

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
МІЖВУЗІВСЬКОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
ТА СТУДЕНТІВ
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 14 січня 2014 р.)

Харків - 2014

Висновки. На тлі збільшення стенозу за рахунок атеросклеротичної бляшки встановлені за даними МСКТ –коронарографії, відбувалось достовірне підвищення неоптерина, що вказує на взаємозв'язок ступеня виразності та розповсюдженості атеросклеротичного ураження судин та рівня неоптерина, це в свою чергу дозволяє розглядати підвищення рівня неоптерина, як маркер ризику розвитку ускладнень стабільних форм ІХС.

Герасимчук У.С.

ВЛИЯНИЕ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины № 3**

Научный руководитель - к.мед.н., доц. Лахно О.В.

Цель исследования: определение влияния жировой дистрофии печени (ЖДП) на течение сахарного диабета I типа (СД I типа).

Материалы и методы: обследовано 68 пациентов, не имевших сопутствующих нефропатий и ожирения. Из них средней тяжести 46 человек, тяжелый СД I типа – у 22. Программа обследования включала ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, части больным выполнялась пункционная биопсия печени под контролем эхолокации с последующим морфо-цитохимическим исследованием. Содержание кетоновых тел в моче определяли по методу Ланге. У всех пациентов определялась суточная доза инсулина/вес. Признаков поражения печени не было выявлено у 20 пациентов с СД I типа. ЖДП выявлена у 48 пациентов. У последних потребность в инсулине была выше ($0,68 \pm 0,16$ ЕД/кг) в сравнении с СД I типа без ЖДП ($0,46 \pm 0,08$) и осложнения СД I типа (нейропатии, ангиопатии) наблюдались у всех 48 против 1 и 2 случаев соответственно у больных с СД I типа без поражения печени. Боли в правом подреберье, тяжесть в правом подреберье, увеличение печени наблюдались у 4, 8 и 44 пациентов соответственно СД I типа с ЖДП. Типичным для данных пациентов был синдром неспровоцированных гипогликемий (44 против 2 случаев), не связанных с нарушением режима питания, неадекватным содержанием углеводов в пище или чрезмерной физической активностью. Более частыми в данной группе были и эпизоды кетоацидоза (46 случаев против 5 у больных с СД I типа без ЖДП).

Выводы: Значительные перепады гликемии у пациентов с СД I типа и ЖДП вызывают оксидативный стресс, способствуют формированию ангиопатий и нейропатий.

Гончарь О.В., Иванченко С.В.

ІНТЕРЛЕЙКІНИ 33 ТА 1β, ОСОБЛИВОСТІ ГЕОМЕТРІЇ ТА ДІАСТОЛІЧНОГО НАПОВНЕННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ОСІБ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Харківський національний медичний університет, кафедра ПВМ №1, ОББ

Мета. Дослідити взаємозв'язок між рівнями інтерлейкіну 33 (ІЛ-33) та 1β (ІЛ-1β) сироватки крові, ремоделюванням та частотою діастолічної дисфункції (ДД) лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням.

Матеріал і методи. 80 хворим на ГХ у віці $59,2 \pm 8,2$ р., у тому числі 51 пацієнту з ожирінням, виконано ехокардіографічне дослідження. Тип геометрії ЛШ визначався за класифікацією A.Ganau; розраховувалися відношення E/A, E/E', тиск заклинювання легеневої артерії (ТЗЛА) за S.Nagueh. Рівні ІЛ-33 та ІЛ-1β визначалися за допомогою ІФА. Статистична обробка проводилася з використанням критеріїв Манна-Уїтні, Пірсона, кластерного аналізу.

Результати. Рівні ІЛ-33 та ІЛ-1 β були вірогідно підвищені у хворих із ГХ ($p < 0,001$) порівняно зі здоровими особами, незалежно від індексу маси тіла. Виражене підвищення концентрації обох цитокінів (ІЛ-33 > 73 пг/мл, ІЛ-1 β > 25 пг/мл) асоціювалося з найвищими значеннями індексу маси міокарда (ІММ ЛШ) та частотою ГЛШ (100,0%, 90,0% концентричної ГЛШ); ДД ЛШ була виявлена в 70,0% хворих (60,0% І типу). Переважне зростання ІЛ-1 β (> 20 пг/мл за рівню ІЛ-33 < 71 пг/мл) асоціювалося з 55,0% частотою ГЛШ (плюс 30,0% концентричного ремоделювання та найбільшою розповсюдженістю ДД ЛШ (85,0%, 70,0% І типу). Переважне зростання ІЛ-33 (> 71 пг/мл за ІЛ-1 β < 25 пг/мл) було пов'язано з 66,7% частотою ГЛШ (рівні долі концентричної та ексцентричної гіпертрофії) та найнижчим рівнем ДД ЛШ (66,7%, 50,0% І типу).

Висновки. Рівні ІЛ-33 та ІЛ-1 β у хворих на ГХ були вірогідно підвищені незалежно від наявності та ступеню ожиріння. Виражене підвищення рівню ІЛ-1 β асоціювалося з вираженим ремоделюванням ЛШ та погіршенням його діастолічної функції; зростання ІЛ-33 за низьких рівнів ІЛ-1 β супроводжувалося протективним ефектом щодо розвитку ГЛШ та його ДД.

Делєвська В.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Харківський національний медичний університет,

кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології

Мета роботи: вивчити показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 34 хворих у ХМКЛ № 27, поділених на дві групи. В 1 групу увійшли 23 хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ (14 чоловіків та 9 жінок, середній вік $67,03 \pm 1,85$ рік), у 2 групу - 12 осіб (7 чоловіків і 5 жінок, середній вік $54,87 \pm 3,05$ років) з АГ без ХОЗЛ. Всім хворим проводилося ехокардіоскопічне дослідження.

Результати. Дослідження показало, що величина кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка (ЛШ) у хворих з АГ та ХОЗЛ була достовірно меншою, ніж у 2 групі. У хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ у порівнянні з особами з АГ без ХОЗЛ відзначалося істотне зниження кінцево-діастолічного об'єму ЛШ ($98,85 \pm 3,21$, $128,75 \pm 3,59$ і $121,50 \pm 3,42$ мл відповідно). Більш низькі значення ударного та хвилинного обсягів і фракції викиду ЛШ визначалися у хворих з АГ та ХОЗЛ у порівнянні з аналогічними параметрами в осіб з АГ без ХОЗЛ. Встановлено підвищення систолічного тиску в легеневій артерії у хворих на ХОЗЛ при наявності АГ.

Таким чином, більш складні гемодинамічні умови функціонування серця при поєднаній патології призводять до значно більш виражених порушень кардіогемодинаміки і малого кола кровообігу і прискорюють розвиток хронічного легеневого серця.

Дмитренко А.С., Дубинин С.А., Молчанюк Д.А., Острополец А.С. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра внутренней медицины №3

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Моисеенко Т.А.

Уточненные на основании принадлежности к определенному соматотипу показатели морфофункциональных характеристик УЗИ ЖП позволят в клинической

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	55
Яремко И.Я.	55
МЕТОДИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	55
ТЕРАПИЯ.....	57
Prosolenko K., Ofori William.....	57
THE ROLE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE PATHOGENESIS OF HYPERTENSION AND OBESITY	57
Ryndina N., TytovaG., Rynchak P.....	57
ACTIVITY OF ERYTHROPOIESIS IN ANEMIC PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE: FOCUS ON SOLUBLE TRANSFERRIN RECEPTOR.....	57
Андреева А.О.	58
ВПЛИВ ВІСФАТИНУ НА СУДИННЕ УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОСДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	58
Архіпкіна О.Л., Введенська А.Є., Поляков О.В.....	58
РІВЕНЬ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	58
Базалеєва А.Н.	59
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ.....	59
Балута Б.Ю.	60
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЧКИ. МОЖНО ЛИ РАЗОРВАТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ?	60
Баранова Е.В., Довгаль Ю.В.	61
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ	61
Бильченко А.А.	62
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	62
Бильченко А.А., Просолєнко К.А.....	63
МИКРОАЛЬБУМИУРИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	63
Борзова-Коссе С.І., Руденко М.І.	64
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ АНЕМІЙ.....	64
Вороб'єва Е.Ю.	64
НАСКОЛЬКО СИЛЬНА ВАША ИММУННАЯ СИСТЕМА?	64
Габісонія Т.Н.	65
РОЛЬ КЛІТИННОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ З СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ.....	65
Герасимчук У.С.	66
ВЛИЯНИЕ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА	66
Гончарь О.В., Иванченко С.В.....	66
ІНТЕРЛЕЙКІНИ 33 ТА 1β, ОСОБЛИВОСТІ ГЕОМЕТРІЇ ТА ДІАСТОЛІЧНОГО НАПОВНЕННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ОСІБ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ	66
Дєлєвська В.Ю.	67
ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ У ПОСДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....	67
Дмитренко А.С., Дубинин С.А., Молчанюк Д.А., Острополец А.С.	67
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ	67
Еременко Г.В.	68
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	68
Еременко Г.В., Баранюк М.А., Бильченко С.А.	69