159
РОЛЬ БІЛКА КЛОТО В ПАТОГЕНЕЗІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ Пасієшвілі Т.М., Ковальова О.М., Коряк В.В.	161
GASTROPROTECTIVE ACTION OF COPTIZINE BISULFATE ON EXPERIMENTAL GASTRIC ULCER Peredelcu R., Gonciar V., Scutari C.	162
СТАН СЕРЦЕВО - СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ВД СТАДІЇ Петрова А.С.	163
РОЛЬ МЕЛАТОНІНУ ПРИ ПОРУШЕННІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОКВД СТАДІЇ Петрова А.С.	164
ФЕЛОДИПІН У ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ З ІЗОЛЬОВАНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Погорелов В.М., Телегіна Н.Д., Брек В.В., Маслова Є.П.	165
АМЛОДИПІН БЕСИЛАТ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ВАЗОСПАСТИЧНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ Погорелов В.М., Стебліна Н. П., Прохоренко В. Л.	166
ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ КОМБІНАЦІЇ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ ТА КВЕРЦЕТИНУ У ЩУРІВ Попов О.С.	167
РЕСПІРАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ТЮТЮНОВОЇ ФАБРИКИ Попова Т.М., Мельник О.Г., Рябоконт А.І.	168

ВПЛИВ ЛЕВОСИМЕНДАНА НА ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ДЕКОМПЕНСАЦІЄЮ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ Прудкий І.В., Сиченко Ю.О.	169
СИНДРОМОМ НИЗЬКОГО ТРИЙОДТИРОНІНУ ТА ЗАСТОСУВАННЯ β-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ Пивовар С.М., Рудик Ю.С.	170
ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПАРАМЕТРИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З АНЕМІЄЮ Радченко О.М., Федик О.В.	171
ВИЗНАЧЕННЯ ТИПІВ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ ТА ПУЛЬСОВОГО ТИСКУ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Радченко О.М., Комариця О.Й.	172
ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У КОМОРБІДНОСТІ ІЗ ГІПОТИРЕОЗОМ Рева Т.В., Трефаненко І.В., Шумко Г.І., Рева В.Б.	173
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ЩУРІВ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ВВЕДЕННЯ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ ТА ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ БЛОКАДИ РААС Репін М.В., Марченко Л.М., Говоруха Т.П., Чиж Ю.О., Строна В.І., Кірієнко О.М., Зоренко Н.В.	174
СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ У ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.	176
МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Романова В.О., Кузьміна Н.В., Серкова В.К., Романова Л.О.	177
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ТЕРМІНАЛЬНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ У ПОЄДНАННІ З ВТОРИННИМ ГІПЕРПАРИРЕОЗОМ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМНОМУ АБО ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДІАЛІЗІ Рустамян С.Т.	178

ТРАНСФОРМАЦІЯ СЛИЗИСТОЇ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ БОЛЕЗНИ Сакал В.В., Костаньян А.О., Гаргин В.В.	179
ІНСУЛІНОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Сафонова О.В., Урбанович А.М.	180
РАННЯ ДІАГНОСТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ. Свинтозельський О.О.	181
ВМІСТ БІЛКА КЛОТО В ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Семенових П.С., Топчій І.І., Гальчінська В.Ю., Щенявська О.М., Савічева К.О.	183
СЕТЕВАЯ МЕДИЦИНА И СЕТЕВОЙ ВРАЧ – БУДУЩЕЕ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Семидоцкая Ж.Д., Чернякова И.А., Неффа М.Ю., Чернякова А.Е.	184
СОРТИЛІН ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ЛІПІДНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОСТІ ПАТОЛОГІЙ Сипало А.О.	185
IMPACT OF RISK FACTORS ON НОМА-IR IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME Sorochka M., Maksymets T., Bondarenko O.....	186
ПСИХОКОРЕКЦІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ Степанов Є.А., Моргун М.В., Рябініна А.Г., Потапчук О.В.	187
МАРКЕРИ ЗСІДАННЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ З РІЗНИМ СТАНОМ ЖОВЧНОГО МІХУРА Стрільчук Л.М., Філіпюк А.Л.	188
ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ З РІЗНИМ СТАНОМ ЖОВЧНОГО МІХУРА Стрільчук Л.М., Зімба О.О.	189
МОНІТОРИНГ МЕТОДІВ ФАРМАКОЕКОНОМІЧНОГО АНАЛІЗУ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ КЛІНІЦІ Стречень С.Б., Георгієв І.С., Аль-Кайсі А.	190

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ КОМОРБІДНІСТЮ Сухарєва Л.П., Наріжна А.В.	191
ЗМІНИ ЕЛЕМЕНТНОГО СКЛАДУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ВІБРАЦІЙНОЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ Сухонос Н.К.	192
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ДАНИХ, ПОКАЗНИКІВ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ГІПЕРТЕНЗІЇ. Табаченко О.С., Борзова О.Ю.	193
EFFICIENCY OF ITRACONAZOLE IN THE TREATMENT OF CHRONIC VULVOVAGINAL CANDIDOSIS Timchenko Y.V., Moroz V.A.	194
ЛОКАЛЬНИЙ МОНІТОРИНГ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ К. PNEUMONIAE У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ Ткач Є.П., Горбатюк І.Б.	195
ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СУГЛОБІВ Ткаченко К.М., Зупанець І.А., Отрішко І.А.	196
ВПЛИВ НІКОТИНОВОЇ КИСЛОТИ НА ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВИЙ ОБМІН ТА ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ Топчій І.І., Гальчінська В.Ю., Семенових П.С., Якименко Ю.С., Жуліна А.В., Щербань Т.Д.	198
ВПЛИВ ФЛАВОНОЇДІВ НА ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ СТЕНОКАРДІЇ ТА ХОЗЛ. Трефаненко І.В., Гречко С.І., Рева Т.Б., Шумко Г.І., Шупер В.О.	199
НЕВЕРБАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ АНАЛИТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И РАССЧЁТНО ‘УРАВЛЯЕМОЕ’ ЛЕЧЕНИЕ Торохтин А.М.	200
СПОСОБ ДІАГНОСТИКИ ЕЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Усманова У.И., Салохиддинов З.С.	201

СОСТОЯНИЕ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ ИБС Усманова У.И., Салохиддинов З.С.	202
РОЛЬ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ. Усманова У.И., Салохиддинов З.С.	204
КОНТРОЛЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ МУЛЬТИМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Фадєєнко Г.Д., Несен А.О.	205
РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ПРОТЯГОМ ПЕРШИХ 14-ТИ ДІБ Фельдман Д.А., Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г.	206
ПОРУШЕННЯ МІКРОБНОЇ ФЛОРИ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ, НАРОДИВШИХСЯ ШЛЯХОМ КЕСАРЕВА РОЗТИНУ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ Фролова Т.В., Стенкова Н.Ф., Атаманова О.В., Терещенкова І.І., Сіняєва І.Р., Кононенко О.В.	207
ВПЛИВ КВЕРЦЕТИНУ НА ДИНАМІКУ РІВНЯ ЦИТОКІНІВ ТА ПОКАЗНИКІВ ІШЕМІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Чекаліна Н.І., Шуть С.В., Трибрат Т.А., Глебов В.А., Гончарова О.О.	208
ВПЛИВ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ФАКТОРІВ НА ПОЄДНАНИЙ ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ Черкун М.П.	209
ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРДІОПРОТЕКТОРНОГО ВПЛИВУ ЕПЛЕРЕНОНУ ТА СПИРОНОЛАКТОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ Чернацька О.М., Деміхова Н.В., Колеснік Є.В., Дзюба Ю.І., Хомета Г.А.	210
ЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ І РІВНЕМ УРИКЕМІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ Черняєва А.О., Караченцев Ю.І., Кравчун Н.О.	211
ПРОГНОСТИЧНІ ФАКТОРИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА Чубучна І.І.	212

НЕСФАТИНЕМІЯ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ Шапаренко О.В., Боровик К.М.	214
АСК-ІНДУКОВАНІ ГАСТРОПАТІЇ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ СЕРЦЕВО-СУДИННИМ РИЗИКОМ Шараєва М.Л., Мельничук І.О.	215
ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНИТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ Шкапо В.Л., Несен А.О., Валентинова І.А.	216
STRUCTURAL AND FUNCTIONAL STATE OF BLOOD CELLS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE, ASSOCIATED WITH ISCHEMIC HEART DISEASE Shuper V.O., Shuper S.V., Husak V.V., Rykova Yu.O., Vodianik V.V.	217
РІВНІ АНГІОТЕЗИНУ 1-7 ТА АПЕЛІНУ В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ В ДИНАМІЦІ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ Юшко К.О., Коваль С.М., Старченко Т.Г., Снігурська І.О., Милославський Д.К.	218
ПРОБИОТИКИ – НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ И ДИСКУССИИ Яковлева О.А., Иванова С.А., Витрук Т.К.	219
ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ SILC В ДІАГНОСТИЦІ ЛАЙМ-КАРДИТУ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНОЇ ПРОВІДНОСТІ Ярема Н.І., Шкільна М.І., Миндзів К.В., Коцюба О.І., Гуменна Р.О.	220
ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ВИНИКНЕННЯ ЗАГОСТРЕНЬ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНІАЛЬНУ АСТМУ Яшина Л.О., Ігнатєва В.І., Опімах С.Г., Гуменюк Г.Л., Москаленко С.М.	222
ПРОГНОЗУВАННЯ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ПОГІРШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ТЯЖКУ БРОНІАЛЬНУ АСТМУ Яшина Л.О., Назаренко К.В., Полянська М.О., Зволь І.В., Галай Л.А., Власова Н.А., Вадньов О.О.	223
ЗМІСТ	225