

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ „НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМ. Л.Т.МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ”
ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР’ЄВА НАМН УКРАЇНИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ “МОЛОДІ ВЧЕНІ ТА СПЕЦІАЛІСТИ ІНСТИТУТІВ
НАМН УКРАЇНИ М. ХАРКОВА”
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З УЧАСТЮ
МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ, ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ**

**ВНЕСОК МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В РОЗВИТОК
МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ПРАКТИКИ**

15 травня 2014 року

Харків 2014

УДК: 616.001.8-25.12

В 33

Редакційна рада

Г.Д.Фадєєнко (голова)

О.В. Колеснікова (заступник голови)

Д.М. Калашник, А.М. Кожина, В.С. Сухін, Г.В. Болотських, О.В.Чирва

Відповідальний секретар: Т.А. Лавренко

В 33 «Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики»: Матеріали науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої Дню науки 15 травня 2014 р./Ред. рада Г.Д.Фадєєнко (голова) та ін.; НАМН України та ін.-Х., 2014.- 226 с.

Адреса редколегії:

ДУ «Національний інститут терапії імені

Л.Т.Малої НАМН України»

пр. Постишева, 2-а, м.Харків, 61039, Україна

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез

„ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», 2014

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТРИПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ЗА ДАНИМИ ОДНОРІЧНОГО РЕЕСТРУ ЛЬВІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ | |
| Акер А.В..... | 21 |
| АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ | |
| Алтухов А.В..... | 21 |
| АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ КАТАБОЛИЗМА АЛЬДЕГИДОВ В МИТОХОНДРИЯХ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ СТАРЫХ КРЫС ПРИ СТРЕССЕ | |
| Амжад Хамдаллах..... | 22 |
| ЭЭГ-ПРЕДИКТОРЫ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА | |
| Андропова М.А., Черний Т.В..... | 23 |
| ЛАПАРОСКОПИЧНА РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ Т1 ПУХЛИНАХ: НАШ ДОСВІД | |
| Байдо С.В., Приндюк С.І., Голуб Д.А..... | 24 |
| УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ДОПЛЕРОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ | |
| Бакай О.О., Голошко Т.С., Воробйова Л.І., Неспрядько С.В., Гончарук І.В..... | 25 |
| МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОДОНТОБЛАСТОВ И ИХ ОТРОСТКОВ В ДЕНТИНЕ У ПОТОМКОВ ГИПОКИНЕТИЧНЫХ САМОК, А ТАК ЖЕ ПРИ КОРРЕКЦИИ МАТЕРИНСКОЙ ГИПОКИНЕЗИИ БЕГОМ | |
| Баранова М. С..... | 26 |
| ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ И ГЕМОРАГИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМИ ИНСУЛЬТАМИ | |
| Баранова Е.В., Дарий И.В..... | 27 |
| ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPARγ С УРОВНЕМ АДИПОЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К УГЛЕВОДАМ | |
| Беловол А.Н., Клименко Н.Н., Шапошникова Ю.Н., Малик Д.С., Школьник В.В., Немцова В.Д..... | 28 |
| ДИНАМИКА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ БЕНЗОАТА НАТРИЯ | |
| Бибик Е.Ю., Алиева А.А..... | 29 |
| ПЕРЕБІГ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО І НЕЙТРОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА ДЕЛЕЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ <i>GSTM1, GSTT1</i> | |
| Білоус Т.М., Білик Г.А., Бойчук Р.Р..... | 30 |
| СПОСІБ ФОРТОВАНОГО ФОРМУВАННЯ СТІНКИ НЕЗРІЛОЇ ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ | |
| Бобро В.В..... | 30 |
| ОЦІНКА ДИНАМІКИ СИСТЕМОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ПІОПНЕВМОТОРАКС ПРИ РІЗНИХ МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ | |
| Бойко В.В., Лопатенко Д.Е..... | 31 |

| | |
|---|----|
| РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 У З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ | |
| Болотських Г.В. | 32 |
| ПОЛЯРИЗАЦІЯ МІКРОСКОПІЯ КОЛАГЕНОВИХ ВОЛОКОН ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНИХ КАРЦИНОМ | |
| Бордік Н.Ю. | 33 |
| РОЛЬ ІНГІБІТОРІВ АПФ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ | |
| Борзова-Коссе С.І. | 33 |
| ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОВІРИ ДО ЛІКАРЯ У ХВОРИХ НА НЕВРОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ | |
| Бородавко О.О. | 35 |
| ТЕРАПІЯ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАННЯ БЕРЕМЕННОСТИ | |
| Бородай І.С. | 35 |
| РОЛЬ МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ | |
| Буркаль М.С. | 36 |
| ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ ІІ-4 У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ | |
| Бутов Д.О. | 37 |
| ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗИ | |
| Бутова Т.С. | 38 |
| ГІГІЄНИЧНІ ПИТАННЯ ЩОДО ВСТАНОВЛЕННЯ САНІТАРНО-ЗАХИСНИХ ЗОН ДЛЯ АВТОМАТИЧНИХ ГАЗОРОЗПОДІЛЬНИХ СТАНЦІЙ | |
| Бухало І.Л., Махнюк В.М., Могильний С.М., Стирта З.В. | 39 |
| ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНИХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ | |
| Быкадоров В.И., Терёшин В.А. | 40 |
| ПРОГРАММА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?? | |
| Вакуленко Е.Н. | 41 |
| КОРРЕКЦІЯ ОБ'ЄМА МИШЕНИ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПІЇ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ | |
| Васильев Л.Л. | 42 |
| ПРО ВАЖЛИВІСТЬ ВИВЧЕННЯ МАКРОСКОПІЧНИХ ДАНИХ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ | |
| Васько А.Р., Гаргін В.В. | 42 |
| ВПЛИВ СТРЕСУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ ЩУРІВ | |
| Ватліцов Д.В., Русецька Н.В. | 43 |
| ФУНКЦІОНАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ ООЦИТІВ ІІ ПОРЯДКУ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ТА ЛОКАЛЬНОГО ОПРОМІНЕННЯ ІОНІЗУЮЧОЮ РАДІАЦІЄЮ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН | |
| Ватліцова О.С., Мотрина О.А., Горбань Л.Г., Клепко А.В. | 44 |

| | |
|---|----|
| ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ | |
| Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Карапыш В.А., Дегтярёва А.Э. | 45 |
| ВЛИЯНИЕ ПОЛНОГО ЙОГОВСКОГО ДЫХАНИЯ НА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ | |
| Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Кравченко А.В. | 46 |
| ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ | |
| Ващук А.І. | 47 |
| ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ | |
| Верховодова Ю.В., Лапшина Е.А., Яресько М.В. | 48 |
| ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С НЕПАЛЬПИРУЕМЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ | |
| Винницкая Д.К. | 48 |
| СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА | |
| Вишневская И. Р. | 49 |
| СЕПСИС У ХВОРИХ НА ОПІЙНУ НАРКОМАНІЮ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ | |
| Вільцанюк О.О., Лисак Т.М. | 50 |
| СТРЕС-ЗУМОВЛЕНІ ЦИТОМЕТРИЧНІ КОЛИВАННЯ ПАРАМЕТРІВ НЕЙРОЦИТІВ СУПРАОПТИЧНОГО ЯДРА ГІПОТАЛАМУСА ЩУРІВ ЗА ЗМІНЕНОГО ФОТОПЕРІОДУ | |
| Власова К.В. | 51 |
| ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ FRAX В ОЦІНЦІ РИЗИКУ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ З КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УКРАЇНІ | |
| Вознюк Л. А. | 52 |
| ВМІСТ ВІТАМІНІВ У ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ | |
| Волкова Ю.В. | 53 |
| СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА (ПО ИНДЕКСУ КПИ) У ШКОЛЬНИКОВ 9 – 11 ЛЕТ С РАЗЛИЧНОЙ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКОЙ | |
| Волченко Н. В. | 53 |
| АДИПОКИНИ У РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА ОЖИРІННЯМ | |
| Габісонія Т.Н., Кравчунг П.Г., Паштіані Р.В. | 54 |
| КОРЕКЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ | |
| Гаджула Н.Г. | 55 |
| ВПЛИВ ПОЛІМІНЕРАЛЬНИХ КОМПЛЕКСІВ ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛІТИН ПРИ КОМБІНОВАНІЙ ДІЇ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ ТА РАДІАЦІЇ | |
| Гапєєнко Д. Д., Лавренчук Г. Й. | 56 |

| | |
|---|----|
| КОМОРБІДНІСТЬ ШЕМІЇ ТА ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ДАНИМИ ОБ'ЄКТИВНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ | |
| Гарницька А.В. | 56 |
| НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ И ПОТРЕБЛЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ СТУДЕНТАМИ МЕДИКАМИ | |
| Гецко Е.Ю., Каракурчки И.П., Снегирь А.А. | 57 |
| ЗАЛЕЖНИЙ ВІД ВІКУ ВПЛИВ ПЕРІОДИЧНОГО ГОЛОДУВАННЯ НА РІВЕНЬ АПОЛІПОПРОТЕЇНУ В-100 У СИРОВАТЦІ ЩУРІВ | |
| Гірич М.С., Кургузова Н.І., Данладі Ц., Малишев А.Б. | 58 |
| СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА – ПРОГНОЗ ЧЕРЕЗ 1 МІСЯЦЬ СПОСТЕРЕЖЕННЯ | |
| Гільова Я.В., Біла Н.В., Копиця Г.М. | 59 |
| ЗНАЧЕННЯ S-НІТРОЗОТІОЛУ У ПАТОГЕНЕЗІ ПОСТІНФАРКТНОГО КАРДІОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРНІННЯМ | |
| Глебова О.В., Калініченко А.О. | 60 |
| МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЮНАКІВ ДО ТА ПРИЗИВНОГО ВІКУ | |
| Голубнича Г.І., Пересипкіна Т.В. | 60 |
| АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) | |
| Гончарова А.В. | 61 |
| ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ | |
| Гончарук І.В., Неспрядько С.В., Шептицький В.В., Воробйова Л.І. | 62 |
| ИНТЕРЛЕЙКИНЫ ЗЗ И 1β И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ | |
| Гончарь А.В., Иванченко С.В. | 63 |
| НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ | |
| Гопций Е.В., Железнякова Н.М., Зеленая И.И., Степанова Е.В., Строгая Е.А., Яковенко Ю.И. | 64 |
| РЕАКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКУЮ ПРОБУ СО СПИРОНОЛАКТОНОМ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ | |
| Гостева Ю.В., Кайдалова А.А., Белал С.А.С., Яблчанский Н.И. | 65 |
| ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНОВ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ У ДІТЕЙ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ | |
| Григола О.Г., Білоус Т.М. | 66 |
| ВАРИАБЕЛЬНІСТЬ ФОРМИ СЛІПОЇ КИШКИ І ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ЛЮДИНИ ДО ТА ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЇ | |
| Гринь В.Г., Лавренко Д.О. | 66 |
| КЛІНІКО-СИНДРОМАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ, ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ ПАЦІЄНТІВ | |
| Гринь К. В. | 67 |

| | |
|--|----|
| ВЛИЯНИЕ ФОТОПРОТЕКТОРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ МОРСКИХ СВИНОК ПРИ ЛОКАЛЬНОМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ ОБЛУЧЕНИИ | |
| Гринь В.В. | 68 |
| ОСОБЛИВОСТІ ІМУННИХ ТА ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПРОМЕНЕВОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ. | |
| Громакова І.С. | 69 |
| СЛУЧАЙ СЛОЖНОГО НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА АМИНОКИСЛОТ. | |
| Громова А.А., Яновская А. А., Гречанина Ю.Б. | 70 |
| АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА | |
| Гужва Н.Ю., Фельдман Д.А. | 71 |
| АНАЛІЗ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ШИГЕЛЬОЗУ У ХАРКОВІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ | |
| Гужва Н.Ю., Червань І.В., Мінакова С.А, Тертишний В.А., Лоскутов А.В. | 72 |
| ВИЗНАЧЕННЯ ТА ПОРІВНЯННЯ ПРОТЕЇНОВОГО СКЛАДУ ГРИПОЗНИХ ВАКЦИН | |
| Давидова Т.В., Волянський А.Ю., Романова О.А., Ігумнова Н.А., Сидоренко Т.А., Юхименко В.І. | 73 |
| ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ВЕЗИКУЛ ЛІПОСОМАЛЬНИХ ГРИПОЗНИХ ВАКЦИН ЗА ДОПОМОГОЮ АТОМНО-СИЛОВОЇ СКАНУЮЧОЇ МІКРОСКОПІЇ | |
| Давидова Т.В., Волянський А.Ю., Романова О.А., Ігумнова Н.А., Сидоренко Т.А., Юхименко В.І. | 74 |
| НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ НЕЙРОСОХРАНЯЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ (РЭГ-С,) У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ | |
| Дерменжи Т.В., Свинцицкий В.С., Стаховский Э.А., Яцина А.И., Кабанов А.В. | 75 |
| УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ОЗНАК ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ | |
| Дєдова В.О. | 76 |
| ДЕЯКІ ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ | |
| Делевська В. Ю. | 77 |
| АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ | |
| Дзюблик О.Я., Дзюблик І.В., Обертинська О.В., Капітан Г.Б., Недлінська Н.М., Ячник В.А., Мухін О.О., Сухін Р. Є. | 78 |
| ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАГЛУТАМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ | |
| Дзюблик О.Я., Капітан Г.Б., Недлінська Н.М., Ячник В.А., Мухін О.О., Сухін Р.Є, Клягін В.Я., Денисова О. В. | 79 |

| | |
|---|----|
| ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВИСОКОДОЗОВОЇ ТЕРАПІЇ РОЗУВАСТАТИНОМ І АТОРВАСТАТИНОМ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ З ПОЗИЦІЙ БЕЗПЕЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ | |
| Дубровінська Т.В. | 80 |
| РІВЕНЬ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ТА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ | |
| Дудка Т.В. | 80 |
| ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА БОЛЬНЫХ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА | |
| Дынник А.А., Шенько А.Н. | 81 |
| ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІТЕЛІУ ЯСЕН У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ | |
| Ємельянова Н.Ю., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В., Шапкін А.С. | 82 |
| РЕГУЛЯЦІЯ СУДИННОГО ТОНУСУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ | |
| Єрмак О.С. | 83 |
| ПАТОМОРФОЛОГІЯ КАВЕРНОЗНИХ ТІЛ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ПРИ ХВОРОБІ ПЕЙРОНІ | |
| Єрмілов С.Г. | 84 |
| СИНДРОМ «МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ» У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ | |
| Єрмоленко О.В. | 85 |
| НАВЧАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ САМОКОНТРОЛЮ І САМОДОПОМОЗІ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЙОГО ЕФЕКТИВНІСТЬ | |
| Єщенко Є.В. | 86 |
| ВИЗНАЧЕННЯ СПОНТАННОГО КЛІРЕНСУ ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С ТА ЙОГО ПРОГНОСТИЧНИХ ФАКТОРІВ | |
| Жандарова Н.О. | 87 |
| ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ | |
| Железнякова Н.М., Гопций Е.В., Зеленая И.И., Пасиешвили Т.М., Степанова Е.В. | 88 |
| ПРОГНОЗУВАННЯ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНІВ sCD40L | |
| Заїкіна Т.С., Бабаджан В.Д. | 89 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА ЛОЗАП У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II СТЕПЕНИ. | |
| Залюбовская Е.И., Воскобойников Е.А. | 89 |
| ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СВЯЗАННАЯ С ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ | |
| Залюбовская Е.И., Воскобойников Е.А. | 90 |

| | |
|--|-----|
| ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ | |
| Зелёная И.И., Гопций Е.В., Железнякова Н.М., Степанова Е.В..... | 91 |
| ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА АНЕМІЄЮ ПРИ РІЗНОМУ РІВНІ ЕРИТРОПОЕТИНУ | |
| Зенін В.В. | 92 |
| ИДЕИ И.И. МЕЧНИКОВА И СОВРЕМЕННАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ | |
| Иваненко М.О., Громакова И.С. | 93 |
| ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ТА ПОРУШЕННЯ СНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ | |
| Іванишин Н.І., Штеневиц С.Л., Жақун І.Б. | 94 |
| ЕФЕКТИВНІСТЬ ВНУТРІШНЬОГО ПРИЙОМУ ВОДНОГО РОЗЧИНУ «ПОЛТАВСЬКИЙ БІШОФІТ» У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ | |
| Іжа Г.М. | 95 |
| РІВЕНЬ МЕЛАТОНІНУ В СЕЧІ У ХВОРИХ НА ГЕРХ ТА СУПУТНЮ ІХС | |
| Ізмайлова О.В. | 95 |
| ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАСТИКОСТИМУЛЮВАЛЬНОГО ЕФЕКТУ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СИНТЕТИЧНИХ ПОЛІМЕРІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ НА ЩУРАХ | |
| Іськів М.О. | 96 |
| ПРОЛІФЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ УРОТЕЛІАЛЬНИХ КАРЦИНОМ НИРКОВОЇ МИСКИ ТА СЕЧОВОДІВ | |
| Іщенко К.Б. | 97 |
| ЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА | |
| Кадыкова О.И., Боровик Е.Н. | 98 |
| sCD40L ЯК ФАКТОР ПРОГРЕСУВАННЯ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ ПРИ ПОЕДНАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ | |
| Кадикова О.І., Дунаєва І.П. | 99 |
| АНТИСТРЕССОВАЯ АКТИВНОСТЬ ТИОТРИАЗОЛИНА | |
| Кальчук Р.О., Карнаух Э.В., Плитень О.Н. | 100 |
| ОЦЕНКА РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФТОР- И КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ | |
| Карнаух Е.В., Крячко С.С., Сущенко Э.Л. | 101 |
| ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СОЧЕТАННОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ | |
| Кирсанова Т.А., Омельченко А.В. | 102 |
| ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІОУ ХВОРИХ НА ХХН ТА ЕАГ НА ФОНІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ДОДАВАННЯМ L-АРГІНІНУ | |
| Князькова І.І., Кірієнко М.О., Циганков О.І. | 103 |
| ЕФЕКТИ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ | |
| Ковальова Ю.О., Бойко О.М., Шелест Б.О., Кравчун П.П. | 104 |

| | |
|---|-----|
| ВИВЧЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З ОЖИРНІНЯМ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ ТА СИМВАСТАТИНОМ | |
| Ковальова Ю.О., Котелюх М.Ю. | 104 |
| ПАТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС | |
| Ковальцова М.В., Сиренко В.А., Бирюков М.С., Бережной Б.Ю. | 105 |
| ПЕРВИННИЙ ГИПОТИРЕОЗ, ЯК ПРИЧИНА РОЗВИТКУ БЕЗПЛІДДА У ЖІНОК З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ | |
| Ковель А.Ф., Сребна І. В. | 106 |
| МОДИФІКУЮЧИЙ ВПЛИВ НЕЙТРОНОЗАХВАТНИХ АГЕНТІВ НА РАДІОГЕННІ ЗМІНИ В КЛІТИНАХ <i>in vitro</i> | |
| Козловські І.В., Лавренчук Г.Й., Шевченко Ю.Б., Петрановська А.Л. | 106 |
| АКТИВНОСТЬ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ СЛЮНЫ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ | |
| Козмуляк Т.И., Бевзо В.В., Купчанко К.П. | 107 |
| ПАРАМЕТРИ ДЕФОРМАЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАСТОЛІЧНОЇ СТРЕС-ЕХОКАРДІОГРАФІЇ | |
| Колесник М.Ю. | 108 |
| ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ НА ЧАСТОТУ ТРОМБОТИЧНИХ МОЗКОВИХ І КАРДІАЛЬНИХ ПОДІЙ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ | |
| Количева О.В. | 109 |
| БЕЗСИМПТОМНА ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК | |
| Коломієць М.В. | 110 |
| МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ САЛЬПІНГООФОРИТ | |
| Коновал А.О. | 111 |
| ПОКАЗНИКИ ТІОЛДИСУЛЬФІДНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА | |
| Коноваленко Т. М., Ситіна І.В. | 112 |
| ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ЩУРІВ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ТРЕТЬОЇ СТАДІЇ ГАРЯЧКИ | |
| Копчук Т. Г. | 113 |
| ВПЛИВ НУКЛЕІНАТУ НА ПОКАЗНИКИ ІНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСУ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПА | |
| Костьєв І.К., Терьошин В.О. | 113 |
| МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ | |
| Котовщиков М.С., Любомудрова Е.С., Герасимова О.Н., Малишевская А.Ф. | 114 |

| | |
|--|-----|
| ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ НА ОСНОВІ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ОНКСТАТИНУ М | |
| Кочубей О.А..... | 115 |
| ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АДИПОЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА | |
| Кравчун П.П., Кадикова О.І..... | 116 |
| ГОМОЦИСТЕЇНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ | |
| Кравчун П.П., Дунаєва І.П..... | 117 |
| ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ | |
| Крамаренко А.И..... | 117 |
| ДИНАМІЧНИЙ МОНИТОРИНГ ЗА СИСТЕМОЮ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ З ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ | |
| Кривокульський Б.Д..... | 118 |
| АКТИВНІСТЬ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА ПОЄДНАНИЙ З НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ | |
| Кривуля І.Г..... | 119 |
| ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ | |
| Куглер Т.Е..... | 120 |
| КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА | |
| Кудрявцев А.А., Ярьсько М.В..... | 121 |
| ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА НЕСПЕЦИФІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ | |
| Кузьміна Н.В., Грібенюк О.В..... | 121 |
| БЕЗОПАСНОСТЬ НПВС ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА | |
| Курята А.В., Лысунец Т.К., Черкасова А.В..... | 122 |
| КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХЛАМІДІЙНИХ ПНЕВМОЙ У ДІТЕЙ | |
| Кучеренко О.О., Гаршанова Ю.В..... | 123 |
| ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН У ЛІМФОВУЗЛАХ ПРИ ПЕРВИНО ХРОНІЧНОМУ ІМУННОМУ ТА НЕІМУННОМУ ЗАПАЛЕННІ | |
| Кучерявченко М.О..... | 124 |
| ОПТИМІЗАЦІЯ ОБСЯГУ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ ТА ОЖИРІННЯМ | |
| Лавренко Д.О., Гринь В.Г..... | 125 |
| НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ | |
| Лайко Е.В., Мариниченко Н.В..... | 125 |
| ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СУКЦИНАТВМІСНОЇ СПОЛУКИ ТА ЇЇ МЕТАБОЛІТІВ НА СИСТЕМУ NO/NOS | |
| Лалименко О.С..... | 126 |

| | |
|---|-----|
| БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПЕЧЕНИ | |
| Лажно О.В, Журавлёва А.К. | 127 |
| CLINICAL FEATURES OF VARICELLA AMONG HOSPITALIZED | |
| Lygina Yu.A. | 128 |
| ВПЛИВ НАНОРОЗМІРНИХ МАГНІТОЧУТЛИВИХ КОМПОЗИТИВ, ЩО МІСТЯТЬ ГАДОЛІНІЙ-157, НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ КЛІТИН IN VITRO | |
| Литвинчук Х. М., Шевченко Ю. Б., Петрановська А. Л. | 129 |
| РОЛЬ МУЛЬТИДЕТЕКТОРНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ГОРТАНОГЛОТКИ | |
| Логаніхіна К.Ю. | 130 |
| ОСОБЛИВОСТІ ЛІМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗУВАННЯ РАКУ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ВІДДІЛУ ГОРТАНІ ЗА ДАНИМИ МДКТ | |
| Логаніхіна К.Ю., Кравченко Д.А. | 131 |
| СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА | |
| Луцькінова Е.М. | 132 |
| ЗАГАЛЬНІ ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВИКОНАННІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ | |
| Маєтний Є.М. | 132 |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ | |
| Майлян Д.Э., Котлярова Е.Г., Маковеев Д.С. | 133 |
| ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНА РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ 3 АБО БЕЗ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ АВТОНОМНОЮ НЕЙРОПАТІЄЮ | |
| Маньковський Б.М., Саєнко Я.А., Лихошапко О.А. | 134 |
| ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА | |
| Мариниченко Н.В., Лайко Е.В. | 135 |
| САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНІ ВИМОГИ ДО ВИГОТОВЛЕННЯ ДІЄТИЧНИХ СТРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ НА ФАБРИКАХ-КУХНЯХ | |
| Махнюк В.М. | 136 |
| ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОГО И ИНДУЦИРОВАННОГО МУТАГЕНЕЗА В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ | |
| Медзяновская Е.В. | 137 |
| ВЛИЯНИЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ ПОЛИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТУР ПО ПОВОДУ ДГПЖ | |
| Меленевский А.Д., Лысенко В.В., Меленевский Д.А., Ходос В.М., Чайка А.М. | 138 |
| ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТРУКТУРНО- ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ | |
| Микичак М. З., Загородний М. І. | 139 |

| | |
|--|-----|
| ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА А1166С НА ТКАНЕВУЮ ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II ПЕРВОГО ТИПА | |
| Михайличенко Е.С., Гнилорыбов А.М., Родин Ю.В., Тополов П.А., Кошик Е.А., Трубникова Н.Н., Джоджуа Р.А. | 140 |
| ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ | |
| Михайлова Ю.А. | 141 |
| РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ | |
| Мишанич Т.В., Архій Е.Й. | 141 |
| ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ | |
| Мишенина Е.В. | 142 |
| МАРКЕРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖІРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ТА СТАТІ | |
| Молодан Д.В. | 143 |
| ОПТИМІЗАЦІЯ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ | |
| Москалюк О.П., Шкварковський І.В. | 144 |
| ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ | |
| Мохначёв А.В. | 144 |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКОЙ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ СОДЕРЖАНИЯ АРГИНИНА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ | |
| Огурцов А.С., Прасол А.С., Абдыев А.Н. | 145 |
| ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА | |
| Олейник М.А. | 146 |
| ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК УШКОДЖЕНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА ТА СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ | |
| Ольшанецька А.О. | 147 |
| ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З СУПУТНЬОЮ ГЕРХ | |
| Опарін О. А., Руснак Г. В., Чонка В. Ю. | 148 |
| ОСОБЛИВОСТІ ГАЗООБМІНУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ | |
| Опімах С.Г. | 149 |
| РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ У МЕТАЛУРГІВ | |
| Орехова О.В. | 150 |
| ПІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЛАНУВАЛЬНИХ РІШЕНЬ ІСНУЮЧИХ ТА ЗАПРОЕКТОВАНИХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ | |
| Павленко Н.П. | 151 |

| | |
|---|-----|
| ВИЗНАЧЕННЯ ДОПУСТИМОГО ІНДИВІДУАЛЬНОГО СТАЖУ РОБОТИ В УМОВАХ СУЧАСНОГО МЕТАЛУРГІЙНОГО ВИРОБНИЦТВА | |
| Павленко О. І..... | 152 |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФОУЗЛА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | |
| Палица В.Я., Жигулин А.В., Бондаренко В. В., Бернштейн Г.Б., Винницкая А.Б., Голуб Д.А., Винницкая Д.К., Приндюк С.И., Дмитренко О.А..... | 153 |
| РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ В ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ | |
| Пасиешвили Т.М..... | 154 |
| ЕФЕКТИВНІСТЬ АВЕОЛУ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНУ ІНФЕКЦІЮ | |
| Пересадін М.О., Черкасова В.С., Гаврилова Л.О..... | 155 |
| КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ ФЕЛОДІПІНУ | |
| Петренко Т.О., Погорєлов В. М..... | 156 |
| МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ | |
| Пивоваров О.В..... | 156 |
| ВМІСТ МАРКЕРІВ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ ТА ЗАПАЛЕННЯ В КРОВІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ | |
| Півторак К.В..... | 157 |
| ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ДІЄТИЧНИХ ОБМЕЖЕНЬ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ | |
| Пісковацька В.П., Демиденко М.В..... | 158 |
| НОСІЙСТВО ГЕНОТИПУ GG ЗА ПОЛІМОРФІЗМОМ rs6449182 ГЕНА CD38 ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ДИСЛІПІДЕМІЙ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ | |
| Плескач Г.В., Білоус Н.І..... | 159 |
| ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА | |
| Плохотниченко О.А., Тыжненко Т.В., Опалейко Ю.А., Почерняев А.К., Горшунская М.Ю., Красова Н.С., Гладких А.И., Лещенко Ж.А..... | 160 |
| ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ ДИФУЗНЫХ В-КРУПНОКЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОМ | |
| Полях О.С., Косинова В.Г., Винницкая А.Б..... | 161 |
| СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РОЛЬ ТИАМИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ | |
| Попова Т. С..... | 162 |
| ПРИМЕНЕНИЕ ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ В МЕДИЦИНЕ | |
| Потапов В.В., Козырь Л.Н., Нагорный А.А..... | 163 |
| СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧЕК ПО ДАННЫМ ХАРЬКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ ИМЕНИ В.И. ШАПОВАЛА ЗА ДВА ДЕСЯТИЛЕТИЯ (1993-2002 гг. и 2003-2012 гг.) | |
| Потапов С.Н..... | 164 |

| | |
|--|-----|
| ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ | |
| Потапов В.В., Крюкова А.А., Климова В.В..... | 165 |
| СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ БРОНХО – ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ | |
| Потяженко М.М., Хайменова Г.С., Савченко Л.В..... | 166 |
| ЧАСТОТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ | |
| <i>Пристапа Л.Н., Савченко О.В., Короза С.О.....</i> | 167 |
| ВЛИЯНИЕ СЕЛЕНОТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА | |
| Просоленко К.А., Лапшина Е.А., Верховодова Ю.В. | 167 |
| ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ | |
| Радченко Л.М..... | 168 |
| ПРОФІЛАКТИКА ЗМІН БІОТОПІВ У ЧОЛОВІКІВ - МЕШКАНЦІВ ВЕЛИКИХ ПРОМИСЛОВИХ МІСТ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОБІОТИКІВ | |
| Резніченко Н. Ю..... | 169 |
| ЗБЕРЕЖЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ У ЖІНОК З ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ | |
| Рекута А. С., Самохвалова О. О..... | 170 |
| ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО НАБОРА ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ | |
| Романенко М.С., Гавалко Ю.В., Осьмак Э.Д. | 171 |
| СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕНТАЛЬНОЙ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ | |
| Руснак Д. Ю..... | 172 |
| ВЛИЯНИЕ ЭПИХЛОРГИДРИНА НА МАССУ ЛЁГКИХ КРЫС ПЕРИОДА СТАРЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ | |
| Рыкова Ю.А..... | 172 |
| ВПЛИВ АРТИШОКУ ЕКСТРАКТУ- ЗДОРОВ'Я ТА ЦИКЛОФЕРОНУ НА СТАН СИСТЕМИ ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ | |
| Рябенко Н.Б., Шаповалова І.Б., Рябенко Е.Б., Гуртова С.С..... | 173 |
| INFLUENCE OF LECITHIN-CALCIUM COMPLEX ON ACID-BASE STATUS OF YOUNG PERSON'S ORAL FLUID WITH CARIES | |
| Ryabokon E.N., Volkova O.S., Cherepynskaya Y.A..... | 174 |
| ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ | |
| Савушина І. В..... | 175 |
| КЛАСИФІКАЦІЙНІ УТРУДНЕННЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ | |
| Сазонов С.О., Байбарак Н.А..... | 176 |
| ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ | |
| Салівон-Гончаренко А.А., Гріненко Т.Ю..... | 177 |

| | |
|--|-----|
| ЧИ ПОТРІБНА В УКРАЇНІ ОБОВ'ЯЗКОВА ВАКЦИНАЦІЯ ДІТЕЙ ПРОТИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А? | |
| Сарнацька І.В., Кірсанова Т.О..... | 178 |
| КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІШАНОГО ВАРІАНТУ ШИЗОАФЕКТИВНОГО ТА БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДІВ | |
| Серікова О.С., Павлов А.Ю..... | 179 |
| СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІШАНОГО ВАРІАНТУ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ | |
| Серікова О.С..... | 179 |
| ХРОМАТИДНІ АБЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ | |
| Сипко Т.С., Пшенічна Н.Д., Мазник Н.О., Старенький В.П..... | 180 |
| ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАГЕНЕТИЧНИХ ЗМІН ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ | |
| Скорбач О.І. | 181 |
| ВЛИЯНИЕ СУЛЬФАТА ЖЕЛЕЗА НА АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ | |
| Смирнова А.С. | 182 |
| КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ПОЄДНАНОГО З ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С З НИЗЬКИМ СТУПЕНЕМ АКТИВНОСТІ | |
| Соцька Я.А., Круглова О.В., Старік А.Д., Декалюк І.В..... | 183 |
| ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ | |
| Стеблянко А.А., Худик А.К..... | 184 |
| ЗМІНИ РІВНЮ VE-КАДГЕРИНУ У ХВОРИХ НА ГКС З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК | |
| Степанова О.В., Кірієнко М.О., Щенявська О.М. | 185 |
| ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА БУДІВНИЦТВА ЖИТЛОВИХ БУДИНКІВ ІЗ ВБУДОВАНИМИ В НИХ ОБ'ЄКТАМИ ГРОМАДСЬКОГО ПРИЗНАЧЕННЯ | |
| Стирта З.В., Махнюк В.М., Могильний С.М. | 185 |
| ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРЕГАБАЛИН («ЛИРИКА») С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ | |
| Сухин В.С., Зац О.С., Сплюхина О.В., Слободянюк О.В., Зуб В., Грановская А.И..... | 186 |
| РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕНДОМЕТРІАЛЬНУ СТРОМАЛЬНУ САРКОМУ МАТКИ | |
| Сухін В.С., Слободянюк О.В., Немальцова К.В., Грановська Г.І., Нестеренко А.С..... | 187 |
| ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕВЕНТИВНИХ ЗАХОДІВ І СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ІV ЦИКЛУ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ | |
| Сухіна І.С. | 188 |
| ЗМІНИ В ГОРМОНАЛЬНІЙ ЛАНЦІ ІММУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ | |
| Сухонос Н.К. | 189 |

| | |
|---|-----|
| ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ | |
| Табаченко О.С..... | 190 |
| АСОЦІАЦІЯ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ТА РОЗВИТКУ ТЯЖКОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ | |
| Тарнавська С.І..... | 190 |
| ОСОБЛИВОСТІ ІНВАЛІДНОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАСІ У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯАВАРІЙНОМУ ПЕРІОДІ | |
| Татаренко О.М..... | 191 |
| КОРЕЛЯТИВНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА АНТРОМЕТРИЧНИМИ ДАНИМИ У ПАЦІЄНТІВ З СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ ПІД ЧАС СУПУТНЬОЇ ТЕРАПІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ | |
| Тесленко Ю.В..... | 192 |
| ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ МОНОЦИТІВ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЛІКУВАННІ ЦИКЛОФЕРОНОМ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ | |
| Терьошина І.Ф..... | 193 |
| ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ НА СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА | |
| Тимошенко Г.Ю..... | 193 |
| ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST | |
| Титова А.Ю., Пилипенко С.А. | 194 |
| ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ | |
| Титомир Д.И. | 195 |
| ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТОРАСЕМИДА НА СООТНОШЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАЛЬЦИЯ И МАГНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ | |
| Третьяк Л.А..... | 196 |
| ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ОРГАНА-МИШЕНИ ПРИ РАДИОТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | |
| Трофимов А.В..... | 197 |
| ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТУ ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ НУКЛЕІНАТУ ТА МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОГО ЗАСОБУ ГЕПА-МЕРЦ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХ ФРАКЦІЙНИЙ СКЛАД У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ | |
| Труняков М.В..... | 198 |
| ВПЛИВ ФАРМАГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ БІСОПРОЛОЛУ | |
| Удовиченко М.М. | 198 |

| | |
|---|-----|
| ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РАДІОПРТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ S-ГЕТЕРИЛ МОДИФІКОВАНОГО ЦИСТЕЇНУ ЗА РЕЗУЛЬТАТОМ МОРФОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ | |
| Узленкова Н.Є., Пасюга В.М., Магда І.Ю. | 199 |
| ВІРОГІДНІСТЬ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ С ПАРОКСИЗМАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ПЕСМЕЙКЕРУ | |
| Узун Д.Ю. | 200 |
| ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА СУКЦИНАТДЕГИДРОГЕНАЗНУЮ АКТИВНОСТЬ МИТОХОНДРИЙ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ | |
| Ференчук Е.А., Бевзо В.В. | 201 |
| ВИКОРИСТАННЯ РОСЛИННИХ ЕКСТРАКТІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЗАЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ | |
| Филимоненко В.П., Загайко А.Л., Шоно Н.А. | 202 |
| ДО ПИТАННЯ ПРО КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ СОЦІАЛЬНОЮ САМОІЗОЛЯЦІЄЮ | |
| Франкова І.О. | 202 |
| ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ АТОРВАСТАТИНА | |
| Харченко Ю.Е., Калашник Д.Н., Колесникова Е.Н. | 203 |
| КОРЕКЦІЯ СТАНУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ | |
| Ходан В. В. | 204 |
| ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ | |
| Христинченко М.А., Картамышева Е.В., Загоруйко А.Н. | 205 |
| ЛЕТАЛЬНОСТЬ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ХОЛИНЭРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ | |
| Худолей С.А., Бондарев Н.В., Судиловская Ю.Л., Стрельченко Ю.И. | 206 |
| КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ТА СТУПІНЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ | |
| Черенько Т. М., Гелетюк Ю. Л. | 207 |
| ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ. ПРОБЛЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ | |
| Черепій Н.В. | 208 |
| ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ | |
| Черненко Л.М. | 208 |
| ОСОБЛИВОСТІ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ | |
| Чернуха С.М., Вільцанюк І.О. | 209 |

СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ ТА НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Чернуха С.М., Вільцянюк І.О..... 210

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НЕЙРОЦИОКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Чирва О.В..... 211

ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: ФОКУС НА ПЛАЗМИД-ИНДУЦИРОВАННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Чуб О.И. 212

ВПЛИВ ЦИКЛОФЕРОНУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ТОКСИЧНИМ ГЕПАТИТОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ПЕРСИСТУЮЧИХ TORCH-ІНФЕКЦІЙ

Чхетіані Р.Б. 213

КОРЕКЦІЯ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ І СУДИН, ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Шалімова А.С. 214

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ, У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Шальміна М.О. 215

ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Шаповалова І.О., Соцька Я.А., Баскаков І.М., Гуртова С.С. 216

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПІДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Шапошникова Ю.Н., Школьник В.В., Немцова В.Д., Хорошун Д.И., Плиговка В.В. 216

ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Шелест Б.А. 217

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Шеховцова Ю.А. 218

КОРЕКЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОНТРОЛЬОВАНОЇ ОВАРІАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ

Щербина М.О., Граділь О.Г. 219

ВПЛИВ ДЕЯКИХ ОЛІГОПЕПТИДІВ НА АКТИВНІСТЬ ГАМА-ГЛУТАМІЛТРАНСПЕПТИДАЗИ В СЕЧІ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Щудрова Т.С. 220

| | |
|---|-----|
| БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ НА ТЛІ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ | |
| Юган Я.Л. | 221 |
| ПОКАЗНИКИ АПЕЛІНУ-12 В КРОВІ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ З КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО | |
| Юшко К.О., Першина К.С., Страшненко Г.М. | 222 |
| СТРУКТУРА ДОБОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ | |
| Яресько М.В., Лапшина Е.А., Кудрявцев А.А., Верховодова Ю.В. | 223 |
| ANALYSIS OF BLOOD COAGULATION FACTORS IN PATIENTS UNDERGOING SURGERY DUE TO ENDOMETRIAL CYSTS | |
| Grabowski J, Markowska J, Tomaszewska K. | 223 |
| FATTY COMPONENT OF THE HUMAN BODY WEIGHT: ANTHROPOMETRIC ESTIMATE AT THE STAGES OF POSTNATAL ONTOGENESIS | |
| Shklyar A.S., Barchan A.S. | 224 |

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ЗА ДАНИМИ ОДНОРІЧНОГО РЕЄСТРУ ЛЬВІВСЬКОГО ОБЛАСНОГО КАРДІОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

Акер А.В.

*Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний
кардіологічний центр*

Незважаючи на стрімкий розвиток інвазивної електрофізіології, електрокардіографія (ЕКГ) залишається еталонним методом діагностики різних типів тріпотіння передсердь (ТП), який дозволяє визначити подальшу тактику ведення пацієнтів, стратифікувати серцево-судинний ризик, а відтак проводити чіткий відбір пацієнтів для подальших електрофізіологічних втручань.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей поверхневої ЕКГ у хворих з ТП та оцінка поширеності типового «істмус-залежного» ТП в реальній клінічній практиці.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати поверхневої ЕКГ у 12-и відведіннях 129-и пацієнтів з ТП, 87 чоловіків і 42 жінки, віком 37-75 років, які були послідовно госпіталізовані у кардіологічні відділення Львівського кардіологічного центру з жовтня 2011 року по листопад 2012 року з метою відновлення синусового ритму. У 17 (13 %) обстежених проводилася реєстрація ЕКГ у додаткових відведіннях (Озон, Ліан) для оптимізації візуалізації зубця «Р»; черезстравохідний запис ЕКГ здійснювався у 43(37%) осіб.

Результати. Поєднання ТП та фібриляції передсердь зафіксоване у 22 (17%) пацієнтів. Певні труднощі інтерпретації ЕКГ спостерігалися у 27 (23%) випадках, що було пов'язано з відсутністю чіткої візуалізації хвилі F, шириною комплексу QRS $\geq 0,12$, малим вольтажем зубців, ритмом електрокардіостимулятора. Це зумовило потребу у записі додаткових відведень та/або черезстравохідної ЕКГ. У більшості хворих (99 (86%)) діагностовано типове ТП, що визначало подальшу стратегію лікування в електрофізіологічній лабораторії, втім у 16 (14%) осіб реєструвалося атипове ТП з певними обмеженнями інвазивних втручань. У 65 (56 %) пацієнтів реєструвалося регулярне атріо-вентрикулярне проведення 2:1, у 12 (10,5%) осіб - 3:1, особливу увагу звертало АВ-проведення 1:1, яке виникло у 2 (1,7%) обстежених.

Висновки. Типове (істмус-залежне) ТП реєструвалося у переважної більшості хворих, співвідношення типового та атипového ТП склало 6:1; регулярне атріоventрикулярне проведення спостерігалось у більшості половини пацієнтів. Використання додаткових відведень та черезстравохідного запису ЕКГ підвищувало інформативність діагностики типів ТП.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Алтухов А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ патологией щитовидной железы страдает более 200 млн. человек. Только за последние 5 лет абсолютный прирост числа вновь выявленных заболеваний в экономически развитых странах составил 51,8%

среди женщин и 16,7% среди мужчин. В настоящее время отмечается неуклонный рост тиреопатий, что в основном обусловлено неблагоприятной экологической обстановкой и дефицитом йода в окружающей среде.

Цель исследования – оценить структуру встречаемости патологии щитовидной железы среди госпитализированных больных в центр метаболических расстройств Учебно-научного медицинского центра Университетская клиника за 3 года. Проведен анализ 1000 историй болезни, выявлено 254 пациента с патологией щитовидной железы, средний возраст которых составил $53 \pm 10,8$ лет. Верификация патологии оценивалась по результатам ультразвуковой диагностики и лабораторным данным согласно критериям нормативных документов МЗ Украины.

Было выявлено следующая структура патологии щитовидной железы: узловой зоб - 62%, диффузный зоб - 9%, аутоиммунный тиреоидит - 20%, диффузный токсический зоб - 2%, оперативные вмешательства - 7%. По нарушению гормональной функции щитовидной железы пациенты распределились следующим образом: эутиреоз - 61%, субклинический гипотиреоз - 14%, гипотиреоз - 16%, послеоперационный гипотиреоз - 6%, гипертиреоз - 3%. Высокий удельный вес в структуре занимает субклинический гипотиреоз. Ввиду неспецифичности симптомов, диагностика субклинического гипотиреоза по данным только клинического обследования практически невозможна без специального обследования гормональной функции щитовидной железы. В тоже время такие больные все равно нуждаются в заместительной терапии, потому как данное состояние даже без или с минимальными клиническими проявлениями является патологическим состоянием энергетических обменных процессов в организме.

Выводы:

1. Анализ структуры заболеваемости щитовидной железы показал высокий удельный вес наличия субклинического гипотиреоза.
2. Целесообразно в качестве скрининга у больных с подозрением на патологию щитовидной железы и метаболическими нарушениями энергообмена проводить лабораторное обследование на гормоны (ТТГ, Т4 св.).
3. Высокую практическую ценность представляет разработка и внедрение специальной программы по обследованию и ведению пациентов на госпитальном и амбулаторном этапе с субклиническим гипотиреозом.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ КАТАБОЛИЗМА АЛЬДЕГИДОВ В МИТОХОНДРИЯХ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ СТАРЫХ КРЫС ПРИ СТРЕССЕ

Амжад Хамдаллах

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

В процессе старения происходит возникновение саркопении – состояния, которое сопровождается уменьшением массы мышечной ткани и силы сокращения. В настоящее время высказывается мнение об особой роли оксидативного стресса в ее формировании. Накапливающиеся при оксидативном стрессе альдегидные продукты свободнорадикального окисления

обладают выраженным цитотоксическим действием. Учитывая роль митохондрий в генерации активных форм кислорода, как инициаторов свободнорадикальных процессов, можно предположить, что развитие саркопении во многом зависит от состояния митохондриальной ферментативной системы катаболизма альдегидов, компонентами которой являются альдегиддегидрогеназы (АлДГ), альдегидредуктазы (АлР) и глутатионтрансферазы (ГТ). Большой интерес представляет выяснение особенностей модуляции активности этих ферментов в условиях стимуляции образования карбонильных продуктов свободнорадикального окисления при иммобилизационном стрессе. Учитывая это, целью работы явилось изучение активности ферментов катаболизма эндогенных альдегидов в митохондриальной фракции бедренной мышцы интактных и иммобилизованных крыс разного возраста.

В работе использовали 30 крыс самцов линии Вистар 12-месячного и 24-месячного возраста. Животных каждой возрастной группы, в свою очередь, делили на 2 подгруппы: 1 – интактные и 2 – крысы, подвергнутые иммобилизационному стрессу. В митохондриальной фракции бедренной мышцы определяли активность НАД-зависимой АлДГ, НАДН-зависимой АлР и ГТ. Полученные результаты подвергали статистической обработке.

Проведенные исследования показали, что у 12-месячных (взрослых) крыс имеет место высокий базальный уровень альдегиддегидрогеназной, альдегидредуктазной и глутатионтрансферазной активности в митохондриальной фракции бедренной мышцы. При иммобилизационном стрессе у них существенно увеличивается активность альдегиддегидрогеназы. Все это способствует повышению эффективности утилизации карбонильных продуктов свободнорадикального окисления в митохондриях скелетной мышцы 12-месячных крыс при стрессе. У старых крыс иммобилизация сопровождается возникновением метаболических предпосылок, ведущих к накоплению эндогенных альдегидов в митохондриях, а значит к повреждению мышечных волокон и возникновению проявлений саркопении.

ЭЭГ-ПРЕДИКТОРЫ НЕЙРОМЕДИАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА **Андропова М.А., Черний Т.В.**

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель и задачи исследования. Изучить нейрофизиологические предикторы нейромедиаторных систем ЦНС в группах здоровых добровольцев (ЗД) и пациентов с болезнью Паркинсона (БП).

Материалы и методы. Обследовано 19 клинически ЗД: 10 мужчин и 9 женщин в возрасте от 7 года до 49 лет. Были проанализированы амбулаторные карты 7 пациентов с БП в возрасте от 43 до 64 лет (2 мужчин и 5 женщин), получавших консультативную помощь в Донецком областном клиническом территориальном медицинском объединении. Регистрацию биопотенциалов мозга осуществляли с помощью нейрофизиологического комплекса DX-NT32. Для оценки уровня активности холинергической системы (ХС) головного мозга определяли показатели абсолютной спектральной мощно-

сти (АСМ) в діапазоні 6-7,5 Гц, дофамінергічної (ДоФС) – в діапазоні 11-12 Гц. Статистичний аналіз даних проводили з допомогою програми MedStat.

Полученные результаты. Значения абсолютной спектральной мощности (АСМ) в диапазоне 6-8 Гц, характеризующие активность холинэргической системы в ЦНС, у пациентов группы БП были достоверно ниже (W -критерия Вилкоксона $p \leq 0,05$), чем у ЗД, максимально в левом лобном и билатерально в окципитальных отделах коры больших полушарий. Уровни АСМ в диапазоне 11-12 Гц, который характеризует дофамінергічну систему, во всех исследуемых отведениях у пациентов группы с БП были снижены (W -критерия Вилкоксона $p \leq 0,05$) относительно показателей в группе ЗД.

Выводы. У здоровых добровольцев было выявлено равновесное взаимодействие обеих исследуемых нейромедиаторных систем ЦНС (дофамінергічної и холинэргической). Максимальные уровни значений АСМ в диапазонах 6-7,5 Гц и 11-12 Гц в группе здоровых добровольцев преобладали в проекции окципитальных отведений. В группе пациентов с БП было выявлено значительное снижение АСМ в диапазоне 6-7,5 Гц относительно показателей в группе ЗД – ЭЭГ-признаки выраженной недостаточности холинэргической системы ЦНС. ЭЭГ-показатели, которые характеризуют активность дофамінергічної системы - АСМ в диапазоне 11-12 Гц также были значительно снижены в группе БП. Методы количественной ЭЭГ с изучением узких частотных диапазонов 6-7,5 Гц и 11-12 Гц можно применять для диагностики и оценки эффективности лечения у пациентов с БП.

ЛАПАРОСКОПІЧНА РЕЗЕКЦІЯ НИРКИ ПРИ Т1 ПУХЛИНАХ: НАШ ДОСВІД

Байдо С.В., Приндюк С.І., Голуб Д.А.

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги "ЛіСОД", м. Київ

Лапароскопічна операція характеризується меншою травматичністю, косметичними та економічними перевагами, дозволяє зменшити рівень післяопераційного болю, частоту і тяжкість післяопераційних ускладнень, стаціонарний ліжкодень, прискорити терміни реабілітації і як наслідок підвищити якість життя хворих на рак нирки.

Ми маємо досвід лапароскопічної резекції нирки (ЛРН), виконаної 24 хворим (чоловіків 9 та жінок 15, середній вік 58,9 роки). Всім пацієнтам проводилось ретельне доопераційне стадіювання (відповідно вимог внутрішнього протоколу клініки згідно стандартів NCCN). Розмір пухлини від 3 до 5,5 см, в т.ч. в 4 випадках з інтрапаренхіматозним поширенням та 3 – з інвазією чашек. Середня тривалість операції склала $128,3 \pm 8,2$ хв., об'єм крововтрати 250 ± 48 мл.

Тривалість ішемії становила від 12 до 23 хвилин, у шести випадках використано принцип „zero ischemia” із застосуванням керованої гіпотензії без механічної оклюзії ниркової артерії.

Згідно патогістологічного заключення в 18 випадках – нирковоклітинний рак, в 5 – онкоцитома, в одному – складна кіста, без наявності пухлини в краї резекції (врахована відсутність впливу на онкологічні результати лікування

величини безпечного відступу від краю пухлини при виконанні резекції). Післяопераційні ускладнення виявлені в 2 випадках (паранефральний абсцес, паранефральна гематома).

Використання пролонгованої епідуральної анальгезії було необхідно в середньому протягом 1,5 (від 1 до 2) діб, відновлення перистальтики кишечника відбувалось в середньому через 9 (від 4 до 18) год, активізація хворих – через 16 (від 12 до 18) год після операції, уретральний катетер видалявся в середньому на 4 добу, дренаж на 5-у. Виписка зі стаціонару була можлива на 5-6 добу після втручання, середній ліжкодень склав $7,12 \pm 0,52$ доби (що обумовлено бажанням пацієнтів госпіталізації до зняття швів).

Онкологічні результати операцій у пацієнтів після ЛРН не поступаються таким при відкритому втручанні. Всі досліджувані пацієнти живі, без ознак хвороби (в т.ч. місцевого рецидиву) при середньому терміні спостереження 18 місяців.

Лапароскопічна резекція нирки – ефективний малоінвазивний метод лікування хворих з невеликими пухлинами нирки, що забезпечує безпосередні результати, порівнювані з відкритими втручаннями, і разом з тим має суттєві переваги: відрізняється від «традиційної» кращими можливостями візуалізації та більш високою прецизійністю виконання оперативного прийому. В перспективі заплановано використання лапароскопічного датчику для ультразвукового дослідження нирки, що дозволяє уточнити розміри, локалізацію, структуру пухлини, а також її відношення до чашково-мискової системи.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ДОПЛЕРОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

**Бакай О.О., Головка Т.С., Воробйова Л.І., Неспрядько С.В.,
Гончарук І.В.**

Національний інститут раку, м.Київ

Мета роботи: визначити можливості комплексної сонографії із застосуванням кольорового та енергетичного доплерівського картування (КДК, ЕДК) та спектрометрії для діагностики раку шийки матки.

Матеріал та методи. Проведене комплексне ультразвукове обстеження 74 хворих на рак шийки матки ІА - ІV стадії. Контрольна група склала 20 практично здорових осіб.

Всім пацієнткам проводили комплексне ультразвукове обстеження із застосуванням ЕДК, КДК та спектральної доплерометрії. УЗ- семіотика співставлена з клінічним перебігом захворювання та даними морфологічного дослідження.

Результати: Незмінена шийка матки мала однорідну структуру, чіткі рівні контури, при КДК, ЕДК спостерігали поодинокі судинні локуси, максимальна систолічна швидкість (V_{max}) 10–15 см/с, індекс резистентності (RI) 0,65–0,75. У хворих на РШМ При ІА стадії ехографічна картина та показники кровотоку були такими ж, іноді визначалося локальне підсилення кровотоку. При ІВ в шийці визначали гіпоехогенні зони з чіткими контурами переважно в ділянці трансформації, зовнішнього зіву та вздовж цервікального каналу, які не виходили за межі шийки матки, при КДК, ЕДК в цих зонах спостерігали збіль-

шення кількості та атипівий характер судин, V_{\max} 15–24 см/с, RI 0,53–0,62. При ІІА стадії процес поширювався за межі шийки матки, V_{\max} 18–24 см/с, RI 0,43–0,6. При поширених формах при КДК, ЕДК реєстрували значне збільшення кількості судин, які були розташовані хаотично, мали неправильну, звиту форму, при ІІВ стадії V_{\max} становила 18 – 35см/с, RI 0,4 – 0,6; при ІІІА-В стадії V_{\max} 20 – 60см/с, RI – 0,3 – 0,6; при ІV стадії V_{\max} 30 – 85см/с, RI – 0,2 – 0,4.

Висновки: Застосування комплексної сонографії є високоінформативним для діагностики раку шийки матки.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОДОНТОБЛАСТОВ И ИХ ОТРОСТКОВ В ДЕНТИНЕ У ПОТОМКОВ ГИПОКИНЕТИЧНЫХ САМОК, А ТАК ЖЕ ПРИ КОРРЕКЦИИ МАТЕРИНСКОЙ ГИПОКИНЕЗИИ БЕГОМ **Баранова М. С.**

Харьковский национальный медицинский университет

Проблема гипокинезии относится к числу наиболее актуальных проблем в современном обществе. Никакой информации о влиянии гипокинезии матери на состояние тканей зубов у потомков в изученной научной литературе не обнаружено.

Целью данного фрагмента работы является изучение в эксперименте на крысах влияния гипокинезии матери на морфометрические изменения одонтобластов и их отростков в дентине у их потомков, а также при коррекции материнской гипокинезии бегом.

Эксперимент проводился на 18 самках крыс линии Вистар и их потомках в возрасте 3 мес. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы. Самки во время вынашивания потомков контрольной (К) группы содержались в клетках с достаточной площадью для свободного передвижения. Условия гипокинезии (ГК) созданы путем уменьшения площади для передвижения самок в 3 раза. Коррекция гипокинезии самок, вынашивающих потомство, осуществлена путем ежедневного в течение 15 мин бега в “белlichem” колесе – тренировки (Т). Потомки в трехмесячном возрасте были выведены из эксперимента путем декапитации.

Используя компьютерные изображения микропрепаратов зубов потомков, осуществили кариометрию одонтобластов, определение оптической плотности отростков одонтобластов в дентинных канальцах при окраске галлоцианином по Эйнарсону для оценки количества РНК в цитоплазме, определено количество одонтобластов и дентинных канальцев, имеющих на уровне фиксированного отрезка периметра пульпарной камеры. Статистические данные обработаны методом вариационной статистики.

В ходе исследования было выявлено, что у взрослых крыс-потомков гипокинетичных самок отмечается уменьшение количества одонтобластов и дентинных канальцев, ядра одонтобластов компенсаторно увеличены, а цитоплазма содержит компенсаторно увеличенное количество РНК. У потомков самок крыс гр.ГК+Т наблюдается гиперплазия одонтобластов и увеличение количества дентинных канальцев, ядра более мелкие, чем в гр.ГК, но крупнее, чем в гр.К, содержание РНК в цитоплазме – низкое.

Вывод. Материнская гипокинезия обуславливает гипопластичность зубов

потомков с повышенной морфофункциональной нагрузкой на отдельный одонтобласт. Корректирующие тренировки бегом во время вынашивания потомства повышают морфофункциональный потенциал зубов потомков.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМИ ИНСУЛЬТАМИ

Баранова Е.В., Дарий И.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. Сосудистая патология головного мозга занимает одно из ведущих мест среди причин инвалидности и смертности в нашей стране. Основная часть среди острых нарушений мозгового кровообращения приходится на ишемический и геморрагический инсульты, поэтому изучению патогенеза и лечению данной патологии отводится значимая роль.

Цель. Выявить взаимоотношение между маркером воспаления интерлейкином-10 и нейровизуализационными данными.

Материалы и методы. Обследовано 56 больных мозговыми инсультами, из которых 34 (60,7%) – ишемическим инсультом (ИИ), 22 (39,3%) – геморрагическим инсультом (ГИ) (средний возраст больных - $63,68 \pm 1,26$ лет). Всем пациентам было проведено количественное определение интерлейкина-10 (ИЛ-10) в плазме крови методом твердофазного иммуноферментного анализа на 1-е и 7-10-е сутки заболевания и компьютерная томография головного мозга.

Результаты. Было определено, что содержание ИЛ-10 выше в 2,5 раза у больных на 1-е сутки ИИ с объемом очага более 20 см^3 , чем у больных с очагом поражения менее 20 см^3 ($2,23 \pm 0,64$ пг/мл и $0,88 \pm 0,45$ пг/мл соответственно). В динамике заболевания отмечалась та же тенденция ($1,76 \pm 0,44$ пг/мл и $0,80 \pm 0,33$ пг/мл соответственно). У больных геморрагическим инсультом концентрация противовоспалительного ИЛ-10 не зависела от размеров очага как в дебюте заболевания ($3,16 \pm 1,15$ пг/мл – у больных с меньшим очагом поражения, $3,8 \pm 1,37$ пг/мл - у больных с большим объемом очага), так и в его динамике ($1,73 \pm 0,52$ пг/мл – с объемом менее 20 см^3 , $1,08 \pm 0,42$ пг/мл – с объемом более 20 см^3). Однако, отмечено, что в группе с очагом поражения более 20 см^3 снижение содержания ИЛ-10 происходит интенсивнее (на 71,6%) по сравнению с группой с меньшим размером очага (на 45,3%). Сравнивая группы ИИ и ГИ, выявлено, что ИЛ-10 выше у больных ГИ.

Выводы. При ИИ уровень ИЛ-10 был выше как в дебюте заболевания, так и на 7-10-е сутки в группах, где размер очага был больше. У больных ГИ содержание ИЛ-10 не зависело от размеров очага. При ГИ показатели ИЛ-10 интенсивнее снижались у больных с размерами очага более 20 см^3 .

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR γ С УРОВНЕМ АДИПОЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ТОЛЕРАНТНОСТИ К УГЛЕВОДАМ

Беловол А.Н., Клименко Н.Н., Шапошникова Ю.Н., Малик Д.С., Школьник В.В., Немцова В.Д.

Харьковский национальный медицинский университет

Целью данной работы стало изучение влияния однонуклеотидного полиморфизма гена PPAR γ 2 на показатели углеводного обмена и уровень адипонектина и лептина у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и ожирением и нарушением толерантности к углеводам.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 118 пациентов с ГБ и ожирением и нарушением толерантности к углеводам разной степени выраженности (основная группа), являющихся жителями Харькова и Харьковской области, средний возраст которых составил $58,8 \pm 8,8$ года. Среди обследованных были 55 мужчин (46,6%) и 63 женщины 53,4%. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. У всех пациентов определяли содержания иммунореактивного инсулина (ИРИ), адипонектина, лептина и С-реактивного белка (СРБ) – иммуноферментным методом. Для более точной оценки степени инсулинорезистентности использовался индекс НОМА (Homeostasis model assessment).

Результаты: распределение генотипов PPAR γ состоялся следующим образом: в контрольной группе пациентов преобладал генотип Pro/Pro (85%), и только у 15% лиц было обнаружено генотип Pro/Ala. В основной группе, выявлено следующее распределение: Pro/Pro 91 (77,1%) Pro/Ala - 25 (21,2%), Ala/Ala 2 (1,7%). Более высокий уровень ИРИ натошак и индекса НОМА был выявлен у больных имевших генотип Pro/Pro в сравнение с пациентами с генотипом X/Ala, разница между ними составляла 12 %. Индекс НОМА был ниже в 1,3 раза у больных с генотипом X / Ala чем с Pro / Pro. По сравнению с контрольной группой у пациентов основной группы наблюдалось более низкое содержание в крови адипонектина и более высокое – лептина и СРБ. При этом гомозиготные носители аллели Pro/Pro имели достоверно более низкую концентрацию лептина и адипонектина, чем гетерозиготные пациенты, что может объяснять их более низкую массу тела на фоне более тяжелого течения СД 2 типа.

Выводы: повышение уровня лептина у пациентов с аллелью X/Ala 1,8 раз по сравнению с гомозиготными пациентами, возможно, свидетельствует не только о склонности к нарушению дифференцировки адипоцитов, жировой ткани, вызванное наличием полиморфизма Pro12Ala PPAR, но и о развитии при ожирении нарушения чувствительности периферических тканей к лептину, то есть лептинорезистентности.

ДИНАМИКА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОЧЕК КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПИЩЕВОЙ ДОБАВКИ БЕНЗОАТА НАТРИЯ

Бибик Е.Ю., Алиева А.А.

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Почки являются одним из главных экскреторных органов организма и, соответственно, одним из главных органов обеспечивающих гомеостаз в норме. В настоящее время химические добавки стали неотъемлемой частью нашей ежедневно употребляемой пищи. Имеются данные о патогенном влиянии бензоата натрия на морфофункциональное состояние органов пищеварительной системы, центральных органов иммуногенеза. Но в литературе встречаются совсем незначительные данные о влиянии бензоата натрия на морфофункциональное состояние почки.

Цель работы в изучении органогенеза почек крыс, подвергшихся воздействию пищевых добавок на протяжении двух месяцев.

Основная задача работы заключается в проведении анализа органомерических показателей почек под воздействием бензоата натрия.

Материалы и методы. В работе использовались половозрелые белые крысы-самцы репродуктивного возраста исходной массой 170-230г, двух групп. Первую группу составили интактные животные. Группа 2 – экспериментальная - получала с кормом бензоат натрия в дозе 1,5г/кг ежедневно в течение 60 суток. Забои лабораторных животных проводили на 1, 30 и 60 сутки после окончания применения пищевой добавки. При выведении из эксперимента определяли массу животных контрольной и экспериментальной серий, на торсионных весах определяли массу правой и левой почек, с последующим вычислением относительной массы почек, в виде процентного соотношения массы почки (правой) к общей массе тела крысы. Измеряли линейные размеры (длину, толщину и высоту) почек.

Масса животных контрольной серии соответствовала возрастному распределению животных и закономерно увеличивалась в динамике роста. Масса тела животных экспериментальной группы не отличалась статистически достоверно от массы животных контрольной группы. Показательными являются изменения массы почек в ранние сроки (1 сутки) после окончания применения бензоата натрия животными, которые достоверно снижены на 14,2%. К 60 суткам после окончания длительного приема пищевой добавки, масса почек возрастает, но не достигает контрольных значений. Выявлен регресс всех линейных показателей почек крыс во все сроки после окончания влияния на них бензоата натрия.

Таким образом, хроническое употребление в пищу бензоата натрия приводит к изменениям морфометрических характеристик почек крыс в различные сроки эксперимента, что может быть обусловлено общей стрессовой реакцией организма на экзогенное воздействие.

ПЕРЕБІГ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО І НЕЙТРОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ЗА ДЕЛЕЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ *GSTM1*, *GSTT1*

Білоус Т.М.¹, Білик Г.А.¹, Бойчук Р.Р.²

¹ Буковинський державний медичний університет МОЗ України, м.Чернівці

² Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича

Вступ. Залежно від гетерогенності запалення бронхів на даний час вирізняють еозинофільний та нейтрофільний фенотипи бронхіальної астми (БА), які багато в чому визначають ефективність контролюючого лікування даного захворювання. Розглядаючи БА як багатофакторне захворювання, що визначається спадковими чинниками та патогенними стимулами зовнішнього середовища, дослідниками обговорюється припущення, що характер запалення бронхів залежить від поліморфізму генів *GSTM1*, *GSTT1*, які відіграють важливу роль в антиоксидантному захисті дихальних шляхів.

Мета дослідження: вивчити делеційний поліморфізм генів *GSTM1*, *GSTT1* у дітей, хворих на бронхіальну астму, з еозинофільним та нейтрофільним характером запалення дихальних шляхів.

Матеріали і методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 79 дітей шкільного віку, що хворіють на БА, з них у 46 хворих (I клінічна група) встановлено еозинофільний характер запалення бронхів (3% та більше еозинофілів у мокротинні), у 33 пацієнтів при не досягненні 3% еозинофілів у мокротинні – нейтрофільний (II група).

Результати. У хворих із комбінацією генотипів *T1+M1del* при еозинофільному фенотипі БА частіше траплялася її тяжка форма (61,5% проти 42,9%), а при нейтрофільному фенотипі – алергічний риніт (71,4% проти 15,4%) і виразніша лабільність бронхів (33,0% проти 13,8%). У дітей з комбінацією генотипів *T1delM1+* та еозинофільним фенотипом БА порівняно з пацієнтами з нейтрофільним запаленням бронхів визначалося підвищення вмісту метаболітів монооксиду нітрогену у конденсаті видихуваного повітря (63,1 мкмоль/мл проти 44,4 мкмоль/мл), вмісту загального IgE у сироватці крові (905,8 МО/мл проти 578,6 МО/мл). При нейтрофільному запаленні бронхів порівняно з еозинофільним генотип *T1delM1+* асоціював із тяжким перебігом захворювання (50,0% проти 37,5%) та супутнім алергічним ринітом (75,0% проти 12,5% відповідно).

Висновки. Таким чином, у дітей з еозинофільним і нейтрофільним фенотипами бронхіальної астми за наявності делеційного поліморфізму генів *GSTM1*, *GSTT1*, є певні клінічно-лабораторні особливості перебігу захворювання, що слід враховувати при виборі подальшої тактики базисного протизапального лікування.

СПОСІБ ФОРТОВАНОГО ФОРМУВАННЯ СТІНКИ НЕЗРІЛОЇ ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Бобро В.В.

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: поліпшення результатів лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози шляхом прискореного формування стінки незрілої

псевдокісти.

Матеріал та методи. Обстежено 14 пацієнтів із післянекротичними незрілими псевдокістами підшлункової залози (ПКПЗ). Середній вік пацієнтів склав $44,3 \pm 2,6$ років. За 2-3 тижні до операції проводили курс формування стінки ПКПЗ шляхом щоденного заповнення порожнини кісти через катетер 0,02% розчином декаметоксина до 2/3 від попереднього об'єму з експозицією 30 хвилин, з подальшою повною декомпресією і пасивним дренажуванням. Дренажування здійснювали за методикою «стилет-катетер» під місцевою анестезією. Товщину стінки кісти оцінювали за допомогою УЗД, яке проводили 1 раз на тиждень (Пат. № 77851, 25.02.2013). Додатково у 6 пацієнтів з відсутністю зв'язку ПКПЗ із протоковою системою ПЗ з метою стимулювання процесів фібротизації у дренажну суміш вводили 5 МО окситоцину 2 рази на тиждень. При збільшенні стінки кісти до товщини $\geq 3-4$ мм, згідно із даними контрольного УЗД, проводили накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу.

Результати і обговорення. Швидкість потовщення стінки ПК при запропонованій підготовці із застосуванням окситоцину складає $0,70 \pm 0,02$ мм/тиждень, при відсутності окситоцину в дренажній суміші - $0,49 \pm 0,08$ мм/тиждень ($t=2,5$, $p \leq 0,05$). Товщина стінки збільшилася в перший тиждень в 1,5 разів у пацієнтів без окситоцину, з окситоцином - 2,2 рази. Період формування стінки ПКПЗ до товщини, придатної до оперативного втручання, у пацієнтів з активним методом формування із застосуванням окситоцину склав $28 \pm 2,5$ днів, без окситоцину - $35 \pm 1,8$ ($p \leq 0,05$). Товщина стінки при застосуванні окситоцину через 4 тижні статистично достовірно була більше, ніж у пацієнтів без окситоцину ($p \leq 0,05$), що підтверджує літературні дані про фібротизуючі властивості окситоцину. Після завершення формування стінки ПК усім пацієнтам проведено накладення внутрішнього цистодигестивного анастомозу лапаротомним способом. До кінця госпіталізації у 12 (85,7%) хворих відзначено повний регрес кісти. Через 6 місяців хворих із залишковою порожниною ПК виявлено не було. Летальність була відсутня.

Висновки. Застосований спосіб дозволив скоротити процес формування стінки ПК до 4-5 тижнів і виконати накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу на ранніх термінах від початку захворювання, що сприяло оптимізації результатів хірургічного лікування.

ОЦІНКА ДИНАМІКИ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ХВОРИХ НА ПІОПНЕВМОТОРАКС ПРИ РІЗНИХ МЕТОДАХ ЛІКУВАННЯ.

Бойко В.В., Лопатенко Д.Е.

Харківський національний медичний університет

Досі є актуальною проблема надання ефективної допомоги хворим з гострими гнійними неспецифічними деструктивними захворюваннями легень і плеври. Перспективними методами діагностики вважається визначення імунного статусу хворих. Але досі відсутні специфічні лабораторні аналізи, за допомогою яких можна вирішити чи є лікування ефективним.

Мета роботи. Оптимізація діагностики та медичної допомоги хворим піопневмотораксом на основі аналізу взаємозв'язку клінічної картини та імунологічних показників крові.

Матеріали та методи. Обстежені 109 пацієнтів з піопневмотораксом. Для дослідження були відібрані пацієнти, у яких на момент надходження були виключені специфічні причини піопневмоторакса (туберкульоз, рак та ін.). Хворі були розподілені на дві групи відповідно до результату лікування піопневмотораксу. У групу 1 увійшли 15 хворих із летальним результатом лікування, групу 2 склали 94 хворих, які вижили. Консервативна терапія хворих в обох групах істотно не відрізнялася, концентрацію цитокінів визначали методом ІФА двічі: в першу та на сьому добу.

Результати та їх обговорення. Вивчення динаміки зміни рівня цитокіну в крові в першій і на сьомий день лікування дозволило виявити неоднорідність в утворенні ІЛ-6 у живих і померлих пацієнтів. У першу добу дослідження відмінності в рівні запальних маркерів у кровотоці (ІЛ-6) у групі пацієнтів, що вижили (730,2 pg / ml) і померлих пацієнтів (751 pg / ml) з піопневмотораксом були незначними. Однак на сьому добу дослідження концентрація ІЛ-6 в системному кровотоці у пацієнтів, що вижили, знизилася до 49,8 pg / ml (0,23 - 454 pg / ml) в порівнянні з групою померлих (767 pg / ml ; 135 - 3412 pg / ml , $p < 0.001$), у яких рівень утворення інтерлейкіну істотно не змінився (малюнок 1). Подібна тенденція для ІЛ-8 була статистично не достовірна. Таким чином, Дослідження величини ІЛ-6 в венозної крові в динаміці на першу і сьому добу лікування дозволяє оцінити ефективність проведеного лікування у хворих з піопневмотораксом, а відсутність зниження концентрації ІЛ-6 є негативним прогностичним ознакою, що вказує на неефективність проведеного лікування і високу ймовірність летального результату.

РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 У З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Болотських Г.В.

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

Актуальність. Серцева недостатність зі збережено. Систоличною функцією (СНЗСФ) є синдромом з низкою основоположних етіологічних чинників та численних патофізіологічних змін, які обумовлюють розвиток гетерогенного захворювання. Галектин-3 (Гал-3) бере участь у багатьох біологічних процесах, таких як зростання і проліферація клітин, апоптоз, ендогенне запалення, фіброз міокарду.

Мета: вивчити рівень Гал-3 у хворих з СНЗСФ на тлі цукрового діабету 2 типу (ЦД) та без нього.

Матеріали дослідження: Обстежено 71 пацієнт з СНЗСФ І-III ФК ішемічного генезу, ФВ ЛШ > 45%; (42 чоловіка і 38 жінки, середній вік – 60,1±10,4 роки): 42 пацієнта з цукровим діабетом 2 типу (ЦД) та 31 - без діабету. Контрольну групу склали 11 практично здорових осіб. У сироватці крові методом ІФА визначали вміст галектина - 3 (Bender MedSystems, Австрія) та інсуліну «Insulin ELISA («DRG Instruments GmbH», Німеччина). Для оцінки ступеня інсулінорезистентності (ІР) використовувався гомеостатический індекс ІР (НОМА - ІР), що розраховувався за формулою: $\text{НОМА - ІР} = \text{глюкоза натще (ммоль / л) x інсулін натще (мкЕД / мл) / 22,5}$). Статистична обробка проводилася за допо-

могою статистичного пакету SPSS 17.0. Статистично значущими вважалися відмінності даних і кореляція між даними при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У хворих з СНЗСФ без діабету рівні Гал-3 (3,13 [2,69; 3,65] пг / мл) були достовірно вище, ніж у групі контролю (2,28 [2,18; 2,61] пг / мл) ($p < 0,0001$). У хворих на діабет концентрація Гал-3 (2,88 [2,56; 3,52] пг / мл) була також більше, ніж у контрольній групі ($p < 0,006$), але в той же час менше, ніж у хворих без діабету, але відмінності були не достовірними. В цілому у пацієнтів з СНЗСФ незалежно від наявності ЦД встановлена позитивна кореляція Гал-3 і систолічного артеріального тиску та негативна кореляція зі співвідношенням Е/А ($r = +0,37$; $p < 0,05$ й $r = -0,37$; $p < 0,05$, відповідно).

Висновки. Рівні Гал-3 підвищуються при серцевій недостатності із збереженою фракцією викиду у хворих як з діабетом, так і без нього. Проте у хворих діабетом сироваткова активність Гал-3 зростає в меншій мірі, ніж у хворих без діабету. Підвищення Гал-3 взаємопов'язане з наростанням тяжкості діастолічної дисфункції і підвищенням систолічного артеріального тиску.

ПОЛЯРИЗАЦІЙНА МІКРОСКОПІЯ КОЛАГЕНОВИХ ВОЛОКОН ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНИХ КАРЦИНОМ

Бордік Н.Ю.

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

Мета дослідження. Визначити інформативність поляризаційно-оптичної характеристики гепатоцелюлярних карцином для удосконалення діагностичних заходів та об'єктивізації прогнозу.

Матеріал і методи. Поляризаційна мікроскопія нами застосовувалася для вивчення гістофізичних властивостей колагенових волокон строми в карциномах печінки. Дослідження проводилося в лінійно- та еліптично-поляризованому світлі. Гістологічні препарати післяопераційного матеріалу 20 гепатоцелюлярних карцином депарафінували і забарвлювали зрізи досліджували в поляризаційному мікроскопі в 10 полях зору при збільшенні 900x.

Результати дослідження. Досліджувана тканина на більшому протязі представлена волокнистою сполучною тканиною, що знаходиться на різних стадіях дозрівання. Більшість волокон мають низький ступінь анізотропії, характеризуються слабким світінням у поляризованому світлі, однак дихроїзм чітко виражений. Поряд з цими волоконцями, зустрічаються щільно прилегли, ШИК-позитивні, еозино- і фуксинофільні, метакроматичні при забарвленні толудіновим синім при рН 5,3 сполучнотканинні пучки. Колагенові волокна в таких пучках володіють подвійним променезаломленням і вираженим дихроїзмом. У поляризованому світлі пре- і колагенові волоконця мають слабке позитивне подвійне променезаломлення і дихроїзмом. Між тканиною печінки й комплексами як високо- так і низькодиференційованих форм гепатоцелюлярної карциноми виявляються товсті пучки пікринофільних та інтенсивно сіріус red-позитивних колагенових волокон, що циркулярно охоплюють пухлинні ділянки. Колагенові волокна в таких пучках мають яскраве блакитнувате, позитивне подвійне променезаломлення і дихроїзм. Низькі поляризаційно-оптичні показники фенольного індексу, а також індексів вмісту нейтральних мукополісахаридів і глікозаміногліканів свідчать про те, що в колагенових во-

локнах строми гепатокарцином переважає затримка їх формування на стадії нативних фібрил і основу їх складають, зазвичай, низькомолекулярні полімерні ланцюжки і мономерні фібрили колагену.

Висновки. Суттєвою ознакою катаплазії гепатокарцином є розпушення, розволокнення, базофілія, метакромазія (забарвлення толуїдиновим синім, рН-5,3), осередковий зернистий розпад колагену і зниження ступеня подвійного променезаломлення аж до повної втрати анізотропних властивостей базальної мембрани епітеліального комплексу.

РОЛЬ ІНГІБІТОРІВ АПФ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

Борзова-Коссе С.І.

Харківський національний медичний університет

У хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС) при ураженні ендотелія судин атеросклерозом відбувається порушення синтезу простацикліна (ПЦ) та виникають зміни функції тромбоцитів, які виявляються у гіперпродукції тромбоксана A_2 (TxA_2). В результаті змін рівноваги між ПЦ і TxA_2 , у бік останнього спостерігається збільшення ступеня вазоконстрикції та тромбоутворення, що призводить до зменшення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) можуть зменшувати ішемію міокарда за рахунок дії безпосередньо в коронарних судинах на синтез простаноідів, розпад брадікініну та норепінефрину.

Було обстежено 43 хворих з гострим коронарним синдромом з них 29 чоловіків і 14 жінок у віці від 35 до 63 років. В схему лікування всіх хворих було включено інгібітор АПФ берліпріл в добовій дозі від 5 до 10 мг. Концентрація простаноідів у плазмі крові визначалася радіоімунологічним методом.

До початку лікування у всіх хворих було відмічено зниження вмісту 6-кето-ПГФ_{1a} на 14,2 %, в той час як рівень TxA_2 мав тенденцію до зростання. Співвідношення TxB_2 /6-кето-ПГФ_{1a} на 19,4 % перевищувало таке у здорових людей. Одночасно з цим було зафіксовано збільшення вмісту ПГФ_{2a}/ПГЕ₂ на 4,5 %, ПГФ_{2a} на 9,3 % та співвідношення ПГФ_{2a}/ПГЕ₂ на 6,2 %.

На тлі лікування берліприлом було зафіксовано підвищення рівня 6-кето-ПГФ_{1a} та ПГЕ₂ на 15,2 % і 18,3% відповідно. Зміни рівнів TxB_2 і ПГФ_{2a} мали характер тенденції. Відповідно з цим у всіх хворих спостерігалось зниження коефіцієнтів TxB_2 /6-кето-ПГФ_{1a} і ПГФ_{2a}/ПГЕ₂. Співвідношення TxB_2 /6-кето-ПГФ_{1a} зменшилося на 13,7 %.

Динаміка змін співвідношення TxB_2 /6-кето-ПГФ_{1a} свідчить про переважання синтезу TxA_2 над простацикліном до початку лікування й зменшення дисбалансу в процесі терапії.

Зміни синтезу простаноідів, що відбувалися під впливом ІАПФ, також мали направленість до зниження коефіцієнта ПГФ_{2a}/ПГЕ₂ який зменшився на 9,9%.

Таким чином застосування ІАПФ в лікуванні хворих на гострий коронарний синдром призводить до зростання вмісту в плазмі простацикліна і ПГЕ₂ при одночасному зниженні рівня тромбоксана і ПГФ_{2a}, що є одним з факторів, які сприяють вазодилатуючій дії цих препаратів та позитивно впливають на перебіг захворювання.

ТИПОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДОВІРИ ДО ЛІКАРЯ У ХВОРИХ НА НЕВРОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ

Бородавко О.О.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м Харків

В умовах реформування сучасної медицини, суттєвої зміни характеру взаємин між лікарем і пацієнтом зростає потреба в оптимізації лікувально-реабілітаційного процесу та організації нових форм допомоги хворим, що неможливо без належно сформованого терапевтичного альянсу. Як відомо, ключову роль у формуванні конструктивних міжособистісних взаємин відіграє довіра учасників спілкування один до одного. Однак в сучасній медичній психології проблема довіри між лікарем та пацієнтом залишається фактично недослідженою. На сьогодні не визначено його структурні, рівневі та типологічні особливості у різних категорій хворих; не виділено основні чинники його формування та функціонування тощо.

Отже, **метою** роботи було визначити типологічні особливості довіри у пацієнтів з неврологічними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 54 пацієнти з неврологічними розладами (НР): 34 хворих із різними формами судинних захворювань головного мозку (СЗГМ) та 20 пацієнтів із розсіяним склерозом (РС). Психодіагностичний метод було реалізовано за допомогою «методики оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар – пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова, О.О. Бородавко, 2011). Феномен довіри в системі взаємин «лікар – пацієнт» ми розглядали в двох аспектах. По-перше, як інституціональну довіру. По-друге, як специфічну форму міжособистісної довіри, що складається впродовж лікувально-реабілітаційного процесу між хворими та медичними спеціалістами і має певні рівневі та змістовні характеристики. **В результаті дослідження** було визначено основні типи довіри до лікаря у пацієнтів з НР, а саме – ідеалістичний (36,58 %), емоційний (31,70 %), раціоналістичний (12,20 %) та інтегративний (19,52 %). Аналіз даних з урахуванням нозологічної належності пацієнтів показав, що у хворих на РС дещо більше, ніж у пацієнтів із СЗГМ, виражений емоційний тип довіри до лікаря (38,46% та 28,57%).

Висновки. Таким чином, домінуючими типами довіри до лікаря у хворих на НР є ідеалістичний та емоційний. Хворі на РС дещо частіше, ніж пацієнти із СЗГМ, проявляють емоційний тип довіри до медичного спеціаліста. Отримані дані можуть бути використані при розробці заходів, спрямованих на оптимізацію лікувально-реабілітаційного процесу для хворих на НР та інших категорій пацієнтів.

ТЕРАПІЯ ПРИВЫЧНОГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Бородай И.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Среди важнейших проблем практического акушерства, одно из первых мест занимает проблема привычного невынашивания беременности (ПНБ). Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, терапии и профилактики данной

патології посвящено більше число досліджень, однак, до настоящего времени эта проблема далека от разрешения. Частота этой патологии колеблется от 10 до 20-25% к числу беременностей и не имеет тенденции к снижению.

Цель – уменьшение репродуктивных потерь у женщин с ПНБ и разработка новых подходов к комплексному лечению данной патологии.

Материалы и методы. Проведено доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод 85 женщин с ПНБ, которые были распределены на 2 клинические группы, в зависимости от метода лечения. I группа – 43 беременных с угрозой прерывания беременности, имевшие в анамнезе ПНБ, которым проводилась стандартная терапия угрозы прерывания беременности. II группа – 42 беременных с угрозой прерывания беременности, имевшие в анамнезе ПНБ, которым проводилась комплексная терапия с применением экстракта клеток плацентарной ткани (ЭКПТ).

У женщин с ПНБ наблюдалось снижение индексов сосудистого сопротивления в межворсинчатом пространстве ($IP-0,36 \pm 0,03$, $PI-0,49 \pm 0,06$), увеличение периферического сопротивления в маточных артериях ($PI-2,69 \pm 0,02$), повышение сосудистого сопротивления спиральных артерий ($PI-0,78 \pm 0,05$), артерии пуповины ($PI-3,53 \pm 0,16$), снижение скоростей кровотока в венозном протоке у плода. Улучшение гемодинамических показателей быстрее происходило у женщин II группы.

Лучшие исходы беременности были во II группе пациенток: родами в срок закончились беременности у 38 (90,5%) женщин, тогда как в I группе беременных - у 29 (67,4%) женщин ($p < 0,05$). Преждевременные роды отмечены у 4 (9,3%) женщин I группы, тогда как во II группе – у 2 (4,8 %) женщин ($p < 0,05$). Выкидышами закончились беременности у 10 (23,3%) женщин I группы, а во II – лишь у 2 (4,8 %) женщин ($p < 0,05$).

Выводы. Комплексная терапия с применением ЭКПТ позволяет значительно снизить число осложнений беременности и улучшить исход родов (увеличение числа нормальных родов, снижение перинатальной заболеваемости), что указывает на его высокую эффективность (90,5%) по сравнению с традиционной терапией (67,4%).

РОЛЬ МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Буркаль М.С.

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

На сьогодні про артеріальну гіпертензію (АГ) можна говорити як про неінфекційну епідемію, що охопила населення всієї планети у XXI ст. Приблизно третина всього дорослого населення світу страждає від підвищеного артеріального тиску, а сама АГ та її ускладнення посідають перше місце за внеском у смертність від серцево-судинних захворювань.

Мета роботи – дослідити роль модифікації способу життя в лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію.

Для вирішення поставленої мети було проаналізовано та досліджено анамнестичні, антропометричні дані та параметри артеріального тиску у 46 хворих з

артеріальною гіпертензією II та III ступеня. Середній вік обстежених пацієнтів склав $52,91 \pm 6,37$ роки. Діагноз артеріальної гіпертензії було встановлено згідно рекомендацій Асоціації кардіологів України 2008 та 2010 року. Результати. В результаті аналізу отриманих даних та спостереження за хворими встановлено, що у пацієнтів спостерігався помірний та високий рівень артеріального тиску (САТ – $176,8 \pm 12,1$ мм рт. ст.; ДАТ – $106,1 \pm 9,4$ мм рт. ст.). У 18 хворих було виявлено вісцеральне ожиріння I-II стадії (індекс маси тіла (ІМТ) склав $33,9 \pm 3,14$ кг/м², об'єм талії у жінок $96,8 \pm 4,7$ см, а у чоловіків – $106,7 \pm 4,9$ см). Обстежені пацієнти були розподілені на основну групу та групу порівняння. Обидві групи пацієнтів приймали стандартну антигіпертензивну терапію (інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, сечогінні). Пацієнти основної групи додатково до медикаментозної терапії ретельно дотримувалися рекомендацій з модифікації способу життя: DASH-дієта (Dietary Approaches to Stop Hypertension), лікувальна фізкультура, щоденна ходьба, протягом 45 хвилин на день, зменшення або повна відмова від вживання алкоголю та нікотину. При заключному обстеженні було встановлено, що дотримання даних рекомендацій призвело до зниження ІМТ на $4,1 \pm 1,1$ кг/м² та зменшення об'єму талії на $4,4 \pm 0,8$ см. Динамічне спостереження за показниками артеріального тиску показало, що у 94,32% пацієнтів вдалося досягти цільових показників артеріального тиску, а рівні САТ та ДАТ були нижчими на $14 \pm 1,8$ мм рт.ст. та $6 \pm 1,1$ мм рт.ст. відповідно, відносно групи порівняння. Висновки. Модифікація способу життя є вкрай важливим фактором в лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Дотримання рекомендацій з модифікації способу життя поряд з медикаментозними засобами дозволяє в подальшому зменшити дозу антигіпертензивних препаратів, покращити якість життя пацієнтів та знизити ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ IL-4 У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Бутов Д.О.

Харківський національний медичний університет

Туберкульоз є основною причиною захворюваності та смертності в усьому світі. За оцінками ВООЗ, одна третина населення світу інфікована мікобактеріями туберкульозу, і приблизно 1 млрд. людей будуть додані до цього числа до 2020. У принципі, звичайно зараження залежить від складної взаємодії господаря, мікобактеріями туберкульозу та різних факторів. Одним з таких основних факторів при туберкульозі грають особливості інфікованого штаму мікобактерії туберкульозу, характер імунної відповіді та генетичні особливості макроорганізму.

Метою роботи було вивчення поліморфізму C-589T гену IL-4 у хворих на рецидив туберкульозу легень.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням було 100 хворих на рецидив туберкульозу легень (1 група) європеїдного походження, які проживали на території Харкова та Харківської області, у віці з 20 до 70 років, середній вік хворих склав $41,79 \pm 0,94$. У всіх хворих спостерігався інфільтративний туберкульоз легень. У контрольну групу були включені 30 від-

носно здорових донорів (2група). Дослідження ділянок гену IL-4 поліморфізму С-589Т у генному людини визначали методом полімеразної ланцюгової реакції з флюоресцентною схемою детекції продуктів у режими реального часу з використанням набору реагентів "SNP-ЭКСПРЕСС" (НВФ «Литех», Росія), згідно інструкції виробника.

Результати дослідження. Було встановлено, що серед хворих на рецидив туберкульозу легень частіше зустрічаються носії гетерозиготного генотипу, що спостерігалось у 61 (61%) хворого, найбільш рідкісним генотипом виявився гомозиготний варіант у 39 (39%) хворих промоторної ділянки IL-4 гена С-589Т з якого 21 (21%) хворий мутаційна і 18 (18%) хворих нормальна гомозигота генотипу. Серед здорових осіб переважала нормальна гомозигота у 17 (56,66%) хворих над гетерозиготним генотипом 7 (23,34%) і мутаційним гомозиготним генотипом у 6 (20%) хворих.

Висновки. Для відносно здорових донорів більшою мірою характерний гомозиготний варіант промоторної ділянки С-589Т гена IL-4 ніж у хворих на рецидив туберкульозу легень, де спостерігався гетерозиготний варіант поліморфізму гену. Імуногенетичними факторами, що володіють протективним ефектом у хворих на рецидив туберкульозу легень, є гомозиготний варіант промоторної ділянки С-589Т гена IL-4.

ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗІ

Бутова Т.С.

Харківський національний медичний університет

Метою роботи є вивчення генетичних основ розвитку поєднаного перебігу артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету (ЦД) у жінок у постменопаузі.

Для досягнення поставленої мети проведено аналізу різних вітчизняних та зарубіжних літературних джерел за останні 7 років.

Очікувана тривалість життя - один з основних індикаторів якості системи охорони здоров'я у критеріях оцінки Всесвітньої організації охорони здоров'я, має пряму кореляцію з показником загальних витрат на охорону здоров'я, за даними статистики ООН (2005-2011рр.). За рейтингом середньої тривалості життя серед жінок різних країн світу, Україна займає 124 місце серед 193, середня тривалість життя українок – 73,8 років. Таким чином, легко підрахувати, що після менопаузи жінка живе у середньому 20-30 років, тобто десь третину свого життя. Кількість людей похилого віку в усьому світі зростає, що зумовлено як загальним покращенням життя людства, так і підвищенням якості медичної допомоги. Таким чином, стає нагальною проблема сучасної медицини підвищення якості життя жінки у постменопаузі.

На сьогодні АГ є основним фактором ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на ЦД 2 типу. Так, поєднання АГ та ЦД підвищує ризик серцевих та цереброваскулярних ускладнень у середньому у 5-6 разів, порівняно з хворими на АГ без ЦД і створює загрозу передчасної інвалідазації та смерті від серцево-судинних ускладнень.

Основним патогенетичним механізмом АГ у жінок у постменопаузі є виника-

ючий у цей період дефіцит естрогенів і пов'язане з цим зникнення захисної дії даних гормонів на серцево-судинну систему. Естроген також грає важливу роль у патогенезі цукрового діабету 2 типу. Реалізація ефектів естрогенів залежить не тільки від концентрації естрогену в крові і співвідношення статевих стероїдів, але й від взаємодії молекул естрогенів зі специфічними рецепторами, тобто ці гормони трансформують рецептори з неактивної в активну форму. Через активацію певних генів вони втручаються у клітинний метаболізм і функції, сприяючи синтезу специфічних, необхідних для відтворення, речовин.

Висновок. Доцільно дослідити генетичні варіанти поліморфізму гена рецептору естрогенів ESR1 у хворих на АГ з ЦД 2 типу у постменопаузі як актуальний та перспективний напрямок наукових досліджень.

ГІГІЄНИЧНІ ПИТАННЯ ЩОДО ВСТАНОВЛЕННЯ САНІТАРНО-ЗАХИСНИХ ЗОН ДЛЯ АВТОМАТИЧНИХ ГАЗОРОЗПОДІЛЬНИХ СТАНЦІЙ

Бухало І.Л., Махнюк В.М., Могильний С.М., Стирта З.В.

Державна установа «Інститут гігієни та медичної екології ім.О.М.Марзєєва Національної академії медичних наук України», м.Київ

Метою наукового дослідження було проведення санітарно-епідеміологічної оцінки матеріалів існуючих 18 автоматичних газорозподільних станцій (АГРС) в Львівській, Івано-Франківській, Закарпатській, Чернігівській областях, що змінили функціональне призначення з статусу магістральних на – газорозподільні.

Завданням роботи було вивчення несприятливого впливу цих об'єктів на навколишнє середовище та встановлення санітарно-захисних зон (СЗЗ) для них. У санітарній класифікації “Державних санітарних правил планування та забудови населених пунктів. ДСП №173-96” (п.19, додаток №4) визначено, що для газорозподільних станцій магістральних газопроводів встановлена СЗЗ розміром у 300 м. Пряме посилення щодо АГРС, які не є магістральними і виконують функцію зменшення тиску газу в мережі та подачі газу безпосередньо для населення, відсутнє.

Результати санітарно-епідеміологічної оцінки матеріалів з вивчення впливу на навколишнє середовище зазначених АГРС показали, що фактичні валові викиди від цих об'єктів становили в межах від 5,28 до 376,3 т/рік, в тому числі метану – 1,6-373,5 т/рік (38,3 % - 99,99 % від всіх викидів). Максимальні граничнодопустимі концентрації забруднюючих речовин на відстані 96 м – 295 м від джерел викидів об'єктів до найближчої житлової забудови не перевищували гігієнічні нормативи за ДСП 201-97 «Державні санітарні правила охорони атмосферного повітря населених місць (від забруднення хімічними та біологічними речовинами)» і становили: діоксиду азоту – 0,135-0,280 ГДК, оксиду вуглецю – 0,260-0,320 ГДК, метану – 0,145-0,282 ГДК, які були підтверджені натурними дослідженнями.

Еквівалентні рівні шуму на межі найближчої житлової забудови за результатами натурних досліджень становили 30-43 дБА і відповідали СН №3077-84 “Санитарные нормы допустимого шума в помещениях жилых и общественных зданий и на территории жилой застройки”.

Розрахункові зони вибухопожежобезпеки становили 56,8-123,6 м і не перевищували розміри запропонованих проектами СЗЗ.

Вищевикладене дає підстави розглянути актуальні на сьогодні питання щодо внесення доповнень до санітарної класифікації у частині встановлення диференційованих СЗЗ для сучасних АГРС з урахуванням їх потужності, впровадження сучасних технологій та природоохоронних заходів.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ
МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО
КИШЕЧНИКА, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЁЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ В
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ
Быкадоров В.И., Терёшин В.А.**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

В мировой гастроэнтерологической практике синдром раздраженного кишечника (СРК) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Немаловажным является тот факт, что у пациентов, которые находились под нашим наблюдением, СРК был осложнен не менее актуальным заболеванием – хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). В исследованиях последних лет доказано, что нормализация микрофлоры кишечника, а именно применение пробиотиков содержащих *Bifidobacterium lactis* способствует нормализации показателей фагоцитарной активности макрофагов (ФАМ). Таким образом мы считаем целесообразным изучение влияния современного пробиотика лациум, который содержит два штамма *Bifidobacterium lactis* на динамику показатели ФАМ: фагоцитарное числа (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс атракции (ИА) и индекс переваривания (ИП) у больных с СРК, сочетанным с ХНХ при лечении в амбулаторно-поликлинических условиях (АПУ). Под нашим наблюдением находилось 78 больных с установленным диагнозом СРК, сочетанного с ХНХ. Все больные были распределены на две группы – основную (40 больных) и сопоставления (38 пациентов), рандомизированы по возрасту, полу и тяжести заболевания. Больным группы сопоставления осуществлялось общепринятое лечение в соответствии со «Стандартизированными протоколами диагностики и лечения болезней органов пищеварения». Больные основной группы в качестве пробиотика получали современный препарат Лациум.

До начала лечения у больных основной группы показатели ФАМ были ниже нормы: ИП в 1,94 раза, ФИ в 1,79 раза, ФЧ в 1,53 раза, ИА в 1,26 раза; в группе сопоставления: ИП был меньше нормы в 1,89 раза, ФИ в 1,74 раза, ФЧ в 1,43 раза, ИА в 1,29 раза. При изучении показателей ФАМ после окончания лечения у больных основной группы, была установлена четкая тенденция к нормализации изученных показателей, а именно – ФИ повышался в 1,74 раза относительно исходного значения, ФЧ в 1,46 раза, ИА в 1,24 раза, показатель ИП в 1,88 раза. В группе сопоставления после окончания лечения также наблюдалась положительная динамика изученных показателей ФАМ, но существенно менее выражена: ФИ оставался в 1,37 раза меньше нормы, ФЧ в 1,48 раза, ИА в 1,17 раза, ИП в 1,33 раза. Исходя из полученных данных, можно считать уместным и патогенетически обоснованным использование современного пробиотика лациум в комплексе ле-

чении в АПУ больных с СРК, сочетанного с ХНХ.

ПРОГРАММА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ – МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ??

Вакуленко Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

На сегодняшний день, остро стоит проблема острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, они характеризуются высокой распространенностью, порой смертельным исходом, сложностью своевременной диагностики и низкой эффективностью лечения. На качество и эффективность лечения больных с флегмонами прежде всего влияет характер, объективность и достоверность диагностики, однако, в последние десятилетия существующие традиционные методы обследования во многих случаях не дают врачу достаточного объема достоверной информации. Одним из направлений улучшения и совершенствования методов диагностики, планирования и коррекции лечения многих заболеваний является прогнозирование его течения.

Прогнозирование в клинической, экспериментальной и профилактической медицине представляет собой один из важных и сложных разделов деятельности врачей различного профиля. Под прогнозированием принято понимать предвидение характера течения патологического процесса как на этапах возникновения заболевания, так и на этапах его течения (прогрессирования). Возможность сопоставления совершенно разнородных характеристик процесса, разработки независимых интегральных показателей возникла с появлением работ по использованию в научных исследованиях различной направленности так называемой функции желательности Харрингтона. Эта функция нами была использована при разработке компьютерной программы прогнозирования течения острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области «Прогноз» для применения в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с целью выявления риска возникновения осложнений и их профилактики. Использование предложенной программы позволило нам отметить, что данные исхода лечения с применением программы совпали в 92 % случаев что обеспечило своевременную коррекцию лечения с учетом индивидуальных особенностей течения процесса.

Данная программа состоит из нескольких блоков, введение и анализ данных, получение результата в удобном, компактном для исследователя виде (характер, объем информации) а также возможность хранения информации в архиве.

КОРРЕКЦІЯ ОБ'ЄМА МИШЕНИ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПІЇ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ

Васильев Л.Л.

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков

Введение: Несмотря на значительный прогресс в точности воспроизведения сеансов облучения, учет движения опухоли и окружающих органов при дыхании пациента остается одной из важнейших проблем при планировании современной радиотерапии рака легкого.

Цель работы: Оценить возможность применения рентгеноскопии для учета амплитуды движения опухоли в дыхательном акте при планировании облучения.

Материалы и методы: В этом исследовании с помощью рентгеноскопии проводился анализ смещения опухоли при дыхании с последующим формированием планируемого объема облучения. Было включено 20 пациентов (13 мужчин и 7 женщин) с периферическим раком легкого. В качестве опорного изображения каждому была выполнена компьютерная томография (КТ) на столе с плоской декой в позе укладки с задержкой дыхания на вдохе. В планирующую систему (Varian "Eclipse") были внесены полученные на КТ изображения, очерчены мишени, критические органы и опорные точки [5]. Далее на рентген-симуляторе (Varian Acuity) оценивалось движение опухоли по всем направлениям в прямой и боковой проекциях, без задержки дыхания. Опухоль была оконтурена на каждом полученном снимке вручную. По полученным результатам вносилась корректировка в выбранный объем облучения. У каждого исследуемого из полученных данных о положении, и смещении опухоли сформирован планируемый объем облучения.

В результате проведенного анализа было установлено, что учет движения опухоли с помощью рентгеноскопии дает преимущество для снижения радиотоксичности при формировании объема облучения.

Выводы: Данное исследование показало важную роль в создании индивидуализированного плана лечения у пациентов с периферическими опухолями легких. Преимущество данного метода в том, что оценка смещения возможна на обычном рентгенаппарате с функцией рентгеноскопии.

ПРО ВАЖЛИВІСТЬ ВИВЧЕННЯ МАКРОСКОПІЧНИХ ДАНИХ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Васько А.Р., Гаргін В.В.^{*,1}

Харківська медична академія післядипломної освіти,

Харківський національний медичний університет,*

Інститут Терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України¹

Питання вірогідності наявності непластичного процесу щитоподібної залози (ЩЗ) може виникнути під час оперативного втручання, що вимагає від хірурга адекватного реагування. Це визначає актуальність розробки обґрунтованих підходів до діагностики новоутворень щитоподібної залози, що має базуватися як на макроскопічному, так й гістологічному дослідженні тканинного мате-

ріалу, що й було метою нашої роботи.

Нами запропоновано спосіб інтраопераційної діагностики стану тканини щитоподібної залози, який дозволяє проводити створювати перед умови для діагностики під час операції шляхом дослідження осередкових утворень, їх структури і капсули, фону, що оточує їх. Макроскопічна оцінка тотальних зрізів дозволяє з'ясувати стадію захворювання і визначити об'єм резекції органу. При оцінці маси пухлини ЩЖ брали до уваги її розмір, локально-регіонарне поширення і наявність віддалених метастазів, вивчення розміру пухлини, наявність мультицентричності, проростання пухлиною капсули щитовидної залози, метастазів в протилежній частці, метастазів в лімфатичних вузлах, інвазії судин, осередків некрозів, характер відмежування пухлини капсулою, ступінь клітинної атипії.

Отримані результати показали, що багатофокусне зростання папілярних карцином визначається двома морфологічними факторами - типом гістологічної будови і характером інкапсуляції цих утворень. Найбільш часто мультицентричність виявлялася при неінкапсульованих пухлинах змішаної (фолікулярної- папілярної, папілярно-солідної і фолікулярної-солідної) будови. У випадках багатофокусного зростання папілярних карцином частіше спостерігається регіонарне метастазування.

Незалежно від розміру пухлини, мультицентричність в одній частці значно частіше супроводжується ураженням контрлатеральної частки залози. Можливо, що у більшості цих хворих після оперативного лікування пухлинний процес залишається у вигляді мікросередків в остаточній тканині залози, що в подальшому може призводити до більшої частоти локально-регіонарних рецидивів, віддалених метастазів та більш високого рівня смертності.

Таким чином, субопераційна оцінка патологічного процесу в тканині ЩЖ на органному, тканинному і клітинному рівнях, що може бути використана як для підготовки гістологічного матеріалу, так і для інтраопераційного визначення об'єму оперативного втручання.

ВПЛИВ СТРЕСУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ КРОВІ ЩУРІВ

Ватліцов Д.В., Русецька Н.В.

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ*

Визначення біохімічних чинників розвитку патологічних станів, що виникають в наслідок дії стресів в організмі людини є однією з ключових задач сучасної патофізіології, оскільки на сьогодні не визначені маркери, які можуть бути використані для ранньої діагностики розвитку таких процесів.

Матеріали та методи: Дослідження проводили на самцях щурів (n=60) вагою 250±10 г. За основу призначення навантаження була використана сенсорно контактна модель вивчення агресивності щурів. Активність АлАт, АсАт, ГГТ та концентрацію ЛПВЩ, ЛПНЩ, загальний холестерин (ЗХ), тригліцериди (ТГ), глюкози визначали на автоматичному біохімічному аналізаторі Labline-100 з використанням наборів реагентів Human. Статистичну обробку проводили з використанням програми Statistica.

Результати: За результатами дослідження встановлено, що статистично значущі зміни ($p < 0,05$) показників ліпідограми, ферментів та глюкози визначались у тварин, що піддавались сполученій дії психо-емоційного та іммобілізаційно-гіпо-гіпертермічного навантаження АсАт– $41,83 \pm 5,40$ Од/л; ЛПВЩ– $1,75 \pm 0,12$ ммоль/л; ТГ– $0,54 \pm 0,25$ ммоль/л; ОХ– $1,13 \pm 0,23$ ммоль/л, відносно контролю де показники становили - АсАт– $49,62 \pm 7,35$ Од/л; ЛПВЩ– $1,89 \pm 0,03$ ммоль/л; ТГ– $0,87 \pm 0,32$ ммоль/л; ЗХ– $1,38 \pm 0,12$ ммоль/л. Аналіз показників отриманих в інших групах вказує на те, що психоемоційне навантаження призводить до активації кардіопротекторних систем, оскільки статистично значимо ($p < 0,05$) знижується рівень ЛПНЩ до $0,31 \pm 0,08$ ммоль/л, а рівень ЛПВЩ підвищується до $1,99 \pm 0,49$ ммоль/л відносно контролю, (ЛПНЩ– $0,41 \pm 0,07$ ммоль/л). В той час як у тварин які піддавались іммобілізаційно-гіпо-гіпертермічному навантаженню статистично значущі зміни ($p < 0,05$) відмічались лише в збільшенні активності АсАт ($52,87 \pm 4,81$ Од/л).

Висновки: Показано активацію різних відновних систем залежно від типу стресу, при психо-емоційному стресорному навантаженні спостерігалась активація кардіопротекторних систем, при іммобілізаційно-гіпо-гіпертермічному навантаженні активація антиоксидантних систем, сукупне навантаження призводить до якнайшвидшого виснаження. Виявлені закономірності мають значення при моделюванні патологічних станів.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ ООЦИТІВ II ПОРЯДКУ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ТА ЛОКАЛЬНОГО ОПРОМІНЕННЯ ІОНІЗУЮЧОЮ РАДІАЦІЄЮ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН

Ватліцова О.С., Мотрина О.А., Горбань Л.Г., Клепко А.В.

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
м.Київ*

В умовах сучасності сумарне радіаційне навантаження на організм лише посилюється, що загалом негативно впливає на реалізацію репродуктивної функції. Отже вивчення особливостей впливу іонізуючого випромінювання на репродуктивну систему залишається актуальним питанням.

Метою дослідження було визначення закономірностей впливу іонізуючої радіації на процес овуляції та виживання ооцитів II порядку експериментальних тварин за різних доз та режимів опромінення.

Дослідження проводили на самках щурів масою 180-220г., яких опромінювали на установці РУМ-17 (потужність дози 0,34 Гр/хв.) в діапазоні доз 0,5-2,0 Гр (тотальне опромінення), 0,5-10,0 Гр (локальне опромінення тазу чи голови). Показники життєздатності, виходу та загибелі ооцитів II порядку тварин оцінювали за накопиченням родаміну 123 та пропідіум йодиду через 2, 7, 14 та 30 діб після опромінення.

Тотальне опромінення та локальне тазу в дозі 0,5, а також опромінення голови в дозі 5,0 Гр мало радіостимулюючий ефект, що відобразилось у кількості отриманих ооцитів II порядку, а саме $26,0 \pm 2,0$ шт., $18,0 \pm 1,0$ шт. та $32,0 \pm 3,0$ шт. відповідно проти $12,0 \pm 1,0$ шт. в контрольній групі. Було показано, що при тотальному опроміненні тварин в дозі 0,5 Гр через 2 доби спостерігалось зменшення кількості життєздатних ооцитів II до 30 %, відносно контролю.

Збільшення терміну після опромінення до 14 діб призводило до зростання відсотку життєздатних ооцитів II при всіх дозах опромінення. Після опромінення ділянки тазу щурів в діапазоні доз 0,5-5,0 Гр через 2 доби відзначалося зменшення кількості життєздатних клітин зі збільшенням дози опромінення. Слід відмітити, що після опромінення ділянки тазу тварин в дозі 0,5 Гр на 30 добу відбувалось повне відновлення життєздатності ооцитів II. При локальному опроміненні ділянки голови у самок щурів значного зменшення кількості життєздатних яйцеклітин не помічено.

Було показано радіостимулюючий ефект на процес овуляції при локальному опроміненні ділянки тазу та тотальному опроміненні в дозі 0,5 Гр, а також локальному опроміненні голови при 5,0 Гр. Виявлено здатність до здійснення суперовуляції після тотального опромінення. Показано, що реалізація радіаційної загибелі ооцитів II після локального опромінення тазу в дозах 0,5-1,0 Гр відбувається шляхом апоптозу, а при 2,0 Гр – некрозу. В той же час при локальному опроміненні голови апоптичний шлях реалізації загибелі був визначальним в більш широкому діапазоні доз.

ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Карапыш В.А., Дегтярёва А.Э.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Цель исследования – оценить влияние антагонистов альдостерона на качество жизни и клинический статус пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 68 пациентов (39 мужчин и 29 женщин, средний возраст $54,5 \pm 10,5$ лет) с компенсированной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза I-II функционального класса (ФК) (NYHA) с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ФВ > 45%). Больные были разделены на две группы: 1-ю (n=34) составили лица, получавшие только стандартную терапию ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, в-адреноблокаторы, статины, антиагреганты), пациенты 2-й группы (n=34) дополнительно принимали антагонист альдостерона спиронолактон с титрованием дозы 25-50 мг/сут. Исходно и через 6 мес всем пациентам проводился тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ) с оценкой выраженности одышки по шкале Борга, определение ФК ХСН, оценка качества жизни пациентов по опроснику EQ-5D-3L с визуальной аналоговой шкалой (ВАШ).

Результаты. Исходно существенных различий по клинической характеристике пациентов, результатам ТШХ ($408,1 \pm 43,2$ м в 1-й группе и $404,5 \pm 44,2$ м во 2-й), количеству баллов по шкале Борга ($4,1 \pm 0,5$ в 1-й группе и $4,3 \pm 0,5$ во 2-й), ФК ХСН (I ФК – 16 (47%) пациентов 1-й группы, 15 (44%) пациентов 2-й, $\chi^2=0,00$, II ФК – 18 (53%) пациентов 1-й группы, 19 (56%) пациентов 2-й, $\chi^2=0,00$) и качеству жизни между группами не было ($p > 0,05$). В течение всего периода наблюдения пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию в сопоставимых дозах.

К концу периода наблюдения в обеих группах было отмечено существенное увеличение толерантности к физической нагрузке по результатам ТШХ, однако во 2-й группе показатели оказались достоверно ($p=0,02$) выше ($497,5\pm 43,1$ м) по сравнению с 1-й ($428,7\pm 44,2$ м). Выраженность одышки после проведения ТШХ уменьшилась в обеих группах, но существенно больше во 2-й ($2,4\pm 0,2$ баллов в сравнении с $3,2\pm 0,4$ баллами в 1-й группе, $p=0,009$). Во 2-й группе ФК ХСН снизился у 12 (35,2%) пациентов, в то время как в 1-й группе только у 2 (5,9%) ($\chi^2=4,20$, $p=0,04$). У пациентов 2-й группы отмечено достоверное улучшение качества жизни по всем компонентам опросника EQ-5D-3L ($p<0,05$), в то время как в 1-й улучшение наблюдалось лишь по компоненту ухода за собой и ощущений боли/дискомфорта. Средний показатель ВАШ улучшился в обеих группах (в 1-й с $60\pm 3,5$ до $70\pm 4,1$, во 2-й с $60\pm 5,1$ до $79\pm 5,3$), однако более значимо во 2-й.

Выводы. Применение спиронолактона в течение 6 мес в дополнение к стандартной терапии у пациентов с компенсированной ХСН ишемического генеза ассоциируется с достоверным увеличением толерантности к физической нагрузке, уменьшением выраженности одышки, ФК сердечной недостаточности и улучшением качества жизни.

ВЛИЯНИЕ ПОЛНОГО ЙОГОВСКОГО ДЫХАНИЯ НА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ватутин Н.Т., Шевелёк А.Н., Кравченко А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Цель исследования – оценить влияние полного йоговского дыхания на электрофизиологические параметры миокарда у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 65 пациентов (35 мужчин и 30 женщин, средний возраст $65,2\pm 5,7$ лет), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН ишемического генеза со сниженной фракцией выброса левого желудочка ($<45\%$). Больные были разделены на две группы: 1-ю ($n=33$) составили лица, получавшие только стандартную терапию ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты альдостерона, в-адреноблокаторы, дигоксин, петлевые диуретики, статины, антиагреганты), пациенты 2-й группы ($n=32$) дополнительно были обучены полному йоговскому дыханию, состоящему из трех последовательных фаз – брюшного, грудного и ключичного. Исходно участники 2-й группы выполняли полное дыхание в положении лежа на спине либо сидя ежедневно 4 раза в день по 8-10 дыхательных циклов, затем, по мере освоения упражнения, практиковали его также в положении стоя и во время ходьбы при появлении переносимой одышки. Исходно и спустя 6 мес от начала исследования всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) с оценкой среднесуточной частоты сердечных сокращения (ЧСС_{ср}) и ЭКГ высокого разрешения с определением поздних потенциалов желудочков (ППЖ).

Результаты. Исходно существенных различий по клинической характери-

стике пацієнтів, ЧСС_{сп} (76,7±8,1 уд/мин в 1-й групі і 75,3±5,7 уд/мин в 2-й) і частоті виявлення ППЖ (76% в 1-й групі і 84% - в 2-й) між групами не було ($p>0,05$).

К концу періода спостереження в обох групах було відмічено суттєве зниження ЧСС_{сп}, однак в 2-й групі даний показник виявився достовірно ($p=0,009$) нижче (63,8±4,7 уд/мин) порівняно з 1-й (67,2±3,4 уд/мин). Частота виявлення ППЖ значимо знизилася в 2-й групі ($\chi^2=9,23$, $p=0,002$), в той час як в 1-й достовірно не змінилася ($\chi^2=0,12$, $p=0,73$).

Висновки. Застосування повного йоговського дихання в доповнення до стандартної терапії пацієнтів, госпіталізованих з приводу декомпенсації ХСН, асоціюється з достовірним покращенням електрофізіологічних параметрів міокарда в порівнянні з групою стандартної терапії.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ **Ващук А.І.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. Діагностика хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) значно ускладнена у пацієнтів, що страждають на ішемічну хворобу серця (ІХС), в той же час ці захворювання приречені на співіснування завдяки низці спільних чинників, а саме: вік, куріння, забруднення атмосфери різними політантами, стресогенні фактори, недостатня фізична активність, тощо.

Мета та завдання. Визначити поширеність ХОЗЛ серед пацієнтів на ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 48 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні МКЛ №1 з приводу ІХС та не мали супутніх хронічних захворювань органів дихання. Середній вік обстежених 64,2±1,8 років, серед них чоловіків було 35 (72,9%), середній вік – (61,3 ±1,4 років), жінок – 13 (27,1%), середній вік (69,2±2,4 років). Опитування проводили за анкетною рекомендованою GOLD для виявлення ХОЗЛ. У хворих, що позитивно відповіли на питання анкети проводили комп'ютерну спірографію. Всім хворим визначено ступінь задишки за шкалою mMCR.

Результати дослідження: встановлено, що 26 хворих (54,1%) відмічали симптоми характерні для ХОЗЛ, 10 хворих (20,8%) – постійний кашель та наявність хрипів у грудях; 9 хворих (18,8%) – наявність харкотиння. За результатами комп'ютерної спірографії у 11 пацієнтів (22,9%) діагностовано ХОЗЛ: у 3 хворих (27,2%) діагностовано ХОЗЛ I стадії, у 6 хворих (54,5%) – ХОЗЛ II стадії, у 2 хворих (18,3%) – ХОЗЛ III стадії. Серед пацієнтів з діагностованим ХОЗЛ в 1,59 разів був вищим ступінь задишки за шкалою mMCR на відміну від хворих без ХОЗЛ, відповідно (3,67±0,2) та (2,3±0,1) балів, ($p<0,05$); в 1,87 разів більша кількість нападів стенокардії; в 1,57 разів більша потреба в нітрогліцерині.

Висновки. Таким чином, виявлення пацієнтів з факторами ризику ХОЗЛ, зокрема курінням та їх додаткове обстеження дозволяє підвищити ефективність діагностики ХОЗЛ. Метод опитування виявився ефективним у 64,7% випадків.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ФИБРОЗИРУЮЩИЙ АЛЬВЕОЛИТ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Верховодова Ю.В., Лапшина Е.А., Яресько М.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА), диффузный интерстициальный пневмофиброз, синдром Хэммена — Рича это заболевание, характеризующееся диффузным поражением лёгочного интерстиция с последующим развитием пневмосклероза и дыхательной недостаточности, гипертензии малого круга кровообращения и лёгочного сердца. ИФА является социально значимой проблемой современной медицины. Это обусловлено ростом распространенности этого заболевания, трудностями его диагностики и лечения, частой потерей трудоспособности и инвалидизацией, а также высокой летальностью. Целью работы являлось рассмотреть клинический случай и определить особенности клинических проявлений, диагностики и лечения ИФА. Больная, 70 лет, предъявляет жалобы на повышение артериального давления; боли в лучезапястных, коленных суставах, суставах кистей рук; выраженную общую слабость. Объективно: общее состояние средней тяжести. Гиперемия лица, умеренный цианоз губ. В легких на фоне ослабленного дыхания билатерально пневмосклеротические хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, деятельность ритмичная. АД 200/100 мм рт ст. ЧСС 76 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Из анамнеза: Гипертоническая болезнь с 2007 г. В 2012 г в результате рентгена, компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки (ОГК) и клинической картины поставлен диагноз: идиопатический фиброзирующий альвеолит, хроническое течение. На рентгене органов грудной клетки: двусторонние изменения ретикулярного характера, более выраженные в нижних отделах легких. На КТ ОГК: фокальные очаги снижения прозрачности легочных полей по типу "матового стекла" в базальных отделах. Больная страдает другими сопутствующими заболеваниями. В качестве терапии используется медрол в дозировке 2 мг/сут. Данный клинический случай не является классическим вариантом течения заболевания. Следует отметить, что статистически чаще болеют мужчины. Также у пациентки отсутствует одышка и кашель, которые, как правило, преобладают при данном заболевании. Характерными симптомами являются крепитация и артралгии. Идиопатический фиброзирующий альвеолит имеет малую выраженность симптомов и сложный дифференциальный диагноз. Именно поэтому терапевт должен быть нацелен на возможность наличия данной нозологии у больного.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С НЕПАЛЬПИРУЕМЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ.

Винницкая Д.К.

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги, м. Київ

Цель и задачи: освоение современных методик предоперационной разметки непальпируемых опухолей молочных желез (МЖ) в условиях отделе-

ния лучевой диагностики.

Материалы и методы: для предоперационной разметки непальпируемых очагов использовались 1) методика тонкоигольной проволочной разметки (wire guided localisation, WGL), применяемая в развитых странах с 1965г и 2) радиоизотопная разметка (radioguided localisation, RGL), являющаяся более современным методом маркировки патологического очага. Также в ходе подготовки к органосохраняющим операциям на этапе проведения неоадьювантной химиотерапии (н/а ХТ) использовалась методика внутритканевой разметки образований с последующей тонкоигольной разметкой краев поражения непосредственно перед операцией. WGL с рентген-контролем постановки метки проводилась у 29 пациенток и под контролем ультразвука (УЗ) у 31 пациентки. RGL с использованием технеция-99 была проведена 16 пациенткам под рентген или УЗ-контролем. 34 пациентки, у которых на фоне проведения н/а ХТ отмечался выраженный положительный эффект от лечения, подверглись внутритканевой разметке с последующей предоперационной разметкой WGL или RGL, что позволило использовать органосохраняющие методики при первично больших опухолях.

Результаты: у всех пациенток с проведенной предоперационной разметкой непальпируемых образований в ходе органосохраняющих операций опухоль была удалена в полном объеме, согласно патогистологическому исследованию. При этом показатели времени операций, точности разметки и количества интраоперационных реэкссижий при использовании WGL были выше, чем при RGL.

Выводы: применение современных радиологических методик маркировки непальпируемых опухолей в ходе предоперационной подготовки позволяет чаще использовать органосохраняющие операции.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Вишневская И. Р.

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

Развитие кардиоренального синдрома (КРС) достоверно ухудшает прогноз больных острым коронарным синдромом (ОКС), снижение почечной функции предиктор ухудшения ревазуляризации миокарда. Поиск биомаркеров, которые смогут своевременно, с высокой точностью диагностировать кардиоренальный синдром, продолжается. Одним из таких биомаркеров является Growth differentiation factor 15 (GDF 15).

Цель: определить значимость GDF 15 как предиктора развития КРС у пациентов с ОКС.

Материалы и методы: было обследовано 70 больных с ОКС, 77% мужчин и 23% женщин, средний возраст составил $61,8 \pm 1,3$ года. Среди них 54% больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q (ОИМ с Q), 20% больных острым инфарктом миокарда без зубца Q (ОИМ без Q), 26% больных нестабильной стенокардией (НС). Всем больным было проведено стандартное обследова-

ние. Для стратификации риска развития осложнений ОКС была использована шкала GRACE. Была рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по методу Modification of Diet in Renal Disease (MDRD). Все больные были разделены на группы в зависимости от уровня СКФ: > 90мл/мин, 60-90 мл/мин, 45-60 мл/мин, 30-45 мл/мин и <30 мл/мин. Дополнительно, в первые сутки был определен уровень GDF 15 с помощью иммуноферментного анализа. Результаты: статистический анализ результатов показал, что средний уровень СКФ в группе обследованных больных составил $57,4 \pm 2,28$ мл/мин, GDF 15 $4277 \pm 536,2$ пг/мл. Анализ исследуемых параметров показал, что корреляционная взаимосвязь между СКФ и GDF 15 увеличивалась по мере снижения СКФ. Наиболее значимая взаимосвязь ($r = -0,5$; $p < 0,05$) установлена в группе, где СКФ составила ≤ 45 мл/мин и ≤ 30 мл/мин ($r = -0,7$; $p < 0,05$). Выводы: проведенное исследование показало наличие выраженной взаимосвязи между уровнем GDF 15, креатинином сыворотки крови и СКФ, что дает нам основания говорить о возможном использовании данного биомаркера в диагностике КРС.

СЕПСИС У ХВОРИХ НА ОПІЙНУ НАРКОМАНІЮ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДІАГНОСТИКИ

Вільцанюк О.О., Лисак Т.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вступ. Не дивлячись на сучасні методи профілактики сепсису у всьому світі відмічається тенденція до збільшення кількості випадків сепсису, який супроводжується високою летальністю. Одним з важливих факторів виникнення сепсису є зниження імунологічної реактивності, зростання кількості ВІЛ-інфікованих та наркозалежних хворих. У наркозалежних хворих сепсис має важкий перебіг, особливо у ін'єкційних наркоманів, які вживають саморобні наркотики.

Мета. Вивчити особливості перебігу сепсису у хворих, які вживали сурогати опію та розробити комплексну програму лікування сепсису у цієї категорії хворих.

Матеріали та методи. Проведений комплексний аналіз перебігу сепсису у молодих осіб віком від 16 до 26 років в двох групах хворих. Перша група – хворі, які не вживали наркотичних засобів. Друга група – хворі, у яких сепсис виникав на фоні парентерального введення сурогатів опію. Для оцінки особливостей перебігу сепсису у обох групах хворих був використаний комплекс загально клінічних, лабораторних, інструментальних, мікробіологічних та морфологічних методів дослідження.

Результати. В результаті проведених досліджень було встановлено, що сепсис мав ангіогенне походження і виникав на фоні внутрішньовенного введення нестерильних високотоксичних саморобних препаратів опію на фоні імунodefіциту. Прогресування патологічного процесу було важким і супроводжувалось гнійно-септичним враженням внутрішніх органів, в першу чергу легенів, що призводило до розвитку в них множинних абсцесів, емпієми плеври та гангрені легенів. Ці враження призводили до вираженої дихальної недостатності, а в подальшому і до поліорганної недостатності, і супроводжу-

вались високою летальністю. В той час у звичайних хворих, як правило, сепсис мав більш сприятливий перебіг, і на фоні адекватної терапії вони поступово одужували.

Висновок. Проведені дослідження дозволили виявити нові особливості перебігу сепсису у наркозалежних, і особливо у ВІЛ- інфікованих хворих. Розроблені методи лікування сепсису з використанням направленого транспорту лікарських засобів в вогнище запалення в поєднанні з місцевою санацією гнійних вогнищ є перспективним напрямком в лікуванні сепсису у наркозалежних хворих.

СТРЕС-ЗУМОВЛЕНІ ЦИТОМЕТРИЧНІ КОЛИВАННЯ ПАРАМЕТРІВ НЕЙРОЦИТІВ СУПРАОПТИЧНОГО ЯДРА ГІПОТАЛАМУСА ЩУРІВ ЗА ЗМІНЕНОГО ФОТОПЕРІОДУ

Власова К.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

На даний час дослідження місця і ролі нейроендокринних структур у центральних механізмах циркадіанних ритмів є одним з актуальних питань сучасної хронофізіології. Серед структур, які залучені в нейроендокринну відповідь при стресових реакціях, чільне місце займають супраоптичні ядра (СОЯ) гіпоталамуса. Враховуючи той факт, що організм постійно зазнає впливу стрес-факторів (імобілізації, зміни фотоперіоду) протягом життя, представляло інтерес дослідження їх дії на СОЯ гіпоталамуса.

Метою нашого дослідження було з'ясувати вплив імобілізаційного стресу на цитометричні параметри нейроцитів СОЯ гіпоталамуса у різні періоди доби.

Експериментальні тварини (статевозрілі нелінійні самці білих щурів) поділено на дві серії, у кожній з яких забір біоматеріалу здійснювали о 14.00 год і 02.00 год. Обрані терміни проведення експерименту зумовлені різною функціональною активністю шишкоподібної залози та продукцією провідного хронобіотика – мелатоніну у вказані часові періоди. Імобілізаційний стрес моделювали шляхом утримання дослідних тварин впродовж 3 год у лабораторних клітках-пеналах. Визначали середній об'єм нейроцита СОЯ гіпоталамуса та його ядра, ядерно-цитоплазматичний коефіцієнт, оптичну густину забарвлення цитоплазми нейроцита.

Цитометричним дослідженням нейроцитів СОЯ гіпоталамуса за умов стресу спостерігали тенденцію до збільшення об'єму ядер в полігональних нейроцитах о 02.00 год порівняно з 14.00 год. Вимірюванням об'ємів нейроцитів СОЯ гіпоталамуса встановлено, що середнє значення показника о 02.00 год було вірогідно більшим порівняно з таким о 14.00 год ($948 \pm 10,4$ та $906 \pm 10,0$ відповідно, $p=0,016$). Водночас у нічний період доби виявлено вірогідне зниження ядерно-цитоплазматичного коефіцієнта порівняно з 14.00 год ($0,260 \pm 0,0021$ та $0,272 \pm 0,0023$ відповідно, $p=0,008$). Виявлено також зменшення оптичної густини забарвлення цитоплазми нейроцитів СОЯ в 02.00 год порівняно до 14.00 год (з $0,304 \pm 0,0026$ до $0,323 \pm 0,0027$ $p=0,003$).

При дії імобілізаційного стресу виявлено збільшення об'єму нейроцитів

СОЯ гіпоталамуса та їх ядер о 02.00 год порівняно з 14.00 год. Проте спостерігалось зменшення показників ядерно-цитоплазматичного коефіцієнта та оптичної густини забарвлення цитоплазми досліджуваних нейронів о 02.00 год порівняно з 14.00 год.

ВИКОРИСТАННЯ МОДЕЛІ FRAX В ОЦІНЦІ РИЗИКУ ОСТЕОПОРОТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ З КАРДІАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В УКРАЇНІ

Вознюк Л. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Остеопороз - поширене системне захворювання скелету, яке характеризується зниженням кісткової тканини, порушенням її мікроархітектури з наступним збільшенням ризику розвитку переломів. Показник мінеральної щільності кісткової тканини - важливий, але не єдиний критерій у визначенні ризику переломів, оскільки у деяких хворих переломи можуть виникати на фоні остеопенії або нормальних показників мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ).

В 2008 році розроблений скринінговий інструмент для оцінки ризику остеопоротичних переломів з врахуванням і без врахування показників МЩКТ – FRAX (Fracture Risk Tool). FRAX – метод оцінки 10-річного ризику переломів стегнової кістки і інших великих остеопоротичних переломів у чоловіків і жінок старше 40 років, розроблений на основі використання показників віку, індексу маси тіла (ІМТ) і клінічних факторів ризику переломів із дослідженням показників МЩКТ шийки стегнової кістки або без неї.

Одна із методик FRAX дозволяє розрахувати ризик з використанням показника індексу маси тіла (ІМТ), що не передбачає використання показника МЩКТ і, відповідно, проведення денситометрії. Нами була використана дана методика для оцінки 10-річного ризику переломів стегнової кістки і інших великих остеопоротичних переломів у чоловіків і жінок старше 40 років, які мають ішемічну хворобу серця стабільного та нестабільного перебігу. Також була проведена ультразвукова денситометрія п'яркової кістки для визначення критеріїв початку антиостеопоротичної терапії. Отримані дані з використанням методики FRAX можуть бути використані для прийняття рішення про початок антиостеопоротичної терапії, особливо при неможливості проведення денситометрії, оскільки був виявлений досить високий корелятивний зв'язок. Використання методики FRAX дозволяє значно розширити можливості лікування остеопорозу, оскільки для прийняття рішення про початок антиостеопоротичної терапії на сьогодні не обов'язково проведення рентгенівської денситометрії, що в деяких клінічних випадках має велике значення у хворих з кардіальними захворюваннями.

ВМІСТ ВІТАМІНІВ У ПІДЛІТКІВ З ДИФУЗНИМ НЕТОКСИЧНИМ ЗОБОМ **Волкова Ю.В.**

*Ду "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України",
м. Харків*

Раніше вважалося, що йододефіцитні захворювання щитовидної залози обумовлені виключно монодефіцитом йоду. На сьогоднішній день достовірно відомо про нерозривний зв'язок метаболізму йоду з обміном інших мікронутрієнтів (синергістів йоду), зокрема з вітамінами А, Е, В₁ і В₂. Поєднаний дефіцит йоду і вітамінів, особливо в період статевого дозрівання, істотно порушують функціонування щитовидної залози. Враховуючи це, метою дослідження було з'ясування ролі вітамінів у формуванні дистиреозу у підлітків з дифузним нетоксичним зобом.

Обстежено 46 школярів (28 дівчаток і 18 хлопчиків) 10-17 років з дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ). Групу порівняння склали 36 однолітків (17 дівчаток і 19 хлопчиків) без патології щитовидної залози, з нормальним статевим і фізичним розвитком. Визначали вміст вітамінів А, Е, В₁ і В₂ (флуорисцентним методом) у сироватці крові або добовій сечі. Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою пакету програм «Statgraphics Plus 5.0». Для оцінки достовірності використовували критерій Вілкоксона – Манна – Уїтні (u) і кутового перетворення Фішера (φ).

В результаті проведених досліджень встановлено, що середні значення вітамінів А і Е у школярів з ДНЗ складають $1,27 \pm 0,10$ мкмоль/л та $21,78 \pm 1,77$ мкмоль/л відповідно і відрізняються від таких у групі порівняння ($0,86 \pm 0,05$ мкмоль/л і $13,14 \pm 0,67$ мкмоль/л відповідно; $p_u < 0,01$). Середні показники вітамінів В₁ і В₂ у хворих підлітків становлять відповідно $0,68 \pm 0,13$ мкмоль/добу та $0,40 \pm 0,10$ мкмоль/добу.

При індивідуальному аналізі ми виявили деякі особливості змін досліджуваних показників. Зокрема у 22% дітей та підлітків з ДНЗ зустрічається нестача вітамінів А і Е, у 26,7% - тиаміну. Слід зазначити, що у хлопчиків у 2 рази частіше зустрічається знижений рівень вітаміну А, ніж у дівчаток (відповідно у 38,9% і у 17,9%; $p_\phi < 0,05$). У них же в 1,5 рази частіше реєструвалися низькі показники вмісту тиаміну (відповідно у 64,2% і у 41,9%; $p_\phi < 0,03$).

Висновки:

1. У підлітків з ДНЗ виявлено дисбаланс вітамінів А, Е, В₁ і В₂, який залежить від статі і тиреоїдного статусу.
2. Нестача вітамінів А, Е і В₁ реєструється достовірно частіше у хлопчиків.
3. Найбільш виражені зміни вмісту вітамінів зустрічалися у підлітків з ДНЗ при субклінічному гіпотиреозі.

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА (ПО ИНДЕКСУ КПИ) **У ШКОЛЬНИКОВ 9 – 11 ЛЕТ С РАЗЛИЧНОЙ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКОЙ** **Волченко Н. В.**

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Актуальность. Многие авторы, изучая причины неблагоприятия со здоровьем школьников, утверждают, что действующие в школах учебные планы об-

рекают учащихся на перегрузку. Так, дополнительно увеличивается число часов на преподавание иностранных языков, вводятся новые курсы, проводятся занятия по углубленным программам. Выявлена выраженная зависимость степени и характера ухудшения состояния здоровья школьников и объема и интенсивности учебных нагрузок.

Цель исследования: выявить особенности состояния тканей пародонта у школьников 9 – 11 лет в зависимости от характера учебной нагрузки.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 70 детей 9 – 11 лет, из которых 40 школьников коллегияльной системы (первая группа), и 30 детей учащихся по общеобразовательной (вторая группа). Для определения состояния тканей пародонта использовали комплексный пародонтальный индекс (КПИ), предложенный П.А. Леусом (1988).

Результаты исследования и их обсуждение. После проведения комплексного пародонтального индекса, было выявлено, что у 32% школьников коллегияльной системы обучения, и у 43% - обычной, наличие воспаления выявить не удалось. У 60% детей первой группы и у 50 % детей второй был определен индекс, цифровым значением которого являются баллы от 0,1 до 1,0, что говорит о том, что у этих детей обнаружен риск возникновения заболеваний пародонта. Наличие воспаления легкой степени обнаружено у 8% школьников основной и у 7% детей группы сравнения, цифровое значение более 2,1 балла у школьников обеих групп не выявлено, значит воспаления тканей пародонта средней и тяжелой степени не обнаружено.

Выводы:

1. Из всего выше изложенного следует, что риск возникновения воспалительных заболеваний пародонта выше у детей, обучающихся по коллегияльной программе.

АДИПОКИНЫ У РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Габісонія Т.Н., Кравчунг П.Г., Паштіані Р.В.

Харківський національний медичний університет

Ожиріння об'єднує декілька атерогенних чинників, які прискорюють атерогенез, що є наслідком синтезу в адипоцитах великої кількості гормонально активних речовин. Мета – з'ясувати роль адипокинів (адипонектину та вісфатину) у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння.

Нами було обстежено 130 хворих, контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Усі хворі були поділені на групи: 1-ша група – 80 хворих на стабільну стенокардію та ожиріння, 2-га група – 30 хворих на стабільну стенокардію без ожиріння. Рівні адипокинів було визначено імуноферментним методом з використанням комерційних тест-систем "ELISA" (США).

У результаті досліджень були отримані наступні результати: у хворих усіх груп визначались достовірні зміни показників гормонів жирової тканини, а саме відбувалося зниження рівню адипонектину та підвищення рівнів вісфатину у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Ожиріння ускладнювало перебіг стабільної стенокардії, про що свідчить ще більше зниження рівня адипонектину (1 групи в 4,8 разів у порівнянні з контрольною групою) та підвищення

рівнів вісфатину (у 1-й групі на 20%) ($p < 0,05$).

Висновки:

1. У хворих зі стабільною стенокардією та супутнім ожирінням відзначається достовірне підвищення рівню вісфатину та зниження адипонектину.

КОРЕКЦІЯ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Гаджула Н.Г.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Для сприятливого перебігу вагітності, пологів, росту і розвитку плода, повноцінної мінералізації зубів у період внутрішньощелепного розвитку, формування резистентних до карієсу зубів у вагітних на фоні збалансованого харчування раціональним є застосування природних джерел макро- і мікроелементів (ячна шкарлупа, морська капуста) з урахуванням унікальності мінерального складу цих засобів.

Метою дослідження є вивчення карієспрофілактичної дії Біокальцевіту та морської капусти у жінок з фізіологічним перебігом вагітності за показниками клінічного обстеження.

Матеріали та методи. Вивчення стоматологічного статусу проводили в кожному триместрі вагітності у 70 жінок основної групи і 66 жінок групи порівняння у віці 18-35 років. Комплекс профілактичних заходів включав санацію порожнини рота, раціональне та збалансоване харчування з додатковим введенням у раціон морської капусти, здоровий спосіб життя, фізичні вправи з урахуванням рекомендацій акушер-гінеколога, вивчення правил індивідуальної гігієни порожнини рота та її контроль. З метою корекції мінерального обміну вагітним жінкам основної групи призначали біологічно активну добавку Біокальцевіт, порівнювальної – гліцерофосфат кальцію. Захворюваність на карієс зубів оцінювали за показниками інтенсивності (КПВ₃) та приросту інтенсивності карієсу за період вагітності. Оцінку ефективності профілактичних заходів визначали за показником редукції приросту карієсу зубів (Л.Н. Лубоцкая, 1980). Статистичне обчислення отриманих результатів проводили методом варіаційної статистики з визначенням критерію достовірності Ст'юдента.

Результати дослідження. За період вагітності інтенсивність карієсу зубів у жінок основної групи склала $8,73 \pm 0,21$; порівнювальної – $10,05 \pm 0,28$ ($p < 0,001$). У вагітних групи порівняння виявляли переважно гострий перебіг каріозного процесу (у $72,25 \pm 1,29$ % випадків проти $24,10 \pm 1,35$ % в основній групі), а також високу частоту ускладненого карієсу (у $28,00 \pm 3,95$ % проти $13,12 \pm 2,88$ %, $p < 0,001$). Приріст інтенсивності карієсу за період гестації в основній групі жінок становив $0,42 \pm 0,11$, у порівнювальній – $1,58 \pm 0,18$ ($p < 0,001$). Застосування комплексного карієспрофілактичного підходу у жінок основної групи сприяло редукції приросту карієсу зубів за період виношування плода відносно групи порівняння на $26,58$ %.

Висновки. Дослідження динаміки показників інтенсивності та приросту інтенсивності карієсу зубів за період вагітності є наглядним підтвердженням ефективності застосування Біокальцевіту і морської капусти для профілак-

тики стоматологічної захворюваності у жінок цієї декретованої групи населення.

ВПЛИВ ПОЛІМІНЕРАЛЬНИХ КОМПЛЕКСІВ ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛІТИН ПРИ КОМБІНОВАНІЙ ДІЇ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ ТА РАДІАЦІЇ

Гапєєнко Д. Д., Лавренчук Г. Й.

ДУ „Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України“, м. Київ

Сучасна екологічна ситуація характеризується поєднаним впливом токсикантів фізичної та хімічної природи. За умов радіаційних аварій окрім безпосередньої дії радіаційного фактора можливий вплив присутніх одночасно з ним сполук важких металів. Дослідження закономірностей впливу випромінювання в умовах поєднаної дії його з важкими металами на клітинному рівні є актуальними. Разом з тим, важливе місце займає проблема пошуку і застосування засобів природного походження, які зменшують негативний вплив комплексів чинників зовнішнього середовища шляхом неспецифічної дії, спрямованої на поліпшення обміну речовин, адаптивних та саморегуляторних реакцій різних систем біологічних об'єктів.

Метою роботи було дослідження впливу полімінеральних речовин природного походження («Мінерол» та «Бента») на прояв цитотоксичності важких металів у культурі опромінених клітин.

Проведено комплексне експериментальне дослідження комбінованого впливу іонізуючого випромінювання в дозах 0,5 Гр, 5,0 Гр та 10,0 Гр, іонів важких металів (Pb^{+2} , Cu^{+2} , Ni^{+2} та Cr^{+2}) в концентраціях від 10 нмоль/л до 10 мкмоль/л у тест-системі культури клітин, встановлено характер та особливості поєднаної дії чинників фізичної і хімічної природи та виявлено можливість мінімізації негативних ефектів полімінеральними комплексами природного походження.

Показано, що застосування полімінеральних комплексів «Мінерол» та «Бента» зменшило прояв ушкоджень клітин в культурі при комбінованому впливі іонізуючого випромінювання та іонів важких металів, підвищило виживаність (у 1,5 – 2 рази) та мітотичну активність (в 2 – 6 разів) клітин при одночасному зменшенні атипових багатоядерних клітин. Високу ефективність «Мінерол» та «Бента» проявляли в діапазоні низьких концентрацій металів та малої дози радіації. За результатами експериментальних досліджень був показаний складний полімодальний характер змін при апоптозі та в системі енергообміну.

КОМОРБІДНІСТЬ ІШЕМІЇ ТА ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ ДАНИМИ ОБ'ЄКТИВНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ

Гарницька А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика, м. Київ

Ураження нижніх кінцівок при цукровому діабеті (ЦД) обумовлені ураженням судин (макро- та мікроангіопатія) та наявністю периферичної нейропатії

(ДПНП).

Метою нашого дослідження було оцінити взаємозв'язок між станом кровотоку нижніх кінцівок (за допомогою доплерометрії) та даними нейрометрії у хворих на цукровий діабет.

Для оцінки взаємозв'язку між станом кровотоку нижніх кінцівок та даними нейрометрії у хворих на цукровий діабет (ЦД) нами було проведено обстеження 40 хворих на ЦД 2 типу із застосуванням об'єктивного метода діагностики - нейрометрії та доплерометрії (визначення ЛБІ).

Оцінюючи результати, отримані завдяки нового об'єктивного методу діагностики – нейрометрії, доведено, що гіпоестезія середнього ступеня важкості частіше зустрічається у хворих на ЦД 2 типу з ЛПІ < 1 при обстеженні малих чутливих мієлінізованих (А δ) та немієлінізованих (С) нервових волокон ($P < 0,05$). Чутливість великого мієлінізованого волокна (А β) у хворих з ЛПІ < 1 лишається нормальною.

До гіпоестезія важкого ступеня мають схильність хворі на ЦД з ЛПІ > 1 при ураженні тільки мієлінізованих волокон.

Гіперестезія всіх чутливих нервових волокон, що обстежувались, спостерігається лише при значенні ЛПІ > 1.

Ураження різних чутливих нервових волокон та ступінь важкості діабетичної нейропатії (ДПНП) при ЦД, має певний взаємозв'язок зі станом кровотоку нижніх кінцівок. До гіпоестезій середнього ступеня важкості схильні хворі на ЦД 2 типу зі зниженим тиском на великогомілкової артерії та ЛПІ < 1. А до гіпоестезій важкого ступеня та гіперестезій – хворі з підвищеним тиском на великогомілкової артерії та ЛПІ > 1.

Враховуючи отримані результати, можливо передбачити та попередити розвиток ДПНП у хворих на ЦД 2 типу, та своєчасно провести відповідне лікування порушень кровотоку нижніх кінцівок та ДПНП.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ И ПОТРЕБЛЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ СТУДЕНТАМИ МЕДИКАМИ

Гецко Е.Ю., Каракуркчи И.П., Снегирь А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Цель: Изучить некоторые показатели здоровья, образ жизни и потребление молочных продуктов студентами-медиками.

Материалы и методы: 318 студенток первокурсниц Донецкого национального медицинского университета приняли участие в анкетировании. Анкета включала общую информацию о респондентках, данные о вредных привычках, физической активности, пребывании на свежем воздухе, наличии хронической соматической патологии, дискомфортах, а также информацию о частоте приема продуктов питания и объеме обычно съедаемой пищи. Анализ данных проводился с использованием программы JMR. Данные представлены в виде средних \pm стандартное отклонение и частоты распределения.

Результаты: Средний возраст респонденток составил $18,0 \pm 2,0$ лет. 70% респонденток имели нормальный индекс массы тела (18.5-24.9), тогда как у 23,9% он был ниже нормы, 5,81% имели избыточный вес и 3,2% - ожирение. 25 респонденток (7,9%) отмечали вредные привычки, из них 22 – курение и

4 избыточный прием алкоголя. 74% респонденток (n=233) указывали на ежедневное пребывание на свежем воздухе в период с 12:00 до 15:00. Средняя длительность пребывания на воздухе составляла 42.4+32.8 минут (4-190 мин). 82.1% респонденток (n=257) отмечали занятия спортом не менее 30 мин, при этом только 20% занимались спортом регулярно. 104 респондентки (32,7%) отмечали наличие различных хронических заболеваний. 95.3% респонденток отмечали наличие каких-либо дискомфортных (вялость, быстрая утомляемость, парестезии, боли в пояснице, в области костей таза, в мышцах, крошащиеся зубы), при этом подавляющее большинство отмечало их иногда, тогда как 1.6% (n=5) – постоянно. На момент проведения исследования 3.8% (n=12) респонденток принимали оральные контрацептивы, 16.5% (n=52) – витаминные препараты. При оценке потребления молочных продуктов установлено, что все респондентки в том или ином виде употребляли молочные продукты. Не употребляли молоко 11.6%, редко – 22% респонденток, кисломолочные продукты – 2.2% и 8.2%, творог – 10.4% и 30%, твердые сыры 6,6% и 8,8%, мягкие сыры – 15.4% и 27.4% соответственно. Среднесуточное потребление молока составило 57.2+154.4 мл, кисломолочных продуктов – 97.4+206.6 мл, творога – 19.0+44.7 г, твердых сыров – 26.7+7.2 г, мягких сыров – 11.7+36.0 г. Только 9.7% респонденток употребляли в день не менее двух порций молочных продуктов, что покрывало их суточную потребность.

Выводы: Состояние здоровья и пищевые привычки студентов должны учитываться при разработке просветительских программ для молодежи.

ЗАЛЕЖНИЙ ВІД ВІКУ ВПЛИВ ПЕРІОДИЧНОГО ГОЛОДУВАННЯ НА РІВЕНЬ АПОЛІПОПРОТЕЇНУ В-100 У СИРОВАТЦІ ЩУРІВ

Гірич М.С., Кургузова Н.І., Данладі Ц., Малишев А.Б.

Науково дослідний інститут біології

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

Останнім часом у низці робіт було показано, що так зване періодичне голодування (ПГ), дієтичне обмеження при якому 24-годинне голодування чергується з 24-годинним періодом вільного доступу до їжі, призводить до ефектів, подібних класичному калорійному обмеженню (КО). Тобто, як і у разі КО, ПГ може сприяти збільшенню середньої та максимальної тривалості життя та бути потужним засобом профілактики і терапії раку, низки залежних від віку і хронічних захворювань. Одним із кращих джерел біомаркерів таких змін є протеом сироватки крові, де аполіпопротеїн В-100 (апоВ-100) займає особливе місце через його здатність реагувати на малі зміни притоку харчових речовин та зв'язок з великою кількістю залежних від віку патологій. Таким чином, метою нашого дослідження було вивчення впливу ПГ на вміст апоВ-100 у сироватці крові, а також стійкості такого впливу після припинення дієтичного обмеження. Для цього 3-х місячні (молоді) та 20-ти місячні (старі) щури лінії Вістар підлягали 14 добовому режиму ПГ (ПГ) за чим йшов рівний йому період годування *ad libitum* (AL). ПГ призводило до зниження рівня апоВ-100 на 13% та 24% у молодих і старих тварин, відповідно. Після AL у молодих щурів цей показник знижався на 18%, тоді як у старих спостерігалось його різке збільшення (на 46% та 22% відносно ПГ та контролю, від-

повідно). Зниження рівня апоВ-100 у молодих тварин, яке було навіть більш вираженим після періоду відгодовування, може бути наслідком посиленого кліренсу ліпомікронів та ЛПНП, а різке зростання у старих – наслідком того, що кліренс сильно пригнічений. Це підтверджується тим, що молоді щури набирають вагу значно швидше за старих, а також тим, що з віком відбувається різке зниження експресії рецепторів ЛПНП у периферійних тканинах (більш ніж у 2 рази), що призводить до підвищення конкуренції за них та, як наслідок, підвищенню концентрації та часу циркуляції ЛПНП у крові. Ситуація з недостатньою кількістю рецепторів ЛПНП та високий вміст апоВ-100 є однією з головних причин розвитку ССЗ та атеросклерозу, тому можна вважати, що застосування такого режиму дієт у старих індивідів може супроводжуватись значним ризиком розвитку цих захворювань. Довгострокове зниження цього показника у молодих може бути використане у розробці терапевтичних стратегій для лікування низки залежних від віку та хронічних захворювань.

СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА – ПРОГНОЗ ЧЕРЕЗ 1 МІСЯЦЬ СПОСТЕРЕЖЕННЯ **Гільова Я.В., Біла Н.В., Копиця Г.М.**

*Національний інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України,
м. Харків*

Хронічна серцева недостатність (ХСН) залишається актуальною медико-соціальною проблемою у всьому світі, в тому числі в Україні. За даними національних реєстрів та епідеміологічних досліджень різних європейських країн, показник поширеності ХСН серед дорослого населення коливається від 1,5 до 5,5 % та зростає пропорційно до віку, а в осіб віком понад 70 сягає 10 – 15 %. Про серйозність прогнозу клінічно маніфестованої ХСН свідчить те, що приблизно половина таких пацієнтів вмирають протягом 4-х років, а серед хворих з тяжкою ХСН смертність протягом найближчого року сягає 50 %.

Мета дослідження - визначити цінність використання клінічних та біохімічних маркерів для прогнозування розвитку III-IV класу серцевої недостатності за NYHA через місяць після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ).

Методи та результати. Обстежено 156 пацієнтів які перенесли Q-позитивний та Q-негативний ГІМ. Усім хворим визначено рівень білка, зв'язуючого вільні жирні кислоти та тропоніну I імуноферментним методом в першу добу захворювання. Після аналізу 60 клініко-біохімічних показників виявлено, що наступні параметри суттєво відрізнялися у пацієнтів з серцевою недостатністю III-IV класу за NYHA та без неї через місяць спостереження після перенесеного ГІМ: вік, рівні тропоніну I та креатініну при надходженні до стаціонару. Криві чутливості і специфічності були використані на основі методу ROC аналізу і порогові значення були вибрані для кожної змінної. Однак, чутливість та специфічність окремих показників в визначенні прогнозу ускладнень виявилась недостатньою. Була проведена бальна оцінка кожного показника відносно порогового значення і була запропонована шкала розрахунку діагностичного коефіцієнту (ДК) за методом Гублера. Позитивне значення ДК було пов'язано з розвитком серцевої недостатності у хворих з

ГІМ. ДК має чутливість 70,85% та специфічність 77,8%, негативне прогностичне значення 94% для прогнозування серцевої недостатності для хворих через місяць після ГІМ.

Висновок: Розроблена прогностична модель з урахуванням рівнів тропоніну І, креатиніну та віку хворого з наступним визначенням ДК надає достовірну інформацію відносно прогнозу у хворих через місяць після ГІМ.

ЗНАЧЕННЯ S-НІТРОЗОТІОЛУ У ПАТОГЕНЕЗІ ПОСТІНФАРКТНОГО КАРДІОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

Глєбова О.В., Калініченко А.О.

Харківський національний медичний університет

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає провідні позиції у багатьох країнах світу і має характер епідемії. Вона посідає перше місце серед неінфекційних хвороб і є однією з основних причин інвалідності та смертності населення України. Поєднання ІХС та ожиріння збільшує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень і негативно впливає на прогноз захворювання.

Мета - оцінити значення S-нітрозотіолу у патогенезі постінфарктного кардіосклерозу, асоційованого з ожирінням.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 60 хворих з постінфарктним кардіосклерозом, які були розподілені на стадії в залежності від ступеня ожиріння. Кількісне визначення вмісту S-нітрозотіолу визначалося флюориметричним методом за М. Marzinzin, А.К. Nussler, J. Stadler. Статистична обробка даних проводилася за методом визначення дескриптивних показників: медіани (Mediana) і середнього значення (Mean).

Рівень S-нітрозотіолу у хворих на постінфарктний кардіосклероз з нормальною масою тіла склав $0,68 \pm 0,01$ мкмоль/л ($p < 0,05$), а у хворих з ожирінням – $2,13 \pm 0,07$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про збільшення рівня S-нітрозотіолу при коморбідності постінфарктного кардіосклерозу та ожиріння.

Висновки: таким чином, визначаються більш значущі порушення ендотеліальної дисфункції, яка проявляється збільшенням рівня S-нітрозотіолу у хворих на постінфарктний кардіосклероз та ожиріння порівняно з хворими з нормальною масою тіла. Отримані дані підтверджують негативний вплив надмірної ваги на показники ендотеліальної дисфункції у патогенезі постінфарктного кардіосклерозу.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА СТАВЛЕННЯ ДО ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЮНАКІВ ДО ТА ПРИЗИВНОГО ВІКУ

Голубнича Г.І., Пересипкіна Т.В.

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
м. Харків*

Важливим елементом воєнної безпеки України є її збройні сили (ЗС). Реформування ЗС відповідно до завдань щодо захисту не тільки суверенітету країни, а і підтримки міжнародного миру, становить основний напрям україн-

ської політики у сфері воєнної безпеки.

Демографічну ситуацію, яка склалася в Україні на фоні подій соціально-економічного характеру за останнє десятиріччя, можна охарактеризувати як напружену, що підтверджується динамікою зменшення населення та погіршенням стану здоров'я громадян. За даними Науково-дослідного інституту проблем військової медицини ЗС України, велику занепокоєність викликає рівень фізичної підготовки, стан соціально-психологічного статусу сучасного призовника.

Нами було проведено анонімне анкетування 236 юнаків міської та сільської місцевості для визначення їх ставлення до військової служби та свого здоров'я.

Метою нашого дослідження було з'ясування відношення юнаків їх батьків та друзів до військової служби, виявлення причин небажання служити та визначення особистої оцінки підлітками свого здоров'я, ставлення до медичної допомоги та джерел, з яких отримують інформацію про здоровий спосіб життя та чинників що його формують, та порівняння отриманих даних з даними отриманими при анкетуванні юнаків у 90 роках.

За даними соціологічного дослідження визначено відношення юнаків до свого здоров'я та військової служби. Підлітки дали високу позитивну оцінку власному здоров'ю на тлі негативних даних медичних оглядів, які були отримані у Райвійськоматах. Таким чином, юнаки вказують на прийняття нездоров'я як норму у сучасному суспільстві.

У порівнянні із ретроспективним дослідженням серед змінених ціннісних орієнтацій сучасних підлітків такі як: підвищення оцінки значущості військової служби; зниження кількості тих, хто вважає необхідним запровадження контрактної армії; збільшення кількості юнаків, які бажають пройти військову службу.

Також були визначені джерела з яких підлітки отримують інформацію щодо здорового способу життя та факторів, які його формують. Найбільше підлітки довіряють інформації, яку отримують від батьків, медичні працівників, друзів, з мережі Інтернет, від педагогів. Отримані дані необхідно використовувати для проведення освітньої роботи серед підлітків.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гончарова А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Цель исследования: выявить особенности клинического течения, лабораторной диагностики и лечения синдрома де Тони-Дебре-Фанкони у детей.

Материалы и методы: изучение истории болезни мальчика 3 лет с рахитоподобным заболеванием, которое дебютировало в возрасте 2,5 лет варусной деформацией нижних конечностей, мышечной слабостью, нарушением походки, снижением двигательной активности. Проведены общеклинические, биохимические и рентгенологические методы исследования.

Результаты: рентгенологически - остеопороз, дистальный контур костей го-

лени склерозирован, с бахромчатостью, эпифизы малоберцовых костей «позрелы» в виде «тающего сахара». Протеинурия (0,3 г/л), глюкозурия. Экскреция фосфора с мочой повышена (20,3 ммоль/сут), канальцевая реабсорбция фосфатов снижена (37%). В крови фосфор снижен (0,9 ммоль/л), щелочная фосфатаза повышена (905 Ед/л), гиперхлоремический метаболический ацидоз, 25-ОН вит Д3 снижен (17,8 нмоль/л). Выявлена карнитиновая недостаточность. Проведена терапия активными метаболитами витамина Д, цитратной смесью, фосфатным буфером, препаратами левокарнитина. В динамике отмечена отчетливая положительная симптоматика со стороны костно-мышечной системы.

Выводы: ведущими проявлениями синдрома де Тони-Добре-Фанкони являются рахитоподобные изменения костной системы в сочетании с нарушениями функции проксимальных канальцев почек (глюкозурия, протеинурия, гиперфосфатурия, гиперхлоремический метаболический ацидоз).

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ **Гончарук І.В., Неспрядько С.В., Шептицький В.В., Воробйова Л.І.** *Національний інститут раку, м. Київ*

Впровадження сучасних технологій якісно змінило рівень надання допомоги хворим з онкогінекологічними захворюваннями. Виконання хірургічних втручань лапароскопічним доступом має низку переваг: зменшується травматичність, знижується рівень післяопераційного болю, частота та тяжкість післяопераційних ускладнень, строки перебування в стаціонарі, тощо.

Мета дослідження Покращати результати хірургічного лікування хворих з онкогінекологічними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження. У відділенні онкогінекології Національного інституту раку за період 2013-2014рр виконано 14 пангістеректомій 1 типу (за класифікацією River, 1974р) із застосуванням лапароскопічного доступу. Вік пацієнток складав від 37 до 68 р. Всім пацієнткам в доопераційному періоді проводили обстеження згідно стандартів лікування онкогінекологічних хворих. Операції виконували під загальною анестезією з використанням стандартного лапароскопічного обладнання.

Структура основної патології прооперованих хворих: початковий рак ендометрія (T1aN0M0G1-2)- 7, рак шийки матки (Tis) -3, атипова гіперплазія ендометрія -4. У 2 пацієнток діагностовано пролапс геніталій, їм додатково виконували пластичні операції на піхві. У 4 пацієнток діагностовано жовчочкам'яну хворобу, їм виконували симультанні операції (холецистектомія лапароскопічним доступом).

Результати. Тривалість операцій складала від 1,5 до 2,5 годин. Кровотеча під час операції складала від 50 до 150 мл. Середній післяопераційний день складав 3,7 днів. В післяопераційному періоді ускладнень не виявлено. Рання активізація хворих була досягнута шляхом малої травматичності операції. Перистальтика вислуховувалась в першу добу після операції. На другу добу відновлювалась діяльність ШКТ.

Висновки. Застосування лапароскопічно асистованих операцій у онкогіне-

кологічних хворих свідчить про переваги даного метода перед традиційними відкритими втручаннями. Дана методика мінімізує період реабілітації, супроводжується низьким рівнем ускладнень, є перспективною в лікуванні ряду онкогінекологічних захворювань і потребує подальшого накопичення досвіду та аналізу отриманих результатів.

ИНТЕРЛЕЙКИНЫ 33 И 1 β И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

Гончарь А.В., Иванченко С.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель. Изучить взаимосвязь между концентрацией интерлейкина 33 (ИЛ- 33) и 1 β (ИЛ-1 β) сыворотки крови и особенностями ремоделирования общих сонных артерий (ОСА) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных ГБ, включая 51 пациента с ожирением. Всем больным проведено УЗИ ОСА с оценкой ее геометрического типа по классификации А.В. Агафонова (2007) (граничным значением при выявлении гипертрофии сосудистой стенки была масса артериального сегмента (VM) > 0,275 г/см³, концентрическое ремоделирование был диагностировано при относительной толщине стенок (ОТС) ОСА > 0,2). Сывороточные уровни ИЛ-33 и ИЛ-1 β определялись иммуноферментным методом.

Результаты. Уровни ИЛ-33 и ИЛ-1 β сыворотки крови были выше у больных гипертонической болезнью ($p < 0,001$), независимо от наличия и степени ожирения. Для выявления совместного влияния концентрации обоих цитокинов на особенности геометрии ОСА проведен кластерный анализ методом К-средних, получено 4 непересекающихся кластера. Уровни ИЛ-33 > 73 пг/мл, ИЛ-1 β > 25 пг/мл ассоциировались с 80,0% распространенностью нормальной геометрии ОСА и 20,0% ее концентрической гипертрофии. ИЛ-1 β > 20 пг/мл при ИЛ-33 < 71 пг/мл характеризовались 80,0% частотой нормальной геометрии, 10,0% негипертрофического концентрического ремоделирования ОСА, 5,0% концентрической и 5,0% эксцентрической гипертрофии. ИЛ-33 > 71 пг/мл при ИЛ-1 β < 25 пг/мл были связаны с уменьшением доли нормальной геометрии ОСА до 50,0% и увеличением встречаемости концентрической гипертрофии до 41,7%; оставшиеся 8,3% пациентов имели эксцентрическую гипертрофию ОСА. При уровне ИЛ-33 < 71 пг/мл и ИЛ-1 β < 20 пг/мл ($p > 0,05$ против контрольной группы) 57,9% пациентов имели нормальную геометрию, 15,8% концентрическое ремоделирование, 15,8% концентрическую и 10,5% – эксцентрическую гипертрофию ОСА.

Выводы. Уровни ИЛ-33 и ИЛ-1 β сыворотки крови были повышены у больных гипертонической болезнью независимо от наличия ожирения. Выраженное изолированное увеличение концентрации ИЛ-33 ассоциировалось с резким увеличением частоты гипертрофии стенки ОСА, особенно ее концентрического варианта. Параллельное увеличение уровня ИЛ-1 β сглаживало этот эффект.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Гопций Е.В., Железнякова Н.М., Зеленая И.И., Степанова Е.В.,
Строгая Е.А., Яковенко Ю.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель. Изучение липидно-углеводного обмена у больных АГ в зависимости от наличия абдоминального типа распределения жировой ткани.

Материалы и методы. Обследовано 123 пациента АГ среднего возраста $53,87 \pm 0,92$ лет. Уровень инсулина в сыворотке крови определяли набором реактивов Insulin ELISA (DRG Instruments GmbH, Germany). Уровень глюкозы, триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – биохимическим методом. Расчетным методом определили индекс НОМА, холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), коэффициент атерогенности (КА).

Результаты. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия абдоминального ожирения: 1 группа без абдоминального ожирения (АО) ($n=36$) – ОТ составил $93,13 \pm 1,54$ см (у женщин $80,37 \pm 1,84$ см, у мужчин – $96,78 \pm 1,23$ см); 2 группа с АО ($n=87$) – $102,58 \pm 0,90$ см (у мужчин – $112,42 \pm 1,59$ см, у женщин $99,83 \pm 0,80$ см).

Уровень инсулина ($18,21 \pm 1,80$ мкгЕД/мл) и индекса НОМА ($4,09 \pm 0,46$ усл. ед.) в сыворотке крови больных с АО, был выше аналогичных показателей ($10,32 \pm 1,27$ мкгЕД/мл) и ($2,00 \pm 0,22$ усл.ед.) соответственно, группы больных без АО, $p < 0,05$.

Больные с АО характеризовались достоверно высокими показателями липидного обмена ОХС ($10,0 \pm 0,08$ ммоль/л), ХСЛПНП ($3,83 \pm 0,08$ ммоль/л), ХСЛПОНП ($1,76 \pm 0,03$ ммоль/л), ТГ ($1,76 \pm 0,03$ ммоль/л), КА ($3,31 \pm 0,13$ усл. ед.) против больных без признаков АО: ОХС ($5,48 \pm 0,14$ ммоль/л), ХСЛПНП ($3,13 \pm 0,15$ ммоль/л), ХСЛПОНП ($0,70 \pm 0,16$ ммоль/л), ТГ ($1,55 \pm 0,06$ ммоль/л), КА ($2,39 \pm 0,12$ усл.ед.), $p < 0,05$. Величина ХС ЛПВП, наоборот, была достоверно ниже у больных 2-й группы ($1,47 \pm 0,02$ ммоль/л, женщины – $1,52 \pm 0,02$ ммоль/л, мужчины – $1,31 \pm 0,07$ ммоль/л), в отличие от больных 1-й группы, где аналогичный показатель составил ($1,64 \pm 0,03$ ммоль/л, женщины – $1,75 \pm 0,03$ ммоль/л, мужчины – $1,61 \pm 0,03$ ммоль/л), $p < 0,05$.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о более выраженной атерогенной направленности дислипидемии и нарушениях углеводного обмена у больных артериальной гипертензией с абдоминальным типом ожирения в сравнении с гипертензивными пациентами без абдоминального ожирения.

РЕАКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКУЮ ПРОБУ СО СПИРОНОЛАКТОНОМ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Гостева Ю.В., Кайдалова А.А., Белал С.А.С., Яблучанский Н.И.
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

Дисбаланс регуляторных систем организма является ведущей причиной большинства патологических состояний в клинике внутренних болезней.

Спиронолактон – конкурентный антагонист альдостерона с мочегонным эффектом, который широко используется в кардиологической практике для снижения артериального давления и уменьшения отеков.

Анализ частотных характеристик variability сердечного ритма (BCP) отражает состояние регуляции и позволяет оценить индивидуальные реакции автономной нервной системы на лекарственную терапию.

Цель работы: изучить влияние спиронолактона на параметры BCP в фармакологической пробе у здоровых добровольцев.

Материал и методы: обследовано 7 условно здоровых добровольцев, средний возраст $19,53 \pm 1,55$. Критерии исключения: вредные привычки, прием медикаментов в течение последних 3 месяцев, ЧСС покоя менее 60 уд / мин в клиностазе.

Показатели BCP оценивались в 5-минутных интервалах на диагностическом комплексе «Cardiolab 2009». Все измерения проводились до и через 3 дня после ежедневного перорального приема спиронолактона в дозе 25 мг в одно и то же время суток (утром) в положении сидя.

Непосредственный и опосредованные эффекты спиронолактона оценивались на основании сравнения значений общей мощности спектра (TP), мощностей низких (VLF), средних (LF) и высоких (HF) частот, соотношения LF/HF, соответствующего симпатовагальному балансу, ЧСС в первый и третий день фармакологической пробы с верошпироном.

Результаты представлены в таблице.

| Показатели | 1 день | 3 день |
|----------------------|-----------------|------------------|
| TP, мс ² | 5955,40±3929,63 | 6914,25±3236,53* |
| VLF, мс ² | 1895,40±468,35 | 989,00±583,49* |
| LF, мс ² | 2232,60±2477,47 | 3988,50±3312,36* |
| HF, мс ² | 1715,40±2190,61 | 1905,25±1413,86* |
| LF/HF | 2,36±1,57 | 3,48±3,34* |
| ЧСС | 87,80±6,87 | 84,00±4,55* |

Примечание: * - $p > 0,05$ против исходных значений.

Выводы: спиронолактон в дозе 25 мг не имеет достоверного влияния на параметры BCP у здоровых добровольцев, что подтверждает преимущественно локальное действие препарата и его кратковременный фармакологический эффект.

ОСОБЛИВОСТІ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНОВ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ У ДІТЕЙ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Григола О.Г., Білоус Т.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Для бронхіальної астми характерним є утримання хронічного запалення та гіперреактивності дихальних шляхів, причому наразі вважають, що схильність до гіперсприйнятливості бронхів зумовлена генетично, а зовнішні фактори сприяють її проявам та посиленню. Виходячи з цього, дослідження поліморфізму генів глутатіон-S-трансферази M_r , T_r , які відповідають за синтез ферментів системи детоксикації ксенобіотиків, є актуальним, проте не вирішеним питанням.

Мета дослідження: оцінити делеційний поліморфізм генів $GSTM_r$, $GSTT_r$ у дітей, хворих на бронхіальну астму фізичного навантаження (БАФН).

Матеріали і методи. Обстежено 125 дітей шкільного віку, що хворіють на БА, з них у 51 хворого (I клінічна група) установлено бронхіальну астму фізичного навантаження (наявність вказівок в анамнезі про погіршення стану після фізичного навантаження та індекс бронхоспазму при проведенні спірометрії більше 15%), а в 74 пацієнтів – відсутність цього фенотипу захворювання (II клінічна група). За основними клінічними характеристиками групи були зіставлювані. Так, у I групі хлопчиків було 60,8%, а середній вік пацієнтів становив 11,1 року. У II клінічній групі частка хлопчиків становила 71,6%, а середній вік представників даної групи сягав 10,6 року ($p>0,05$). Загальну рекомну ДНК виділяли з крові, генотипування $GSTM1$, $GSTT1$ здійснювали за допомогою полімеразної ланцюгової реакції, а в якості позитивного контролю використовували ампліфікацію фрагменту гену $BRCA1$. Гомозиготні форми із делецією обох копій генів $GSTM1$ та $GSTT1$ позначали як $M1del$ та $T1del$.

Результати та їх обговорення. Відмічено, що відсутність делецій у структурі генів $GSTM1$, $GSTT1$ частіше траплялася у дітей групи порівняння. Так, у представників I клінічної групи цей генотип відмічений у 37,3%, а у II групі – у 51,3% ($p>0,05$). Слід відмітити, що гомозиготні делеції глутатіон-S-трансфераз частіше відмічалися у дітей з БАФН. Так, $GSTM1del$ траплялася у дітей із БАФН у 35,3% проти 29,7% у II клінічній групі ($p>0,05$), а генотип $GSTT1del$ у 19,6% проти 8,1% відповідно ($p>0,05$). Генотип $GSTM1delT1del$ рідко виявлявся в обидвох групах – у 4 дітей I групи (7,8%) та 8 пацієнтів II клінічної групи (10,8%, $p>0,05$).

Висновки. У дітей, хворих на бронхіальну астму фізичного навантаження, дещо частіше трапляється делеційний поліморфізм генів $GSTM1$ і $GSTT1$.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ФОРМИ СЛІПОЇ КИШКИ І ЧЕРВОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА ЛЮДИНИ ДО ТА ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЇ

Гринь В.Г., Лавренко Д.О.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Інтерес до цього питання продиктований тими аспектами, які заключаються у з'ясування можливої залежності між формою сліпої кишки і апендикса,

а також вивченні зміни форми сліпої кишки після хірургічного видалення апендикса, який є найбільш маловивченим у цьому напрямку.

Мета і завдання дослідження. Встановити характер варіабельності форми сліпої кишки і апендикса до та після апендектомії.

Матеріали і методи виконання. Для дослідження слугували препарати сліпої кишки з інтактним апендиксом людей (жінок – 5, чоловіків – 10 у віці від 40 до 90 років) та після апендектомії (жінок – 3; чоловіків – 9 у віці від 57 до 85 років). Після фіксації препаратів у 10% розчині формаліну, виконано анатомічне препарування і морфометрію, документація шляхом фотографування цифровою фотоприставкою. Ізольовані препарати апендикса розкладали в певному порядку на поверхні міліметрові та фотографували. Визначальними ознаками форми і метричних показників сліпої кишки до та після апендектомії служили: 1 – зовнішня форма; 2 – усереднена ширина; 3 – глибина. Для характеристики апендикса використовували наступні показники: 1 – форму зігнутості; 2 – довжину в її випрямленому стані; 3 – товщину в основі, середній і апікальній частинах відростка; 4 – ступінь конусності.

Отримані результати і висновки. При аналізі візуальних і метричних показників сліпої кишки виділені: 4 форми зовнішнього вигляду (напівсферична, куполоподібна, вузькоконічна і сплющена), серед яких частіше зустрічається друга й рідше – четверта; 3 форми за шириною (вузькі, середньої ширини і широкі); 3 форми за глибиною (мілкодонні, середньодонні та глибокодонні). Відповідно до аналогічних показників апендикса виділені: 2 форми за ступенем асиметричності зв'язку зі сліпою кишкою (центроапикальна й ексцентрична); 3 форми за довжиною (довгі, середньої довжини і короткі); 5 форм за ступенем звивистості (S-подібна, дугоподібна, спіралеподібна, гачкоподібна і випрямлена); 3 форми за товщиною (тонкі, середньої товщини і товсті); 2 форми за ступенем конусності (воронкоподібна і трубчаста).

За результатами аналізу індивідуальної варіабельності сліпої кишки після апендектомії в порівнянні з аналогічними показниками в нормі не вдається чітко виявити однозначно явних розходжень. Однак, серед апендектомованих препаратів у відносному значенні переважають напівсферична, середньодонна і широка форми. Якщо насправді є якийсь зв'язок між апендектомією і формою сліпої кишки, то нині ми ще не в праві робити висновок про те, що зміни, що відмічаються, її безпосередньо пов'язані з апендектомією.

КЛІНІКО-СИНДРОМАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ, ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ ПАЦІЄНТІВ

Гринь К. В.

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева

Актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом на якість життя, соціальне функціонування людини практично у всіх сферах життя: трудовій, сімейній, у сфері соціальних контактів. Згідно з прогнозом ВООЗ до 2020 року депресія буде посідати друге місце після ішемічної хвороби серця серед причин інвалідності. Чисельні схеми і стандарти лікування депресивних розладів підтверджують той факт, що всі пацієнти з депресивними розладами повинні отримувати лікування, яке по-

винно розпочинатись як можна раніше.

Мета і завдання дослідження. Дослідити особливості клініко-синдромальної картини рекурентних депресивних розладів залежно від статевої приналежності пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 75 хворих (35 осіб чоловічої статі та 40 осіб жіночої статі) з рекурентними депресивними розладами, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні ім. О.Ф.Мальцева. Критерієм включення пацієнтів в дослідження була наявність рекурентного депресивного розладу (F 33 за МКХ-10) та усвідомлена згода пацієнтів на участь у дослідженні. У відповідності до мети дослідження пацієнти були розподілені на дві досліджувані групи. До першої групи увійшли пацієнти чоловічої статі. Другу групу склали особи жіночої статі. Особи були під клінічним наглядом лікаря, також був використаний клініко-психопатологічний метод – шкала Гамільтона для оцінки глибини депресії (HAM-D-21).

Отримані результати та висновки. Виявлено, що у хворих першої групи з більшою частотою (у 3,4 рази) зафіксовано тяжкий депресивний епізод, ніж у осіб другої групи. Суттєвим є різниця у клініко-синдромальній структурі рекурентної депресії: у осіб чоловічої статі у 68,4% випадків виявлено депресивно-параноїдний синдром, у 15,7% – тривожний, у 10,5% – апато-адинамічний, у 5,4% – сенесто-іпохондричний; у осіб жіночої статі у 44,7% випадків виявлено тривожний синдром, у 39,5% – сенесто-іпохондричний, у 7,9% – апато-адинамічний, 5,3% – тужливий, 2,6% – депресивно-параноїдний синдроми.

Таким чином, результати проведених досліджень показали, що клінічна структура рекурентної депресії, залежно від статевої приналежності пацієнтів, різна. З цього виходить, що підходи до медикаментозної терапії рекурентних депресивних розладів повинні враховувати статеvu приналежність пацієнтів, відповідати глибині депресивного розладу, підбиратися за синдромальним принципом з тенденцією до монотерапії.

ВЛИЯНИЕ ФОТОПРОТЕКТОРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ МОРСКИХ СВИНОК ПРИ ЛОКАЛЬНОМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ ОБЛУЧЕНИИ

Гринь В.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель. Изучение морфологических изменений кожи морских свинок, возникающих под действием локального ультрафиолетового облучения (УФО) в постэритемный период, и влияние на них фотопротекторных препаратов «Мазь Тиотриазолина 2%», «Мазь метилурациловая 10%».

Материалы и методы. Исследования выполнены на 60 морских свинках-альбиносах, разделенных на 4 группы: 1 – интактные (n=6); 2 –УФО (контроль, без лечения, n=18); 3 – УФО + «Мазь Тиотриазолина 2%» (n=18) и 4 – УФО + «Мазь метилурациловая 10%» (n=18). Фотопротекторную активность изучали на модели острого экссудативного воспаления – УФ-эритемы. Облучение проводилось дозой 1 МЭД (минимальная эритемная доза). Мази

наносились на поврежденную поверхность кожи за 40 минут до, через 2 часа после облучения и ежедневно до исчезновения эритемы. Животных выводили из эксперимента сразу после исчезновения эритемы, на 14-е и 28-е сутки. Материалом для морфологического исследования служила кожа морских свинок, иссеченная из зоны УФО бедра животных всех исследуемых групп в разные сроки эксперимента. Для объективизации результатов исследования применялся морфометрический метод, с помощью которого в коже определялись толщина эпидермиса и плотность фибробластов в 1 мм² сосочкового слоя дермы.

Результаты исследования. В 1 группе толщина эпидермиса составляла $38,31 \pm 1,86$ мкм, плотность фибробластов – $1304,82 \pm 62,64$ /мм². Локальное УФО кожи морских свинок вызывало пролиферативно-гиперпластические и дегенеративные процессы во всех отделах кожи в постэритемный период, что подтверждалось морфометрическими показателями (толщина эпидермиса и плотность фибробластов в ранний постэритемный период была больше, чем у интактных животных, на 36% и 64%, на 14 сутки – на 39% и 62%, на 28 сутки – на 42% и 54% соответственно). Лечебно-профилактическое применение мази тиотриазолина и мази метилурациловой снижало выраженность этих процессов – толщина эпидермиса после исчезновения эритемы была ниже по сравнению с группой без лечения на 15 % и 12 %, на 14 сутки – на 15 % и 11%, на 28 сутки – на 20 % и 15%; плотность фибробластов – на 26 % и 23 %, на 14 сутки – на 24 % и 23 %, на 28 сутки – на 38 % и 31 %.

Выводы. «Мазь Тиотриазолина 2%» и «Мазь метилурациловая 10%» снижают, но не нормализуют интенсивность гиперпластических и дегенеративных изменений в эпидермисе, воспалительно-пролиферативных изменений в дерме в постэритемный период.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННИХ ТА ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПРОМЕНЕВОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ

Громакова І.С.

*Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва
Національної академії медичних наук України», м. Харків*

Реакція організму на розвиток злоякісних новоутворень і на специфічне протипухлинне лікування значною мірою обумовлена станом вегетативної нервової системи. В той же час обмаль даних щодо внеску вегетативної регуляції у розвиток імунних та гематологічних порушень, виникаючих при протипухлинному лікуванні онкологічних хворих. Отже актуальним є визначення стану вегетативної регуляції та встановлення її ролі у виникненні імунних та гематологічних порушень при променевому лікуванні онкологічних хворих.

Метою дослідження була оцінка імунних та гематологічних порушень при променевому лікуванні хворих на рак тіла матки з різними типами вегетативної регуляції.

Матеріали і методи: Обстежено 43 хворих на рак тіла матки (РТМ) I-II стадії на 3 етапах: до лікування, після хірургічного та після променевого лікування.

Гематологічні показники визначали на гематологічному аналізаторі SF-3000 «SYSMEX» (Японія). Популяційний і субпопуляційний склад лімфоцитів периферичної крові визначали методом імунофлуорисцентної мікроскопії. Інші імунні показники визначали за стандартними методиками. Розподіл хворих за типом вегетативної регуляції проводили за допомогою опитувальника, розробленого А.М. Вейном та обчисленням вегетативного індексу Кердо. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням пакету програм БІОСТАТ (версія 4.03).

Результати дослідження: З'ясовано, що хворі на РТМ з переважанням симпатичного тону вегетативної нервової системи після закінчення променевого лікування мають вірогідно нижчі рівні еритроцитів, гемоглобіну, відносної кількості CD8+Т-лімфоцитів та більш високі рівні відносної кількості еозинофілів, моноцитів, функціональної активності нейтрофілів та рівні цитокінів у порівнянні з показниками хворих, у яких превалював тонус парасимпатичної системи.

Висновки: Хворі на рак тіла матки з різними типами вегетативної регуляції мають особливості імунних та гематологічних порушень, викликаних променевим лікуванням. Це обумовлює необхідність індивідуального підходу до розробки схем імунокоригуючого лікування при променевої терапії онкологічних хворих.

СЛУЧАЙ СЛОЖНОГО НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА АМИНОКИСЛОТ

Громова А.А., Яновская А. А., Гречанина Ю.Б.

Харьковский специализированный медико-генетический центр (ХСМГЦ)

Нарушения обмена аминокислот относятся к врожденным дефектам метаболизма, проявляющиеся нарушением развития, прогрессирующей энцефалопатией, полиорганными нарушениями. При катаболизме аминокислот образуется токсичный для нервной системы аммиак.

Цель: изучить клинические и биохимические особенности у ребенка с нарушением обмена аминокислот

Материалы и методы: ребенок с нарушением обмена веществ; сомато-генетическое, биохимические исследования.

Результаты: ребенок Р консультирован в ХСМГЦ в возрасте 3 месяца в связи с гипотрофией, задержкой темпов развития, сосудистой мальформацией.

В возрасте 2 недели была отмечена цианотичность правой ножки, консультирован хирургом: сосудистая мальформация в области правой голени, стопы, бедра, спины. С 2 месяцев отмечалась вялость, плохой аппетит, дефицит веса, срыгивания, мышечная гипотония, беспокойство.

При обследовании в возрасте 3 месяца было выявлено:

- ВЭЖХ аминокислот крови: повышены уровни глутамата, глутаминна, аргинина, гомоцистеина. Снижен уровень метионина.

- Полиморфизм в гене MTRR (метионинсинтаза-редуктаза) GG.

- Аммиак крови 214.96, 137.52 (до 72 мкмоль/л).

- Газовая хроматография и масс-спектрометрия мочи: изменены метаболиты серосодержащих аминокислот, кобаламина (повышена метилмалоновая кислота, положителен сульфитный тест).

- НСГ: признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома, васкулопатии. Был выставлен диагноз: нарушение обмена серосодержащих аминокислот, цикла мочевины; гипераммониемия. На фоне малобелковой диеты, метаболической терапии улучшилось состояние ребенка, лабораторные показатели.

Выводы: необходимо исследовать уровень аммиака, аминокислот крови у детей с симптомами угнетения ЦНС, задержкой в развитии, гипотрофией для своевременной диагностики и адекватного лечения.

АНЕМИЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ В ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА Гужва Н.Ю., Фельдман Д.А.

Харківський національний медичний університет

Анемічний синдром відноситься до тих позасуглобових проявів РА, які впливають на ефективність лікування, якість життя пацієнтів. РА відноситься до захворювань, які негативно впливають на фертильність. Анемія, у хворих на РА, має дві причини. Перша - залізодефіцитна анемія (ЗДА), друга - цитокін-медійована анемія (ЦМА), розвивається внаслідок гіперпродукції проанемічних цитокінів (ФНП- α , інтерлейкіни 1 і 6).

Мета роботи. Виявити особливості анемічного синдрому у пацієнток з РА фертильного віку порівняно з хворими на РА, що перебувають в постменопаузальному періоді.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 44 жінки з РА та анемією, 11 – зі збереженою менструальною функцією (основна група), 33 – в постменопаузальному періоді (група порівняння). Вік хворих основної групи склав $31,5 \pm 2,52$ років, тривалість анамнезу РА – $4,2 \pm 0,52$ років; в групі порівняння аналогічні показники склали відповідно $57,3 \pm 1,49$ та $11,2 \pm 0,49$ років. Вміст заліза (Fe) в сироватці крові й загальну залізов'язувальну здатність сироватки (ЗЗЗС) крові визначали ферозинним методом. Імуноферментним методом - рівень (ФНП- α)

Результати та їх обговорення. В основній групі хворих анемія I ступеню (Hb в межах 100-119 г/л) спостерігалась у 9 (81,8%) пацієнток, II ступеню (Hb в межах 81-99 г/л) - у 2 (18,2%) хворих. В групі порівняння I ступінь анемії у 26 (78,9%) жінок, II – у 7 (21,1%). В процесі обстеження виявлені високі рівні ФНП- α , маркера запалення, якому належить роль в патогенезі РА і який володіє вираженою проанемічною дією. Вміст ФНП- α - $92,8 \pm 4,42$ нг/л в основній групі та $98,5 \pm 2,35$ нг/л – в групі порівняння. Виявлено негативний кореляційний зв'язок помірної сили між концентрацією ФНП- α та вмістом Hb. Для диференціювання ЗДА та ЦМА досліджувався вміст Fe та ЗЗЗС сироватки крові, яка значно зростає при ЗДА й майже не змінюється при ЦМА. В основній групі (11 жінок) - 5 (45,5%) з них мали ознаки ЗДА (вміст заліза $7,56 \pm 0,244$ мкмоль/л та ЗЗЗС - $73,8 \pm 1,98$ мкмоль/л); 6 (55%) жінок були без ознак ЗДА (вміст Fe $14,57 \pm 2,081$ мкмоль/л та ЗЗЗС - $56,2 \pm 2,17$ мкмоль/л). В групі порівняння з 33 пацієнток 5 (15,2%) жінок мали ознаки ЗДА. 28 (85,8%) жінок групи порівняння були без ознак ЗДА

Висновки. Анемічний синдром у хворих на РА фертильного віку за своєю

тяжкістю не відрізняється від такого у пацієнок з РА, що перебувають в постменопаузальному періоді. Частота ЗДА у жінок з РА фертильного віку більш висока, ніж у осіб в постменопаузальному періоді. Причиною збільшення експресивності ЗДА у пацієнок з РА репродуктивного віку є збережена менструальна дисфункція.

АНАЛІЗ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ШИГЕЛЬОЗУ У ХАРКОВІ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

**Гужва Н.Ю., Червань І.В., Мінакова С.А, Тertiшний В.А.,
Лоскутов А.В.**

Харківський національний медичний університет

За даними МОЗ України, захворюваність на шигельоз в останні роки коливається на рівні 17 - 20 на 100 тис. населення

Мета роботи. Оцінити епідемічну ситуацію щодо. шигельозу у Харківській області

Матеріали та методи. При дослідженні використовувались дані наукової літератури, офіційні дані Харківської обласної санітарно-епідеміологічної служби.

Результати дослідження. В Україні у 2012 році зареєстровано 2794 випадки шигельозу. Неблагополучна епідемічна ситуація спостерігається на більшості адміністративних територій. Показники захворюваності населення постійно збільшуються - у 2012 році в Україні- 3,6, у Харківській області -22,4, у м.Харків 31,1 на 100 тис. населення. у 2013 році в Україні - 6,13, у Харківській області - 31,87, у м.Харків 35,9 на 100 тис. населення Аналіз захворюваності на шигельоз у Харківській області показав, ріст захворюваності у дітей у віці до 1 року: 127 випадків (25,7 на 100 тис.) проти 117 (23,0) у 2011 році. Як і в попередні роки, найбільш ураженими є діти у віковій групі 1- 4 роки -847 випадків, показник 43,7 на 100 тис. Найвищі показники захворюваності у 2012 році у Харківській області - 382,1 . Високий рівень захворюваності серед дітей вікової групи 5-9 років -31,03 на 100 тис. Найбільш високі показники захворюваності по Україні це у Харківській області - 176,8. У 2012 році найбільше постраждало одночасно 120 осіб, у тому числі 112 дітей під час спалаху шигельозу, що відбувся у гімназії №1 м.Богодухова Харківської області. Питома вага лабораторно підтвердженого діагнозу шигельозу у більшості областей висока, по Україні - 86,0% (2404). Разом з тим у Харківській області цей показник щороку найнижчий - 68,0%, у 2011 році - 47,6%. На протязі останніх років при бак.обстеженні хворих на гострі кишкові інфекції частіше виявлялись шигели Зонне, які більш стійкі в зовнішньому середовищі, мають властивість розмножуватися в харчових продуктах та викликати клінічні форми легкої важкості. Все це приводить до збільшення не виявлених джерел інфекції, занесенню інфекції в організовані колективи, харчові і інші об'єкти епідризику, що сприяє зростанню захворюваності, виникненню групових захворювань

Висновок. Таким чином в Україні відбувається активізація епідемічного процесу шигельозу. Для поліпшення епідемічної ситуації необхідно застосовувати санітарно-гігієнічних заходи, спрямовані на розрив механізму передачі збудника: благоустрій джерел водопостачання, посилення санітарного нагляду за

громадським харчуванням, в місцях загального користування, підвищення санітарної культури населення.

ВИЗНАЧЕННЯ ТА ПОРІВНЯННЯ ПРОТЕЇНОВОГО СКЛАДУ ГРИПОЗНИХ ВАКЦИН

**Давидова Т.В., Волянський А.Ю., Романова О.А., Ігумнова Н.А.,
Сидоренко Т.А., Юхименко В.І.**

ДУ «ІМІ ім.І.І.Мечникова НАМН України», м. Харків

У даному дослідженні за допомогою молекулярно-біологічних методів проаналізовано білковий склад виготовлених до сезону 2012-2013 рр. розщепленої вакцини Ваксгрип (Санofi Пастер, Франція) та субодиночної вакцини Інфлювак (Солвей Фарма, Нідерланди), вірусні антигени яких увійшли до складу новостворених експериментальних зразків ліпосомальних проти-грипозних вакцин. У якості препарату порівняння була використана офіційна віросомальна вакцина Інфлексал (Берна Біотех ЛТД, Швейцарія), у якій склад білків та їх концентрація вивчалися після попереднього дезінтегрування ліпосом та вивільнення їх вмісту. Як засвідчили наші дослідження, загальний вміст білку у розщепленій вакцині Ваксигрип становив 121,7 мкг/мл на штам. Її основними складовими є білки з молекулярною вагою 48,9 кДа та 51,4 кДа. Перший, що складав 76,2% від загального вмісту, -- 92,7 мкг/мл, другий, частка якого у препараті була 15,3% -- 16,5 мкг/мл. Визначено ще 4 білкових компоненти, які препарат містив у порівняно невеликих кількостях: 16,8 кДа (5,3%) -- 6,42 мкг/мл; 42,0 кДа (2,3%) -- 2,76 мкг/мл; 24,8 кДа (1,4%) -- 1,67 мкг/мл, а також білок 47,1 кДа у кількості 1,59 мкг/мл (1,3%). Білковий профіль Інфлювак містив меншу кількість як загального білку -- 83,41 мкг/мл на штам, так і власних складових. Основними компонентами препарату є два білки: 70,1% складає компонент 46,0 кДа у концентрації 58,49 мкг/мл; 2-ю складовою є білок 49,0 кДа -- 23,61 мкг/мл (28,3%). До складу вакцинного препарату входить також незначна кількість (1,31 мкг/мл) білку з молекулярною вагою 26,9 кДа (1,6%). Таким чином, кінцевим підсумком молекулярного дослідження білкового складу зазначених вакцин стало кількісне і якісне визначення їх складових -- п'ятьох білкових компонентів спліт-вакцини Ваксигрип і двох -- субодиночної вакцини Інфлювак. Було встановлено, що загальний вміст білку у дослідженій субодиночній вакцині є нижчим, ніж у розщеплено-вірусній. Проте, всупереч розповсюдженій думці, це не свідчить про підвищений ступінь очистки субодиночних вакцин. Більш високий вміст білку у розщеплених вакцинах пояснюється присутністю вірусних білків, таких, як М та НР, що слабо або зовсім не реєструються у субодиночних вакцинах. У віросомальній вакцині Інфлексал концентрація загального білку на один вірусний штам дорівнювала 94,60 мкг/мл. Складові являли собою три білкових компоненти. З них 45,5% білок з молекулярною вагою 24,1 кДа у концентрації 129,1 мкг/мл; 33,0% -- 78,7 кДа, в кількості 93,6 мкг/мл і 21,5% -- 71,1 кДа в кількості 61,1 мкг/мл. Досить обмежена кількість складових вірусно-антигенного профілю вакцини Інфлексал, а також доволі велика молекулярна вага двох з виявлених білкових компонентів дозволяє припустити, що антигенна складова даної віросомальної вакцини виготовлена за

зразком субодиничних препаратів з наступною інкапсуляцією до лецитинових подвійно-шарових ліпосомальних везикул.

**ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ВЕЗИКУЛ
ЛІПОСОМАЛЬНИХ ГРИПОЗНИХ ВАКЦИН ЗА ДОПОМОГОЮ АТОМНО-
СИЛОВОЇ СКАНУЮЧОЇ МІКРОСКОПІЇ**

**Давидова Т.В., Волянський А.Ю., Романова О.А., Ігумнова Н.А.,
Сидоренко Т.А., Юхименко В.І.**

ДУ «ІМІ ім.І.І.Мечникова НАМН України», м. Харків

Атомно-силова скануюча мікроскопія (АССМ) має суттєві переваги, перш за все при дослідженні біологічних об'єктів. Складність підготовки зразка та його спотворення в процесі цілої низки маніпуляцій дещо знижує цінність електронної мікроскопії для науки і практики. АССМ дозволяє характеризувати об'єкт в нативному вигляді. Зображення поверхні при скануванні біозразку в горизонтальній площині вельми цінно. АССМ було застосовано при вивченні морфо-функціонального стану ліпосомальних вакцин (Інфлексал та зразка новоствореної ліпосомальної протигрипозної вакцини №1 (ЛВ1), розробленої в ДУ «ІМІ ім. І. І. Мечникова» у 2013 році). Везикули досліджуваної контрольної вакцини Інфлексал вирізняються неправильними округлими формами, мають бугристу аморфну поверхню, достатньо еластичну і гнучку. Виступи різноманітної конфігурації на поверхні ліпосом повторюють форми окремих складових антигенного вміщення. Внаслідок цього ліпосомальна мембрана має складчастий характер, що свідчить про її досить тендітну структуру, а самі ліпосоми - досить значні просторові параметри внаслідок своєрідного «розтягнення» антигенною начинкою. Подібна будова ліпосомальної мембрани повинна сприяти прискореному легкому вивільненню антигенного вмісту по мірі досягнення мішені. Це може викликати більш швидке імунне реагування та більш раннє формування специфічного імунітету, що є позитивною якістю досліджуваної офіційної вакцини. З іншого боку, тендітність ліпосомальної оболонки може призводити до її більш легкого порушення та вразливості до будь-яких фізичних та хімічних факторів. Ліпосомальні елементи ЛВ1 мають більш сферичну форму, а структура мембрани везикул, практично гладка, без складчастості і виступів. Характер поверхні ліпосом, а також достатньо висока загальна збереженість вакцини дозволяють припустити, що ліпосомальні везикули розробленого нами препарату мають більш жорстку ліпосомальну оболонку, ніж контрольної. Перевагами ЛВ1 є більш висока збереженість і стійкість до різноманітних біологічних і біохімічних впливів як під час підготовки препарату, так і після введення до організму. Останнє дозволяє припустити, що транспортування переважної кількості антигенів, замкнених у ліпосоми з подібними характеристиками, до їх цілі є більш гарантованим, що повинно в кінцевому підсумку забезпечувати достатньо високу імунну відповідь на саму вакцину.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ НЕЙРОСОХРАНЯЮЩЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ (РЭГ-С₁) У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Дерменжи Т.В., Свинцицкий В.С., Стаховский Э.А., Яцина А.И., Кабанов А.В.

Национальный институт рака, г. Киев

Цель: Оценить некоторые функции мочевыделительной системы у больных инфильтративным раком шейки матки после хирургического лечения.

Материалы и методы. С целью оценки некоторых функции мочевыделительной системы и влияния нейросохраняющей радикальной гистерэктомии (РЭГ-С₁) на них, у больных РШМ в 2012-2014 гг. в отделении онкогинекологии Национального института рака проведено исследование, в котором 50 больным инфильтративным РШМ (средний возраст больных 32,7 ± 4,9 года) выполнена РЭГ с последующим проведением цистоманометрии: из них 25 больным (I – группа) РЭГ производилась с сохранением тазового вегетативного нервного сплетения (ТВНС) и 25 больным РЭГ проводилась по стандартной методике, без сохранения ТВНС (II – группа, контрольная).

Результаты и обсуждение. У пациенток I и II групп мы оценивали основные симптомы нарушений функции мочевыделительной системы (ОСНФМС) такие как: затруднение опорожнения мочевого пузыря (ЗОМП); недержание мочи разной степени проявления (НМРСП). Пациентки I группы были разделены на 2 подгруппы (ПП): А - пациентки IV стадии заболевания, с сохранением ТВНС с обеих сторон (18 человек-72%) и В – пациентки со IIA стадией, с сохранением ТВНС с одной стороны (7 человек-28%). ЗОМП были установлены у 1 (4%) пациентки ПП А и у 2 (8%) пациентки ПП В, что составило 12%. НМРСП были установлены у 1(4%) пациентки в ПП В, что составило 4%. ОСНФМС составили 16%. Удаление катетера у пациенток IV стадии с сохранением ТВНС с обеих сторон осуществляли на 3-4 сутки. Койко-день составил при этом 6-7 дней. У пациенток II А стадии с сохранением ТВНС только с одной стороны - мочевой катетер удаляли на 5-7 сутки; койко-день составил 10-12 дней. Пациентки II группы были разделены на 2 ПП в зависимости от стадии процесса: I В (9 человек-36%) и II А (16 человек-64%) стадии. ЗОМП были установлены у 6 (24%) пациенток I В и у 9 (36%) пациенток IIA стадий, что составило 60%. НМРСП были установлены у 1(4%) пациентки в I В и у 4(16%) пациенток IIA стадий, что составило 20%. ОСНФМС составили 80%. Удаление катетера у пациенток I В стадии осуществляли на 8-14 сутки. Койко-день составил при этом 15-16 дней. У пациенток II А стадии мочевой катетер удаляли на 15-21 сутки; койко-день составил 22-25 дней.

Выводы: Таким образом у пациенток I группы процент осложнений со стороны функций мочевыделительной системы составил 16% против контрольной группы - 80%, что доказывает существенное влияние нейросохраняющей (РЭГ-С₁) на данные функции. Удаление катетера у пациенток I группы осуществляли на 3-7 сутки, в то время как во II группе на 8-21, что существенно указывает нам на качество жизни пациентки.

**УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ОЗНАК ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ
ТКАНИНИ**

Дєдова В.О.

*Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти
Міністерства охорони здоров'я України»*

Мета та задачі дослідження: визначити частоту ураження органів-мішеней на прикладі нирок у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) різних вікових груп в залежності від наявності та виразності ознак дисплазії сполучної тканини (ДСТ).

Матеріали і методи. Обстежено 147 хворих на АГ II стадії з підвищенням АТ 2-3-го ступенів, високим і дуже високим додатковим ризиком, середній вік ($48,3 \pm 7,7$) років. Обстежені хворі були розподілені на групи: з ознаками ДСТ (74 пацієнти) та без ознак ДСТ (73 пацієнти). Стан нирок оцінено до призначення лікування за рівнями мікроальбумінурії (МАУ) (за допомогою спеціальних лабораторних наборів (полоскові експрес-тести) та фіксували її при 30 мг на добу та більше) та розрахунком швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою *Cocroft-Gault*.

Отримані результати. У хворих на АГ 30-39 років зменшення ШКФ менше 90 мл/хв. не виявлено, наявність МАУ виявлено у 30,0% пацієнтів з ознаками ДСТ та 35,7% без таких. У хворих 40-49 років зменшення ШКФ менше 90 мл/хв виявлено у 6,1% пацієнтів з ознаками ДСТ та 7,1% - без таких, наявність МАУ у хворих з ознаками ДСТ становило 24,2%, а без ознак ДСТ – 31,6%. У пацієнтів 50-59 років зберігається така ж тенденція – у хворих з ознаками ДСТ МАУ виявлено у 32,2%, а без ознак ДСТ - у 34,8% випадків, зменшення ШКФ менше 90 мл/хв у хворих з ознаками ДСТ реєструвалось у 38,7%, а без ознак ДСТ – у 39,5%. Виявлено, що величина МАУ залежить від наявності та кількості ознак ДСТ. Показник МАУ в середньому достовірно вище у хворих на АГ без ознак ДСТ ($53,6 \pm 3,0$) мг на добу та продовжує знижуватись по мірі наростання кількості ознак ДСТ ($46,1 \pm 2,7$) мг на добу у пацієнтів з легким ступенем виразності ДСТ та ($38,3 \pm 2,2$) мг на добу у пацієнтів з виразністю ознак ДСТ середнього та важкого ступеню.

Висновки.

1. Частота ураження нирок за критеріями МАУ та ШКФ є меншою у хворих на АГ з ознаками ДСТ, що більш виражено у віці 40-49 років. Так, зменшення ШКФ виявлено 6,1% пацієнтів з ознаками ДСТ та 7,1% пацієнтів без таких ознак, МАУ у 24,2% і 31,6% відповідно.
2. Показник МАУ в середньому достовірно вище у хворих на АГ без ознак ДСТ ($53,6 \pm 3,0$) мг на добу та продовжує знижуватись по мірі наростання кількості ознак ДСТ ($46,1 \pm 2,7$) мг на добу у пацієнтів з легким ступенем виразності ДСТ та ($38,3 \pm 2,2$) мг на добу у пацієнтів з виразністю ознак ДСТ середнього та важкого ступеню.

ДЕЯКІ ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Делєвська В. Ю.

Харківський національний медичний університет

За даними ВООЗ, у світі неухильно зростає кількість хворих з хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ). Основне значення в хронізації запального процесу в бронхо-легеневій системі мають імунологічні порушення, які відіграють важливу роль в хронізації патологічного процесу. У зв'язку з цим продовжує залишатися актуальним вивчення особливостей імунологічного статусу при ХОЗЛ з урахуванням їх взаємозв'язку з порушеннями функції зовнішнього дихання.

Мета роботи - вивчення особливостей імунного статусу у хворих на ХОЗЛ залежно від тяжкості захворювання і даних спірометрії.

Матеріали і методи. Обстежено 32 хворих з діагнозом хронічного обструктивного захворювання легень II і III стадії (GOLD, 2011). Вік хворих в середньому склав $68,7 \pm 4,41$ років. З них 1 групу склали 17 хворих з II стадією ХОЗЛ, 2 групу - 15 хворих з III стадією ХОЗЛ. У контрольну групу увійшли 15 практично здорових донорів. Функція зовнішнього дихання (ФЗД) визначалася методом спірометрії. Загальна кількість Т-лімфоцитів, активних Т-лімфоцитів, субпопуляцій CD4 + і CD8 + / CD16 + лімфоцитів встановлювали за допомогою моноклональних антитіл. Концентрацію імуноглобулінів класів IgA, IgM, IgG визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу.

Результати та їх обговорення. У хворих на ХОЗЛ виявлено достовірне зниження вмісту числа загальних Т-лімфоцитів, Т-активних лімфоцитів, CD4 + і CD8 + / CD16 +-лімфоцитів та підвищення рівня імуноглобулінів класу IgM. При цьому у пацієнтів ХОЗЛ III стадії в порівнянні з хворими на ХОЗЛ II стадії зазначалося більш виражене зниження кількості Т- загальних лімфоцитів, Т-активних лімфоцитів, CD4 +, CD8 + / CD16 +, поряд зі збільшенням рівня імуноглобулінів класів IgG та IgA. При проведенні кореляційного аналізу між виразністю порушень ФЗД та імунологічними виявлені прямі достовірні зв'язки між ОФВ₁ і Т загальними лімфоцитами ($r = 0,56$), Т активними лімфоцитами ($r = 0,85$) і CD4 +лімфоцитами ($r = 0,73$). У гуморальній ланці виявлені зворотні зв'язки між ОФВ₁ та імуноглобулінами класу Ig G ($r = -0,38$), Ig A ($r = -0,31$) і Ig M ($r = -0,32$).

Висновки. Хронічне обструктивне захворювання легень викликає глибокі порушення в клітинному і гуморальному ланках імунітету, призводячи до структурно - функціональних змін в легенях.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЙНОГО ЗАГОСТРЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

**Дзюблик О.Я.¹, Дзюблик І.В.², Обертинська О.В.², Капітан Г.Б.¹, Недлінська
Н.М.¹, Ячнич В.А.¹, Мухін О.О.¹, Сухін Р. Є.¹**

*¹Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ*

*²Державна установа «Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика МОЗ України», м. Київ*

Вірус-індуковані загострення бронхіальної астми (БА) складають 60–80 % усіх загострень. Відсутність обґрунтованих рекомендацій щодо їх своєчасної етіологічної діагностики суттєво впливає на ефективність лікування цієї недуги та розвиток її ускладнень.

Для вирішення цього питання пропонується алгоритм діагностики інфекційного загострення (ІЗ) БА вірусної етіології, яка базується на рекомендаціях «Клінічного протоколу надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» хворим на БА» (наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.) та передбачає паралельний діагностичний пошук з метою встановлення у хворого наявності клініко-функціональних ознак загострення БА, визначення його інфекційного характеру та лабораторне підтвердження вірусної етіології загострення.

Додаткове використання сучасних лабораторних методів діагностики — кількісного нефелометричного визначення рівня С-реактивного протеїну сироватки крові, «швидких» імунохроматографічних (ІХ) тестів та полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в реальному часі з використанням мультіплексних вірусних тест-систем поряд з традиційними клініко-функціональним обстеженням хворих із загостренням бронхіальної астми — дозволяє своєчасно провести ранню диференційну діагностику загострення БА, визначити його інфекційний характер та підтвердити етіологічну значущість вірусних збудників.

За допомогою розробленої схеми діагностики отримані нові дані щодо спектру збудників інфекційного загострення бронхіальної астми: у 51,7 % випадків ідентифіковані респіраторні віруси, у 18,1 % – бактерії, у 8,6 % – поєднання вірусів і бактерій. Найбільше етіологічне значення серед вірусних збудників мав риновірус, бокавірус і метапневмовірус.

Застосування цього алгоритму діагностики дозволяє вчасно призначати етіотропну протівірусну терапію, що позитивно впливає на ефективність лікування хворих з ІЗ БА – скорочення тривалості загострення на 1–2 дні та зменшення кількості ускладнень на 15 %.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНОГО ПРЕПАРАТУ ВІТАГЛУТАМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

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

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

Мета дослідження – вивчити ефективність та безпеку противірусного препарату вітаглутаму у комплексному лікуванні хворих з інфекційним (вірусним) загостренням бронхіальної астми (ІЗ БА).

Об’єкт та методи дослідження — 128 хворий з ІЗ БА вірусної етіології (73 чоловіків і 88 жінок у віці 19 – 76 років). До складу 1-ї групи включили 66 хворих, яким проводили терапію загострення БА згідно вимогам наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. з використанням протизапальних препаратів (системні та інгаляційні глюкокортикостероїди) в поєднанні з бронхолітиками, мукорегуляторами. 62 пацієнтам 2-ї групи до комплексної терапії додавали противірусний препарат вітаглутам (Інгавірин, «Валента Фармацевтика», Росія) перорально у дозі 90 мг 1 раз на добу впродовж 5 днів. В усіх випадках противірусна терапія була емпіричною, а об’єм терапевтичних заходів та шляхи введення препаратів визначали за ступенем тяжкості загострення та відповіді на початковий етап терапії. Оцінку загального стану хворих та клініко-функціональних ознак ІЗ БА в групах порівняння проводили на початку, на 2–3-тю, 10-ту та 20-ту добу спостереження. Робота виконана на кошти держбюджету.

Результати дослідження. В процесі лікування у хворих 2-ї групи на 2 та 3 візитах спостерігалась більш швидка (в середньому на 1 – 2 дні) позитивна динаміка зникнення клінічних проявів інтоксикації та катаральних симптомів (достовірне зменшення кількості хворих з лихоманкою, головним та м’язовим болем, гіперемією слизових оболонок та кон’юнктиви, утрудненим носовим диханням, кашлем тощо). Повну ліквідацію загострення встановили у 80,3 % хворих 1-ї групи та у 85,7 % — 2-ї групи. В той же час у хворих 2-ї групи зафіксована достовірно менша (на 15 %) кількість бактеріальних ускладнень, які потребували призначення антибактеріальних препаратів та продовження терміну лікування. Вітаглутам добре переносився хворими — передчасного припинення лікування внаслідок розвитку ускладнень або побічних токсико-алергічних реакцій не було.

Висновки: поєднання базисного лікування ІЗ БА вірусної етіології з емпіричним прийомом вітаглутаму дозволяє зменшити прояви інтоксикації та катаральні явища, скоротити їх тривалість та зменшити кількість бактеріальних ускладнень (на 15 %).

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВИСОКОДОЗОВОЇ ТЕРАПІЇ РОЗУВАСТАТИНОМ І АТОРВАСТАТИНОМ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ З ПОЗИЦІЙ БЕЗПЕЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Дубровінська Т.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Недостатньо вивченим залишається питання безпечності застосування рекомендованих високодозових режимів статинотерапії у хворих на поліморбідну патологію інфаркт міокарда (ІМ) у поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ).

Метою роботи є в порівняльному аспекті дослідити безпечність впливу високодозової терапії розувастатином і аторвастатином на функціональний стан печінки у хворих на ІМ у поєднанні з НАСГ з підвищеними вихідними рівнями активності аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ) і гама-глутамілтранспептидази (ГГТП).

Обстежено 40 хворих на ІМ у поєднанні з НАСГ, середній вік $56,5 \pm 0,5$ років. І група – 18 пацієнтів, які отримували розувастатин у дозі 20 мг/добу; ІІ група – 22 хворих, які приймали аторвастатин у добовій дозі 80 мг. Пацієнтам обох груп кожні 3 місяці протягом 9 місяців спостереження проводилося визначення активності АлАТ, АсАТ і ГГТП. В обох досліджуваних групах до початку лікування активність АлАТ і ГГТП перевищувала значення практично здорових осіб в 4 рази, активність АсАТ – в 5 разів. Через 9 місяців лікування розувастатином у пацієнтів І групи зафіксовано зниження активності АлАТ, АсАТ і ГГТП у порівнянні з показниками до початку лікування на 21%, 62% і 33% відповідно. У хворих ІІ групи на фоні прийому аторвастатину через 3 місяці спостереження, на відміну від пацієнтів І групи, відмічено підвищення активності АлАТ і ГГТП у порівнянні з показниками до лікування на 18% і 15% відповідно (у 1 пацієнта – вище 3 верхніх меж норми), із наступним поступовим зниженням активності даних показників до вихідного рівня через 9 місяців лікування. Активність АсАТ через 9 місяців прийому аторвастатину у хворих ІІ групи знизилася на 56%.

Таким чином, можна зробити висновок про відсутність негативного впливу розувастатину у дозі 20 мг/добу на показники функціонального стану печінки у хворих на ІМ у поєднанні з НАСГ, на відміну від аторвастатину у дозі 80 мг/добу, застосування якого у даної категорії пацієнтів потребує ретельного моніторингу активності АлАТ і ГГТП.

РІВЕНЬ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ТА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Дудка Т.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Дихальні шляхи є основним джерелом синтезу цитокінів і ростових факторів, що сприяють міграції фібробластів, проліферації та диференціації міофібробластів у легенях. В епітеліальних клітинах легень синтезується фактор росту тромбоцитів, трансформуючий фактор росту фібробластів- β (ФРФ) та туморнекротичний фак-

тор. Усі ці фактори відіграють суттєву роль у фіброзі легеневої тканини. В експериментальних дослідженнях доведено: підвищена кількість жовчних кислот, за рахунок мікроаспірації в дихальні шляхи стимулюють синтез ФРФ та проліферацію фібробластів, які роблять суттєвий внесок у патогенез фіброзу бронхолегеневої системи.

Мета дослідження – дослідити рівень фактора росту фібробластів у хворих на ХОЗЛ із супутнім хронічним некаменевим холециститом.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 92 хворих: 32 хворих на ХНХ у фазі загострення (1-ша гр.), 30 хворих на ХОЗЛ (2-га гр.), 30 хворих на ХОЗЛ із коморбідним ХНХ у фазі загострення (3-тя гр.). Контрольна група - 30 ПЗО.

Результати дослідження. Дослідження вмісту ФРФ у сироватці крові у обстежених хворих показало, що він перевищував показники у ПЗО відповідно у 1-й групі – у 1,4 раза, 2-й групі – у 2,4 раза, 3-й групі – у 2,6 раза ($p < 0,05$), тобто вірогідно зростав у хворих із коморбідним перебігом ХНХ та ХОЗЛ у порівнянні з ізольованим перебігом ХОЗЛ. ФРФ синтезується багатьма імунокомпетентними клітинами переважно в зоні запалення, сприяє підвищенню процесів репарації, регенерації та загоєння. Гіпоксія, запалення у стінці бронхів та жовчного міхура (ЖМ) сприяли істотному зростанню вмісту в крові ФРФ, що, по-перше, сприяло релаксації ЖМ та зниженню його скоротливої здатності, а по-друге, стимулювало активацію синтезу фібробластами елементів сполучної тканини з прогресуванням пневмосклерозу у хворих при ХОЗЛ.

Локальний персистуючий запальний процес в респіраторному тракті при ХОЗЛ за рахунок змін мікробіоценозу та метаболічної активності флори бронхів та жовчного міхура при супутньому ХНХ, що сприяють виділенню великої кількості бактеріальних токсинів та ендогенній інтоксикації з активацією ПОЛ та системи АОЗ призводить до активації імунної системи та виходу факторів росту з бронхолегеневої системи в системну циркуляцію.

Встановлені кореляційні зв'язки вказують на те, що ФРФ бере участь у регуляції тону бронхів, розвитку обструктивного та рестриктивного типів дихальної недостатності у хворих на ХОЗЛ, водночас, ймовірно негативно впливаючи на скоротливу здатність ЖМ, сприяючи розвитку його гіпокінетичної дисфункції.

Висновки. Таким чином, гіперпродукція фактора росту фібробластів стимулює процеси системного запалення, сприяє фіброзуванню легень, знижуючи скоротливу здатність жовчного міхура.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА БОЛЬНЫХ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА **Дынный А.А., Шенько А.Н.**

Харьковский национальный медицинский университет

По данным ВОЗ, наследственное предрасположение лежит в основе более 90% хронических заболеваний. Ранняя идентификация индивидуальных предпосылок к нарушениям репродуктивной системы является актуальной, так как способствует своевременному выявлению и наблюдению таких девочек и назначению адекватных лечебных и профилактических мероприятий.

Целью исследования было: выяснение частоты и характера перинатальной

патології, отягощеної наследственності у пацієнток з аномальними маточними кровотеченнями пубертатного періода (АМК ПП).

Аналіз фізического розвитку дозволив установити, що 70 дівочек мали гармонічне розвитие – I гр., у 59 отмечалась избыточная масса тела – II гр. и у 39 – дефіцит масы тела – III гр.

В анамнезі не отмечали никаких отклонений со стороны репродуктивного здоровья почти половина матерей девочек I и II гр. (46,9 и 51,7 % соответственно). В отличие от них матери подростков III гр. только в 35,1 % не указывали на перенесенные различные гинекологические заболевания. Большинство из них имели различную гинекологическую патологию, в том числе и нейро-эндокринного характера, что значительно чаще, чем в других группах (64,9 % против 53,1 % в I гр. и 48,3 % во II гр.; $p_{1,2} < 0,01-0,001$). Осложненное течение беременности и родов при вынашивании наших пациенток регистрировалось у абсолютного большинства матерей всех трех групп (I гр. – 61,1 %, II гр. – 66,1 %, III гр. – 60,5 %). Следует отметить, что у матерей девочек с избыточной массой тела значительно чаще, чем в других группах отмечалось сочетание патологического течения беременности и родов (I гр. – 18,3 %, II гр. – 28,8 %, III гр. – 15,8 %; $p_{1,2} < 0,01-0,001$). У них же достоверно чаще родоразрешение происходило путем кесарева сечения (I гр. – 1,5 %, II гр. – 8,6 % $p < 0,001$).

Наше исследование показало, что абсолютное большинство обследованных пациенток родилось с физиологическими росто-весовыми параметрами (I гр. – 88,5 %, II гр. – 94,9 %, III гр. – 94,7 %). Маловесными при нормальном гестационном сроке родилось от 3,5 % до 5,3 % детей во всех трех группах. Макросомия регистрировалась только среди больных I и II гр. (6,1 и 1,7 % соответственно). Причем чаще крупными рождались подростки, имеющие нормативный ИМТ на момент поступления в стационар по поводу аномального маточного кровотечения ($p < 0,001$).

Таким образом, подтверждено влияние перинатальной патологии на формирование и становление менструальной функции – основополагающей специфической функции женского организма.

ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІТЕЛІУ ЯСЕН У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ

Ємельянова Н.Ю., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В., Шапкін А.С
*ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»,
м. Харків*

На даний час накопичені численні дані, що свідчать про тісний патогенетичний зв'язок між запальними захворюваннями пародонта і слизової оболонки порожнини рота та патологією органів дихання. Разом з тим стан епітелію ротової порожнини і пародонта у хворих з патологією бронхолегеневої системи, зокрема з хронічним обструктивним захворюванням легенів (ХОЗЛ), практично не вивчено.

Мета дослідження - вивчення цитологічних параметрів епітелію слизової оболонки ясен у хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи. Цитологічні дослідження проводили на зішкрябах

слизової оболонки ясен 37 хворих на ХОЗЛ. Група контролю була представлена 20 соматично здоровими особами, репрезентативними за статтю та віком. Індекс зрілості епітеліальних клітин визначали за допомогою поліхромного пофарбування цитологічних препаратів за методом Папаніколау.

Результати дослідження. В цитологічних препаратах слизової оболонки ясен хворих на ХОЗЛ має місце виражена лейкоцитарна інфільтрація (переважно поліморфноядерні нейтрофіли і моноцити).

В порівнянні з контрольною групою у хворих на ХОЗЛ відзначаються виражені дегенеративні зміни епітелію ясен, які проявляються пікнозом ядер, порушенням цілісності ядерної мембрани, каріорексисом і каріолізисом. Дегенеративні зміни, скоріш за все, пов'язані із запаленням, проте вони можуть бути наслідком і терапевтичного впливу.

Індекс зрілості епітелію ясен (співвідношення парабазальних/проміжних/поверхневих/кератинізованих клітин) при ХОЗЛ становить $0,25 \pm 0,06 / 28,27 \pm 1,97 / 30,73 \pm 3,05 / 40,75 \pm 3,81$, вірогідно відрізняється від контрольних показників ($P < 0,05$) та свідчить про порушення зрілості епітелію, гіперкератоз та хронічне запалення.

Відзначені порушення стану епітелію слизової оболонки ясен можуть бути обумовлені факторами розвитку хронічного захворювання легень, зокрема, наявністю запалення і гіпоксії, порушенням трофічних процесів в тканинах та пригніченням імунної відповіді.

Висновки. У хворих з ХОЗЛ відзначаються порушення диференціювання епітелію ясен та суттєві зміни його морфо-функціонального стану з посиленням деструктивних процесів, що призводить до порушення бар'єрних властивостей епітеліального шару ясен у хворих цієї категорії.

РЕГУЛЯЦІЯ СУДИННОГО ТОНУСУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ

Єрмак О.С.

Харківський національний медичний університет

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найбільш важливих проблем сучасної кардіології. Найбільш небезпечним ускладненням ІХС є гострий інфаркт міокарда (ГІМ). Дисбаланс роботи вазоконстрикторної і вазодилатаційної систем у пацієнтів з ГІМ і супутнім ожирінням відіграє велику драматичну роль у прогресуванні цих захворювань.

Метою роботи є підвищення ефективності діагностики і лікування хворих на ГІМ із супутнім ожирінням на підставі оцінки дисбалансу вазоконстрикторних (копептин) та вазодилаторних (MR-proADM) реакцій, а також дослідження їх прогностичного значення у розвитку несприятливого перебігу ГІМ.

Очікувані результати: планується вивчити 105 пацієнтів з ГІМ, серед яких 75 осіб з ожирінням і 30 пацієнтів з нормальною вагою тіла. Контрольна група складатиметься з 20 здорових осіб. Клінічні та лабораторні дослідження будуть включати в себе визначення наступних показників: індекс маси тіла, якісного та кількісного визначення маркерів ГІМ (тропоніну I, креатинфосфокінази), методом ІФА визначатимуться: копептин, MR- proADM, індикатори, що

показують ліпідний профіль. Усім пацієнтам буде проведена ехокардіографія для визначення систолічної та діастолічної дисфункції. Всі пацієнти будуть лікуватися за стандартними методами терапії, включаючи припис зофеноприлу в одній групі пацієнтів.

Висновки: аналіз наявності та характеру змін копептина і MR- proADM у пацієнтів з ожирінням за умови наявності ускладнень ГІМ і оцінка маркерів вазоконстрикторних реакцій, заснованих на визначенні копептина і вазодилататорних реакцій шляхом визначення MR- proADM під впливом лікування хворих на ГІМ і ожиріння, використовуючи зофеноприл як частину стандартної терапії, буде новим у цьому дослідженні. Ці проблеми вимагають більш детального вивчення і проведення більшої кількості досліджень.

ПАТОМОРФОЛОГІЯ КАВЕРНОЗНИХ ТІЛ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ПРИ ХВОРОБІ ПЕЙРОНІ

Єрмілов С.Г.

Донецький національний медичний університет імені М.Горького

Актуальність. Прийнято вважати, що в основі морфологічної структури фіброзної бляшки лежить запальний процес в білковій оболонці з лімфоцитарною і плазмоцитарною інфільтрацією, зайвим накопиченням колагену III типу з одиничними фібробластами і зменшенням вмісту еластичних волокон.

Мета дослідження. Провести комплексне морфологічне вивчення кавернозних тіл у проекції фіброзних бляшок і визначити основні структурні пошкодження.

Матеріал і методи. Предметом морфологічного вивчення слугували шматочки кавернозних тіл статевого члена при хворобі Пейроні, взяті інтраопераційно у 27 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці урології Донецького національного медичного університету імені М.Горького на базі урологічного відділення Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання в період з 2007 по 2013 рр. Шматочки тканини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, заливали в парафін за стандартною методикою. На ротаційному мікротомі МПС-2 виготовляли серійні гістологічні зрізи товщиною 5 ± 1 мкм, які потім забарвлювали гематоксиліном і еозином, за ван Гізоном, Вергоффом, на фібрин за Шуєніновим, толуїдиновим синім при рН 2,6 і 5,3, ставили ШИК-реакцію з обробкою контрольних зрізів амілазою.

Результати дослідження. Ступінь виразності альтеративних, диспластичних і дисрегенераторних процесів був різноманітним не тільки в різних спостереженнях, а й у межах одного гістологічного препарату. Нерідко спостерігалось поєднання декількох процесів, що і створювало поліморфну структурну перебудову кавернозного тіла. Проте в ряді випадків домінуючими були альтеративно-диспластичні і дисрегенераторні процеси. Запальна реакція в *corpora cavernosa* практично була відсутня.

Висновки. До основних морфологічних змін кавернозного тіла (*corpora cavernosa*) статевого члена людини, виявлених нами в усіх випадках (27 спостережень) при хворобі Пейроні, слід віднести атрофію кавернозної

тканини, асоційовану з нею деформацію просвіту судин синусоїдного типу, атрофію периваскулярних гладком'язових волокон, фібро-мускулярну поздовжню і нодулярну гіперплазію гладком'язових волокон, осередкову проліферацію фібробластів, дисплазію сполучної тканини і кровоносних судин печеристих структур.

СИНДРОМ «МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ» У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Єрмоленко О.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної гастроентерології залишається вивчення гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). За останні роки відмічено суттєве зростання захворюваності та поширеності даного захворювання. Супровідним захворюванням, яке може істотно впливати на перебіг та прогресування ГЕРХ, є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Згідно з літературними даними, у 60-80% хворих на ХОЗЛ виявляють ГЕРХ. В основі загострень ГЕРХ та ХОЗЛ лежать порушення в організмі хворих метаболічних процесів з формуванням надмірної ліпопероксидації на тлі пригнічення активності ферментів антиоксидантного захисту та виникненням, внаслідок цього, синдрому «метаболічної інтоксикації» (СМІ). Метою роботи було дослідження концентрації „середніх молекул“ як лабораторного показника вираженості синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації у хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ. Було обстежено 46 пацієнтів (24 чоловіка і 22 жінки) у віці від 22 до 52 років. Загальноприйняте лікування хворих на ГЕРХ, на тлі ХОЗЛ проводилось згідно протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення та дихання. Крім загального клінічного обстеження у хворих проводили біохімічне дослідження сироватки крові, а саме визначення рівня СМ. При проведенні біохімічного дослідження було встановлено, що у хворих до початку проведення лікування, відмічалось збільшення загальної концентрації СМ у сироватці крові у середньому в 5,5 рази стосовно норми. Виявлені метаболічні порушення є несприятливою обставиною при лікуванні хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, оскільки підвищує ймовірність подальшого прогресування процесу та може обумовлювати посилення можливості виникнення як субкомпенсації хронічної патології шлунково-кишкового тракту, так і подальшого прогресування хронічної патології легень. При повторному біохімічному обстеженні після завершення курсу загальноприйнятого лікування у обстежених хворих відмічена деяка позитивна динаміка вивчених показників: відбулося зниження СМ в 1,96 рази відносно початкового рівня, але збереглося підвищення концентрації СМ у середньому в 2,2 рази відносно норми ($P < 0,05$). Це свідчить, що загальноприйнятні методи лікування хворих з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ не сприяють повній нормалізації концентрації СМ та ліквідації синдрому метаболічної інтоксикації і необхідна корекція лікування даної коморбідної патології.

НАВЧАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ САМОКОНТРОЛЮ І САМОДОПОМОЗІ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ЙОГО ЕФЕКТИВНІСТЬ

Ещенко Є.В.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Мета дослідження. Виявити фактори, які знижують ефективність навчання хворих самоконтролю та самодопомози при хронічній серцевій недостатності (ХСН).

Матеріали і методи. В дослідженні прийняли участь 38 хворих на ХСН II–IV функціонального класу (ФК) за класифікацією New York Heart Association (NYHA) ішемічної етіології (середній вік $63,7 \pm 9,7$ років). Критеріями включення в дослідження були наявність клінічних ознак ХСН, госпіталізація протягом попереднього місяця, пов'язана з ХСН, та добровільна згода хворого. Відбір хворих і включення в дослідження здійснювалися після стабілізації їх стану. У дослідження не включалися особи з гострим коронарним синдромом, супутньою патологією в стадії декомпенсації, деменцією, алкогольною та наркотичною залежністю. На початку дослідження з пацієнтами проводили індивідуальні заняття за наступними темами: «Загальна інформація про ХСН», «Спосіб життя, дієта, фізична активність при ХСН», «Принципи самоконтролю при ХСН», «Медикаментозне лікування ХСН». Критерієм ефективності навчання вважали відсутність декомпенсацій захворювання впродовж 6 місяців після навчання. Оцінювали демографічні та соціальні показники (вік, стать, сімейний стан, вища освіта), ступінь тяжкості захворювання за класифікацією NYHA, тривалість захворювання, рівень тривожності за шкалою Спілбергера, наявність депресії за шкалою Бека.

Результати. Протягом 6 місяців після навчання у 6 пацієнтів (15,8%, довірчий інтервал (ДІ): 5,8% - 29,4%) спостерігалась декомпенсація захворювання, при цьому у 4 із них (66,7%, ДІ: 17,4% - 99,2%) на початку дослідження було діагностовано IV ФК, у 1 пацієнта (16,7%, ДІ: 0 - 65,7%) спостерігалися депресивні симптоми, у 3-х (50%, ДІ: 6,6% - 93,4%) – високий рівень тривожності. За результатами проведеного аналізу до факторів, які знижують ефективність навчання хворих самоконтролю та самодопомози при ХСН, були віднесені наявність у хворого IV ФК захворювання (відношення шансів (ВШ) 5,33, ДІ: 1,82 - 15,7, $p=0,036$) та виявлення високого рівня тривожності (ВШ 16,0, ДІ: 1,98 - 129,0, $p=0,037$).

Висновки. Важкий стан пацієнтів з ХСН та високий рівень тривожності можуть знижувати ефективність їх навчання самоконтролю та самодопомози. Отже ці категорії хворих потребують своєчасного виявлення та додаткової підтримки з боку медичного персоналу.

ВИЗНАЧЕННЯ СПОНТАННОГО КЛІРЕНСУ ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С ТА ЙОГО ПРОГНОСТИЧНИХ ФАКТОРІВ

Жандарова Н.О.

*ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського НАМН України», м. Київ*

Мета дослідження - визначення випадків спонтанного кліренса (СК) вірусу гепатиту С (HCV) та його прогностичних факторів серед пацієнтів, які проживають на території України.

Завдання дослідження. 1. Діагностувати випадки СК HCV, хронічного гепатиту С (ХГС) та хибнопозитивних реакцій (ХПР) анти-HCV за рахунок перекресної реактивності. 2. Визначити анамnestичні та лабораторно-клінічні особливості пацієнтів зі СК HCV та ХГС, порівняти їх. 3. Провести порівняльний аналіз генетичного поліморфізму (SNP) гену людини IL28B (rs 12979860 та rs 8099917) серед даних груп пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстеженню підлягало 203 анти-HCV позитивних пацієнтів. В якості конформаційних тестів використані імуноблотінг (RIBA), імуноферментний аналіз на стрипах (SIA) та метод полімеразної ланцюгової реакції (PCR). При обстеженні пацієнтів використовували загальноприйняті клінічні, додаткові лабораторні та інструментальні методи дослідження. Для генетичного аналізу використовували два основних SNP гену людини IL28B: rs 12979860 з можливими генотипами - CC, CT, TT та rs 8099917 з можливими варіантами - TT, TG, GG.

Отримані результати. СК HCV був діагностований у 16,1% пацієнтів, у інших 83,9% - ХГС та у 5,4% - ХПР анти-HCV. Виявлено, що пацієнти зі СК HCV характеризувалися молодим віком (середній вік пацієнтів зі СК HCV склав $37 \pm 7,8$ років, з ХГС - $47 \pm 9,4$ років ($P < 0,05$) та жіночою статтю (61,3% та 35,4% жінок відповідно ($P < 0,01$)). Встановлено, що всього 2,5% пацієнтів з ХГС та 12,5% - зі СК HCV ($P < 0,05$) зазначили в анамнезі перенесення жовтяничної форми гострого гепатиту С (ГГС). Вживання наркотичних речовин шляхом внутрішньовенних ін'єкцій та гемотрансфузії у 2 рази частіше зустрічаються серед пацієнтів з ХГС. Помірне або значне збільшення розмірів печінки є характерним для 67% пацієнтів з ХГС та усього 12,9% - зі СК HCV ($P < 0,01$), що також підтверджено сонографічно. Серед пацієнтів зі СК HCV у 2 рази частіше зустрічається анти-HBc - маркер перенесеної HBV-інфекції. Частота поширеності генотипу CC rs 12979860 гену людини IL28B (майже у 2 рази) та TT rs 8099917 (у 1,7 разів) більша у осіб зі СК HCV, ніж з ХГС.

Висновки. Важливими прогностичними факторами СК HCV серед жителів України визначені: молодий вік, жіноча стать, шляхи інфікування з малими інфікуючими дозами, перенесення жовтяничної форми ГГС та HBV- інфекція в анамнезі, а також генотипи CC rs 12979860 та TT rs 8099917 гену людини IL28B.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОСТРОФАЗОВОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Железнякова Н.М., Гопций Е.В., Зеленая И.И., Пасиешвили Т.М., Степанова Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: установить особенности иммунного ответа в фазу активного воспаления у больных с сочетанным течением хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и хронического панкреатита (ХП). **Материалы и методы.** Обследовано 72 больных с ХОЗЛ I и II. В 35 наблюдениях (48,6%) ХОЗЛ сочеталась с ХП с наличием экскреторной недостаточности поджелудочной железы (основная группа), у 37 пациентов наблюдалось изолированное течение ХОЗЛ (группа сравнения). Показатели нормы исследуемых величин были получены у 20 практически здоровых лиц аналогичного возраста и пола (группа контроля). Содержание С-РБ в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом с использованием антител к С-РБ, которые были выделены из антисыворотки к С-РБ путем высаливания сульфатом аммония. Уровни провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) определяли с помощью наборов реагентов ProCon ООО «Протеиновый контур», С.-Пб., Россия. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью лицензионных программ «Microsoft Excel» и «Statistica 6.0».

Результаты. У больных с изолированным ХОЗЛ было отмечено достоверное повышение С-РБ до $4,1 \pm 0,12$ мг/л, что было в 2,9 раза выше показателей контроля - $1,43 \pm 0,06$ мг/л ($p < 0,05$). Наличие сопутствующей патологии увеличивало глубину данных изменений - уровень С-РБ у больных основной группы составил $6,2 \pm 0,17$ мг/л, что превышало показатели контроля в 4,3 раза ($p < 0,05$), а группы сравнения - в 1,5 раза ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-1 β в основной группе составил $71,1 \pm 4,7$ нг/л, что было достоверно выше показателей как группы контроля - $26,0 \pm 1,6$ нг/л ($p < 0,05$), так и группы сравнения - $42,9 \pm 3,4$ нг/л ($p < 0,05$). Аналогичные девиации наблюдались и при анализе вариаций ФНО- α : в группе с коморбидной патологией данный показатель составил $91,7 \pm 3,8$ нг/л, у пациентов с изолированной ХОЗЛ - $38,9 \pm 2,9$ нг/л, в группе контроля - $24,2 \pm 1,5$ нг/л. При этом различия в группах обследованных больных были достоверны ($p < 0,05$) как при сопоставлении с нормативными показателями так и между собой.

Выводы. Белки как раннего, так и позднего острофазового ответа адекватно реагировали на развитие воспаления в бронхолегочной системе. При этом, наличие сопутствующего ХП вносило существенные изменения в картину воспалительного ответа и проявлялось достоверным усилением экспрессии острофазовых реактантов. Что, в условиях наличия хронического воспаления, посредством гиперактивации системы комплемента и, тем самым, инициации аутоиммунных реакций, может способствовать вторичному повреждению как органов-мишеней, так и вовлечением в патологический процесс «относительно интактных» органов и систем, что позволяет рассматривать данный «патологический тандем» как прогностически неблагоприятный.

ПРОГНОЗУВАННЯ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНІВ sCD40L

Заїкіна Т.С., Бабаджан В.Д.

Харківський національний медичний університет

Вступ. Частота розвитку тромботичних ускладнень у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу надзвичайно висока, не дивлячись на успіхи сучасної медицини.

Мета. Вивчити вплив рівня sCD40L на ризик розвитку тромботичних ускладнень у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Контингент дослідження склав 60 хворих: I група-20 хворих з гострим інфарктом міокарда без ЦД 2 типу, II група-40 хворих на гострий інфаркт міокарда у поєднанні з ЦД 2 типу. Рівень sCD40L визначався імуноферментним методом. Порівнювали частоту розвитку тромботичних ускладнень у хворих на гострий період інфаркту міокарда з ЦД 2 типу та без нього в залежності від рівня sCD40L.

Результати. У хворих з високим рівнем sCD40L була достовірно вищою частота розвитку тромботичних ускладнень ($r = 0,72$, $p = 0,02$), таких як тромбоемболія гілок легеневої артерії, повторного інфаркту міокарда протягом 3 місяців спостережень.

Висновки. У хворих з гострим інфарктом міокарда необхідно досліджувати рівень sCD40L з метою обрання адекватної антикоагулянтної терапії для попередження тромботичних ускладнень гострого інфаркту міокарда у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА ЛОЗАП У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II СТЕПЕНИ.

Залюбовская Е.И., Воскобойников Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет

В последние годы получены данные исследований, доказывающих что повышенная активность системы ангиотезина II приводит к функциональным и структурным изменениям органов-мишеней.

Цель: доказать эффективность применением блокаторов АТ₂-ангиотензиновых рецепторов, по сравнению с ингибиторами АПФ.

Материалы и методы: обследовано 36 больных (17 мужчин и 19 женщин) с диагностированной ранее и подтвержденной гипертонической болезнью I-II степени в возрасте от 47 до 74 лет, продолжительность АГ колебалась от 2 до 15 лет. Больные с тяжелой сердечной декомпенсацией и почечной недостаточностью в исследование не включались. Всем больным в качестве монотерапии назначался курс препарата лозап в дозе 50 мг сут. Оценивалось влияние лозапа на уровень систолического и диастолического АД, показатели ЭХОКС (КДО, КСО, ФВ), углеводный и липидный обмен.

Полученные результаты: результаты лечения больных показали, что положительная динамика и терапевтический эффект наблюдался у 81% больных (28

человек). При этом систолическое и диастолическое давление снизилось соответственно на 19,2 и 16,0 мм рт.ст. по сравнению с исходным уровнем. Антигипертензивная эффективность лозапа существенно не зависела от возраста и пола больных. Динамика изменений КСО левого желудочка, КДО левого желудочка, увеличение фракции выброса на 8,0% доказывали эффективность и улучшение релаксации левого желудочка. **Выводы:** установлено, что Лозап не обладает какими-либо негативным воздействием на функцию почек, углеводный и липидный обмен. Препарат достаточно положительно переносился больными и не вызывал каких-либо побочных эффектов. Таким образом, лозап в суточной дозе 50 мг в сутки у больных гипертонической болезнью I-II степени является эффективным антигипертензивным препаратом.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, СВЯЗАННАЯ С ИНДУЦИРОВАННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Залюбовская Е.И., Воскобойников Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Ранее выявленное повышение уровня артериального давления (АД), регистрируемого во время физической нагрузки, с риском развития сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего, ишемического инсульта, является актуальной задачей контроля артериальной гипертензии (АГ) коррекцию стресс-индуцированной гипертензивной реакции АД.

Цели исследования: сравнительная характеристика эффективности основных групп антигипертензивных препаратов в отношении снижения стресс-индуцированного повышения АД, возникающего в условиях динамической физической нагрузки.

Материалы и методы: в исследование включено 81 человек в возрасте от 48 до 66 лет с I-II степенью АГ были рандомизированы в группы антигипертензивной терапии. Представители первой группы (n=26) получали ингибитор ангиотензинпревращающего фермента лизиноприл в дозе 10-40 мг в сутки, больные второй группы (n=27) - антагонист кальция амлодипин в суточной дозе 5-20 мг, лица третьей группы (n=28) - В-адреноблокатор метопролол в дозе 100-150 мг в сутки.

Результаты и обсуждение: в конце 8 недели пациенты проходили обследование, которое включало сбор анамнестических данных, объективное обследование, измерение АД, суточное мониторирование АД, велоэргометрическую пробу.

Применение исследуемых препаратов характеризовалось сопоставимой антигипертензивной эффективностью. Доля пациентов, у которых удалось достигнуть снижения АД менее 140/90 мм рт.ст. в группах лизиноприла, амлодипина и метопролола составила 80%, 77% и 53% соответственно. На этом фоне лизиноприл и амлодипин вызывали достоверное снижение только максимального систолического АД, регистрируемого при достижении мощности нагрузки 100 Вт, соответственно с 210,0±12,3 до 185,0±27,0 мм рт.ст. и с 185,0±17,1 до 172,3±18,6 мм рт.ст. Терапия метопрололом не вызывала суще-

ственного изменения параметров данного варианта стресс-тестирования.

Выводы: Проведенные исследования показали, что все группы антигипертензивных препаратов оказывают влияние на снижение цифр АД, однако терапия лизиноприлом и амлодипином обладает достаточно высокой ответной реакцией на стресс-индуцированное повышение АД, возникающего в условиях динамической физической нагрузки в отличие от метопролола.

ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Зелёная И.И., Гопций Е.В., Железнякова Н.М., Степанова Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: определить распространенности анемии у амбулаторных пациентов с ХСН, выяснить ее клинические особенности и прогностическое значение.

Материалы и методы. Анализу подверглась база регистра районных поликлиник г.Харькова последовательно с 2009 г. по октябрь 2013 г. внесенных взрослых пациентов с ХСН и выполненным общим анализом крови (n=615). Были исключены больные с врожденными пороками сердца, гематологическими заболеваниями, документированными ЖКК. Повторные общие анализы крови обозначались как краткосрочная динамика при их заборе в пределах 3 месяцев от исходного и как долгосрочная при их наборе через 6 месяцев. Компенсация анемии расценивалась при восстановлении значений $Hb \geq 12$ и 11 мг/дл у мужчин и женщин соответственно. За стойкую (персистирующую) анемию принимались случаи снижения Hb , сохраняющиеся при последующем (кратко- или долгосрочном) наблюдении.

Результаты. Большинство пациентов получали современную терапию ХСН: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II – около 90%, β -блокаторы – около 75%, петлевые диуретики – более 80%. При включении в регистр анемия была выявлена у 17,2% участников (среди мужчин – у 17,8%, среди женщин – у 16,0%). В большинстве случаев она была нормоцитарной (71,6%), реже – микроцитарной (19,6%) и макроцитарной (8,8%). Генез анемии был уточнен только у 3% пациентов. Больные с анемией были старше, чаще страдали сахарным диабетом (СД), имели более высокий уровень МНП и мочевины, меньший уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и липопротеидов низкой плотности, более тяжелую степень диастолической дисфункции ЛЖ. При длительном наблюдении, больные с исходной анемией имели значительно худший 3-летний прогноз, чем лица без анемии: общая смертность составила 47% и 26% соответственно ($p < 0,0001$). В подгруппе участников с повторными анализами крови в течение 6 месяцев пациенты с персистирующей или вновь выявленной анемией, но не с компенсированной анемией, также имели худший прогноз. Общая смертность за 3 года составила 58% при персистирующей анемии и 45% при вновь выявленной анемии против 31% при отсутствии анемии (оба $p < 0,0001$).

Выводы. В данном исследовании амбулаторных пациентов с ХСН установлено, что персистирующая и вновь выявленная анемия сопровождается значительно худшей 3-летней выживаемостью. При транзиторной анемии

у 43% больных долгосрочный прогноз в сравнении с лицами без анемии не ухудшался.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА АНЕМІЄЮ ПРИ РІЗНОМУ РІВНІ ЕРИТРОПОЕТИНУ Зенін В.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Не дивлячись на сучасні методи діагностики та лікування хронічна серцева недостатність (ХСН) залишається прогностично несприятливим ускладненням серцево-судинної патології.

Метою роботи було оцінити якість життя пацієнтів з ХСН та анемією, в залежності від рівня гемоглобіну (Hb) та еритропоетину (ЕПО) на основі даних анкетування.

Матеріали та методи. Якість життя оцінювали провівши анкетування за Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire у 87 пацієнтів. За рівнем Hb пацієнтів розділили на 2 групи: 1 група – з легкою анемією (Hb < норми, але > 90 г/л), 2 – хворі з середньо-важкою анемією (Hb < 90 г/л). Нормальними вважали рівень ЕПО в межах 5,6 - 28,9 МО/л для чоловіків, 8,0 - 30,0 МО/л для жінок. Пацієнти були розділені на 3 підгрупи за рівнем ЕПО: 1 – з низьким, 2 – нормальним і 3 – з підвищеним рівнем ЕПО відповідно.

Результати. Порівнюючи частоту ступенів вираженості симптомів за даними опитування ми виявили, що відсутність якогось симптому істотно частіше відзначали пацієнти з легкою анемією ($38,4 \pm 1,3\%$ і $28,9 \pm 3,3\%$, $p < 0,05$). Тоді як про виражений чи дуже виражений симптоми істотно частіше говорили пацієнти з рівнем Hb < 90 г/л ($35,3 \pm 3,5\%$ і $24,2 \pm 1,1\%$, $p < 0,05$). Також якість життя залежала від рівня ЕПО. Вираженість таких симптомів, як набряки, задишка, здатність долати довгі дистанції, відчуття втоми, утруднення занять улюбленою справою була максимальною в осіб з 3 підгрупи порівняно з хворими з нормальним чи зниженим рівнем ЕПО. У пацієнтів 2 підгрупи ступінь вираженості набряків нижніх кінцівок виявився істотно меншим, ніж у 3 підгрупі ($1,5 \pm 0,3$ і $2,6 \pm 0,3$ бали, $p < 0,05$). Порівнюючи частоту ступенів вираженості суб'єктивних клінічних симптомів у пацієнтів з різним рівнем ЕПО виявили, що характеристику симптому як дуже незначний чи незначний істотно частіше зустрічали серед відповідей хворих 1 підгрупи, ніж у 2 і 3 підгрупах ($30,8 \pm 4,0\%$, $20,2 \pm 1,8\%$ і $18,1 \pm 1,5\%$, $p_{1-2} < 0,05$, $p_{1-3} < 0,05$). Про виражений чи дуже виражений симптом говорили майже з однаковою частотою хворі 1 і 2 підгруп ($21,0 \pm 3,5\%$ і $21,9 \pm 1,9\%$) та істотно частіше пацієнти 3 підгрупи ($29,2 \pm 1,7\%$, $p < 0,05$).

Висновок. Отже, пацієнти з ХСН на фоні анемії з підвищеним рівнем ЕПО істотно в 1,3 рази частіше, ніж хворі зі зниженим і нормальним рівнями ЕПО, відзначали в себе симптоми ХСН як виражені чи дуже виражені, тоді як наявність незначно і дуже незначно виражених симптомів найчастіше відзначали в себе хворі зі зниженим рівнем ЕПО ($30,8 \pm 4,0\%$, $20,2 \pm 1,8\%$ і $18,1 \pm 1,5\%$, $p_{1-3} < 0,05$, $p_{2-3} < 0,05$).

ИДЕИ И.И. МЕЧНИКОВА И СОВРЕМЕННАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ

Иваненко М.О., Громакова И.С.

*Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва
Національної академії медичних наук України», м. Харків*

Среди непреходящих потребностей человека особое место занимает потребность в максимальном продлении жизни и в сохранении здоровья, обеспечивающего активную старость. Работы Мечникова в области микробиологии привели его к разработке учения об использовании метода, способствующего увеличению продолжительности жизни. Целью работы была оценка особенностей взаимодействия первичных клеточных и вторичных гуморальных иммунофизиологических факторов резистентности при индуцированном воспалительном процессе на экспериментальных моделях, в соответствии с научными положениями Мечникова о значении пробиоты кишечника и ее роли в процессах пищеварения и детоксикации.

Мечников понимал, что проблемы долголетия весьма сложны и решать их только устранением в кишечнике гнилостных бактерий невозможно. Однако использование микробного антагонизма в борьбе с вредными кишечными микроорганизмами при помощи молочнокислых бактерий вполне возможно. В последнее десятилетие увеличилось число работ, посвященных иммуностимулирующему действию лактобактерий. Последние используются в качестве основы препаратов пробиотиков. Одной из важных функций нормальной микрофлоры является ее иммуностимулирующее действие, связанное с участием в поддержании рабочего состояния специфических и неспецифических, гуморальных и клеточных механизмов иммунитета, имеющих местное и общее проявление. Установлено, что под влиянием лактобактерий изменяются следующие показатели иммунитета: усиливалась активность клеток моноцитарно-макрофагального ряда, фагоцитоз, активность натуральных киллеров, увеличивалась продукция сывороточных иммуноглобулинов и интерферона, стимулировались реакции Т-клеточного иммунитета. Жизнеспособные лактобактерии, используемые для изготовления кисломолочных продуктов, как показано, активируют иммунокомпетентные клетки. Штамм Ер317/402 "Наринэ" стимулирует выработку гамма-интерферона, и позволяет повысить количественный показатель интерферона в 1,5 раза, приблизив его к норме. На основании этого сделали заключение, что употребление "Наринэ" приведет к профилактике не только ряда тяжелых заболеваний, но и рака.

Таким образом, представления Мечникова нашли развитие в современной науке и легли в основу убеждения, что основным источником здоровья и долголетия должна быть пища.

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ТА ПОРУШЕННЯ СНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Іванишин Н.І., Штеневиц С.Л., Жакун І.Б.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Одним з факторів розвитку гіпертензії є порушення сну, а одним з проявів – підвищена тривожність.

Метою роботи була оцінка вираженості тривожно-депресивних розладів та характеру порушень сну у хворих на артеріальну гіпертензію.

З цією метою в 50 хворих на артеріальну гіпертензію шляхом тестування була проведена оцінка вираженості тривоги та проявів інсомнії. Було виявлено, що в більшості хворих за час від початку хвороби до часу останньої госпіталізації тривалість нічного сну змінилась. Частота сну впродовж 8 годин істотно знизилась, проте до 38 % зросла частота тривалості сну впродовж 6 годин та до 10 % зросла частота сну впродовж 4 годин. Значним зменшенням тривалості сну (на 1 год.) характеризувались хворі, у яких в анамнезі не було гіпертонічних кризів, у хворих з кризами середня тривалість сну зменшилась на 0,7 – 0,8 години.

Нормальний стан (підгрупа 1а) та субклінічна тривога (підгрупа 1б) визначались з однаковою частотою, істотно частіше діагностувалась виражена тривога (підгрупа 1в) – у 58 % пацієнтів. До та після початку хвороби у підгрупах 1б та 1в середня тривалість сну істотно відрізнялась. У всіх підгрупах середня тривалість сну знижувалась: у 1а – на 30 хв., у 1б – на 36 хв., у 1в. – на 1 годину. Частота типу «жайворонок» знижувалась залежно від вираженості тривоги, найбільшою вона була у 1а підгрупі – 55 %. Тип «сова» найчастіше зустрічався серед пацієнтів 1в підгрупи – 59 % хворих. 1а та 1б підгрупи характеризувались найвищою частотою кризів. Середні показники систолічного та діастолічного тиску знижувались із збільшенням вираженості тривоги: найвищими вони були у 1а підгрупі. 52 % хворих мали необхідність у денному сні, часто спостерігались поверхневий сон та нічні прокидання (54 та 62 %). Повна відсутність нічного сну в окремі ночі діагностовано у 24 % хворих, у 32 % пацієнтів спостерігались труднощі засинання після нічного пробудження. Серед причин порушень сну найчастіше діагностувались наступні: хвороба – 56 %, стрес – 48 %, життєві події – 38%. Стрес та життєві події як причини інсомнії істотно частіше визначались у 1в підгрупі (55 та 45 %), найбільш чутливими до змін метеорологічних умов та зміни пори року виявились пацієнти з вираженою тривогою (34 %). Істотно рідше у пацієнтів 1в підгрупи нічна робота була етіологічним чинником інсомнії. Виражена тривога асоціювалась також з більшою частотою денного сну, а повільне засинання найчастіше зустрічалось за умов субклінічної тривоги (90 %). Отже, тривожно-депресивні стани та інсомнія можуть визначати важкість та характер перебігу артеріальної гіпертензії.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВНУТРІШНЬОГО ПРИЙОМУ ВОДНОГО РОЗЧИНУ «ПОЛТАВСЬКИЙ БІШОФІТ» У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Іжа Г.М.

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м.Одеса

Мета дослідження: вивчити ефективність внутрішнього прийому водного розчину «Полтавський бішофіт» (ПБ) у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП).

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 45 хворих на НАЖХП у віці від 43 до 64 років. Всі хворі рандомізовано були розподілені на 2 групи. Хворі I групи (20 осіб, контрольна група) отримували стандартний комплекс лікування (дієтотерапія та режим дозованих фізичних навантажень), хворі II групи (25 осіб, основна група) додатково отримували внутрішній курсовий прийом водного розчину ПБ мінералізацією 5 г/л (розведення 1:39-1:72) за 40 хвилин до їжі 3 рази на день протягом 30 діб. У дослідженні використовувалися такі методи, як анамнестичний та клінічний, здійснювалося дослідження загальноклінічних, біохімічних показників крові, в тому числі показників ліпідного обміну, оцінювалася інсулінорезистентність (IP) за даними індекса НОМА, проводилося ультразвукографічне дослідження органів травлення.

Результати. Наприкінці лікування у всіх хворих відбувалося зниження маси тіла у середньому на $1,98 \pm 0,64$ кг та поліпшення клінічного перебігу захворювання, більш суттєво виражене у пацієнтів II групи ($p < 0,05$). Оцінка біохімічних показників визначила наявність переважних результатів у хворих II групи. Так, у пацієнтів II групи було визначено вірогідну нормалізацію пігментного та ліпідного обмінів ($p < 0,05$), нівеляцію холестатичного синдрому, зменшення IP за рахунок зменшення гіперінсулінемії ($p < 0,01$). Аналіз сонографічних даних підтвердив переважний ефект внутрішнього прийому ПБ, що проявлялося відновленням розмірів жовчного міхура, зменшенням міхурового осаду.

Висновки. Проведені дослідження доводять доцільність використання внутрішнього прийому водного розчину ПБ у комплексному лікуванні хворих на НАЖХП з метою відновлення пігментного та ліпідного обміну, зменшення інсулінорезистентності, тобто впливу на основні патогенетичні ланки формування та прогресування захворювання.

РІВЕНЬ МЕЛАТОНІНУ В СЕЧІ У ХВОРИХ НА ГЕРХ ТА СУПУТНЮ ІХС

Ізмайлова О.В.

ДУ «Національний Інститут терапії ім.Л.Т. Малої НАМНУ», м. Харків

Відомо, що порушення продукції мелатоніну (МТ) відіграє значущу роль в патогенетичних механізмах виникнення ГЕРХ та коронарної патології. МТ приймає участь в регуляції різних функцій організму. Відсутність у літературі достатніх даних про особливості секреції МТ на тлі ГЕРХ у поєднанні з ІХС обумовило доцільність вивчення його рівня у хворих із означеною

коморбідністю.

Мета роботи: вивчити рівень МТ у пацієнтів з ГЕРХ у поєднанні з ІХС та виділити показники, які корелюють з рівнем даного гормону.

Матеріальні методи. Зміст рівня метаболіту МТ-6-сульфато-ксимелатоніну (6-COM) досліджено в ранковій сечі, за допомогою імуноферментного аналізу ELIZA у 48 хворих на ГЕРХ+ІХС (28 чоловіків та 20 жінок), середнього віку $62,7 \pm 6,2$ рр. **Критеріями включення в дослідження були:** наявність ознак ГЕРХ (печія 2 рази на тиждень і більше, регургітація або виявлення при відеоендоскопії ознак ураження стравоходу; встановлений діагноз ІХС (результати коронарографії, позитивні ЕКГ-навантажувальні тести, інфаркт міокарду в анамнезі).

З метою визначення нормативних показників враховувались межі розподілу концентрації 6-COM в групі практично здорових осіб у форматі $X \pm d$, які склали $29,50 \pm 10,5$ нг/мл.

Результати. Середній рівень концентрації 6-COM в сечі в групі дослідження склав $(16,34 \pm 6,39)$ нг/мл, що є в 1,8 рази нижчим у порівнянні із нормою ($p < 0,01$). Результати кореляційного аналізу показали, що рівень мелатоніну найбільше був пов'язаний із формою ГЕРХ ($r=0,52$; $p < 0,05$). Так, рівень 6-COM у хворих на ІХС+ неерозивну ГЕРХ становив $22,2 \pm 4,9$ нг/мл проти $15,22 \pm 3,34$ нг/мл у хворих на ІХС та ерозивну форму ГЕРХ ($p < 0,01$). Найбільш пов'язаними з рівнем МТ були такі фактори як тяжкість ІХС ($r=0,55$; $p < 0,01$) та тривалість ГЕРХ. Так, середній рівень 6-COM в групі хворих на ГЕРХ із стабільною стенокардією напруги II ф.кл. складав $22,2 \pm 5,6$ нг/мл у порівнянні із $18,1 \pm 6,7$ нг/мл ($p < 0,05$) у пацієнтів із ГЕРХ та стабільною стенокардією напруги III ф.кл. Кореляція між рівнем 6-COM та давністю ГЕРХ становила: $r=0,41$; $p < 0,05$; поміж рівнем 6-COM та віком хворих: $r=0,44$; $p < 0,05$. Не визначено вірогідного зв'язку поміж рівнем мелатоніну та статтю пацієнта.

Висновки. У хворих на ГЕРХ та ІХС рівень МТ є вірогідно нижчим у порівнянні із нормою; цей показник вірогідно корелює з віком хворого й тяжкістю клінічної симптоматики ІХС та формою ГЕРХ.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛАСТИКОСТИМУЛЮВАЛЬНОГО ЕФЕКТУ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СИНТЕТИЧНИХ ПОЛІМЕРІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ НА ЩУРАХ **Іськів М.О.**

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Використання мінімально-інвазивної контурної пластики м'яких тканин порожнини рота є невід'ємною частиною концепції комплексного лікування хворих на естетичні вади з початковим ступенем ураження тканин пародонту. Метою було проаналізувати гістоморфологічні зміни слизової оболонки щурів після місцевого застосування препаратів на основі сполук синтетичного походження.

Дослідження виконано в експерименті на 30 білих щурах, яких було поділено на 6 дослідних груп: 1 група – інтактні тварини; 2 група – тварини, яким використовували для ін'єкцій плацебо (фізіологічний розчин); 3 група – препарат

„Силікін 1%“; 4 група – препарат „Акваліфт™“; 5 група – препарат „ДМАЕ“. Тваринам у ділянці біля кутніх зубів поблизу перехідної згортки альвеолярного відростка верхньої щелепи внутрішньослизово з глибиною ін'єкції до 2 мм одноразово вводили по 0,1 мл досліджуваного препарату. Експеримент тривав 30 діб.

Результати досліджень засвідчили, що після введення різних за механізмом дії препаратів слизова оболонка і підслизова основа мала типову поширену будову, лише відрізнялася за товщиною субепітеліального шару, який залежно від механізму дії препарату потовщувався або був типовою для тварин контрольної групи будови. Ефективність терапії залежала від пластичності-мультиморфних властивостей препаратів. Мікроскопічно у фрагментах слизової оболонки щоби спостерігали міжклітинне поширення і включення в міклітинний матрикс засобів для ремоделювання, що сприяло збільшенню кількості та активності фібробластів, формуванню пучків колагену та інших компонентів сполучної тканини. Це зумовило значне потовщення субепітеліального шару і виражену пластичностимуляцію.

Отже, досліджувані препарати впливають не тільки на міжклітинний матрикс, посилюючи процеси проліферації, а й виступають як стимулятори рецепторів ацетилхоліну клітин росткової зони та ендотеліоцитів, викликають активацію росту та диференціації клітин, беруть участь в регуляції базових клітинних функцій, завдяки чому змінюється структура міжклітинного простору, підвищується еластичність м'яких тканин і реалізується ефект пластичностимуляції.

ПРОЛІФЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ УРОТЕЛІАЛЬНИХ КАРЦИНОМ НИРКОВОЇ МИСКИ ТА СЕЧОВОДІВ

Іщенко К.Б.

Донецький національний медичний університет імені М.Горького

Актуальність. Уротеліальні карциноми ниркової миски та сечоводу відрізняються високим ступенем неоднорідності злоякісного перебігу. Вивчення проліферативного потенціалу карцином поряд з класичними морфологічними критеріями і клінічною картиною захворювання дозволяє підвищити точність прогнозування перебігу.

Мета дослідження. Встановити основні морфологічні та імуноморфологічні характеристики проліферативної активності уротеліальних карцином ниркової миски та сечоводу для оптимізації діагнозу та прогнозу.

Матеріал і методи. Шматочки тканини пухлини, отриманої при оперативному втручанні, фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну і заливали в парафін, після чого зрізи товщиною 5 ± 1 мкм забарвлювали гематоксилін-еозин. Для визначення проліферативного потенціалу клітин проводили імуногістохімічне дослідження з антитілами до Ki-67. Інтенсивне жовто-коричневе забарвлення ядра пухлинної клітини оцінювали як позитивну реакцію на Ki-67 антиген. Кількість Ki-67 антиген-позитивних клітин підраховували крапковим методом Глаголева [Г.Г.Автандилов, 2002].

Результати дослідження. Одним з можливих способів, що дозволяють дати кількісну оцінку проліферативної активності новоутворень, є вивчення експресії протеїну Ki-67 - білка, який утворюється в ядрі клітини, що ділиться,

і руйнується після завершення мітозу. Позитивне типування ядерного антигену проліферації Ki-67 було виявлено в значній частині уротеліальних клітин. В деяких ділянках клітини з позитивною реакцією до Ki-67 займали більше, ніж половину епітеліального пласту. Практично у всіх випадках клітини уротеліальних карцином нирки та сечоводів, що експресували ядерний антиген проліферації, були розташовані майже у всіх шарах перехідно-клітинного епітелію. П'ятирічна виживаність без прогресування раку була нижчою у хворих з високим індексом проліферації Ki-67 ($r = 0,48$; $p = 0,003$), а також більш вираженою інфільтрацією пухлинної строми.

Висновки. Відповідно до сучасних уявлень провідну роль у визначенні прогнозу у хворих з карциномами верхніх сечових шляхів відіграють морфологічні критерії, а для швидко рецидивуючих пухлин характерне швидке прогресування. Проведене дослідження підтверджує високу прогностичну цінність Ki-67, що відображає проліферативну активність новоутворення. Кількісний аналіз експресії протеїну в нашому дослідженні дозволив отримати більш повну інформацію про ризик рецидивування і смерті хворих від прогресування раку.

ЗНАЧЕНИЕ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кадыкова О.И., Боровик Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

На этапе современных исследований известно, что в развитии и прогрессировании инсулинорезистентности и различных ее проявлений значительную роль играет жировая ткань, которая синтезирует адипокины, обладающие различными локальными, периферическими и центральными эффектами. Эти эффекты влияют на метаболические процессы, формирование оксидативного стресса, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и т.п. Висцеральная жировая ткань рассматривается многими учеными как самостоятельный эндокринный орган, поскольку в ее адипоцитах синтезируется большое количество гормонально активных веществ, среди которых адипонектин и резистин.

Цель исследования – изучение уровней гормонов жировой ткани у больных с коморбидным течением артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа с учетом принадлежности к факторам формирования инсулинорезистентности.

Материалы и методы. Нами было обследовано 55 больных АГ, которые были разделены на группы в зависимости от наличия СД 2 типа, средний возраст составил $59 \pm 1,2$ лет. Определение уровня резистина проведено иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы «BioVendor» (Чехия). Содержание адипонектина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit производства фирмы «ASSYPRO» (США).

Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования было выяв-

лено, що у больных с коморбидним теченням АГ і СД 2 типу рівень адипонектина склав $4,52 \pm 0,12$ мг/мл, а резистин $19,00 \pm 0,42$ мг/мл, порівняно з групами больных АГ без СД 2 типу, у яких значення цих показників склали: $6,83 \pm 0,10$ мг/мл і $14,90 \pm 0,29$ мг/мл відповідно.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що рівень адипонектина достовірно знизився у больных з коморбидною патологією АГ і СД 2 типу на 29,15 %, порівняно з групою больных АГ без СД 2 типу, і на 62,55 % з контрольною групою. Тоді як рівень резистина, навпаки, достовірно збільшився на 21,58 % у больных першої групи порівняно з больовими другої групи і на 48% з контрольною групою. Дані результати свідчать про те, що адипонектин є фактором формування інсулінорезистентності у больных артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом 2 типу.

sCD40L ЯК ФАКТОР ПРОГРЕСУВАННЯ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ ПРИ ПОЄДНАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ **Кадикова О.І., Дунаєва І.П.**

Харківський національний медичний університет

В останні два десятиріччя активно обговорюється роль хронічного імунного запалення в розвитку цукрового діабету (ЦД) та його ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). CD40L бере участь у формуванні імунізапальних реакцій у серцево-судинній системі, але його роль з'ясована не в повній мірі. Тому визначення нових патогенетичних аспектів прогресування АГ та ЦД 2 типу має досить велике значення.

Мета – визначити динаміку sCD40L на тлі прогресування ожиріння у хворих при поєднанні артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Хворі на АГ з супутнім ЦД 2 типу були розподілені на три підгрупи в залежності від індексу маси тіла (ІМТ): перша підгрупа – індекс Кетле $< 24,6$ кг/м² (n=29), друга – індекс Кетле = $24,6-29,9$ кг/м² (n=56), третя – індекс Кетле > 30 кг/м² (n=20). Середній вік хворих на АГ з ЦД 2 типу склав $65,45 \pm 1,08$ років, а другої групи – $64,87 \pm 1,98$ років. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб. У дослідженні визначали ІМТ (індекс Кетле) – маса \times кг/зріст в м² для діагностики ожиріння.

Визначення рівня sCD40L проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «eBioscience» (Австрія).

sCD40L був нижчий на 36,46% у хворих з ІМТ $< 24,6$ кг/м², ніж у хворих з ІМТ = $24,6-29,9$ кг/м² (p<0,05), та на 57,22% ніж у хворих з ІМТ > 30 кг/м² (p<0,05).

Отримані дані свідчать про наростання значення sCD40L у відповідь на збільшення маси тіла. Отже, імовірно, що sCD40L бере активну участь в атерогенезі та може служити сполучною ланкою між запаленням, атеросклерозом і тромбозом.

АНТИСТРЕССОВАЯ АКТИВНОСТЬ ТИОТРИАЗОЛИНА

Кальчук Р.О., Карнаух Э.В., Плитень О.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Среди данных современной литературы, отражающей политропность фармакологического действия тиотриазолина, отсутствуют исследования его антистрессовых свойств, возможных на основе известной антиоксидантной активности этого препарата.

Целью работы является экспериментальное изучение антистрессового действия тиотриазолина в условиях модельной эмоционально-стрессовой патологии.

Опыты выполнены на 30 белых беспородных крысах-самцах весом 200-250 г 3-месячного возраста, у которых стрессовое напряжение создавали сочетанием воспаления слизистой оболочки полости рта (химическое раздражение) с 20-часовой иммобилизацией в клетках-пеналах. Степень выраженности стресса оценивали по уровню нейрогормональных, метаболических и соматических показателей. О стресспротекторной активности тиотриазолина (50 мг/кг однократно внутривенно за час до окончания моделирования) судили сравнительно с патологическим фоном. Одновременно оценивали функциональное и морфологическое состояние слизистой оболочки полости рта (СОПР), которое в условиях стресса также приобретает ряд особенностей.

Установлено, что психоэмоциональный стресс служит причиной не только типичных общих системных нарушений в организме, но и локальных тканевых, в частности, в СОПР, усиливая в ней проявление воспалительного процесса и провоцируя его хронизацию. Под влиянием тиотриазолина отмечается нормализация вызванных стрессом системных нарушений, особенно метаболических, из которых полного восстановления достигает активность антиоксидантных ферментов. Положительное влияние тиотриазолин оказывает на состояние ЦНС, снижая ее возбудимость и эмоционально-двигательное поведение крыс в «открытом поле».

Введение тиотриазолина частично предупреждает функциональные нарушения в СОПР, создавая условия для поддержания в ней окислительного равновесия за счет нормализации активности СОД и каталазы, количества суммарных метаболитов NO- и SH-групп. Структурные резервы под влиянием препарата повышаются только за счет накопления PAS-положительных гликозаминогликанов.

Как видно, выявленная в наших опытах антистрессовая активность тиотриазолина может послужить основанием для дальнейших исследований его внедрения в качестве стресспротектора при лечении заболеваний стрессового генеза, включая и стоматологическую воспалительную патологию.

ОЦЕНКА РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФТОР- И КАЛЬЦИЙСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

Карнаух Е.В., Крячко С.С., Сущенко Э.Л.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность проблемы. Проведение в последние годы целого комплекса мероприятий по профилактике развития кариозного процесса не снизило значимости этой проблемы (Боровский Е.В., 2001, Есаян Л.К., 2000). Таким образом, повышение эффективности профилактики кариеса зубов является актуальной задачей для современной стоматологической науки и практики. Целью проведенного нами исследования было сравнение эффективности реминерализующей терапии различных фтор- и кальцийсодержащих препаратов.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 29 студентов третьего курса стоматологического факультета ХНМУ, которые были разделены на 3 группы в зависимости от использованного реминерализующего препарата. В 1-ю группу вошли 11 студентов, которым было назначено применение зубной пасты «Биокальций», фирмы Splat в течение 1 месяца два раза в день (утром и вечером после приёма пищи). 2-я группа пациентов составила 9 человек, которым проводились аппликации геля R.O.C.S. Medical Minerals в стандартных капках ежедневно в течение 14 дней. 3-я группа – 9 человек, применявшие реминерализующий препарат GC Tooth Mousse в течение одного месяца. Всем участникам исследования перед проведением курса ремтерапии и после окончания исследования была определена степень эмалевой резистентности методом Окушко В.Р. (ТЭР-тест).

Результаты. В ходе проведенного исследования нами было отмечено повешение резистентности эмали во всех группах. Наиболее эффективным выявилось применение кальцийфосфатсодержащего геля R.O.C.S. Medical Minerals (средние показатели ТЭР-теста данной группы до исследования – 8,8, после исследования – 7,1) и препарата GC Tooth Mousse (средние показатели ТЭР-теста данной группы составляли 8,3 после проведения реминерализующей терапии – 6,2).

Выводы: Полученные результаты свидетельствовали об эффективности исследованных нами препаратов при проведении реминерализующей терапии. Считаю целесообразным в целях повышения эффективности профилактики кариеса зубов у лиц молодого возраста рекомендовать исследованные препараты к широкому применению для практикующих врачей-стоматологов.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СОЧЕТАННОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА УКРАИНЫ

Кирсанова Т.А., Омельченко А.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Целью нашего исследования было изучить современные этиологические особенности поражения центральной нервной системы сочетанной герпесвирусной этиологии среди детей Харьковского региона Украины.

Под наблюдением находились 34 больных детей возрастом 1 месяца – 18 лет, патологический процесс у которых был обусловлен сочетанием вирусов семейства герпес, находившихся на лечении в Областной детской инфекционной клинической больницы г. Харькова с 2009 по 2014 гг.

У 9 детей (26,5%) патологический процесс был обусловлен сочетанием вируса простого герпеса и цитомегаловируса, 8 (23,5%) – цитомегаловируса и вируса Эпштейна-Барр, 17 (50,0%) – вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом и вирусом Эпштейна-Барр.

При поражении ЦНС, обусловленном сочетанием вируса простого герпеса и цитомегаловируса у 5 больных (55,6%) регистрировался менингит, 3 (33,3%) – энцефалит, 1 (11,1%) – менингоэнцефалит. По степени тяжести больные распределились следующим образом: 7 (77,8%) – со среднетяжелой формой заболевания, 2 (22,2%) – с тяжелой.

В группе детей, где в качестве этиологического фактора заболевания выступали цитомегаловирус и вирус Эпштейна-Барр, у 5 из них (62,5%) диагностирован менингит, 3 (37,5%) – энцефалит. При этом у 6 больных (75,0%) была зарегистрирована среднетяжелая форма болезни, 2 (25,0%) – тяжелая.

Среди детей с поражением ЦНС, вызванным сочетанием вируса простого герпеса, цитомегаловируса и вируса Эпштейна-Барр, у 3 больных (17,6%) выявлен менингит, 12 (70,6%) – энцефалит, 2 (11,8%) – менингоэнцефалит. У 4 детей (23,5%) заболевание протекало в среднетяжелой форме, 13 (76,5%) – тяжелой.

Таким образом, нами установлено, что у детей несколько чаще встречается поражение ЦНС, обусловленное сочетанием трех герпесвирусов (вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна-Барр), и в этом случае заболевание чаще всего протекает в виде тяжелой формы энцефалита. Поражение ЦНС двумя герпесвирусами (вирусом простого герпеса и цитомегаловирусом; цитомегаловирусом и вирусом Эпштейна-Барр) встречается примерно с одинаковой частотой и чаще протекает в виде менингита средней тяжести.

ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ ХВОРИХ НА ХХН ТА ЕАГ НА ФОНІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ З ДОДАВАННЯМ L-АРГІНІНУ

Князькова І.І., Кірієнко М.О., Циганков О.І.

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: визначити показники вазомоторної функції судинного ендотелію за даними проби з реактивною гіперемією (РГ) у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) з нормальною та зниженою швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) в динаміці терапії з додаванням препаратів L аргініну.

Матеріали і методи: Обстежено 31 хворих на ХХН (16 хворих з нормальним рівнем ШКФ - 1 група, 15 зі зниженим рівнем ШКФ - 2 група), 14 хворих на ЕАГ - 3 група. Групу контролю становили 10 практично здорових осіб. Функцію ендотелію визначали за методикою D.Celermajer (1992) з використанням проби з РГ. Дуплексне сканування правої плечової артерії (ПА) проводили на ультразвуковому сканері «Ultima PA» («Radmir», Україна) до та після проведення проби з РГ. Реакцію ПА на тлі реактивної гіперемії вважали за нор-

мальну, якщо її дилатація становить більше ніж 10 % від вихідного діаметру. Всі хворі отримували стандартну судинопротекторну терапію інгібіторами АПФ –або БРА II. Усі пацієнти з ГХ та ХХН отримували терапію у відповідності до стандарту лікування, до якої входили інгібітори АПФ або блокатори рецепторів ангіотензину додатково до базової терапії отримували препарат L-аргініну (Тівортін). Пробу з РГ проводили до та після лікування.

Після лікування показники проби з РГ (приріст діаметру) у 1 і 3 групах склав 14,9% ($p < 0,05$) і 18,6% ($p < 0,05$) у порівнянні з показниками до лікування, що підтверджує позитивний вплив Тівортину на функцію ендотелію. У 2 групі приріст діаметру склав 9 %, що вказує на погіршення функціональних властивостей ендотелію можливо за рахунок погіршення морфологічних показників.

Таким чином, у хворих на ХХН з рівнем ШКФ менше 90 мл/хв відмічається більш значне порушення функції ендотелію, що треба враховувати при призначенні ефективної етіопатогенетичної терапії.

ЕФЕКТИ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

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

Харківський національний медичний університет

Позитивні клінічні ефекти раміприлу пов'язані не тільки із зниженням артеріального тиску (АТ), але й з багатьма впливами, а саме: стабілізацією атеросклеротичної бляшки, покращенням судинної функції ендотелію, змінами чинників, які впливають на тонус судин, та інше.

Основною **метою** нашого дослідження була оцінка судинного ефекту раміприлу у пацієнтів із артеріальною гіпертензією (АГ) I і II стадії поєднаної з ожирінням у порівнянні з хворими, які отримували фіксовану дозу препарату 10 мг/доб., а також з отримуваними звичайну терапію, яка включала стандартні препарати.

Матеріал і методи. Обстежено 37 пацієнтів, які рандомізовані в 2 групи: А – аторвастатин в дозі 10 мг/доб. і В – стандартна терапія. В обох досліджуваних групах незначно переважало число чоловіків. Основною оцінкою судинного ефекту раміприлу була ендотелійзалежна вазодилатація плечової артерії. Зміни діаметра плечової артерії після 5-хвилинної оклюзії проксимального сегменту передпліччя оцінювали на ультразвуковому апараті HD11XE (Philips, USA). Статистично значимих відмінностей по основним демографічним, лабораторним і інструментальним показникам в досліджуваних групах не виявлено.

Результати дослідження. Рівні артеріального тиску (АТ) у пацієнтів досліджуваних груп були більше норми (САТ - 82 (74; 92) і 132 (124; 149) і ДАТ – 82,5 (80; 90) і 80 (80; 95) мм рт.ст. – відповідно) і ліпідів (ЗХС - 5,6 (5,0; 6,3) і 6,2 (5,2; 6,8) ммоль/л – відповідно і ХС ЛПНЩ - 3,7 (3,1; 4,1) і 4,1 (3,2; 4,6) ммоль/л. Слід відзначити, що у обох досліджуваних групах рівень загального холестерину снизився через 4 тижні спостереження (4,6 (4,0; 5,4) і 4,6 (4,1; 5,5) ммоль/л і ХС ЛПНЩ - (2,4 (2,1; 3,2) і 2,4 (2,3; 3,3) ммоль/л відповідно по групах. При цьому в групі активної терапії раміприлом 10 мг/доб. спостерігалось найбільш виражене зниження рівня ЗХС і ХС ЛПНЩ. Передбачається, що тільки блока-

да утворення проміжних продуктів синтезу ХС має найбільше значення для реалізації антиатерогенної дії препаратів.

Показники ендотелій-залежної вазодилатації (ЕЗВД) у пацієнтів обох груп були нижчі норми (5,3 (3,4; 7,8) % і 5,5 (3,3; 8,0)%. І протягом лікування в групі стабільної дози раміприлу 10 мг/доб. зміни ЕЗВД були статистично не значимими на всіх етапах спостереження (5,8 (4,3; 7,8)%. В групі активної терапії раміприлом через 4 тижні спостереження ЕЗВД підвищилось на 28,3% (6,5 (5,2; 8,0)%. В контрольній групі через 4 тижні відмічено значиме зниження ЕЗВД на 13,1 (5,0 (3,3; 8,1) %.

Висновки: лікування раміприлом в дозі 10 мг/доб. значимо покращує функцію ендотелію у хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням.

ВИВЧЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З ОЖИРІННЯМ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ ТА СИМВАСТАТИНОМ

Ковальова Ю.О., Котелюк М.Ю.

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Участь цитокінів в патогенезі ІХС передбачає можливість ефективного впливу на перебіг захворювання за допомогою нових класів лікарських препаратів. У зв'язку з цим нами проведено вивчення впливу терапії з раміприлом і симвастатином у хворих на ІХС з різною масою тіла.

Мета дослідження: вивчення запальних маркерів у хворих на стабільну стенокардію напруги (ССН) з ожирінням в динаміці лікування раміприлом та симвастатином.

Матеріали та методи дослідження: На базі КЗОЗ ХКМЛ № 27 було обстежено 60 хворих на ССН, з них 28 хворих – з надмірною масою тіла (НМТ) та 32 хворих - з ожирінням. Контрольна група складала 20 осіб. Раміприл призначався починаючи з дози 2,5 мг/добу та досягаючи протягом 14 днів 10 мг на добу. Початкова доза симвастатину становила 20 мг/добу. Визначення вмісту ФНП- α , ІЛ-1 β та ІЛ-4 проводилося до призначення препарату, через 2-3 тижні лікування і через 12 тижнів від початку терапії. Вміст ФНП- α , ІЛ-1 β та ІЛ-4 визначалися імуноферментний методом за допомогою набору реагентів фірми ТОВ «Укрмедсервіс» (Україна).

Результати дослідження. При лікуванні хворих на ССН з НМТ ФНП- α до лікування становив $51,21 \pm 4,04$ пг/мл ($p > 0,1$) у порівнянні з контрольною групою. Через 2-3 тижні лікування дорівнював $45,54 \pm 3,87$ пг/мл ($p > 0,1$), через 12 тижнів - $40,36 \pm 4,28$ пг/мл ($p < 0,01$). У хворих на ССН з ожирінням становив $60,73 \pm 5,25$ пг/мл; через 2-3 тижні лікування - $56,46 \pm 4,87$ пг/мл і 12 тижнів - $50,22 \pm 5,03$ пг/мл ($p < 0,05$). Вміст ІЛ-1 β до лікування становив $74,27 \pm 21,32$ пг/мл ($p < 0,01$) в порівнянні з контрольною групою. Через 2-3 тижні лікування вміст ІЛ-1 β становив $61,68 \pm 16,43$ пг/мл ($p > 0,1$). Через 12 тижнів лікування рівень ІЛ-1 β дорівнював $56,13 \pm 18,45$ пг/мл. При ССН з ожирінням до лікування вміст ІЛ-1 β становив $117,78 \pm 13,87$ пг/мл ($p < 0,01$). При лікуванні через 2-3 тижні лікування склав $88,23 \pm 15,94$ пг/мл ($p < 0,01$); через 12 тижнів лікування - $61,46 \pm 11,25$ пг/мл. Вміст ІЛ-4 до лікування становив $15,17 \pm 1,46$ пг/мл ($p < 0,01$) порівняно з контрольною групою; через 2-3 тижні дорівнював $16,03 \pm 1,12$ пг/

мл ($p > 0,1$), через 3 місяці ІЛ-4 - $16,72 \pm 1,63$ пг/мл. У хворих на ССН з ожирінням ІЛ-4 становив $12,66 \pm 1,89$ пг/мл до початку лікування; через 2-3 тижні лікування - $14,8 \pm 1,73$ пг/мл; через 3 місяці лікування - $16,92 \pm 1,58$ ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, при лікуванні вміст таких цитокінів, як ІЛ-1 β знижувався в більшому ступені, а вміст цитокіну ІЛ-4 підвищувався протягом всього періоду лікування.

ПАТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС

Ковальцова М.В., Сиренко В.А., Бирюков М.С., Бережной Б.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальной проблемой медицины является патология поджелудочной железы (ПЖ), вызванная влиянием различных патогенных факторов, в том числе способствующих длительному психическому и физическому напряжению.

Целью исследования явилось изучение морфофункционального состояния эндокринной части ПЖ беременных крыс вследствие действия иммобилизационного хронического стресса.

Материалы и методы. Изучено состояние ПЖ крыс находившихся в условиях стресса (1 гр.) и в стандартных условиях вивария (2 гр.). Осуществлялось морфологическое и биохимическое исследования.

Результаты. У крыс 1-й гр. выявлено уменьшение площади островков Лангерганса на 9 % ($p < 0,001$) от показателя 2-й гр.; уменьшение количества α - и β -эндокриноцитов; дегенеративное изменение ядер и цитоплазмы β -клеток; частое обнаружение апоптозно изменённых β - и α -клеток. Результаты биохимического исследования подтверждают эндокринную дисфункцию у животных основной группы. Установлено сочетание гипергликемии (увеличение уровня глюкозы на 18%, $p < 0,001$) с повышенным уровнем как контринсулярных гормонов (адреналина на 82,3%, $p < 0,001$; кортикостерона на 37,5%, $p < 0,001$ от показателя 2-й гр.), так и инсулина (на 69%, $p < 0,001$); кроме того, имеются признаки нарушения жирового обмена (повышение уровня НЭЖК и кетоновых тел в 2 раза, $p < 0,001$).

Там образом, хронический стресс, во время беременности крыс, приводит к увеличению уровня контринсуляров и связанной с этим гипергликемии, обуславливает компенсаторную гиперфункцию β -клеток ПЖ с гиперпродукцией инсулина. В такой ситуации гиперинсулинемия является вторичной и имеет приспособительное значение для уменьшения уровня гликемии. Однако в связи с тем, что уровень гликемии остается повышенным, у животных можно предположить развитие инсулинорезистентности. Аргументом в пользу такой трактовки полученных данных является высокий уровень в крови НЭЖК и увеличение КТ, отражающие внутриклеточный дефицит глюкозы и связанное с этим нарушение метаболизма свободных жирных кислот через β -окисление в митохондриях и нарушение метаболизма ацетил-КоА в цикле Кребса.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что хронический стресс беременных крыс является существенным фактором риска развития хронической патологии ПЖ (в том числе и сахарного

диабета).

ПЕРВИННИЙ ГІПОТИРЕОЗ, ЯК ПРИЧИНА РОЗВИТКУ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Ковель А.Ф., Сребна І.В.

ХНМУ, м.Харків

Захворювання щитоподібної залози займають перше місце в структурі ендокринної патології жінок. Зокрема, первинний гіпотиреоз нерідко супроводжує синдром полікістозних яєчників (СПКЯ), який є однією з вагомих причин безпліддя.

Метою роботи стало визначення ймовірності настання вагітності, у жінок з СПКЯ в поєднанні з гіпотиреозом, після корекції балансу тиреоїдних гормонів.

Матеріали і методи. В роботі з 19 пацієнтками, що страждали на безпліддя віком 21 – 33 роки, у яких на основі клініко-лабораторних даних та даних додаткових методів дослідження, діагностували первинний гіпотиреоз асоційований з СПКЯ. Усім жінкам призначали препарат L-тироксин в індивідуальних дозах від 75 мкг до 150 мкг на добу. Критерієм компенсації гіпотиреозу було встановлення рівня ТТГ в межах 0,4-2,0 МО/л. На фоні стійкого еутиреозу, протягом 2-3місяців, у жінок спостерігалось відновлення або нормалізація менструальної функції. До кінця першого року замісної гормонотерапії, вагітність наступила у 9 пацієток (47%). У 10 пацієток (53%) вагітність не настала; за даними базальної термометрії та УЗД у 7 жінок (37%) і надалі спостерігались ановуляторні цикли, 3 жінки (16%) не завагітніли при наявності овуляції. Пацієнткам, які завагітніли, доза L-тироксину була збільшена на 25-50 мкг.

До даного дослідження не входили жінки з іншими захворюваннями статевих органів, окрім СПКЯ. Поєднані форми безпліддя виключали на основі спермограми статевих партнерів пацієток та проведення тест-контакту.

Висновки. Отже, результати дослідження показали, що гіпотиреоз відіграє значну роль у формуванні безпліддя, ускладнюючи перебіг СПКЯ. Проте досягнувши еутиреїдного стану у жінок з СПКЯ значно зростає ймовірність настання вагітності.

МОДИФІКУЮЧИЙ ВПЛИВ НЕЙТРОНОЗАХВАТНИХ АГЕНТІВ НА РАДІОГЕННІ ЗМІНИ В КЛІТИНАХ *in vitro*

Козловські І.В.¹, Лавренчук Г.Й.¹, Шевченко Ю.Б.²,

Петрановська А.Л.³

¹ДУ „Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України”, м. Київ

²Інститут ядерних досліджень НАН України, м. Київ

³Інститут хімії поверхні ім. О. О. Чуйка НАН України, м. Київ

Одним з найбільш перспективним, але, одночасно, і найбільш складним варіантом променевої терапії пухлин є нейтронзахватная променева терапія

(НЗТ). Селективна доставка атомів ^{10}B до пухлини дозволяє, після впливу тепловими нейтронами, розраховувати на локальне пошкодження тільки самої мішені. Багатообіцяючим напрямком є синтез ^{10}B – , або/та ^{157}Gd – вмісних сполук, які поєднують як властивості НЗА для нейтронозахвальної терапії, так і фотосенсибілізаторів (ФС) для іншого бінарного метода, фотодинамічної терапії (ФДТ), і по суті є універсальними, або нейтронно-фотонними сенсибілізаторами (НФС). Метою дослідження було в експерименті в тест-системі клітинної популяції визначити дозову залежність клітинних реакцій за умови поєданого впливу НЗА та радіації.

Дослідження виконані на культурі клітин лінії L_{929} . Були використані нейтронозахвальної агенти (НЗА): 1-карба-клозо-додекарборат цезію (реагент **А**), та супрамолекулярна сполука {5, 10, 15, 20 - тетракис[n - (1'- карба - клозо - додекарборан - 1'- іл) тетрафторфеніл] 17, 18 – дигідропорфірин } натрію (реагент **Б**) в концентрації 0.1 мкг/мл. Опромінювали g -квантами ^{60}Co в дозах 0.5, 1, 2, 3, 4, 5, 7.5 та 10 Гр. Клітинні відповіді оцінювали у різні терміни культивування клітин за загальноприйнятими показниками життєздатності: проліферативна і мітотична активність, кількість атипичних полікаріоцитів, апоптоз. В результаті експериментальних досліджень із застосуванням тест-системи культури перещеплюваних клітин та низки показників їх морфофункціональних характеристик (виживання клітин, їх проліферативна та мітотична активність, апоптоз, утворення атипичних багатоядерних клітин) були отримані залежності «доза-ефект», встановлені характер та особливості поєданого впливу на виживаність та апоптоз клітин НЗА та γ -випромінювання, яке є супутнім для нейтронів спектру поділу, з метою прогнозування інтегральної еквівалентної дози на основі визначення та аналізу отриманих клітинних реакцій.

АКТИВНОСТЬ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ СЛЮНЫ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ ВЫСОКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Козмуляк Т.И., Бевзо В.В., Купчанко К.П.

*Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы*

Особое внимание исследователей привлекает изучение свойств компонентов ротового секрета – слюны у человека как перспективной диагностической жидкостью. Известен ряд веществ, обнаруживаемых в слюне и достоверно отражающих воздействие физической нагрузки разной интенсивности на организм человека. Исходя из этого целью исследования было проанализировать изменение активности протеолитических ферментов (α -амилазы, щелочной фосфатазы) и рН слюны в ответ на кратковременную высокоинтенсивную нагрузку и оценить взаимосвязь функциональной подготовленности студентов со спецификой изменения изучаемых показателей. В исследовании участвовали 20 студентов, которые были разделены на 2 группы в соответствии с их физиологическими показателями и уровнем подготовленности. Участники исследования подвергались нагрузочному тестированию на беговой дорожке высокой интенсивности на протяжении 15 мин. Слюну брали в состоянии покоя и сразу после окончания нагрузочного

тестирования. Активность α -амилазы, щелочной фосфатазы слюны определяли с помощью спектрометрического анализа.

Полученные нами данные показали, что показатели активности протеолитических ферментов и pH слюны испытуемых, разделенных на 2 группы в соответствии с их степенью подготовленности, до нагрузки достоверно не отличались. После нагрузки у более тренированных студентов pH слюны становится достоверно выше (на 50 %), чем у менее тренированных. Кратковременная нагрузка высокой интенсивности является стимулом к достоверному уменьшению активности протеолитических ферментов у всех испытуемых. Характер изменения активности как α -амилазы, так и щелочной фосфатазы зависит от уровня подготовленности студентов. У более подготовленных студентов изменения активности ферментов слюны было достоверно ниже по сравнению с группой менее подготовленных к нагрузке студентов. Изменения активности протеолитических ферментов слюны при воздействии физической нагрузки, возможно, обусловлено снижением pH слюны в результате увеличения количества кислых продуктов, прежде всего молочной кислоты, после интенсивных физических нагрузок. Таким образом, кратковременная высокоинтенсивная нагрузка приводит к уменьшению активности α -амилазы и щелочной фосфатазы слюны испытуемых и полностью зависит от степени подготовленности студентов и переносимости физической нагрузки, а также отражает адаптационные возможности организма на физиологический стресс.

ПАРАМЕТРИ ДЕФОРМАЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАСТОЛІЧНОЇ СТРЕС-ЕХОКАРДІОГРАФІЇ

Колесник М.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Спекл-трекінг ехокардіографія вважається однією з найперспективніших неінвазивних технологій оцінки функціонального стану серця. Вона дає змогу оцінити параметри руху та деформації міокарда, охарактеризувати спіралеподібний рух міокарда. Проте, показники цього методу значно залежать від стану діастолічної функції міокарда лівого шлуночка (ЛШ). Діастолічна стрес-ехокардіографія дає змогу виявляти хворих із прихованими порушеннями діастолі. За її допомогою можна виявляти хворих із патологічним підвищенням тиску наповнення ЛШ, що мають високий ризик розвитку серцевої недостатності в майбутньому. **Метою** нашого дослідження стало співставлення параметрів деформації міокарда ЛШ у хворих на гіпертонічну хворобу з нормальним та підвищеним тиском наповнення ЛШ після фізичного навантаження. **Матеріали і методи.** До роботи залучено 120 хворих на гіпертонічну хворобу, середній вік яких склав 51 ± 8 років. Всім пацієнтам проводили дослідження поздовжньої, циркулярної, радіальної деформації, ротації та твісту ЛШ за допомогою пакету програм XStrain (Esaote, Італія). Навантажувальний тест проводили на тредмілі із використанням комплексу Cardiosoft 6.0 (GE, США). Неінвазивну оцінку тиску наповнення ЛШ проводили методом ехокардіоскопії за показником E/e' , який реєстрували перед на-

вантаженням та одразу після нього. **Результати.** 9 (7,5 %) хворих на гіпертонічну хворобу мали $E/e' \geq 13$ після тредміл-тесту, що свідчило про збільшений тиск наповнення ЛШ. При порівнянні показників деформації міокарда зареєстровано достовірне зниження глобального поздовжнього стрейну у хворих з підвищеним тиском наповнення ЛШ: $-14,5 \pm 2,5$ % порівняно з $-16,4 \pm 2,2$ % у хворих з нормальним тиском наповнення ЛШ ($p=0,017$). Глобальний поздовжній систолічний стрейн реїт виявився нижчим у хворих з $E/e' \geq 13$ та склав $0,84 \pm 0,15$ s^{-1} , а у хворих з нормальним E/e' - $0,97 \pm 0,13$ s^{-1} ($p=0,007$). Глобальний діастолічний стрейн реїт у фазу раннього наповнення ЛШ був меншим у хворих з $E/e' \geq 13$, а саме $0,72 \pm 0,35$ s^{-1} порівняно з $1 \pm 0,29$ s^{-1} ($p=0,009$). Показники циркулярної деформації ЛШ, його ротації та твісту достовірно не відрізнялися між групами. Серед показників радіальної деформації зареєстровано зниження стрейн реїту на базальному рівні ЛШ, що становило $1,55 \pm 0,48$ s^{-1} порівняно з $2 \pm 0,49$ s^{-1} ($p=0,009$). **Висновки.** Прогресивне зменшення всіх параметрів поздовжньої деформації ЛШ у поєднанні з редукцією радіального стрейн реїту на базальному рівні ЛШ асоціюється зі зниженим діастолічним резервом, що проявляється у патологічному підвищенні тиску наповнення ЛШ після навантаження.

ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ НА ЧАСТОТУ ТРОМБОТИЧНИХ МОЗКОВИХ І КАРДІАЛЬНИХ ПОДІЙ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Количева О.В.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Одним з найчастіших ускладнень артеріальної гіпертензії (АГ) і коморбідного цукрового діабету (ЦД) 2-го типу є кардіоваскулярні і цереброваскулярні ускладнення, частота яких порівняно з хворими без поєданого перебігу захворювань зростає в 3-7 раз. Продовжуються пошуки медикаментозних і немедикаментозних засобів церебро- і кардіопротекції при такій сукупній патології.

Мета дослідження полягала в аналізі впливу інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ) на частоту тромботичних ускладнень у гіпертензивних хворих з ЦД 2-го типу.

Обстежено 50 гіпертензивних хворих з ЦД 2-го типу віком $51,2 \pm 1,3$ роки. До дослідження включали хворих з: АГ 1-2 стадії і 1-2 ступеня, ЦД 2 типу в стадії компенсації. Діагностику і лікування АГ проводили у відповідності до рекомендацій WHO (1996 р.) і Української асоціації кардіологів (2012 р.), ЦД - на підставі рекомендацій (WHO, 2006; Української асоціації ендокринологів, 2013; ADA, 2013). Хворі розподілені в дві однорідні групи спостереження (по 25 в кожній). Перша група отримувала стандартну антигіпертензивну і протидіабетичну терапію, статини, дезагреганти, а друга додатково до аналогічної - щоденні сеанси ІНБГТ тривалістю 50-60 хвилин протягом 20 днів. На етапі виписування з стаціонару всі хворі були компенсовані як по цільовому тиску крові так і по вуглеводному обміну. На протязі поточного року хворі отримували стандартне антигіпертензивне і протидіабетичне медикаментозне лікування, а хворі 2-ї групи додатково 20-ти денні сеанси ІНБГТ кожні 3 місяця.

В 1-ій групі спостереження протягом року спостерігалися такі тромботичні ускладнення: у 4(16,0%) спостерігалися транзиторні цереброішемічні події, у 2(8,0%) інфаркт міокарда без патологічного зубця Q, у 1(4,0%) – Q інфаркт міокарда, у 2(8,0%) – ішемічний інсульт. В 2-ій групі протягом року спостерігали такі артеріальні тромботичні події: у 1(4,0%) спостерігався Q-інфаркт міокарда, у 1(%) – не Q-інфаркт міокарда, у 2(8,0%) – ішемічний інсульт.

Таким чином, гострі артеріальні тромботичні події спостерігалися у кожного 4-го гіпертензивного хворого з ЦД 2-го типу протягом річного терміну. ІНБГТ як компонент комплексної лікувальної програми сприяє зменшенню дрібних васкулярних проявів (ТІА) та не Q-інфаркт міокарда, що може свідчити про те, що лікувальна процедура має антитромботичний ефект, який реалізується на рівні дрібних судин і артеріол через активацію синтезу оксиду азоту, який викликає вазодилатацію.

БЕЗСИМПТОМНА ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК **Коломієць М.В.**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Все більш значущим і одним з найважливіших стає питання про надання медичної допомоги хворим з хронічною серцевою недостатністю (ХСН). Основною метою лікування даної патології є зменшення ризику серцево - судинної захворюваності та смертності. У зв'язку з цим, все більшої актуальності набуває пошук специфічних маркерів, які допоможуть оцінити кардіоваскулярний ризик хворих з ХСН та ефективність проведеної терапії. Одним з таких маркерів вважається рівень сечової кислоти сироватки крові, який став предметом вивчення у безлічі проспективних і епідеміологічних досліджень як серцево - судинний фактор ризику.

Тому, метою нашої роботи стало вивчення ролі безсимптомної гіперурикемії у хворих ХСН із супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН). Обстежено 113 хворих, серед яких 62 (54,9%) жінки та 51 (45,1%) чоловік. Вік обстежених коливався в межах від 49 до 94 років і в середньому склав (60,5±8,7) років. Хворі ХСН були розділені на групи залежно від наявності чи відсутності супутньої ХХН. Так, в першу (основну) групу увійшли 73 осіб ХСН із ХХН I-IVст, друга група (порівняння) складалася з 40 хворих ХСН без супутньої ХХН.

У когорті обстежених хворих гіперурикемія була виявлена у 70 (61,9%) осіб, серед яких 47 (64,4%) хворих основної групи (середній рівень сечової кислоти сироватки крові у них склав (7,6±1,7) мг/дл) та 23 (57,5%) хворих групи порівняння (середній рівень сечової кислоти - (7,5±1,7) мг/дл). Рівень гіперурикемії змінювався в залежності від стадії ХСН у обстежуваних хворих, зростає з її функціональним класом. Виявлено від'ємний кореляційний зв'язок між рівнем сечової кислоти сироватки крові та фракцією викиду лівого шлуночка серця ($r=-0,4$), швидкістю клубочкової фільтрації ($r=-0,5$), а також прямий кореляційний зв'язок із рівнем систолічного артеріального тиску ($r=+0,3$) та альбуміну сечі ($r=+0,2$).

Отримані дані дозволили зробити висновок про важливість раннього вияв-

лення безсимптомної гіперурикемії у хворих з ХСН та ХХН з метою оцінки у них кардіоваскулярного ризику. Необхідні нові проспективні дослідження для розробки методів корекції гіперурикемії і доведення їх ефективності в запобіганні прогресуванню кардіоренальної патології.

МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ САЛЬПІНГООФОРИТ Коновал А.О.

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: підвищення ефективності терапії жінок з хронічним сальпінгоофоритом (ХСО) на підставі визначення мікробіоценозу піхви.

Завдання дослідження: визначити видовий склад та особливості мікробіоцинозу піхви.

Матеріали і методи дослідження: У дослідженні визначали мікробіоценоз піхви у 35 пацієток за давністю запального процесу до 10 років (1 група) та 35 пацієток за давністю запального процесу понад 10 років (2 група). Вилучення ізолятів із вагінального секрету, зішкребку з цервікального каналу проводили за загальноприйнятими в мікробіології методами.

Отримані результати: В результаті дослідження пацієток 1 й 2 груп було встановлено порушення мікробіоценозу піхви та виявлено, що найбільш частими мікроорганізмами, що були вилучені з відокремлюваного піхви, були: *Peptostreptococcus spp* – 78% й 75%, *Enterococcus* – 69% й 57%, *S.aureus* – 62,9% й 60,1%, *E.coli* - 64,2% й 69,3%, *Fusobacterium spp* – 61,0% й 58,0%; *S. ruogenes* – 58,0% й 60%, *Candida spp* – 47,0% й 44% відповідно. В 47,6 % випадків мала місце патологічна контамінація піхви грибами родини *Candida*. Виявлена асоціація грибів роду *Candida* із стафілококами у 21 % випадків, стрептококами – у 38 % випадків, протеєм й стафілококами – у 14%, нейсеріями – 9 %, нейсеріями й стафілококом – 5 %.

Висновки: При таких даних мікробіоценозу стають зрозумілими труднощі, які виникають при терапії запальних захворювань органів малого тазу. Причинами невдач є наполеглива діагностика етіологічних чинників при ігноруванні патогенного потенціалу нормальної мікрофлори, труднощі в доставці ліків до вогнища запалення.

Таким чином у хворих на ХСО відбуваються зміни мікрофлори піхви, які супроводжуються дискоординацією її функціонування як єдиної екосистеми, що проявляється порушеннями мікробіологічного статусу. Висока мікробна щільність бактеріального консорціуму, який колонізує піхву, складається з умовно-патогенних видів, робить можливим швидкий розвиток деструктивно-запальних процесів слизових оболонок. Вищевикладене дозволяє вважати актуальним поглиблене вивчення патогенетичних особливостей ХСО на основі визначення мікробіологічних даних з подальшою адекватною терапією, тим більше, що дані наукової літератури дозволяють говорити про недостатню ефективність існуючих методів.

ПОКАЗНИКИ ТІОЛДИСУЛЬФІДНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА

Коноваленко Т. М., Ситіна І.В.

КЗОЗ «Харківська міська лікарня № 3»,

Харківський національний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) та ожиріння у сучасному світі відзначаються стрімким поширенням та набувають характеру неінфекційної епідемії. В основі патогенезу, даних станів, рушійну роль грає каскад метаболічних порушень, що супроводжується зміною захисних систем організму, зокрема порушенням антиоксидантної рівноваги та активацією перекисних процесів – інформативним показником яких є тіолдисульфідна система.

Мета. Вивчення концентрації сульфгідрильних – HS-груп і дисульфідних – SS-груп та їх співвідношення – тіолдисульфідний коефіцієнт (ТДК) у хворих на ГХ в залежності від маси тіла.

Матеріали, методи. Обстежено 96 хворих на ГХ, медіана віку становила – 60,5[53,5; 64] роки, 29% - чоловіки, 71% - жінки. Усім хворим проводили антропометричні дослідження з вимірюванням зросту, маси тіла та обчислюванням індексу маси тіла (ІМТ): $ІМТ(кг/м^2) = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}(м)^2$. Вміст сульфгідрильних груп визначали методом прямого амперометричного титрування, вміст дисульфідних груп визначали зворотним амперометричним титруванням. Статистичний аналіз даних проводили з використанням комп'ютерного пакета прикладних програм для обробки статистичної інформації Statistica 6.1.

Результати. Згідно з метою дослідження хворі були розподілені на групи, в залежності від ІМТ. Перша група (6,2% хворих) складалась з осіб з нормальним значенням ІМТ – медіана ІМТ – 23,8 [20; 24,5] $кг/м^2$, друга (37,5% хворих) – з надмірною масою тіла: ІМТ - 28[27,3; 28,7] $кг/м^2$, третя (56,3% хворих) – з ожирінням: ІМТ – 33,2[31; 35,2] $кг/м^2$, групи були співставні за віком та статтю. При дослідженні тіолдисульфідної системи, на підставі вивчення концентрації сульфгідрильних HS-груп та дисульфідних –SS-груп, виявлено, що в I – групі SS-група становила – 113,1[97,45; 125,9] $мкмоль/л$, у II – 128,4[101,7; 172] $мкмоль/л$, в III групі – 161,8[117,1; 190,9] $мкмоль/л$. HS-група – 503,4[498,2; 506,4] $мкмоль/л$, 478,2[409,9; 529,1] $мкмоль/л$, 418,9[404,1; 539,1] $мкмоль/л$ – відповідно. ТДК – зменшувався на 14% у II групі та на 45% - в III групі в порівнянні з контролем.

Висновки. У хворих на ГХ, при наявності надмірної маси тіла та особливо ожиріння відзначається інтенсифікація окисного стресу, обумовлена дисбалансом в системі антиоксидантів, про що свідчить збільшення концентрації SS-груп, при одночасному зменшенні HS-груп, в порівнянні з контролем. Зменшення ТДК, підтверджує збільшення концентрації вільних радикалів і виснаження антиоксидантних резервів.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ЩУРІВ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ТРЕТЬОЇ СТАДІЇ ГАРЯЧКИ

Копчук Т. Г.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

З'ясування патофізіологічної ролі гарячки є важливою проблемою в медицині, яка набуває особливої актуальності через те, що принаймні один раз на рік людина стикається із захворюваннями, які супроводжуються гарячкою, що в цілому значно погіршує компенсаторні можливості організму та впливає на саногенез. Поряд з цим на сьогодні не з'ясована роль функціонального стану нирок у динаміці її розвитку.

В експериментах на 36 самцях білих нелінійних щурів масою 0,16-0,18 кг досліджували асептичну гарячку, яку моделювали шляхом однократного внутрішньоочеревинного введення пірогеналу в дозі 25 мкг/кг. Впродовж розвитку гарячки вимірювали ректальну температуру кожні 30 хв. Третя стадія гарячки розпочиналась через 4 год після введення пірогеналу і тривала впродовж 2 год. Функціональний стан нирок досліджували за умов водного діурезу, для чого щурам внутрішньошлунково за допомогою металевого зонда вводили водопровідну воду підігріту до температури тіла тварин в кількості 5% від маси тіла. Забій тварин проводили шляхом декапітації під легким ефірним наркозом.

Результати експериментальних досліджень показали, що за умов третьої стадії гарячки (зниження температури), зміни функції нирок характеризувалися розвитком ретенційної азотемії, зростанням екскреції креатиніну (в 1,5 більше контролю), зниженням його концентрації в плазмі крові, збільшенням екскреції іонів калію та натрію (в 1,9 та 2,9 рази більше контрольної групи) за умов гальмування їх відносної і проксимальної реабсорбції, збільшенням екскреції кислот, що титруються (в 2,3 рази), аміаку та амонійного коефіцієнта (в 7,1 та 2,6 рази більше в порівнянні з контролем). Виявлені зміни діяльності нирок слід розглядати як збереження механізмів кислоторегулювальної функції, направленої на видалення надлишку кислот у третю стадію гарячки на фоні виснаження компенсаційних реакцій організму із-за повернення температури тіла до зниженої до норми установочної точки терморегуляції за рахунок домінування процесів тепловіддачі над теплопродукцією.

ВПЛИВ НУКЛЕІНАТУ НА ПОКАЗНИКИ ІНТЕРФЕРОНОВОГО СТАТУСУ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПА

Костьєв І.К., Терьошин В.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Під наглядом було дві групи хворих на неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) на тлі цукрового діабету (ЦД) 2-го типу - основна (56 хворих), яка додатково до загальноприйнятої терапії отримувала нуклеїнат по 500 мг (2 капсули) 2–3 рази на день протягом 20–25 днів поспіль та група зіставлення (50 осіб), яка лікувалася із застосуванням тільки загальноприйнятих засобів. Дослідження інтерференового статусу здійснювали на обладнанні фірми Sanofi Diagnostics

Pasteur (Франція). Було встановлено, що вихідна концентрація сироваткового інтерферону (СІФ) була нижча за норму в 2,68 рази в основній групі та складала $1,06 \pm 0,03$ МО/мл і в 2,62 рази в групі зіставлення ($1,11 \pm 0,05$ МО/мл). Рівень б-ІФН у крові хворих основної групи складав $163 \pm 4,5$ МО/мл, що було нижче за норму в 1,92 рази; в групі зіставлення даний показник дорівнював $167 \pm 4,9$ МО/мл, що було в 1,87 рази нижче норми. Вміст г-ІФН в основній групі хворих складав $25,6 \pm 2,2$ МО/мл, що було в 1,90 рази нижче норми. В групі зіставлення даний показник був в 1,86 рази нижче показника норми та складав $26,1 \pm 2,0$ МО/мл. Слід зазначити, що вірогідних відмінностей між вихідними показниками, що вивчалися, в обох групах не знайдено ($P > 0,05$). Повторне вивчення інтерферонового статусу після проведеного курсу лікування показало, що в основній групі хворих (яка додатково отримувала нуклеїнат) концентрація СІФ вірогідно від норми не відрізнялася, тоді як в групі зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, залишалася в 1,43 рази нижче в порівнянні з нормою. За період проведення курсу лікування рівень б-ІФН і г-ІФН в основній групі також досягли нижньої межі норми, тоді як в групі зіставлення показник б-ІФН на момент завершення лікування залишався в середньому в 1,44 рази нижче за норму ($P < 0,05$) і г-ІФН – в 1,36 рази ($P < 0,05$). Одержані дані свідчать, що проведення лікування із застосуванням нуклеїнату сприяє нормалізації показників інтерферонового статусу хворих на НАСГ на тлі ЦД 2-го типу.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

**Котовщикова М.С., Любомудрова Е.С., Герасимова О.Н.,
Малишевская А.Ф.**

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью осложненной холангитом.

Материалы и методы Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 52 больных с механической желтухой осложненной холангитом. Мужчин было 15, женщин 37. Средний возраст больных составил 64,4 года. Для восстановления желчеоттока, снижения холемии и интоксикации 37 больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), которая являлась первым этапом хирургического лечения, у 15 больных ЭПСТ была не эффективной. В зависимости от объема оперативного пособия больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили больные, которым в последующем холецистэктомия не выполнялась 21 (40,4%) пациент. Двухэтапное хирургическое лечение - ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией выполнено 16 (30,8%) больным (2-я группа). У 15 (28,8%) больных (3-я группа) ЭПСТ была неэффективна и им выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом с холедохолитотомией и дренированием холедоха, у 4 больных этой группы операция закончена наложением холедоходуоденоанастомоза.

Результаты. Средние сроки нахождения больных в стационаре составили $6,1 \pm 1,3$, $8,2 \pm 1,2$ и $16,1 \pm 1,4$ суток в первой, второй и третьей группах соответ-

ственно. Осложнениями, развившимися непосредственно после ЭПСТ являлись: острый панкреатит у 1 (1,9%) больного, в 1 (1,9%) случае – кровотечение из папиллотомной раны. Умерла 1 (1,9%) больная. У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение в послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: острый панкреатит – 2 (3,8%) случая, нагноение послеоперационной раны – 1 (1,9%) наблюдение, пневмония – 1 (1,9%) больной. Умер 1 (1,9%) пациент.

Заключение.

1. Малоинвазивные методы – ЭПСТ с литоэкстракцией в ближайшие 24-48 часов от момента поступления в клинику являются оптимальной тактикой лечения холедохолитиаза осложненного механической желтухой и холангитом, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.
2. В раннем послеоперационном периоде необходимо проводить профилактику острого панкреатита и осложнений воспалительного характера с максимально возможной компенсацией витальных систем.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ НА ОСНОВІ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ОНКСТАТИНУ М Кочубей О.А.

Харківський національний медичний університет

Мета. Вивчення параметрів ліпідного метаболізму у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в залежності від рівня онкостатину М на основі кластерного аналізу.

Матеріали та методи. Було обстежено 103 пацієнти з ГХ у віці від 40 до 60 років. Всім хворим було проведено комплексне клінічне обстеження з визначенням показників ліпідного обміну – загальний холестерин (ЗХС), фракцій ліпопротеїдів, тригліцериди (ТГ). Для визначення рівню онкостатину М був застосований імуноферментний метод. Для статистичної обробки результатів застосовувалася кластеризація методом k-середніх, реалізована в блоці розвідувального аналізу даних програмного продукту STATISTICA 6.1. Результати. У нашому дослідженні в результаті процедури кластеризації спостережень зазначеним методом залежно від рівня онкостатину М 1-й кластер утворили 32 пацієнта (31,1 %) де рівень онкостатину М склав 40,15 (30,65-46,28) пг/мл, 2-й кластер - 19 пацієнтів (18,4 %), рівень онкостатину М - 79,41 (50,14-79,41) пг/мл і 3-й кластер - 52 пацієнта (50,5 %), рівень онкостатину - М 11,72 (10,00-18,63) пг/мл. За результатами дослідження хворі на ГХ, які склали 1-й кластер характеризувалися наступними показниками ліпідного метаболізму: ЗХС 5,67 (4,74- 6,45) ммоль/л, ТГ 2,75 (2,47-3,15) ммоль/л, ХС ЛПВЩ 1,05 (0,88-1,37) ммоль/л, ХС ЛПНЩ 3,45 (2,53-3,86) ммоль/л, ХС ЛПДНЩ 1,25 (1,12-1,43) ммоль/л, коефіцієнт атерогенності (КА) 4,22 (3,50-5,14). У 2-му кластері ми спостерігали такі показники ліпідного метаболізму: ЗХС 9,64 (7,51-9,64) ммоль/л, ТГ 3,72 (2,78-3,72) ммоль/л, ХС ЛПВЩ 1,62 (1,55-1,62) ммоль/л, ХС ЛПНЩ 6,33 (4,70-6,33) ммоль/л, ХС ЛПДНЩ 1,69 (1,26-1,69) ммоль/л, КА 4,95 (3,85-4,95). Серед пацієнтів, які склали 3-й кластер показники ліпідного метаболізму склали: ЗХС 5,00 (4,33-5,47) ммоль/л, ТГ 2,37 (1,11-1,78) ммоль/л, ХС ЛПВЩ 1,15 (0,91-1,28) ммоль/л, ХС ЛПНЩ 3,03 (2,52-3,38) ммоль/л, ХС ЛПД-

НЩ 1,08 (0,50-1,26) ммоль/л, КА 3,92 (2,53-4,70).

Висновки: В першому кластері ми спостерігали найнижчі показники за всіма параметрами, окрім рівня ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ та КА. Другий кластер характеризувався найвищими показниками, окрім ХС ЛПВЩ. У 3 кластері ми виявили найнижчі рівні ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ та КА серед трьох кластерів. Виявлено несприятливе поєднання патологічних змін показників ліпідного метаболізму у пацієнтів, які склали 2-й кластер, де рівень онкостатину М, як кластерообразуючої ознаки, був найвищий, що може свідчити про вплив циркулюючого вмісту онкостатину М на розвиток метаболічних порушень у хворих на ГХ.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АДИПОЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА

Кравчун П.П., Кадикова О.І.

Харківський національний медичний університет

Нааявність супутньої патології істотним чином впливає на перебіг артеріальної гіпертензії (АГ). Найчастіше АГ ускладнюється цукровим діабетом (ЦД) та ожирінням.

Мета – оцінити рівні адипоцитокінів у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу в залежності від маси тіла.

Матеріали та методи дослідження. Хворі на АГ з супутнім ЦД 2 типу були розподілені на три підгрупи в залежності від індексу маси тіла (ІМТ): перша підгрупа – індекс Кетле <24,6 кг/м² (n=29), друга – індекс Кетле = 24,6–29,9 кг/м² (n=56), третя – індекс Кетле >30 кг/м² (n=20). Середній вік хворих на АГ з ЦД 2 типу склав 65,45±1,08 років, а другої групи – 64,87±1,98 років. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб. У дослідженні визначали ІМТ (індекс Кетле) – маса × кг/зріст в м² для діагностики ожиріння.

Для визначення рівня резистину було застосовано імуноферментний метод із використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «BioVendor» (Чеська Республіка). Вміст адипонектину в сироватці крові хворих визначали імуноферментним методом із використанням набору реактивів Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit виробництва фірми «ASSYPRO» (США).

Дослідження рівнів адипокінів у хворих на АГ з ЦД 2 типу в залежності від ІМТ показало зниження рівня адипонектину на 39,10% (p<0,05) у хворих з ІМТ=24,6–29,9 кг/м² ніж у хворих з ІМТ<24,6 кг/м², на 52,7% (p<0,05) та на 22,32% (p<0,05) у хворих з ІМТ >30 кг/м² у порівнянні з хворими першої та другої підгруп відповідно.

Рівень резистину мав зворотну тенденцію: збільшувався на 42,24% (p<0,05) у хворих з ІМТ<24,6 кг/м² у порівнянні з хворими з ІМТ=24,6–29,9 кг/м², на 49,53% (p<0,05) у хворих з ІМТ<24,6 кг/м² у порівнянні з хворими з ІМТ>30 кг/м² та на 12,63% (p<0,05) у хворих з ІМТ=24,6–29,9 кг/м² у порівнянні з хворими з ІМТ>30 кг/м².

Отже, у хворих на АГ з ЦД 2 типу та супутнім ожирінням відбувається зниження рівня адипонектину та підвищення рівня резистину відповідно до наростання маси тіла. Таким чином зазначені адипоцитокіни мають діагностичне

значення у прогресуванні ожиріння у даного контингенту хворих.

ГОМОЦИСТЕЇНЕМІЯ ЯК МАРКЕР ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кравчун П.П., Дунаєва І.П.

Харківський національний медичний університет

Останнім часом привертає увагу визначення ролі гомоцистеїну, адипоцитокінів та імунзапальних механізмів у розвитку та прогресуванні серцевої недостатності (СН) при ішемічній хворобі серця (ІХС) та цукровому діабеті (ЦД) 2 типу.

Мета – оцінити роль гомоцистеїну у прогресуванні хронічної серцевої недостатності при ішемічній хворобі серця у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 106 хворих, які страждають на ІХС та ЦД 2 типу. Вік хворих становив від 51 до 79 років (середній вік $69,88 \pm 1,14$ років). Серед хворих було 62 жінки (58,49 % спостережень) та 44 чоловіка (41,51 % спостережень). Гомоцистеїн у сироватці крові визначали імуноферментним методом за допомогою наборів Axis Homocysteine EI виробництва Axis-Shield Diagnostics Ltd the Tehnology Park Dundee DD2, XA United Kingdom, рівень гомоцистеїну у нормі складає 5-15 мкмоль/л. Контрольну групу склали здорові особи без серцево-судинних захворювань та ЦД. Рівень гомоцистеїну у них склав $6,45 \pm 0,30$ мкмоль/л.

Середній рівень гомоцистеїну в цілому по групі обстежених хворих у нашому дослідженні склав $23,8 \pm 0,48$ мкмоль/л, що достеменно перевищує нормальні показники та дані осіб контрольної групи ($p < 0,01$). Встановлено, що суттєво більший рівень гомоцистеїну відзначається за наявності IV функціонального класу СН порівняно з хворими з I, II та III функціональним класом та склав $31,6 \pm 0,35$ мкмоль/л ($p < 0,01$).

Таким чином, у проведеному нами дослідженні звертає на себе увагу чітка залежність рівня гомоцистеїну від функціонального класу СН, а саме: виявлено значуще його підвищення на тлі прогресування СН при поєднанні ІХС та ЦД 2 типу.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Крамаренко А.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель. Изучить особенности нарушения ритма сердца у больных с изолированной артериальной гипертензией, сахарным диабетом и при их сочетании.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных, которые были распределены на 3 группы: 1-я группа - 12 больных с ГБ: 6 мужчин и 6 женщин; средний возраст - $56,3 \pm 3,5$ года, длительность ГБ - $10,2 \pm 4,3$ года. 2-я группа - 10

больных СД 2 типа - 6 мужчин и 4 женщины; средний возраст - $51,5 \pm 2,7$ года, длительность СД - $6,2 \pm 3,3$ года. 3-я группа 14 больных, 7 мужчин и 7 женщин с ГБ и СД 2 типа; средний возраст - $54,3 \pm 2,8$ года, длительность ГБ - $10,5 \pm 4,2$ года; СД - $6,2 \pm 3,4$ года.

Критериями включения в исследование были наличие у больных гипертонической болезни (ГБ) II стадии 2-3 степени и СД 2 типа в стадии субкомпенсации. Всем больным проведены инструментальные исследования: суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ) и суточное мониторирование АД (СМАД).

При проведении СМАД было выделено 3 типа суточного профиля АД: с адекватным (10 - 20%) ночным снижением АД (dipper); недостаточным (менее 10%) ночным снижением (non-dipper) и с ночным повышением АД (night-peaker).

При проведении СМЭКГ установлено, что у больных с повышением АД значительно чаще отмечались нарушения сердечной деятельности, которые субъективно ощущались больными. В группе больных с СД у половины пациентов аритмии не проявлялись клинически и были выявлены только с помощью дополнительных исследований. При анализе выявленных желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма установлено, что желудочковые аритмии достоверно чаще наблюдались у больных с ГБ: желудочковые экстрасистолии у 84% больных 1-й группы ($p < 0,05$) и 92% - у больных 3-й группы ($p < 0,05$). Пароксизмы желудочковой тахикардии выявлены у 65% больных 1-й группы ($p < 0,05$) и у 71% больных 3-й группы ($p < 0,05$). У больных с СД достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались наджелудочковые аритмии, такие как предсердная экстрасистолия у 84% и пароксизмы фибрилляции предсердий у 37%.

Выводы. У больных ГБ наиболее часто развиваются наджелудочковые и желудочковые экстрасистолии, которые субъективно ощущаются больными. У больных с СД чаще отмечаются бессимптомные нарушения ритма, что обусловлено развитием автономной вегетативной neuropathии. Сочетание ГБ и СД значительно повышает риск развития желудочковых нарушений ритма - желудочковых экстрасистолий, а также возникновение наджелудочковых аритмий, в том числе пароксизмальной фибрилляции предсердий.

ДИНАМІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА СИСТЕМОЮ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ З ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Кривокульський Б.Д.

КУТОР «Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер»

Профілактика тромботичних ускладнень залишається актуальною у хворих з злоякісними новоутворами репродуктивних органів. Існуючий моніторинг рутинними коагуляційними тестами не виявляє ризик розвитку порушення гемостазу в післяопераційному періоді і тільки дослідження молекулярних маркерів тромбофілії тачасно проведені профілактичні заходи можуть попередити тромботичні ускладнення.

Мета: Вивчити динамічні особливості системи гемостазу у хворих з новоутворами матки на фоні оперативного втручання.

Матеріали і методи: Проведено 60 оперативних втручань (середній вік $59,65 \pm 1,02$ років) з приводу пухлинних захворювань матки які виконували під загальним знечуленням, всім пацієнтам проводили механічну профілактику ВТЕУ та призначали низькомолекулярні гепарини. Аналіз стану системи зсідання крові хворих проводили до операції, та 1, 5, 8-у добу після операції. Визначали: активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ) і протромбіновий час (ПЧ), фібриноген і Д-димеру (ДД), активність протеїну С.
Результати: Встановлено подовження ПЧ у 58% хворих та скорочення АЧТЧ у 32%, а у 24% хворих рівень ДД перевищував норму до операції. Підвищення ДД спостерігалось у 58% хворих після операції на 1-5 добу, на 8-добу у 42% пацієнтів.

Висновки: Отримані дані свідчать про подовговий динамічний дисбаланс системи гемостазу і необхідність постійного гемостазіологічного контролю з метою попередження тромботичних ускладнень в післяопераційному періоді у хворих злякисними новоутворами репродуктивних органів.

АКТИВНІСТЬ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА ПОЄДНАНИЙ З НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ

Кривуля І.Г.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Поєднання гастроентерологічних захворювань, а саме синдрому подразненого кишечника (СПК) з нейроциркуляторною дистонією (НЦД) набуває останніми роками все більшого значення. При такому поєднанні визначаються клінічні особливості перебігу двох захворювань, що може ускладнити ситуацію, забезпечити торпідність до лікування, погіршити прогноз. Окрім того, поєднаність патологій передбачає деякі особливості обстеження та лікування даного контингенту хворих. Метою роботи було вивчення ефективності комбінації сучасних препаратів атоксилу та Лінекс форте в комплексній терапії хворих на СПК, поєднаний з НЦД та їх вплив на показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ).

Під наглядом знаходилося 80 хворих на СПК на тлі НЦД у віці від 18 до 59 років. Обстежені були розподілені на дві рандомізовані групи: основна група (42 особи), яка отримувала додатково до загальноприйнятого лікування ентеросорбент атоксил по 4 грама 3 рази на день, розведених у 5 стаканів негазованої води за одну годину до їжі протягом 20-30 діб поспіль та Лінекс форте по 1 капсулі 3 рази на день протягом 25-30 діб поспіль. Пацієнти групи зіставлення (38 осіб) отримували лише загальноприйняті препарати.

Обсяг обстеження включав вивчення концентрації продуктів ПОЛ у крові: малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон'югат (ДК). До початку лікування в обстежених хворих відмічена наявність однотипових зсувів біохімічних показників, які характеризують стан ПОЛ: так концентрація МДА в основній групі в 2,19 рази вище за норму, в групі зіставлення – в 2,18 рази. Вміст у крові хворих основної групи ДК в 2,1 рази вище норми, в групі зіставлення – в 1,93 рази.

При повторному обстеженні через 15 – 20 день з початку лікування встанов-

лено, що майже у всіх хворих основної групи, концентрація МДА і ДК нормалізувалася, тоді як у групі зіставлення їхній рівень залишався вище показників норми та основної групи, що свідчило про збереження підвищеного рівня ліпопероксидації. Дійсно, концентрація МДА в групі зіставлення була в 1,62 рази вище норми та в 1,57 рази вище, ніж в основній групі. Рівень ДК в крові хворих групи зіставлення був в 1,52 рази вище норми та в 1,51 рази вище показника у хворих основної групи.

Отримані дані свідчать, що включення атоксилу та Лінекс форте в комплекс лікування хворих на СПК, поєднаний з НЦД сприяє зниженню вираженості ПОЛ та дозволяють вважати доцільним і перспективним включення цих препаратів до комплексу засобів патогенетичної терапії у хворих з даною патологією.

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Куглер Т.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель и задачи исследования. Выявить диагностические возможности УЗИ желудка с питьевой нагрузкой в объективной оценке моторно-эвакуаторной и сенсорной функций желудка в норме и при функциональной диспепсии (ФД).

Материалы и методы. Данное исследование имело дизайн типа случай-контроль. В него были включены 45 пациентов с диагнозом ФД (соответствующие критериям включения и не имеющие критериев исключения) согласно Римским критериям III и группа контроля из 10 здоровых добровольцев. Было проведено клиническое, лабораторное и инструментальное обследование больных с различными формами ФД для исключения органической патологии. Для оценки моторики желудка и показателей висцеральной гиперчувствительности был разработан УЗИ тест с питьевой нагрузкой. Исследование аккомодационной и эвакуаторной функций проводилось путем измерения площади сечения свода желудка во время и после питьевой нагрузки. При этом оценивалась интенсивность болевого синдрома по трехбалльной визуально-аналоговой шкале. Статистическая обработка данных проводилась в программе Medstat. Результаты, полученные при $p < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты исследования. По результатам исследования, в группе ФД отмечалось нарушение аккомодационной способности желудка, резкая задержка эвакуации и понижение порога болевой чувствительности, в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$).

Выводы. Предложенный нами УЗИ тест с питьевой нагрузкой является новым неинвазивным методом диагностики ФД, который позволяет интерпретировать клинические проявления с точки зрения патофизиологической классификации, следовательно – адекватной коррекции.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ГИПЕРКОРТИЦИЗМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА
Кудрявцев А.А., Ярьско М.В.**

Харьковский национальный медицинский университет

Синдром гиперкортицизма объединяет заболевания, при которых независимо от причины, вызвавшую повышение количества гормонов в крови, происходит длительное воздействие на организм избыточного количества гормонов коры надпочечников. Синдром гиперкортицизма зачастую обусловлен повышенной выработкой адренокортикотропного гормона, вырабатывающийся микроаденомой гипофиза или эктопированной кортикотропиномой.

Изучение заболеваний системы гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников является приоритетным направлением клинической эндокринологии. Повышение экскреции свободного кортизола с мочой и уровня кортизола в крови определяется не только при гиперкортицизме, но и при гипоталамическом синдроме с ожирением, алкогольной зависимости.

Целью работы являлось рассмотреть клинический случай и определить особенности клинических проявлений, диагностики и лечения гиперкортицизма. В эндокринологическое отделение ОКБ поступила женщина 42 лет с жалобами на общую слабость, боли в нижних конечностях, подъемы АД до 175\110 мм. рт. ст., сердцебиение при физической нагрузке, давящие боли за грудиной, отеки лица, боли в поясничной области, избыточный рост волос на лице, выпадение волос на голове. Была обследована, установлен диагноз: гиперкортицизм, которому сопутствовали и другие заболевания: сахарный диабет, впервые выявленный. Первичный гипотиреоз, впервые выявленный. Сросшиеся переломы обеих голеней, вторичный остеопороз, компенсаторный гиперостоз медиальной поверхности диафизов голеней. Хронический остеомиелит левой большеберцовой кости, ст. ремиссии. Посттравматическая вторичная лимфопеносная недостаточность обеих нижних конечностей I-II ст.. Вертеброгенная пояснично-крестцовая радикулопатия с правосторонним люмбаишиалгическим синдромом. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце. СН Iст. Хроническая двусторонняя сенсоневральная тугоухость. Пойкилодермия сосудистая атрофическая.

Гиперкортицизм – тяжелое заболевание, которое может привести к большому количеству осложнений, поэтому врач-терапевт должен внимательно собирать анамнез и правильно обследовать пациентов с гиперкортицизмом, чтобы вовремя назначить лечение и не допустить большого количества осложнений.

**ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА НЕСПЕЦИФІЧНОГО
СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
Кузьміна Н.В., Грібенюк О.В.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Мета дослідження: визначити особливості стану ліпідного обміну та неспецифічного системного запалення у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії.

Обстежено 41 хворий на ГХ II стадії, серед яких 24 чоловіки і 17 жінок, середній вік $49,1 \pm 8,7$ років, без ознак хронічної серцевої недостатності (ХСН) та супутньої ішемічної хвороби серця (ІХС). Тривалість АГ - $10,1 \pm 0,32$ роки. Діагноз встановлено за рекомендаціями Української Асоціації Кардіологів (2008). До контрольної групи увійшли 23 здорових людини відповідного віку та статі. Всім учасникам дослідження проведено визначення показників ліпідного спектру крові (рівнів загального холестерину (ЗХС), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) (ензиматичний калориметричний метод з реагентами «Ольвекс діагностикум» (Росія)), розраховано ліпопротеїди дуже низької (ЛПДНЩ) та низької щільності (ЛПНЩ), індекс атерогенності (ІА)), кількісних рівнів С-реактивного протеїну (СРП) (ІФА, набір «hs CRPELISA») та тумор-некротичного фактору- α (TNF- α) (твердофазний ІФА). Статистичні розрахунки виконані на базі Microsoft Excel, Statistica for Windows 6.0.

Встановлено, що у хворих на ГХ II ст. порушення ліпідного спектру сироватки крові були аналогічні змінам ліпідних показників контрольної групи. Так, рівень ЗХС становив $6,60$ ($6,10$; $7,56$) мМ/л і $6,47$ ($5,83$; $7,19$) мМ/л, відповідно, $p=0,31$. «Задовільний» рівень ЛПВЩ фіксований в обох групах: $1,57$ ($1,28$; $1,79$) мМ/л та $1,54$ ($1,23$; $1,82$) мМ/л ($p=0,94$), відповідно у хворих на ГХ та у здорових. Визначено несприятливе зростання рівнів ЛПНЩ в дослідній та в контрольній групах: $4,72$ ($4,05$; $5,64$) мМ/л і $4,52$ ($3,51$; $5,18$) мМ/л, відповідно ($p=0,16$), що призвело до підвищення розрахованої величини ІА, який суттєво не відрізнявся в групі хворих на ГХ та в контролі і дорівнював $3,52$ ($2,66$; $4,37$) мМ/л та $3,19$ ($2,56$; $3,98$) мМ/л, відповідно, $p<0,05$. Рівні ТГ та ХС ЛПДНЩ суттєво не відрізнялись ($p<0,05$) та не перевищували верхньої межі норми в дослідній групі та в контролі.

Не виявлено суттєвої різниці між показниками рівнів СРП в дослідній та контрольній групах: $2,28$ ($1,63$; $3,21$) мг/л проти $2,28$ ($1,03$; $3,80$) мг/л, відповідно ($p=0,58$). Проте, рівень TNF- α у хворих на ГХ II стадії був достовірно ($p=0,035$) вище за аналогічні показники в групі контролю.

Отже, проатерогенні зсуви в ліпідному спектрі сироватки крові визначені як у хворих на ГХ II ст., так і в здорових осіб відповідного віку. Однак, збільшення рівня TNF- α , який є маркером імунно-запальної реактивності організму та прозапального метаболічного стану, при асоціації з дисліпідемією, може підвищувати кардіоваскулярний ризик у хворих на ГХ II ст. та сприяти подальшому прогресуванню захворювання.

БЕЗОПАСНОСТЬ НПВС ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Курята А.В., Лысунец Т.К., Черкасова А.В.

КУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

ЦЕЛЬ: оценить осведомленность пациентов относительно безопасности, а также возможных рисков, связанных с приемом НПВС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: В ходе исследования приняло участие 150 пациентов (28 мужчин и 122 женщины), жителей как городской, так и сельской местности, с суставным синдромом на фоне ревматологического заболевания. Средний возраст среди мужчин составил $42 \pm 8,47$ лет, среди женщин

– 49,7±9,15 лет. Исследование проводилось на базе стационара ревматологического отделения – 35% опрошенных пациентов, и в поликлинике на территории областной клинической больницы им. И.И. Мечникова – 65%. Все пациенты были опрошены при помощи созданной нами анкеты.

Результаты: 60% опрошенных нами пациентов источником информации о НПВС указали «врача», 23,7% указали «самостоятельно» и 16,3% узнали о данных препаратах «от провизора аптеки». При этом 47,3% пациентов считали НПВС абсолютно безопасными препаратами. Мнения пациентов относительно гастро-, нефро- и кардиобезопасности распределились практически равномерно без достоверных различий (36%, 31% и 33% соответственно). По данным нашего опроса, среди мужчин оказалось больше лиц, считающих НПВС небезопасными препаратами по сравнению с женщинами – 66,7% и 57% соответственно. Среди сельского населения 73,5% считали НПВС небезопасными препаратами, в то время как доля лиц, придерживающихся аналогичного мнения среди городского населения составила лишь 45,7%. Пациенты с высшим образованием практически в 2 раза чаще указывали на небезопасность НПВС, по сравнению с пациентами со средним уровнем образования (60,9% и 39,1% соответственно). Больше половины пациентов стационара – 65,4%, указали на небезопасность НПВС, в то время как среди поликлинических пациентов данный процент был несколько ниже – 34,6%.

Выводы

Полученные нами результаты наглядно демонстрируют недостаточную осведомленность пациентов относительно возможных рисков, связанных с приемом НПВС, что может быть одним из факторов роста числа побочных эффектов при использовании препаратов данной группы.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХЛАМІДІЙНИХ ПНЕВМОЙ У ДІТЕЙ

Кучеренко О.О., Гаршанова Ю.В.

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Запалення легень у дітей дуже поширені та утримують одне з перших місць в структурі загальної захворюваності. Серед всіх етіологічних чинників пневмоній 25% належить саме хламідіям. Однак, до теперішнього часу залишаються нез'ясованими деякі тонкі патогенетичні механізми їх виникнення і розвитку. Дискутабельними є питання клінічної діагностики і лікування хламідійних пневмоній.

Мета і завдання роботи. Визначити рівні імунних клітин гуморальної та клітинної ланки імунітету і вивчити особливості імунної відповіді дітей, хворих на хламідійні пневмонії.

Матеріали і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 26 хворих на хламідійні пневмонії віком 3 місяців – 3 років і 21 практично здорової дитини аналогічного віку, які склали контрольну групу. За допомогою стандартних комерційних тест-систем у крові визначали відносний вміст CD3⁺ CD4⁺ CD8⁺ CD20⁺ клітин, а також IgA, IgM, IgG і циркулюючих імунних комплексів.

Результати дослідження. У хворих на хламідійні пневмонії виявляються значні зміни імунного статусу у порівнянні з групою здорових дітей. Відмічено

достовірно підвищення рівня лейкоцитів хворих з хламідійними пневмоніями у порівнянні з контрольною групою. Визначено зниження абсолютної кількості Т-лімфоцитів на фоні незначної реакції В-клітинної ланки імунітету, а саме: достовірне зниження рівня CD3⁺, CD4⁺ клітин. За результатами досліджень ми спостерігали зниження рівня CD8⁺ CD20⁺, але воно не було достовірним. Суттєвої різниці при визначенні рівня імуноглобулінів IgA, IgM, IgG виявлено не було, достовірно підвищувався тільки рівень IgM.

Висновки. Хламідійні пневмонії у пацієнтів перебігають на фоні зміненого імунного статусу, що обумовлює, вірогідно, їх тривалий перебіг і може бути підставою щодо удосконалення терапевтичної тактики.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН У ЛІМФОВУЗЛАХ ПРИ ПЕРВИННО ХРОНІЧНОМУ ІМУННОМУ ТА НЕІМУННОМУ ЗАПАЛЕННІ **Кучерявченко М.О.**

Харківський національний медичний університет

Метою дослідження було вивчення імуногістохімічних змін у лімфовузлах при первинно хронічному імунному і при первинно хронічному неімунному запаленні.

Експеримент було проведено на 90 щурах лінії Вістар. Первинно хронічне неімунне запалення викликали введенням у ділянку стегна сефадексу А-25 у дозі 1 мг в 1 мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Хронічне імунне запалення типу ад'ювантного артриту відтворювали субплантарним уведенням повного ад'юванту Фрейнда в дозі 0,1 мл. Імуногістохімічне дослідження проводили в динаміці, починаючи з 6-ї год і до 28-ї доби прямим методом Кунса за методикою Grosman. Імунні клітини й імуноглобуліни диференціювали за допомогою шурячих моноклональних антитіл, мічених ФІТЦ, до антигенів CD3 (загальні Т-лімфоцити), CD4 (Т-лімфоцити-хелпери), CD8 (Т-лімфоцити-супресори цитотоксичні), CD45RA (В-лімфоцити), ED1 (макрофаги), а також до IgG та IgE.

Імуногістохімічне дослідження виявило, що експресія CD3⁺-клітин змінюється незначно як при імунному, так і при неімунному запаленні.

Кількість CD4⁺-клітин при імунному запаленні знижується, а CD8⁺-лімфоцитів дещо збільшується, у той час як при неімунному запаленні кількість CD4⁺-клітин незначно збільшується, а CD8⁺-лімфоцитів - незначно знижується, що свідчить про меншу хелперну й більшу супресорну активність у першому випадку в порівнянні з іншими. ІРІ при імунному запаленні знижується в порівнянні з неімунним запаленням.

При імунному запаленні вміст В-лімфоцитів (CD45RA⁺-клітин) незначно підвищений у порівнянні з практично незміненою кількістю В-лімфоцитів при неімунному запаленні. Це свідчить про більше залучення гуморальної ланки імунітету в першому випадку, ніж у другому.

Кількість макрофагів (ED1⁺-клітин) при імунному запаленні змінювалася незначно, тоді, як при неімунному була підвищена, що може свідчити про менш значну роль макрофагів при імунному запаленні.

Про залучення гуморальної ланки імунітету, як при хронічному імунному, так і при неімунному запаленні, свідчить підвищення кількості клітин-продуцентів IgG і поява IgE-продуцентів, причому спостерігається більша кількість IgE-про-

дуцентів у ранній термін у першому випадку.

Висновок: При первинно хронічному імунному запаленні спостерігається більше залучення гуморальної ланки імунітету з переважанням супресорної активності ніж при неімунному запаленні.

ОПТИМІЗАЦІЯ ОБСЯГУ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ ТА ОЖИРІННЯМ

Лавренко Д.О., Гринь В.Г.

*Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична
стоматологічна академія” м. Полтава*

Післяопераційні вентральні грижі (ПОВГ) у поєднанні з ожирінням становлять від 6 до 8% всіх випадків виникнення гриж передньої черевної стінки. По статистиці вітчизняних авторів, більш 3–5 % усіх лапаротомій ускладнюються ПОВГ в найближчий термін після операції. Слід зазначити, що ожиріння у даної категорії хворих є досить частою супутньою патологією, яка зустрічається в 48 - 78% випадків. Окрім цього ожиріння є одним із головних етіологічних факторів виникнення як самих вентральних гриж, так і післяопераційних рецидивів пов'язаних з розвитком ранніх післяопераційних ускладнень, серед яких дихальна недостатність (ДН), на фоні підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), займає провідне місце.

Метою роботи було визначення оптимального обсягу обстежень у хворих з післяопераційними вентральними грижами в поєднанні з ожирінням, для попередження виникнення розвитку дихальної недостатності на фоні компартментсиндрому.

В умовах хірургічного відділення нами досліджено 180 хворих: жінок-114 (63.3%), чоловіків-66 (36.6%). Середній вік становив 52 роки. В досліджуваній групі додатково визначали, по запропонованій нами методиці, індекс грижового дефекту (ІГД), проводили моніторинг внутрішньочеревного тиску та показників зовнішнього дихання в різні періоди. В результаті проведеного аналізу визначені критерії, які достовірно впливають на розвиток ДН в післяопераційному періоді. До них відносяться: фонові дихальна недостатність; індекс грижового дефекту; індекс маси тіла; внутрішньочеревний тиск.

Включення до програми обстеження визначених додаткових показників, дозволяє прогнозувати об'єм хірургічного втручання, та попередити розвиток ДН у цієї категорії хворих.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Лайко Е.В., Мариниченко Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Катастрофический рост распространения ожирения в обществе начал приобретать характер глобальной эпидемии. Ожирение повышает риск раз-

вития серьезных заболеваний, среди которых и неалкогольная жировая болезнь поджелудочной железы (НАЖБПЖ). Также ожирение четко ассоциируется с повышением риска смерти от развившихся заболеваний. На нынешнем этапе медицины вопросы диагностики и лечения НАЖБПЖ имеют много спорных моментов.

Методы исследования НАЖБПЖ соответствуют методам диагностики хронического панкреатита (общий и биохимический анализы крови, определение фекальной эластазы (свидетельствует о панкреатической недостаточности), трансабдоминальное и эндоскопическая ультрасонография, верхняя эндоскопия, компьютерная томография (КТ) брюшной полости – метод выбора). Выделены критерии диагностики НАЖБПЖ (Шифрин, 2008) – 1. Основные: наличие абдоминальной «панкреатической» боли; снижение денситометрических показателей ткани поджелудочной железы; 2. Дополнительные: гиперамилаземия, клинико-лабораторные признаки метаболического синдрома (абдоминальный тип ожирения, гиперлипидемия, гипергликемия, гипертензия); наличие характерных жировых прослоек в поджелудочной железе (лучевые методы исследований). При проведении диагностики на КТ наблюдается выраженная жировая перестройка паренхимы поджелудочной железы (дольчатое строение железы с выраженными жировыми прослойками), снижение денситометрических показателей паренхимы (измерение плотности органа в единицах Хаунсфилда позволяет объективизировать диагностику). Гистологическое исследование, безусловно, является «золотым стандартом» диагностики НАЖБПЖ, но из-за сложности его выполнения применяется оценка клинической картины в сочетании с КТ. УЗИ брюшной полости часто затруднено из-за большого слоя подкожно-жировой клетчатки.

Таким образом, прослеживается четкая связь НАЖБПЖ с метаболическим синдромом. На сегодняшний момент еще не выделены четкие критерии диагностики и лечения НАЖБПЖ. Компьютерная томография рассматривается как единственный неинвазивный метод исследования, позволяющий достоверно диагностировать НАЖБПЖ. Проблема стеатоза ПЖ является малоизученной, но, возможно, было бы целесообразно обсудить выделение в классификации хронического панкреатита отдельного компонента - неалкогольного стеатоза ПЖ/стеатопанкреатита, ассоциированного с ожирением/МС и активно заняться разработкой четких алгоритмов его диагностики и лечения.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СУКЦИНАТВМІСНОЇ СПОЛУКИ ТА ЇЇ МЕТАБОЛІТІВ НА СИСТЕМУ NO/NOS

Лалименко О.С.

ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», м.Харків

Дослідження останніх років свідчать, що сукцинатвмісні сполуки проявляють широкий спектр біологічної активності: антидіабетичну, антиоксидантну, адаптогенну, антигіпоксичну, кардіопротекторну. В ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України» синтезовано оригінальний сукцинатвмісний антидіабетичний засіб β-фенілети-

ламід-2-оксисукцинанілової кислоти – фенсукцинал (ФС), який в організмі частково перетворюється на активні метаболіти 2-гідроксифенілетилсукцинамід (2-ГФСА) та β-фенілетилсукцинамід (β-ФЕСА), які можуть впливати на його специфічні ефекти, в тому числі за рахунок системи NO/NOS

Метою даного дослідження було вивчення особливостей біологічної дії сукцинатвмісної сполуки ФС та її метаболітів 2-ГФСА та β-ФЕСА на стан оксидоазотної системи. Експеримент проведено на 32 статевозрілих білих щурах самцях за умов 30-денного внутрішньошлункового введення ФС в дозі 100 мг/кг, 2-ГФСА та β-ФЕСА в еквімолярних дозах (68 мг/кг та 72 мг/кг м.т.). Визначали активність сумарної NO – синтази (NOS) у гомогенаті печінки за швидкістю окиснення NADPH, концентрації нітритів/нітратів ($\text{NO}_2^-/\text{NO}_3^-$) у плазмі крові, сечі та тканині печінки спектрофотометричним методом, із застосуванням реактиву Грисса.

Встановлено, що у тварин піддослідної групи суттєво знижується активність NOS у гомогенаті печінки під впливом ФС ($p < 0,05$) та β-ФЕСА ($0,05 < p < 0,1$), що в свою чергу призводить до вірогідного падіння концентрацій $\text{NO}_2^-/\text{NO}_3^-$ плазми крові та сечі. За умов дії іншого метаболіту 2-ГФСА експресія NOS не змінювалась, але водночас було зареєстровано падіння концентрацій $\text{NO}_2^-/\text{NO}_3^-$ ($p < 0,05$) аніонів у плазмі крові, яке можливо пов'язано з інгібуванням альтернативних внутрішньосудинних шляхів синтезу цих аніонів. Уповільнення темпів сечової екскреції $\text{NO}_2^-/\text{NO}_3^-$ аніонів, як за впливу ФС так і обох його метаболітів, ймовірно, пов'язано із підсиленням їх реабсорбції у канальцевому відділі нефрону та спрямовано на збереження їх фізіологічних констант у плазмі крові.

Таким чином, фенсукцинал та його активні метаболіти 2-ГФСА та β-ФЕСА при ізольованому надходженні до організму щурів проявляють односпрямовані ефекти відносно системи NO різного ступеню вираженості.

БИОЭЛЕМЕНТНЫЙ ДИСБАЛАНС У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С НАРУШЕННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПЕЧЕНИ **Лахно О.В, Журавлёва А.К.**

Харьковский национальный медицинский университет

Цель - изучение особенностей нарушения микро- и макроэлементного спектра крови (калий, натрий, кальций, магний, цинк и медь) у больных неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) при сахарном диабете 2 типа (СД-2).

Материалы и методы. Обследовано 39 больных СД-2 и НАЖБП в возрасте от 46 до 69 лет, из них 25 мужчин, длительностью заболевания от 3 до 15 лет, и контрольная группа (n=20). Программа исследования включала верификацию клинического диагноза, определение дисбаланса метаболизма биоэлементов, углеводов, белков, оценку структурно-функционального состояния печени.

Результаты. У больных НАЖБП с СД-2 в стадиях субкомпенсации и декомпенсации Na^+ находился в отрицательной корреляционной связи (RC) с общим белком (соответственно: $r = -0,29$; $p < 0,05$ и $r = -0,39$; $p < 0,05$), альбуминами

($r=-0,37$; $p<0,05$ и $r=-0,44$; $p<0,05$) и г-глобулинами ($r=-0,41$; $p<0,05$ и $r=-0,46$; $p<0,05$). K^+ находился в отрицательной КС с общим белком ($r=-0,33$; $p<0,05$ и $r=-0,39$; $p<0,05$), альбуминами ($r=-0,36$; $p<0,05$ и $r=-0,47$; $p<0,05$) и г-глобулинами ($r=-0,41$; $p<0,05$ и $r=-0,52$; $p<0,05$). Выявлено наличие КС между Ca^{++} и АЛТ ($r=0,40$; $p<0,05$ и $r=-0,47$; $p<0,05$), Zn^{++} и АЛТ ($r=0,40$; $p<0,05$ и $r=-0,4$; $p<0,05$), Mg^{++} и ГГТП ($r=0,44$; $p<0,05$ и $r=-0,49$; $p<0,05$), Na^{++} и ЩФ ($r=0,45$; $p<0,05$ и $r=-0,43$; $p<0,05$), Zn^{++} и ГГТП ($r=0,45$; $p<0,05$ и $r=-0,44$; $p<0,05$). Также выявлена КС Mg^{++} с K^+ ($r=0,41$; $p<0,05$ и $r=0,43$; $p<0,05$), Na^+ ($r=0,35$; $p<0,05$ и $r=0,38$; $p<0,05$), Ca^{++} ($r=0,42$; $p<0,05$ и $r=0,52$; $p<0,05$), а также Mg^{++} с общим белком ($r=-0,38$; $p<0,05$ и $r=-0,47$; $p<0,05$), альбуминами ($r=-0,39$; $p<0,05$ и $r=-0,55$; $p<0,05$), с г-глобулинами ($r=-0,48$; $p<0,05$ и $r=-0,58$; $p<0,05$). Установлено, что Ca^{++} в обеих группах больных находился в отрицательной КС с общим белком ($r=-0,38$; $p<0,05$ и $r=-0,48$; $p<0,05$), альбуминами ($r=-0,42$; $p<0,05$ и $r=-0,52$; $p<0,05$) и г-глобулинами ($r=-0,53$; $p<0,05$ и $r=-0,54$; $p<0,05$), а Zn^{++} - с общим белком ($r=-0,42$; $p<0,05$ и $r=-0,47$; $p<0,05$), альбуминами ($r=-0,52$; $p<0,05$ и $r=-0,55$; $p<0,05$) и г-глобулинами ($r=-0,51$; $p<0,05$ и $r=-0,54$; $p<0,05$). Cu^{++} была в отрицательной КС с общим белком ($r=-0,49$; $p<0,05$ и $r=-0,52$; $p<0,05$), альбуминами ($r=-0,52$; $p<0,05$ и $r=-0,53$; $p<0,05$) и г-глобулинами ($r=-0,35$; $p<0,05$ и $r=-0,39$; $p<0,05$).

Выводы. Проведенные исследования показали, что у больных СД-2 в сочетании с НАЖБП, имеют место нарушения биоэлементного обмена.

CLINICAL FEATURES OF VARICELLA AMONG HOSPITALIZED

Lygina Yu.A.

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Objective: to identify risk groups of severe course of varicella.

Materials and methods: The study was conducted on materials of two children infectious departments belonging to the Donetsk Central City Clinical Hospital № 1. The data of registers of infectious diseases on the final diagnoses (208 hospitalized with varicella) for 2003-2012 were analyzed.

The results showed that in years with a high incidence of varicella patients with severe course among hospitalized were more common by 2-5 times. In 2008, the proportion of these patients was 34.8 % of total hospitalizations (the incidence rate in Donetsk region was 403.5 per 100 thousand population), in 2011 - 42.9 % (the incidence rate in Donetsk region was 514.1 per 100 thousand population), whereas moderate clinical course was observed in 60.9 and 47.6 %, respectively. In contrast, in years with low morbidity mild and moderate clinical course prevailed: in 2003 patients with severe clinical course accounted for only 9.1 %, and moderate clinical course prevailed (81.8 %). The incidence rate of varicella in 2003 was 46.5 per 100 thousand population.

Distribution analysis of clinical severity of the disease according to age showed that severe forms of varicella were more often detected among children 3-4 years old (30.6 % in this age group) and adolescents aged 15-18 years (33.6 % of hospitalized patients of this age). Proportion of children 3-4 years old was 17.3 %, of adolescents aged 15-18 years - 5.3 % in the total burden of disease. Organized groups of children dominated among patients.

In the age group 3-4 years for the period 2003-2012. severe course of varicella noted in girls at 33.3 % of cases, in boys at 27.8 % of cases, among adolescents - in 25.0 and 40.0 %, respectively.

Among the 208 hospitalized patients, 3.8% had complications (5 cases - encephalitis, 1 - face phlegmon, 2 - pustular form). Three patients with complicated clinical course were in the age group 3-4 years.

Conclusions: There is a relationship between the incidence of varicella in the population and the severity of clinical course. Children aged 3-4 years and adolescents aged 15-18 years are at risk of severe course of varicella.

ВПЛИВ НАНОРОЗМІРНИХ МАГНІТОЧУТЛИВИХ КОМПОЗИТІВ, ЩО МІСТЯТЬ ГАДОЛІНІЙ-157, НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ КЛІТИН IN VITRO

Литвинчук Х. М.¹, Шевченко Ю. Б.², Петрановська А. Л.³

*¹ДУ „Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України”,
м. Київ*

²Інститут ядерних досліджень НАН України, м Київ

³Інститут хімії поверхні ім. О. О. Чуйка НАН України, м. Київ

Активний пошук біосумісних нанокompatитів для цільової доставки ізотопів бору-10 чи гадолінію-157 до клітин пухлини при нейтронозахватній терапії (НЗТ) концентрується, в основному, в області синтезу наноструктур на основі заліза. Найбільш перспективною формою магніточутливих препаратів для НЗТ на основі нанокompatитів вважаються феромагнітні рідини, які містять наночастинки магнетиту – оксиду заліза (II, III) за розмірами від 15 до 75 нм. Зовнішнє управління нанокompatитами на основі феромагнетика може здійснюватися постійним, змінним, імпульсним і комбінованим магнітним полем, яке забезпечує не тільки таргетну доставку лікарського засобу, але і пролонговану його дію і повільне вивільнення з пухлини.

Проведено експериментальне дослідження у порівняльному аспекті модифікуючого впливу нанокompatитів, що містили бор чи гадоліній, на морфофункціональні характеристики клітин у тест-системі культури клітин лінії L₉₂₉^g, встановлено характер та особливості їх дії.

Біологічна ефективність нанокompatитів на основі гідроксиапатиту (ГА) залежала від складності структури наночастинок: Gd/ГА не показав токсичних властивостей, в той час як нанокompatит фериту, гадолінію та ГА призводив до ослаблення адгезивних властивостей клітин та проявляв токсичність при підвищенні концентрації реагента в культуральному середовищі: на 20 – 30 % зменшувалось виживання клітин та в 5 разів їх мітотична активність, натомість підвищувалась кількість апоптотичних клітин та кількість багатоядерних клітин: за малих концентрацій НЗА в 7 – 8 разів їх кількість перевищувала показники контролю, що може вказувати на порушення поділу клітин. Магнітокеровані нанокompatити з гадолінієм або/та бором та ті НЗА, які були модифіковані ДТПК та ДМСК, мали більшу біосумісність до клітин: інкубація клітин з такими НЗА в досліджуваному діапазоні концентрацій не проявляла токсичності, окрім максимальних концентрацій для фериту з бором та гадолінієм, водночас зменшувала адгезивні властивості клітин. Для всіх нано-

композитів спостерігали зменшення мітотичної активності на тлі незмінної щільності популяції клітин, що може свідчити про синхронізацію клітинного поділу.

РОЛЬ МУЛЬТИДЕТЕКТОРНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ГОРТАНОГЛОТКИ Логаніхіна К.Ю.

*ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМНУ»,
м. Київ*

Введення. У зв'язку із підвищенням рівня захворюваності на рак гортанного відділу глотки (рГ), гостро актуальним постає питання підвищення ефективності даної онкологічної патології за даними мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ).

Мета та задачі. Метою досліджень було визначити роль МДКТ у діагностиці рГ. Встановлені наступні задачі: розробити протокол МДКТ у хворих на рГ та довести його ефективність; визначити МДКТ-семіотику первинної пухлини у хворих на рГ.

Матеріали та методи. Обстежено 105 пацієнтів із морфологічно верифікованим рГ на 64-зрізовому комп'ютерному томографі Lightspeed VCT, GE, із фазою внутрішньовенного введення контрасної речовини (КР). Протокол комплексної МДКТ включав функціональну пробу та ангиографічне дослідження за розробленою методикою. Розглядали наступні параметри первинної пухлини: розміри, контури, накопичення КР, гетерогенність структури.

Результати. У більшості хворих на рГ спостерігали наступні ознаки первинної пухлини глотки: діаметр більше 1,5 см (88 пацієнтів, 83,8 %); дрібногорбисті контури (74 пацієнта, 70,5 %); накопичення КР (88 пацієнти, 83,8 %), гетерогенність структури за рахунок порожнин некрозу, кальцинатів (66 пацієнтів, 62,8 %). Комплексна МДКТ, що включала в себе ангиографічне дослідження та функціональну пробу. Ангіографічне дослідження сприяло визначенню якісних особливостей кровотоку, функціональна МДКТ допомогла уточнити локалізацію первинної пухлини та діагностувати стадію первинної пухлини глотки за категорією рТ, що у порівнянні із існуючим стандартним протоколом дослідження сприяло підвищенню показників діагностичної ефективності методу на 7-12 %.

Висновки: З метою підвищення ефективності діагностики рГ було досягнуто та підсумовано наступне:

1. Розроблено МДКТ-семіотику первинної пухлини у хворих на рГ; 2. Встановлені найбільш часті ознаки пухлинного ураження: діаметр первинної пухлини більше 1,5 см, дрібногорбисті контури, накопичення КР, гетерогенність структури; 3. Було науково обґрунтовано доцільність застосування комплексного протоколу дослідження МДКТ у хворих на рГ на підставі підвищення показників діагностичної ефективності на 7-12%.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗУВАННЯ РАКУ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ВІДДІЛУ ГОРТАНІ ЗА ДАНИМИ МДКТ Логаніхіна К.Ю., Кравченко Д.А.

ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМНУ»,
м. Київ

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМНУ»

Введення. Останнім часом в Україні спостерігається тенденція до зростання загальної онкологічної захворюваності, що стосується і раку гортані (РГ). При даній нозології однією з найбільш частих локалізацій є рак вестибулярного відділу гортані. Тож актуальною є проблема підвищення ефективності діагностики РГ, включно вестибулярної локалізації, в тому числі і метастазів (М) у регіонарні шийні лімфатичні вузли (ЛВ) за даними мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ).

Мета та задачі. Метою досліджень було визначити особливості лімфогенного метастазування РГ. Були встановлені наступні задачі: розробити МДКТ-семіотику М у ЛВ, визначити їх особливості у хворих на РГ вестибулярної локалізації.

Матеріали та методи. Обстеження 79 пацієнтів із морфологічно верифікованим РГ вестибулярної локалізації проводили на 64-зрізовому комп'ютерному томографі Lightspeed VCT, GE, із фазою внутрішньовенного введення контрастної речовини (ФКР). Окрім первинної пухлини, оцінювали особливості М за такими параметрами: розміри, форма, збереженість внутрішньої структури, зміна денситометричних характеристик у од.Н. при ФКР, групова приналежність згідно класифікації UICC.

Результати. у більшості пацієнтів спостерігали: діаметр більше двох см (64 пацієнтів, 81,0 %); округла та неправильна форма (57 пацієнтів, 72,3 %); накопичення контрастної речовини (72 пацієнти, 91,7 %). патологічна перебудова внутрішньої структури М (69 пацієнтів, 87,6 %). Виявлена особливість М у хворих на РГ вестибулярної локалізації з огляду на їх групову приналежність, поширення первинної пухлини за категорією рТ. У 74,6 % хворих М були локалізовані у верхній яремній та підщелепній групах ЛВ, та найчастіше діагностувалися при локалізації РГ у ділянці черпало-надгортанних складок (64,3 %), шлуночку гортані (71,6 %), та при рТ3-рТ4-категоріях пухлинного процесу (75,4 %).

Висновки: 1. Розроблено МДКТ-семіотику лімфогенних М у хворих на РГ вестибулярної локалізації; 2. Встановлені найбільш часті ознаки метастатичного ураження ЛВ; 3. Виявлено вибірковість групової приналежності М у ЛВ таких хворих: у 74,6 % хворих М були локалізовані у верхній яремній та підщелепній групах ЛВ; 4. М у ЛВ найчастіше діагностувалися при локалізації РГ у ділянці черпало-надгортанних складок, шлуночку гортані, та при рТ3-рТ4-категоріях пухлинного процесу.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Луцькянова Е.М.

Харьковский национальный медицинский университет

На сегодняшний день количество людей, болеющих ревматоидным артритом (РА), постоянно увеличивается. Если таких больных лечить неэффективно, то в течение 5-6 лет практически половина становится инвалидами. По данным ВОЗ, распространенность ревматических болезней в мире составляет около 70 млн. человек, зарегистрированы случаи заболеваний у детей 9-ти месячного возраста. В Украине насчитывается около 123 000 больных РА.

Неэффективность симптоматического подхода при лечении РА способствовала научным исследованиям, в результате которых были разработаны методики применения биопрепаратов. Не до конца изученное воздействие этих препаратов на организм и обуславливает актуальность нашей работы. Целью нашего исследования было изучение эффективности применения ингибитора интерлейкина-6 (тоцилизумаб) при РА. Данный препарат начал применяться для лечения РА с 2008 года.

Исследование проводилось в ревматологическом отделении ОКБ г.Харькова. Под наблюдением было 18 больных РА (9 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 33 до 53 лет. Им была предложена монотерапия тоцилизумабом в дозе 8мг/кг внутривенно 1 раз в месяц №4.

В результате проведенного лечения отмечено, что после применения биологической терапии практически у всех больных было достигнуто прекращение прогрессивной деструкции суставов, снижение болевого синдрома и увеличение объема движений.

Через 12 недель после начала лечения уровень серомукоидов снизился на 6%, сиаловых кислот – на 4,7%, С-реактивного белка - в 4 раза. Количество болезненных суставов и интенсивность боли по визуальной аналогичной шкале уменьшились на 41% и 38% соответственно, а количество припухших суставов - в 3,2 раза. Из побочных эффектов у 1 больного наблюдалось появление аллергической сыпи.

Результат проведенных наблюдений позволил сделать вывод, что: тоцилизумаб является эффективным препаратом в лечении РА, замедляющий деструкцию суставов и улучшающий качество жизни больных.

Для полноценных выводов необходимо: количество наблюдаемых больных, длительный период наблюдения для оценки действия препаратов, дальнейшее изучение вопросов безопасности их применения.

ЗАГАЛЬНІ ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ВИКОНАННІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ЕКСТРАПЛЕВРАЛЬНОЇ ТОРАКОПЛАСТИКИ

Маєтний Є.М.

Державна установа «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної Академії медичних наук України», м. Київ

Мета роботи: визначити інтраопераційні ускладнення при екстра плевральній торакопластиці для підвищення безпеки втручання.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 230 хворих та дані літератури. Проаналізовано протоколи втручань та історії хвороб пацієнтів, які перенесли екстраплевральну торакопластику. Робота виконана за кошти держбюджету.

Результати. Встановлено, що при оперативному лікуванні виник травматичний пневмоторакс у 6 випадках, інтраопераційне розкриття каверни у 3 випадках, пошкодження легені у 7 випадках, кровотеча, між'язова гематома спостерігались у 2 пацієнтів. У жодному з перерахованих випадків інтраопераційні ускладнення не вплинули на результати оперативного втручання та долю пацієнтів.

До рідких інтраопераційних іскладнень, описаних у літературі слід віднести: поранення підключичної артерії при виділенні першого ребра; туберкульозний менінгіт при екзартикуляції ребра під час багатоетапних торакопластик з приводу туберкульозного піопневмотораксу та травми спинно-мозкових нервів у виді плекситу плечового нерву; поранення міжреберних артерій при порушення техніки віділення ребер; неврит ліктьового нерву; виражений сколеоз при необгрунтованій резекції поперекових відростків хребта; значна кровотеча при резекції поперекових відростків, так як в цьому місці проходять великі стволи непарної та полунепарної вен, пошкодження котрих небажано; травмування шостого міжреберного нерву при нижній торакопластиці, котрий іннервує м'язи черевної стінки та очеревину, що може призвести до болювого синдрому, парезу та паралічу м'язів половини живота (відсутність рефлексів, атрофія м'язів, випинання черевної стінки, зниження функції дихання, прогресування задухи).

Висновки. Вдосконалення оперативно-технічних навичок та знання хірургічних принципів виконання торакопластики дасть змогу хірургам ефективно застосовувати даний вид втручань.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Майлян Д.Э., Котлярова Е.Г., Маковеев Д.С.

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

Цель и задачи исследования. Определить эффективность использования интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) в лечении железодефицитной анемии (ЖДА).

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 32 пациента с установленным диагнозом ЖДА легкой степени тяжести. Они были разделены на две равноценные группы по 16 человек. Первой группе (контрольной) проводилось лечение ЖДА согласно приказу МЗ Украины от 30 июля 2010 года № 647, во второй группе к стандартному лечению была добавлена ИНГТ (2 курсов по 10 сеансов с двухнедельным перерывом по общепринятой методике). При проведении процедуры максимальное снижение концентрации кислорода во вдыхаемой смеси достигало 12%. Определение гематологических показателей с помощью анализатора Advia 60 (Bayer) проводилось дважды: до лечения и на 6 недели от начала его проведения.

Були определены такие показатели красной крови: уровень гемоглобина, количество эритроцитов, гематокрит, средний объем эритроцитов (MCV), среднее содержание гемоглобина в одном эритроците (MCH) и во всех эритроцитах (MCHC).

Результаты. До начала лечения между показателями красной крови в двух группах статистической разницы не отмечалось.

На 6-ой неделе от начала терапии у пациентов обеих групп отмечалось значимое повышение количества эритроцитов, гемоглобина, MCH, MCHC, MCV. При сравнении показателей красной крови между группами статистически значимыми оказались различия уровня гемоглобина, MCH и MCV. Уровень гемоглобина у пациентов второй группы был выше аналогичного показателя в контрольной: $127,5 \pm 3,3$ г/л и $116,3 \pm 3,5$ г/л соответственно ($p < 0,05$). Также во второй группе MCHC был достоверно выше, чем в первой: $27,6 \pm 1,2$ г/л и $31,5 \pm 1,2$ г/л ($p < 0,05$). Показатель MCV у пациентов с использованием комбинированного метода лечения вошел в значения референсного интервала, в отличие от такового в контрольной группе: $80,6 \pm 1,1$ фл и $74,3 \pm 1,6$ фл соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Использование ИНГТ в комбинированном лечении железодефицитной анемии позволяет увеличить эффективность лечебных мероприятий и существенно улучшить качество жизни такой категории пациентов.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНА РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ З АБО БЕЗ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ АВТОНОМНОЮ НЕЙРОПАТІЄЮ

Маньковський Б.М., Саєнко Я.А., Лихошапко О.А.

*Національна медична академія післядипломної освіти, м. Київ
Інститут ендокринології та обміну речовин, м. Київ*

Мета і завдання : Цукровий діабет (ЦД) пов'язаний з високим ризиком розвитку інсульту, когнітивної дисфункції та деменції. Однією з можливих фундаментальних причин виникнення даних порушень може бути порушена цереброваскулярна реактивність (ЦВР). Кардіоваскулярна автономна нейропатія (КАН) – фактор ризику розвитку інсульту у хворих на діабет. Можливий зв'язок з порушеною ЦВР і КАН ще не були вивчені. Отже, метою нашого дослідження було вивчення ЦВР у хворих на цукровий діабет 1 типу з або без КАН.

Матеріали і методи : Ми дослідили 35 пацієнтів - 7 з ЦД і КАН (віком 48.0 ± 4.1 років, тривалістю діабету – 24.3 ± 5.9 років, глікозильований гемоглобін (HbA1c) $-9.2 \pm 0.6\%$), 13 пацієнтів з діабетом і без КАН (віком 37.8 ± 2.9 років, тривалістю діабету – 13.5 ± 1.2 років, HbA1c $- 8.0 \pm 0.4\%$) і 15 здорових пацієнтів як групу контролю (віком 47.9 ± 2.7 років). Діагноз КАН був поставлений на основі тестів по D.Ewing, оснований на вивченні варіабельності інтервалу R-R по електрокардіограмі і діагноз КАН був виставлений у тих пацієнтів, хто мав більше 2 позитивних проб. Середній мозковий кровоток по середній мозковій артерії (СМА) з обох сторін ми оцінювали за допомогою транскраніальної доплерографії початково та після проби з затримкою дихання протягом 30 сек. і після холодової проби протягом 5 сек. ЦВР розраховували

як зміни мозкового кровотоку по СМА після проведення проб, виражених у процентах.

Результати: Ми дослідили, що у пацієнтів з ЦД 1 типу з або без КАН була значно знижена ЦВР порівняно з контрольною групою після обох проб. Також, не було значної різниці поміж ЦВР після проведення обох проб між групою хворих на ЦД з або без КАН. ЦВР після проби з затримкою дихання в правій СМА становила $17.2 \pm 1.81\%$, $14.8 \pm 1.49\%$ і $28.55 \pm 3.18\%$ і в лівій СМА – $16.2 \pm 2.9\%$, $14.0 \pm 1.66\%$ і $24.8 \pm 2.87\%$ у пацієнтів з або без КАН і групою контролю, $p < 0,05$ порівняно з обома групами пацієнтів з діабетом і групою контролю. Після холодової проби ЦВР була $17.7 \pm 2.48\%$, $19.6 \pm 1,65\%$ і $28.0 \pm 2.53\%$ справа і $19.6 \pm 4.37\%$, $17.6 \pm 2.69\%$ і $24.7 \pm 1.63\%$ зліва, у пацієнтів з діабетом з і без КАН і групою контролю, відповідно, $p < 0,05$ порівняно між хворими на діабет та групою контролю.

Висновки : можна зробити висновок, що ЦВР порушена у хворих на цукровий діабет 1 типу, і ці порушення можуть впливати на патогенез цереброваскулярних розладів у хворих на цукровий діабет. Проте, КАН не грає ролі у виникненні порушенні ЦВР у цих пацієнтах.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА

Мариниченко Н.В., Лайко Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Последнее десятилетие ознаменовалось существенным увеличением частоты встречаемости хронической сердечной и почечной недостаточности. В ходе многочисленных исследований сформировалось представление о существовании взаимосвязи между миокардиальной и почечной функциями, нарушение которых способствует взаимному прогрессированию, что оказывает неблагоприятное влияние на ближайший и отдаленный прогноз. Для обозначения подобного взаимовлияния сердечно-сосудистой системы и почек введено понятие «кардиоренальный синдром». Кардиоренальный синдром (КРС) – это патофизиологическое расстройство сердца и почек, при котором острая или хроническая дисфункция одного из этих органов ведет к острой или хронической дисфункции другого. В 2010 г. был опубликован согласительный документ «Cardiorenal syndromes: Report from the consensus conference of the acute dialysis quality initiative», явившийся результатом работы исследователей в рамках Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) consensus group. Отличительная особенность этого консенсусного соглашения — декларация о принципиальной неоднородности КРС как понятия и выделение основных 5 типов последнего в зависимости от наличия острой/хронической сердечной недостаточности (СН), а также первичности/вторичности возникновения поражения сердца или почек по отношению друг к другу. В настоящее время концепция КРС основана на существовании взаимно влияющих патогенетических факторов. В качестве основных механизмов, способствующих формированию КРС, рассматривают повышение центрального венозного давления, снижение перфузии почки, внутривисочечную гипертензию, недостаточность эндогенных механизмов, эндотелиальную дис-

функцію, системну провоспалительную и нейрогуморальную активацию, прооксидантний стресс и некоторые др. Ранняя диагностика КРС позволяет своевременно начать необходимое лечение, предупредить развитие осложнений и снизить летальность. Однако клинические симптомы появляются только на поздних стадиях дисфункции, а повреждение клеток манифестирует прежде всего экспрессией биомаркеров(мозговой натрийуретический пептид — МНУП, N-терминальный фрагмент МНУП — NT-pro-МНУП, тропониныТ и I, креатинин плазмы/мочи, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурия).

Таким образом, необходимо дифференцировать разные типы КРС для подбора правильной тактики лечения. Вопросы терапии остаются окончательно не изученными, появившаяся недавно целостная концепция КРС инициирует проведение специально спланированных исследований с целью оптимизации диагностической и лечебной помощи таким пациентам.

САНІТАРНО-ГІГІЄНИЧНІ ВИМОГИ ДО ВИГОТОВЛЕННЯ ДІЄТИЧНИХ СТРАВ ДЛЯ ДІТЕЙ НА ФАБРИКАХ-КУХНЯХ

Махнюк В.М.

*Державна установа «Інститут гігієни та медичної екології ім.О.М.Марзєєва
Національної академії медичних наук України», м.Київ*

Метою наукового дослідження було проведення санітарно-епідеміологічної оцінки сучасних фабрик-кухонь з виготовлення готових страв (в тому числі дієтичних) та використання їх в харчуванні дітей шкіл, інтернатів та лікарень. В роботі були використані експертно-аналітичні та санітарно-гігієнічні методи дослідження.

За результатами гігієнічної оцінки будівництва фабрик-кухонь було виявлено наступне. Будівництво таких об'єктів планувалось у 4 областях. Обґрунтованим будівництва цих об'єктів є здешевлення харчування за рахунок ліквідації харчоблоків на зазначених об'єктах. Виготовлення страв передбачається на автоматизованих технологічних лініях закордонного виробника (Бельгія). Закордонна технологія передбачає вакуумування готових страв (термін зберігання яких – 20 діб). Доставка готових страв планується з розрахунку логістичного покриття радіусом 100-150 км.

Нормативна документація (ТУ, ДСТУ) на технологію виготовлення страв (в тому числі дієтичних) з подальшим вакуумуванням та використанням їх в харчуванні дітей в організованих колективах в Україні відсутня. Також передбачається використання вивільнених площ харчоблоків та об'єднаних залів шкіл для проведення соціальних заходів «організації банкетного обслуговування» тощо, що є грубим порушенням вимог санітарного законодавства, оскільки школа є об'єктом високого епідемічного ризику і будь-яка оренда навчальних закладів під проведення таких заходів забороняється.

За гігієнічними вимогами у навчально-виховних та лікувально-профілактичних закладах дозволяється лише свіжоприготовлені гарячі страви з плити, які мають високі органолептичні якості для викликання у дітей апетиту, що забезпечує здорове харчування дітей. Вакуумовані страви не відповідають критеріям здорового харчування, а навпаки можуть призвести до харчових

отруєнь в дитячих колективах, зокрема спалахів ботулізму.

Окрім того, консервування та повторний розігрів готових страв заборонено санітарним законодавством України, зокрема ДСанПіН «Гігієнічні вимоги до улаштування, утримання і режиму спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, та навчально-реабілітаційних центрів».

Таким чином, за санітарно-гігієнічними вимогами виготовлення готових страв (в тому числі дієтичних) на сучасних високотехнологічних фабриках – кухнях не відповідає вимогам санітарного законодавства.

ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОГО И ИНДУЦИРОВАННОГО МУТАГЕНЕЗА В ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, БОЛЬНЫХ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Медзяновская Е.В.

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»,
г. Харьков*

Цель работы: изучение спонтанного и индуцированного мутагенеза у детей и подростков, больных ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА).

Задачи: 1. Изучить частоту и типы спонтанных хромосомных aberrаций у пробандов с ЮРА и у здоровых детей. 2. Определить уровень мутационной изменчивости в лимфоцитах периферической крови (ЛПК) после воздействия модельным мутагеном (митомицином С) *in vitro* в исследуемых группах.

Материалы и методы: Цитогенетический анализ проведен у 68 детей обоего пола, больных ЮРА, (основная группа) и 58 здоровых сверстников (контрольная группа) в возрасте от 3 до 17 лет, обследованных в ГУ «ИОЗДП НАМН Украины». Учитывали все нарушения хроматидного, хромосомного и геномного типов до и после воздействия модельным мутагеном митомицином С на ЛПК *in vitro* в исследуемых группах.

Результаты и обсуждение: Картиотип у всех обследованных лиц соответствовал нормальному женскому – 46, XX или нормальному мужскому – 46, XY. Хромосомные нарушения присутствовали в ЛПК детей обеих групп, среди которых регистрировались следующие типы: одиночные и парные фрагменты, разрыв и удлинение по центромере, кольцевая хромосома, терминальные делеции, дупликации, преждевременное расхождение хромосом, полиплоидные клетки. Спонтанный уровень хромосомных нарушений до влияния на ЛПК митомицином С в основной группе составил 5,11 %, что в 2,7 раза превышало уровень аналогичных нарушений в контрольной группе (1,8 %, $p < 0,001$). После воздействия модельным мутагеном на ЛПК значительно увеличился уровень ХА в обеих группах: в опытной группе – более чем в 3 раза и составил 16,60 % (в большей степени за счет одиночных фрагментов и мультиабберрантных клеток); в контрольной – в 5 раз (15,57 %), за счет увеличения одиночных и парных фрагментов и мультиабберрантных клеток.

Выводы: Таким образом, определено значимое увеличение частоты спонтанных хромосомных нарушений у детей, больных ЮРА, по сравнению со

здоровыми детьми. Кроме того, установлено увеличение индуцированного мутагенеза в ЛПК как у детей, больных ЮРА, так и у здоровых сверстников.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ ПОЛИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТУР ПО ПОВОДУ ДГПЖ

Меленевский А.Д.,² Лысенко В.В.,¹ Меленевский Д.А.,² Ходос В.М.,² Чайка А.М.¹

¹Университетская клиника ОНМедУ

²урологическое. отд. ГБ № 10, г. Одесса

Актуальность проблемы. Трансректальная полифокальная биопсия простаты (ТПБП) – распространенное малоинвазивное исследование. У 37% больных с непальпируемыми опухолями имеется рак простаты, пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) после этого нередко выполняется трансуретральная резекция простаты (ТУРП).

Цель работы. Изучить влияние ТПБП на течение послеоперационного периода после ТУРП.

Материалы и методы. С 2010 по 2013 гг в Университетской клинике ОНМедУ и урологическом отделении ГБ № 10 г.Одессы отобрано 20 больных, подвергшихся ТУРП в среднем через 10 суток после ТПБП. Возраст больных 67 ± 8 лет, объем простаты 56 ± 5 см³. Группу сравнения составили 20 пациентов после ТУРП: возраст 69 ± 6 лет, объем простаты 58 ± 7 см³ (p > 0,1).

Результаты. Сравнительный анализ представлен в таблице.

| показатели группы сравнения | Продолжительно- сть макрогематури- я(часы) | Сроки катетеризации (часы) | повторная катетеризация | бактериурия | Субфебрилитет |
|-----------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------|-------------|---------------|
| Пациенты после ТПБП и ТУРП | 98,5 ±14,3 | 230,4 ±11,6 | 26% | 20% | 30% |
| Пациенты после ТУРП | 67,2 ±16 | 156 ±13,8 | 8% | 4% | 6% |
| Статистическая достоверность | p = 0,04 | p = 0,01 | p<0,005 | p<0,005 | p<0,005 |

Выводы. ТПБП влияет на течение раннего послеоперационного периода после ТУРП, что проявляется более продолжительными макрогематурией и сроками катетеризации, большим риском инфекционных осложнений.

Больным, подвергшимся ТПБП необходим более тщательный гемостаз во время ТУРП и более активная профилактика инфекционных осложнений.

**ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА
СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ХВОРИХ НА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ**

Микичак М. З., Загородний М. І.

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

Частота виявлення гіперурикемії (ГУ) зростає протягом останніх років і у світі становить 5-12%. В Україні ГУ зустрічається у 15-20% населення та часто (у 40-50%) виявляється у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ). Численні епідеміологічні дослідження виявили зв'язок між підвищеним рівнем сечової кислоти (СК) та серцево-судинним ризиком у загальній популяції та у пацієнтів з ГХ. Тривалий вплив високого артеріального тиску, а також підвищеного рівня СК зумовлює необоротну перебудову структурних елементів судин та постійне погіршення вазодилатації у цієї категорії пацієнтів.

Мета. Вивчити особливості ендотеліальної дисфункції (ЕД) та її вплив на структурно-функціональний стан міокарда у хворих на ГХ із ГУ.

Матеріали і методи. На базі Республіканської клінічної лікарні МОЗ України обстежено 52 пацієнтів загально-клінічними методами з проведенням ехокардіографії, доплерографії, визначенням ЕД методом Целермаєра-Соресе-на. Хворих розподілено на дослідну (n= 25) та контрольну (n=27) групи за наявністю ГУ.

Результати. Аналіз отриманих даних показав, що середні значення ЕД були нижчими у I групі (4,1 [-2,1; 22] %), ніж у II (8,6 [4,2; 14,9] %), а висхідний діаметр плечової артерії у двох групах практично не відрізнявся (I група – 0,45 [0,43;0,49], II група – 0,46 [0,42; 0,55] см). Цікавим також є те, що у I групі спостерігалася патологічна вазоконстрикція – у 11,1 % пацієнтів. При поділі групи пацієнтів з ГУ на дві підгрупи (з ЕД та без ЕД), та оцінці параметрів за критерієм Манн-Уїтні, виявлено достовірно вищі параметри гіпертрофії лівого шлуночка та діастолічної дисфункції при наявності ЕД. Так, при ЕД значення міжшлуночкової перегородки (МШП) становили 1,39 [1,23;1,54] см, товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) 1,37 [1,2;1,45] см, маса міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) 268,82 [218; 288,9] г, час децелерації (ДТ) 140 [120;160] мс. Без ЕД – значення МШП становили 1,21 [1,12;1,27] см, ТЗСЛШ 1,04 [0,94;1,2] см, ММЛШ 189,58 [148,71; 230,44] г, ДТ 185 [160; 210] мс, (p<0,05).

Висновки. У даному дослідженні підтверджено закономірність до наростання гіпертрофії лівого шлуночка та погіршення діастолічної функції у хворих на ГХ у поєднанні з ГУ. У групі пацієнтів з ГХ та ГУ виявлено вищий ступінь ЕД, що у свою чергу зумовлює підвищений ризик серцево-судинних подій у пацієнтів з ГХ у поєднанні з ГУ.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА A1166C НА ТКАНЕВУЮ ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРА АНГИОТЕНЗИНА II ПЕРВОГО ТИПА

Михайличенко Е.С., Гнилорыбов А.М., Родин Ю.В., Тополов П.А., Кошик Е.А., Трубникова Н.Н., Джоджуа Р.А.

*Национальный медицинский университет им.М.Горького, г. Донецк
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака
НАМН Украины», г. Донецк*

Введение: В экспериментах *in vitro* продемонстрировано увеличение плотности рецептора ангиотензина II первого типа (AT1R) в гладкомышечных клетках сосудов (ГМКС) в присутствии С-аллеля полиморфизма A1166C в результате его взаимодействия с микро-РНК-155.

Цель: изучить экспрессию AT1R в ГМКС и выявить зависимость ее уровня с различными генотипами полиморфизма AT1R/A1166C у пациентов с мультифокальным атеросклерозом.

Материалы и методы: исследовано 16 резецированных артерий пациентов с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, полученных во время реконструктивных операций, составивших 1-ю группу, и 14 интактных маммарных артерий, взятых в ходе операций аортокоронарного шунтирования у пациентов с многосудистым поражением коронарного русла, составивших 2-ю группу. AT1R в ГМКС определяли иммуногистохимически со специфическими поликлональными антителами к AT1R. Экспрессию AT1R оценивали полуколичественно согласно 3-х уровневой шкале: «-», отрицательный; «+», очаговая/слабая экспрессия; «++», диффузная/сильная экспрессия (>50% позитивных клеток). Генотипирование гена AT1R проводили методом полимеразной цепной реакции.

Результаты: В 1-й группе в 8 артериях (50,0%) наблюдалась слабая экспрессия AT1R, в 7 артериях – выраженная (43,75%), в 1 случае (6,25%) экспрессия AT1R отсутствовала. В 2-й группе слабая экспрессия AT1R наблюдалась в 7 случаях (50%), сильная - в 7 других случаях (50%). Распределение генотипов полиморфизма AT1R/A1166C: AA у 50% (n=8) и AC у 50% (n=8) пациентов 1-й группы, AA у 64,3% (n=9) и AC у 35,7% (n=5) пациентов во 2-й группе. Генотип CC не был выявлен ни в одном случае. Между уровнями экспрессии AT1R и распределением генотипов AT1R/A1166C в 1-й и во 2-й группе не было найдено достоверных различий ($p>0,05$). В обеих группах уровни экспрессии AT1R не были ассоциированы ни с генотипом AA, ни с генотипом AC AT1R/A1166C.

Выводы: Экспрессия AT1R неоднородна среди пациентов с мультифокальным атеросклерозом и не зависит от генотипа AT1R/A1166C. Плотность AT1R в интактных артериях не отличается от таковой в артериях, пораженных атеросклерозом. У ряда пациентов отсутствует экспрессия AT1R в ГМК артерий, что ставит под сомнение ведущую роль PAC в патогенезе ремоделирования сосудов в некоторых случаях.

ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Михайлова Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования - определить эффект кверцетина на показатели функционального состояния почек (креатинин, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), цистатин С, β_2 -микроглобулин (β_2 -МГ)) и неспецифического воспаления (фактор некроза опухоли - α (ФНО- α), трансформирующий фактор роста - β_1 (ТФР - β_1)) при лечении пациентов с ХСН и ХСН в сочетании с ХБП.

Обследовано 103 пациента с ХСН ишемического генеза ($66,8 \pm 9,8$ лет). 1-ю группу составили 58 пациентов с «изолированной» ХСН, 2-ю - 45 пациентов с ХСН и сопутствующей ХБП. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Терапия ХСН проводилась в соответствии со стандартами лечения. Среди пациентов с «изолированной» ХСН лечение кверцетином проводилось у 35 больных (I подгруппа), без кверцетина - у 23 больных (II подгруппа); в группе ХСН в сочетании с ХБП - у 22 (III подгруппа), и 23 больных (IV подгруппа), соответственно. Уровень креатинина сыворотки крови определяли методом Яффе, содержание ФНО- α , цистатина С, ТФР- β_1 , β_2 - МГ в моче - иммуноферментным методом, СКФ - по формуле MDRD.

Определялось достоверное снижение уровней креатинина и повышение СКФ во всех подгруппах. У больных с «изолированной» ХСН в I подгруппе происходило понижение уровней цистатина С на 26,6% ($p < 0,01$), β_2 - МГ - на 32,3% ($p < 0,01$), ТФР- β_1 - на 34,8% ($p < 0,01$), ФНО- α на 29,8% ($p < 0,01$), во II подгруппе соответствующие показатели уменьшились на 17,7% ($p < 0,05$), 20,4% ($p < 0,05$), 26,4% ($p < 0,01$) и 19,1% ($p < 0,05$), соответственно. У пациентов с ХСН и сопутствующей ХБП в III подгруппе уровни цистатина С понижались на 19,7% ($p < 0,01$), β_2 -МГ - на 20,8% ($p < 0,05$), ФНО- α на 27,7% ($p < 0,01$), ТФР- β_1 - на 35,1% ($p < 0,01$). В IV подгруппе соответствующие показатели уменьшились на 10,7% ($p < 0,05$), 12,5% ($p < 0,05$), 18,6% ($p < 0,05$), 24,2% ($p < 0,01$).

Дополнение кверцетином стандартной терапии ХСН и ХСН в сочетании с ХБП сопровождается дополнительным иммуномодулирующим и нефропротекторным эффектами. Это реализуется в улучшении функциональной активности почек при лечении кардиоренального синдрома II типа.

РОЛЬ ПРОБИОТИКІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Мишанич Т.В., Архій Е.Й.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета: Визначити динаміку дисбіозу товстої кишки на тлі комплексної терапії із застосуванням пробіотиків у хворих на хронічний панкреатит (ХП) з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали і методи: Для виконання поставленої мети нами були відібрано 40 хворих ХП з ІХС: 20 пацієнтів ХП, які додатково до стандартного лікування приймали пробіотик (I група), і 20 - ХП з ІХС, які приймали пробіотик в поєд-

нанні з пробіотиком (II група). Одночасно зі стандартним обстеженням цим пацієнтам проводилося копрологічне дослідження і вивчення мікробіоценозу товстого кишечника за групами до і після лікування.

Обговорення результатів: У хворих з ХП та ІХС спостерігаються виражені зміни кількісного та якісного складу мікробіоценозу товстого кишечника: зниження загальної кількості *E.coli* у 48 (80%) хворих, а також поява *E.coli* із зміненими ферментативними властивостями: виділяли біовари зі слабоферментативними в 51 (85%) хворих і гемолітичними властивостями у 11 (18,3%) хворих. У 49 (81,6%) висіяна умовно-патогенна мікрофлора: *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter freundii*. Зміни анаеробної флори характеризувалися зниженням рівня біфідобактерій у 100% хворих на ХП з ІХС, також у всіх обстежених пацієнтів виявлено зниження рівня лактобактерій нижче 10^6 . У 3 (5%) хворих висіяні гриби роду *Candida spp.* в титрі 10^3 і у 2 (3,3%) - *Staphylococcus aureus* в титрі 10^3 . У II групі динаміка змін кількісного та якісного складу товстої кишки була більш позитивною в порівнянні з I групою: після лікування не висіяли коагулопозитивний стафілокок і гриби роду *Candida spp.* в II групі, тоді як в I групі гриби залишилися в 3% хворих. У всіх пацієнтів II групи спостерігалось підвищення рівня лактобактерій і біфідобактерій, у I групі: до 80% та 84% відповідно. Рівні гемолітичних кишкових паличок і умовно-патогенних ентеробактерій істотно знизилися до 5-11% відповідно в II групі, тоді як в I групі ці показники знизились до 3 і 2% відповідно.

Висновки: У хворих ХП із ІХС спостерігається виражене порушення кількісного та якісного складу мікробіоценозу товстого кишечника. Комплексна терапія з використанням пребіотиків і пробіотиків є ефективним методом нормалізації дисбіозу товстого кишечника у хворих ХП із ІХС.

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ **Мишенина Е.В.**

ГУ «ИОНХ им. В.Т.Зайцева НАМН Украины», г. Харьков

Цель: изучить эффективность тромболитической терапии (ТЛТ) у больных с острым тромбозом глубоких вен (ТГВ), осложненным тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы: за период с 2011-2013 г.г. тромболитическую терапию применили у 15 больных с ТГВ нижних конечностей и таза в сочетании с ТЭЛА, в сроки от 1 до 10 суток от момента заболевания. При ангиопульмонографии у 3 (20%) пациентов был подтвержден диагноз массивной ТЭЛА. Во время ЭхоКГ у 12 (80%) больных выявлены выраженные признаки перегрузки правых отделов сердца и легочной гипертензии, в т.ч. при немассивной ТЭЛА. Диагноз проксимального ТГВ нижних конечностей был установлен на основании данных ультразвуковой флебографии (УЗФГ). Всем пациентам проведена тромболитическая терапия, при этом у 10 (67%) использованы препараты стрептокиназы, а у 5 (33%) - актелизе. При выявлении массивной ТЭЛА применялся ускоренный режим, а при субмассивной ТЭЛА – стандартный режим введения тромболитических препаратов.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов с ТГВ и ТЭЛА был отмечен положительный клинический результат ТЛТ. Нормализация гемодинамики в малом круге кровообращения в результате лизисов тромбов наблюдалась у 14 (93,3%). Данные контрольной УЗФГ свидетельствуют о полном (у 60%) или частичном (у 40%) восстановлении проходимости тромбированных венозных сосудов. Клинически значимых геморрагических осложнений и летальных исходов не было. После окончания ТЛТ больные получали клексан, ксарелто, антиагреганты, компрессионную терапию. В отдаленном периоде рецидивы ТГВ и ТЭЛА зафиксированы не были.

Выводы. Тромболитическая терапия является эффективным методом лечения у больных с острым венозным тромбозом, осложненным ТЭЛА. Тромболитис позволяет восстановить проходимость ветвей легочной артерии и устранить препятствие кровотоку в глубоких венах нижних конечностей.

МАРКЕРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖІРНІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ТА СТАТІ

Молодан Д.В.

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: з'ясувати наявність та характер факторів ризику виникнення кардіоваскулярної патології у осіб хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з абдомінальним ожирінням (АО) в залежності від рівня сечової кислоти (СК) та статі.

Матеріали та методи. Було обстежено 75 пацієнтів, що мали прояви вперше діагностованої ГХ I-II стадії, 1 та 2 ступенів у поєднанні з ожирінням 1-2 ступеню. Контрольну групу склали 20 практично здорові особи. Середній вік обстежених був 54 ± 4 роки. В обстеження не включалися хворі, що приймали тіазидні діуретики та зловживали алкоголем. Всім обстеженим проводили загальноприйняті методи обстеження. З метою оцінки функціонального стану ендотелію досліджувалась ендотелій- залежна вазодилатація (ЕЗВД) за допомогою ультразвукової - манжеткової проби з реактивною гіперемією плечової артерії. Для встановлення наявності АО розраховувався індекс талія/стегно. Статистичний аналіз проводили з використанням методів непараметричної статистики.

Отримані результати. Для жінок, що мали ГХ у поєднанні з АО були характерні загалом нижчі рівні СК ($267,6 \pm 25,8$ мкмоль/л) проти $342,6 \pm 37,8$ мкмоль/л у чоловіків. Одночасно в групі жінок, що мали ГХ, ОА та безсимптомну гіперурикемію (СК > 360 мкмоль/л) спостерігали достовірно гірші показники ЕЗВД (4,7% проти 6,3%, $P < 0,05$) у порівнянні з чоловіками, що мали ГУ (СК > 420 мкмоль/л). Також звертає на себе увагу наявність у них більш несприятливого ліпідного профілю, ніж у чоловіків з ГУ, що проявляється більшим коефіцієнтом атерогенності.

Висновки. Для хворих на ГХ у поєднанні з АО жіночої статі при наявності безсимптомної гіперурикемії характерні більш прогностично несприятливі зміни ліпідного профілю та показників функціонального стану ендотелію-ЕЗВД та більш виражені атеросклеротичні зміни сонних артерій про що свідчать показники ТІМ.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ Москалюк О.П., Шкварковський І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Пахвинні грижі займають вагоме місце в структурі захворювань населення, складаючи до 80% всіх видів гриж живота. Застосування алотрансплантатів та сучасних методів герніопластики дозволило зменшити кількість рецидивів гриж до 3-14%.

Метою дослідження стало вивчення ефективності способу алопластики пахвинних гриж, що передбачає розмежування імплантата й сім'яного канатика. Матеріал і методи. На базі хірургічного відділення №1 лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці прооперовано 57 хворих за запропонованою методикою (патент України на корисну модель № 60210) – основна група. Контрольну групу склали 44 хворих, прооперованих за методом I.L. Lichtenstein.

Результати дослідження. Відновлення базової активності та працездатності в контрольній групі склали $4,48 \pm 1,75$ діб та $26,21 \pm 3,94$ діб відповідно. Дані показники були порівняно меншими в основній групі і склали $3,12 \pm 1,21$ діб та $22,21 \pm 3,54$ діб відповідно. Серед ускладнень післяопераційного періоду в контрольній групі відмічено: сероми у 4 (9,08%) випадках, у 2 (4,54%) – гематоми, ще в 6 (13,62%) випадках спостерігали інфільтрат післяопераційної рани. У 5 (11,35%) випадках хворі відмічали наявність парестезій, а відчуття стороннього тіла відмічалось у 6 (13,62%) хворих. Рецидив грижі виник в 2 (4,54%) хворих. Ускладнень в осіб основної групи не було. Післяопераційний ліжко-день становив $2,90 \pm 0,66$ діб в основній та $5,84 \pm 1,12$ діб – в контрольній групі. Доплерографічне дослідження кровотоку по тестикулярних артеріях до операції показало, що збережений кровотік мав місце у 41 (71,92%) хворих основної групи, та у 32 (72,72%) – групи контролю. Через 3 місяці після операції в основній групі збережений кровотік спостерігався у 48 (84,21%) хворих. Натомість в групі контролю даний показник погіршувався і становив – 30 (68,18%) хворих. Об'єм яєчка на ураженій стороні до операції становив $18,51 \pm 0,36$ см³ в контрольній та $18,21 \pm 0,29$ см³ – в основній групі. Через 3 місяці після операції об'єм яєчка в хворих контрольної групи становив $18,41 \pm 0,28$ см³. Даний показник був достовірно вищим в осіб основної групи і становив – $20,81 \pm 0,38$ см³ ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, відсутність контакту імплантанта з елементами сім'яного канатика зменшує вплив запальних реакцій на структури пахвинного каналу та репродуктивні органи, що прискорює реабілітацію пацієнтів, позитивно впливає на кровообіг в яєчку.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Мохначёв А.В.

*Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская
медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

Проблема кардиоваскулярного риска у пациентов с гиперурикемией и ожирением является необычайно актуальной. В последние годы достаточно активно изучается проблема метаболического синдрома, который являет-

ся комплексом метаболических, гормональных и клинических нарушений, наиболее характерными проявлениями которого являются сахарный диабет 2 типа, нарушение толерантности к глюкозе или инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена и абдоминальное ожирение. Известно, что частота нарушений пуринового обмена регистрируется у 2-12% населения, на Украине этот показатель равен 6,7%. В свою очередь, по данным официальной статистики количество больных артериальной гипертензией превысило цифру в 11 млн. и неуклонно увеличивается.

Всё вышеперечисленное подталкивает врача к поиску альтернативных методов лечения. Одним из таких методов является применение модифицированной диеты в процессе лечения коморбидных состояний.

Целью нашего исследования была оптимизация лечебного процесса коморбидных состояний с помощью применения модифицированных вариантов диетотерапии.

В клиническое исследование были включены 60 пациентов, с диагнозом ишемическая болезнь сердца, нестабильная прогрессирующая стенокардия в сочетании с гипертонической болезнью сердца, ожирением и гиперурикемией. Возраст больных от 55 до 70.

Пациенты были разделены на группы по 20 человек в зависимости от особенностей диетотерапии, которая использовалась параллельно со стандартной терапией. 1-ая группа придерживалась стандартной диетотерапии, 2-ая соблюдала диету на базе средиземноморской, 3-ья – специальную, модифицированную диету, учитывающую индивидуальные особенности, а также традиции питания пациентов.

Оценка эффективности проводилась через 1, 6, 12 и 24 месяца по результатам биохимических исследований крови, объективного состояния пациента, а также определения уровня стресса.

Улучшение состояния во время лечения и в течение месяца после выписки отмечалось во всех группах пациентов. Статистически достоверные преимущества средиземноморской и модифицированной диет перед стандартной были отмечены спустя 6 месяцев обследования, за счёт снижения частоты болевых эпизодов, уровня стресса и биохимических показателей крови.

Таким образом, полученные результаты доказывают эффективность и целесообразность применения модифицированных вариантов диетотерапии у пациентов с коморбидными состояниями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛЯРИЗОВАННОГО СВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКОЙ С ЦЕЛЬЮ КОРРЕКЦИИ СОДЕРЖАНИЯ АРГИНИНА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Огурцов А.С., Прасол А.С., Абдыев А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Применение несъемной ортодонтической техники (НОТ) приводит к нарушению гомеостаза ротовой полости, а также к нарушению синтеза оксида азота – одной из основных функций эндотелия. Использование поляризованного света способствует восстановлению активности белковых компонентов плазмы крови за счет прямого дополнительного притока энергии.

Это имеет значение для нормализации метаболических процессов. Одним из ключевых компонентов в процессах азотистого обмена является аргинин — условно-незаменимая аминокислота, которая служит маркером эндотелиальной дисфункции тканей пародонта в ротовой жидкости.

Целью нашего исследования было изучить влияние поляризованного света на уровень аргинина в ротовой жидкости пациентов с НОТ.

Материалы и методы: исследование проведено у 30 ортодонтических пациентов, которым определяли уровень аргинина в ротовой жидкости до лечения, на 1-е, 10-е, 14-е сутки и через 6 месяцев фиксации НОТ. Больные были разделены на 2 клинические группы: 1-я группа (n=15) – пациенты без клинических признаков осложнений со стороны тканей пародонта, которым дополнительно к традиционному лечению был использован поляризованный свет (лампа Биофотрон); 2-я группа (n=15) – пациенты без клинических признаков осложнений со стороны тканей пародонта, которым проводилось традиционное лечение при наличии этой патологии.

Результаты. Уровень аргинина в ротовой жидкости пациентов 2-х исследуемых групп до лечения достоверно не отличается ($p < 0,05$). На 1-е сутки фиксации НОТ содержание аргинина увеличивается, но достоверной разницы между клиническими группами больных нет. На 10-е, 14-е сутки и через 6 месяцев фиксации НОТ уровень аргинина в ротовой жидкости пациентов 1-й группы достоверно ниже, чем у пациентов 2-й группы. Содержание аргинина в ротовой жидкости пациентов 1-й клинической группы через 6 месяцев фиксации НОТ равно $9,03 \pm 0,44$ моль/л, что на 0,17 и 1,68 моль/л меньше, чем до лечения и на 1-е сутки фиксации НОТ соответственно; у пациентов 2-й группы – $10,25 \pm 0,43$ моль/л, что на 1,01 моль/л больше, чем до лечения, и на 0,11 моль/л меньше, чем на 1-е сутки фиксации НОТ.

Выводы. У пациентов после фиксации НОТ происходит повышение уровня аргинина в ротовой жидкости. При использовании поляризованного света содержание аргинина снижается, что свидетельствует о положительном результате лечения эндотелиальной дисфункции тканей пародонта. Однако, большой интерес представляет также определение уровня и других маркеров эндотелиальной дисфункции тканей пародонта.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА

Олейник М.А.

Харьковский национальный медицинский университет

В последнее время активно обсуждается проблема коморбидности, и не мало внимания уделяется сочетанию остеоартроза (ОА), как одного из самых частых заболеваний опорно-двигательного аппарата, с ожирением и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Цель исследования. Изучить характер влияния СД 2 типа и его сочетания с ожирением на клинические и функциональные проявления ОА.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 67 пациентов с ОА, возрастом от 50 до 63 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы, равные по полу и возрасту. В 1-ю группу были включены 18 пациентов, с кли-

нически выраженным и рентгенологически подтвержденным ОА коленных суставов, без СД 2 типа и ожирения. Средний возраст пациентов составлял $54,3 \pm 1,3$ лет. Во 2-ой группе было 20 больных ($55,5 \pm 1,5$ лет), у которых было сочетание ОА и СД 2 типа без ожирения. И в 3-ю группу были включены 29 пациентов с ОА коленных суставов, СД 2 типа и сопутствующим ожирением ($55,3 \pm 1,5$ лет). Обследование включало антропометрические измерения (рост, вес, определение ИМТ), изучение углеводного обмена (по стандартным методикам) всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование суставов, клинические проявления ОА оценивали с помощью теста Womac, визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в покое и при движении и индексом Лекена.

Результаты. Во 2-й группе по сравнению с первой отмечалось менее выраженный уровень суммарной боли по тесту Womac, по сравнению с 1-й группой, однако более выраженные проявления ОА во 2-ой группе были по индексу Лекена ($p < 0,05$), уровень скованности без существенных отличий. Рентгенологически отмечались более выраженные изменения суставных структур и субхондральной кости во второй группе (II(61%), III(39%) стадии по Kellgren), чем в первой (I (5%), II(67%), III(28%) стадии по Kellgren). В 3-й группе отмечались более выраженные рентгенологические изменения (II(54%), III(46%), усиление болевого синдрома по ВАШ в сравнении с 1-ой и 2-ой группами, а отличия по индексу Лекена, уровню суммарной боли (Womac) по сравнению с первой группой по всем показателям являлись высоко достоверными ($p < 0,001$).

Выводы. Анализ полученных результатов указывает, что наличие СД 2 типа усиливает выраженность рентгенологических изменений, способствует его прогрессированию, а наличие сопутствующего ожирения, оказывает негативное влияние не только на степень рентгенологических изменений, а и на тяжесть клинических проявлений и функциональную недостаточность суставов у больных с ОА.

ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК УШКОДЖЕНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА ТА СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Ольшанецька А.О.

Луганський державний медичний університет

Широка розповсюдженість захворювань пародонта, недостатні ефективність лікування та профілактики при значних витратах праці призводять до тривалого хронічного їх перебігу, передчасної втрати зубів, а також до появи різноманітних ускладнень в функціях травневої, серцево-судинної, нервової, ендокринної та інших систем організму. Захворювання пародонта також діагностуються на тлі тихзагальносоматичних захворювань, які мають з ними загальні етіологічні чинники та патогенетичні ланки, це у свою чергу, порушує психоемоційну сферу людини, знижує резистентність організму до дії інфекційних та інших факторів, призводить до сенсibiliзації та алергізації організму хворого. Тому проблема захворювань пародонта носить загально-медичний та соціальний характер. Особливої уваги у даному аспекті заслуговує розвиток фундаментальних біохімічних концепцій та їх застосування в

клінічних дослідженнях, так як це сприяє глибокому розумінню метаболічних трансформацій в організмі. Останнім часом набули глибокого розвитку дослідження, що спрямовані на розкриття первинних ланок патогенезу різноманітних захворювань, як з метою розробки біохімічних маркерів, що дозволяють виявити зміни вже на ранніх етапах розвитку патологічного процесу, так і з метою оцінки тяжкості хвороби та стану організму в процесі лікування (Никольская В.А., Меметова З.Н., 2011р.). Поряд з цим клінічна медицина накопичила численні свідчення на користь взаємного обваження різноманітних захворювань внутрішніх органів, що асоційовані з генералізованим пародонтитом (Симаненков В.И.,2003,Хацкевич Г.А., Соловьева А.М.,1998). Прикладом тому може слугувати доведений загальний патогенетичний шлях для запальних захворювань пародонту та синдрому полікістозних яєчників – ендотеліальнодисфункція. Цей генералізований процес, має своє обов'язкове відображення в кожній системі організму, але при цьому його діагностичні критерії мають різний ступінь визначення. Так основні критерії ендотеліальноїдисфункціїгіперхолістерінемія, гіпергомоцистеїнемія та збільшена рівня цитокінів є науково доведеним фактом для синдрому полікістозних яєчників. У той же час найбільш визначеним діагностичним критерієм, щодо ендотеліальноїдисфункції при гінгівіті є показники цитокінового профілю. Науково-практичну значущість при цьому становить можливість визначення найбільш ранніх критеріїв ураження пародонта на рівні ендотеліальноїдисфункції, які можливо діагностувати при обстеженні пацієнтів на синдром полікістозних яєчників та при збігу всіх діагностичних критеріїв порушень гемомікроциркуляції визначити особливу групу ризику, щодо захворювань пародонту.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З СУПУТНЬОЮ ГЕРХ

Опарін О. А., Руснак Г. В., Чонка В. Ю.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Ціль дослідження: вивчити особливості клінічної картини і якість життя у хворих на хронічну хворобу нирок з супутньою гастроєзофагеально рефлексною хворобою

Матеріали і методи:

для проведення обстеження нами було взято дві групи хворих, що страждають на хронічну хворобу нирок(ХХН). Першу групу склали 15 пацієнтів з ХХН, другу – 14 пацієнтів з ХХН та супутньою гастроєзофагеально рефлексною хворобою(ГЕРХ). Контрольну групу склали 15 чоловік практично здорових, того ж віку і статі. Про стан психосоматичного статусу і якості життя здійснювали за допомогою анкет Спілберга – Халпі та індивідуальної анкети Бехтиревського і анкет якості життя по ВООЗ і SF -45 . Про функціональний стан нирок оцінювали по рівню креатеніну в сироватці крові та швидкості клубочкової фільтрації.

Результати обстеження

При проведенні даного дослідження було встановлено, що у хворих на ХХН відмічаються виражені психосоматичні відхилення. При цьому на перший

план виступили відчуття тривоги, депресії та фобії. Водночас у пацієнтів, що хворіють на ХХН з супутньою ГЕРХ спостерігається переважання підвищення показників реактивної тривоги. Разом з цим при дослідженні показників якості життя було відмічено, що у хворих на ХХН з супутньою ГЕРХ спостерігається прямий зв'язок між ступенем їх зниження і показниками функціональної здатності нирок. На сьогоднішній день достовірно слід відмітити, що у хворих на ХХН з супутньою ГЕРХ більше виражені показники анемічного синдрому, що страждають на ХХН без супутньої патології.

Висновки

При ХХН з супутнім ГЕРХ спостерігається достовірне зниження показників якості життя, що знаходиться у тісному взаємозв'язку і взаємозалежності від функціональної здатності нирок і ступенем вираженості анемічного синдрому.

ОСОБЛИВОСТІ ГАЗООБМІНУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

Опімах С.Г.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної Академії медичних наук України", м. Київ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найбільш важливих медико-соціальних проблем як в Україні, так і в світі. Її актуальність обумовлена високими показниками розповсюженості, інвалідизації, смертності та постійно зростаючими економічними збитками. Порушення газообміну є складовою частиною патофізіології ХОЗЛ і в сумі призводять до гіпоксемії та гіперкапнії з розвитком такого ускладнення ХОЗЛ як легенева недостатність.

Мета дослідження: покращити діагностику порушень газообміну у хворих на ХОЗЛ за допомогою використання методики капнометрії.

Завдання: Вивчити параметри поглинання кисню (O_2) та продукції вуглекислого газу (CO_2) у хворих на ХОЗЛ в залежності від стадії захворювання.

Матеріали і методи дослідження. В дослідженні прийняли участь 100 хворих на ХОЗЛ (30 хворих – з II, 45 хворих – з III та 25 хворих – з IV стадією ХОЗЛ). Газоаналіз щодо вмісту O_2 та CO_2 у повітрі, що видихує пацієнт, проводився на комплекті для дослідження кардіореспіраторної системи «Охусоп Про» фірми «Cardinal Health» (Німеччина). Оцінювались такі показники: поглинання кисню, мл за хвилину ($V\dot{V}DO_2$) «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

В останні роки брак знань про особливості перебігу радіогенних хромосомних пошкоджень зумовлює необхідність вивчення ефектів гострого опромінення у діапазоні терапевтичних доз. Таким чином **метою** дослідження було оцінити ступінь прояву цитогенетичних ефектів на різних етапах променевої терапії (ПТ).

Матеріали та методи: Рівень аберацій хроматидного типу вивчали за допомогою класичного цитогенетичного аналізу у лімфоцитах периферичної крові 7 хворих на недрібноклітинний рак легень до проведення першого сеансу терапевтичного локального фракціонованого ^{60}Co гамма-опромінення, в середині циклу опромінення та наприкінці, по отриманні пацієнтами повної

терапевтичної дози (усього 21 точка дослідження). Дані, отримані на різних строках ПТ, порівнювали між собою та з результатами аналізу у групі лабораторного контролю.

Результати дослідження: Під час обстеження було виявлено, що до початку ПТ сумарна частота аберацій хроматидного типу та частота хроматидних фрагментів вірогідно перевищували спонтанний рівень у 5 разів та дорівнювали, відповідно, $3,94 \pm 0,71$ і $3,55 \pm 0,67$. Під час променевого лікування серед аберацій хроматидного типу спостерігали вірогідне збільшення рівня хроматидних фрагментів. При чому за рахунок підвищеного рівня цього показника до лікування, різниця з серединою ПТ була невірогідною, а наприкінці ПТ спостерігали вірогідне збільшення рівня хроматидних фрагментів у 3 рази у порівнянні із серединою курсу та у понад 4,5 рази у співставленні з результатами перед лікуванням ($t = 5,02$ та $t = 7,48$; $p < 0,001$, відповідно). Частота хроматидних обмінів до початку ПТ була дещо вище за контрольне значення, але різниця була невірогідною. В ході ПТ середній рівень хроматидних обмінів не змінювався та не відрізнявся від значення до початку лікування.

Висновки: Причини підвищених рівнів не радіаційно-специфічних хроматидних фрагментів у хворих на рак легенів як до початку, так і під час променевої терапії, потребують подальшого вивчення. Загалом дослідження цитогенетичного статусу онкопациєнтів *in vivo* під час променевого лікування буде мати практичне значення та розширить поточні уявлення в галузі фундаментальної радіобіології та радіобіологічних основ ПТ про наслідки радіаційного впливу на пацієнтів.

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ У МЕТАЛУРГІВ

Орехова О.В.

*Український науково-дослідний інститут промислової медицини,
м. Київ*

Поширеність хвороб органів кровообігу у робітників металургійних виробництв перевищує загальнопопуляційні рівні, а також і аналогічні показники серед робітників інших галузей промисловості. Дослідження професійного ризику виникнення хвороб органів кровообігу в умовах виробництва – нагальна проблема сьогодення, що базується на прогнозуванні та попередженні несприятливих наслідків професійної діяльності людини для здоров'я.

Метою дослідження було встановити ризик розвитку хвороб органів кровообігу у робітників сучасного металургійного виробництва. Використовувались гігієнічні, епідеміологічні, математико-статистичні методи.

Результати дослідження. На основі проведеного комплексного вивчення показників здоров'я, аналізу первинної захворюваності органів кровообігу за результатами періодичних медичних оглядів епідеміологічне дослідження розповсюдженості артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця та захворюваності з тимчасовою втратою працездатності визначено груповий професійний ризик серцево-судинних захворювань (ГХ, ІХС) у робітників гарячих цехів сучасного металургійного виробництва.

За результатами періодичних медичних оглядів ступінь зв'язку ГХ з умовами праці показує, що має місце дуже висока обумовленість ризику роз-

виту даної патології (RR= 3,6 – 3,91; EF 72,1 – 74,4 % та RR=3,66 – 6,10; EF 72,7 – 83,6 % відповідно). В залежності від віку працюючих найбільший ризик АГ у віковій групі 30-39 років та 50 і більше років (RR=1,8 та 1,82; EF 44 та 45 % відповідно), що характеризує зв'язок розвитку АГ з умовами праці як середній. Ступінь зв'язку ГХ з умовами праці характеризується як високий при стажі до 5 років (RR=2,29; EF 56 %). та при стажі роботи 15-19 років (RR=2,44; EF 59 %). При стажі роботи 5-9 років зв'язок з умовами праці середній (RR=1,64, EF=39 %). Ступінь зв'язку ІХ з умовами праці при стажі роботи 10-14 років характеризується як високий (RR=2,84; EF 64,8 %). При стажі роботи 15-19 років ступінь зв'язку з умовами праці середній (RR=1,71; EF 41,5 %).

По результатам дослідження запропонована комплексна система профілактики хвороб органів кровообігу та зниження ризиків їх виникнення та прогнозування безпечного терміну роботи буде сприяти зниженню рівня хвороб системи кровообігу, продовженню працездатності, своєчасному проведенню лікувально-профілактичних заходів працівникам, які їх потребують.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЛАНУВАЛЬНИХ РІШЕНЬ ІСНУЮЧИХ ТА ЗАПРОЕКТОВАНИХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Павленко Н.П.

*ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України»,
м. Київ*

Метою наукового дослідження було проведення гігієнічної оцінки загальноосвітніх закладів в період будівництва з 1960-1990 років за типовими проектами та сучасних закладів, що в більшості проєктуються за індивідуальними проектами.

Об'єктами дослідження були 10 існуючих шкіл та 10 шкіл, що проєктуються. Були використані методи дослідження: експертно-аналітичні, аналітичні та гігієнічного обґрунтування рекомендацій.

За результатами гігієнічної оцінки умов розміщення навчальних закладів в межах житлових кварталів були виявлені деякі несприятливі чинники навколишнього середовища, що погіршували стан повітря навчальних приміщень, шумовий режим, умови природного освітлення та інсоляції цих приміщень та шкільних майданчиків, оскільки більшість з них були наближені до проїжджої частини вулиці.

Загальноосвітні заклади за містобудівною класифікацією є закладами повсякденного обслуговування населення. За санітарним законодавством вони є закладами високого епідемічного ризику за критеріями санепідблагополуччя.

В умовах інтенсивного ущільнення житлової забудови розміщення цих закладів та обов'язкових функціональних зон (спортивні та ігрові майданчики та ін.) здійснюється на вкрай малих площах земельних ділянок. За умов такого гострого дефіциту земельних ділянок проєктування навчальних закладів здійснюється лише за індивідуальними проектами на відміну від проєктування 1960-1990 років, коли школи проєктувались за типовими проектами. При цьому погіршується забезпечення основних гігієнічних показників при-

родної освітленості та інсоляції, як навчальних приміщень, так і на території школи.

Проектування навчальних закладів лише за індивідуальними проектами призводить до використання найгірших архітектурних форм та конструктивних рішень, що погіршує гігієнічні умови перебування учнів, як в будівлі, так і на території школи.

Таким чином, за гігієнічною оцінкою запроєктованих сучасних загальноосвітніх закладів був виявлений цілий ряд недоліків, що свідчить про необхідність більш суворого контролю за проектними організаціями та окремими проектантами, які виконують розробку даних проектів будівництва.

ВИЗНАЧЕННЯ ДОПУСТИМОГО ІНДИВІДУАЛЬНОГО СТАЖУ РОБОТИ В УМОВАХ СУЧАСНОГО МЕТАЛУРГІЙНОГО ВИРОБНИЦТВА

Павленко О. І.

*Український науково-дослідний інститут промислової медицини,
м. Кривий Ріг*

На сьогоднішній день до програми профілактичних заходів, спрямованих на зниження рівнів професійної пилової патології легень, необхідно впроваджувати нову систему керування ризиками, однією зі складових якої є «захист часом» або «безпечні» терміни роботи у шкідливих умовах.

Метою досліджень було розрахувати та обґрунтувати допустимий індивідуальний стаж роботи (період латентного розвитку професійної пилової патології) в умовах комбінованого впливу пилу переважно фіброгенної дії, нагріваючого мікроклімату, важкості праці у працівників сучасного металургійного виробництва.

Матеріали та методи. Для розрахунку допустимого індивідуального стажу (добровільного прийняттого ризику) нами запропоновано формулу з коефіцієнтами умов праці за показниками запиленості повітря робочої зони, мікроклімату, важкості праці та коефіцієнту, що враховує технологічні особливості професії, очікуваної тривалості життя чоловіків в Україні при народженні, коефіцієнту якості життя, що показує здорову частку життя працівника, віку працівника на момент дослідження та середньої концентрації пилу на робочому місці.

Отримані результати. Достовірність наведеної нами формули для розрахунку допустимого індивідуального стажу була оцінена на основі епідеміологічних досліджень на працівниках сучасного металургійного підприємства. Прикладом цієї оцінки може слугувати добровільний індивідуальний стаж для машиніста шихтоподачі (працівник К.), який, за нашими розрахунками склав 13,4 роки. За даними епідеміологічних досліджень середній вік хворих в даній професії складає $54,6 \pm 2,6$ роки, а період часу від взяття на диспансерний облік до встановлення професійного захворювання $7,8 \pm 2,3$ роки, таким чином вік, коли ризик захворювання перевищує фоновий можна оцінити як $46,8 \pm 3,5$ роки, CI 95 % (39,8–53,8). Згідно наших розрахунків вік коли у працівника К. можуть початися проблеми зі здоров'ям буде 41,1 роки ($32,0 \pm 9,1$). Як видно з розрахунків цей термін знаходиться в межах довірчого інтервалу, що підтверджує достовірність оцінки за нашою формулою.

Висновки. Спосіб розрахунку безпечного стажу можна використовувати при

періодичних медичних оглядах працівників шкідливих професій, при оцінці етіологічної зумовленості в діагностиці профзахворювань, тощо.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФОУЗЛА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Палица В.Я., Жигулин А.В., Бондаренко В. В., Бернштейн Г.Б.,
Винницкая А.Б., Голуб Д.А., Винницкая Д.К., Приндюк С.И.,
Дмитренко О.А.**

Клиника ЛІСОД, г. Киев

Введение: При 1-2 стадии рака молочной железы (РМЖ) метастатическое поражение регионарных лимфоузлов обнаруживается лишь в 10% - 30% случаев (Schwartz, 2004). Концепция биопсии сторожевого лимфоузла (БСЛУ) революционно изменила тактику лечения РМЖ. Результаты многочисленных рандомизированных исследований (NSABP B-32, Almanac Trial, Amargos Trial, SNAC, NSABP B-27, ACOSOG Z0010, ACOSOG Z0011) доказали эффективность и безопасность данного метода в стадирование рака молочной железы 1-2 стадии, при клинически и радиологически не пораженных лимфоузлах. Сегодня БСЛУ - признана стандартом в лечении РМЖ (NCCN, ESMO, ASCO и др.).

Материалы и методы: Представлен опыт выполнения БСЛУ на базе Центра Современной Маммологии больницы ЛІСОД, с 2007 по 2013г. Все пациентки проходили процедуру междисциплинарного консилиума. Тактика лечения определялась согласно стандартам NCCN. Для выявления СЛУ использовалось 3 метода: лимфосцинтиграфия в 150 (80,64%) случаях, хромолимфография – в 8 (4,3%), комбинация обеих методик – 26 (13,97%). В 6 случаях БСЛУ проводилась как отдельная манипуляция, перед проведением неоадьювантной химиотерапии.

Результаты: За период с 2007 по 12.2013 гг. в клинике ЛІСОД выполнено 186 операций на молочной железе по поводу РМЖ с использованием метода БСЛУ. Мастэктомий - 39 (20,9%), лампэктомий - 147 (79,1%). Распределение пациенток, в зависимости от размера опухоли, составило: pTis - 13(6.9%), T1a – 12 (6.4%), T1b – 7(3.7%), T1c – 47 (25.2%), T2 – 87 (46.7%), T3 – 10 (5,37%), T4a – 1 (0,53%). Количество удаленных лимфоузлов у одного пациента составило в среднем 2,2 (1-6). Уровень идентификации составил 97,3%. В двух случаях, когда СЛУ не выявлялся, выполнялась лимфаденэктомия 1 (сэмплинг) или 1-2 уровня. Ложно - отрицательный (патгистологический) результат получен у 4 (2,68%) пациенток. В таких случаях выполнялась АЛД в отсроченном периоде. Ложно-положительный результат получен в 3 (1,6%) случаях. Метастазирование в СЛУ выявлено у 44 (23,6%) пациенток. В остальных 140 (77,4%) случаях, метод позволил не выполнять АЛД. Средний срок наблюдения составил 25,3 месяца (5 – 75). Местных и регионарных рецидивов выявлено не было.

Выводы: БСЛУ является надежным и безопасным методом стадирования РМЖ. Несомненными преимуществами метода являются малая травматичность, отсутствие грозных осложнений, краткий срок реабилитации, сохранение качества жизни.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ В ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, РАЗВИВШЕЙСЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Пасиешвили Т.М.

Харьковский национальный медицинский университет

Генетические изменения при БА являются результатом сложных схем гаплотипичных комбинаций полиморфных генов. Вариации в разных группах генов могут оказывать влияние на развитие атопической сенсбилизации, в то же время другие генетические изменения – на развитие БА. При этом на разных этапах развития БА имеют значение различные группы генов. В тоже время, сочетанное течение БА и любого заболевания внутренних органов может вносить изменения в полиморфизм генов, тем самым приводя к формированию осложнений. Неблагоприятным фактором такой коморбидности выступает ожирение, наличие которого у больных БА может обусловить поражение сердечно-сосудистой системы.

Цель работы: изучение роли полиморфизма гена АПФ в формировании поражения органов-мишеней у больных БА и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 42 больных с изолированной БА (группа сравнения) и 61 пациент с сочетанным течением БА и ожирения (основная группа) в возрасте $41,9 \pm 7,3$ и $43,7 \pm 6,2$ лет соответственно. Группа контроля - 50 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста. Функцию эндотелия оценивали при изучении инсерционно-делеционного полиморфизма (I/D) гена АПФ, который рассматривают как наиболее существенный маркер состояния эндотелия и основной фактор, определяющий концентрацию этого фермента в плазме.

Результаты и их обсуждение. Так, среди 50 лиц контрольной группы гомозиготы I/I гена АПФ были выявлены у 16% обследованных, гетерозиготы I/D – у 54%, и мутантные гомозиготы D/D – у 30%. При изолированной БА распределение генотипов соответствовало 14,3% больных, 33,3% и 52,4%. При сочетании БА и ожирения количество больных с патологическим генотипом увеличилось в 2 раза в сравнении с контролем и составило 8,2%, 31,1% и 60,7% соответственно. Патологический генотип гена АПФ оказывал влияние на время возникновения БА. Так, при сопоставлении клинической симптоматики с генотипом гена АПФ было установлено, что обострение БА у 34 больных основной группы и 11 – группы сравнения приводило к появлению кардиальной симптоматики: повышению АД (патологический генотип D/D – в 32,8% и 14,3% соответственно). При этом САД в среднем составляло $155,2 \pm 3,4$ мм рт.ст., а ДАД – $87,3 \pm 3,2$ мм рт.ст.; возникновению кардиалгий сердцебиения, нарушением ритма сердца. Учитывая тот факт, что ген АПФ определяет концентрацию аналогичного фермента в плазме, можно предположить, что увеличение мутантных гомозигот может привести к раннему развитию эндотелиальной дисфункции и кардиоваскулярным событиям.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АВЕОЛУ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНУ ІНФЕКЦІЮ

Пересадін М.О., Черкасова В.С., Гаврилова Л.О.
ДЗ "Луганський державний медичний університет"

Макрофагальній фагоцитуючій системі (МФС) належить важлива роль як у імунних реакціях, так і у системі неспецифічного захисту організму від інфекційних агентів. В генезі функціональної неспроможності клітин МФС при герпетичній інфекції (ГІ) лежить не тільки пряма пошкоджуюча дія вірусу, але й процеси перекісного окислення ліпідів, що активуються при будь-яких запальних захворюваннях. Тому застосування препарату, котрий володіє би водночас антиоксидантними та імуностимулюючими властивостями, було б доцільне при реабілітації хворих на ГІ. При цьому важливо, щоб препарат характеризувався широким спектром фармакологічних властивостей при мінімальній кількості небажаних ефектів, що притаманно до рослинного препарату авеол.

Метою дослідження стало вивчення впливу авеолу на показники МФС в комплексі реабілітації хворих на ГІ. Під наглядом знаходилося 69 пацієнтів (38 жінок та 31 чоловік) з діагнозом ГІ, з них з орофасціальною формою захворювання 38 (55,1%) хворих, з генітальною ГІ – 24 (34,8%) та у 7 (10,1%) пацієнтів була зареєстрована поєднана форма ГІ. Для оцінки ефективності авеолу хворі на ГІ були поділені на дві групи, рандомізовані за статтю, віком та клінічною формою захворювання. Авеол застосовувався внутрішньо по 20 крапель 3 рази на добу за 30 хвилин до їди, курс лікування складав 4 тижні поряд із загальноприйнятною терапією у 35 хворих основної групи. У пацієнтів групи зіставлення (34 особи) медична реабілітація проводилася лише загальноприйнятими засобами без застосування авеолу.

У хворих на ГІ до початку проведення реабілітації мало місце суттєве зниження всіх показників МФС: фагоцитарний індекс (ФІ) був знижений у середньому в 1,6 рази відносно норми ($P < 0,05$) та становив $18,0 \pm 0,9\%$, фагоцитарне число (ФЧ) – знижено в 1,8 рази та складало $2,2 \pm 0,15$ ($P < 0,05$), показник індексу атракції (ІА) був в середньому в 1,5 рази нижче норми ($P < 0,05$) і складав $11,0 \pm 0,25$, (індекс перетравлення) ІП – в $12,7 \pm 0,26\%$, що було нижче норми в 2,1 рази ($P < 0,05$).

Включення авеолу до медичної реабілітації хворих на ГІ сприяло чітко вираженій позитивній динаміці показників МФС: ФІ виріс відносно вихідного рівня в 1,5 рази ($P < 0,05$) та склав $27,3 \pm 0,7\%$, ФЧ становило $3,7 \pm 0,25$, що практично відповідало нижній межі норми ($P > 0,05$). Аналогічна тенденція відмічена і стосовно ІА та ІП, котрі на момент завершення реабілітації становили $16,0 \pm 0,3\%$ та $25,5 \pm 0,26\%$ відповідно ($P > 0,05$ щодо норми).

Отже, включення авеолу до комплексу реабілітаційних заходів при ГІ патогенетично обґрунтоване та клінічно доцільне, що дозволяє рекомендувати його застосування в реабілітації хворих із вказаною патологією.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ ФЕЛОДІПІНУ

Петренко Т.О., Погорєлов В. М

Харківський національний медичний університет

Розповсюдженість хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) неухильно веде до розвитку хронічного легеневого серця (ХЛС) і його ускладнень. Чергове загострення ХОЗЛ призводить до змін нормальної добової варіабельності симптомів та супроводжується погіршенням газообміну. Зниження ефективної циркуляції крові в малому колі кровообігу (МКК) стимулює продукцію реніну, що підвищує секрецію вазопресина та систолічний тиск у легеневій артерії (СТЛА). Все це приводить до порушення мікроциркуляції та мікротромбозу.

Метою роботи стала оптимізація лікування хворих хронічним легеневим серцем з ЛГ із застосуванням пентоксифіліна з фелодіпіном в комплексній терапії.

Матеріали та методи. У терапевтичному відділенні Дорожньої клінічної лікарні станції «Харків» в 2013-2014 рр. під спостереженням перебували 48 хворих ХЛС з ЛГ. Середній вік хворих складав 60 ± 5 років. Всі хворі одержували загально прийняту терапію з включенням 2% пентоксифіліну, який вводили на 250-500 мл 0,9 % розчину натрія хлориду в/в крапельно у дозі 5-10 мл на добу, 22 хворим додатково до цієї терапії включали фелодіпін 5-10 мг на добу. Усі хворі ХЛС порівнювались за статтю, віком та клініко-функціональною формою захворювання. Відзначалась клініко-лабораторна ідентичність хворих. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ, СТЛА - за допомогою доплерЕхоКГ.

Результати дослідження. На тлі проведеної терапії із включенням пентоксифіліну та його комбінації з фелодіпіном у всіх хворих зменшувались задишка, слабкість, нездужання. Зменшились кашель і відходження мокротиння, інтенсивність та частота виникнення кардіалгії. Відмічалось збільшення відсотка фракції викиду особливо у хворих, що одержували фелодіпін. Викладене свідчить, що ці лікарські засоби опосередковано діють на рецептори судин, покращують кровообіг в МКК та викликають покращення функції цього коморбідного стану.

Висновок. Комплексна терапія хворих ХЛС з ЛГ з включенням фелодіпіну сприяла покращенню показників кардіогемодинаміки, зниженню активності запального процесу, поліпшенню кровообігу в судинах та тканинах серця і легень.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОЄДНОЇ ПАТОЛОГІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Пивоваров О.В.

Харківський національний медичний університет

Наявність поєднаної патології цукрового діабету типу (ЦД 2) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) значно погіршує прогноз перебування хворого. Згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів та

Європейського товариства з гіпертензії (2007) при оцінці ризику розвитку серцево-судинних захворювань наявність у пацієнтів ЦД дорівнює присутності трьох або більше інших факторів ризику. Тому удосконалення методів прогнозування та ранньої діагностики ЦД 2 у пацієнтів з АГ є актуальною проблемою, яка потребує наукового вивчення.

Мета роботи – визначити напрями удосконалення прогнозування та попередження розвитку поєднаної патології АГ та ЦД 2.

Результати. Провідним фактором ризику розвитку ЦД 2 є стан предіабету, який характеризується наявністю наступних діагностичних критеріїв: гіперглікемія натщерце та порушення толерантності до глюкози. Додатковим критерієм оцінки ризику виникнення предіабету є показник рівня глікозильованого гемоглобіну у крові від 5,7 до 6,4 %. Аналіз вивченої літератури підтвердив, що дані про поширеність предіабету досить обмежені. Відомо про наявність ознак предіабету у 57 млн. жителів США. За прогнозами експертів, до 2030 року кількість осіб з ознаками предіабету у світі складе 472 млн. Виявлення ознак предіабету має важливе прогностичне значення, тому що вже на цій стадії відбувається накопичення факторів ризику, які сприяють запуску патофізіологічного каскаду атеросклеротичних змін у коронарних, церебральних та периферійних судинах, що значно підвищує захворюваність і смертність. Вважається, що з метою профілактики виникнення поєднаної патології АГ та ЦД 2 необхідно проводити скринінгові обстеження осіб старше 45 років для виявлення ознак предіабету, а також осіб більш молодого віку при наявності у них надлишкової ваги тіла (ІМТ більше 25), ведення малорухомого способу життя та наявності сімейного анамнезу цукрового діабету. При діагностуванні початкових ознак глюкометаболічних порушень необхідні більш ретельні обстеження. При виявленні ознак предіабету слід щороку проводити тест на толерантність до глюкози та мікроальбумінурію; двічі на рік – визначення рівня глюкози крові натщерце, рівня глікозильованого гемоглобіну та рівня ліпідів у крові.

Висновок. Вивчення предіабету є актуальною науковою задачею, вирішення якої дозволить покращити ранню діагностику метаболічних порушень у хворих на АГ та зменшити кардіоваскулярний ризик.

ВМІСТ МАРКЕРІВ ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ ТА ЗАПАЛЕННЯ В КРОВІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Півторак К.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

В даний час ще не до кінця з'ясована роль ендотеліальної дисфункції, інсуліно-резистентності, хронічного запалення та ожиріння у розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у осіб з ожирінням. Практичне значення ендотеліальної дисфункції полягає в розумінні порушення рівноваги між судинопротективними факторами та факторами агресії в судинах. Виявлення запальних змін при НАЖХП має визначальне значення, оскільки саме стеатогепатит обумовлює розвиток некрозу та фіброзу печінки.

Мета дослідження – встановити вміст маркерів функції ендотелію та запалення

лення в крові хворих на НАЖХП з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Матеріал та методи. Обстежено 67 хворих НАЖХП з надмірною масою тіла та ожирінням, з них 17 - з надмірною масою (ІМТ-25-29, 9 кг/м²), 23 – з ожирінням I ступеня (ІМТ-30-34, 9 кг/м²), 15 - з ожирінням II ступеня (ІМТ-35-39, 9 кг/м²) і 12 – з ожирінням III ступеня (ІМТ > 40 кг/м²). 22 пацієнти мали нормальну масу тіла (ІМТ-18-24, 9 кг/м²). Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб. Ендотелійзалежну (ЕЗВД) та ендотелійнезалежну вазодилатацію плечової артерії оцінено за методикою, розробленою К.Е. Sorensen та співавторами (1995). Для діагностики інсулінорезистентності застосовували індекс НОМА. Досліджено рівень ендотеліну-1 (ЕТ-1) в плазмі венозної крові імуноферментним методом з використанням набору виробництва «Biomedica» (Австрія). Суму нітритів та нітратів в сироватці крові визначали за реакцією з реактивом Грісса. Кількісне визначення в плазмі крові фактору некрозу пухлини- α (TNF- α) проводили імуноферментним методом. С-реактивний білок сироватки (СРБ) визначали методом «високочутливий латекс», турбідиметрично.

Результати дослідження. Встановлено, що у хворих НАЖХП рівень ЕТ-1 коливався в межах 0,83-1,28 фмоль/мл, що в 2-2,5 рази вище норми. Виявлена пряма залежність від ступеня ожиріння хворих. Виявлені порушення вазорегулюючої функції ендотелію, яке виявлялося зниженою ЕЗВД-реакцією. Кількість нітритів та нітратів в сироватці крові була нижчою ніж у контрольній групі та коливалась в межах 17,3-19,8 мкмоль/л. У хворих НАЖХП визначалась тенденція до зростання рівнів ІЛ-6 та TNF- α . Концентрація СРБ в сироватці крові та TNF- α позитивно корелює з ІМТ ($r = 0,56$, $p < 0,05$), рівнем інсуліну, кількістю лейкоцитів.

Висновки. При НАЖХП ступінь ураження ендотелію визначається вираженістю синдромів цитолізу, порушенням вазорегулюючої функції, підвищенням ЕТ-1, зниженням нітритів і нітратів в сироватці крові.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ДОЦІЛЬНІСТЬ ДІЄТИЧНИХ ОБМЕЖЕНЬ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Пісковацька В.П., Демиденко М.В.

Одеський національний медичний університет

Метою дослідження було оцінити ефективність дієтичних обмежень згідно із сучасними доказовими даними щодо модифікації факторів кардіоваскулярного ризику у хворих на метаболічний синдром.

Було обстежено 66 пацієнтів (30 жінок та 36 чоловіків), середній вік склав 51,7 \pm 4,6 років. Усім хворим було виконано стандартне загальноклінічне обстеження, до початку дослідження було запропоновано вести харчовий щоденник протягом 4 тижнів. Щоденники проаналізовані програмою Super Tracker за такими параметрами: добова калорійність раціону, кількість вжитих пустих калорій, кількість натрію, калію, насичених та транс-жирів, добове споживання клітковини. На момент початку дослідження усі пацієнти приймали індивідуалізовану антигіпертензивну, антитромбоцитарну, ліпіднижуючу терапію, пероральні цукрознижувальні препарати за необхідності. Усім хворим було надано детальні дієтичні рекомендації щодо модифікації раціону. Наведені дієтичні рекомендації виконувалися протягом 12 тижнів,

після чого проводили повторну оцінку клініко-лабораторних даних. До початку дослідження добовий раціон хворих мав такі особливості: висока добова калорійність за умови відсутності адекватних фізичних навантажень – в середньому добова калорійність складала 134,2% від індивідуальної денної норми, середньодобове споживання насичених жирів складало 28,9% від добової калорійності раціону. Вміст натрію був надлишковим у 24 пацієнтів із 27 та складав в середньому 7648 мг натрію. Споживання калію та клітковини протягом доби було недостатнім. Після дотримання дієтичних рекомендацій протягом 12 тижнів вдалося досягти позитивних результатів із зниження індексу маси тіла (-3,6 кг/м²), окружності талії (-4,31 см), рівнів систолічного та діастолічного АТ (-6,4/4,2 мм рт.ст. відповідно). Були отримані статистично значущі ($p < 0,05$) зміни ліпідного профілю пацієнтів у вигляді зниження рівнів загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів. У 21,2% пацієнтів вдалося отримати зниження АТ до цільових рівнів із застосуванням меншої дози антигіпертензивних препаратів. Таким чином, дієтотерапія із комплексною модифікацією раціону у пацієнтів із метаболічним синдромом є цінним та необхідним базисом для стандартної медикаментозної терапії. Дієтичні обмеження значно поліпшують контроль основних факторів кардіоваскулярного ризику, дозволяють ефективніше досягати цільових рівнів АТ, показників ліпідного та вуглеводного обміну.

НОСИЙСТВО ГЕНОТИПУ GG ЗА ПОЛІМОРФІЗМОМ rs6449182 ГЕНА CD38 ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ДИСЛІПІДЕМІЙ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Плескач Г.В., Білоус Н.І.

*ДУ „Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України”,
м. Київ*

В експерименті виявлено зв'язок активності гена *CD38* з розвитком ожиріння крис, пов'язаного з висококалорійною дієтою (Qiu et al., 2010), і навпаки, миші-нокауті за геном *CD38* були захищені від розвитку такого типу ожиріння через посилення метаболічних процесів (Barbosa et al., 2007). Крім того, встановлена асоціація розвитку метаболічного синдрому людини з маркером хромосоми D4S403 поблизу локалізації гена *CD38* (Cai et al., 2004). Відомо, що поліморфізм rs6449182 (C>G) гена *CD38*, локалізований у промоторній ділянці, призводить до посиленої експресії гена при дії активаційних стимулів за умов носійства алелі G (Saborit-Villarroya et al., 2011). Однак, в літературі ми не знайшли даних щодо асоціації розподілу поліморфізму rs6449182 з ознаками дисліпідемії.

Метою даного дослідження було встановити наявність асоціативного зв'язку зазначеного поліморфізму з показниками ліпідного обміну.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 271 осіб, мешканців м. Києва, 190 чоловіків (70,1%) та 81 жінка (29,9%). Медіана віку обстежених складала 64 роки. У 174 осіб, яким раніш не досліджували ліпідний спектр сироватки крові і які не отримували терапії статинами, було проведено визначення загального холестеролу (Х), тригліцеридів (ТГ) та б-ліпопротеїдів. Дослідження поліморфізму rs6449182 проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з наступною рестрикцією продуктів реакції.

Отримані результати. Серед обстежених осіб розподіл генотипів за поліморфізмом rs6449182 був наступним: CC генотип - 143 випадків, 52,8%; CG генотип - 110 випадків, 40,6%; GG генотип - 18 випадків, 6,6%. Розподіл підпорядковувався рівнянню Харді-Вайнберга ($\chi^2 = 0,26$; $p = 0,654$) та суттєво не відрізнявся від даних італійської, ірландської і іспанської когорт. Не виявлено відмінностей у розподілі генотипів залежно від статі ($p = 0,449$), віку ($p = 0,658$), наявності артеріальної гіпертензії ($p = 0,964$), ішемічної хвороби серця ($p = 0,713$), хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту ($p = 0,309$) та легеневої системи ($p = 0,321$). Водночас кількість носіїв генотипу GG була вищою серед осіб з підвищеним рівнем Х, ТГ та b-ліпопротеїдів ($p = 0,001$, $p = 0,013$, and $p = 0,025$, відповідно).

Висновок. Дослідження генотипів rs6449182 може бути корисним для визначення групи осіб з підвищеним ризиком розвитку дисліпідемій з метою їх ранньої корекції.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УРОВНЯ АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Плохотниченко О.А.¹, Тыжненко Т.В.¹, Опалейко Ю.А.¹,
Почерняев А.К.¹, Горшунская М.Ю.², Красова Н.С.¹, Гладких А.И.¹,
Лещенко Ж.А.¹

¹ГУ «Институт проблем эндокринной патологии
им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

Адипонектин – гормон жировой ткани, который играет важную роль в модуляции метаболизма глюкозы и липидов, возобновлении чувствительности тканей к инсулину, поэтому оценка его уровня имеет важное прогностическое значение. Однако определение адипонектина в клинических лабораториях связано с финансовыми трудностями. Регрессионный анализ позволяет оценить один признак по значениям других, связанных с ним. По данным нашего предыдущего исследования циркуляторные уровни адипонектина у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа прямо коррелируют с уровнем липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), ($r = 0,25$, $p < 0,05$) и обратно – с гликемией ($r = -0,22$, $p < 0,05$) и инсулинемией ($r = -0,24$, $p < 0,05$), что обосновывает возможность оценки уровня адипонектина по этим показателям.

Цель: построить математическую модель для прогнозирования циркуляторных уровней адипонектина у больных СД 2 типа по показателям гликемии, инсулинемии и уровня ЛПВП.

Материалы и методы. Исследованы 72 больных СД 2 типа (38 мужчин и 34 женщины), средний возраст $53,55 \pm 1,07$ лет, с гипоадипонектинемией ($6,19 \pm 0,20$ мг/л vs $12,97 \pm 1,54$ мг/л у контрольных лиц, $p < 0,001$) и инсулинорезистентностью. Выполнен множественный пошаговый регрессионный анализ. Поскольку распределение показателей не соответствует закону Гаусса, их заменили натуральными логарифмами. Уровень адипонектина у женщин значимо выше, чем у мужчин $p < 0,05$, поэтому анализ проведен с учетом пола.

Результаты. Получены уравнения для расчета предполагаемого уровня адипонектина. Формулы: 1) для мужчин: $\ln Y = 3,28 - 0,23 \ln X_{\text{инсулин}} - 0,34 \ln X_{\text{гликемия}}$

$+0,47\ln X_{\text{ЛПВП}}; 2)$ для женщин: $\ln Y = 3,44 - 0,23\ln X_{\text{инсулин}} - 0,34\ln X_{\text{гликемия}} + 0,47\ln X_{\text{ЛПВП}}$
Для использования уравнения следует: 1) измерить соответствующие показатели (X); 2) перевести эти значения в натуральные логарифмы ($\ln X$); 3) подставить в уравнения значения $\ln X$ и вычислить $\ln Y$; 4) провести экспонирование вычисленного $\ln Y$, получив значение адипонектинемии в мг/л. Стандартная ошибка вычисленного уровня адипонектина составляет $Y_s \pm 2,6$ мг/л.

Выводы. Указанные уравнения можно использовать для динамической характеристики адипонектинемии у больных СД 2 типа, мониторинга эффективности антидиабетической терапии, выделения лиц с высоким кардиоваскулярным риском.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ ДИФFUЗНЫХ В-КРУПНОКЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОМ

Полях О.С., Косинова В.Г., Винницкая А.Б.

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги, м. Київ

Цель и задания исследования: Корреляция генетического полиморфизма с биохимическими характеристиками лимфом данного подтипа и с их ответом на RCHOP ассоциированную химиотерапию.

Материалы и методы: Нами было пролечено 16 пациентов с диффузной В-клеточной неходжкинской лимфомой. У всех пациентов был гистологически подтвержден диагноз DLBCL, который сопровождался экспрессией CD 20+, у 2 пациентов также была выявлена экспрессия CD30+ (исследование проводилось на ткани лимфатических узлов, удаленных при эксцизионной биопсии). По стадии заболевания пациенты распределились следующим образом: I стадия – 1 пациент (6,25%), II стадия – 2 пациента (12,5%), III стадия – 7 пациентов (43,75%), IV стадия – 6 пациентов (37,5%). Полное клинико-лабораторное обследование пациентов включало: проведение общего анализа крови, биохимический анализ крови с обязательным определением уровней ЛДГ и мочевой кислоты, трепанобиопсия костного мозга, КТ/ПЭТ-КТ всех отделов, эхокардиография (с целью определения фракции выброса левого желудочка). Вышеперечисленные методы являются стандартом обследования пациентов с диффузными В-крупноклеточными лимфомами (DLBCL). В нашем исследовании дополнительным методом исследования стало определение генетического профиля, в частности полиморфизма генов *CCR 5*, *GSTT1*, *GSTM1*, *GSTP1*, *TP53* в двух локусах.

Результаты: Делеция в гене *GSTT1* была выявлена у 4 (25%) пациентов. Делеция в гене *GSTM1* была выявлена у 6 (37,5%) пациентов. GG-генотип (4 экзон) по гену *GSTP1* был выявлен у 1 (6,25%) пациента. У 9 (56,25%) пациентов было выявлено мутантный аллель в 4 экзоне гена *TP53*, а у 4 (25%) пациентов - в 6 интроне гена *TP53*.

Нами продолжается изучение коррелятивных связей между стадией заболевания, показателями периферической крови и генетическим профилем у пациентов с DLBCL.

Выводы: Таким образом, изучение роли полиморфных вариантов генов репарации *CCR 5*, *GSTT1*, *GSTM1*, *GSTP1*, *TP53*, ДЕК XRCG1 и запуска запрограммированной смерти p53 в патогенезе гемобластозов может быть важным. В свете

вышеизложенного представляет интерес изучение полиморфизма данных генов и других аллелей, характеризующих рост и развитие опухоли при НХЛ, в частности при DLBCL. Также представляет интерес корреляция генетического полиморфизма с биохимическими характеристиками лимфом данного подтипа и с их ответом на RCHOP ассоциированную химиотерапию.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА РОЛЬ ТИАМИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Попова Т. С.

Харьковский национальный медицинский университет

Одним из направлений исследований в области терапии сердечной недостаточности (СН) является изучение биоэнергетических аспектов патогенеза с целью повышения эффективности результатов лечения.

Современными исследованиями было установлено что, СН сопровождается отчетливыми расстройствами продукции энергии в миокарде. Основные пути, по которым пируват входит в цикл лимонной кислоты, и некоторые реакции внутри самого цикла зависят от наличия адекватного количества тиамина. Тиамина дифосфат (ТДФ) является кофактором для различных цитозольных и митохондриальных ферментов, таких как транскетолаза, пируватдегидрогеназа и 2-оксиглутарат дегидрогеназа, которые участвуют в выработке энергии для метаболических процессов. ТДФ заметно активирует потребление миокардом питательных веществ из крови. Недостаток тиамина приводит к снижению утилизации пирувиноградной кислоты тканями сердца и к патологическому снижению коэффициента экстракции пирувата у исходно здоровых пациентов. Эпидемиологические исследования, установили связь сердечной недостаточности и дефицита тиамина, включая тех пациентов, которые получают в комплексном лечении СН диуретики. Первые экспериментальные данные доказали, что тиамин может оказывать положительное действие на состояние сердца, включая диастолическую функцию и дилатацию желудочков. Исследователи из университета Осаки (Katareetal. 2010, Kohdaetal. 2008) в экспериментах на крысах с СН установили значительное повышение экспрессии РНК мозгового натрийуретического пептида, который принимает участие в процессе регенерации миокарда и является диагностическим маркером СН. Систематическое введение тиамина приводило к нормализацииданного показателя. Гистологическое исследование показало значительное снижение размеров атрофии и фиброза миокарда у крыс, получавших тиамин. В исследованиях Rabbani и Thornalleу доказано значительное уменьшение выраженности клинических проявлений (снижение фракции выброса, функционального укорочения, увеличение диаметра желудочков и др.) СН у пациентов, принимающих тиамин в комплексном лечении в сравнении с его отсутствием в терапии.

Проведенный анализ зарубежных и отечественных работ достоверно подтверждает негативную роль дефицита тиамина в патогенезе СН и позволяет считать разработку новых препаратов на основе тиамина и более широкое их применение в лечебной программе перспективным направлением в комплексном лечении СН.

ПРИМЕНЕНИЕ ХОЛОДНОЙ ПЛАЗМЫ В МЕДИЦИНЕ

Потапов В.В., Козырь Л.Н., Нагорный А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Цель и задачи исследования. Изучение возможности применения холодной плазмы в различных областях медицины

Материалы и методы. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы за последние 5 лет.

Результаты. В настоящее время в медицинской практике используются миниатюрные плазмотроны, генерирующие плазменный поток с температурой 5000-7000°C. Они позволяют осуществлять воздействие, разрушающее биологические ткани. Поэтому их использование ограничено хирургией, где они применяются для рассечения мягких тканей, коагуляции сосудов. Однако немаловажное значение имеет применение плазмы с температурой до 40 °С, так называемой "холодной плазмы".

Струи холодной плазмы могут стать безопасной и эффективной альтернативой антибиотикам при лечении лекарственно-устойчивых инфекций. Проведение многочисленных экспериментов, как в пробирке, так и в естественных условиях доказывает, что холодная плазма обладает довольно ценными свойствами с большим потенциалом применения в медицине. Она обладает бактерицидными, фунгицидными, противовирусными свойствами; способствует заживлению хронически незаживающих ран; влияют на свертываемость крови; стимулируют иммунный ответ; препятствует пролиферации раковых клеток; разрушает биопленки.

Несмотря на довольно широкие возможности применения, существует ряд вопросов, касательно понимания, взаимодействия плазмы с живыми клетками.

По мнению ряда авторитетных ученых, взаимодействие холодной плазмы с живыми системами имеет несколько механизмов: нейтральный газ, заряженные частицы, возбужденные атомы и молекулы, активные молекулы (NO, O₃, OH, O₂, H₂O₂), электрическое поле, тепло, ультрафиолетовое излучение. Из всех возможных факторов, генерируемых плазмой, в биологических эффектах в основном участвуют долгоживущие радикалы и оксид азота, они напрямую взаимодействуют с биологическими субстратами.

Выводы. На настоящем этапе применение холодной плазмы в медицине мало изучено, однако данное направление является перспективным, так как имеет неограниченные возможности и может стать альтернативой многим лекарствам и химическим соединениям. По данным многих авторов, при применении холодной плазмы *in vitro* и *in vivo*, не было выявлено существенных побочных эффектов.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧЕК ПО
ДАНЫМ ХАРЬКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ ИМЕНИ В.И. ШАПОВАЛА ЗА ДВА
ДЕСЯТИЛЕТИЯ (1993-2002 гг. и 2003-2012 гг.)**

Потапов С.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

За последние четыре десятилетия заболеваемость опухолями яичек (ОЯ) увеличилась почти в 2 раза и явилась основной причиной онкологической смертности мужчин молодого возраста, что придает проблеме ОЯ не только большое медицинское, но и социальное значение.

С целью изучения показателей онкологической заболеваемости яичек изучен архив прозекутуры Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии имени В.И. Шаповала. За период с 1993 по 2012 гг. в центре наблюдалось 329 пациентов с различными ОЯ. В период 1993-2002 гг. общее число заболевших составило 148 (44,98%) человек, а в следующем десятилетии (2003-2012 гг.) – 181 (55,02%). Соответственно, среднее количество случаев в год в первом десятилетии составило $14,8 \pm 2,16$, а во втором $18,1 \pm 2,3$ ($p > 0,05$; $t = 1,04$), то есть отмечается неблагоприятная тенденция к росту уровня онкологической патологии яичек во втором десятилетии.

В структуре общей онкологической патологии яичек за период 1993-2012 гг. злокачественные ОЯ составили 317 (96,35%), из них в 4 (1,26%) наблюдениях имело место метастатическое поражение яичек. Доброкачественные ОЯ составили 12 (3,65%) случаев от общего числа наблюдений.

В первом десятилетии злокачественные ОЯ составили 142 (95,95%), из них в 1 наблюдении (0,70%) имело место метастатическое поражение яичек. Доброкачественные ОЯ составили 6 (4,05%) случаев от общего числа наблюдений.

Во втором десятилетии злокачественные ОЯ составили 175 (96,69%) случаев, из них в 3 (1,71%) наблюдениях имело место метастатическое поражение яичек. Доброкачественные ОЯ соответственно составили 6 (3,31%) случаев от общего числа наблюдений.

Также следует отметить, что в первом десятилетии количество пациентов заболевших лимфомой яичек составило 2 (1,35%) наблюдения, а во втором десятилетии их количество возросло более чем в семь раз и достигло 18 (9,94%) наблюдений от общего числа пациентов, имевших ОЯ.

Таким образом, за период с 2003 по 2012 гг. сохраняются неблагоприятные тенденции к росту уровня онкологической патологии яичек, включая увеличение удельного веса злокачественных опухолей. Также существенный вклад в рост количества злокачественных ОЯ во 2-ом десятилетии внесло увеличившееся, по сравнению с 1-м десятилетием, более чем в семь раз, количество заболевших лимфомами яичек.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ

Потапов В.В., Крюкова А.А., Климова В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Цель и задачи исследования - разработать и экспериментально обосновать методику комплексной программы, с использованием условий "соляной комнаты", для реабилитации больных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом в период ремиссии.

Материалы и методы исследования .

Наши исследования проводились на базе санатория «Святые горы» г.Святогорск .Объектом исследования была группа больных, страдающие хроническим обструктивным бронхитом (стадия ремиссии), в возрасте от 30 - 45 лет. Для физической реабилитации подобрана группа из 20 пациентов, которую разбили на 2 группы: первая группа основная - 10 пациентов; вторая группа контрольная - 10 пациентов.

Для решения основных задач нашего исследования и осмотра эффективности программы реабилитации, нами были проведены следующие исследования: спирография; тестирование уровня физической работоспособности (тест Навакки). Для оценки данных была использована программа статистической обработки "Medstat"

Результаты и их обсуждение

Проведя исследование состояния бронхолегочного аппарата, мы разработали комплексную программу физической реабилитации, которая будет способствовать: восстановлению дренажной функции легких; устранению нарушений легочной вентиляции; профилактики застойных процессов; повышению сопротивляемости организма к воздействиям окружающей среды.

Для проверки эффективности нашей программы физической реабилитации, из числа больных, были отобраны две группы: контрольная и основная. Контрольная группа (10 человек) занималась физической реабилитацией по разработанной ранее программе санатория «Святые горы» г. Святогорск. Основной группе (10 человек) была предложена разработанная нами программа .

В контрольной группе использовались такие формы реабилитации: комплексный массаж, разработанный комплекс ЛФК (лечебная физическая культура), дренажная гимнастика.

Восновной группе использовались такие формы реабилитации: комплексный массаж, разработанный комплекс ЛФК, галотерапия, дренажная гимнастика.

Выводы

Применение разработанной комплексной программы физической реабилитации способствует, по сравнению с традиционными методиками, скорейшему выздоровлению, увеличению периода ремиссии.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ТЕРАПІЇ БРОНХО – ЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ Потяженко М.М., Хайменова Г.С., Савченко Л.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Значна поширеність ХОЗЛ, недостатня ефективність існуючих методів лікування, а також зростання рівня інвалідизації та смертності серед населення визначають ХОЗЛ, як одну з найактуальніших проблем яка зумовлює необхідність розробки нових, більш ефективних, способів лікування.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність небулайзерного застосування препарату «Декасан» (0,02% розчин декаметоксин) та галотерапії в комплексному лікуванні хворих з інфекційним загостренням ХОЗЛ у порівнянні із традиційною протокольною терапією.

Матеріали і методи. В дослідження включено 45 хворих з ХОЗЛ I-II ст., в період інфекційного загострення, які були розподілені на три групи. Середній вік пацієнтів становив $42,5 \pm 5,6$ років. Діагноз встановлювався відповідно до наказів МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. та № 555 від 30.10.2013 р., на підставі скарг (підвищення температури тіла, кашель з слизово-гнійним харкотинням, задишка), даних фізикального огляду, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження (загально клінічного аналізу крові, харкотиння, рентгенографії органів грудної клітки, дослідження функції зовнішнього дихання). 1-ша контрольна група (n=15) отримувала базисну протокольну терапію, яка включала: левофлоксацин 0,5 г 2 рази на добу, симбікорт 4,5/80 мкг 2 рази на добу, ацетилицистеїн 0,2 г 2 рази на добу, доксофолін 0,4 г 2 рази на день; 2-га група – основна (n=15) якій додатково призначалась небулайзерна терапія 0,02% розчином декаметоксину в дозі 5,0 мл двічі на добу протягом 10 днів. 3-тя група (n=15) додатково до базисної і небулайзерної терапії призначався курс спелеотерапії на 10 днів. Ефективність лікування оцінювалась за динамікою клінічних симптомів ХОЗЛ, змін показників лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження, оцінка ступеня задишки проводилась за показником MRS.

Результати. До початку лікування всі пацієнти відзначали загальну слабкість, підвищення температури тіла, посилення кашлю з виділенням слизово-гнійного харкотиння, задишки при фізичному навантаженні. При додаванні до базисної терапії декасану через компресорний небулайзер у хворих на ХОЗЛ відмічалась позитивна тенденція в перебігу захворювання (зменшення кашлю) на $3,1 \pm 0,4$ днів раніше, задишки на $2,5 \pm 0,33$, а в третій групі на $2,3 \pm 0,26$ днів та $1,9 \pm 0,2$ ніж в групі порівняння ($p < 0,05$), поліпшувалась якість життя пацієнтів, збільшувалась толерантність до фізичних навантажень. У хворих 3-ї групи відмічено достовірно значне зменшення ступеню обструкції бронхів, про що свідчить збільшення ОФВ₁ на 12,3%, а також модифікованого індексу Тифно - на 11,5%. Тоді як у хворих I групи відмічено збільшення ОФВ₁ на 3,9 %, модифікованого індексу Тифно – на 4,1% індексу, у хворих II групи відмічено збільшення ОФВ₁ на 7,3 %, модифікованого індексу Тифно – на 10,9% ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, запропонована комбінація небулайзерної доставки 0,02% розчину декаметоксину в комплексному лікуванні хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ у поєднанні з галотерапією призводить до статистично значимого покращення клініко-лабораторних показників, зменшення строків лікування і покращення якості життя, попередженню рецидивів захворювання.

ЧАСТОТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Приступа Л.Н., Савченко О.В., Короза С.О.

Сумський державний університет, медичний інститут

Мета дослідження: Вивчення частоти ішемічної хвороби серця у хворих на ревматоїдний артрит залежно від традиційних факторів ризику.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 161 хворого на ревматоїдний артрит у віці після 40 років, переважно жіночої статі, з використанням клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Діагноз ревматоїдний артрит встановлено згідно діагностичних критеріїв Американської колегії ревматологів (1987). Діагностика ішемічної хвороби серця проводилась з урахуванням клінічних, лабораторних (визначення загального холестерину та ліпідного спектру крові) та інструментальних (ЕКГ та ЕхоКС) методів обстеження. Контрольна група складала 96 осіб, зіставних зі статтю та віком з основною групою. Статистична обробка результатів дослідження проводилась за статистичною програмою STATISTIKA.

Результати дослідження. З обстежених нами хворих на ревматоїдний артрит було виявлено 85 осіб з ішемічною хворобою серця (52,8%), з них 18 хворих мали порушення ритму (21,2%), 6 хворих - порушення провідності (7,1%), 2 хворих – перенесений інфаркт міокарду (2,4%). З усіх хворих на ревматоїдний артрит 124 особи мали дисліпідемії різних типів (77,1%). Ожиріння діагностовано у 64 хворих на ревматоїдний артрит (39,7%). Аналіз традиційних факторів ризику (дисліпідемії, ожиріння) у даних хворих показав наявність чіткого зв'язку із розвитком ішемічної хвороби серця, а з іншими традиційними факторами ризику такого взаємозв'язку не встановлено. Тому актуальним є пошук нових чинників розвитку кардіальної патології у хворих на ревматоїдний артрит.

Висновок. Пацієнти із ревматоїдним артритом мають високу частоту ішемічної хвороби серця, яка асоційована із порушеннями ритму і провідності. Встановлено взаємозв'язок між розвитком ішемічної хвороби серця у хворих на ревматоїдний артрит та традиційними факторами ризику (дисліпідемії, ожиріння). Це потребує профілактичних заходів у цих хворих за наявності даних чинників.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕНОТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Просоленко К.А., Лапшина Е.А., Верховодова Ю.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы. Определить влияние селенотерапии на изменение уровня артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов с АГ на фоне ХП. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц. Уровень артериального давления определялся ежедневно. Пациенты были разделены на 2 группы.

Первая группа получала стандартную терапию: метопролола сукцинат 10мг, рамиприл 10мг/сут, индапамид 1,5мг/сут, риабал 30мг/сут, пантопразол 40мг/сут на протяжении 30 дней. Вторая группа получала стандартную терапию и селенит натрия по схеме 300 мкг/сут 3 раза первые 5 дней, затем по 200 мкг/сут в 2 приема до 30 дней.

Результаты и их обсуждение. Выявлены достоверные отличия гемодинамических показателей между группами. Измеряемые уровни АД были снижены в обеих группах, но достоверно отличались: САД в 1 группе было снижено на 26,3 мм рт. ст., во 2й – 34,2 мм рт. ст.; ДАД снизилось на 11,8 мм рт. ст. в 1й группе, и на 16,1 мм рт. ст. во 2й группе ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, изменение АД показало тенденцию к снижению уровней САД и ДАД в обеих группах. Однако, более выраженно произошло снижение в группе 2, получавшей дополнительно селенит натрия.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Радченко Л.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Зв'язки жовчного міхура (ЖМ) та серця описуються як холецистокардіальний синдром, холециститне серце, жовчно-міхурне серце, холангічне серце, холецистокардіальна хвороба, холецистокоронарний синдром, жовчно-кардіальний синдром, коронаро-біліарний синдром Боткіна, біліарно-кардіальний синдром. З **метою** оцінки стану серця в залежності від стану ЖМ **обстежено** 85 хворих на гіпертонічну хворобу (54 жінки та 31 чоловік), медіана віку 60,0 років.

Результати. Поздовжній та поперечний розміри ЖМ істотно корелювали з відносними значеннями товщини стінки лівого шлуночка (ВТСЛШ) ($\tau=0,32$; $p=0,003$ та $\tau=0,30$; $p=0,04$) та міжшлуночкової перетинки (ВТМШП) ($\tau=0,30$; $p=0,04$). Ширина ЖМ асоціювалась зі зміщенням перехідної зони вправо ($\tau=-0,32$; $p=0,04$) та здовженням електричної систоли ($\tau=-0,63$; $p=0,05$), що свідчить про ризик розвитку аритмій. У хворих з холестерозом ЖМ ($n=36$) інтервал PQ був істотно меншим (0,14 та 0,17 мсек, $p=0,021$), а відносні товщини стінок лівого шлуночка (ЛШ) були істотно більшими (ВТСЛШ 0,496 та 0,453, $p=0,043$; ВТЗСЛШ 0,474 та 0,440, $p=0,048$), ніж в осіб без холестерозу. Час атріовентрикулярного проведення та тривалість електричної систоли були прямо пропорційні віку хворих, рівням глюкози крові натще та сечовини, обернено – розмірам нирок, печінки, товщині МШП. У хворих з холелітіазом ($n=15$) не спостерігалися нормальна геометрія ЛШ та концентричне ре моделювання ЛШ (у пацієнтів без каменів 11,8%, $p < 0,05$ та 3,0%, $p > 0,05$). Індекс Соколова-Лайона, індексоване значення кінцево-діастолічного розміру та фракція викиду ЛШ у них прямо асоціювалися з активністю синдрому запалення; вольтаж ЕКГ – із загальним білірубіном крові, протромбіновим часом, розмірами ЖМ, правої нирки та обернено – з протромбіновим індексом, кількістю моноцитів та еозинофілів крові. Товщина задньої стінки ЛШ, МШП та їх відносні значення, ВТ-СЛШ прямо корелювали з загальним холестерином та β -ліпопротеїдами. Маса

міокарду ЛШ та її індексоване значення були вищими за умов нижчих значень еритроцитів крові.

Висновки. Холестероз ЖМ асоціювався із вкороченням часу атріовентрикулярного проведення та гіпертрофією ЛШ. Гіпотонія ЖМ та зменшення його скоротливості характеризуються гіпертрофією ЛШ, здовженням електричної систоли шлуночків та високим ризиком аритмій. Холелітіаз асоціюється з відсутністю нормальної геометрії та концентричного ремоделювання ЛШ та кореляціями ознак гіпертрофії з вираженістю синдрому запалення, анемією та гіперхолестеринемією.

ПРОФІЛАКТИКА ЗМІН БІОТОПІВ У ЧОЛОВІКІВ - МЕШКАНЦІВ ВЕЛИКИХ ПРОМИСЛОВИХ МІСТ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОБІОТИКІВ

Резніченко Н. Ю.

Комунальна установа "Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер" Запорізької обласної ради

В останні роки збільшується вплив факторів урбанізації на погіршення стану здоров'я населення, зростає захворюваність на патологію шкіри та шлунково-кишкового тракту, які є хворобами екологічного ризику.

Мета дослідження: вивчення змін біотопів чоловіків у залежності від міста проживання та розробка методів їх корекції.

Завдання дослідження: 1) визначення мікробіоценозу кишечника, шкіри та ротоглотки у чоловіків - мешканців великого промислового міста та міста меншої величини; 2) виявлення можливих причин розвитку порушень мікробіоценозу; 3) розробка методів корекції порушень мікробіоценозу у мешканців великого промислового міста.

Матеріали і методи. Обстежено 235 чоловіків - мешканців великого промислового міста та 206 мешканців міста меншої величини. Проведено анкетування з метою оцінки впливу соціально-економічних, психогенних і побутових чинників. Дослідження мікробіоценозу шкіри, кишечника та ротоглотки проводилось методом його прямої якісної й кількісної оцінки. Корекцію порушень проводили шляхом призначення пробіотиків.

Отримані результати. У мешканців великого промислового міста та міста меншої величини встановлені відмінності у співвідношенні чисельних мікроорганізмів різних біотопів. Аналіз анкет щодо соціально-економічних, психогенних і побутових особливостей мешканців різних за величиною міст виявив вплив певних факторів (стресів, профшкідливостей, вживання кисломолочних продуктів і овочів) на стан мікробіоценозу. Встановлені чисельні кореляційні взаємозв'язки між кількістю мікрофлори різних біотопів. Призначення пробіотика чоловікам-мешканцям великого промислового центру чинило коригуючий вплив не лише на зміни мікробіоценозу кишечника, але й інших біотопів організму, що дозволяє рекомендувати профілактичне вживання пробіотиків для нормалізації мікробіоценозу в цілому у мешканців промислових міст.

Висновки. 1. Встановлені відмінності у співвідношенні чисельних мікроорганізмів різних біотопів у чоловіків в залежності від місця проживання. 2. Встановлена наявність прямих і зворотних кореляційних зв'язків між кількістю

мікрофлори кишечника, ротоглотки та шкіри, що говорить про системність змін мікрофлори і обґрунтовує можливість корекції патологічних змін різноманітних біотопів шляхом корекції одного з біотопів. 3. Використання пробіотиків у чоловіків-мешканців великих промислових центрів є ефективним превентивним заходом розвитку патогенетичних змін організму (в першу чергу, порушень мікробіоценозу шкіри, кишківника та ротоглотки).

ЗБЕРЕЖЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ У ЖІНОК З ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Рекута А. С., Самохвалова О. О.

Національний інститут раку, м. Київ

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

Актуальність: зростання онкогінекологічної патології серед жінок репродуктивного віку та негативний вплив спеціального лікування онкологічних захворювань (хірургічного, променевого та хіміотерапевтичного) зумовлює необхідність розробки методів збереження фертильності та можливість їх використання серед даної категорії пацієнток.

Мета: проаналізувати сучасні методи збереження фертильності у жінок з онкогінекологічними захворюваннями.

Матеріали та методи: використано дані результатів досліджень, проведених у Європі, Азії, США. Пошук здійснено через бази даних PubMed, MEDLINE, CochraneLibrary; ключові слова : fertility, cancerandpregnancy, organsavingsurgery.

Результати та їх обговорення: на сьогодні існує достатньо методів збереження фертильності у жінок хворих на злоякісні захворювання репродуктивних органів, які застосовуються у відділенні онкогінекології Національного інституту раку: кріоконсервування ооцитів, ембріонів, оваріальної тканини, транспозиція яєчників (вилучення додатків із зони опромінення) на період проведення променевої терапії, органо-зберігаюча хірургія при початкових формах раку шийки матки, яєчників, ендометрію (діатермокоагуляція шийки матки, трахелектомія, одностороннє видалення пухлини додатків з хірургічним стадіюванням, гістероскопічна абляція ендометрію на тлі гормонотерапії), пригнічення функції яєчників (зниження секреції гонадотропінів та циклічності функції яєчників шляхом використання оральних контрацептивів та гонадотропін-релізінг-гормона на період проведення хіміотерапевтичного лікування),

Вибір методу залежить від стадії, гістологічної форми, локалізації пухлини, віку пацієнтки, типу лікування. Важливими фактором є можливість залучення у патологічний процес яєчників (пряме або метастатичне ураження). Забір матеріалу для кріоконсервації рекомендовано проводити до початку спеціального лікування. Метод кріоконсервування ооцитів є одним з найбільш ефективних серед репродуктивних методів. Однак цей метод, як і кріоконсервування ембріонів, вимагає стимуляції естрогенами перед забором ооцитів, що може негативно позначитись на прогнозі онкологічного захворювання.

Висновки: збереження фертильності при лікуванні жінок з онкогінекологіч-

ними захворюваннями стає можливим завдяки впровадженню новітніх методів у галузі репродуктивної медицини, виваженому та адекватному варіантам органозберігаючого хірургічного лікування в спеціалізованих онкологічних закладах.

ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО НАБОРА ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Романенко М.С., Гавалко Ю.В., Осьмак Э.Д.

ДУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМНУ», Киев

Известно, что особенности питания влияют на развитие метаболического синдрома (МС). Для анализа особенностей питания пожилых людей с МС обследовано 62 пожилых человека (60-74 года). Группу без абдоминального ожирения (БАО) составили 15 человек, с абдоминальным ожирением (АО) – 6 человек, с МС (IDF, 2005) – 41 человек. Фактическое питание изучали по методике суточного воспроизведения. Данные представлены медианой и межквартильным интервалом. Суточное потребление зернобобовых (сухой вес) во всех группах не имело значимых отличий: БАО – 73,0 (62,8-102,3) г, АО – 84,1 (57,6-106,1) г, МС – 76,7 (45,8-111,7) г. Вместе с тем потребление хлебобулочных продуктов выше у людей с АО – 230,8 (196,3-285,5) г, чем у обследованных БАО – 129,3 (98,7-197,9) г и с МС – 141,4 (100,0-190,2) г ($p < 0,05$). Обследованные употребляли 26-34 г сахара в сутки, однако с учетом кондитерских изделий (10-15 г), суточное количество сахара превышает рекомендованный уровень. Количество молочных продуктов в рационе также не отличалось и во всех группах соответствовало рекомендованному: БАО – 231,8 (123,2-310,0) г, АО – 206,0 (175,3-244,0) г, МС – 265,7 (142,2-346,4) г. Сравнительно невысоким было и потребление картофеля во всех группах – 86,0 (57,8-111,6), 174,2 (138,2-189,2) и 123,3 (86,7-162,4) г, соответственно. При этом у людей с АО и с МС оно значимо выше, чем в группе БАО ($p < 0,05$). Как известно, за последние десять лет рекомендованный уровень потребления овощей и фруктов вырос до 500-600 г и больше. Вместе с тем суммарное потребление овощей и фруктов составило: БАО – 408,7 (310,9-496,8) г, АО – 408,6 (348,0-554,0) г, МС – 354,0 (237,4-436,5) г. Количество мясных продуктов в рационе значимо не отличалось – 93,2 (58,0-105,0), 117,1 (102,1-152,7) и 86,7 (46,2-127,2) г, соответственно по группам. Потребление яиц в группе БАО было в пределах рекомендованного – 6,2 (2,8-19,2) г, а у людей с АО превышало норму – 21,4 (17,2-49,7) г. При МС этот показатель хоть и превышал рекомендованную норму, но был менее, чем у людей с АО – 18,0 (4,0-30,7) г/сутки ($p > 0,05$). Таким образом, суточный набор продуктов питания важен для поддержания нормальной массы тела у пожилого человека. Больше потребление хлебобулочных изделий, картофеля, мясных продуктов и яиц на фоне недостаточного количества овощей и фруктов является фактором, способствующим АО. Наличие МС у пожилых людей сопровождается уменьшением потребления хлебобулочных изделий, мясопродуктов и картофеля, что можно объяснить осознанной перестройкой ими своего рациона. Однако недостаточная осведомленность в вопросах здорового питания не позволяет пожилым людям подобрать правильный набор продуктов.

СРАВНЕНИЕ ДАННЫХ НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕНТАЛЬНОЙ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Руснак Д. Ю.

Одесский национальный медицинский университет

Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью патологии пульпы и верхушечного периодонта, а также недостаточной клинической эффективностью эндодонтического лечения.

Подробные и достоверные сведения об анатомии корней зубов и корневых каналов (КК) – основа успешного эндодонтического вмешательства.

Целью нашего исследования было сравнение данных нормальной анатомии корней зубов и КК с данными, полученными при анализе результатов конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Работа проводилась на базе отделения дентальной диагностики Клиники ОНМедУ. Обследования выполнены на дентальном томографе фирмы «Morita», модель Veraviewerocs 3D-R100. Пациенты направлялись по различным показаниям (планирование эндодонтических вмешательств, планирование имплантации, контроль проведенного лечения). В группу включены 26 человек, возрастом от 19 до 53 лет. В процессе анализа данных КЛКТ учитывались следующие показатели: функциональный тип зуба, количество и морфология корней, количество корневых каналов.

Согласно результатам исследования мы проанализировали анатомию 798 зубов, строение 27,8% зубов отличалось от данных нормальной анатомии. Обнаруженные варианты были классифицированы.

На основе полученных данных сделан вывод о высокой вариабельности строения зубов: наиболее вариабельна группа моляров (лишь 45% соответствовали норме), наименее – фронтальная группа зубов верхней челюсти. Также сделан вывод о высокой информативности КЛКТ при установлении анатомии корней и КК. Полученные результаты служат основанием для продолжения более детального изучения возможностей КЛКТ, для установления границ применения данного метода исследования и разработки диагностических алгоритмов.

ВЛИЯНИЕ ЭПИХЛОРИДРИНА НА МАССУ ЛЁГКИХ КРЫС ПЕРИОДА СТАРЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ

Рыкова Ю.А.

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Одной из главных проблем современной экологии является загрязнение окружающей среды вредными веществами выделяемыми в промышленном производстве, такими как эпихлоргидрин, толуол, ксилол, амины, акриллаты и др. Большое количество этих веществ содержится в атмосферном воздухе, почве и водоёмах.

Цель исследования заключается в определении массы лёгких в разные периоды реадaptации после ингаляционного воздействия ЭХГ на организм подопытных животных в сравнении с контрольной группой.

Матеріали і методи. Експериментальне дослідження проведено на 60 білих беспородних крысах-самцях періода виражених старчеських змінень (20 місяців и 316,67±4,23 г). Животні були розділені на дві групи. Першу склали інтактні животні. Другу, крысы котрі були підвержені інгаляційному впливові на організм епіхлоргідріна в концентрації 10 ГДД (500мг/м³). Після сеансів інгаляційного впливові парів епоксидних смол на 1, 7, 15, 30 и 60 сутки животних декапітірували із експеримента під ефірним наркозом. Непосередствено після декапітації лёгкіе ізвлекалі єдиним комплексом с трахеей, бронхами, медиастинальної клетчаткой, осущєствляли препаровку, після чєго взєшивали на аналитических весах ВЛА-200 с точностью до 1 мг.

На первые сутки після впливові парів епіхлоргідріна установлено зниження масы левого лёгкого на 29,59%, на 7 сутки зниження склавило 26,74% к 15 суткам уменьшение массы отмечалось на 24,75% , на 30 день після впливові епіхлоргідріна на організм животних уменьшение склавило 20,99% а к 60 суткам 18,04% Маса правого лёгкого также заметно снижалась во все сроки реадaptaционного периода. На 1 сутки снижение склавило 37,92%, к 7 суткам маса снизилась в сравнении с контрольными показателями на 36,77%, на 15 день уменьшение массы склавило 33,36% а к 30 и 60 дню маса уменьшилась на 29,51% и 25,06%. Относительная маса лёгких животних периода виражених старчеських змінень на 1 сутки склавила снижение в сравнении с контрольной группой на 35,14% к 7 суткам на 33,40%, к 15 дню уменьшение склавило 30,46% а на 30 и 60 сутки маса снизилась на 26,67% и 22,61%.

Выводы. Результаты исследования характеризуют снижение массы во все периоды реадaptaции в сравнении с контрольными животными. Максимальное снижение приходится на первые сутки, к шестидесятым снижению менее выражено.

ВПЛИВ АРТИШОКУ ЕКСТРАКТУ- ЗДОРОВ'Я ТА ЦИКЛОФЕРОНУ НА СТАН СИСТЕМИ ІНТЕРФЕРОНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Рябенко Н.Б., Шаповалова І.Б., Рябенко Е.Б., Гуртова С.С.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Захворюваність на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), сполучений з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), характеризується стабільно високими показниками. Велика роль в формуванні захворювань запального характеру надається дослідженню інтерферонів – продуктів імунної системи. Нашу увагу привернула можливість використання в комплексі лікування комбінації циклоферону та артишоку екстракту – Здоров'я. Артишоку екстракт – Здоров'я – препарат з гепатопротекторною, антиоксидантною та мембраностабілізуючою властивостями. Циклоферон – сучасний імуоактивний препарат з інтерфероніндукуючою активністю, а також протизапальними властивостями.

Метою роботи було вивчення впливу циклоферону та артишоку екстракту -

Здоров'я на стан системи інтерферону у хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ. Під наглядом знаходилося 118 хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ, віком від 25 до 58 років. Усі обстежені хворі були поділені на дві групи: основну (60 осіб) та групу зіставлення (58 пацієнтів). Усім обстеженим хворим призначалося загальноприйняте лікування. Крім того, хворі основної групи отримували додатково циклоферон по 2,0 мл 12,5% розчину в/м один раз на добу 7 діб поспіль, далі по 2,0 мл через день, та артишоку екстракту – Здоров'я по 2 капсули усередину 3 рази на добу протягом 14-20 діб поспіль. Пацієнти із групи зіставлення лікувалися лише за допомогою загальноприйнятих препаратів.

У всіх хворих вивчали показники інтерференового статусу. Так, рівень СІФ у хворих основної групи та групи зіставлення в середньому був нижче норми в 1,8 рази. При дослідженні рівня СІФ після завершення лікування встановлено, що в основній групі (що одержувала додатково комбінацію циклоферону та артишоку екстракту-Здоров'я) даний показник складав 2,79 а в групі зіставлення (що одержувала лише загальноприйняте лікування) рівень СІФ залишався в 1,4 рази менше норми і складав $2,75 \pm 0,07$ МО/мл.

Таким чином, отримані дані свідчать, що лікування хворих на ХНХ, сполучений з ХОЗЛ, з використанням комбінації циклоферону та артишоку екстракту-Здоров'я є патогенетично обґрунтованим та доцільним.

INFLUENCE OF LECITHIN-CALCIUM COMPLEX ON ACID-BASE STATUS OF YOUNG PERSON'S ORAL FLUID WITH CARIES

Ryabokon E.N., Volkova O.S., Cherepynskaya Y.A.

Kharkov national medical university

The aim of our study was to examine the impact of prevention scheme with the addition of "Lecithin-2", which contains calcium citrate and lecithin on acid-base status of oral fluid in patients with multiple dental caries.

Materials and methods. The criterion for selection of young persons into the mainstream (51 persons) and comparison group (46 persons) was the presence of this high and very high intensity of dental caries (ILC 0,31 to 0,6 and ILC > 0,6). For individual oral hygiene during the year of observations used: toothpaste - Colgate «Triple effect of fluoride», containing 1450 ppm NaF, 2 times a day, rinse «Colgate Plax» complex action "Delicate mint" containing NaF (0,025 %) used 2 times a day after brushing your teeth, at 1 month twice a year. Patients also indicated the main group on the first day examination given additive "Lecithin-2" of "Odessa biotechnology" (TU 15.8-13903778-82-2000), the daily dose of 1 tab. 3 times a day for half an hour before meals to complete resorption in the mouth for 1 month. Prevention course held two times a year. Patients on the first day of the test and then after 3, 6, 12 months not stimulated collected saliva. To compare performance indicators used comparison groups.

The results of the study. As the results, after 12 months from start of prevention instability pH value of oral fluid in the main group of patients had a tendency to significant increase of 0,11 units. pH - ($7,00 \pm 0,02$) against baseline ($p < 0,01$) compared with the comparison group, while there was alkalization mixed saliva ($p < 0,001$). While the group comparison the pH of saliva changed in the middle of

(6,90 ± 0,03) to (6,88 ± 0,02) m. pH, which corresponded to the value of baseline in the main group (6,89 ± 0,04) m. pH and contributed to the predominance of processes of demineralization of enamel and manifested a greater increase of caries in patients in the comparison.

ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ПРАЦІВНИКІВ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ **Савушина І. В.**

*Український науково-дослідний інститут промислової медицини,
м. Кривий Ріг*

На сьогоднішній день в Україні працює велика кількість працівників, праця яких супроводжується постійним голосовим навантаженням, значну питому вагу серед яких складають вчителі – близько 600 тис.

Метою досліджень є: визначення тривалості голосового навантаження за тиждень у вчителів загальноосвітніх закладів.

Матеріали і методи. Епідеміологічне дослідження проведено серед вчителів загальноосвітніх навчальних закладів міста Кривий Ріг та контрольній групі, що безперервно (цілий рік) працюють у визначених виробничо-професійних умовах. Вивчення проводилось за 10 років (2002 – 2012 рр.).

До основної групи було віднесено 64 працівника голосомовних професій, яким було встановлено зв'язок захворювання з умовами праці.

Отримані результати. Всього за період 2002–2012 рр. до клініки Українсько-го науково-дослідного інституту промислової медицини було направлено 64 працівника голосомовних професій з підозрою на професійний характер патології голосового апарату, загальний педагогічний стаж серед яких становив від 15 до 33 років.

За результатом проведених хронометражних досліджень встановлено, що тривалість голосового навантаження на уроках становить від 58 до 83 %, що залежить від виду (математика, література, малювання та ін.), типу уроку (лекція, самостійна робота, контрольна робота) та індивідуальних особливостей вчителя (темперамент та тип нервової системи вчителя), віку учнів (з першого по одинадцятий клас).

Педагогічне навантаження вчителя за тиждень складає 18 академічних (12 астрономічних) годин на тиждень, а тривалість голосового навантаження в середньому 10,2±1,2 астрономічних годин. Але у зв'язку з відсутністю необхідної кількості педагогічних кадрів і потребою у заміщенні вакантних посад більшість вчителів має педагогічне навантаження у 1,5 та 1,75 ставки, тобто 27 та 31,5 академічних (18 та 21 астрономічних) годин відповідно, таким чином тривалість голосового навантаження за тиждень, згідно з хронометражними спостереженнями проведеними санітарною лабораторією Українсько-го науково-дослідного інституту промислової медицини, становить 20,1±0,9 астрономічних годин, що згідно Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу ГН 3.3.5-8-6.6.1 2002 р., таблиці 4.11.8 п. 2.6, відноситься до 1 ступеню 3 класу шкідливості (допустимим вважається сумарна кількість годин, що наговорюється протягом тижня 18–20 астрономічних годин).

Висновок. В Україні працює велика кількість працівників голосомовних професій тривалість голосового навантаження яких за тиждень складає більше 20 астрономічних годин, що, при тривалому стажі роботи, може призвести до розвитку професійної патології голосового апарату.

КЛАСИФІКАЦІЙНІ УТРУДНЕННЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

Сазонов С.О., Байбарак Н.А.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Класифікаційне визначення шизоафективного розладу доволі відомо. Воно присутнє в МКХ-10 та DSM-IV-TR. Однак діагностичні погляди на цей розлад, які використовуються практично, наприклад у наукових дослідженнях, наведені у наукових публікаціях іноді бувають більш широкими.

Це розлад психотичного регістру вираженості, і не можливе встановлення цього діагнозу без наявності симптомів психозу, хоча термін «психоз» і виключений із міркувань дестигматизації із назви розладу, шизоафективний розлад не може бути нічим іншим як психозом. Це розлад із нападаподібним перебігом.

Відомо, що від однієї до двох третин випадків, які починаються типовим нападаподібним перебігом, з часом втрачають цю рису та набувають континуального характеру перебігу. Лікарі та дослідники мають на це питання різні погляди, але ми згодні із традицією, відомою від Нуллера Ю.Л. (1988), що у таких випадках захворювання слід кваліфікувати не як шизоафективний розлад, а як інший психоз, зокрема шизофренію. І визнавати етапний характер діагнозу шизоафективного розладу. Така діагностична тактика може бути корисною і навіть необхідною в випадках, які попадають, так би мовити, на межу між прогресивними формами ендогенних розладів та непрогресивними, умовно сприятливими.

Отже діагноз шизоафективного розладу можна встановлювати лише дослідивши наявність та якість ремісії у хворого – відсутність залишкових продуктивних та негативних симптомів.

Наступною обов'язковою рисою шизоафективного розладу є сполучення у клінічній картині симптомів шизофренії та афективних порушень. Симптоматика шизофренічного спектру досліджена доволі фундаментально більшістю світових психіатричних шкіл, як насправді і афективна симптоматика, але у випадку шизоафективного розладу емоційні порушення можуть бути як типовими і прямо нагадувати симптоматику типової депресії або манії або змішаної афективної фази, або бути доволі атиповими. Однак вкрай рідко у одного хворого зустрічається лише (або навіть переважно) афективна симптоматика одного полюсу – маніакального, депресивного або змішаного, як нам пропонує класифікація МКХ-10, а вже депресивний, маніакальний чи змішаний тип шизоафективного психозу за прямим лексичним розумінням диктує тенденцію очікувати переважність того чи іншого афекту від загострення к загостренню, чого не часто вдається побачити в практичній клініці. Тому більш доцільним, зручним та коректним було би застосовувати кваліфікацію нападів розроблену в МКХ-10 для біполярного афективного розладу.

Складність діагностики шизоафективного розладу хочеться підкреслити ще і тим, що вищевказані уточнення не вирішують проблеми, наприклад, відокремлення шизоафективного розладу від нападаподібної параноїдної шизофренії із афективно-параноїдними нападами.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Салівон-Гончаренко А.А., Гріненко Т.Ю.

Запорізький державний медичний університет

Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка»

Сьогодні ішемічна хвороба серця (ІХС) є найбільш частою причиною смертності в усьому світі в цілому. Раптова серцева смерть (РСС) є однією з ведучих причин смерті у хворих на ІХС. Особливе значення РСС набуває у хворих, які перенесли інфаркт міокарду (ІМ). Вважається, що у таких пацієнтів випадки РСС обумовлені шлуночковими порушеннями ритму, в той же час нерідко шлуночкові аритмії реєструються і у хворих іншими хронічними формами ІХС. До розвитку шлуночкових аритмій призводить порушення біоелектричного гомеостазу і розвиток електричної нестабільності міокарду. В останні роки новим маркером електричної нестабільності міокарду, який дозволяє прогнозувати ризик розвитку аритмій, що погрожують життю є турбулентність серцевого ритму (ТСР).

Метою нашого дослідження стала оцінка і порівняння показників ТСР у хворих хронічними формами ІХС. Обстежено 60 пацієнтів, які проходили обстеження на базі ННМЦ «Університетська клініка», середній вік яких склав $67,5 \pm 5,68$ років. 30 пацієнтів мали в анамнезі перенесений ІМ, у інших 30 було діагностовано хронічні форми ІХС без перенесеного ІМ. Усім хворим було проведено добовий моніторинг електрокардіографії за допомогою комп'ютерної системи аналізу Кардіосенс К («ХАІ Медіка», Україна) з оцінкою показників ТСР: То – величини прискорення синусового ритму, який слідує за шлуночковою екстрасистолюю; Ts – швидкості уповільнення синусового ритму, який слідує за його прискоренням.

Аналіз отриманих результатів показав, що патологічне значення показників То ($\geq 0\%$ мс/скор) та Ts ($< 2,5$ мс/скор) мало місце у 73% пацієнтів з перенесеним ІМ, в той час як у пацієнтів без ІМ тільки в 60%. У обстежених з перенесеним ІМ, згідно з класифікацією Lown-Wolff шлуночкових аритмій, 4 клас мали 51%, 3 - 27%, 2 - 9%, 1 - 13%. Серед хворих без перенесеного ІМ в анамнезі структура шлуночкових порушень ритму розподілялась наступним чином: 4 клас мали 33%, 3 - 16%, 2 - 33%, 1 - 16%. Тобто, у хворих, які перенесли ІМ, показники ТСР на 13% виявилися гіршими, ніж у пацієнтів без ІМ. При цьому у обстежених з ІМ відсоток шлуночкових аритмій високої градації також був більший, ніж у осіб без перенесеного ІМ.

Таким чином, у пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарду, для виявлення групи з високим ризиком раптової серцевої смерті доцільно використовувати показники турбулентності серцевого ритму.

ЧИ ПОТРІБНА В УКРАЇНІ ОBOB'ЯЗKOBA BAKЦИHAЦIЯ ДITEЙ ПPOТИ BIPYCHOГO ГEПATИТУ A?

Сарнацька І.В., Кірсанова Т.О.

Харківський національний медичний університет

Мета: обґрунтувати доцільність введення в календар вакцинації здорових дітей України щеплення проти вірусного гепатиту А (ВГА).

Щорічно в усьому світі реєструється більш ніж 1500000 випадків ВГА. За даними ВООЗ летальний результат спостерігається у кожної 200 дитини віком до 5 років. Загальна тривалість захворювання в середньому становить близько 35 днів, період одужання до повного відновлення функцій печінки триває 6 і більше місяців. У цей період потрібно дотримання суворої дієти, а також тривала допоміжна терапія. Наприклад, враховуючи часте залучення в патологічний процес жовчовивідних шляхів і жовчного міхура часто потрібно призначення антихолестатичних препаратів (холестерамін, білігнін, урсохол, урсофальк) не менш ніж на 1 міс. При вираженій судинній реакції паренхіми застосовують ангіопротективні засоби (рибоксин, інозин, мілдронат, троксевазин) курсом не менш ніж 1 міс. Всім реконвалесцентам після ВГА проводиться замісна вітамінотерапія (спочатку рекомендуються курси моновітамінотерапія В1, В6, В12, А, Е, С по черзі курсами по 10 днів, потім вже полівітаміни (вітрум, юнікаб, мультитабс) протягом 1 міс. Обов'язкові антиоксиданти (фолієва кислота) і антигомотаксичні препарати (віталонг, гепастеріл). Вартість курсу реабілітації реконвалесцентів в середньому становить більш ніж 1000 грн, за займає майже 4 місяці і це не враховуючи курси фіто- та бальнеотерапії.

Найбільш оптимальним методом профілактики ВГА є вакцинація. Введення вакцин забезпечує формування захисту від захворювання у 98-99 людей зі 100 щеплених, а імунітет зберігається 20 років і більше. Вакцинація проти ВГА входить в Національні календарі профілактичних щеплень багатьох країн світу (Ізраїлю, Італії, США та ін). У нашій країні зареєстровані дві інактивовані вакцини проти ВГА: «Аваксим» (Франція) і «Хаврикс» (Бельгія). Обидва препарати ідентичні за ефективністю та безпекою. Для формування базового імунітету достатньо однієї вакцинації. Такий імунітет збережеться протягом 12-18 міс. Для того, щоб захист зберігався тривалий період (20 і більше років), через 6 міс. після введення першої дози вакцини необхідно ввести другу. Згідно з даними за 2003-2007 рр. у Білорусі проводилася планова вакцинація проти ВГА всіх дітей у віці 6 років. За цей період був зареєстрований лише 1 випадок ВГА, у дитини, чії батьки відмовились від проведення вакцинації.

Таким чином, ми рекомендуємо ввести до національного календаря вакцинації України вакцинацію проти ВГА, що, на наш погляд, дозволить значно скоротити захворюваність на нього, знизити економічні витрати на лікування та реабілітацію хворих.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІШАНОГО ВАРІАНТУ ШИЗОАФЕКТИВНОГО ТА БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДІВ

Серікова О.С., Павлов А.Ю.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м.Харків

Насьогодні багаточисельні нейропсихологічні, генетичні, епідеміологічні дослідження чітко не визначили діагностичні категорії біполярного афективного та шизоафективного розладів. Навпаки, існує багато співпадінь при порівнянні результатів досліджень з патофізіології, біохімії та спадковості згаданих вище захворювань. Особливу увагу дослідників привертають змішані форми афективних та шизоафективних розладів в зв'язку із труднощами у діагностиці та відносно несприятливим прогнозом.

Метою дослідження було вивчення відмінностей між клініко-психопатологічними проявами шизоафективного та афективного біполярного розладу у стані ремісії.

До дослідження увійшли 25 пацієнтів з діагнозом шизоафективного розладу та 30 із діагнозом біполярного афективного розладу.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, катamnестичний.

При шизоафективному розладі змішана афективна симптоматика з'являється у більш молодому віці - приблизно у 30 - 33 років, проти 35 – 40 років при біполярному афективному розладі. Загострення змішаного типу шизоафективного розладу тривають довше (до 10 - 12 місяців, проти 8 - 9 місяців при біполярному розладі) та мають більш складну клінічну картину. Ремісії при змішаному типі шизоафективного розладу дуже короткотривалі (декілька місяців) та відносяться до психопатоподібного типу, що свідчить про значно гірший перебіг і прогноз при даному типі шизоафективного розладу у порівнянні з змішаним епізодом біполярного афективного розладу.

За результатами досліджень особливостей перебігу та кінцевого результату афективних та шизоафективних розладів, можна відмітити, що в досліджених групах відсутня статистично значуща різниця за показниками віку, в якому почалося захворювання, віку першої госпіталізації та загальної тривалості розладу. Однак, пацієнти з шизоафективним розладом мають значно гірші показники соціального функціонування та якості ремісії, особливо у порівнянні з рекурентним депресивним розладом. При шизоафективному розладі спостерігаються в більшості випадків ремісії по типу «інтермісій» (особливо при маніакальному типі) та по типу «астенічної шизоїдизації» (характерні для депресивного типу), але приблизно у чверті пацієнтів можна спостерігати психопатоподібні (найчастіше при змішаному типі) та тимопатичні ремісії.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІШАНОГО ВАРІАНТУ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

Серікова О.С.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Різновиди і елементи психотичної симптоматики у структурі шизоафективного розладу (ШАР) важко піддаються психопатологічній диференціації, що веде до помилок в діагностиці і необґрунтованого вибору лікування.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-типологічних особливостей змішаного варіанту ШАР на сучасному етапі.

До дослідження увійшли 25 пацієнтів з діагнозом шизоафективного розладу (F 25 за МКХ-10)

Методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний.

Середній вік хворих на момент початку загострення складав $(30,51 \pm 3,87)$ років. Як правило, змішана симптоматика формувалася через $(5,44 \pm 2,02)$ років від початку захворювання.

Змішані стани проявлялися затяжними фазами - $(6,72 \pm 1,97)$ місяців та короткими ремісіями - $(1,20 \pm 0,31)$ місяці. Клініка змішаного стану включала в себе симптомокомплекси психопатологічних розладів, для яких було характерним співіснування компонентів різнополюсних афективних станів, а саме гнівливо-маніакального та тривожно-депресивного. Типовий або класичний змішаний стан, коли окремі компоненти афективної тріади одного полюсу замінювалися психопатологічною симптоматикою протилежного полюсу, спостерігався лише в 12 % спостережень. Він був представлений манією, яка супроводжувалась психомоторною загальмованістю. У 32 % спостережень зустрічалися атипові змішані стани. Найчастіше мало місце поєднання манії з дисфорією. Але найчастіше зустрічалися так звані альтернуючі варіанти - швидка послідовна зміна компонентів різних полюсів протягом одного загострення - 56 % спостережень.

Шизофренічна симптоматика при змішаному типі шизоафективного розладу була синдромально поліморфною. Найчастіше зустрічалися нерозгорнуті малячні ідеї сприйняття, що не мали тенденції до генералізації. Навіть у гострому стані вони залишалися фрагментарними. Окрім різноманітних, нестійких ідей сприйняття спостерігалися симптоми психічного автоматизму та помилкові впізнавання.

Таким чином, головні патогномонічні риси змішаному типі шизоафективного розладу - затяжні афективні фази із переважно альтернуючим варіантом змішаного афекту у поєднанні із поліморфною шизофренічною симптоматикою. Це може мати значення насамперед при проведенні диференційної діагностики епізоду ШАР.

ХРОМАТИДНІ АБЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Сипко Т.С., Пшенічна Н.Д., Мазник Н.О., Старенький В.П.

*ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»,
м. Харків*

В останні роки брак знань про особливості перебігу радіогенних хромосомних пошкоджень зумовлює необхідність вивчення ефектів гострого опромінення у діапазоні терапевтичних доз. Таким чином **метою** дослідження було оцінити ступінь прояву цитогенетичних ефектів на різних етапах променевої терапії (ПТ).

Матеріали та методи: Рівень аберацій хроматидного типу вивчали за допомогою класичного цитогенетичного аналізу у лімфоцитах периферичної крові 7 хворих на недрібноклітинний рак легенів до проведення першого сеансу терапевтичного локального фракціонованого ^{60}Co гамма-опромінення, в се-

редині циклу опромінення та наприкінці, по отриманні пацієнтами повної терапевтичної дози (усього 21 точка дослідження). Дані, отримані на різних строках ПТ, порівнювали між собою та з результатами аналізу у групі лабораторного контролю.

Результати дослідження: Під час обстеження було виявлено, що до початку ПТ сумарна частота аберацій хроматидного типу та частота хроматидних фрагментів вірогідно перевищували спонтанний рівень у 5 разів та дорівнювали, відповідно, $3,94 \pm 0,71$ і $3,55 \pm 0,67$. Під час променевого лікування серед аберацій хроматидного типу спостерігали вірогідне збільшення рівня хроматидних фрагментів. При чому за рахунок підвищеного рівня цього показника до лікування, різниця з серединою ПТ була невірогідною, а наприкінці ПТ спостерігали вірогідне збільшення рівня хроматидних фрагментів у 3 рази у порівнянні із серединою курсу та у понад 4,5 рази у співставленні з результатами перед лікуванням ($t = 5,02$ та $t = 7,48$; $p < 0,001$, відповідно). Частота хроматидних обмінів до початку ПТ була дещо вище за контрольне значення, але різниця була невірогідною. В ході ПТ середній рівень хроматидних обмінів не змінювався та не відрізнявся від значення до початку лікування.

Висновки: Причини підвищених рівнів не радіаційно-специфічних хроматидних фрагментів у хворих на рак легенів як до початку, так і під час променевої терапії, потребують подальшого вивчення. Загалом дослідження цитогенетичного статусу онкопацієнтів *in vivo* під час променевого лікування буде мати практичне значення та розширить поточні уявлення в галузі фундаментальної радіобіології та радіобіологічних основ ПТ про наслідки радіаційного впливу на пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ЕТИОПАГЕНЕТИЧНИХ ЗМІН ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

Скорбач О.І.

Харківський національний медичний університет

Сучасні вчені вважають, що радикальні оперативні втручання, зокрема гістеректомія (ГЕ), «нівечать» жінок, оскільки видалення матки сприяє зміні складних нейроендокринних взаємозв'язків у системі гіпоталамус – гіпофіз – яєчник-кора надниркових залоз – щитоподібна залоза та порушує функцію тазового дна, призводить до змін кровопостачання, іннервації, лімфовідтік. Таким чином, постгістеректомічний синдром (ПГС) варто розглядати, як полігландулярний і полісистемний та вимагає подальшого вивчення з метою уточнення механізмів виникнення.

Метою дослідження було вивчення особливостей гормональних, психоемоційних та імунологічних процесів у жінок після ГЕ.

Матеріали й методи. До дослідження залучено 60 жінок репродуктивного віку, які були розподілені на такі клінічні групи: контрольна (I) група – 30 практично здорових жінок із збереженою менструальною функцією; основна (II) група – 30 жінок, які перенесли оперативне втручання – ГЕ зі збереженням обох яєчників.

Визначення особливостей перебігу ПГС проводили шляхом обстеження з оцінкою психоемоційного стану та вегетативного статусу хворих.

Оцінку гормонального статусу проводили в плазмі крові методом імуноферментного аналізу із застосуванням тест-систем фірми виробництва «Алкор Біо» (СПб, Росія).

Уміст сироваткових Іg основних класів (G, M, A) визначали в сироватці крові, застосовуючи прямий метод радіальної імунодифузії за Mancini та співавторами (1965). Визначення вмісту основних про- та протизапальних цитокінів у сироватці крові проводили із застосуванням твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою комерційних тест-систем виробництва ТОО «Протеїновий контур» (СПб, Росія).

При дослідженні було виявлено, що в жінок основної групи спостерігалися ознаки нейровегетативної дисфункції; достовірне ($p < 0,05$) збільшення вмісту фолікулоstimулюючого та лютеїнізуючого гормонів на тлі зниження естрадіолу, прогестерону.

Вивчення цитокінового статусу в жінок II групи виявило виражений дисбаланс, який проявлявся підвищенням рівня прозапальних цитокінів, поєднаних зі зниженням рівня протизапальних цитокінів ($p < 0,05$).

При дослідженні гуморальної ланки імунітету вміст сироваткових Іg G в основній групі був достовірно вищим, ніж у жінок I групи ($p > 0,05$).

Таким чином, можна зробити висновок, що перебіг ПГС, який проявляється естрогендефіцитним станом, може впливати на імунну систему жінки та приводити до значних імунологічних порушень. Імунологічні та гормональні порушення призводять до формування психоемоційних та невегетативних порушень.

ВЛИЯНИЕ СУЛЬФАТА ЖЕЛЕЗА НА АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ **Смирнова А.С.**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Цель: изучить влияние сульфата железа на активность воспалительного процесса у больных ревматоидным артритом (РА) с железодефицитной анемией (ЖДА).

Методы исследования: Под наблюдением находились 32 женщины (средний возраст 47 ± 10 лет), страдающие РА и ЖДА (средний уровень гемоглобина – $100,51 \pm 5,43$ г/л). Больным назначали сульфат железа в дозе 100 мг/сут до нормализации уровня гемоглобина (не более 2-х мес) с последующей поддерживающей терапией в дозе 60 мг/сут на протяжении 3-х мес для восстановления депо железа в организме. До начала терапии, после нормализации уровня гемоглобина и через 3 мес поддерживающей терапии у пациенток измеряли скорость оседания эритроцитов (СОЭ), содержание С-реактивного белка (СРБ), фактора некроза опухоли (ФНО) α и интерлейкина (ИЛ) - 1 β в сыворотке крови.

Результаты. У всех больных на фоне терапии (в среднем через $1,75 \pm 0,12$ мес) наблюдалась нормализация уровня гемоглобина ($124,64 \pm 3,5$ г/л), что сопровождалось достоверным ($p < 0,05$) снижением уровня СОЭ с $51,53 \pm 10,62$ до $33,38 \pm 21,48$ мм/ч и СРБ с $47,4 \pm 4,18$ до $29,31 \pm 10,47$ мг/дл. В то же время

достоверное ($p < 0,05$) снижение концентрации ФНО α (до начала лечения – $31,13 \pm 4,05$ пкг/мл; после нормализации гемоглобина – $27,69 \pm 8,22$ пкг/мл; через 3 мес поддерживающей терапии – $19,32 \pm 7,24$ пкг/мл) и ИЛ-1 β (до начала лечения – $163,66 \pm 9,06$ пг/мл; после нормализации гемоглобина – $157,61 \pm 20,39$ пг/мл; через 3 мес поддерживающей терапии – $110,21 \pm 17,26$ пг/мл) наблюдалось только через 3 мес поддерживающей терапии.

Выводы. Нормализация уровня гемоглобина у больных ЖДА и РА на фоне терапии сульфатом железа сопровождается снижением уровня СОЭ и СРБ. Достоверное уменьшение концентрации ФНО α и ИЛ-1 β наблюдается лишь после завершения этапа поддерживающей терапии.

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО НЕКАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ПОЄДНАНОГО З ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С З НИЗЬКИМ СТУПЕНЕМ АКТИВНОСТІ

Соцька Я.А., Круглова О.В., Старік А.Д., Декалюк І.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

В сучасних умовах хронічний вірусний гепатит С (ХВГС) є дуже поширеною інфекційною хворобою, оскільки вона має тенденцію до прогресування з виходом у цироз печінки, та в той же час дуже тривало не викликає погіршення самопочуття хворих; тому вони занадто пізно звертаються до лікаря, коли морфологічні зміни у печінці, зокрема фіброз, вже дуже значні. Отже нами було встановлено, що у мешканців великого промислового регіону Донбасу, ХВГС у 95% випадків поєднується з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ), що підтверджується даними УЗД. Наявність ХНХ у більшості випадків ХВГС в обстежених нами хворих негативно впливає на загальний стан гепатобіліарної системи (ГБС), сприяє виникненню помірно виражених явищ холестазу (так званого холестатичного компоненту) і тому потребує особливих підходів як до лікування, так в ще більшому ступені – до медичної реабілітації хворих на таку сполучену патологію ГБС. Хронічна патологія печінки та жовчовивідних шляхів в індустріальних регіонах України, зокрема в Донбасі, характеризується стабільно високими показниками, що обумовлено шкідливим впливом на гепатобіліарну та імунну системи мешканців цих регіонів екологічно шкідливих факторів довкілля, особливо ксенобіотиків, що містяться у відходах великих промислових підприємств, виникненням вторинного імунодефіцитного стану (ВІДС).

Метою роботи було вивчення клініко-біохімічних особливостей перебігу хронічного некалькульозного холециститу, поєданого з вірусним гепатитом С з низьким ступенем активності. Клінічна картина у хворих на ХНХ, поєднаний із ХВГС з низьким ступенем активності, характеризується тривалим збереженням загострення запального процесу у паренхімі печінки та жовчовивідних шляхах (тяжкість у правому підребер'ї, гіркота у роті, симптом Високовича, субектиричність склер). У більшості випадків хворих з коморбідною патологією загострення гепатиту веде до появи синдрому внутрішньопечінкового холестазу. З боку біохімічних показників, які характеризують функціональний стан печінки відмічалися підвищення рівня прямого білірубину, помірна гіпертрансфераземія, в деяких випадках – підвищення показника тимолової про-

би, збільшення кількості “анаеробних” фракцій лактатдегідрогенази (ЛДГ) – ЛДГ₄₊₅, що свідчило про наявність чітко виражених зсувів з боку функціональних проб печінки в обстежених. У подальшому доцільно вивчити стан системи перекисного окислення ліпідів у хворих на ХНХ, поєднаний із ХВГЗ з низьким ступенем активності.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.

Стебляно А.А., Худик А.К.

Харьковский национальный медицинский университет

В хирургической стоматологической практике проблема удаления ретенированных третьих моляров верхней челюсти при их патологическом наклоне остается актуальной и в настоящее время.

Целью работы явилась оценка данных рентгенографического исследования (РИ) и спиральной компьютерной томографии (ЗД) (СКТЗД) у пациентов с ретенированными третьими молярами верхних челюстей.

Нами обследованы пациенты челюстно-лицевого отделения Областной клинической больницы г. Харькова, которые поступили для хирургического лечения ретенированных третьих моляров. Так как выбор методики хирургического лечения ретенции и дистопии зависит от топографических особенностей расположения третьих моляров в костной ткани и их соотношением с гайморовой пазухой, то перед операцией удаления зуба всем пациентам проведено РИ и СКТЗД.

В стоматологическое отделение Областной клинической больницы г. Харькова больная Н., 26 лет, обратилась с жалобами на наличие болей в области верхней правой челюсти. При ПР и СКТЗД обнаружен ретенированный и дистопированный 1.8, который расположен таким образом, что коронка прилегает к вестибулярной поверхности 1.7 в области его шейки, ось зуба наклонена по отношению к центральной линии на 38°, верхушка корня 1.8 располагается в непосредственной близости от слизистой оболочки дна правой гайморовой пазухи. Зуб был удален без перфорации в гайморову пазуху. Рана была ушита узловыми швами наглухо. У больной Н., 27 лет, обратившейся с жалобами на наличие болей в области верхней левой челюсти, коронка 2.8 развернута в небную сторону, ось зуба наклонена по отношению к центральной линии на 43°, верхушка корня 2.8 располагается в близости дна гайморовой пазухи. 2.8 был удален с возникновением перфорации дна в гайморовой пазухи. Гнойных выделений из полости носа и раны не наблюдалось. Рана была ушита узловыми швами наглухо.

Таким образом, выбор тактики лечения зависит от расположения зуба в костной ткани, которое точно определяется современным и значимым методом СКТЗД, что позволяет врачу-стоматологу прогнозировать возможность перфорации дна гайморовой пазухи и выполнить необходимый объем стоматологической помощи.

ЗМІНИ РІВНЮ VE-КАДГЕРИНУ У ХВОРИХ НА ГКС З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Степанова О.В., Кірієнко М.О., Щенявська О.М.
Харківський національний медичний університет

Різноманітність сценаріїв гострого коронарного синдрому (ГКС) залежить від багатьох причин, основними з яких є фактори, що спричиняють пошкодження структурної цілісності ендотелію судин, та порушення його функції. Хронічна хвороба нирок (ХХН) є незалежним предиктором несприятливого перебігу багатьох захворювань, в тому числі і ГКС.

Метою наших роботи є аналіз маркерів ендотеліального пошкодження у хворих на ГКС з хронічною хворобою нирок на ранніх етапах захворювання.

В клініці в ДУ „Національного інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України” було обстежено 44 пацієнтів з ГКС та ХХН (26 чоловіка та 18 жінок у віці від 42 до 68 років (середній вік $54 \pm 2,3$ роки). Хворі були розділені за змінами на ЕКГ на 2 групи: хворі на інфаркт міокарду (ІМ) з наявністю зубця Q, та без зубця Q. Хворим, в яких на ЕКГ не було виявлено зубця Q, додатково проводили аналіз крові для визначення рівню тропоніну крові (ТР І). В тих випадках, коли рівень тропоніну І не перевищував 1,5 нг/мл, а на ЕКГ не виявлявся зубець Q, встановлювався діагноз нестабільної стенокардії (НС). Для оцінки структурного пошкодження ендотелію аналізували рівень VE-кадгерину (CD-144). Рівень розчинного CD-144 визначали імуноферментними тест-системами (Bender MedSystems, Technoclone GmbH, Austria).

Встановлено, що у хворих на ІМ з Q та без Q рівень VE-кадгерину був у 2 рази більше у порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$). У хворих на НС рівень VE-кадгерину був достовірно більше, ніж у хворих на ГХ ($p < 0,05$).

Таким чином у хворих з ІМ та НС відмічені достовірні зміни структурної цілісності судинного ендотелію.

Структурні зміни ендотелію є морфологічною причиною розвитку гострих кардіоваскулярних подій, клінічних і електрокардіологічних змін.

Хворі на ГКС та ХХН потребують додаткового контролю, а у лікуванні - призначення 2-3 компонентної дезагрегаційної терапії, раннього проведення коронарографії або, при необхідності, оперативного втручання (реваскуляризації).

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА БУДІВНИЦТВА ЖИТЛОВИХ БУДИНКІВ ІЗ ВБУДОВАНИМИ В НИХ ОБ'ЄКТАМИ ГРОМАДСЬКОГО ПРИЗНАЧЕННЯ **Стирта З.В., Махнюк В.М., Могильний С.М.**

*Державна установа «Інститут гігієни та медичної екології
ім. О.М. Марзєєва Національної академії медичних наук України», м. Київ*

Метою наукового дослідження було проведення санітарно-епідеміологічної оцінки будівництва житлових будівель з вбудованими в них об'єктами громадського призначення. В роботі використані аналітичні та санітарно-гігієнічні методи дослідження.

За результатами санітарно-епідеміологічної оцінки проектів будівництва житлових будівель з вбудованими в них об'єктами громадського призначення (в

кількості 200 об'єктів) було встановлено наступне.

Сучасні тенденції ущільнення житлової забудови сприяють будівництву житлових будинків на земельних ділянках із заниженою (відповідно до нормативної) площею. Це негативно відбивається на розміщенні основних функціональних зон житлових будинків: спортивних та дитячих майданчиків, зон відпочинку, територій для улаштування під'їзних та пішохідних доріг та озелененні. Враховуючи пропозиції замовників щодо максимального функціонального використання будівель, проектні організації проектують житлові будівлі з великою кількістю вбудованих та прибудованих об'єктів громадського призначення: магазини продовольчих товарів та непродовольчої групи, об'єкти громадського харчування малої потужності, лікувально-профілактичні заклади (амбулаторії, стоматологічні клініки, аптеки та ін.), освітні заклади (дошкільні групи тимчасового перебування дітей, клуби дозвілля для дітей та молоді), спортивно-оздоровчі клуби, офіси та ін.

Обслуговування зазначених об'єктів потребує використання спецтранспорту для завантаження та відвантаження продукції, а також розміщення власного транспорту працівників офісів. В більшості випадків гостьовий транспорт займає майже всю прибудинкову територію. При цьому в значній мірі зростає рівень шумового режиму, хімічного та біологічного забруднення. Планувальні відстані між громадськими об'єктами та прибудинковими майданчиками не дотримуються, що створює додатковий ризик травматизму мешканців цих будинків.

Також зростає навантаження на майданчик житлового будинку для зберігання твердих побутових відходів, що погіршує санітарно-гігієнічну та епідеміологічну ситуацію (спостерігається засилля гризунів та комах).

Враховуючи, що в Україні відсутні гігієнічні вимоги щодо розміщення житлових та громадських об'єктів в одному об'ємі споруди, вважаємо за необхідне подальше вивчення цих питань.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРЕГАБАЛИН («ЛИРИКА») С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Сухин В.С., Зац О.С., Сплюхина О.В., Слободянюк О.В., Зуб В., Грановская А.И.

*ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева
НАМН Украины», м. Харків*

Периферическая нейропатия в последнее время является не редким побочным эффектом при проведении химиотерапевтического лечения. По данным мировых источников частота встречаемости периферической нейропатии при химиотерапевтическом лечении больных раком яичников (РЯ) ежегодно составляет 21,5 на 1000 больных.

Схема карбоплатин / паклитаксел является мировым стандартом лечения больных распространенным раком яичников.

Целью исследования явилась оценка эффективности применения препарата Прегабалин («Лирика») с целью снижения периферической нейропатии у

больных раком яичников на фоне проведения полихимиотерапии.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование данных 20 больных раком яичников стадий III-IV T3NхM0-1, которым проведено 6 циклов полихимиотерапии (ПХТ) препаратами цисплатин 75 мг/м² и паклитаксел 175 мг/м², каждые 21 день, на фоне которой имела место периферическая нейропатия. Данное состояние проявлялось болезненной парестезией, а также чувством онемения пальцев рук и ног, иногда и стоп. Для купирования симптомов нейропатии использовался препарат Прегабалин («Лирика») 75 мг дважды в день в течение 10 дней с момента возникновения симптомов.

Результаты. При проведении химиотерапии по схеме цисплатин\паклитаксел у 11 (55%) больных РЯ отмечены проявления периферической нейропатии 1 степени (ВОЗ). На появление данного состояния оказывает влияние кумулятивный эффект введенного химиотерапевтического агента, и у большинства больных клинические проявления возникают уже после 3 цикла ПХТ, а у некоторых лишь через 4-6 недель после окончания лечения. Применение препарата Прегабалин («Лирика») в дозе 75 мг дважды в день в течение 10 дней позволило снизить данные явления у 6 (54,5 %) пациенток до 0 степени (ВОЗ).

Выводы. Прегабалин («Лирика») помогает эффективно снизить явления периферической нейропатии у больных раком яичников, которым проведена полихимиотерапия препаратами платино-таксанового ряда.

РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕНДОМЕТРІАЛЬНУ СТРОМАЛЬНУ САРКОМУ МАТКИ Сухін В.С., Слободянюк О.В., Немальцова К.В., Грановська Г.І., Нестеренко А.С.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»

Саркома матки є рідкісною патологією та складає лише 3 % від усіх злоякісних новоутворень матки. Ендометріальна стромальна саркома (ЕСС) складає приблизно 10-20 % всіх сарком матки, зустрічається у віці 45-50 років, і тільки 30 % випадків – у менопаузі.

Метою нашої роботи став ретроспективний аналіз результатів комплексного лікування хворих на ендометріальну стромальну саркому матки.

Матеріали та методи. Оброблено 33 архівних історій хвороб пацієнток з діагнозом ЕСС. Вік хворих коливався від 31 до 71 років, медіана склала 52,0 роки, середній вік – 51,6 ± 1,7 років. Усім пацієнткам проведено комплексне лікування – операція, променева терапія, 3 цикли поліхіміотерапії.

Результати. Аналіз частоти зустрічальності різних стадій захворювання в наших дослідженнях показав, що хворі на ЕСС з вихідними стадіями I (T₁N_xM₀) та II (T₂N_xM₀) склали по 11 пацієнток (33,3±0,8) %. 6 хворих мали стадію захворювання III (T₃N_xM₀) – (18,2±0,7) %, і ще 5 хворих з IV стадією (T₁₋₃N_xM₁) – (15,2±0,6) %.

При подальшому спостереженні у 45,5 % з усіх хворих виявлена маніфестація захворювання: у 33,3 % пацієнток – локорегіонарний рецидив пухлини, у 66,7 % – віддалені метастази. Локалізація метастазів спостерігалася в печінці, легенях, системі кісток та парааортальних лімфовузлах, а також відбувалося синхронне

ураження. При $T_1N_xM_0$, $T_2N_xM_0$, $T_3N_xM_0$ стадіях 5-річна виживаність пацієнок без ознак пухлинного процесу склала 90,9, 45,5 та 16,7 %, відповідно.

Висновок. ЕСС є агресивною пухлиною, що проявляється практично у 50 % пацієнок, які рецидивують як локально, так і дистанційно, що потребує подальшої розробки схем антибластомної терапії.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕВЕНТИВНИХ ЗАХОДІВ І СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ІV ЦИКЛУ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Сухіна І.С.

Харківський національний медичний університет

Метою дослідження було вивчення впливу превентивних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота на підставі даних опитування пацієнок, хворих на рак молочної залози (РМЗ), яким проводили 4 цикли поліхіміотерапії (ПХТ).

Матеріали та методи. Взято однорідну групу – 89 жінок, хворих на рак молочної залози $T_1N_0M_0$ – $T_2N_1M_0$ стадій, які отримали комбіноване лікування (операцію та променеву терапію) і 3 цикли ПХТ за однаковою схемою відповідно міжнародним стандартам. Опитування за розробленими нами анкетами проводили впродовж всього ІV циклу ПХТ.

Пацієнтки групи 1 лише чистили зуби 1 раз/добу будь-якими зубними пастами або зовсім не застосовували гігієнічні засоби. Пацієнтки групи 2 дотримувалися розробленого нами комплексу профілактичних гігієнічних заходів.

Результати досліджень. Під час проведення ІV циклу ПХТ 88,4 % пацієнок групи 1, і 66,7 % пацієнок групи 2 мали різні скарги.

При порівнянні частоти виникнення і характеру скарг у пацієнок обох груп на ІV циклі ПХТ було виявлено збільшення скарг на сухість в порожнині рота з 30,4 до 66,7 %, і спрагу – з 39,1 до 50,0 % відповідно.

Скарги на наявність виразок в порожнині рота в групі 2 знизились з 26,1 до 11,9 %, печіння всього язика та кінчика язика – з 13,0 до 4,8 %, сухість губ – з 47,8 до 4,8 %, запалення і кровоточивість ясен – з 30,4 до 11,9 %, набряклькість тканин порожнини рота – з 17,4 до 11,9 %, піноподібна слина – з 26,1 до 4,8 %, зміну смакових відчуттів – з 69,6 до 50,0 %, зниження апетиту – з 69,6 до 45,2 %, а також підвищена чутливість зубів у 4,8 % у групі 2.

Не відмічено змін в показниках запалення слизової оболонки порожнини рота – 17,4 та 16,7%, відповідно груп 1 і 2.

Висновки. Розроблені нами та застосовані в групі порівняння превентивні заходи під час проведення ІV циклу ПХТ вірогідно зменшують прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у хворих на РМЗ в 1,3 рази.

ЗМІНИ В ГОРМОНАЛЬНІЙ ЛАНЦІ ІММУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Сухонос Н.К.

Харківський національний медичний університет

Вібраційна хвороба (ВХ) призводить до взаємного обтяження гіпертонічної хвороби (ГХ), розвитку серйозних ускладнень у осіб працездатного віку, що заподіює значимий соціально-економічний збиток. Біологічні ефекти вібрації обумовлені як їх прямим впливом на клітину і субклітинні структури, так і опосередковано – через нейрогуморальні та нейрорефлекторні механізми, які відображаються на стані імунної системи. Впливаючи на гладкі м'язи судин, окситоцин викликає вазодилатацію, збільшує кровотік в нирках, коронарних судинах та судинах головного мозку. Наявність циркадианної ритміки артеріального і центрального венозного тиску у людей свідчить про участь мелатоніну і в регуляції функцій серцево-судинної системи. На користь цього говорить також присутність рецепторів до мелатоніну в м'язовому шарі і ендотелії судин.

Мета Вивчення змін в гормональній ланці імунітету на підставі вивчення рівнів окситоцину та мелатоніну у крові хворих з ВХ на ГХ.

Матеріали і методи Було обстежено 60 хворих на вібраційну хворобу, поєднану з гіпертонічною хворобою (основна клінічна група), 47 пацієнт з ВХ (група порівняння) та 22 практично здорових осіб (група контролю). Вміст гормонів у сироватці крові визначали імуноферментним методом за допомогою діагностичних тест-систем "Melatonin Elisa" ("IBL Hamburg", Німеччина), "Correlate-EIATM Oxitocin" ("Assay Designs", США) та аналізатора імуноферментного Star Fax 303 Plus.

Отримані результати. У хворих з ізольованим перебігом ВХ спостерігалася тенденція до зменшення окситоцину порівняно з контролем (130 пг/мл; Ме [88,5;154,5] проти 134 пг/мл; Ме [62;191]). А в основній групі рівень окситоцину достовірно підвищувався порівнянно як з групою з ізольованою ВХ, так і з групою контролю (149,25 пг/мл; Ме [96,5;183,5] проти 130 пг/мл; Ме [88,5;154,5] та 134 пг/мл; Ме [62;191]). Абсолютний вміст мелатоніну зменшувався відповідно: 30,3 пг/мл; Ме [26,25;34,11] – у контролі, 24,35 пг/мл; Ме [19,55;28,25] – у групі порівняння та 19,6 пг/мл; Ме [15,72;22,98] – у основній групі.

Висновки Аналіз результатів дослідження показав, що дія вібрації пригнічує активність імунної системи. Виявлене нами значне зниження рівня мелатоніну у основній групі, може свідчити про прогресування ендотеліальної дисфункції при поєднанні ГХ з ВХ. Статистично значущий зріст окситоцину тільки в групі з поєднанною патологією, може свідчити про скорочення проєкту периферійних судин, що призводить до прогресування дизрегуляторного стану імунокомпетентної сфери у хворих з поєднанною патологією.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Табаченко О.С.

*Харківський національний медичний університет.
Харківська міська клінічна лікарня №27*

Актуальність теми: Коморбідності таких патологій, як артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) найчастіше притаманні зміни у структурно-функціональному складі лівого шлуночка. Апелін-12 та обестатин є одними із маркерів, метаболічних порушень, що забезпечують взаємозв'язок між обмінної патологією і розвитком серцево-судинних захворювань, об'єднуючи в єдиний симптомокомплекс ожиріння, гіперліпідемії, порушення толерантності до глюкози, АГ та ЦД.

Мета дослідження: вдосконалити ефективність діагностики та лікування хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім цукровим діабетом 2 типу на підставі дослідження патогенетичної ролі гормонів жирової тканини, структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка, метаболічних порушень та їх взаємозв'язків.

Очікуванні результати: буде обстежено 110 хворих на АГ, які будуть розподілені на групи, в залежності від наявності ЦД 2 типу. До першої групи увійдуть хворі на АГ у поєднанні з ЦД 2 типу (n=70). Другу групу складуть хворі на АГ без діабету (n=40). Буде оцінено роль апеліну-12 та обестатину у прогресуванні структурно-функціональних змін лівого шлуночка, при АГ та ЦД 2 типу, та ефективність антигіпертензивної терапії у пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу шляхом визначення позитивної динаміки ліпідного та вуглеводного обмінів, структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка та адипоцитокінів.

Висновки: Висвітлені проблеми потребують більш детальнішого вивчення та проведення додаткових досліджень.

АСОЦІАЦІЯ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ТА РОЗВИТКУ ТЯЖКОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Тарнавська С.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вступ. Наразі фенотип тяжкої бронхіальної астми (БА) достатньо гетерогенний та не може визначатися єдиними механізмами та законами розвитку і прогресування, тому, враховуючи суперечливі дані щодо асоціації маси тіла та можливості розвитку тяжкої астми, вважалось доцільним оцінити клінічно-параклінічні особливості перебігу тяжкої БА у дітей із урахуванням індивідуальних генетичних особливостей організму та, зокрема, ацетиляторного фенотипу.

Мета роботи. Ретроспективно дослідити особливості фенотипу «тяжкої астми» залежно від типу ацетилювання.

Матеріали і методи дослідження. Проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження I-II рівня та визначення генетичного маркера – типу ацетилювання за методом Пребстинг-Гаврилова в модифікації Тимофеевої у 53

дітей, в яких визначався тяжкий персистувальний перебіг БА. Сформовано 2 клінічні групи: I група – 26 дітей з повільним типом ацетилювання (середній вік – $13,2 \pm 0,5$ роки, частка хлопчиків – 57,6%), II група – 27 пацієнтів зі швидким ацетиляторним фенотипом (середній вік – $12,2 \pm 0,6$ роки ($p > 0,05$); частка хлопчиків – 70,3% ($p > 0,05$)). За основними клінічними ознаками групи спостереження були зіставляваними.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи показник середньої ваги при народженні як одного із чинників ризику розвитку БА (за умови її перевищення від середнього показника), відмічено, що кількість дітей, яка народилася з масою тіла більше 3500 г, була майже однаковою у I та II групах ($36,4 \pm 8,0\%$ та $40,0 \pm 7,7\%$ відповідно, $P > 0,05$).

Не встановлено вірогідних відмінностей при оцінці ступеня вгодованості за індексом маси тіла (ІМТ) пацієнтів груп порівняння. Так, у хворих I групи ІМТ становив, у середньому $21,3 \pm 0,9$ кг/м², а у представників II групи – $19,6 \pm 0,6$ кг/м² ($P > 0,05$). Водночас частка дітей, в яких ІМТ перевищував 24 кг/м², виявилася майже вдвічі більшою у I групі (24%) порівняно з представниками II групи (10%, $p < 0,05$). Отже, повільний ацетиляторний фенотип асоціював із підвищеним ризиком надмірної маси тіла (ІМТ понад 24 кг/м²): відносний ризик – 1,5 [95%ДІ:0,7-3,1] при співвідношенні шансів – 2,8 [95%ДІ:1,3-6,3].

Висновок. Наявність повільного ацетиляторного статусу у дітей з тяжкою бронхіальною астмою підвищує шанси надмірного індексу маси тіла (понад 24 кг/м²) у 2,8 рази.

ОСОБЛИВОСТІ ІНВАЛІДНОСТІ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯАВАРІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Татаренко О.М.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», м. Київ

Мета дослідження: вивчити особливості інвалідності постраждалих внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) у віддаленому післяаварійному періоді.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось шляхом аналізу даних постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, чії справи щодо встановлення зв'язку випадків втрати працездатності з впливом наслідків аварії на ЧАЕС розглядались на засіданнях експертних комісій протягом 2007-2013 рр.

Отримані результати. Станом на 01.01.2014 р. статус постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи в Україні мали 2 млн. 132 тис. осіб. За 5 останніх років кількість осіб, визнаних інвалідами, при зменшенні загальної кількості постраждалих, зросла на 6259 осіб, а їх частка – з 4,77 % до 5,48 %. Серед інвалідів, причина втрати працездатності яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою, 57,34% – безпосередні учасники ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. В 2012-2013 рр. показник первинно визнаних інвалідами становив 34,2 на 10 тис. контингенту, тоді як у 1997 році – 50,5 на 10 тис. контингенту. У структурі причин інвалідності обстежених провідну роль відіграють такі непухлинні хвороби – патологія системи кровообігу (39%), нервової системи та органів чуття (17%), травлення (26%) та ендокринної

системи (5%).

Висновки. Показники інвалідності постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС залишаються значно вищими, ніж на в цілому по Україні. Уряду України доцільно продовжити удосконалення системи медико-санітарного забезпечення і соціального захисту населення, яке постраждало в результаті Чорнобильської аварії, приділяючи особливу увагу контингентам пріоритетного медичного спостереження.

КОРЕЛЯТИВНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА АНТРОМЕТРИЧНИМИ ДАНИМИ У ПАЦІЄНТІВ З СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ ПІД ЧАС СУПУТНОЇ ТЕРАПІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ **Тесленко Ю.В.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Актуальність теми. Оцінка змін показників антропометричних вимірювань у пацієнтів з стабільною стенокардією напруги (ССН) в контексті терапії, спрямованої на корекцію маси тіла та вуглеводного обміну на фоні супутньої терапії остеоартрозу (ОА) та ожиріння, з послідуочим вивченням корелятивних взаємозв'язків між основними та спільними патогенетичними ланками дозволяє проводити контроль та оцінку ефективності лікування як основного захворювання так і супутньої патології, що є актуальною проблемою сьогодення.

Мета дослідження. Вивчення корелятивних взаємозв'язків між показниками вуглеводного обміну та антропометричними даними у пацієнтів з стабільною стенокардією напруги на фоні супутньої терапії остеоартрозу та ожиріння.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено та проведено лікування 37 пацієнтів з ССН, поєднаною з ОА та ожирінням. Чоловіків було 12, жінок 25. Середній вік становив $60,7 \pm 1,54$ роки. У 20 хворих було ожиріння II ступеню, у 17 – ожиріння III ступеню. На фоні стандартної терапії ІХС, хворі отримували лікування ОА та ожиріння, що включало призначення хондропротективних препаратів, метформіну, цефамандару та комплексу дієтичних заходів. Обстеження пацієнтів зокрема включало визначення маси тіла, окружності талії, індексу маси тіла (ІМТ), індексів абдомінального ожиріння (ІАО), а також проведення тесту толерантності до глюкози. Кореляційний аналіз проводили шляхом визначення лінійного параметричного коефіцієнту кореляції Пірсона (r).

Результати проведеного дослідження. Проведений кореляційний аналіз засвідчив достовірний зв'язок між рівнем глюкози натще з масою тіла ($r=0,3331$; $p<0,05$), окружністю талії (ОТ) ($r=0,5609$; $p<0,01$), ІМТ ($r=0,5981$; $p<0,01$) та з ІАО – WHtR (як співвідношення ОТ до зросту) ($r=0,6347$; $p<0,01$), а також рівня глюкози через 2 години з цими показниками відповідно ($r=0,5154$; $p<0,01$; $r=0,7133$; $p<0,01$; $r=0,7256$; $p<0,01$ та $r=0,7494$; $p<0,01$).

Висновки. Встановлені зміни показників коефіцієнту кореляції між показниками вуглеводного обміну та антропометричними даними свідчать про

необхідність корекції саме абдомінального ожиріння, як прогностично значимого у прогресуванні ССН, поєднаної з ОА та ожирінням.

**ПОКАЗНИКИ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ МОНОЦИТІВ
У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЛІКУВАННІ
ЦИКЛОФЕРОНОМ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

Терьошина І.Ф.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Обстежено дві групи хворих на рекурентні депресивні розлади (РДР) (основна та зіставлення) по 98 і 94 особи відповідно, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем тяжкості, тривалістю та частотою повторних епізодів РДР. Хворі на РДР обох груп отримували загальноприйнятну терапію в амбулаторних умовах згідно клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», при цьому пацієнти основної групи додатково отримували циклоферон по 150 мг всередину 1 раз на день на протязі 60 діб поспіль. При проведенні імунологічного обстеження встановлено, що показники фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ) до початку лікування в обох групах обстежених хворих були суттєво нижче норми. В основній групі пацієнтів фагоцитарний індекс (ФІ) складав $16,1 \pm 0,9\%$, фагоцитарне число (ФЧ) - $2,2 \pm 0,08$, індекс атракції (ІА) - $10,2 \pm 0,2\%$, індекс перетравлення (ІП) - $11,7 \pm 1,0\%$. В групі зіставлення ФІ дорівнював $16,8 \pm 0,8\%$, ФЧ - $2,25 \pm 0,13$, ІА - $10,5 \pm 0,15\%$, ІП - $12,1 \pm 0,2\%$. При аналізі динаміки показників ФАМ було встановлено, що в основній групі (яка отримувала циклоферон) на момент завершення лікування вивчені показники ФАМ вірогідно від норми не відрізнялися - ФІ дорівнювало $25,9 \pm 0,7\%$, ФЧ становило $3,7 \pm 0,23$, ІА - $23,7 \pm 0,25\%$, ІП - $16,1 \pm 0,4\%$. У хворих групи зіставлення ФІ на момент завершення терапії залишався в 1,37 рази нижче норми, тобто дорівнював $19,4 \pm 0,8\%$, ФЧ було в 1,2 рази нижче норми та складало $3,4 \pm 0,04$, ІА - в 1,25 рази нижче норми та рівнявся $18,5 \pm 0,12\%$, ІП був в 1,3 рази нижче норми та дорівнював $13,1 \pm 0,2\%$. Отже, отримані дані свідчать, що застосування циклоферону в лікуванні хворих на РДР в амбулаторних умовах патогенетично обґрунтоване та доцільне, оскільки призначення вказаного препарату сприяє нормалізації показників імунного гомеостазу, зокрема ФАМ.

**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ НА
СОСТОЯНИЕ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Тимошенко Г.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: оценка эффективности применения препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в комплексной терапии сахарного диабета 2 типа (СД-2) и заболеваний гепатобилиарной системы (ГБС), их влияние на клинико-лабораторные и инструментальные показатели.

Материалы и методы. Обследованы 24 больных (из них 11 мужчин) с СД-2 в

стадии субкомпенсации ($HbA1c < 7,5\%$) и хроническим холециститом (XX) и/или дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП). Средний возраст $46,8 \pm 4,5$ лет. Средняя продолжительность СД-2 - $9,7 \pm 1,3$ лет. На этапе скрининга больные жаловались на общую слабость (70,9%), вздутие живота (45,8%), боль (41,7%), дискомфорт в правом подреберье (50,0%), тошноту (37,5%), неустойчивый стул (66,7%), снижение аппетита (37,5%), горечь во рту (54,2%). У всех пациентов исследовали показатели общего билирубина и его фракций; активность АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы (ЩФ); триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ХС), проводили оценку морфо-функционального состояния ГБС по данным УЗИ, при котором наблюдались гепатомегалия (95,8%), спленомегалия (41,7%), увеличение толщины стенки желчного пузыря (50,0%), застойное содержимое в желчном пузыре (41,7%). Все больные придерживались диеты, получали сахароснижающую терапию или инсулин и УДХК в дозе 10 мг/кг/сут в течение 60 дней.

Результаты. Уменьшились клинические проявления со стороны гепатобилиарной системы: вздутие живота регистрировалось всего у 4,1%, дискомфорт в правом подреберье - у 8,3%, тошнота - у 4,1%, неустойчивый стул - у 12,5%, снижение аппетита - у 8,3%, горечь во рту - у 4,1%, боли в правом подреберье не регистрировались. Наблюдалось улучшение биохимических показателей после лечения: билирубин с $23,5 \pm 1,42$ до $19,1 \pm 1,37$ мкмоль/л; АЛТ с $1,43 \pm 0,17$ до $0,78 \pm 0,21$ ммоль/ч*л ($p < 0,05$), АСТ с $1,09 \pm 0,17$ до $0,88 \pm 0,19$ ммоль/ч*л ($p < 0,05$), ЩФ с $2,5147 \pm 0,15$ до $2,1 \pm 0,65$ ($p < 0,05$); ТГ снизились с $2,01 \pm 0,23$ до $1,85 \pm 0,17$ ммоль/л, ХС с $6,17 \pm 0,22$ ммоль/л до $5,98 \pm 0,22$ ммоль/л ($p < 0,05$). Также у больных наблюдалось значительное восстановление структурно-функциональных параметров печени по данным ультразвукографического исследования: гепатомегалия регистрировалась у 87,5% больных, спленомегалия - у 33,3%, увеличение толщины стенки желчного пузыря - у 20,8%, повышение эхоплотности стенки желчного пузыря и застойное содержимое в желчном пузыре - у 16,7%.

Выводы: результаты проведенного лечения свидетельствуют о том, что применение препаратов УДХК у больных с СД-2 и заболеваниями ГБС является патогенетически обоснованным и безопасным, в связи с улучшением основных клинических, биохимических и ультразвуковых показателей после лечения, а также отсутствием на протяжении всего периода лечения побочных эффектов.

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST Титова А.Ю., Пилипенко С.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования: Оценить изменения тактики лечения ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в течение 10-летнего промежутка времени (2003-2013 гг.).

Материалы и методы: Проанализированы материалы историй болезни 110 пациентов, проходивших стационарное лечение в ХГКБ № 27 в период 2003–2013 гг. с диагнозами нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без Q-зубца и “острая ишемическая дистрофия миокарда”. Среди

них – 78 мужчины (68,1%) и 32 женщины (31,9%). Средний возраст больных $62,67 \pm 10,68$ лет (32–85 лет). По периоду времени, когда проходила первичная госпитализация, пациенты были поделены на 2 группы: 2003–2007 гг. (58 человек) и 2007–2013 гг. (62 человек). Детали катамнеза уточнялись в личной или телефонной беседе с пациентом или его родственниками.

Результаты: В 2008–2013 гг. достоверно большее число пациентов подверглись реваскуляризирующим вмешательствам (6,3% против 44,8%, $p < 0,001$), в подавляющем большинстве – ЧКВ. В 2003–2007 гг. достоверно реже назначались клопидогрель (8,3% против 47,7%, $p < 0,001$) и статины (6,4% против 88,4%, $p < 0,001$), но достоверно чаще использовались нитраты (76,6% против 47,7%, $p = 0,001$) и недигидропиридиновые антагонисты кальция (12,8% против 1,2%, $p = 0,008$). При анализе терапии, регулярно принимаемой больными, выявлена большая приверженность к лечению у пациентов в 2008–2013 гг.. Аспирин принимали регулярно в обеих группах. В 2008–2013 гг. пациенты достоверно чаще принимали бета-блокаторы, ИАПФ, дигидропиридиновые антагонисты кальция ($p < 0,01$) и статины ($p < 0,001$). Нитраты и недигидропиридиновые антагонисты кальция достоверно чаще назначались врачами и регулярно принимались больными в 2003–2007 гг. ($p < 0,01$). Клопидогрель активнее назначался пациентам в 2008–2013 гг., причем как после оперативного лечения, так и при использовании только медикаментозной терапии.

Выводы: После 2007 г. больным с ОКСбпСТ достоверно чаще назначаются статины и клопидогрель (как после ЧКВ, так и при медикаментозном лечении), и достоверно реже – недигидропиридиновые антагонисты кальция. Приверженность больных к развернутой медикаментозной терапии (бета-блокаторы, ИАПФ, антагонисты кальция, статины) достоверно выше в настоящее время.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Титомир Д.И.

Лікарня Сучасної Онкологічної Допомоги, м. Київ

По данным исследований проводимых на территории СНГ и стран Европы, большая доля онкологических больных страдают нервно-психическими расстройствами, которые, согласно МКБ-10 классифицируются как расстройства адаптации и другие реакции на тяжелый стресс. Наиболее часто встречается формирование тревожно-депрессивного (47,5%), депрессивного (24,5%) и субдепрессивного (28%) синдромов. Учитывая частоту формирования вышеуказанных синдромов – остро встает вопрос психологической коррекции, реабилитации и профилактики среди онкологических больных.

В соответствии с вышесказанным, клиника ЛИСОД активно разрабатывает программу реабилитации пациентов с целью оказания максимально эффективной помощи и возобновления качества жизни, стремясь к уровню, который наблюдался у пациентов до выявления заболевания и начала лечения.

Основные концепции которые клиника использует в своей работе, это: Последовательность, Системность, Открытость и Совершенствование.

На текущий момент, на базе клиники, помимо индивидуальных психологиче-

ских консультаций для пациентов и их родственников, функционируют:

- Группа психологической реабилитации пациенток маммологического профиля
- Информационно-релаксационный тренинг «Ваше здоровье – наш опыт»

Так же разрабатываются информационные брошюры для пациентов и их родственников с целью общего психологического образования и психопрофилактики, и брошюры для врачей и медицинского персонала, для обеспечения комплексного подхода к реабилитации.

Таким образом, путем развития программы реабилитации онкологических пациентов, клиника обеспечивает более комфортное и эффективное возвращение качества жизни пациентов и их семей, а также, создает все условия для максимально эффективного и комфортного процесса лечения.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТОРАСЕМИДА НА СООТНОШЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ЭКСКРЕЦИИ КАЛЬЦИЯ И МАГНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Третьяк Л.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Цель исследования. Оценить соотношение почечной экскреции кальция (Ca) и магния (Mg) при курсовом приеме торасемида у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы. У 30 здоровых людей и у 30 больных ЭГ II стадии, 1-й и 2-й степени изучены Ca- и Mg-уретическая функция почек в условиях клиренсовых исследований, пероральных нагрузок Ca в дозе 0,25 ммоль/кг массы тела или Mg в дозе 0,15 ммоль/кг массы тела до и после трехнедельного приема петлевого диуретика торасемида в суточной дозе 5 мг. В крови и моче определяли концентрацию Ca и Mg колориметрическим методом на спектрофотометре.

Результаты. В условиях стандартного и привычного потребления Ca и Mg, их почечный транспорт (экскреция (Э); фильтрационный заряд (ФЗ); экскретируемая фракция (ЭФ) Ca и Mg) у здоровых людей и у больных ЭГ не различался ($p > 0,05$). Если сумму Э Ca и Э Mg принять за 100%, то вклад Ca и Mg в катионный баланс плазмы крови у здоровых людей (56,8% и 43,2%) и у больных ЭГ (57,8% и 42,2%) почти одинаковый ($p > 0,9$). В условиях внутривенной нагрузки Ca у здоровых людей его Э возросла ($p < 0,05$) на $8,11 \pm 2,40$ мкмоль/мин, у больных ЭГ – на $6,13 \pm 1,67$ мкмоль/мин. Почти в той же степени увеличилась ($p < 0,05$) и Э Mg (у здоровых людей – на $7,40 \pm 1,51$ мкмоль/мин; у больных ЭГ – на $4,00 \pm 1,08$ мкмоль/мин). После нагрузки Mg Э Mg у здоровых людей (на $22,12 \pm 2,27$ мкмоль/мин) и у больных ЭГ (на $12,09 \pm 1,36$ мкмоль/мин) возросла в значительно большей степени ($p < 0,05$), чем Э Ca (на $2,71 \pm 0,36$ мкмоль/мин $1,85 \pm 0,23$ мкмоль/мин соответственно у здоровых и больных ЭГ). Отношение почечной Э Ca к Э Mg после нагрузки Ca составило у больных ЭГ 52,3%/47,6%, после нагрузки Mg – 25,5%/75,5%. Трехнедельный курс торасемида изменения соотношения почечной Э Ca и Э Mg не вызвал (57,3%/42,7% и 55,2%/44,8% соответственно до и после лечения; ($p > 0,6$)). Прием торасемида Э Mg практически не изменил ($3,8 \pm 0,5$ и $4,9 \pm 0,7$ ммоль/24 ч) так же, как и ЭФ

Mg ($3,9 \pm 0,4$ и $4,2 \pm 0,5\%$). Э Са несколько уменьшилась ($p < 0,05$) – с $5,1 \pm 0,5$ до $3,6 \pm 0,4$ ммоль/24 ч за счет уменьшения ЭФ Са с $3,9 \pm 0,3$ до $3,0 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$).
Выводы. У больных ЭГ в условиях нагрузок Са или Mg, когда интенсифицируется канальцевый транспорт Са и Mg и должна увеличиваться экскреция обоих катионов, преимущественно возрастает экскреция Mg, усугубляющая его дефицит в организме. На фоне приема торасемида дисбаланс экскреции этих катионов нивелируется, наблюдается Са- и Mg-сберегающий эффект.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ОРГАНА-МИШЕНИ ПРИ РАДИОТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Трофимов А.В.

*ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева
НАМН Украины», г. Харьков*

Неизменность положения органа-мишени и органов риска является важным принципом лучевой терапии опухолей предстательной железы. В данной работе была сделана оценка влияния наполненности мочевого пузыря на погрешность объема мишени и планируемого объема риска при ежедневных сеансах лучевой терапии.

Материалы и методы: Первичная симуляция пациентов проводилась на компьютерном томографе с полностью наполненным мочевым пузырем и после его опорожнения, дополнительно проводилось ультразвуковое исследование для определения объема мочевого пузыря. Ежедневный контроль объема содержимого мочевого пузыря и, соответственно, смещения объема мишени (предстательной железы) проводился непосредственно перед сеансами лечения также с помощью ультразвукового исследования. При необходимости проводилась коррекция положения объема мишени в планирующей системе в зависимости от полученных при ультразвуковом исследовании данных (изменения объема мочевого пузыря).

Результаты исследования. Максимальное смещение железы отмечалось в краниальном направлении. Латеральные смещения были незначительными. В целом, отмечалось значительное различие в наполненности мочевого пузыря при первичной симуляции, в сравнении с его состоянием непосредственно перед сеансами лучевой терапии. Соответственно смещалась сама мишень и планируемый объем риска.

Используя данные КТ исследования, была выстроена корреляционная зависимость между изменением объема мочевого пузыря и смещением простаты во всех направлениях. Были построены графики зависимости для каждого направления отклонения, по которым определялось смещение предстательной железы в зависимости от объема мочевого пузыря в процентах.

Выводы. Данное исследование показало, что учет наполненности мочевого пузыря имеет большое влияние на положение органа-мишени – предстательной железы и планируемого объема риска. С помощью такого простого метода, как ультразвуковое исследование, можно контролировать состояние наполненности мочевого пузыря, с последующей корректировкой положения объема облучения перед сеансами лучевой терапии для улучшения локального контроля опухоли и уменьшения лучевой нагрузки на здоровые

органи и ткани.

**ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТУ ПРИРОДНОГО ПОХОДЖЕННЯ
НУКЛЕІНАТУ ТА МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОГО ЗАСОБУ ГЕПА-МЕРЦ НА
КОНЦЕНТРАЦІЮ ЦИРКУЛЮЮЧИХ ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ ТА ЇХ
ФРАКЦІЙНИЙ СКЛАД У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ
НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

Труняков М.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Під наглядом було дві рандомізовані групи хворих на хронічний токсичний гепатит (ХТГ) на тлі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) – основна (56 осіб) і зіставлення (52 пацієнта), що отримували загальноприйняту терапію у відповідності до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія». Пацієнти основної групи в комплексі лікування додатково отримували Гепа-мерц внутрішньо по 1 пакетику гранулята, попередньо розчинивши у 200 мл рідини, 2–3 рази на день протягом 20–25 діб поспіль та нуклеїнат по 500 мг 2 – 3 рази на день протягом того ж часу. При проведенні імунологічного дослідження було встановлено, що в обох групах хворих до початку лікування відмічалися однотипові зсуви з боку вивчених імунологічних показників, а саме збільшення загальної концентрації циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) – в основній групі в середньому в 1,63 рази, в групі зіставлення – в 1,59 рази ($P < 0,01$), при цьому збільшення рівня ЦІК відбувалося переважно за рахунок найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій: концентрація середньомолекулярної фракції ЦІК у хворих основної групи була підвищена в середньому в 2,18 рази, в групі зіставлення – в 2,14 рази відносно норми ($P < 0,001$), вміст дрібномолекулярної фракції в основній групі був підвищений в 1,94 рази, в групі зіставлення – в 1,89 рази відносно норми ($P < 0,01$). Після завершення курсу лікування у хворих основної групи відмічено зниження загальної концентрації ЦІК та вміст окремих фракцій – середньо- та дрібномолекулярних фракцій ЦІК до верхньої межі норми, в той час у групі зіставлення, незважаючи на деяку позитивну динаміку, нормалізації з боку вивчених імунологічних показників не відбувалося. Отже, отримані дані свідчать, що використання в комплексі лікування хворих з ХТГ на тлі ХОЗЛ комбінації Гепа-мерц та нуклеїнату сприяє нормалізації як загальної концентрації ЦІК, так і їхнього молекулярного складу.

**ВПЛИВ ФАРМАГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ
АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
ТА СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА НА ТЛІ
ЗАСТОСУВАННЯ БІСОПРОЛОЛУ**

Удовиченко М.М.

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

Мета дослідження: дослідити вплив Arg389Gly типу поліморфізму гену B1AP на параметри систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ) у

хворих із СН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка на тлі стандартної терапії із застосуванням бісопрололу.

Методи дослідження. Обстежено 99 хворих з СН із систолічною дисфункцією лівого шлуночку на тлі перенесеного інфаркту міокарду. Поліморфізм гену B1AP за точковою мутацією Gly389Arg (389 локус) було визначено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Вимірювання АТ проводилось згідно до загальноприйнятих методик до початку лікування і через один рік на тлі стандартної терапії СН із застосуванням бісопрололу. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету програмного забезпечення для статистичного аналізу: STATISTICA, версія 6 для MS Windows MS. Для порівняння параметрів в двох незалежних групах були використані критерії (U) Манна-Уїтні. Різниця значень вважалася значущою при $p < 0,05$.

Результати: На тлі стандартної терапії СН з застосуванням бісопрололу, відзначалося достовірне зменшення цифр АТ у пацієнтів, носіїв Arg389. Так у пацієнтів з Arg389Arg генотипом, зниження САТ і ДАТ складало (10,4 % і 10,2 %), у носіїв Arg389Gly типу поліморфізму – (10,1 % і 5,7 %, відповідно) ($p < 0,05$). У пацієнтів, носіїв Gly389Gly типу поліморфізму гену B1AP зниження параметрів АТ не досягло статистичної значущості ($p > 0,05$).

Висновки: Наявність Arg389Arg та Arg389Gly типів поліморфізму гену B1AP у нашому дослідженні була асоційована із більш значним зниженням САТ та ДАТ у пацієнтів із СН та систолічною дисфункцією лівого шлуночку.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РАДІОПРТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ S–ГЕТЕРИЛ МОДИФІКОВАНОГО ЦИСТЕЇНУ ЗА РЕЗУЛЬТАТОМ МОРФОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Узленкова Н.Є., Пасюга В.М., Магда І.Ю.

*ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»,
м. Харків*

Пошук нових потенційних радіопротекторів та протипроменевих засобів є дуже актуальним. Дуже перспективним є можливе використання S–гетерилзаміщених природних ендогенних тіолів (цистеїну, цистеаміну). У даній роботі вивчали радіопротекторні властивості S–гетерилзаміщених цистеїну, що отримав маркіровку KM-51.

Метою даної роботи є представлення результатів дослідження радіопротекторних властивостей речовини KM-51 за результатами морфологічних досліджень.

Методи дослідження: досліджуваних щурів опромінювали тотальним x-опромінюванням у дозі 7 Гр за допомогою рентген апарату РУМ-17. Частині щурів було введено препарат KM-51 у дозі 25 мг/кг за 40 хвилин до опромінення. Контролем слугували інтактні тварини. На 7 та 14 добу щурів знеживлювали та визначали наступні показники: клітинність кісткового мозку, індекс маси тимусу та селезінки щурів.

Результати. Було показано, що у щурів, яким вводили препарат KM-51 перед опромінюванням на 7 добу спостерігали менш виражене зниження кількості клітин у кістковому мозку на 42,2% у порівнянні з опроміненими тваринами; що у порівнянні з контрольною групою складало: 48% для тварин яким не

вводився препарат, та 68,7% для тих яким вводився препарат. На 14 добу майже повне відновлення кількості лімфоцитів: з КМ-51 показник склав 88,8% у порівнянні з контролем, а без препарату 64,5%. Також спостерігалось менш значиме зниження маси тимусу: відносно контролю з препаратом маса складала 20,3% і без препарату лише 5,2%; та селезінки: з препаратом маса 62,3% і без препарату 57,8% на 7 добу після опрощення.

Висновки. Нами було показано високу ефективність речовини КМ-51 у якості потенційного радіопротекторного засобу.

ВИРОГІДНІСТЬ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ С ПАРОКСИЗМАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ПЕСМЕЙКЕРУ

Узун Д.Ю.

ДУ «Інститут невідкладної та відновної хірургії ім. В.К. Гусака НАМНУ», м. Донецьк

Останні роки після переходу на імплантацію двокамерних кардіостимуляторів, з'явилася проблема виникнення у хворих похилого віку пароксизмів фібриляції передсердь (ФП), що збільшило ймовірність тромбоемболічних ускладнень, перш за все за великим колом кровообігу і цереброемболічних. Мета дослідження полягала в аналізі впливу ліпосомальних препаратів на ризик ускладнень тромбоемболічних ускладнень.

Матеріал та методи. До дослідження включили 50 хворих з імплантованим двокамерним песмейкером з наявністю нападів ФП, що виникли після його імплантації. Включали також хворих з супутньою артеріальною гіпертензією 1-2 стадії, хронічною серцевою недостатністю I-III функціональних класів за NYHA (1964 р.), компенсовану супутню патологію. До 1-ї групи увійшли 25(50%) хворих, що отримували стандартну антигіпертензивну і дезагрегантну терапію, статини, а до 2-ї 25(50%) пацієнтів, яким додатково внутрішньовенно вводили «Ліпін» і «Ліпофлавон» протягом 15 днів («Біолек, Харків»). До групи контролю увійшли 30 відносно здорових осіб. Визначення вірогідності тромбоемболічних ускладнень проводили за Сердюковим Д.А. (2008 р.), в залежності від наявності АВ блокади або СССУ як причини імплантації песмейкера. Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програми для статистичного аналізу «Statistica 6».

Результати. Як виявилось в процесі аналізу, категорії ризику тромбоемболічних ускладнень в 1-ій і 2-ій групах групі виявилися такими: низький ризик був притаманний 20 і 32% хворим відповідно, помірний – 48 і 40% відповідно, високий – 32 і 28% відповідно.

Таким чином, у хворих похилого віку з пароксизмами ФП і імплантованим DDD песмейкером переважає помірний ризик виникнення емболічних ускладнень, які пов'язані як з пароксизмами ФП та іншими порушеннями ритму, так і з фіксацією електродів. Включення ліпосомальних форм фосфатидіхоліна і кверцетина в комплексну лікувальну програму у хворих похилого віку з імплантованим двокамерним кардіостимулятором сприяє адитивному антиагрегантному ефекту, який дозволяє зменшити ймовірність тромбоемболічних (кардіоемболічних і ТЕЛА) ускладнень але в переважно

категорії «низький» і «помірний» ризик.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА СУКЦИНАТДЕГИДРОГЕНАЗНУЮ АКТИВНОСТЬ МИТОХОНДРИЙ ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Ференчук Е.А., Бевзо В.В.

Буковинский государственный медицинский университет, м. Чернівці

Сахарный диабет – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. Сукцинатдегидрогеназа как мембранный белковый комплекс, одновременно обеспечивающий функционирование цикла Кребса и электронтранспортной цепи, вызывает несомненный интерес для исследования влияния сахарного диабета на систему энергообеспечения организма. Кроме того, разработка новых подходов к фармакотерапии этого заболевания остается актуальным. Перспективным в этом плане является исследование влияния мелатонина на сукцинатдегидрогеназную активность митохондрий печени при аллоксановом сахарном диабете, что и было целью работы. Исследования проведены на самцах беспородных белых крыс, содержащихся в условиях естественного освещения. Индукцию диабета вызывали введением внутривентриально 5% раствора аллоксана из расчета 100 мг/кг массы. Кроме того, животным на протяжении 7 дней начиная с 5 дня после введения аллоксана ежедневно внутривентриально вводили препарат мелатонина в дозе 10 мг/кг массы. Активность сукцинатдегидрогеназы определяли с помощью метода, основанного на восстановлении феррицианида калия сукцинатом под действием сукцинатдегидрогеназы.

Анализ полученных данных показал, что по сравнению с контрольной группой крыс сукцинатдегидрогеназная активность митохондрий печени у животных с аллоксановым диабетом выросла в 1,5 раза, а при коррекции мелатонином изучаемая ферментативная активность увеличилась в 2 раза. Полученный результат позволяет говорить о том, что аллоксановый диабет индуцирует активность исследуемого фермента. Увеличение активности маркерного фермента цикла трикарбоновых кислот свидетельствует об усилении функционирования цикла в условиях экспериментального диабета. Положительное влияние мелатонина на сукцинатдегидрогеназную активность митохондрий печени животных вероятно осуществляется благодаря его антиоксидантным свойствам. Ведь основные пути нарушения энергетических процессов при сахарном диабете связаны с образованием свободных радикалов кислорода, ведущие к разъединению реакций окисления и фосфорилирования и нарушению синтеза АТФ. Предполагают, что мелатонин обладает способностью подавлять образование свободных радикалов, что вызывает интенсификацию катаболических процессов, которая происходит путем повышения сукцинатдегидрогеназной активности и является необходимым условием увеличения энергетического потенциала клеток для осуществления адаптивной реакции организма при сахарном диабете.

ВИКОРИСТАННЯ РОСЛИННИХ ЕКСТРАКТІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЗАЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Филимоненко В.П., Загайко А.Л., Шоно Н.А.

Національний фармацевтичний університет

Цукровий діабет 2-го типу (ЦД2) – найрозповсюдженіший тип діабету, що розвивається внаслідок зниження чутливості клітин до інсуліну. У 85% хворих на ЦД2 інсулінорезистентність розвивається на фоні ожиріння і супроводжується порушеннями метаболізму та активацією вільнорадикального окиснення, що у сукупності спричинює серцево-судинні ускладнення та високу смертність. Відомо, що поліфеноли завдяки їх потужним антиоксидантним властивостям значно послаблюють метаболічні зміни за ЦД2, а гідроксилімонна кислота (ГЛК) знижує апетит, пригнічує ліпогенез, активує ліполіз та сприяє схудненню.

У зв'язку з вищевикладеним, метою даного дослідження було порівняльне дослідження впливу екстракту поліфенолів (ЕПФ) з насіння винограду та екстракту з гарцинії, природного джерела ГЛК, на метаболічні порушення за експериментального ЦД2.

Робота виконана на самцях щурів лінії Wistar масою 140–200 г. Дослідні тварини були поділені на 4 групи: 1) інтактні тварини, які утримувалися на стандартному раціоні віварію; 2) тварини, які утримувалися 6 тижнів нафруктозній дієті (60,3 % фруктози, 18,3 % білка, 5,2 % жирів); 3) тварини, які утримувалися 2 тижні нафруктозній дієті та ще 4 тижні на даній дієті з щоденним введенням ЕПФ «Феннокор»; 4) тварини, які утримувалися 2 тижні нафруктозній дієті та ще 4 тижні на даній дієті з щоденним введенням екстракту гарцинії *Garcinia Cambogia* (С-ША), що містить 50% ГЛК. Вміст глюкози, інсуліну, вільних жирних кислот (ВЖК) та триацилгліцеринів (ТАГ) визначали з використанням стандартних наборів. Вміст ТБК-активних продуктів (ТБК-АП) визначали спектрофотометрично.

Утримання щурів на збагаченій фруктозою дієті спричиняє значне зростання маси тіла, підвищення концентрації глюкози з одночасним зростанням вмісту інсуліну в сироватці крові, а також підвищення рівней ВЖК, ТАГ та ТБК-АП як в крові, так і в печінці. Встановлені зміни свідчать про розвиток ожиріння, інсулінорезистентності та порушення антиоксидантно-прооксидантної рівноваги.

Профілактичне введення обох рослинних екстрактів істотно знижує вміст усіх досліджених показників у плазмі та печінці щурів, проте вплив поліфенолів виявляється більш вираженим. Сильніший антидіабетичний вплив поліфенолів може бути пов'язаний з низкою захисних властивостей цих сполук, перш за все, з їх високою антиоксидантною активністю та нормалізуючим впливом на інсулярний апарат через регуляцію сигнальних шляхів, що надає інсуліносенсibiliзуючих властивостей поліфенолам.

ДО ПИТАННЯ ПРО КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ СОЦІАЛЬНОЮ САМОІЗОЛЯЦІЄЮ

Франкова І.О.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ.

Феномен гострої соціальної самоізоляції (*Hikikomori*) - психопатологічний і соціальний феномен, для якого характерна ізоляція від спілкування поза

сім'єю та повне відчуження від суспільства протягом 6 місяців або довше. (Коуата А., 2010). Через виключення людини з гострою соціальною самоізоляцією з соціуму більш ніж на півроку ця соціальна проблема відбивається як на житті суспільства, так і на якості життя окремого пацієнта. Дана категорія знаходиться на етапі визначення чітких діагностичних критеріїв та предиспонує значення різних етіологічних факторів (біологічних, психопатологічних, соціальних).

Метою дослідження є виявлення факторів ризику, які призводять до виникнення гострої соціальної самоізоляції.

Було проведено психологічне тестування та опитування 9 пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією. У ході аналізу опитувальників оцінки відносин з батьками ми виявили, що у пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією, на відміну від респондентів контрольної групи, в ранньому дитинстві у стосунках з батьками був сформований амбівалентний стиль прихильності з точки зору теорії прихильності Дж. Боулбі. Аналіз відносин з однолітками та шкільних відносин виявив частіше повідомлення про досвід відторгнення однолітків, знущання і залякування в школі. Вивчення особливостей темпераменту виявило значну сором'язливість.

Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О.О., 1984) у пацієнтів с гострою соціальною самоізоляцією виявила модель ініціативної віктимної поведінки, схильність до залежної поведінки, прихильність до рольової позиції жертви та прояви засвоєної безпорадності в результаті неодноразових ситуацій насильства.

Сором'язливість і відторгнення з боку батьків є предикторами амбівалентного стилю прихильності, який у поєднанні з знущаннями і відторгненням в шкільному віці з боку однолітків сприяє виникненню гострої соціальної самоізоляції. Внаслідок амбівалентного стилю прихильності, сформованого значущими дорослими в ранньому дитинстві, надалі пацієнти відчувають труднощі у подоланні проблем в соціальних комунікаціях у зв'язку зі страхом, що змушує їх ізолюватися від соціальних взаємодій і відсторонюватися від суспільства взагалі. На підставі отриманих даних планується вивчення можливих привенторів даної поведінки.

**ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ЛЕГОЧНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХОЗЛ В СОЧЕТАНИИ С ИБС НА ФОНЕ
ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ АТОРВАСТАТИНА
Харченко Ю.Е., Калашник Д.Н., Колесникова Е.Н.**

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

Цель: Изучить дозозависимый эффект аторвастатина на течение легочной гипертензии (ЛГ) у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 42 пациента с диагнозом ХОЗЛ и ИБС, осложненным синдромом гипоксической ЛГ: 27 мужчин и 15 женщин, средний возраст которых составил (62,1±6,6) лет. ЛГ диагностирована по данным эхокардиографии. Динамика клинической симптоматики оценивалась субъ-

ективно: опрос пациентов по шкале Борга и MMRC до и после теста с 6-минутной ходьбой (6MWT), с помощью объективных методов исследования: физикальный осмотр, спирометрическое исследование, эхокардиографическое исследование, тест с 6-минутной ходьбой, сатурация кислорода до и после 6MWT (%). Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от проводимой терапии. В группу 1 вошли 22 пациента с ХОЗЛ и ИБС (14 мужчин и 8 женщин, средний возраст - $(64,5 \pm 4,6)$ лет, которым в комплексной терапии ИБС назначали аторвастатин в дозе 20 мг, в группу 2 - вошли 20 пациентов (13 мужчин и 7 женщин, средний возраст - $(66,2 \pm 5,1)$ лет, которым был назначен аторвастатин в дозе 10 мг. Продолжительность терапии аторвастатином в обеих группах составила $(9,3 \pm 1,5)$ месяца и $(10,0 \pm 1,1)$ месяца, соответственно, $p < 0,05$. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и продолжительности ХОЗЛ, ИБС, стажа курения и особенностям течения ХОЗЛ, определяемому по количеству обострений за год.

Результаты: Установлена отчетливая положительная динамика клинических параметров, определяющих тяжесть ХОЗЛ и степень выраженности ЛГ на фоне длительной регулярной терапии аторвастатином. Вместе с тем, сравнивая между собой показатели по группам, отражающие данные после 11-месячной терапии аторвастатином в различных дозах (20 мг в сутки - в группе 1 и 10 мг в сутки в группе 2), обращает на себя внимание более выраженное улучшение таких параметров, как толерантность к физической нагрузке (6 MWT), выраженность гипоксии, вызванной физической нагрузкой, показателя сатурации кислорода, % после 6MWT.

Выводы: Таким образом, можно сделать вывод о том, что назначение аторвастатина в дозировке 20 мг, способствует улучшению клинических параметров ЛГ (в частности, толерантности к физической нагрузке (6 MWT), выраженности гипоксии, вызванной физической нагрузкой, показателя сатурации кислорода, % после 6MWT).

КОРЕКЦІЯ СТАНУ ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ

Ходан В. В.

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет»

Мета. Удосконалення терапії ендогенної інтоксикації у дітей з хронічним холециститом із порушенням функціонального стану печінки шляхом включення до стандартної схеми препаратів аскорутину та тіотриазоліну. Завдання дослідження: вивчити динаміку показників циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) під впливом запропонованої терапії. Матеріали і методи. Для досягнення мети та вирішення поставленого завдання проведено детальне комплексне обстеження 80 дітей шкільного віку, хворих на хронічний холецистит. Діти основної групи було розподілено на дві групи: I група (n=42) – діти хворі на хронічний холецистохолангіт із порушенням функціонального стану печінки (ФСП), які отримували стандартну терапію згідно протоколів МОЗ України (СТ) та II група (n=38) – діти хворі на хронічний холецистохолангіт із порушенням ФСП, які отримували СТ в поєднанні з препаратами тіотриазолін та

аскорутин у вікових дозах внутрішньо впродовж 14 днів. Визначення рівнів ЦІК, як параклінічних показників синдрому ендогенної інтоксикації, проводили за методом Гашкової В.І. і співавторів в модифікації Желтвая В.В. Нормальний рівень ЦІК у дітей – 10,0 – 15,0 од (умовних одиниць екстинції). Отриманий результат. Використання у складі комплексної терапії аскорутину та тіотриазоліну призвело до зростання показників ЦІК. Так, у дітей II групи, показник ЦІК в кінці лікувального курсу становив $15,93 \pm 2,33$ од, проти $7,31 \pm 1,93$ од до початку терапії, та вірогідно наближався до рівня визначеного у здорових дітей ($11,47 \pm 1,35$ од) ($p_N < 0,05$). Поза тим, застосування тільки стандартної терапії у дітей II групи, визначило тенденцію повільного зростання концентрації ЦІК до $13,50 \pm 1,69$ од. Висновки. Необхідно підкреслити, що в результаті застосування запропонованої схеми лікування у дітей із хронічним холециститом відмічено позитивна динаміка показників ендогенної інтоксикації у дітей III групи. Такий результат зумовлений стимуляцією системи фагоцитозу та попередженням прозапальної активності печінкових макрофагів у пацієнтів з вказаною коморбідною патологією. Вище вказане є підставою для включення препаратів антиоксидантної і цитопротекторної дії до комплексу лікування хворих на хронічний холецистит із порушенням функціонального стану печінки, з метою непрямої імуостабілізуючої дії та ефекту зниження ендогенної інтоксикації.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Христиненко М.А., Картамышева Е.В., Загоруйко А.Н

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Цель: оценить продолжительность интервала QT у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и оценить ее взаимосвязь с наличием тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

Методы исследования. В исследование включены 144 пациента (86 мужчин и 58 женщин, средний возраст $66,4 \pm 10,5$ года) с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II-III ФК, 88 из них (61,1%) перенесли инфаркт миокарда. Проводилась стандартная терапия ХСН и ишемической болезни сердца. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие психотропные препараты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Наличие и выраженность ТДР устанавливались путем применения опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS», 11 баллов и выше по одной из подшкал расценивались как клинически значимая тревога/депрессия. Продолжительность интервала Q-T рассчитывали мануальным методом на электрокардиограмме покоя во II стандартном отведении при скорости движения ленты 50 мм/с как среднее из трех последовательных измерений.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0. Данные представлялись в виде среднее \pm стандартное отклонение. Достоверность различий определяли с помощью t-кри-

терия Стьюдента.

Полученные результаты. Согласно опроснику HADS ТДР были выявлены у 102 (70,8%) больных, которые вошли в 1 группу; 2 группу составили 32 (29,2%) пациентов без ТДР. Длительность интервала QT составила $450,8 \pm 68,7$ мс и $390,8 \pm 50,4$ мс в 1 и 2 группах, соответственно ($p < 0,05$). Установлена четкая корреляционная связь между тяжестью ТДР и продолжительностью интервала QT (коэффициент корреляции 0,83).

Выводы. Длительность интервала QT у пациентов с ХСН ишемической этиологии достоверно выше в группе лиц, имеющих ТДР, и положительно коррелирует с их выраженностью.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ХОЛИНЭРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

**Худолей С.А., Бондарев Н.В., Судиловская Ю.Л.,
Стрельченко Ю.И.**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

На сегодняшний день черепно-мозговая травма (ЧМТ) – наиболее актуальная медико-социальная проблема; она составляет около 40 % от всех видов травм в Украине и занимает одно из ведущих мест среди причин смертности и инвалидизации. У лиц перенесших ЧМТ длительное время сохраняются неврологические нарушения, что ведет к временной и/или стойкой утрате нетрудоспособности.

Цель: изучить течение и исход ЧМТ на фоне экспериментального изменения активности центральной холинергической системы.

Материалы и методы: 106 белых крыс разделены на 4 группы. 1-я ($n=10$) – интактная; 2-я ($n=32$) – контрольная (ЧМТ); 3-я ($n=32$) – активация центральной холинергической системы (ЦХЭС) + ЧМТ; 4-я ($n=32$) – угнетение ЦХЭС + ЧМТ. Моделировали ЧМТ путем свободного падения груза на фиксированную голову животного. Определяли степень неврологического дефицита через 3, 24, 48 и 72 часа после травмы с использованием 100-балльной шкалы Тодда. Оценивали уровень летальности.

Проводя сравнительный анализ степени неврологического дефицита в группах, мы отталкивались от показателей в интактной группе – $5,4 \pm 0,8$ балла. В контрольной группе наблюдался постепенный стойкий рост неврологического дефицита: к 3 часам он составил $25,6 \pm 4,2$ балла, а к 72 часу возрос до $51,3 \pm 2,9$ баллов. На фоне активации ЦХЭС в первые сутки значимых изменений не наблюдалось, и, даже к моменту выведения животного из эксперимента, неврологический дефицит был минимален и составил $16,8 \pm 1,7$ балла. На фоне угнетения ЦХЭС, начиная с первых часов после ЧМТ, наблюдался прогрессивный, необратимый рост неврологического дефицита. Так к 3 часу он составил $41,4 \pm 1,8$ балла, а к третьим суткам возрос в 10 раз от исходных показателей, несущественно превышая показатель в контрольной группе. Уровень летальности в контрольной группе составил 25 %, в группе на фоне активации ЦХЭС – летальности не наблюдали, в группе с угнетением ЦХЭС он

был в 2 раза ниже уровня в контрольной группе и составил 12,5 %. Таким образом, изменение активности ЦХЭС снижало уровень летальности в сравнении с контрольной группой. Полученные данные позволили нам оценить степень влияния ЦХЭС на течение и исход ЧМТ, а так же выявить особенности формирования неврологических нарушений в остром периоде ЧМТ.

КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ТА СТУПІНЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Черенько Т. М., Гелетюк Ю. Л.

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

Мета: Визначити зв'язок між тяжкістю ішемічного інсульту, його підтипом, розміром та локалізацією осередка ішемії та ступенем артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріали і методи: Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 105 пацієнтів (50 жінок (47,6%) та 55 чоловіків (52,4%)) з діагнозом ішемічний інсульт та артеріальною гіпертензією різних ступенів віком від 39 до 86 років, в середньому 67,3±1,09 років. Неврологічний дефіцит оцінено за шкалою NIHSS.

Отримані результати: Тяжкість неврологічних розладів у пацієнтів з мозковим ішемічним інсультом (МІІ) та АГ в анамнезі коливалась від 4 до 14 балів, у середньому становила 7,41±0,31 балів. В структурі АГ хворих з тяжкими неврологічними розладами при надходженні в стаціонар не було АГ легкого ступеня. У хворих з легкими неврологічними розладами питома вага АГ ІІІ ступеня не досягала і чверті, а у хворих з середнім і тяжким неврологічним дефіцитом становила близько половини ($p < 0,05$). Більш виражений неврологічний дефіцит у разі інсульту спостерігався на фоні більш тяжких ступенів АГ. Встановлено достовірний кореляційний зв'язок між тяжкістю неврологічного дефіциту та ступенем АГ ($r = 0,34$, $p = 0,002$). В структурі кожного ступеня АГ (достовірно для ІІ і ІІІ) переважали хворі з атеротромботичним генезом МІІ. Проте за структурою підтипів різні ступені АГ статистично не відрізнялись між собою. Частка пацієнтів із середніми та великими розмірами вогнища достовірно збільшується зі зростанням ступеня тяжкості АГ, водночас зменшується відсоток пацієнтів з малими за розміром вогнищами ($r = 0,18$; $p = 0,008$). Більшість випадків інсультів з великим осередком інфаркту за даними нейровізуалізації розвинулись на фоні АГ ІІ ступеня - 63,2%. Найчастіше відмічалась кірково-підкіркова локалізація вогнища ішемії (41,0%) та кіркова (34,0%). Кількість пацієнтів з локалізацією вогнища у корі головного мозку при АГ ІІ ступеня становила 67,7% хворих та більш ніж удвічі переважала таку у разі АГ ІІІ ступеня.

Висновки: Тяжкість неврологічних розладів корелювала зі ступенем АГ; виявлено достовірне збільшення частки хворих з помірно тяжким та тяжким неврологічним дефіцитом зі зростанням ступеня АГ. У хворих з ішемічним інсультом частіше констатовувалась АГ ІІ ступеня порівняно з іншими її ступенями.

ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ. ПРОБЛЕМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ

Черепій Н.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова

На сьогоднішній день у світі спостерігається зростання кількості хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Проте діагностується лише 25% випадків захворювання, що не дозволяє судити про справжню захворюваність. Переважна більшість випадків ХОЗЛ виявляють при клінічно маніфестних проявах захворювання, супутніх захворюваннях або випадково. Раннє виявлення пацієнтів на ХОЗЛ дозволить проводити ефективну профілактику та лікування на початкових стадіях та визначити істинну поширеність цього захворювання в популяції.

Мета роботи: встановити поширеність ХОЗЛ серед робітників Хмельницької атомної станції на основі анамнестичних даних та оцінці факторів ризику.

Методи та матеріали: обстежено 525 осіб, серед них чоловіків було 291 (55,4%), середній вік (46,7±6,3) роки, жінок – 234 (44,6%), середній вік – (56,7±4,7) років, що не мали хронічних обструктивних захворювань легень в анамнезі. Всім хворим проведено анкетування за оригінальною анкетною, що включала оцінку ступеня задишки, кашлю, виділення харкотиння та епізодів свистячого дихання. Відповіді на питання анкети оцінювали в балах, позитивним для ХОЗЛ вважали кількість балів 18 та більше.

Результати: встановлено, що у 216 осіб (41,0%) виявлено симптоми характерні для ХОЗЛ. Серед них чоловіків було 101 (46,8%), жінок 115 (53,2%). Кашель відмічали 112 (97,3%) жінок та 91 (90,1%) чоловік, задишку - 109 (94,7%) жінок та 86 (85,1%) чоловіків, епізоди свистячого дихання спостерігались у 83 (72,2%) жінок та 65 (64,4%) чоловіків. Аналіз вікової характеристики показав, що серед чоловіків ознаки ХОЗЛ найчастіше виявляли у віці від 40 до 50 років, а саме у 30 хворих (29,7%); серед жінок – у віці від 50 до 59 років, а саме у 31 (26,9%). Серед основних факторів ризику ХОЗЛ відмічали паління у 88 (40,7%) обстежених: 72 (71,3%) чоловіків та 16 (13,9%) жінок.

Висновки: встановлено, що у 216 осіб (41,0%), які вважали себе здоровими виявили анамнестичні симптоми, що характерні для ХОЗЛ. Переважна більшість були жінки - 115 (53,2%), середній вік - від 50 до 59 років, та 101 (46,8%) чоловік, середній вік від 40 до 49 років. Основним фактором ризику в цій групі хворих є паління, що діагностовано у 88 (40,7%) опитаних. Застосування оригінальної анкети дозволяє виділити групу пацієнтів, що мають фактори розвитку ХОЗЛ та може застосовуватись на початковому етапі діагностичного пошуку.

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ

Черненко Л.М.

Харківський національний медичний університет

Завдяки тісному морфофункціональному взаємозв'язку зміни при бронхолегеневій дисплазії (БЛД) призводять до ранніх порушень легенево-серцевих

відносин, результатом чого є гіпоксична легенева вазоконстрикція, механічне звуження судин і обструкція судинного легеневого ложа, що, в свою чергу, призводить до легеневої гіпертензії та формування хронічної серцевої недостатності.

Мета – визначити маркери формування кардіоваскулярних ускладнень у дітей із бронхолегеневою дисплазією.

Матеріали й методи. Обстежено 83 дитини віком від 1 місяця до 3 років, серед яких у 43 пацієнтів діагностовано класичну форму БЛД (1-а група), у 22 – нову форму БЛД (2-а група), у 18 – БЛД доношених (3-я група). Діагноз бронхолегенева дисплазія був встановлений згідно міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (шифр P27.0), критерії тяжкості визначалися за класифікацією клінічних форм бронхолегеневих захворювань дітей Російського респіраторного суспільства (2009 р.). Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою статистичного пакету програми Statistica 7.0.

Результати. У переважній більшості хворих на бронхолегеневу дисплазію ($75,9 \pm 4,7\%$; $F=49,2$, $p < 0,001$) було діагностовано вторинну легеневу гіпертензію переважно 1-го ступеня та зареєстрована наявність діастолічної дисфункції лівого шлуночка ($F_1=40,0$, $p < 0,001$; $F_2=9,8$, $p < 0,01$; $F_3=23,0$, $p < 0,001$). З метою визначення прогнозу формування патологічної геометрії правих камер та діастолічної дисфункції виконано процедуру множинного логістичного регресивного аналізу. За незалежні змінні обрано як кількісні, так і якісні ознаки, що є найбільш доступними для лікаря під час спостереження за дитиною із БЛД. Кількісними предикторами обрано середній тиск у легеневій артерії, термін гестації, масу тіла під час народження, тривалість ШВЛ, ЧСС. Було з'ясовано, що до чинників, значення яких слід враховувати під час прогнозування формування дилатації або гіпертрофії правих камер, відносяться термін гестації ($p=0,009$) та маса тіла під час народження ($p=0,044$). Маркерами прогнозування діастолічної дисфункції є наявність значного фіброзу легенів за даними комп'ютерної томографії ($p=0,045$), середній тиск у легеневій артерії ($p=0,020$), ЧСС ($p=0,048$).

Висновок. Маркерами прогнозування кардіоваскулярних ускладнень у дітей з бронхолегеневою дисплазією слід вважати малий термін гестації, низьку масу тіла при народженні, значний фіброз легеневої тканини, середній тиск в легеневій артерії, частоту серцевих скорочень. Діти із бронхолегеневою дисплазією потребують ретельного кардіологічного обстеження з проведенням доплероехокардіографії серця з метою попередження розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Чернуха С.М., Вільцанюк І.О.

*ДУ «Кримський державний медичний університет
ім. С.І. Георгієвського», м.Сімферополь*

При вивченні проблеми захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), які протікають на тлі недиференційованої дисплазії сполучної

тканини (НДСТ) відсутня єдина думка не тільки відносно патогенетичної ролі даного синдрому в розвитку гастроентерологічної патології, але і відносно стратегій лікування таких хворих. Взаємозв'язок між НДСТ і особливостями перебігу та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) також вивчений недостатньо.

Метою нашої роботи була оцінка рецидивування ГЕРХ на фоні НДСТ в залежності від особливостей протирецидивної терапії.

Матеріали та методи. Використовувалося рентгенологічне та ендоскопічне дослідження верхніх відділів ШКТ; тривала рН-метрія стравоходу. За описаною методикою було обстежено 124 особи. Ознаки НДСТ оцінювалися відповідно до рекомендацій Всеросійського товариства кардіологів за 2012 р. З метою оцінки ефективності протирецидивної терапії обстежені пацієнти були розподілені на три групи: монотерапія езомепразолом, комбінація езомепразолу та мосаприду, комбінація езомепразолу з магнія оротатом в стандартних дозах. Рецидивування оцінювалося протягом 12 місяців спостереження.

Результати та обговорення. Магнію оротат призначався хворим із ГЕРХ та НДСТ в зв'язку із супутньою серцево-судинною патологією – пролапсом мітрального клапану та аберантними хордами. Ці кардіологічні прояви є стигмами дисембріогенезу, які характерні саме для НДСТ. При оцінці причин рецидивування ГЕРХ був відсутній зв'язок з статтю, віком, палінням, масою тіла пацієнтів. Серед причин, що підвищують ризик рецидивування можна виділити грижі стравоходного отвору діафрагми та фенотипові маркери НДСТ. Аналіз даних, отриманих в трьох групах показав статистично вірогідне ($p < 0,05$) переважання кількості хворих, що не мали рецидивів ГЕРХ протягом року серед пацієнтів, котрі приймали магнія оротат в комбінації з езомепразолом, в зв'язку з корекцією серцево-судинних проявів синдрому дисплазії сполучної тканини. На фоні лікування препаратом магнія оротата в поєднанні з езомепразолом відмічається стійкий клінічний ефект у 64% пацієнтів з синдромом дисплазії сполучної тканини ($p < 0,05$), порівняно з протирецидивною тактикою у вигляді монотерапії езомепразолом (14%) або терапії езомепразол + мосаприд (22 %).

СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ ТА НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ Чернуха С.М., Вільцянук І.О.

*ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського»,
м.Сімферополь*

Порушення функціональної активності клітинних елементів сполучної тканини при недиференційованій дисплазії сполучної тканини (НДСТ) сприяє зміні репаративних процесів і утворення неповноцінного колагену, що може бути вагомим патогенетичним механізмом розвитку атрофії слизової оболонки шлунка (СОШ).

Мета дослідження - виявити морфологічні особливості стану слизової оболонки шлунка у хворих з ГЕРХ на фоні НДСТ.

Матеріали і методи. У дослідженні використовували клініко-інструментальні методи: рН-метрію, ФЕГДС, Н.pylori діагностували швидким уреазний тестом, морфологічним і серологічним методами. Біоптати оцінювали згідно Сіднейської класифікації, Хьюстонського перегляду, за модифікованою візуально - аналоговою шкалою (шкала OLGA). Було обстежено 124 хворих з GERX та НДСТ та 58 хворих з GERX без НДСТ. Всі Нр-позитивні хворі були поділені на дві групи в залежності від антихелікобактерної схеми (контрольна - К+А+Езомеразол та основна – К+А+Е+Вісмута субцитрат).

Результати та обговорення. Атрофічні зміни та інтестинальна метаплазія СОШ були виявлені у всіх обстежених хворих, однак, спостерігалось суттєве переважання атрофії (45,9% проти 12,1%) та метаплазії (25,7% проти 5,2%) саме в групі хворих з НДСТ ($p < 0,05$). Інфіковані і неінфіковані хворі із GERX та НДСТ відрізнялися за вираженістю і поширеністю гастритів, але не відрізнялися за атрофічними змінами СОШ. Суттєве переважання атрофічних змін у хворих з НДСТ порівняно з хворими без ознак НДСТ ($p < 0,05$) доводить роль дисплазії сполучної тканини в розвитку та прогресуванні атрофічних змін наряду з персистенцією Нр. На користь цього факту також свідчить високий відсоток атрофічних гастритів навіть у Нр-негативних хворих з НДСТ (30 %). Відсутня достовірна різниця ерадикаційної ефективності в групах порівняння (83% і 89%, відповідно). Однак, виявлена суттєва динаміка зниження ознак атрофії антрального відділку шлунка на фоні застосування антихелікобактерної схеми з вісмута субцитратом у хворих з синдромом дисплазії сполучної тканини ($p < 0,05$), порівняно з показниками у пацієнтів без НДСТ. Це свідчить про позитивний цитопротекторний ефект препарату колоїдного вісмута в антихелікобактерній схемі у пацієнтів з СДСТ, а також про великий відсоток випадків непевних атрофій серед хворих на СДСТ, що вимагають диференціальної діагностики саме на фоні лікування.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НЕЙРОЦИКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Чирва О.В.

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

Цель и задачи исследования: повысить качество оценки эффективности коррекции синдрома раздраженного кишечника (СРК) у лиц молодого возраста с нейроциркуляторной дистонией (НЦД).

Материалы и методы. Обследовано 36 лиц организованной студенческой популяции (27 (75 %) женщин и 9 (25 %) мужчин, средний возраст (22,3±3,5) лет) с проявлениями СРК на фоне НЦД. Проводился сбор жалоб и анамнеза, общеклиническое и биохимическое исследование крови (печеночные пробы, общий холестерин (ОХ)); инструментальное обследование – электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости с функциональными пробами. Оценка интенсивности жалоб со стороны органов пищеварения проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы “Irritable bowel syndrome Severity Scoring System” (IBS-SSS).

В зависимости от проводимого лечения пациенты были поделены на две группы: «А» (стандартная терапия и Иберогаст 20 капель 3 раза в день) и «В» (только стандартная терапия).

Результаты. На 28-й день лечения положительная динамика наблюдалась для всех клинических проявлений согласно шкале IBS-SSS, однако лучшими были такие результаты в группе лечения «А»: уменьшения абдоминальной боли - (12,8±2,5) баллов в группе «А» и (22,8±3,4) баллов в группе «В», $p = 0,023$, метеоризма - (10,8±2,8) и (26,1±4,2), $p = 0,005$ и динамики суммарного балла IBS-SSS - (-64,9±2,2) и (-43,5±2,0) соответственно, $p < 0,001$. На 56-й день в группе лечения «А» достоверно лучшими были также данные по уменьшению метеоризма - (2,8±1,1) и (8,9±1,9), $p = 0,009$, динамики суммарного балла IBS-SSS - (-88,7±1,8) и (-78,3±2,3), $p = 0,001$ и общего воздействия заболевания на качество жизни - (7,5±2,0) и (13,3±1,9) соответственно, $p = 0,041$, по сравнению с пациентами группы лечения «В».

Выводы. Использование визуально-аналоговой шкалы "Irritable bowel syndrome Severity Scoring System" (IBS-SSS) у лиц молодого возраста позволяет определить субъективную оценку динамики интенсивности клинических проявлений СРК (абдоминальный болевой синдром, метеоризм, нарушение частоты и консистенции стула, общее влияние на качество жизни) на фоне проводимого лечения. Дополнительное назначение растительного препарата Иберогаст достоверно повышает эффективность терапии у данной категории больных.

ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКО-РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА: ФОКУС НА ПЛАЗМИД-ИНДУЦИРОВАННУЮ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ Чуб О.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Хронический пиелонефрит (ХП) является самым частым заболеванием мочевой системы у людей всех возрастных групп. В Украине, ХП занимает второе место среди всех причин, приводящих к развитию хронической почечной недостаточности (ХПН). Эффективность лечения ХП лимитируется формированием устойчивости к антибактериальным препаратам (АБП), которая в настоящее время все чаще обусловлена наличием в уропатогенных штаммах опосредованных плазмидами β -лактамаз расширенного спектра действия (β ЛРС).

Цель работы: изучить наличие плазмид-индуцированных β ЛРС у возбудителей ХП и определить взаимосвязи резистентности *in vitro* с наличием генов устойчивости.

Материалы и методы. Было обследовано 105 больных ХП: 91 (86,7%) женщина и 14 (13,3%) мужчин, средний возраст обследованных 56,9±17,6 лет. Кроме общепринятых методов обследования, всем больным проводилось определение индуцированных плазмидами β ЛРС методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты. Всего было выявлено 30 (28,6%) генов, кодирующих β ЛРС: 11 (36,7%) генов blaCTX-M, 11 (36,7%) – blaTEM, 8 (26,6%) – blaSHV.

Для оценки бактериологической эффективности антибиотико-терапии всем больным проводился посев мочи на флору и чувствительность до и после лечения. Семейство Enterobacteriaceae было доминирующим и выделилось у 57 (67,9%) больных, среди которого наиболее распространенным уропатогеном была E.coli – 40 (70,2%). Грамм-положительная флора (стафилококки, энтерококки) высеялась у 15 (17,9%) пациентов. При последующем определении чувствительности к АБП было выявлено, что среди уропатогенов, имеющих βЛРС, к аминопенициллинам высоко чувствительны 16 (53,3%) штаммов, к цефалоспорином – 24 (80%) штамма, к фторхинолонам – 22 (73,3%), аминогликозидам – 21 (70%). Тогда как бактерии, не имеющие генов устойчивости, продемонстрировали значительно более высокую чувствительность к указанным АБП.

Таким образом, мы наблюдаем снижение чувствительности in vitro уропатогенов к наиболее рекомендованным для лечения ХП антибиотикам, что взаимосвязано с плазмид-индуцированным трансфером генов устойчивости.

ВПЛИВ ЦИКЛОФЕРОНУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ТОКСИЧНИМ ГЕПАТИТОМ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ПЕРСИСТУЮЧИХ TORCH-ІНФЕКЦІЙ

Чхетіані Р.Б.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Обстежено дві групи хворих з хронічним токсичним гепатитом на тлі хронічних персистуючих TORCH-інфекцій - основна (43 хворих), які додатково до загальноприйнятої терапії отримувала сучасний імуноактивний препарат циклоферон по 150 мг всередину 1 раз на день на протязі 30-34 діб поспіль та група зіставлення (44 пацієнта), яка лікувалася із застосуванням тільки загальноприйнятих засобів. У хворих обох груп вивчали динаміку цитокінів (ЦК) сироватки крові методом ІФА. До початку лікування в основній групі обстежених концентрація IL-1β була в 2,45 рази вище норми, рівень IL-2 - в 1,88 рази, вміст ФНП α - в 1,85 рази та концентрація IL-6 – в 1,87 рази вище норми. Рівень протизапального ЦК IL-4 підвищувався незначно - у середньому в 1,33 рази стосовно норми. У пацієнтів групи зіставлення концентрація IL-1β була вище норми в середньому в 2,43 рази, IL-2 - в 1,86 рази, ФНП α - в 1,81 рази, IL-6 – в 1,85 рази, вміст IL-4 - в середньому в 1,31 рази. На момент завершення лікування було встановлено, що в основній групі пацієнтів вивчені імунологічні показники вірогідно від норми не відрізнялися. У групі зіставлення, яка отримувала лише загальноприйняте лікування, спостерігалася суттєво менша позитивна динаміка рівня ЦК у сироватці крові - рівень IL-1β на момент завершення лікування в середньому в 1,53 рази перевищував відповідний показник норми (P<0,01), IL-2 – в 1,41 рази (P<0,01), ФНП α – в 1,39 рази (P<0,05), IL-6 – в 1,37 рази (P<0,05), в той же час IL-4 – в 1,21 рази (P<0,05). Отже, отримані дані дозволяють вважати, що використання в комплексі лікування хворих з хронічним токсичним гепатитом на тлі хронічних персистуючих TORCH-інфекцій циклоферону забезпечує практично повну нормалізацію цитокінового профіля крові. Це

дозволяє вважати патогенетично обґрунтованим, клінічно доцільним та перспективним включення циклоферону до програми лікувальних заходів у хворих з даною сполученою патологією.

КОРЕКЦІЯ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ І СУДИН, ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Шалімова А.С.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Найвність коморбідної патології – гіпертонічної хвороби (ГХ) і цукрового діабету 2 типу (ЦД 2т) пов'язане з раннім розвитком серцево-судинних ускладнень (ССУ) і ураженням органів-мішеней. Інсулінорезистентність (ІР) є одним із факторів, які визначають частоту розвитку ССУ при ЦД 2т. Сполучною ланкою між ІР і кардіо-васкулярними захворюваннями, на думку ряду авторів, є ендотеліальна дисфункція (ЕД). Мета роботи полягала в оцінці впливу в комплексному лікуванні α -ліпоєвої кислоти (α -ЛК) на ремоделювання серця і судин, показники оксидативного стресу і антиоксидантного захисту у пацієнтів з ГХ і ЦД 2т. Обстежено 125 пацієнтів з коморбідною патологією: ГХ II стадії, 2 ступеня і ЦД 2т, середньої тяжкості в стані субкомпенсації. Усім пацієнтам призначалася комбінація метформіну і гліклазиду, комбінація інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту і тіазидоподібного діуретика, ацетилсаліцилова кислота у дозі 75 мг на добу та аторвастатин у дозі 20–40 мг на добу. Пацієнти були поділені на дві підгрупи: у першу підгрупу (n=60) увійшли хворі, які отримували лише базисну терапію, а у другу підгрупу (n=65) – пацієнти, які додатково до базисної терапії отримували препарат α -ЛК у таблетках в дозі 600 мг/добу. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що зміни судинної стінки у пацієнтів з ГХ і ЦД 2т проявлялися збільшенням товщини комплексу інтима-медіа (ТІМ) і швидкості пульсової хвилі (ШПХ) у сонних артеріях (СА) і черевній аорті (ЧА), зниженням ступеня ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД). Зазначені зміни супроводжувалися зростанням продуктів перекисного окислення ліпідів – дієнових кон'югатів (ДК) і малонового діальдегіда (МДА) при пригніченні активності системи антиоксидантного захисту, що проявлялося зниженням супероксиддисмутази (СОД) і каталази (Кат). Під впливом проведеної комплексної терапії у пацієнтів з ГХ і ЦД 2т відбулося поліпшення антиоксидантного захисту і стану ендотелію. Додаткове призначення пацієнтам з ГХ і ЦД 2т α -ЛК сприяло більш вираженому впливу на структурно-функціональний стан магістральних судин і оксидативний стрес, що проявлялося достовірним зменшенням ШПХ СА і ШПХ ЧА, рівнів МДА і ДК, а також збільшенням ступеня ЕЗВД, значень Кат і СОД порівняно з групою хворих, які отримували лише стандартну терапію.

**ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ,
У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ ПОХИЛОГО
ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

Шальміна М.О.

Запорізький державний медичний університет

Мета і завдання дослідження. Встановити особливості змін показників варіабельності серцевого ритму (BCP) при стабільній стенокардії напруження у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. Обстежено 108 пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження II і III ФК похилого та старечого віку, 35 та 73 пацієнтів відповідно (середній вік склав $75,28 \pm 0,73$) – що склали основну групу; до контрольної групи увійшли 33 практично здорові особи (середній вік $71,63 \pm 1,34$), у яких були відсутні клінічні прояви кардіоваскулярної патології. Дослідження BCP проводили в умовах, максимально наближених до стану основного обміну, з використанням приладу «DiaCard 2.0» (Сольвейг, Україна) для добового моніторингування ЕКГ. Користувалися часовими та спектральними показниками, прийнятими Робочою групою Європейського товариства кардіологів по вивченню варіабельності серцевого ритму.

Отримані результати. Спектральна потужність в межах низьких частот була найменшою у пацієнтів похилого віку, різниця з контрольною групою склала 64,90% ($p < 0,05$). У пацієнтів похилого віку даний показник був вищим ніж, у контрольній групі на 31,46% ($p < 0,05$), у пацієнтів більш старшої вікової категорії він збільшився до 57,79% ($p < 0,05$). Спектральна потужність в межах високих частот, що характеризує парасимпатичну активність, у пацієнтів похилого віку була на 81,11% ($p < 0,05$) нище, ніж в осіб контрольної групи. У практично здорових осіб цей показник був вищий, ніж у пацієнтів старечого віку в 2,8 рази ($p < 0,05$) і на 89,74% ($p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами похилого віку. Показник симпато-вагального балансу у пацієнтів похилого віку був вищим, ніж у контрольній групі в 2,4 рази ($p < 0,05$). За даними аналізу часових показників звертає на себе увагу показник rMSSD, який характеризує парасимпатичну активність, він із віком знижувався, різниця була достовірною у пацієнтів старечого віку у порівнянні з контрольною групою (на 48,62%, $p < 0,05$), в осіб похилого віку – 54,72% ($p < 0,05$). Показник rNN50% у пацієнтів похилого віку був нижчим, ніж в контрольній групі на 58,04% ($p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження II-III ФК похилого та старечого віку виявлено особливості BCP, які характеризувалися зміною часових і частотних показників у бік підвищення внеску симпатичної активності, зниження парасимпатичних впливів на серцеву діяльність при глобальному зниженні BCP.

ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, СПОЛУЧЕНИЙ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Шаповалова І.О., Соцька Я.А., Баскаков І.М., Гуртова С.С.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

За останні роки в Україні суттєво зросла захворюваність на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Дуже часто ХОЗЛ виникає та швидко прогресує при наявності обтяжуючих компонентів. Відомо, що захворюваність на хронічну патологію печінки та жовчовивідних шляхів в індустріальних регіонах України, зокрема в Донбасі, характеризується стабільно високими показниками, що пов'язують з несприятливим впливом на гепатобіліарну та імунну системи мешканців цих регіонів екологічно шкідливих факторів довкілля, особливо ксенобіотиків, що містяться у відходах великих промислових підприємств. Під наглядом знаходилося 56 хворих із встановленим діагнозом ХОЗЛ, сполученого з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ). У результаті проведених імунологічних досліджень було встановлено, що у хворих з даною патологією мали місце суттєві порушення з боку показників клітинного імунітету, які характеризувалися Т-лімфопенією, зниженням кількості циркулюючих у периферичній крові Т-хелперів/індукторів (CD4+) та дисбалансом субпопуляційного складу Т-лімфоцитів, що підтверджується зниженням імунорегуляторного індексу (коефіцієнту CD4/CD8) та суттєвим зменшенням показника РБТЛ з ФГА. Рівень Т-супресорів/кілерів (CD8+) знижувався у меншому ступені, ніж кількість Т-хелперів/індукторів (CD4+), а вміст у крові В-клітин (CD22+) у більшості випадків мав лише незначну тенденцію до зниження. Дійсно, кратність зменшення абсолютної кількості CD3+–клітин (тотальна популяція Т-лімфоцитів) склала 1,6 рази ($P<0,02$), кількість Т-хелперів/індукторів (CD4+) була знижена відносно норми в середньому в 1,7 рази ($P<0,002$), а число Т-супресорів/кілерів (CD8+) складало $(0,34\pm 0,01)$ Г/л, що в середньому на 16% нижче показника норми ($P<0,05$). Імунорегуляторний індекс CD4/CD8 був знижений в 1,4 рази (на 24%) відносно норми ($P<0,001$). Таким чином, у пацієнтів із ХОЗЛ, сполученим з ХНХ, відмічається порушення зі сторони показників, які характеризують клітинну ланку імунітету.

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

**Шапошникова Ю.Н.¹, Школьник В.В.¹, Немцова В.Д.¹,
Хорошун Д.И.¹, Плиговка В.В.²**

¹ *Харьковский национальный медицинский университет,*

² *ГУ «Национальный Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков*

Цель исследования: изучить влияние розувастатина (роксера) на показатели липидного обмена у больных гипертонической болезнью (ГБ) II ст., ассоциированной с ожирением и сопутствующим сахарным диабетом

(СД) 2-го типа.

Материалы и методы: Было обследовано 58 больных (20 мужчин (34,5%) и 38 женщин (65,5%)), с наличием ГБ и ожирения и СД 2 типа, средний возраст которых составил $58,8 \pm 8,8$ лет. Для коррекции уровня артериального давления у всех пациентов назначался ингибитор АПФ лизиноприл в средней суточной дозе 20,0 мг в сочетании с ежедневным приемом индопамида медленного высвобождения в дозе 1,5 мг. У всех больных выявлены нарушения липидного обмена. Всем пациентам была назначена диета и розувастатин (Роксера) в дозе 15 мг/сут. Исходно и через 8 недель лечения проводилось определение уровня общего холестерина, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), АСТ, АЛТ, креатинфосфокиназы (КФК), мочевины, креатинина и билирубина.

Результаты: У обследованных пациентов в базальных условиях уровень общего холестерина составлял $6,32 \pm 2,21$ ммоль/л, средний показатель ХС ЛПНП $4,21 \pm 2,90$ ммоль/л, средний показатель ХС ЛПВП $1,75 \pm 0,16$ ммоль/л, средний показатель ТГ — $1,77 \pm 0,66$ ммоль/л. Через 8 недель лечения достигли целевых значений липидного спектра 44 (75,8% больных). Среди побочных явлений было выявлено: у 1 больного повышение АСТ, АЛТ в 2 раза в сравнении с базальными показателями. У остальных пациентов значение основных показателей функционального состояния печени на фоне статинотерапии с использованием розувастатина - не изменились. Розувастатин (роксера) оказывает значительное влияние на липидный обмен уже через 2 месяца лечения, причем большинство пациентов достигают целевых значений на дозе 15 мг/сутки.

Выводы: Таким образом, розувастатин оказывает положительный эффект на показатели липидного обмена и может успешно использоваться в лечении пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением и сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа.

ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Шелест Б.А.

Харьковский государственный медицинский университет

Цель: провести комплексное исследование лабораторных и инструментальных показателей у больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением с учётом определения гемодинамических показателей, цитокинов, нарушений липидного и углеводного обменов.

Объект и методы исследования: обследовано 43 больных со АГ с ожирением 1-П стадий; инструментальное обследование включало ЭКГ и ЭХО-кардиографию (определялась степень гипертрофии миокарда левого желудочка и ремоделирование миокарда). Биохимическое исследование включало определение теста толерантности к глюкозе, как один из составляющих синдрома инсулинорезистентности. Определение липидного спектра крови и провос-

палительных цитокинов интерлейкина 1 β (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) проводилось иммуноферментативным методом с помощью наборов фирмы «Укрмедсервис» (Украина). Клинически определялся индекс массы тела (ИМТ) и показатель соотношения объема талии к объему бедер (Т/Б) для определения типа ожирения.

Результаты и их обсуждение. При сопоставлении антропометрических показателей у больных со АГ и ожирением выявлено достоверное повышение исследуемых показателей у больных с ожирением (ИМТ- 34,5 \pm 1,7кг/м² и соотношения Т/Б - 1,7 \pm 0,05) в сравнении с больными без ожирения (ИМТ - 25,3 \pm 0,6 кг/м², p<0,05 и Т/Б - 0,9 \pm 0,02, p<0,05). ЭХО-КГ показатели массы миокарда ЛЖ у больных со АГ и ожирением характеризовались более высокими значениями (177 \pm 5,4 г) по сравнению с показателями больных без ожирения (162,4 \pm 5,1 г). Величина фракции выброса была ниже у больных со АГ и ожирением П-Ш степени (48,2 \pm 2,4%) в сравнении с группой без ожирения. Активность провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β больных с АГ и ожирением была выше (72,3 \pm 12,5 пг/мл) в сравнении с больными без ожирения (51,6 \pm 9,4 пг/мл). Аналогичные изменения отмечали и с ФНО- α .

Выводы: установлено комплексное воздействие активности провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО- α и нарушения углеводного обмена (ожирения, артериальной гипертензии и ухудшения чувствительности тканей к инсулину) на развитие и прогрессирование АГ, а также гемодинамических расстройств – развитие гипертрофии ЛЖ и ремоделирования миокарда, что свидетельствует о патогенетической обусловленности указанных изменений.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ **Шеховцова Ю.А.**

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования. Изучить особенности структурных изменений поджелудочной железы (ПЖ) у больных с сочетанным течением хронического панкреатита (ХП) и сахарного диабета типа 2 (СД2) на фоне ожирения (ОЖ) по результатам сонографии.

Материал и методы. В исследование были включены 101 больной ХП и СД2: 1-ая группа (n=41, женщины – 35 (85,4%)) с гиноидным типом ОЖ, 2-я группа (n=38, мужчины – 29 (76,3%)) с андроидным типом ОЖ, 3-я группа (n=22) без ОЖ и группа контроля (n=20). Возраст больных 48 \pm 9 лет. Больным выполняли сонографию ПЖ (аппарат Siemens-L450). Оценивали размеры ПЖ, четкость контуров, экзогенность, однородность структуры, диаметр вирсунгова протока и наличие кальцификатов.

Результаты исследования. В 1-й группе увеличение всей ПЖ имело место у 79 (54,4%), во 2-й группе – у 16 (20,2%) и в 3-й группе – у 9 (40,9%) больных. Неровность контуров ПЖ определялась со сходной частотой во всех группах. В 1-й группе - у 38 (92,7%), во 2-й группе – у 35 (92,1%), в 3-й группе – у 21 (95,5%) больного. Изменение экзогенности ткани ПЖ определялась у

всех больных, однако различалась частота вариантов изменения. Снижение экзогенности ткани ПЖ наблюдалось в 1-й группе - у 25 (60,9%), во 2-й группе - у 14 (36,8%) и в 3-й группе - у 45 (54,9%) больных. А повышение экзогенности ПЖ определялось у 19 (46,3%) 1-й группы, у 20 (52,6%) - 2-й группы и у 10 (45,5%) больных 3-й группы. Неоднородная структура ПЖ также определялась у всех больных. Тяжистость структуры ПЖ определялась у 23 (56,1%) 1-й группы, у 30 (78,9%) 2-й группы и у 11 (50%) больных 3-й группы. Расширение вирсунгового протока определялось у 32 (78%) больных 1-й группы, у 8 (21%) - 2-й группы и у 6 (27%) больных 3-й группы. Кальцификация ПЖ выявлена у 3 (7,3%) больных 1-й группы, у 7 (18,4%) - 2-й группы и у 4 (18,1%) больных 3-й группы.

Выводы. При ХП и СД2 с гиноидным типом ОЖ чаще определяются увеличение, снижение экзогенности и расширение вирсунгового протока, а с андронидным типом ОЖ чаще наблюдаются повышение экзогенности, кальцификация и тяжистость ткани ПЖ.

КОРЕКЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОНТРОЛЬОВАНОЇ ОВАРІАЛЬНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ Щербина М.О., Граділь О.Г.

Харківський національний медичний університет

Основним і невід'ємним етапом екстракорпорального запліднення є контрольована оваріальна стимуляція (КОС), за умови збереженого оваріального резерву. При дозріванні яйцеклітини в фолікулярній рідині (ФР) відбувається активація окислювальних процесів, при індукції супероуляції перекисне окислення ліпідів і білків збільшується в десятки разів, тому важливим являється забезпечення високого рівню антиоксидантного захисту організму. Одним з найпотужніших антиоксидантів є мелатонін.

Обстежено 66 жінок репродуктивного віку з безпліддям, що були поділені порівну на I та II групу, та 33 здорові жінки, що звернулися з метою донорства яйцеклітини і склали контрольну групу. З метою зниження шкідливого впливу оксидативного стресу на зріючу яйцеклітину, пацієнтки II групи отримували превентивний курс гормонотерапії: мелатонін 3мг тричі на добу перорально 2 тижні. Пацієнтки були обстежені згідно стандартного протоколу, також визначались рівні мелатоніну (МЛТ) та 8-ізопростану в сироватці крові та ФР. Середні рівні МЛТ сироватки крові в I і II групі склали $20,94 \pm 4,42$ пг/мл та $24,78 \pm 4,75$ пг/мл відповідно, порівняно з контрольною групою $37,05 \pm 3,32$ пг/мл, $p < 0,001$. Середні рівні МЛТ ФР в I і II групі склали $28,92 \pm 8,14$ пг/мл та $33,66 \pm 9,66$ пг/мл відповідно, порівняно з контрольною групою $66,29 \pm 6,12$ пг/мл, $p < 0,001$. Рівні МЛТ ФР мали сильний зворотній кореляційний зв'язок з показниками окиснювального стресу - рівнями 8-ізопростану в ФР, що складала в I групі $363 \pm 64,38$ пг/мл, в II групі $318,98 \pm 83,17$ пг/мл, у контрольній групі $188,01 \pm 10,5$ пг/мл. Кількість отриманих яйцеклітин в I групі ($2,0 \pm 3,01$) в 2,3 рази нижче, ніж у пацієток, які отримували превентивну терапію мелатоніном ($4,81 \pm 3,4$), і в 4,5 рази нижче за контрольну групу ($17,48 \pm 7,43$), $p < 0,001$.

Індукції супероуляції веде до посилення процесів оксидативного стресу

в фолікулярній рідині, що знижує результативність екстракорпорального запліднення. 8-ізопростан достовірний показник оксидативного стресу та роботи антиоксидантної системи, його вміст має зворотню кореляційну залежність з рівнями МЛТ та кількістю отриманих яйцеклітин. Мелатонін має виражену антиоксидантну дію, тим самим збільшує кількість отриманих ооцитів. Можна вважати доцільним призначення мелатоніну з протекторною антиоксидантною метою у комплексі з підготовчими заходами до проведення ЕКЗ.

ВПЛИВ ДЕЯКИХ ОЛІГОПЕПТИДІВ НА АКТИВНІСТЬ ГАМА-ГЛУТАМІЛТРАНСПЕПТИДАЗИ В СЕЧІ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Щудрова Т.С.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Гамма-глутамілтранспептидаза (ГГТП) – фермент, який бере активну участь в азотистому обміні, сприяє транспортуванню амінокислот через мембрану клітини, що забезпечує їх реабсорбцію з первинної сечі. У нирках фермент локалізується в щітковій облямівці клітин проксимальних звивистих каналців, тому підвищення його активності в сечі є специфічним маркером ішемічного чи токсичного ураження цих каналців.

Метою роботи було дослідження активності ГГТП в сечі щурів в умовах розвитку рабдоміолітичної гострої ниркової недостатності (ГНН) при введенні олігопептиду нирок T-35 (*Glu-Asp-Leu*) та олігопептиду епіфізу епіталону (*Ala-Glu-Asp-Gly*).

Матеріали та методи. Досліди проведено на 28 нелінійних білих щурах вагою 180-220 г. Тварин було розподілено на 4 групи (n=7): I група – контрольна, II група – моделювання ГНН шляхом введення 50% розчину гліцеролу в дозі 8 мл/кг. Тваринам III та IV груп протягом 7 днів вводили T-35 у дозі 3 мг/кг та епіталон у дозі 7 мг/кг відповідно з наступним моделюванням ГНН. Результати оцінювали на 24 год. розвитку ГНН на тлі індукованого водного діурезу. Активність ГГТП у сечі визначали за допомогою набору реактивів ПрАТ² Реагент² за реакцією з L-г-глутаміл-п-нітроанлідом. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми SPSS Statistica 17.0.

Результати дослідження. Розвиток ГНН характеризувався підвищенням активності ГГТП в 91,6 раза ($7,33 \pm 0,63$ ммоль/годхл проти $0,08 \pm 0,01$ ммоль/годхл в групі контролю), що свідчить про значне токсичне ушкодження проксимальних каналців. Профілактичне застосування олігопептиду T-35 призвело до достовірного ($p \leq 0,01$) зменшення активності ферменту в 6,6 раза ($1,10 \pm 0,05$ проти $7,33 \pm 0,63$ ммоль/годхл в групі модельної патології). Застосування епіталону зменшило показник у 2,2 раза ($3,37 \pm 0,91$ проти $7,33 \pm 0,63$ ммоль/годхл), порівняно з групою модельної патології ($p \leq 0,01$).

Висновки. Розвиток рабдоміолітичної ГНН супроводжується ушкодженням клітин проксимальних каналців нирок, що підтверджується вираженим підвищенням активності ГГТП. Введення олігопептидів характеризується достовірним зменшенням активності цього маркерного ферменту, що вказує на здатність препаратів чинити захисний вплив на клітини проксимальних ка-

нальців при рабдоміолітичній ГНН. Більш виражений ефект спостерігається при застосуванні олігопептиду нирок Т-35, що свідчить про органоспецифічність дії коротких пептидів.

БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ НА ТЛІ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ
Юган Я.Л.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

На сучасному етапі доведена роль вірусу Епштейн-Барра, як патогенного агента в подальшому прогресуванні патологічного процесу у parenхімі печінки при неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), після перенесеного інфекційного мононуклеозу (ІМ). Клінічний досвід показує, що ІМ вельми часто зустрічається у осіб з наявністю нейроциркуляторної дистонії (НЦД). Метою роботи було вивчення особливості біохімічних показників у хворих на НАСГ, після перенесеного ІМ на тлі НЦД та ефективність використання сучасних препаратів субаліну та орнітоксу. Обстежено 151 пацієнт з діагнозом НАСГ, після перенесеного ІМ на тлі НЦД, які поділені на дві групи – основну (78 осіб) та зіставлення (73 пацієнта). Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте лікування НАСГ, хворі основної групи додатково отримували субалін по 2 флакони за 30-40 хвилин до прийому їжі 3 рази на добу протягом 14 днів поспіль та орнітокс розчинений вміст 1 пакетика 3 рази на добу під час прийому їжі протягом 20-30 днів.

Нами було проаналізовано зміни активності основного ферменту анаеробного гліколізу – ЛДГ та її ізоферментного спектру. Встановлено, що у переважної більшості обстежених, мало місце підвищення загальної активності ЛДГ. Зростання загальної активності ЛДГ поєднувалося зі змінами її ізоферментного спектру, яке відбувалося, як правило, за рахунок зниження концентрації “аеробних” фракцій – ЛДГ₁₊₂ та зростання “анаеробних” – ЛДГ₄₊₅, тобто так званих “печінкових фракцій”. Концентрація ЛДГ₄₊₅ підвищилася відносно норми в 2,8 рази. Рівень ЛДГ₁₊₂ нижче норми в 1,1 рази. Фракція ЛДГ₃ було в 1,2 рази менше норми.

Після лікування в основній групі активність ЛДГ понизилася відносно вихідного значення в 1,04 рази та практично відповідала нормі, у групі зіставлення загальна активність ЛДГ перевищувала норму в 1,8 разів. Концентрація ЛДГ₄₊₅ в основній групі понизилася відносно вихідного значення в 2,8 рази, концентрація ЛДГ₄₊₅ у пацієнтів групи зіставлення перевищувала норму в 1,9 рази. Рівень ЛДГ₁₊₂ в основній практично відповідав нормі, а у групі було нижче норми в 1,1 рази. Фракція ЛДГ₃ в основній групі обстежених практично відповідала нормі, у групі зіставлення відмічалася також підвищення цього показника відносно вихідного значення, але було менше норми. Отже, застосування комбінації субаліну та орнітоксу у хворих з НАСГ після перенесеного ІМ, на тлі НЦД, в лікуванні у амбулаторних умовах чинить позитивний вплив на біохімічні показники, що характеризують функціональний стан печінкової parenхіми у пацієнтів з даною коморбідною

ПОКАЗНИКИ АПЕЛІНУ-12 В КРОВІ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ З КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО

Юшко К.О., Першина К.С., Страшненко Г.М.

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

Мета. Встановити рівні апеліну крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та без нього та оцінити взаємозв'язок даного пептиду з клініко-діагностичними параметрами.

Матеріали і методи. Було обстежено 40 хворих (14 чоловіків та 26 жінок) ГХ II стадії, 2-3 ступеню віком від 42 до 70 років. Комплекс обстеження включав загально клінічне обстеження, вимірювання антропометричних показників, визначення рівнів глікемії натще, параметрів ліпідного обміну, рівнів інсуліну крові натще з розрахунком індексу інсулінорезистентності (НОМА-IR). Рівні апеліну-12 крові визначали імуноферментним методом.

Усі обстежені хворі були розподілені на 2 групи - хворі з ГХ з ЦД 2 типу (n=19) та хворі на ГХ без ЦД 2 типу (n=21). Контрольну групу склали 8 практично здорових добровольців.

Результати. Виявлено вірогідне зниження рівнів апеліну крові у хворих на ГХ з ЦД 2 типу в порівнянні з практично здоровими особами - 0,866 (0,442; 1,026) нг/мл проти 1,087 (0,877; 1,297), $p < 0,05$. У той же час рівні даного пептиду у хворих на ГХ без ЦД 2 типу ((0,884 (0,846; 1,038) нг/мл) вірогідно не відрізнялися від таких у практично здорових осіб та хворих з ЦД 2 типу.

Кореляційний аналіз рівнів апеліну крові з клініко-гемодинамічними, метаболічними та структурно-функціональними параметрами серця в групі хворих на ГХ показав вірогідний негативний взаємозв'язок апеліну з об'ємом талії ($R = -0,45$, $p < 0,05$), величиною діастолічного АТ ($R = -0,41$, $p < 0,05$), рівнями ТГ ($R = -0,56$, $p < 0,01$), ХС ЛПДНЩ ($R = -0,56$, $p < 0,01$), показником коефіцієнта атерогенності ($R = -0,56$, $p < 0,001$) та позитивний зв'язок апеліну з ХС ЛПВЩ ($R = +0,44$, $p < 0,05$).

Серед хворих на ГХ з ЦД 2 типу відмічалися вірогідні позитивні взаємозв'язки рівнів апеліну крові з вагою ($R = +0,71$, $p < 0,01$) та негативний зв'язок апеліну з тривалістю гіпертонічної хвороби ($R = -0,56$, $p < 0,05$). У той же час у чоловіків хворих на ГХ з ЦД 2 типу рівні апеліну крові вірогідно корелювали з вагою ($R = +0,92$, $p < 0,01$), показником ІМТ ($R = +0,79$, $p < 0,05$), об'ємом талії ($R = +0,9$, $p < 0,01$), об'ємом стегон ($R = +0,79$, $p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ГХ в поєднанні з ЦД 2 типу в порівнянні з практично здоровими особами відмічається зниження рівнів апеліну-12 в крові, ступінь якого корелює з тривалістю гіпертензії. Разом з тим отримані дані свідчать про те, що у чоловіків хворих ГХ з ЦД 2 типу підвищені показники маси тіла можуть сприяти збереженню продукції даного пептиду, який в основному синтезується клітинами жирової тканини. Негативний кореляційний зв'язок апеліну з проатерогенними ліпідами і позитивний - з антиатерогенними, підтверджують наявність у апеліна-12 антиатерогенних властивостей.

**СТРУКТУРА ДОБОВИХ ХАРАКТЕРИСТИК АРТЕРІАЛЬНОГО
ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ**
Ярьсько М.В., Лапшина Е.А., Кудрявцев А.А., Верховодова Ю.В.
Харківський національний медичний університет

У сучасному світі проблема поєднаної патології відіграє важливу роль як для науки так і для практичної медицини. Спільний перебіг гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та гіпертонічної хвороби обумовлен не тільки їх патогенетичними взаємозв'язками, а отже, клінічним перебігом і вибором оптимальної медикаментозної терапії. Проблема поєднання гіпертонічної хвороби та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби залишається недостатньо вивченою, відсутні дані клінічних досліджень про особливості добового профілю артеріального тиску у зазначеній категорії хворих, не вивчені атипові прояви гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та взаємозв'язок проявів гастроєзофагеального рефлюксу на тлі підвищення артеріального тиску.

Метою дослідження було визначення особливостей добового профілю артеріального тиску (АТ) у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

В ході дослідження було обстежено 60 хворих на гіпертонічну хворобу І-ІІ стадії, 1-2 ступеню віком від 30 до 65 років, які приймали відповідну антигіпертензивну терапію, 35 з яких мали поєднання гіпертонічної хвороби та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Групу виключення склали пацієнти з важкою серцевою недостатністю (ІІІ-ІV ФК по NYHA), вади серця, гострий інфаркт міокарда. До групи контролю увійшли 20 практично здорових осіб. Для обстеження пацієнтів проводилось вимірювання АТ за методом Н.С. Короткова, добове моніторування АТ, езофагогастродуоденоскопія, добова рН-метрія.

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою спостерігається відносно доброякісна структура добових характеристик АТ, що обумовлено меншим добовим підвищенням рівня АТ та меншою змінністю АТ протягом доби на 35% в порівнянні з пацієнтами, що страждають на ізольовану гіпертонічну хворобу та мають рівень змінності 60% протягом доби.

Таким чином, можна зробити висновок, що спільний перебіг гіпертонічної хвороби та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби є сприятливим і позитивно впливає на рівень та варіабельність АТ у хворих з поєднанням цих патологій.

**ANALYSIS OF BLOOD COAGULATION FACTORS IN PATIENTS UNDERGOING
SURGERY DUE TO ENDOMETRIAL CYSTS**

Grabowski J, Markowska J, Tomaszewska K

Gynecological Oncology Dept., Oncological hospital, Poznan Medical University

Objectives: The study was undertaken to evaluate selected blood coagulation factors in patients, undergoing surgery, for endometrial cysts and other ovarian benign masses.

Materials and methods: Women involved in our study, have not received any previous treatment for endometriosis and they had no history of any prior haemostatic disorders. Blood samples were collected before surgery and investigated for plasminogen, alpha2-antiplasmin, PAI-1 and tPA activity. As a control group, we have analyzed patients with benign gynecological diseases, treated in our Department.

Results: We have noticed higher mean concentration of plasminogen and alpha2-antiplasmin and lower mean concentration of PAI-1 and tPA activity in our patients in comparison with control group. Obtained results did not show any statistical significance.

Conclusions: Our analysis of haemostatic factors in blood samples did not show coagulation disorders in patients with endometriosis. Maybe there are only local coagulation disorders in endometrial tissue and its surrounding. In our opinion this problem requires further research and taking into consideration other factors.

FATTY COMPONENT OF THE HUMAN BODY WEIGHT: ANTHROPOMETRIC ESTIMATE AT THE STAGES OF POSTNATAL ONTOGENESIS

Shklyar A.S., Barchan A.S.

Kharkiv national medical university

Anthropometric research is executed proceeding from V. V. Bunak's scheme and meant definition of the general, the partial sizes of a human body and thickness of a skin and fatty fold. The saved-up results made the reference database which results of development became a basis of the statistical analysis, and also - a number of innovative development.

In anthropometry, using the caliper on the back of the shoulder (d_1 , mm.), under shoulder-blade (d_2 , mm.), and the side (d_3 , mm.), on the front surface of the shoulder (d_4 , mm.). Mean thickness of fatty folds index was calculated using the formula: $F_1 = 1,14 - 0,06 \times \log_2(d_1 + d_2 + d_3 + d_4)$, and general thickness: $F_2 = d_1 + d_2 + d_3$ and determine the absolute amount of fat component ($M_{жА}$) with formula $M_{жА} = 100 \times (G_0 / F_1 - G_1)$. Further, the evaluation performed by ЖКМТ endomorphic index ($M_{жТ}$), which is defined by the formula $M_{жТ} = G_2 + G_3 \times F_2 - G_4 \times F_2^2 + G_5 \times F_2^3$, considering age and sexual coefficients ($G_0 - G_5$) and variability (SD) of an endomorphic indicator $M_{жТ} \pm SD_{жТ}$ and absolute amount of fatty tissue $M_{жА} \pm SD_{жА}$ (Pat. №78524 U, Ukraine).

Results and their discussion. Using the accumulated database, the basis of the data of direct anthropometry calculated: index of absolute fat mass ($M_{жА}$) and endomorphic index ($M_{жТ}$), defined relative and absolute frequencies of this phenomenon. Analysis of these data revealed that the frequency of ontogenetic disharmony of fat component of body mass analyzed by ontogenetic periods ranged from $11,0 \pm 1,6\%$ to $30,0 \pm 3,0\%$, averaging over all persons at $15,4 \pm 1,0\%$. Among males the lowest frequency of disharmony body weight on his fat component found in the second period of childhood - is $8,4 \pm 1,8\%$, and the highest - $33,3 \pm 4,4\%$ in the first period of adulthood. Among females the highest frequency disharmony of body weight on his fat component found in the first period of adult age - $26,7 \pm 4,1\%$.

Conclusions. On the basis of direct anthropometry identified patterns forming of fatty components of body weight on postnatal stages of ontogenesis, which show

different frequency disharmony of body weight due to fat component, especially in terms of comparative ontogenesis of sex groups. Estimation of ontogenetic disharmony of fat component of body weight related to anatomy, topographic anatomy and other clinical disciplines and can be used to stocktaking for the peculiarities figure when evaluating a component part of its mass.

Obtained results can be explain age differences in the frequency of formation of functional disorders prenosological and nosology defined pathological states as manifestations of the general process of growth and development in the postnatal ontogenesis.

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З УЧАСТЮ
МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ, ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ**

**ВНЕСОК МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В РОЗВИТОК
МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ПРАКТИКИ**

15 травня 2014 року, Харків

Підписано до друку 04.05.2014 р.
Формат 60x84/16. Папір офсет. Друк. ризограф
Ум. друк. арк. 7,8. Замовлення б/н. Наклад 100 прим.
Друк - СПД ФО Степанов В.В.
м. Харків, вул. Ак. Павлова 311

