



пацієнти отримували медикаментозну терапію згідно прийнятих національних клінічних настанов.

Отримані результати. В дослідження залучено 39 пацієнтів (чоловіків – 18, жінок – 21) у віці 45-75 років. За функціональним класом СН: II клас – 18 пацієнтів, III – 19, IV – 2 пацієнти. Середня величина фракції викиду лівого шлуночку – 53,3%. Характер діастолічної дисфункції: 8 пацієнтів – сповільнена релаксація, 11 пацієнтів – псевдонормалізація, 10 пацієнтів – рестриктивний тип. При заповненні опитувальника Вейна домінуючі скарги: втомлюваність – 22 пацієнти, порушення сну – 16 пацієнтів, неприємні відчуття зі сторони серця – 10 пацієнтів. Вищий сумарний бал (понад 20 балів) був притаманний пацієнтам з більшою тривалістю захворювання, меншим значенням ударного об'єму і не залежав від типу діастолічної дисфункції. Домінування симпатичного відділу вегетативної нервової системи виявлено у 24, парасимпатичного відділу – у 2, збалансований тип – у 13 пацієнтів. Домінування симпатичного тону не залежало від величини фракції викиду і типу діастолічної дисфункції, однак достовірно частіше спостерігалось у пацієнтів з епізодом декомпенсації протягом попереднього місяця. Наявність симпатикотонії і низької величини варіабельності серцевого ритму в нічний час в поєднанні з низьким циркадіанним індексом були встановлені як предиктори декомпенсації СН та, зокрема, розвитку кардіальної астми.

Висновки. Здійснення оцінки стану вегетативної нервової системи розкриває можливість покращити прогнозування перебігу діастолічної серцевої недостатності.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ И АЛЬФА-2-МАКРОГЛОБУЛИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С
Кебашвили С.В., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Винокурова О.Н., Юрко Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: Козько В.Н., д.мед.н., проф.

Введение. Актуальной проблемой является диагностика морфологических изменений в печени (степень активности, стадия фиброза) у пациентов с хроническим гепатитом С (ХГС), необходимая как для выбора тактики ведения больного, так и для оценки эффективности терапии, уточнения прогноза. Из-за ряда ограничений пункционной биопсии печени, учеными ведется поиск альтернативных неинвазивных методов оценки процессов, происходящих в печени при ее хроническом поражении.

Цель. Оценить активность гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) и содержание альфа-2-макроглобулина (А2М) в сыворотке крови больных ХГС в зависимости от степени воспалительно-некротических изменений и стадии фиброза.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 25 больных ХГС. Из них мужчин было 15 (60%), женщин – 10 (40%). Средний возраст пациентов составил 41,16±2,45 лет. Всем больным определяли активность ферментов ГГТ и аланинаминотрансферазы (АЛТ) иммунотурбидиметрическим методом, содержание А2М методом электрохемоллюминесценции в сыворотке крови с помощью реактивов фирмы «Roche» (Франция), а также оценивали воспалительно-некротические изменения и стадию фиброза печени по системе FibroMax. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров.



Статистическую обработку данных проводили с использованием критерия t Стьюдента для малых выборок и коэффициента корреляции r .

Результаты. Активность ГГТ в сыворотке крови больных в среднем составила $76,82 \pm 12,98$ МЕ/л, АЛТ – $82,5 \pm 15,8$ МЕ/л, что было выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Содержание А2М не отличалось от нормальных значений ($2,56 \pm 0,11$ г/л и $2,19 \pm 0,1$ г/л соответственно, $p > 0,05$). Степень активности А0 определена у 7 (28 %), А1 – у 5 (20 %), А2 – у 4 (16 %), А3 – у 9 (36 %) пациентов. Стадия фиброза F0 диагностирована у 7 (28 %), F1 – у 5 (20 %), F2 – у 5 (20 %), F3 – у 4 (16 %), F4 – у 4 (16 %) человек. Выявлена сильная корреляционная связь между активностью ГГТ в сыворотке крови обследованных больных и активностью АЛТ ($r=0,81$; $p < 0,001$), степенью воспалительно-некротической активности ($r=0,82$; $p < 0,001$), выраженностью фиброза печени ($r=0,81$; $p < 0,001$), а также между содержанием А2М и активностью АЛТ ($r=0,41$; $p=0,05$), степенью воспалительно-некротической активности ($r=0,63$; $p < 0,01$), выраженностью фиброза печени ($r=0,84$; $p < 0,001$), активностью ГГТ ($r=0,53$; $p < 0,01$).

Выводы. Активность ГГТ и содержание А2М в сыворотке крови находятся в прямой зависимости от степени воспалительно-некротических изменений и стадии фиброза печени у больных ХГС, а также между собой, что дает основание для использования этих показателей в качестве дополнительного критерия для диагностики указанных морфологических изменений в печени.

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНОСТЬ, ЇЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ КЛАС ТА ЗМІНИ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ В ПІВРІЧНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ КАРДІОСТИМУЛЯТОРІВ

Коломийцева І.М.¹, Волков Д.Є.², Лопин Д.А.², Яблучанський М.І.¹

¹ Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Медицинський факультет, кафедра внутрішньої медицини

*² ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України», Харків
Відділення ультразвукової та інструментальної діагностики з малоінвазивними
втручаннями*

Науковий керівник: Яблучанський М.І., проф., д.м.н., зав. каф. внутрішньої медицини

Актуальність: Імплантація електрокардіостимуляторів (ЕКС) довела свою ефективність у лікуванні брадіаритмій і хронічної серцевої недостатності з високими функціональними класами (ФК ХСН). Притому, що оцінка гемодинамічних показників з урахуванням ФК ХСН є важливою частиною контролю та ефективності роботи ЕКС, їх зміни в довгостроковому періоді після імплантації ЕКС мало вивчені.

Мета та завдання: Провести аналіз гемодинамічних показників у ФК ХСН до, в ранньому післяопераційному періоді і в піврічному періоді після імплантації ЕКС.

Матеріали та методи: Були обстежені 43 пацієнта (29 чоловіків і 14 жінок), віком 70 ± 10 років, які піддалися постійній кардіостимуляції. Серед показань були атріо-вентрикулярна блокада (АВ-блокада) і синдром слабкості синусового вузла (СССВ) з режимом стимуляції DDD/DDDR, постійна форма брадисistolічний варіант фібриляції передсердь (ФП) з режимом - VVI/VVIR, дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) - з режимом - CRT-P/D.

До імплантації, в ранньому післяопераційному періоді (3-5 днів) і в піврічному періоді після імплантації залежно від ФК ХСН оцінювалися систолічний та діастолічний артеріальний