НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ "НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ
ІМЕНІ Л. Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ"
ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

ЩОРІЧНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ: ПРОФІЛАКТИКА НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПЕРЕХРЕСТІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ НАУК



присвячена пам'яті академіка Л. Т. Малої

21 квітня 2016 року



Харків
2016

УДК: 616.1/.4-036.12-084-06
Щ 33

Відповідальний редактор
Г. Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:
Гальчінська В. Ю., Гріднєв О. Є., Денисенко В. П., Коваль С. М., Ісаєва Г. С., Колеснікова О. В., Копиця М. П., Крахмалова О. О., Несен А. О., Рудик Ю. С., Серік С. А., Топчій І. І.

Відповідальний секретар: Грідасова Л. М.

Щ 33 “Щорічні терапевтичні читання: профілактика неінфекційних захворювань на перехресті терапевтичних”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої пам’яті академіка Л. Т. Малої, 21 квітня 2016 р. /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2016. – 397 с.

У збірник включено тези доповідей, в яких розглянуто фактори та предиктори ризику неінфекційних захворювань (НІЗ); епідеміологія НІЗ; сучасні клінічні, лабораторні та інструментальні методи діагностики НІЗ в медичній практиці; заходи щодо попередження, раннього виявлення та зниження ризику НІЗ; первинна і вторинна профілактика НІЗ; заходи щодо попередження та усунення негативного впливу на здоров’я людини несприятливих факторів оточуючого середовища; медичні та соціальні аспекти виникнення НІЗ внутрішніх органів.

Матеріали конференції призначені для спеціалістів різних медичних спеціальностей, що займаються проблемами теоретичної та практичної медицини, а також студентам медичних закладів.

© ГУ “Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины”, 2016

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Исхаков Ш. А., Турдикулова Ш. У.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»;
Институт биоорганической химии АН РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Цель – изучить эффективность статинов у больных ишемической болезнью сердца(ИБС) узбекской популяции в зависимости от полиморфизма генов АроЕ и HMGCR.

Материал и методы. Пациенты с ИБС узбекской популяции (40) на фоне антиагрегантов, бета-блокаторов и других базисных препаратов принимали аторвастатин (20-40 мг/сут., I группа) или розувастатин (10-20 мг/сут., II группа) в течение 3-х месяцев. Проведены необходимые исследования: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ)) и С-реактивный белок (СРБ), фибриноген, определение полиморфизма генов АроЕ и HMGCR.

Результаты и обсуждение. Розувастатин и аторвастатин оказали гиполипидемический эффект у включенных в исследование больных ИБС. Состояние больных значительно улучшилось, что проявилось также в уменьшении количества приступов и потреблении антиангинальных препаратов и повышении качества жизни. После трехмесячного лечения аторвастатином выявили снижение содержания ОХС на 23 %, а уровень ХС ЛПНП уменьшился на 26 %. Розувастатин уменьшил эти показатели, соответственно, на 30 % и 36 %. При этом аторвастатин увеличил ХС ЛПВП на 6 % и уменьшил ТГ на 30 %, розувастатин увеличивал ХС ЛПВП на 8 %, а ТГ снизил на 38 %. Оба статина уменьшали маркеры медиаторов воспаления – СРБ и фибриноген. Установлено более выраженное влияние розувастатина. Выявлена связь между структурно-функциональным состоянием миокарда и магистральных артерий с уровнем ОХС, ХСЛПНП, ТГ, СРБ. Фармакогенетические исследования статинов показывают, что вариабельность ответа может быть связана с генетически детерминированной модификацией метаболизма, всасывания, экскреции и изменения структуры и функции рецепторов, на которые воздействуют как сами статины, так и липиды, что приводит к изменению фармакологического ответа. При выборе статина для конкретного пациента нужно принимать во внимание плейотропные эффекты статинов.

Таким образом, учитывая, что эффективность и, особенно, безопасность лечения статинами является крайне важной, необходимы дифференцированные подходы к медикаментозной терапии больных ИБС в зависимости от фармакогенетических особенностей ответа носителей гена АпоЕ и HMGCR.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОХЕЛП В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаев А. Х., Садыкова Г. А., Арипов Б. С., Каримов М. М.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации»,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель – оценка эффективности местного растительного сбора МетабоХелп в комплексном лечении больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материал и методы. Больные ХОБЛ с изменениями в ЖКТ (дискинезии желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника (СРК) с запорами) на фоне базисного лечения получали растительный сбор МетабоХелп (HealtH Helpers, Узбекистан) по 1 капсуле 2 раза в день, за 5-10 минут до еды и после достижения эффекта по 1 капсуле на ночь основная группа(18). 12 пациентов получили только базисное лечение(группа сравнения). Проведены необходимые исследования.

Результаты. До лечения больных беспокоили кашель с мокротой, одышка, боли в грудной клетке, субфебрильная температура, общая слабость, тяжесть и боли в правом подреберье, горечь во рту, вздутие живота и запоры. Изученные показатели(рентген, спирография, анализы крови, мокроты, ультразвуковые исследования) коррелировали с клинической. После лечения уменьшилась или исчезла симптоматика и нормализация изученных показателей. У больных, принимавших МетабоХелп, эффект достигнут раньше. Следует отметить исчезновение у них болей в правом подреберье, вздутия живота, запоров. При этом функциональные пробы у больных основной группы были лучше таковых в группе сравнения. Содержание общего билирубина, АЛТ и АСТ после лечения были в пределах нормы. Растительный сбор МетабоХелп оказал благоприятное влияние на изученные показатели. Выявлен иммуностимулирующий эффект МетабоХелпа(исходно изменённые показатели иммуноглобулинов А, М, G и Е имели тенденцию к нормализации). Неблагоприятного влияния на показатели растительный сбор не оказал. Экстракты лекарственных растений МетабоХелпа (Кассия, Крушины слабительной, Подорожника, Алоэ, Аниса, Валерианы лекарственной, Пирея), оказывающие слабительное действие, улучшающие пищеварение, нормализующие перистальтику кишечника и уменьшающие метеоризм, усилили эффект базисного лечения.

Выводы. МетабоХелп в комплексном лечении больных ХОБЛ с дискинезиями желчевыводящих путей, СРК с запорами повышает эффективность лечения, улучшает клиническое течение заболевания, благоприятно влияет на функциональное состояние ЖКТ.

КРЫСЫ ЛИНИИ SHR СО СПОНТАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК МОДЕЛЬ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Айдарова В. С., Ломакин И. И., Кудокоцева О. В.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Часто встречающиеся сосудистые заболевания головного мозга, развитие психических нарушений, значительный процент временной утраты трудоспособности, инвалидизация и высокая смертность стали важнейшей медицинской и социальной проблемой. Основным этиологическим фактором церебральной микроангиопатии является артериальная гипертензия (АГ). Хронические прогрессирующие сосудистые заболевания головного мозга, обусловленные АГ, известны под названием «гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия» (ГДЭ).

Эксперименты проведены на крысах-самцах в возрасте 10-ти месяцев с генетически детерминированной спонтанной гипертензией (spontaneously hypertensive rat (SHR). Артериальное давление у крыс определялось при помощи манжеты с датчиками давления, укрепленной на хвосте. Поведенческие реакции оценивались общепринятыми методами.

У крыс линии SHR наблюдалась устойчивая гипертензия с систолическим артериальным давлением (САД) (215 ± 7) мм рт. ст. и диастолическим давлением (ДАД) (127 ± 4) мм рт. ст. В качестве контроля были исследованы беспородные крысы с нормальными показателями САД и ДАД ((130 ± 4) мм рт. ст. и (95 ± 4) мм рт. ст., соотв.). Среднее САД у крыс SHR было повышено по сравнению с его уровнем у контрольных животных на 65 % ($P < 0{,}001$), ДАД – на 33 % ($P < 0{,}001$).

Согласно приказу МОЗ Украины от 17.08.2007 г. № 487 («Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Неврологія”») для постановки диагноза ДЭ необходимо наличие когнитивных и/или эмоционально-аффектных нарушений, подтвержденных с помощью нейропсихологических исследований.

В проведенных нами наблюдениях в оценке поведенческих реакций крысы линии SHR подтвердили свои генетические характеристики, касающиеся гиперактивности, импульсивности и низкой способности к обучению (слабое воспроизведение условной реакции). Показано, что крысы линии SHR отличались от своих беспородных собратьев повышенной спонтанной двигательной активностью, выраженной агрессией на «чужака», повышенным уровнем «тревожности», слабо выраженным половым влечением и непредсказуемостью поведения.

Таким образом, у крыс линии SHR была выявлена стойкая артериальная гипертензия с проявлениями эмоционально-аффектных нарушений, что позволяет использовать эту линию животных в качестве модели дисциркуляторной энцефалопатии.

ТЕРАПІЯ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАЖУ ПАЛІННЯ

Александрова М. Я., Александров О. Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна,
Кафедра госпітальної терапії

Вступ. Загальновідомо, що основним етіологічним чинником хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є паління. Існує чітка залежність між стажем паління (пачко/роки) та вираженістю змін в бронхіальному дереві, що клінічно проявляється наростаючою задишкою, кашлем та іншими симптомами, в кінцевому етапі призводячи до інвалідизації.

Мета дослідження. Оцінити ефективність протизапальної, бронхолітичної, муколітичної терапії ХОЗЛ у загостренні, залежно від стажу паління хворих.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 55 хворих (чоловіків) на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) середнього ступеню важкості, кл. група В у фазі загострення, ЛН І ст. Середній вік хворих становив (56,6 ± 3,4) роки. Стаж паління – в середньому (15,3 ± 1,4) роки. Всі пацієнти були розділені на 2 групи: основна група хворих (n = 30) , стаж паління яких був близько 10,8 років. Контрольна група (20 пацієнтів) – стаж паління яких складав понад 20 років. В обох групахвикористовувалась традиційна протизапальна, муколітична, бронхолітична терапія в однаковому об'ємі на фоні базисної протизапальної терапії.

Результати дослідження. Ефективність лікування оцінювали за відсотком зникнення та/або зменшення симптомів ХОЗЛ (кашель, із виділенням харкотиння, задишка при помірному фіз. навантаженні), відсотком приросту показників функції зовнішнього дихання (ФЗД).Особливуувагу приділяли швидкості настання терапевтичного ефекту. Аналізуючи отримані дані слід відмітити, що у хворих основної групи терапевтичний ефект наступав вже на 4-5-й день призначеного лікування і мав більш виражені прояви – значно зменшилась задишка, кашель, приріст ФЖЄЛ становив 9,72 %, $ОФВ_1$ – 12,5 %; в контрольній групі також було відмічено позитивну динаміку клінічних показників, що підтверджувалось достовірним відсотком приросту ФЗД(приріст ФЖЄЛ становив 8,52 %, $ОФВ_1$ – 10,5 %), однак відчутне клінічне покращення наступало лише на 5-7-му добу. Більш повільне відновлення клінічного стану пацієнтів контрольної групи, ймовірно, пов'язано із значно більшим стажем паління, що призвело до стійких змін в слизовій бронхіального дерева, і, відповідно, більшої резистентності до лікування.

Висновки. Тривалий стажпаління у хворих на ХОЗЛ справляє склерозуючий вплив на слизову бронхіального дерева, призводячи до незворотних змін та до більшої резистентності до лікування

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабирджанова З. Т.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

Цель исследования: изучение состояния эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), тяжелой бронхиальной астмой (БА) с наличием легочной гипертензии (ЛГ) и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия. На протяжении 10 дней пациенты получали амлодипин в дозе 5-10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапию (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л). Проводилось допплерэхокардиографическое исследование сердца больных. Спектрофотометрическим методом оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмNO) в плазме крови.

Результаты и обсуждение. При применении амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается повышение синтеза СмNO в плазме крови в 1 и 2 группах, соответственно, в 1,05 и 1,5 раза ($p < 0,05$).

При повторной допплерэхокардиографии отмечается снижение степени среднего давления в легочной артерии и увеличение отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца в 1,07 и 1,08 раз ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились, соответственно, на 11,2 % и 4,1 % в 1-й группе, на 22 % и 9,3 % – во 2-й группе.

Выводы. У больных БА с ЛГ, гиперпродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ с ЛГ.

Амлодипин на фоне стандартной терапии и озонотерапии коррегирует показатели СмNO в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ПРОТЕЇНАЗО-ІНГІБІТОРНОЇ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМ КРОВІ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ДЕСТАБІЛІЗАЦІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Амеліна Т. М.

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

Метою дослідження було оцінити стан фібринолітичної та протеїназо-інгібіторної систем плазми крові пацієнтів на хронічну ішемічну хворобу серця (ІХС).

Обстежено 30 хворих на ІХС, зокрема стабільну стенокардію напруги ІІ функціонального класу (1-а група), середній вік яких становив (56,1 ± 0,76) років. 2-у групу склали 10 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Оцінювали протеолітичну (за лізисом низькомолекулярних (ЛНБ) і високомолекулярних білків (ЛВБ) плазми крові) та колагенолітичну активність плазми (КАП) крові, сумарну фібринолітичну активність (СФА), її ферментативну (ФФА) та неферментативну (НФА) ланки.

Встановлено, що ЛНБ і ЛВБ вірогідно нижчий в 1-ій групі – (3,72 ± 0,03) мкг азоальбуміну/мл за 1 год. ($p < 0,05$) і (3,84 ± 0,03) мкг азоальбуміну/мл за 1 год ($p < 0,05$) відповідно порівняно з 2-ю групою, де ЛНБ складав (5,23 ± 0,12) мкг азоальбуміну/мл за 1 год. і ЛВБ (5,42 ± 0,11) мкг азоальбуміну/мл за 1 год. Рівень КАП крові у хворих 1-ї групи вірогідно нижчий ($p < 0,05$) – (0,16 ± 0,01) мкг азоколу/мл за 1 год. Проти 2-ї групи (0,23 ± 0,02) мкг азоколу/мл за 1 год. Дослідження фібринолітичної активності плазми крові у пацієнтів 1-ї групи встановило вірогідне зменшення кожного з показників, так СФА становила (1,59 ± 0,03) мл/год., 2-ї групи – (2,08 ± 0,06) мл/год., НФА була на рівні (0,78 ± 0,01) мл/год. проти (1,09 ± 0,03) мл/год. 2-ї групи, ФФА теж зазнала вірогідних змін у хворих 1-ї групи порівняно з 2-ю – (0,81 ± 0,02) мл/год. проти (0,99 ± 0,03) мл/год.

Зниження фібринолітичної та протеїназо-інгібіторної систем крові у пацієнтів на ІХС обумовлює прогресування гемодинамічних, проліферативних, дисциркуляторних розладів, що суттєво впливає на процеси мікроциркуляції, погіршуючи прогноз і перебіг захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ СПОРТСМЕНІВ

Амеліна Т. М., *Мойса В. К.

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

**КУ «Обласний лікарсько-фізкультурний диспансер», м. Чернівці, Україна*

Раціональні заняття спортом, що передбачають адекватність фізичного навантаження функціональним можливостям організму, викликають певні зміни в серцево-судинній системі спортсменів, які не виходять за рамки фізіологічних реакцій. Характерними для фізіологічного серця спортсмена є поєднання максимально економного функціонування в спокої і можливість досягнення граничної функції при фізичному навантаженні. Високий функціональний стан фізіологічного "спортивного" серця слід розцінювати як прояв довготривалої адаптаційної реакції, що забезпечує здійснення раніше недоступної за своєю інтенсивністю фізичної роботи.

З метою оцінки змін параметрів функціонального стану міокарда нами обстежено спортсменів, що виконують різні види фізичного навантаження: першу групу утворили 20 спортсменів з навантаженням динамічного характеру, другу – 18 з переважанням статичного навантаження. Середній вік обстежуваних $(14 \pm 2{,}1)$ роки, тривалість занять спортом – $(3 \pm 1{,}4)$ роки. Результати порівнювали з репрезентативними за віком особами, що не займаються спортом.

Встановлено, що у спортсменів І групи адаптаційні зміни відбуваються за рахунок вірогідного ($p < 0{,}05$) зростання кінцевого діастолічного об’єму (КДО) лівого шлуночка (ЛШ), товщини задньої стінки ЛШ у фазу систоли (ТЗСЛШс), тоді як у ІІ групі встановлено вірогідне ($p < 0{,}05$) збільшення ТЗСЛШс і товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШПс). В обох групах обстежених параметри не перевищували вікову норму. Отримані зміни дозволяють припустити, що вплив динамічного типу навантаження викликає переобтяження серця переважно об’ємом, тоді як статичний тип роботи – тиском. Доведено, що ремоделювання міокарда корелює з тривалістю та систематичністю виконання навантажень. На початковому етапі зміни мають переважно гемодинамічний характер, в подальшому відбувається потовщення серцевого м’язу [R.B. Weiner, 2015]. Гіпертрофію міокарда, зазвичай, вважають пристосувальною реакцією, відповіддю на гіперфункцію. Однак, така реакція не є раціональною і, безсумнівно, може бути першим кроком до розвитку патологічної гіпертрофії.

Збільшення розмірів серця у спортсменів є наслідком неповноцінності адаптаційних механізмів до підвищених вимог спортивної діяльності і якщо не є самостійною патологією, то, принаймні, передумовою для розвитку морфологічних і функціональних порушень міокарда.

ВПЛИВ КАРВЕДИЛОЛУ НА ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНИЙ ГЕМОСТАЗ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ

Амеліна Т. М., Тащук В. К., Полянська О. С.

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

При стабільній стенокардії (СС) активація перекисних процесів обумовлена частими ангінальними приступами, що викликають гіперкатехоламінемію, стимуляцію ліполізу, збільшення вмісту вільних жирних кислот. Реперфузія міокарда, яка розвивається після кожного епізоду транзиторної ішемії, призводить до значної активації вільнорадикальних процесів, викиду ліпопероксидів у кровотік, як наслідок - виснаження антиоксидантного захисту (АОЗ).

З метою дослідження впливу карведилолу на процеси про- та антиоксидантного захисту обстежено 50 хворих на СС напруження II-III ФК. Середній вік пацієнтів становив (56,1 ± 0,76) років. Для вивчення ефективності запропонованого лікування всі обстежені розподілені на дві групи: 1-ша – 20 хворих на СС у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), котрі отримували основну терапію (антитромбоцитарна, ліпідзнижувальна) та метопрололу сукцинат; 2-га група – 30 хворих на СС із супутнім ХОЗЛ, яким на тлі основної терапії замість метопрололу було включено карведилол у дозі 12,5 мг на добу. В обстежених пацієнтів діагностовано ХОЗЛ I-II стадії, яке на момент обстеження відповідало повній ремісії.

Слід відмітити покращання стану АОЗ і процесів перекисного окиснення у 1-ій групі пацієнтів: загальна антиоксидантна активність (ЗАОА) плазми крові зросла на 6,1 %, церулоплазмін (ЦП) плазми зменшився на 54,5 % ($p < 0,0001$), кількість SH-груп збільшилась на 34,8 % ($p < 0,0001$), активність каталази зросла на 22,9 % ($p < 0,0001$), кількість малонового альдегіду (МА) знизилась на 18,5 % ($p < 0,0001$), показник окислювальної модифікації білків (ОМБ) поменшав на 18,2 % ($p < 0,0001$) порівняно з вихідним рівнем. У пацієнтів 2-ої групи в динаміці проведеного лікування показник ЗАОА підвищився на 12,9 % ($p < 0,001$) і був достовірно вищим рівня 1-ої групи. Рівень ЦП зменшився на 44,7 % ($p < 0,0001$), вміст SH-груп підвищився на 30,2 % ($p < 0,0001$), рівень каталази зріс на 26,7 % ($p < 0,0001$). Посилення АОЗ плазми крові викликало зменшення вільнорадикальних змін, що підтверджується зниженням МА на 22,8 % ($p < 0,0001$), ОМБ – на 43,4 % ($p < 0,0001$), рівень якого був вірогідно нижчим рівня 1-ої групи.

Отже, призначення карведилолу позитивно впливає на перебіг стабільної стенокардії з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень шляхом активації антиоксидантного захисту та зменшення інтенсивності вільнорадикальних зрушень.

УРОВЕНЬ ВИСФАТИНА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С И БЕЗ ОЖИРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЩИНЫ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

Андреева А. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: определить изменение уровней висфатина и интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови больных гипертонической болезнью (ГБ) с и без абдоминального ожирения (АО) в зависимости от толщины общей сонной артерии (ОСА).

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 86 больных методом случайной выборки. Основную группу составили 60 больных ГБ в сочетании с АО, из которых – 29 мужчин (47,5 %) и 31 женщина (52,5 %). Группу сравнения составили 25 пациентов, которые имели исключительно ГБ –12 мужчин (48 %) и 14 женщин (52 %) соответственно. Средний возраст больных ГБ составил (58 ± 5,3) лет. Уровни висфатина и ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом. Уровень триглицеридов – ферментативно-фотометрическим методом. Определение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) ОСА проведено с помощью доплеровского ультразвукового исследования. Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью программ MS® Excel®2013 ™ и STATISTICA версия 6.1.

Результаты. При сравнении уровня висфатина с нормальной толщиной КИМ ОСА, было выявлено достоверное его увеличение лишь у больных ГБ с АО. Анализируя уровень висфатина с разной толщиной КИМ ОСА, достоверное увеличение данного адипоцитокинов было обнаружено только при патологическом утолщении сосудистой стенки – (39,49 ± 1,53) нг/мл при ГБ с АО и (24,46 ± 1,49) нг/мл при ГБ без АО ($p < 0,05$). Также была обнаружена положительная корреляционная связь между уровнем висфатина и толщиной КИМ при ГБ с АО ($r = 0,49$, $p < 0,05$) и без него ($r = 0,41$, $p < 0,05$). При сравнении уровня ИЛ-6 с толщиной КИМ ОСА, была установлена положительная корреляционная связь между последними у больных ГБ с АО ($r = 0,42$, $p < 0,05$). Одним из атерогенных показателей, который вызывает существенное увеличение висфатина в крови, является гипертриглицеридемия, что подтверждается обнаруженной положительной корреляционной связью между уровнем висфатина и триглицеридов у больных ГБ с АО при утолщенные КИМ ОСА ($r = 0,43$, $p < 0, 05$).

Выводы. У больных с ГБ в независимости от наличия АО отмечается поражения ОСА, при котором имеет место достоверное повышение уровня висфатина и ИЛ-6. Полученные результаты указывают на необходимость применения лекарственных средств для снижения уровня висфатина и ИЛ-6 с целью уменьшения воспалительного процесса в сосудистой стенке.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СКРИНІНГОВОГО АНКЕТУВАННЯ У ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ ОБСТУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ

Андреєва Я. О.

ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», м. Запоріжжя,

Кафедра терапії, фізіотерапії, курортології і профпатології

Синдром обструктивного апное сну (СОАС) досить розповсюджене захворювання, що характеризується спаданням дихальних шляхів уві сні та зупинкою або різким послабленням дихання.

Мета – оцінити діагностичну чутливість та специфічність скринінгових методів опитування у діагностиці синдрому обструктивного апное сну.

Матеріали и методи. Проведено обстеження 148 осіб. Серед них 81 чоловік та 67 жінок. Середній вік складав (49,8 ± 5,3) роки. Тестування проводили за протоколом обстеження хворих з порушеннями сну, що включав в себе: анкету скринінгу СОАС (Вейн АМ та ін., 2009), анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну (Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI), Епвортську шкалу денної сонливості (Epworth Sleepiness Scale). Кардіо-реапіраторний моніторинг проводився за допомогою апарату SOMNOcheck 2 (Weinmann, Германия) усім учасникам дослідження, за результатами якого визначався індекс апное-гіпопное (ІАГ). Для оцінки чутливості та специфічності проводилась побудова та оцінка характеристичної кривої (ROC-крива).

Результати дослідження. В залежності від значення ІАГ усіх хворих було поділено на 2 групи: 1 група – ІАГ був менше 5 (32 особи); 2 група – більше 5 (116 осіб). При тестуванні за Епвортською шкалою денної сонливості встановлено, що 0-10 балів мали 96 осіб, 10-15 балів – 29 осіб та більше 15 балів – у 23 осіб. При цьому 22 особи відносили до 1 групи обстежених. Усі особи 2 групи мали за шкалою більше 10 балів. Середній бал у цій групі склав (11 ± 1,1) бал. Відповідно до значення сумарного балу суб’єктивної оцінки сну: 18 та менше балів (характеризує сон як порушений) було у 40 осіб (27 %); 19-21 бал (граничні значення) – у 52 осіб (35 %); більше 21 балу (сон нормальний) – у 56 осіб (36 %). За результатами анкети для скринінгу СОАС, велика ймовірність наявності СОАС (більше 4 балів) була встановлена у 35 осіб (серед них:23 – з 2 групи, 12 – з 1 групи). У інших 9 осіб було по 3 бали. За результатами побудови ROC-кривої Епвортська шкала продемонструвала 79 % чутливість та 68 % специфічність, анкета бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну – 72 % чутливість та 76 % специфічність, анкета скринінгу СОАС – 86 % чутливість та 62 % специфічність.

Висновки. Серед застосованих методик найбільшу чутливість (86 %) продемонструвала анкета для скринінгу СОАС, але її специфічність була лише 62 %. Тому можна зробити висновок про недостатню ефективність існуючих систем анкетування у скринінговій діагностиці СОАС і необхідність подальшої розробки систем скринінгового анкетування з метою підвищення їх чутливості та специфічності.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА «ГИПОТРОН-М» У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Асанов Э. О., [*]Полягушко Л. Г., Осьмак Е. Д., Дыба И. А.

Государственное учреждение «Институт геронтологии им. акад. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев,
[*]Национальный технический университет Украины «Киевский политехнический институт»

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) является одним из основных патологических процессов, способствующих развитию легочной недостаточности и преждевременной смерти людей пожилого возраста.

Перспективным немедикаментозным методом лечения бронхиальной обструкции являются интервальные нормобарические гипоксические тренировки (ИНГТ).

Киевскими учеными НТУУ «КПИ» создан модифицированный автоматизированный программно-аппаратный комплекс «Гипотрон-М», который позволяет проводить сеансы гипокситерапии.

Целью исследования являлась оценка эффективность применения ИНГТ автоматизированного программно-аппаратного комплекса «Гипотрон-М» для терапии бронхиальной обструкции у пожилых больных с ХОЗЛ.

Обследуемые и методы. Обследованы 18 больных ХОЗЛ пожилого возраста. Вентиляционную функцию легких изучали на спирометре "Spirobank" (Mir, Италия). ИНГТ проводились с помощью аппарата «Гипотрон-М» (Украина). Курс тренировок состоял из 10 ежедневных сеансов.

До и после курса ИНГТ у обследуемых больных определяли показатели вентиляционной функции легких, бронхиальной проходимости.

Результаты и обсуждение. В результате применения курса ИНГТ у больных пожилого возраста с ХОЗЛ отмечалось улучшение бронхиальной проходимости и вентиляционной функции легких. Также у больных с пожилого возраста ХОЗЛ после курса ИНГТ повысились резервные возможности легких.

Вывод: курсовое применение ИНГТ с использование аппарата «Гипотрон-М» с современным программным обеспечением улучшает вентиляцию и бронхиальную проходимость, а также приводит к повышению функциональных резервов легких у пожилых больных с ХОЗЛ.

LEVEL OF TNF-α, sTNF-RI AND 8-ISOPROSTANE IN THE COMBINED THERAPY OF BISOPROLOL AND INDAPAMID AT OVERWEIGHT HYPERTENSIVE PATIENTS

Ashcheulova T. V., Kovalyova O. N., Gerasimchuk N. N.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

One of the manifestations of the pathogenesis of such combined pathology as hypertension (AH) and obesity is the development of endothelial dysfunction (ED). Recent studies suggest a possible role of immune-inflammation activation mediated by pro-inflammatory cytokines, and oxidative stress (OS) in the development of ED.

Aim. Assessment of the level of TNF-α, sTNF-RI and 8-isoprostane, as the main marker of OS, at overweight patients with arterial hypertension in combined bisoprolol (5 and 10 mg) and indapamid (2,5 mg) therapy.

Material and methods. The content of serum 8-iso-PgF2α (8-isoprostane n=10), TNF-α and its soluble receptor type I (sTNF-RI n=102) were determined by ELISA. The obtained data were expressed in pg/mL, ug/ml and ng/ml respectively. Overweight hypertensive patients, (2-stage, 2-3 degree of AH, age–54,7+0,58 years), without preliminarily antihypertensive therapy were examined.

The TNF-α level was decreased to 70,46 (44,75±8,21 compared with base line before treatment 115,21±19,61 $p<0,05$) which is 61,16%. Middle level sTNF-RI noted a reverse trend, ie increase its average 0,24 (11,06%) after the treatment (2,41±0,03 with before treatment 2,17±0,12). The decrease in TNF-α / sTNF-RI 65% (18,57 vs 53,09) indicates a change of ligand / receptor ratio on, ie the reduction of TNF-α on the background of sTNF-RI shows a significant decrease in the level of immunoactivation after 10 weeks of treatment by β-adrenoblocker (bisoprolol) with diuretic (indapamid).

Decreased content of serum 8-isoprostane was observed on 40,0% (12,3±7,27 compared to baseline 20,49±17,36) and respectively 1,66 times becomes lower.

Conclusions. Bisoprolol treatment in combination with indapamid is accompanied by a decrease in intensity of oxidative stress, which manifests a decrease in the level of 8-isoprostane and evidence of antiimmunoinflammatory and antiapoptotic effects during therapy.

ОСОБЛИВОСТІ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ПОБУТОВИХ АЛЕРГЕНІВ У ХВОРИХ НА ЦІЛОРІЧНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНІТ

Бабаджан В. Д., Кузнецова Л. В., Шуляк М. А., Амер Л. Б., Москаленко Л. А., Грішина І. А., Мороз А. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: вивчити особливості сенсибілізації до побутових і грибкових мажорних і мінорних алерген-компонентів у хворих на цілорічний алергічний риніт (ЦАР).

Основну групу склали 120 хворих на ЦАР, у яких в результаті in vitro діагностики за допомогою Immunocap 100 E (Phadia AB, Sweden) були виявлені специфічні білки мажорних алергенів (1 клінічна група). Групу порівняння склали 50 хворих на ЦАР, у яких були виявлені специфічні білки мінорних алергенів (2 клінічна група). Контрольну групу становили 20 практично здорових осіб.

У обстежених хворих на ЦАР був виявлений підвищений вміст специфічних IgE до епідермальних алерген-компонентів – лупа та епітелій кішки (12,9 %), лупа й епітелій собаки (11,7 %); кліщів домашнього пилу – Dermatophagoides Pteronyssinus (20 %), Dermatophagoides Farinae (13,5 %); цвілевих грибків – Alternarsa alternate (17,6 %), Aspergilus fumigatu (13,5 %), Cladosporium herbarum (11,7 %), Candida (15,3 %). Всього у 170 хворих на ПР із ЦАР було виявлено 198 випадків сенсибілізації, кількість алергенів, що припадають на 1 хворого склала 1,2, кількість хворих, що мали сенсибілізацію до 2 і більше алерген-компонентів, склала 28 (16,5 %). Основні (мажорні) алерген-компоненти, які є маркером видоспецифічної сенсибілізації в достатній концентрації (більше 0,35 kU/l) були виявлені у 120 (70,58 %) пацієнтів, загальна кількість виявлених мажорних алергенів склала 223, кількість алергенів, що припадають на 1 хворого – 1,86, кількість хворих, що мали сенсибілізацію до 2 і більше мажорних алерген-компонентів – 95 (79,1 %). Мінорні алерген-компоненти, які є маркером перехресної чутливості, в достатній концентрації (більше 0,35 kU/l) були виявлені у 50 (29,42 %) пацієнтів, загальна кількість виявлених мінорних алергенів склала 57, кількість алергенів, що припадають на 1 хворого – 1,14, кількість хворих, що мали сенсибілізацію до 2 і більше мінорних алерген-компонентів – 7 (14 %).

Таким чином, максимальну частоту сенсибілізації було виявлено серед епідермальних алергенів – до лупи та епітелій собаки, серед алергенів кліщів домашнього пилу – до Dermatophagoides Pteronyssinus; серед алергенів цвілевих грибків – до Alternaria alternata і Candida. Більшість хворих (79,1 %) мали сенсибілізацію до мажорних алергенів, що дозволяє прогнозувати високу ефективність специфічної імунотерапії саме в цій категорії хворих на цілорічний алергічний риніт.

РОЛЬ И МЕСТО Р-СЕЛЕКТИНА И ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Бабак О. Я., Бильченко А. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Кафедра внутренней медицины № 1

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является наиболее распространенным хроническим заболеванием печени в западных странах, тесно связана с устойчивостью к инсулину и оксидативным стрессом и включает в себя широкий спектр заболеваний печени, начиная от простого стеатоза до неалкогольного стеатогепатита (НАСГ). НАЖБП считается печеночным проявлением метаболического синдрома, с которым разделяет несколько характеристик, однако в последнее время данные свидетельствуют о том, что НАЖБП связана с повышенным сердечно-сосудистым риском независимо от широкого спектра факторов риска развития метаболического синдрома. Данные свидетельствуют о том, что клиническая тяжесть НАЖБП не ограничивается заболеваемостью и смертностью, связанной с печенью. Большинство случаев смерти у пациентов с НАЖБП связанны с сердечно-сосудистыми заболеваниями и раком, а не с прогрессированием болезни печени. Ретроспективные и проспективные исследования свидетельствуют о тесной связи между НАЖБП и субклиническим проявлением атеросклероза (увеличение толщины интима-медиа, эндотелиальная дисфункция, нарушение функции левого желудочка и коронарная кальцификация). Данные исследований указывают на то, что пациенты с НАСГ подвергаются более высокому риску развития сердечно-сосудистых заболеваний, чем пациенты с простым стеатозом, подчеркивая роль хронического воспаления в патогенезе атеросклероза у этих больных.

Несмотря на значительное количество исследований, которые проводятся с новыми биомаркерами воспаления Р-селектином и Галектином-3, в основном у больных с острым коронарным синдромом и острой сердечной недостаточностью, где они показали высокое прогностическое значение, остается малоизученной роль этих биомаркеров у больных с артериальной гипертензией в сочетании с другими проявлениями метаболического синдрома, такими как неалкогольная жировая болезнь печени, которые относятся к категории больных с высоким дополнительным риском сердечно-сосудистых событий.

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР ТА АМІНОТРАНСФЕРАЗИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Бабак О. Я., Лапшина К. А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Кафедра внутрішньої медицини № 1

НАЖХП являє собою найчастішу причину аномальних результатів дослідження функції печінки у дорослих та дітей. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з найпоширеніших хвороб у світі – на неї страждають 30-35 % дорослого населення. В останній час велика увага приділяється поєднанню цих двох патологій.

Мета: проаналізувати показники амінотрансфераз та ліпідограми у хворих на НАЖХП на тлі гіпертонічної хвороби **(**ГХ) з надмірною вагою тіла та без неї.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 37 пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ в стадії НАСГ, з них 17 – без надмірної ваги тіла, та 20 пацієнтів з надмірною вагою тіла, групу контролю склало 20 практично здорових осіб. Обстежувані були співставні за статтю та віком. Проводилась оцінка го статусу, клініко-біохімічних даних. Наявність стеатозу печінки оцінювались за допомогою ультразвукового сканера „LOGIQ 5” (США). Індекс маси тіла (ІМТ) від 18 до 25 кг/м^2 оцінювався як норма, від 25 до 30 – як надлишкова вага тіла.

Результати. У хворих на НАЖХП на тлі ГХ середні значення амінотрансфераз підвищенні як у пацієнтів з надмірною так і з нормальною вагою тіла та складає: середні значення аспартатамінотрансферази та аланінамінотрансферази у першій групі – 46,5 О/л та 59,7 О/л, у другій – 60,45 О/л та 79,9 О/л, і у контрольній групі 25,6 О/л та 22,7 відповідно. Показники ліпідограми у пацієнтів досліджуваних груп мали достовірну різницю – середні показники у першій групі склали: загальний холестерин – 5,7 ммоль/л, тригліцеріди –1,42 ммоль/л, холестерин ЛПДНЩ – 0,69 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,24 нммоль/л, ЛПНЩ – 3,19ммоль/л, КА – 3,13 та загальний холестерин – 6,12 ммоль/л, тригліцеріди –1,76 ммоль/л, холестерин ЛПДНЩ – 1,0 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,21 нммоль/л, ЛПНЩ – 3,12ммоль/л, КА – 3,49 (p = 0,02) у другій.

Висновки. Таким чином, аналіз ліпідного спектру у хворих на НАЖХП на тлі ГХ показав тенденцію до збільшення загального холестерину та його складових із зростанням ІМТ, що свідчить про позитивну кореляцію між цими двома показниками. Рівні амінотрансфераз печінки в групі пацієнтів із надлишковою вагою тіла також вище ніж у пацієнтів з ІМТ до 25 кг/м^2. Отриманні данні свідчать про прямий позитивний взаємозв’язок між показниками, що вивчалися.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ КОМОРБИДНОСТИ У ЛИЦ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Бабенко О. В., Несен А. А., Грунченко М. Н., Шкапо В. Л., Валентинова И. А.

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

Цель работы. Оценить влияние ожирения (ОЖ) на риск развития коморбидной патологии в популяции стационарных больных с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и высоким кардиоваскулярным риском (КВР).

Материал и методы. Обследована популяция – 739 стационарных больных (мужчин – 428 (57,9 %) и женщин – 311 (42,1 %), средний возраст (56,8 ± 0,3)) с ИБС, АГ 1-3 степени и высоким КВР. В зависимости от индекса массы тела все пациенты были разделены на две группы: I – ИМТ < 30 кг/м^2 (421 пациент (57 %)) и II – ИМТ ≥ 30 кг/м^2 (318 человек (43 %)). Средние значения ИМТ в группах соответственно составили (26,5 ± 2,3) кг/м^{2}и (35,1 ± 4,3) кг/м^2, $p < 0,05$. Проводились общеклиническое обследование с оценкой антропометрических параметров, индекса коморбидности Чарлсона (ИК), риска развития сахарного диабета (СД) 2 типа (шкала DRS), риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа (шкала IRIS II).

Результаты. Сравнение обследуемых групп пациентов позволило выявить достоверные отличия по возрасту: в группе лиц без ОЖ (I) средний возраст пациентов составил (57,7 ± 8,0) лет, в группе с ОЖ (II группа) – (55,7 ± 8,0) лет, что указывает на развитие ИБС и АГ в более раннем возрасте на фоне сопутствующего ОЖ. В группе II по сравнению с группой I достоверно чаще встречались сопутствующая желчекаменная болезнь (7,1 %) и (12,0 %) соответственно, $p = 0,012$, неалкогольная жировая болезнь печени – (68,9 %) и (89,9 %), $p < 0,001$, СД 2 типа – 24 % и 34 %, $p = 0,002$. Более того, в группе с ОЖ достоверно выше был ИК (5,06 ± 2,52), чем в группе I (4,64 ± 2,44), $p = 0,022$. У лиц с СД 2 типа на фоне ОЖ был выше риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет (IRIS II составил (77,24 ± 19,53) points, по сравнению с (64,68 ± 17,21) points в группе без ОЖ, $p < 0,001$). В то же время, среди лиц без СД 2 типа риск его развития по шкале DRS также был выше в группе II, чем в группе I ((12,31 ± 1,96) points и (9,46 ± 2,19) points, $p < 0,001$).

Выводы. Среди пациентов с высоким КВР, проходивших стационарное лечение на базе отделений Института терапии, выявлена высокая частота встречаемости коморбидной ИБС с АГ и ОЖ (43 % больных), что ассоциируется с достоверным повышением индекса коморбидности, риска развития сопутствующей патологии печени, желчевыводящих путей, нарушений углеводного обмена, а также риска развития сердечно-сосудистых осложнений у лиц и установленным СД 2 типа.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МОЛОДЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бабийчук Л. В., *Коваль С. Н., Бабийчук В. Г.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины г. Харьков,

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

Система кровообращения рассматривается как индикатор адаптационных реакций целостного организма, а вариабельность сердечного ритма (ВСР) хорошо отражает степень напряжения регуляторных систем, возникающей в ответ на любое стрессорное воздействие активацией системы гипофиз-надпочечники и реакцией симпатоадреналовой системы.

В настоящее время хорошо известно, что патогенез артериальной гипертензии (АГ), особенно на начальных этапах, тесно связан с развитием вегетативных дисфункций целостного организма, что может привести к развитию сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Целью данного исследования являлось изучить особенность состояния вегетативной и гуморальной регуляции сердечного ритма у молодых крыс при стресс-индуцированной АГ.

Исследования проводили на белых беспородных молодых крысах самцах в возрасте 6 мес. Животные были разделены на две группы; первая группа – контроль, вторая группа животные с моделированной стресс-индуцированной АГ.

У экспериментальных животных со стресс-индуцированной АГ значения общей спектральной мощности нейрогуморальной регуляции (TP) существенно снижались по сравнению с контролем. Данные изменения были четко выражены как через 3 дня и неделю от начала моделирования АГ, так и спустя неделю и месяц после развития патологического состояния. Отмечалось значительное уменьшение активности вегетативной регуляции сердечного ритма, а также тенденция к снижению гуморально-метаболических влияний. Это подтверждалось уменьшением удельного веса высоко-, низко- и очень низкочастотных волн (HF, LF, VLF- компонент). Через месяц после развития стойкой гипертензии показатели TP несколько возрастали по отношению к предыдущим срокам, однако оставались значительно ниже контрольных.

Ранние этапы становления АГ характеризуются активацией симпатоадреналовой систем, а по мере её истощения, а также развития и прогрессирования АГ регуляция сердечной деятельности переходит на более медленный, но стабильный гуморально-метаболический уровень.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ, ПОЄДНАНОЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Бачук-Понич Н. В., Зайцева В. Л.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», КМУ МКЛ № 3, м. Чернівці

Метою роботи було дослідження стану внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на стабільну стенокардію напруги (СС), яка проходила ізольовано та на тлі метаболічного синдрому (МС) в порівняльному аспекті.

Обстежено 130 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), СС напруги ІІ-ІІІ функціонального класів, серед них чоловіків було 75 (57,7 %), жінок – 55 (42,3 %) віком (56,2 ± 0,8) року (від 34 до 75 років). Основну групу склали 97 (74,6%) пацієнтів із СС та МС, контрольну – 33 (25,4 %) хворих на СС. У всіх обстежених виявлено артеріальну гіпертензію, цукровий діабет 2 типу – у 78 (60 %) випадків. Структурно-функціональний стан міокарда пацієнтів вивчали за допомогою ехокардіографічного дослідження (ЕхоКГ) на апараті “En Visorc HD” (PHILIPS) при поступленні у стаціонар.

Аналіз основних показників ЕхоКГ дослідження показав, що у хворих на ІХС та МС порівняно з особами без МС реєструвалися наступні показники: поперечний розмір лівого передсердя (ЛП) був вірогідно більшим у пацієнтів із МС (4,03± 0,05) проти (3,69 ± 0,04), $p < 0,01$, показники КДО та КСО також були більшими в пацієнтів основної групи, причому різниця була вірогідною (КДО: (139,51 ± 3,21) мл, проти (130,26 ± 2,92) мл, $p < 0,05$; КСО: (61,21 ± 2,5) мл, проти (54,37 ± 1,24) мл, $p < 0,05$, показник ступеня гіпертрофії ЛШ за даними товщини стінок та індексу маси міокарда (ІММ) ЛШ також був достовірно більшим у пацієнтів із супутнім МС (126,41 ± 3,11) проти (100,93 ± 2,98), $p < 0,01$. Разом з тим не виявлено достовірної різниці в основній групі та групі контролю в оцінці глобальної скоротливості ЛШ за даними ФВ ЛШ (52,34 ± 2,28) %, проти (55,53 ± 2,43) %, $p > 0,05$. Отримані дані свідчать про більш виражене ремоделювання ЛШ у пацієнтів із комбінацією СС та МС незалежно від стану глобального скорочення ЛШ. Враховуючи те, що МС розглядається як основний фактор швидкого прогресування атеросклеротичного процесу, у досліджуваних хворих простежили наявність кореляційного зв’язку між показниками внутрішньосерцевої гемодинаміки та маркерами атеросклеротичного процесу. Нами не виявлено кореляційного зв’язку як в основній групі, так і в групі контролю між досліджуваними параметрами, що вказує на пряму залежність ступеня погіршення показників систолічної функції від ступеня ураження власне серцевого м’язу. МС сприяє прогресуванню атеросклеротичного процесу і є одним з головних чинників серцево-судинних катастроф.

РІВЕНЬ КОРТИЗОЛУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЛІМФОБЛАСТНИХ ЛЕЙКЕМІЙ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Бебешко В. Г., Бруслова К. М., Цвєткова Н. М., Пушкарьова Т. І., Кузнєцова О. Є., Гончар Л. О., Яцемирський С. М., Самсон Ю. М.

ННЦРМ, м. Київ, Україна

Мета: вивчити вплив рівня кортизолу на медіану виживаності дітей з гострими лімфобластними лейкеміями (ГЛЛ) в динаміці лейкемічного процесу.

Об'єкт та методи дослідження: обстежено 243 хворих на ГЛЛ віком від 3 до 18 років, які проживали на забруднених радіонуклідами територіях після аварії на ЧАЕС. Дози опромінення дітей склали від 0,07 мЗв до 21,6 мЗв. Визначався рівень кортизолу в сироватці крові хворих до початку програмного лікування. Оцінювалась медіана безрецидивної виживаності хворих. Групу контроля склали 107 здорових дітей аналогічних за віком, статтю та дозами опромінення.

Результати досліджень: середній ініціальний рівень кортизолу в сироватці крові (ІРК) у хворих на ГЛЛ до початку лікування не розрізнявся порівняно з контрольною групою ((303,1 ± 10,5) нмоль/л, (309,3 ± 24,5) нмоль/л, відповідно). У хлопчиків до 7 років кортизол був нижче, ніж у дівчаток ($p < 0,05$). У дітей старшого віку різниці в показнику не встановлено. У 59 дітей (24,3 %) з ГЛЛ ІРК був нижчий за нормативний (95,3 ± 10,1 нмоль /л) і 42 з них не розвинувся кушинго-подібний синдром після проведення І фази терапії індукції ремісії. У групі порівняння у 8 дітей (7,5 %) також був знижений вміст кортизолу, що вірогідно менше, ніж серед хворих на ГЛЛ ($p < 0,05$). Нами проаналізована медіана виживаності дітей залежно від ІРК в сироватці крові, який був ранжируваний в 3 градаціях: 1 градація – до 200 нмоль /л, 2 градація – 200-500 нмоль /л, 3 градація – вищий за 500 нмоль/л. Розподіл хворих за градаціями був наступний: 59 (24,3 %), 169 (69,5 %), 15 (6,2 %). Медіана виживаності у хворих на ГЛЛ була вірогідно вищою, якщо ІРК відповідав другій градації (144,3 ± 2,6 міс) порівняно з першою (25,7 ± 2,5 міс) і третьою (68,2 ± 6,4 міс) градаціями. Встановлений прямий кореляційний зв'язок між ІРК і тривалістю безрецидивного життя хворих з ГЛЛ (Ro-Spearm =+0,39). Не встановлено зв'язку доз опромінення дітей з рівнями кортизолу та медіаною виживаності.

Висновок: зниженний рівень ІРК у хворих на ГЛЛ відносно нормативного відіграє роль в механізмах канцерогенезу та впливає на медіану виживаності. Це свідчить про необхідність корекції та індивідуалізації доз кортикостероїдів для оптимізації лікування хворих на ГЛЛ. Діти, у яких рівень кортизолу нижчий за нормативний, становлять групу підвищеного ризику з онкогематологічної патології і потребують гематологічного моніторування.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНИХ УСЛОВИЯХ

Бездетко Н. В., Чинуш И. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования – анализ потребления гипотензивных препаратов с помощью комплексного частотного/ABC/VEN анализа продаж в аптечном учреждении.

Методы и объекты исследования: структурный анализ ассортимента гипотензивных лекарственных препаратов (ЛП) на фармацевтическом рынке Украины, в аптечном учреждении; анализ минимизации затрат; комплексный частотный/ABC/VEN анализ продаж гипотензивных ЛП в аптеке по данным отчетных документов по объему продаж ЛП и их розничной цены.

Результаты исследования. Согласно данным доказательной медицины применение гипотензивных ЛП позволяет снизить риск развития основных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы на 25-40 %. Для решения вопроса о реальной возможности лечения в современных экономических условиях проанализирован украинский фармацевтический рынок. Проведенный анализ показал, что ассортимент основных 5 фармакологических групп представлен 38 МНН, которым соответствует 818 ЛП, как иностранного производства, так и украинского. Цены препаратов-аналогов варьируют в широком диапазоне, что создает реальную возможность фармакотерапии, как с учетом клинических особенностей заболевания, так и экономических возможностей пациента. В ассортименте аптеки гипотензивные ЛП были представлены 5 фармакологическими группами, 50 МНН, которым соответствовало 165 ЛП. Препараты отечественного производства составляли 16 % ассортимента. Во всех фармакологических группах по частоте продаж по ТН лидерами были ЛП известных зарубежных фирм средней ценовой категории – от 60 до 150 грн., а именно, Энап (KRKA), Нолипрел (Servier), Конкор (Merck), Небилет (Berlin-Chemie), Вазар (Actavis), Атаканд (AstraZeneca), Азомекс (Actavis), Леркамен (Berlin-Chemie). Самые дорогие и самые дешевые препараты (в соответствии с определенным МНН) продавались реже.

Выводы. Возможности украинского фармацевтического рынка в аптечном учреждении используются только на 20 %. При покупке гипотензивных лекарственных средств цена ЛП не является основным критерием выбора.

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бездетко Т. В., Оспанова Т. С., Еременко Г. В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Сочетание бронхообструктивных и метаболических заболеваний вызывает большой интерес исследователей. Сахарный диабет (СД) часто ассоциируется не только с абдоминальным ожирением, артериальной гипертензией, различными кардиоваскулярными заболеваниями, но и с нарушением функции внешнего дыхания, а в частности со снижением объема форсированного выдоха (ОФВ1).

Цель исследования – оценить роль провоспалительных цитокинов фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6). в развитии хронического воспаления у больных с сочетанной патологии БА и СД 2 типа.

Было обследовано 36 больных. Средний возраст пациентов составил (53,2 ± 4,35) года, средняя продолжительность сочетанной патологии БА и СД 2 типа – 5,32 года. Пациентам проведено общеклиническое обследование (расспрос, в частности выявление наследственности по БА, АГ, СД 2 типа, ожирению; осмотр, физикальное обследование: определение антропометрических показателей – измерение роста, веса, расчёт индекса массы тела – ИМТ, измерение окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ), соотношения ОТ/ОБ), Средняя окружность талии составила – (107,1 ± 6,32) см, индекс массы тела – (32,14 ± 6,53). Проведена оценка ФВД – у всех больных наблюдались выраженные изменения по обструктивному типу. Исследование ФВД показало достоверное снижение всех показателей у больных, что сопровождалось выраженным нарушением бронхиальной проходимости (снижение ОФВ1, МОС25-75). Для оценки взаимосвязи между уровнем воспалительных маркеров и клиническими показателями мы рассчитали коэффициенты корреляции по Пирсону. В результате чего были обнаружены положительные корреляции между объемом талии и сывороточными уровнями ИЛ-6 $r = 0,323$ ($p < 0,05$) и ФНО-α = 0,264 ($p < 0,05$), а также ИМТ и сывороточным уровнем ИЛ-6 $r = 0,634$ ($p < 0,01$). Обнаружены отрицательные корреляции между ОФВ1и ФНО-α – $r = - 0,251$ ($p < 0,05$), а также ИЛ-6 – $r = - 0,321$ ($p < 0,05$).

Полученные взаимосвязи подтверждают вклад висцерального ожирения в гиперпродукцию воспалительных цитокинов у лиц с БА и СД 2 типа и непосредственное влияние на прогрессирование нарушений ФВД в виде бронхообструктивного синдрома.

ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПА ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бездетко Т. В., Химич Т. Ю., Новикова И. Н., Мижирицкая Т. В., Еременко Г. В.

Харьковский национальный медицинский университет, КУОЗ «ЦЭМП и МК», Украина

Цель: определить особенности клинического течения и состояния цито-кинового статуса у больных бронхиальной астмой (БА), ассоциированной с герпесвирусными инфекциями.

Проведено комплексное обследование 23 пациентов в возрасте от 26 до 58 лет, страдающих персистирующей БА и контрольной группа – 9 человек. У всех пациентов определяли уровень иммуноглобулинов М и G в сыворотке крови, а также ДНК вируса простого герпеса I и II типов (ВПГ). Исследовались показатели, отражающие степень сенсибилизации (общий Ig E, гистамиа), цитокиновый статус пациентов (определение сывороточного интерлейкина (IL) 4,6, ФНО-α. Достоверность различий между относительными частотами устанавливали по критерию Стьюдента.

В результате полученных данных были выделены две группы. I группа составила 12 пациентов с БА инфицированных ВПГ и II группа сравнения – 11 больных БА не инфицированные ВПГ. Группы пациентов были рандомизированны по полу и возрасту. Длительность заболевания в двух группах в среднем составила $(14{,}5 \pm 4{,}35)$ лет. Нами были проанализированы различия в длительности текущего обострения БА. При сопоставлении этих показателей было выявлено, что в группе с ВПГ, длительность обострения была в 1,78 раз выше, чем в группе сравнения. Исследуя ФВД были определены более выраженные изменения ОФВ1 у больных I группы. В группе пациентов с ВПГ уровень общего Ig E и гистамина соответственно был в 1,8 раза и 2,1 раз выше, чем у пациентов без ВПГ. Нами получены данные об активации медиатора воспаления ФНО-α у больных I и II группы ($(64{,}2 \pm 5{,}12)$ пг/мл $p < 0{,}001$ и $(24{,}3 \pm 3{,}24)$ пг/мл, соответственно). Анализируя содержание IL 4, IL 6 – выявлено повышение уровня данных цитокинов. У больных I и II группы определялось повышение IL 4 до $(38{,}3 \pm 3{,}28)$ пг/мл $p < 0{,}001$ и $(23{,}4 \pm 2{,}31)$ пг/мл $p < 0{,}001$. Разница уровня IL 6 у пациентов I и II групп была статистически значимой, $p < 0{,}001$.

Таким образом, инфицированность ВПГ можно рассматривать как триггерный фактор, который способствует гиперреактивности бронхов, активизации цитокинов, прогрессированию воспалительного процесса у больных БА.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА УМОВ РІЗНОГО РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ

Бек Н. С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Мета роботи: вивчити особливості антропометричних показників та біохімічних маркерів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), поєднану з ожирінням (ОЖ) чи надлишковою масою тіла (НМТ), за умов різного рівня С-реактивного протеїну (СРП), з урахуванням статі.

Матеріал і методи: обстежено 103 хворих, 55 чоловіків віком (47,1 ± 1,7) років та 48 жінок віком (52,9 ± 1,8) років; ОЖ I та II ступеня встановлено у 41 чоловіка та 28 жінок, НМТ – у 14 чоловіків, 20 жінок. Обстеження проведено згідно Наказу МОЗ України № 436, з антропометрією, визначенням вмісту сечової кислоти (СК), лептину (Л), СРП. Результати опрацьовані за програмою «Statistica for Windows 6.0» (Statsoft, USA). Показники порівнювали за допомогою критерию Манн–Вітни (рівень істотності $p < 0,05$) та подавали як медіану [нижній–верхній квартилі].

Результати дослідження: у хворих з ОЖ були істотно вищим, ніж за умов НМТ, рівень СРП (2,35 [0,93; 5,48] проти 1,21 [0,71; 2,76] мг/л, $p = 0,01$), причому істотної різниці між чоловіками та жінками не встановлено. Проаналізовано результати з урахуванням високого ризику прогресування серцево-судинних хвороб за умов вмісту СРП > 3 мг/л. Чоловіки с СРП > 3 мг/л мали вищий, ніж за умов нижчого вмісту, індекс маси тіла (ІМТ) (34,5 [31,5; 37] кг/м^2 проти 31,7 [30,6; 34] кг/м^2, $p = 0,04$), об'єми талії та стегон (113,7 [105,0; 122,0] проти 104,1 [100,0; 108,0] см, $p = 0,007$ та 112,0 [112,0; 120,0] проти 108,1 [105,0; 116,0] см, $p = 0,007$), вміст СК (418,7 [368,1; 461,2] проти 351,7 [296,4; 395,5] мкмоль/л, $p = 0,02$) та Л (13,9 [4,5; 40,55,4] проти 8,3 [4,9; 11,8] нг/мл, $p = 0,04$). Жінки з вмістом СРП>3 мг/л мали вищий ІМТ (33,0 [30,7; 34,5] проти 30,5 [30,5; 33,0] кг/м^2, $p = 0,01$) та вищий вміст Л (39,5 [21,3; 44,5] нг/мл проти 17,3 [5,9; 22,5] нг/мл, $p = 0,004$). За умов СРП > 3 жінки мали нижчу, ніж чоловіки, швидкість клубочкової фільтрації (66,5 [52,0; 80,5] проти 91,0 [80,0; 95,0] мл/хв., $p = 0,003$)

Висновки: у жінок з ГХ та ОЖ чи НМТ вищий вміст СРП визначається на тлі зниження швидкості клубочкової фільтрації; у чоловіків з ГХ та ОЖ чи НМТ вищий вміст СРП асоціюється з вищою безсимптомною уремією, без порушення функції нирок; незалежно від статі, у хворих на ГХ та ОЖ чи НМТ вищий вміст СРП асоціюється з вищим ІМТ та вищою лептинемією.

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина,
Кафедра клинической фармакологии

Цель. Сравнить показатели частотного анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) для определения риска кардиоваскулярных осложнений (КВО).

Материал и методы. Обследовано 59 больных с впервые выявленной АГ (средний возраст – (42,4 ± 2,1) лет, из них 23 женщины). Показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (АД) составляли: САД – (154,8 ± 4,2) мм рт. ст.; ДАД – (96,2 ± 4,4) мм рт. ст. В зависимости от стадии ХСН пациенты были распределены на 2 группы: 1-я – с ХСН I стадии (26 больных), 2-я – с ХСН II-А стадии (33 больных). Всем больным выполнялась электрокардиограмма (ЭКГ) утром 08.00-09.00 натощак в 5-ти минутном интервале записи. Проанализированы данные спектрального анализа ВСР: высокочастотный компонент (HF), низкочастотный компонент (LF), их соотношение (L/H) и общая мощность спектра (TP). Контролем служили данные 14 здоровых людей.

Результаты. У больных 1 группы средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) не отличалась от контрольной группы, а у пациентов 2 группы средняя ЧСС в покое достоверно превышала показатели контрольной группы (соответственно: (70,4 ± 1,2) в 1 мин. и (64,4 ± 1,5) в 1 мин. ($p < 0,05$)). При анализе показателей ВРС установлено снижение индексов спектрального анализа в обеих группах, но более выраженное у больных 2 группы. Установлено уменьшение показателей TP, HF и LF (соответственно, контроль, 1 и 2 группы: TP – (1682,8 ± 152,6) мс²; (1264,8 ± 92,8) мс² ($p > 0,05$); (943,8 ± 49,6) мс² ($p < 0,05$); HF – (486,2 ± 41,4) мс²; (398,8 ± 38,1) мс² ($p > 0,05$); (271,5 ± 34,7) мс² ($p < 0,05$); LF – (295,5 ± 18,2) мс²; (234,6 ± 24,2) мс² ($p > 0,05$); (179,3 ± 21,2) мс² ($p < 0,05$)).

Выводы. У пациентов с впервые выявленной АГ даже с начальными проявлениями ХСН отмечаются нарушения спектральных характеристик ВСР, которые усиливаются с увеличением стадии ХСН. Данные нарушения имеют неблагоприятное прогностическое значение и требуют своевременного выявления и лечения для уменьшения риска КВО.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: изучить факторы кардиометаболического риска в поражении органов-мишеней у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: 48 пациентов (19 мужчин и 29 женщин) с СД 2 типа и АГ 2 стадии. Средний возраст пациентов – (54,5 ± 4,5). Проанализированы результаты липидного спектра, углеводного обмена, индекса HOMA-IR, содержание С-реактивного протеина (СРП) в сыворотке крови и концентрации фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α), ультразвуковое исследование общих сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА). В зависимости от наличия абдоминального ожирения, пациенты разделены на группы: 1-я группа (n = 25) с наличием абдоминального ожирения (АО); 2-я (n = 23) – без АО.

Результаты. Показатели АД у лиц с АО: САД – (164,3 ± 3,1) мм рт. ст. и ДАД – (98,4 ± 1,91) мм рт. ст. ($p < 0,05$), без АО – (157,3 ± 2,4) мм рт. ст. и ДАД – (94,2 ± 1,8) мм рт. ст. ($p < 0,05$). Нарушения липидного обмена характеризовались гиперхолестеринемией (68,4 %), гипертриглицеридемией (42,0 %), увеличением ХСЛПНП (20,7 %), снижением уровня ХСЛПВП (33,1 %), ($p < 0,001$). Содержание СРП у пациентов 1-й группы было на 46 % выше в сравнении с показателями 2-й группы ($p < 0,01$) и коррелировало с САД ($r = 0,3$; $p < 0,01$), уровнем глюкозы ($r = 0,2$ $p < 0,01$), HOMA-IR ($r = 0,2$; $p < 0,001$). Индекс HOMA-IR в 2,5 раза превышал показатели пациентов группы сравнения ($p < 0,01$) и коррелировал с показателем ИМТ ($r = 0,3$, $p < 0,001$). Уровень ФНО-α у больных с АО был в 2,1 раза выше, чем во 2-й группе ($p < 0,05$), отрицательно коррелировал с уровнем ХСЛПВП ($r = -0,3$, $p < 0,05$) и положительно – с индексом HOMA-IR ($r = 0,3$, $p < 0,05$). ТИМ ОСА у больных с АО была в 1,2 раза больше, чем в группе сравнения ($p < 0,01$) и коррелировала с уровнем ОХС ($r = 0,2$; $p < 0,01$), ХСЛПНП ($r = 0,2$; $p < 0,01$), HOMA-IR ($r = 0,3$, $p < 0,01$) и уровнем СРП ($r = 0,2$; $p < 0,001$).

Выводы. Течение СД 2 типа с АГ у пациентов с АО сопровождается прогрессированием метаболических нарушений, что способствует раннему формированию ремоделирования сосудистой стенки артерий и развитию атеросклеротических изменений. Патологические изменения артерий обусловлены дислипидемией, инсулинорезистентностью, развитием системного воспаления.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У БЕЗСИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А., Шапошникова Ю. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Изучить распространенность субклинического атеросклероза у бессимптомных пациентов и установить взаимосвязь между атеросклерозом сонных артерий (СА) и традиционными факторами кардиоваскулярного риска (КВР).

Материал и методы. Обследовано 78 пациентов (40 мужчин и 38 женщин; средний возраст – (52,6 ± 3,4) года) без клинических признаков атеросклероза, имевших 1 и более традиционных факторов КВР. Для каждого участника рассчитывался 10-летний КВР по шкале SCORE. У курильщиков отдельно учитывался стаж курения. Выраженность атеросклероза СА оценивали сонографически с определением толщины комплекса интима-медиа СА (ТКИМ СА) и наличия атеросклеротических бляшек (АБ). Контролем служила данные 14 здоровых добровольцев.

Результаты. ТКИМ СА была наибольшей в области бифуркации СА как у мужчин, так и у женщин (соответственно: (1,29 ± 0,44) мм и (1,26 ± 0,42) мм, контроль (0,69 ± 0,06) мм; $p < 0,05$). Средние значения ТКИМ СА в общей СА (ОСА) и внутренней СА (ВнСА) были у мужчин и женщин соответственно: ОСА: (0,86 ± 0,16) мм и (0,81 ± 0,13) мм, контроль (0,48 ± 0,06) мм ($p < 0,05$); ВнСА: (0,93 ± 0,35) мм и (0,82 ± 0,29) мм, контроль – (0,44 ± 0,04) мм ($p < 0,05$). Была установлена достоверная связь между ТКИМ ОСА и КВР по SCORE: ТКИМ ОСА в группах высокого, умеренного и низкого риска составляла, соответственно: (0,92 ± 0,15) мм; (0,86 ± 0,14) мм и (0,72 ± 0,14) мм ($p < 0,05$). Частота развития АБ у пациентов высокого, умеренного и низкого риска составила 84 %, 42 % и 12 %, соответственно. При регрессионном анализе развития атеросклероза СА и КВР установлено превалирующее влияние на ТКИМ ОСА возраста и курения: так при увеличении возраста на 1 год происходило увеличение ТКИМ ОСА на 0,009 мм (95 % ДИ: 0,00-0,016, $p < 0,001$); при увеличении количества выкуриваемых сигарет на 1 пачку/год отмечалось увеличение ТКИМ ОСА на 0,005 мм (95 % ДИ: 0,003-0,009; $p < 0,001$).

Выводы. Уже на ранних стадиях у безсимптомных пациентов отмечается корреляционная зависимость атеросклероза с общим КВР, рассчитанным по шкале SCORE. Наиболее значимыми факторами увеличения ТКИМ ОСА являются возраст пациентов и курение. Атеросклеротические бляшки отмечаются у 42 % безсимптомных пациентов среднего возраста; распространенность атеросклероза у женщин составляет 33 %.

НАУКОМЕТРИЯ В МОНИТОРИНГЕ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УКРАИНСКОГО УЧЕНОГО

Бенько Е. Г., Кулешова Е. М., Гридасова Л. Н.

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

Проблема оценки результатов научной деятельности является довольно сложной. В настоящее время в мировой практике активно используются количественные подходы в оценке деятельности ученых и научных коллективов, качества научной публикации или издания. Основными наукометрическими показателями в этой оценке являются индекс Гирша (равен N, если есть минимум N статей, каждая из которых была процитирована не менее N раз, остальные же статьи были процитированы не более, чем N раз) и импакт-фактор (количественный инструмент для ранжирования и оценки журналов), который показывает, сколько раз среднестатистическая статья в журнале в определенном году была процитирована. В Украине внедрение этих показателей призвано стимулировать интеграцию украинской науки в мировую, повысить качество и открытость результатов исследований. Это даст возможность избежать «невидимости» украинских научных публикаций в Интернет-пространстве. В мировом документопотоке научной информации наиболее известны два мощных наукометрических сервиса – Web of Science и Scopus. Для индексирования в этих системах результаты исследований должны быть представлены (обработаны, структурированы и сформированы) определенным образом, «качественное исследование» должно иметь «качественное описание». В обеих базах данных преобладают публикации на английском языке. Альтернативой коммерческим сервисам является свободно доступная поисковая система Google Scholar, которая обеспечивает полнотекстовый поиск научных публикаций всех форматов и дисциплин. Индекс Академии Google включает в себя большинство рецензируемых онлайн журналов Европы и Америки крупнейших научных издательств. Именно в Google Scholar наиболее широко представлены публикации украинских ученых.

В 2014 г. для обеспечения наукометрического мониторинга научной деятельности в Украине созданы сайт "Украинский индекс научного цитирования" и система "Бібліометрика української науки". В качестве платформы информационно-аналитической системы "Бібліометрика української науки" выбран сервис Google Scholar. Сервис Google Scholar «Библиографические ссылки» позволяет ученым создавать свои профили, в которых отражены их профессиональные интересы, упорядоченные списки публикаций с библиометрическими показателями. Поэтому так важно, чтобы каждый научный сотрудник позаботился о создании своего персонального профиля в Google Scholar, который станет визитной карточкой украинского ученого.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Березуцкий В. И., Кравченко А. И.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия», Украина

Цель работы: исследование влияния остеохондроза (ОХ) шейного отдела позвоночника на течение артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Для достижения цели были обследованы 90 больных АГ и ОХ: 47 мужчин и 43 женщины в возрасте от 30 до 56 лет. Диагноз эссенциальной АГ был верифицирован на основании комплексного клинического, лабораторного и инструментального исследования в соответствии с рекомендациями европейского общества кардиологов. Обследование включало рентгенологическое и неврологическое исследование, инструментальное исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы при пробах со статической нагрузкой на позвоночник по данным поликардиографии (синхронная запись ЭКГ, тетраполярной грудной реограммы, реоэнцефалограммы).

Результаты. Обследование выявило вертеброгенное влияние у 54 больных (60 %). Эти больные составили основную группу исследуемых, остальные 36 человек – контрольную группу. Проба со статической нагрузкой на позвоночник вызвала достоверную отрицательную динамику функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных основной группы: тахикардия, замедление внутрижелудочкового проведения (31 %), нарушение фазы реполяризации, политопная экстрасистолия (16 %), усиление признаков замедления венозного оттока, увеличение признаков дисбаланса тонуса артериальных сосудов различного калибра с выраженной асимметрией (95 %), увеличение тонуса периферических сосудов сопротивления. В контрольной группе достоверных изменений гемодинамики не было. С целью устранения негативного вертеброгенного влияния больным в комплексное лечение больных основной группы были включены массаж, физиотерапия и лечебная физкультура. Выраженный положительный эффект имел место у 87 % больных. Повторные пробы и проспективное наблюдение в течение года показали значительное улучшение течения АГ. Количество гипертензивных кризов и связанные с ними потери трудоспособности не отличались от показателей контрольной группы.

Выводы. Установлено отрицательное влияние ОХ на течение АГ, а также возможность его коррекции с помощью комплексного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ

Березуцкий В. И., Кравченко А. И.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия», Украина

Цель работы: изучение эффективности применения метода магнито-лазерной терапии (МЛТ) в комплексном лечении острой пневмонии.

Материалы и методы. Основную группу исследуемых составили 30 больных острой очаговой пневмонией в возрасте от 32 до 50 лет (18 мужчин, 12 женщин), которым наряду со стандартной фармакотерапией (антибактериальная, муколитическая) проводили магнито-лазерное облучение проекции очага поражения при помощи аппарата МИТ-1МЛТ с 7-го дня заболевания, длительность воздействия – 7-8 минут ежедневно, курс – 10 процедур. Группу контроля составили 30 больных острой очаговой пневмонией того же возраста, получавших только традиционную фармакотерапию. При проведении МЛТ применена следующая методика: один из аппликаторов (магнито-красный или магнито-инфракрасный) устанавливался в месте проекции пневмонического очага на переднюю поверхность грудной клетки, другой – в месте проекции на заднюю поверхность грудной клетки. На каждой последующей процедуре аппликаторы меняли местами. Первые 5 процедур проводились на 8-ом уровне интенсивности (мощности): мощность красного оптического потока – 12,1 мВт, инфракрасного – 14,3 мВт, магнитная индукция на поверхности аппликатора – 6,6 мТл при частоте модуляции 9,4 Гц. Последующие 5 процедур проводили при постоянном уровне магнитной индукции 30 мТл, который устанавливается только на одном из аппликаторов. Мощность инфракрасного оптического потока в этом режиме соответствует 65 мВт, мощность красного оптического потока – 55 мВт.

Результаты. При сравнении клинических (жалобы больбного, данные перкуссии, аускультации), лабораторных (общий анализ крови, показатели коагулограммы, анализ мокроты) и рентгенологических данных в двух группах констатировали признаки реконвалесценции у больных основной группы на $(21,3 \pm 2,1)$ день заболевания, в то время, как в группе с традиционной терапией – на $(27,6 \pm 1,7)$ день заболевания ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, применение магнито-лазерной терапии при помощи аппарата МИТ-МЛТ1 в комплексной терапии позволило сократить сроки лечения очаговой пневмонии в среднем почти на неделю, что позволяет рекомендовать данную методику к широкому применению в отделениях терапевтического и пульмонологического профиля.

СУЧАСНИЙ СТАН У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ В УКРАЇНІ

Беседіна А. С.

ДУ „Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України”, м. Харків

Мета: поінформувати та зосередити увагу науковців та медичних працівників щодо сучасного стану у галузі охорони інтелектуальної власності (ІВ) в Україні.

Інформація надається за матеріалами слухань у Комітеті Верховної Ради України на тему: «Інтелектуальна власність в Україні. Стан та засади розвитку» (стаття опублікована у журналі Інтелектуальна власність.- №10.- 2014.- С.4-15).

За результатами аналізу стану справ правового регулювання та статистики у сфері ІВ **в Україні** фахівцями виявлені основні найбільш системні проблеми, а саме встановлено, що:

- в останні роки виявилися серйозні проблеми і недоліки функціонування системи правової охорони ІВ. Це істотно позначилось на розвитку науково-технологічного і, загалом, творчого потенціалу і стримує, відповідно, встановлення нової моделі розвитку України, її інноваційної моделі;

- винахідництво та раціоналізаторство в Україні втратило характер масового руху. І це ускладнює перспективи для нашої економіки розвиватися інноваційним шляхом;

- наявний відрив науки від бізнесу через відсутність інфраструктури комерціалізації винаходів і впровадження їх у практику;

- невиправдано ускладнені процедури державної реєстрації та захисту прав ІВ, які містять корупційні та дискримінаційні ризики через їх непрозорість та непублічність.

Досвідчені фахівці вважають важливим на сьогодні вирішення питань створення в Україні належних умов набуття, здійснення, охорони та захисту прав інтелектуальної власності. І, насамперед, потрібно забезпечити державне стимулювання вітчизняних виробників. А це може бути здійснено шляхом прискорення та спрощення процесів набуття прав на винаходи, державної підтримки при впровадженні перспективних винаходів у практику. Потрібно також невідкладно розробити ефективну систему податкових, кредитних та страхових стимулів для створення і комерціалізації об`єктів права інтелектуальної власності.

Висновки. Досвід подолання кризових ситуацій у світі свідчить, що країни, які робили ставку на інтелектуальну власність, потерпають від кризи менше, а країни, які володіють значними наукомісткими технологіями, практично її не відчули. Тому в нашій українській ситуації особливо важливими і актуальними стають проблеми інтелектуальної власності. Вони повинні стати предметом нинішньої державної політики.

СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ОСТЕОАРТРОЗ

Бичков О. А., Бичкова Н. Г.

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

Метою даної роботи було визначити особливості гуморального імунітету у хворих при поєднанні артеріальної гіпертензії (АГ) та остеоартрозу (ОА).

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було обстежено 67 хворих на артеріальну гіпертензію, серед яких АГ першого ступеня виявлялась у 21 хворого, АГ II ступеня – у 29, а АГ III ступеня – у 17 пацієнтів. Усі хворі обстежуваної групи мали супутній ОА, переважно гонартроз II стадії. До контрольної групи увійшло 33 здорових особи, співставлюваних за віком та статтю.

Результати. В результаті проведеного дослідження встановлено, що в організмі хворих на АГ із супутнім ОА вже при I ступені підвищення артеріального тиску виявляється підвищений вміст середньо- та дрібномолекулярних ЦІК, що мають патогенні властивості – на фоні зниження на 53,7 % кількості фізіологічних великомолекулярних ЦІК спостерігається підвищення вмісту високопатогенних середньомолекулярних (в 1,74 рази) та дрібномолекулярних (в 3,37 рази) ЦІК, що в 5 разів перевищує дані здорових осіб. У пацієнтів з АГ II ступеня та супутнім ОА рівні Ig G, Ig A, Ig M достовірно відрізнялись від даних контрольної групи ($p < 0,01$). Даний факт може бути обумовлений тим, що вони є складовою частиною ЦІК, рівень дрібно- та середньомолекулярних фракцій яких є вірогідно підвищеним. У хворих даної групи при зниженні рівня великомолекулярних ЦІК на 68,43 % в сироватці крові спостерігалось підвищення рівня їх середньомолекулярних фракцій відповідно на 79,16 % та дрібномолекулярних на 358,67 %, елімінація яких із кровотоку була порушена за рахунок зниження фагоцитарної та метаболічної активності нейтрофілів.

У пацієнтів з АГ III ступеня рівень непатогенних ЦІК великого розміру складав лише 35,67% від норми, а високопатогенних середнього та малого розміру – перевищував дані у здорових осіб в 4,74 рази та в 1,76 рази. Підвищення концентрації патогенних ЦІК супроводжувалось зниженням поглинальної та переварюючої функції нейтрофілів, що сприяло порушенню елімінації ЦІК із організму та призводило до активації системи комплементу за альтернативним шляхом і, таким чином, сприяло підтримці запального процесу в уражених суглобах.

Висновки. У хворих на АГ із супутнім ОА спостерігається достовірне наростання концентрації високопатогенних ЦІК при зниженні рівня фізіологічних, що служить ушкоджуючим чинником та суттєво посилює деструктивні процеси в організмі.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГЕОМЕТРІЇ ТА ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Бичков О. А., Ютовець О. В., Джунь Я. Ю.

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

Зміни структури серця супроводжуються зміною його функціональних можливостей. Гіпертрофія та діастолічна дисфункція лівого шлуночка, які виникають внаслідок хронічного підвищення артеріального тиску, є важливими прогностичними факторами, які підвищують ризик серцево-судинних ускладнень та летальності.

Мета роботи – проаналізувати та оцінити структурно-функціональні показники міокарду у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в динаміці лікування.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проаналізовано структурно-функціональні показники міокарду у 58 хворих на АГ II стадії. Ехокардіографія проводилась до початку та після 6 місяців лікування. Контрольну групу склали 33 здорових особи, рандомізованих за віком та статтю.

Результати. При початковому обстеженні було встановлено, що у хворих на АГ II стадії показник товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП) був вищим на 23,81 % ($p < 0,05$) за значення контрольної групи, товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) – на 31,54 % ($p < 0,05$), індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММ ЛШ) – на 54,79 % ($p < 0,05$).

В результаті аналізу даних отриманих після 6 місяців лікування з включенням інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (раміприлу) та антагоністів кальцію (амлодипіну) спостерігалося покращення морфо-функціональних показників лівого шлуночка серця, що виявилося у зменшенні: кінцевого діастолічного об'єму ЛШ на 11,43 %, кінцевого систолічного об'єму – на 21,08 % ($p < 0,05$), що призвело до збільшення фракції викиду на 7,91 % ($p > 0,1$). Також достовірно зменшилися розміри ТМШП на 16,73 %, ТЗСЛШ на 17,13 % ($p < 0,05$), що призвело до зменшення ІММ ЛШ на 8,84 % ($p < 0,05$). Зміни діастолічної функції лівого шлуночка під впливом терапії з використанням раміприлу та амлодипіну характеризувалися достовірним зростанням співвідношення E/A на 26,68 %, зменшенням часу ізоволюмічного розслаблення міокарду лівого щлуночка на 15,41 % ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, можна констатувати, що позитивний антигіпертензивний вплив раміприлу та амлодипіну у хворих на АГ II стадії проявляється значним зменшенням явищ гіпертрофії лівого шлуночка, відновленням скоротливої функції лівого шлуночка, а саме зменшенням кінцевого систолічного та діастолічного об'ємів та підвищенням фракції викиду, що відіграє важливу роль в профілактиці ризику серцево-судинних ускладнень.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Бичкова Н. Г., Новосад Д. І., Таха Салах Ахмад

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

Мета роботи – визначити функціональну активність імунокомпетентних клітин периферичної крові (ІКК) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Було обстежено 96 хворих на АГ, з них 29 осіб мали ізольовану АГ II стадії (I група), у 35 осіб спостерігалося поєднання АГ II стадії та метаболічний синдром (МС) (без порушень вуглеводного обміну) (II група), а у 32 хворих АГ II стадії поєднувалася із цукровим діабетом (ЦД2 типу) (III група). Контрольну групу склали 36 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Оцінка функціональної активності ІКК клітин периферичної крові включала дослідження проліферативної активності лімфоцитів шляхом визначення спонтанної та ФГА індукованої реакції бластної трансформації лімфоцитів, дослідження фагоцитарної активності нейтрофілів, оцінку імуноглобулінсинтезуючої та цитокінсинтезуючої функції ІКК.

У хворих на АГ виявлено підвищення спонтанної проліферативної активності лімфоцитів при зниженому рівні мітогеніндукованої, що обумовлено постійною сенсибілізацією аутоантигенами, особливо при поєднанні АГ із ЦД2 типу та МС. Для хворих на АГ характерним є зниження фагоцитарної активності нейтрофілів, яке наростає при розвитку поєднаної патології. Встановлено підвищений синтез IgG в сироватці крові у пацієнтів із поєднанням АГ, МС та ЦД2 типу. Виявлено, що підвищення рівня спонтанної та мітогеніндукованої продукції прозапальних цитокінів найбільш виражене у хворих із АГ та МС. Встановлено, що підвищений рівень продукції ФНП-α, ІЛ-6, ІЛ-8 та ІЛ-1β у пацієнтів із АГ прямо пропорційно залежав від поєднання АГ із ураженням інших органів і вірогідно вищі значення як спонтанної, так і мітогеніндукованої продукції цитокінів були виявлені у пацієнтів із АГ та МС. Крім того, в даній групі пацієнтів внаслідок наявності стеатогепатиту та стеатогепатозу було діагностовано високий рівень продукції ТФР-β, який є індуктором фіброзних змін печінки. Причинами підвищеного рівня ФНП-α та ІЛ-1β є гіперпродукція даного цитокіну абдомінально-вісцеральною жировою тканиною внаслідок наявності абдомінального ожиріння – однієї із головних ознак МС та ураження ендотелію судин. Висока сироваткова концентрація ІЛ-6 та його продукція ІКК периферичної крові також є наслідком як його надлишкового синтезу жировими клітинами великого сальника, так і пошкодження ендотелію судин внаслідок атеросклеротичного запалення, та є маркером розвитку дестабілізації атеросклеротичної бляшки та «фатальних подій» у коронарних судинах.

ЗНАЧЕННЯ ПРО- ТА АНТИАТЕРОГЕННИХ ЦИТОКІНІВ В РОЗВИТКУ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Бичкова Н. Г., Швечикова В. П., Таран Г. А.

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

Мета роботи – дослідити вміст про- та антиатерогенних цитокінів та визначити їх роль в перебігу дисліпідемій у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проведено біохімічне та імунологічне обстеженння 58 хворих на артеріальну гіпертензію II стадії. До контрольної групи увійшло 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Результати. Нами було встановлено, що у групі хворих на АГ II стадії спостерігаються порушення ліпідного профілю крові, які проявляються підвищеним на 41,84 % ($p < 0,05$) вмістом загального холестерину (ЗХС) відносно даних у здорових осіб, а також його високопатогенних фракцій ХС ЛПДНЩ на 21,57 % ($p < 0,05$), тригліцеридів (ТГ) – на 57,63 % ($p < 0,05$) та ХС ЛПНЩ – на 69,40 % ($p < 0,05$) при зниженні вмісту ХС ЛПВЩ на 24,83 % ($p < 0,05$).

Враховуючи виявлені зміни ліпідного профілю у хворих на АГ, було проведено аналіз сироваткових маркерів запалення, який показав виражений дисбаланс цитокінового статусу за рахунок переважання прозапальних та проатерогенних інтерлейкінів. Так, сироватковий вміст ІЛ-6 в 6,33 рази ($p < 0,05$) перевищував значення здорових осіб; ІЛ-8 – в 2,19 рази ($p < 0,05$). Також у даних пацієнтів було виявлено компенсаторне зниження протизапального та антиатерогенного ІЛ-10 в 2,36 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з його рівнем у здорових осіб та встановлено вірогідно вищу концентрацію розчинної молекули адгезії sICAM-1 – (399,4 ± 12,7) нг/мл, рівень якої перевищував значення здорових осіб на 44,9 % ($p < 0,05$).

Для встановлення взаємозалежності між виявленими порушеннями був проведений кореляційний аналіз між показниками ліпідного профілю та імунного статусу. Встановлено високий позитивний кореляційний зв’язок між рівнем ЗХС і ТГ та ІЛ-6, ІЛ-8, та sICAM-1, а також від’ємну кореляцію між вмістом ІЛ-10 та ЗХС, ХС ЛПНЩ, ТГ.

Висновки. Отримані дані показують значну роль про- та антиатерогенних цитокінів в розвитку дисліпідемій у хворих на артеріальну гіпертензію, таких як ІЛ-6 (один з найважливіших факторів, який викликає дисфункцію ендотелію та стимулює синтез білків гострої фази запалення), ІЛ-8 (стимулює неоангіогенез та здатен викликати дестабілізацію атеросклеротичної бляшки за рахунок металопротеїназної активності) та ІЛ-10 (знижує активність запалення у зрілій атеросклеротичній бляшці).

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бычкова Н. Г., Таран А. А.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель – изучить активность процессов иммунного воспаления у пациентов с сочетанной патологией – артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в динамике комбинированного лечения с использованием аторвастатина.

Обследовано 85 больных АГ II стадии, сочетанной с МС. Иммунограмма проводилась дважды: перед включением в исследование и в динамике через 2 месяца. Лечение включало назначение эналаприла в дозе, необходимой для достижения целевого уровня артериального давления, в сочетании с амлодипином и назначение аторвастатина в суточной дозе 10 мг.

Нами получены следующие результаты: сывороточная концентрация интерлейкина 1β (ИЛ-1β) достигла значений контрольной группы, уровни фактора некроза опухоли-α (ФНО-α), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-8 (ИЛ-8) снизились ($p < 0,001$) по сравнению с исходным показателем, но превышали значения здоровых лиц, соответственно, на 23,5 %, 31,6 % и 18,6 %. Содержание С-реактивного протеина достоверно уменьшилось до значений контрольной группы. Одновременно выявлена тенденция к нормализации концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) за счет увеличения содержания высокомолекулярных ЦИК и снижения – патогенных. Однако, концентрация ЦИК малого размера превышала значения здоровых лиц на 35,8 %, а среднего – на 29,6 %. Полученные результаты снижения уровня провоспалительных цитокинов и С-реактивного протеина связаны с эффектами ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и противовоспалительными свойствами статинов, способными также усиливать продукцию оксида азота. Тенденция к нормализации ЦИК обусловлена опосредованными эффектами иммунной системы. Одновременно наблюдалось улучшение показателей липидного обмена: содержание ХС ЛПНП снизилось на 19,5 %, ТГ – на 9,6 %, а ХС ЛПВП – увеличилось на 13,3 %. Установлена высокая положительная корреляционная связь между снижением в динамике лечения уровня ИЛ-6 и ХС ЛПНП ($r = 0,82$), содержания ИЛ-8 и ХСЛПНП ($r = 0,93$), а также отрицательна корреляция между снижением концентрации патогенных ЦИК малого размера и увеличением содержания ХС ЛПВП ($r = - 0,89$).

Таким образом, комплексная терапия с использованием метаболически нейтральных антигипертензивных препаратов, статинов и современных бронходилятаторов приводит к уменьшению явлений системного воспаления и частично – к эффектам иммунореабилитации.

РОЛЬ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Бичкова С. А.

Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета дослідження – вивчити вміст активованих субпопуляцій лімфоцитів та розчинних молекул адгезії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), поєднане з метаболічним синдромом (МС).

Методи дослідження. Обстежено 72 хворих на ХОЗЛ II стадії та 43 пацієнти із ХОЗЛ III стадії у фазу ремісії захворювання, поєднане із МС. Контрольну групу склали 35 здорових осіб, співставлюваних за віком та статтю. Діагноз ХОЗЛ встановлювали згідно до Наказу №128 МОЗ України. Діагноз МС встановлювався за рекомендаціями Міжнародної Діабетологічної Федерації (IDF), 2005.

Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ із МС в імунній системі спостерігаються зміни, характерні для аутоімунних процесів – підвищення кількості активованих лімфоцитів, ступінь прояву яких наростав по мірі зростання тяжкості ХОЗЛ. Рівень $CD25^+$лімфоцитів перевищував значення контрольної групи у 2,1 рази та 3,6 разів, що свідчить про значне переважання в периферичній крові Т-лімфоцитів, а саме Т-хелперів 1 типу. Аналогічну тенденцію мав і рівень $HLA\text{-}DR^+$лімфоцитів. Встановлено також високий (в 4,1 рази та 5,3 рази більший за показник контрольної групи) вміст у периферичній крові хворих лімфоцитів, які експресують FAS-рецептор і готові вступити в апоптоз ($p < 0,05$), що обумовлено дією основного прозапального цитокіну – фактору некрозу пухлин-α (ФНП-α), що є активним індуктором апоптозу імунокомпетентних клітин, а його висока сироваткова концентрація відображає різні за етіологічним чинником, проте односпрямовані запальні реакції, притаманні пацієнтам з ХОЗЛ та МС. Відомо про активну участь у процесах міжклітинної кооперації та розвитку атеросклеротичного запалення молекул клітинної адгезії. Відносна кількість $CD54^+$ лімфоцитів у пацієнтів із поєднанням МС та ХОЗЛ була вірогідно вищою від значень контрольної групи та не залежала від стадії ХОЗЛ. Високий процентний вміст активованих субпопуляцій лімфоцитів поєднувався із вірогідно високими концентраціями у сироватці крові розчинних молекул адгезії ICAM-1 та VCAM.

Отже, причиною активації Т- і В-лімфоцитів периферичної крові є розвиток імунного запалення низьких градацій, основним чинником якого є феномен інсулінорезистентності, однак, поєднана патологія проявляється ще більшою активацією клітин імунної системи за рахунок появи в крові аутоантигенів при порушенні природних бар'єрів.

БАГАТОФАКТОРНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ З ГІПОТЕНЗИВНИМ ТИПОМ КРОВООБІГУ

Блецкан М. М., Фатула М. І., Петрик І. М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Медикаментозне лікування хворих на нейроциркуляторну дистонію не завжди придатне для довготривалого використання через появу побічної дії та формування залежності до того чи іншого препарату. Завданням нашої роботи є покращення ефективності лікування хворих на нейроциркуляторну дистонію з гіпотензивним типом кровообігу за допомогою спеціально розробленого для даного типу нозології фітозбору у вигляді відвару наступного складу: суцвіття ехінацеї пурпурової (Echinacea purpurea), трава вербени лікарської (Verbena officinalis), трава материнки звичайної (Origanum vulgare), листя меліси лікарської (Melissa officinalis), ягоди сушені смородини чорної (Ribes nigrum).

Обстежено та проліковано 67 хворих на нейроциркуляторну дистонію з гіпотензивним типом кровообігу віком від 16 до 28 років . Основну групу становили 32 хворих, які отримували курс лікування даним фітозбором, контрольну –35 хворих, які отримували заспокійливі препарати (гліцисед, санапакс, флуксен тощо). У всіх хворих на нейроциркуляторну дистонію з гіпотензивним типом кровообігу основної групи після проведеного 6-тижневого курсу лікування вказаним фітозбором спостерігалася позитивна динаміка: нормалізувався артеріальний тиск, пульс, сон, зменшилася дратівливість, покращилася працездатність. Так, якщо до лікування артеріальний тиск був у середньому (82 ± 6) / (50 ± 4) мм рт. ст., то після лікування – (105 ± 4) / (74 ± 3) мм рт. ст. ($p < 0,001$) . Пульс до лікування – (84 ± 4) удари за 1 хвилину, після лікування – (70 ± 6) удари за 1 хвилину ($p < 0,001$). Динамічне спостереження за хворими даної групи показало, що позитивні результати лікування (рівень артеріального тиску та пульс) залишались стабільними протягом одного року. Побічних ефектів у хворих від запропонованого фітозбору не спостерігали. У контрольній групі хворих після проведеного 6-тижневого курсу лікування також спостерігалися позитивні зміни: покращився сон, зменшилася дратівливість, але артеріальний тиск та пульс не нормалізувалися. Так, якщо до лікування артеріальний тиск був у середньому (84 ± 4) / (52 ± 3) мм рт. ст.,то після лікування – (86 ± 4) / (55 ± 4) мм рт. ст. Пульс до лікування – (83 ± 3) удари за 1 хвилину, після лікування – (81 ± 4) удари за 1 хвилину.

Таким чином, запропонований фітозбір достовірно підвищує артеріальний тиск та нормалізує пульс у хворих на нейроциркуляторну дистонію з гіпотензивним типом кровообігу, подовжує період ремісії, покращує якість життя, придатний для тривалого застосування і може бути рекомендований для застосування при даній патології.

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Бобкович К. О.

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

Загрозливі показники захворюваності та смертності від серцево-судинної патології в Україні вимагають постійної роботи над удосконаленням терапевтичного процесу. Завдання лікаря – спрощення режиму прийому препаратів та досягнення оптимального співвідношення ціна-якість, враховуючи фармакоекономічні аспекти лікування.

Метою нашого завдання було вивчення клінічної ефективності та прихильності комбінованого засобу алотендин у пацієнтів на АГ в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) стенокардію напруги.

Матеріал і методи. Нами обстежено 52 пацієнтів на АГ та ІХС стенокардію напруги II-III функціональних класів (ФК) віком 52-78 років (середній вік – (69,3 ± 4,1) років). Всім хворим проводили клінічне обстеження, цілодобове моніторування АТ та ЕКГ. Обстеження здійснювали при першому візиті та через 14 днів лікування. Усі пацієнти отримували аспірин у дозі 100 мг/добу, аторвастатин (10 мг/добу), кардікет-ретард (20 мг/добу) Пацієнти були розподіленні на 2 групи: контрольну (26 осіб) групу становили хворі, які приймали амлодипін 5 мг/добу, бісопролол 5 мг/добу; основну (26 осіб) склали пацієнти, яким призначено алотендин (бісопролол/амлодипін) 5/5 1 раз на добу.

Результати дослідження. Після проведеного лікування відмічено досягнення цільового рівня систолічного артеріального тиску (САТ) у 68,9 % (основна група) та у 64,15 % (контрольна група), ДАТ – у 95 % спостережень. При цьому середньоденний САТ знизився у контрольній групі на 25,45 %, а в основній – 27,45 %. Про зниження гіпертензивного навантаження свідчило виражене зменшення індексу часу – показника стабільно високого АТ та ризику серцево-судинних ускладнень: для САТ – на 47,3 % та 49,2 % (відповідно основна та контрольна група). В обох групах достовірно зменшилась частота виникнення та тривалість періодів ішемії за даними моніторування ЕКГ, що призвело до зменшення потреби в нітратах. Запропоноване лікування в обох групах призвело до достовірного зниження частоти серцевих скорочень без вірогідної міжгрупової різниці. Попри подібний терапевтичний ефект прихильність до лікування була значно вищою у пацієнтів основної групи через більш простий і зручний режим прийому ліків та суттєву фармакоекономічну вигоду від лікування комбінованим препаратом. Частина хворих контрольної групи (30 %) по закінченню дослідження перейшли на прийом алотендину.

Висновки. У пацієнтів, які отримували фіксовану комбінацію бісопрололу та амлодипіну відзначено вищу прихильність до лікування у зв’язку із зручністю прийому та фармакоекономічними перевагами.

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСЬ ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАНКРЕАТИЧНИМИ ПСЕВДОКІСТАМИ

Бобро В. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – визначення предикторної цінності прокальцитоніну для прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози.

Матеріал та методи. Обстежено 25 пацієнтів із післянекротичними псевдокістами підшлункової залози. Середній вік пацієнтів складав (44,3 ± 2,6) роки. Діагностика панкреатичних псевдокіст базувалася на даних променевих методів дослідження. Проводився цитологічний та бактеріологічний аналіз внутрішньокістозної рідини. Концентрацію прокальцитоніну визначали напівкількісним методом за допомогою тестових смужок фіми «BRAMS PCT-Q» (Німеччина). Обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою програми SPSS Statistics 17.0. Для порівняння розподілу часток двох або більше змінних використовували χ^2-тест. Взаємозв'язок між окремими параметрами проводився з використанням рангового коефіцієнта кореляції Спірмена. Предикторне значення чинників ризику у формуванні псевдокіст оцінювалося за критерієм «Відношення шансів». Для визначення дискримінаційного потенціалу змінних застосовувався ROC-аналіз.

Результати і обговорення. Аналіз показав, що у пацієнтів із медіанним рівнем ПКТ ≥ 1,5 нг/мл частота післяопераційних ускладнень достовірно більша ($\chi2$=15,6, p=0,004). Між змінними «ПКТ ≥ 1,5 нг/мл – наявність післяопераційних ускладнень» виявлено сильну пряму кореляцію і (r Спірмена = 0,769, p = 0,001). Шанс виникнення післяопераційних ускладнень у пацієнтів із ПКТ ≥ 1,5 нг/мл достовірно більший, ніж у пацієнтів із ПКТ < 1,5 нг/мл (OR = 11,07 при 95 % CI 2,68-7,29). Цікаві дані отримані при співставленні результатів бактеріологічного дослідження вмісту рідини псевдокісти та показників ПКТ. Аналіз показав, що найбільш точним є прогнозування за допомогою ПКТ, оскільки статистично достовірної різниці між результатами бакпосіву рідини і результатами прогнозу не встановлено ($\chi2$ = 0,005; p = 1,005). Для уточнення дискримінаційного потенціалу ПКТ для прогнозування післяопераційнихускладнень проведено ROC-аналіз, який виявив, що ПКТ має високий рівень специфічності при достатньому рівні чутливості: для моделі «ПКТ – наявність ПУ» AUC – 0,800, Se – 63,2 %, Sp – 96,8 %, p = 0,001.

Висновки. Таким чином, прокальцитонін є цінним маркером ускладненого перебігу панкреатичних ппсевдокіст з високим рівнем специфічності і чутливості.

ВІДНОСНИЙ РИЗИК ОСТЕОПОРЕТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ НА ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Бобро Л. М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінка відносного ризику переломів у осіб, хворих на жирову хворобу печінки.

Матеріали і методи. Піддано аналізу результати обстеження 80 хворих з ознаками стеатозу печінки за даними УЗД, 45 жінок (56,2 %) і 35 чоловіків (43,8 %). Середній вік жінок – (45,6 ± 3,2) роки, чоловіків – (50,4 ± 5,2) роки. Застосовувалось антропометричне обстеження, анкетування пацієнтів за допомогою хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу. Структурно-функціональний стан кісткової тканини визначали методом ультразвукової денситометрії. Для розрахунку 10-річної вірогідності перелому і розвитку остеопорозу з урахуванням результатів проведеної денситометрии використовувався інструмент FRAX (FRAX®). Обробка результатів дослідження здійснювалася методами варіаційної статистики, реалізованими стандартним пакетом прикладних програм SPSS 17.0 for Windows.

Результати. За даними результатів хвилинного тесту та антропометричного обстеження встановлено, що у 48 осіб (60 %, $p < 0,05$) мав місце ризик остеопорозу, вірогідно переважали жінки – 28 (58,3 %, $p < 0,05$). Обстеження пацієнтів методом денситометрії виявило наявність остеопенії у 30 пацієнтів (62,5 %), остеопорозу – у 17 (35,4 %), ($\chi 2 = 14,3$, $p < 0,01$). Оцінка 10-річного ризику остеопоретичних переломів за методикою FRAX встановила, що середнє значення ризику складає (19,1 ± 9,7) %. Відповідно до оцінки ризику за методикою FRAX виявлено, що застосування медикаментозного лікування потребує 35 (43,7 %) від усіх обстежених, проти 17 (21,3 %), виявлених за допомогою ультразвукової денситометрії ($p = 0,01$). Без урахування МЩКТ в групу ризику FRAX потрапили 62 (77,5 %) обстежених, проти 48 (60 %) осіб, виявлених стандартними критеріями. Тобто кількість пацієнтів, які потребують призначення фармакологічних агентів для профілактики і лікування остеопорозу, за методикою FRAX з урахуванням значень МЩКТ із стандартними критеріями в два рази більша, без урахування МЩКТ – в 1,3 рази більша.

Висновки. При клініко-інструментальному обстеженні ризик остеопорозу встановлено у 60 % пацієнтів, хворих на жирову хворобу печінки. Значення високого ризику остеопорозу не завжди пов'язані з низькою МЩКТ. Приймаючи рішення про необхідність призначень відносно профілактики і лікування остеопорозу, треба спиратися не лише на проведене денситометричне дослідження, але і на оцінку ризику остеопоретичних переломів за методикою FRAX.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА ПУРИНОВ

Божко В. В., Снегурская И. А., Мысниченко О. В., Цыганков А. И., Корнейчук И. А., Дунаевская М. М.

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

Цель исследования. Изучить особенности изменений гемодинамики у больных артериальной гипертензией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО) и гиперурикемией (ГУЕ).

Материалы и методы. Обследовано 257 больных АГ 2-3 степени, средний возраст – (50,3 ± 0,8) лет. У 172 больных диагностировано АО (объем талии >102 см у мужчин и >88 см – у женщин). У 90 больных выявлена ГУЕ (уровень мочевой кислоты в крови > 7 мг/дл – у мужчин и > 6 мг/дл – у женщин). Всем больным проводилось суточное мониторирование АД (аппаратом АВРМ-04, «Meditech», Венгрия) и определение структурно-функциональных параметров сердца (на аппарате Vivid-3, «General Electric», США).

Результаты. У больных АГ с АО, по сравнению с больными АГ без АО, вне зависимости от наличия ГУЕ, выявлены более высокие уровни среднесуточного систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), $p < 0,05$; достоверно более высокие показатели скорости утреннего подъема АД ($p < 0,05$) и вариабельности САД и ДАД ($p < 0,05$). У данных больных регистрировалась достоверно более высокая частота неблагоприятного суточного профиля АД “non-dipper” – у 36 % (у больных АГ без АО – у 24 %, $p < 0,05$). У больных АГ с АО с ГУЕ, по сравнению с больными АГ без АО и без ГУЕ, выявлены достоверно более высокие показатели размеров левого предсердия (ЛП) – 3,50(3,18;3,60) см (против (3,22(3,12;3,40) см, $p < 0,05$); левого желудочка (ЛЖ) – (5,37(5,17;5,48) см (против (5,29(5,00;5,40) см, $p < 0,05$); толщин межжелудочковой перегородки (МЖП) – (1,16(1,01;1,20) см против (1,05(0,97;1,18) см, $p < 0,05$), и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) – (1,12(0,97;1,20) см (против (1,00(0,88;1,15) см, а также – массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) – (277,00 (224,75;299,25) г (против (238,00(198,00;287,00) г, $p < 0,05$). При этом, у больных АГ с АО с ГУЕ, по сравнению с больными только с АГ с АО, были достоверно выше диаметр ЛП ($p_1 < 0,05$), а также показатели толщин МЖП, ЗСЛЖ ($p_1 < 0,05$) и ММЛЖ ($p_1 < 0,05$).

Выводы. У больных АГ с АО, по сравнению с больными АГ, вне зависимости от наличия ГУЕ, отмечалась достоверно более высокая частота неблагоприятных суточных профилей АД. ГУЕ оказывала значительное влияние на ремоделирование сердца у больных с АГ, что находит свое отражение в увеличении полостей сердца, а также толщин стенок миокарда у данной категории больных, по сравнению с больными АГ без нарушений обмена пуринов.

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION AND ITS TRENDS IN UKRAINE

[1]Boyko V., [2]Dubrovina N., [1]Zamyatin P., [3]Gerrard R.

[1]SI "Zaitcev V.T. Institute of General and Urgent Medicine of NAMS", Kharkov, Ukraine

[2]University of Economics/Meducal School, Bratislava, Slovakia

[3]Cass Business School, City University London, UK

In recent years, the epidemiological situation in Ukraine has been very complicated; it is primarily concerned with the steady growth of HIV infection and the high incidence of active tuberculosis. A significant decline in living standards, the unfavorable environmental and social situation, the low level of health care funding, including vaccination activities, preventive care, etc., are among the factors which explain the sharp deterioration of the epidemiological situation in Ukraine.

In order to study the epidemiological situation and its trends authors have used methods of mathematical statistics and time-series analysis, cluster analysis methods and the construction of regression models based on panel data. The study shows a downward trend in the overall morbidity and mortality in general for infectious diseases, including active tuberculosis. However, there is a non-linear increase in HIV infections, as evidenced by empirical model.

The distribution of indicators of the dynamics of the number of HIV-infected people and people with active tuberculosis is substantially different from the normal distribution. To study groups of regions with different levels of the epidemiological situation the authors have used cluster analysis and have identified regions with favorable and unfavorable epidemiological situation.

On the basis of panel data regression analysis the authors have studied the influence of social and economic determinants (material well-being, living conditions, social environment, ecological environment) on the incidence of all infectious diseases, and separately on indicators of the dynamics of HIV infections and people with active tuberculosis.

These results can be used to develop strategic programs to improve the epidemiological situation in Ukraine.

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION AND ITS TRENDS IN UKRAINE

[1]Boyko V., [2]Dubrovina N., [1]Zamyatin P., [3]Gerrard R.

[1]SI "Zaitcev V.T. Institute of General and Urgent Medicine of NAMS", Kharkov, Ukraine

[2]University of Economics/Meducal School, Bratislava, Slovakia

[3]Cass Business School, City University London, UK

In recent years, the epidemiological situation in Ukraine has been very complicated; it is primarily concerned with the steady growth of HIV infection and the high incidence of active tuberculosis. A significant decline in living standards, the unfavorable environmental and social situation, the low level of health care funding, including vaccination activities, preventive care, etc., are among the factors which explain the sharp deterioration of the epidemiological situation in Ukraine.

In order to study the epidemiological situation and its trends authors have used methods of mathematical statistics and time-series analysis, cluster analysis methods and the construction of regression models based on panel data. The study shows a downward trend in the overall morbidity and mortality in general for infectious diseases, including active tuberculosis. However, there is a non-linear increase in HIV infections, as evidenced by empirical model.

The distribution of indicators of the dynamics of the number of HIV-infected people and people with active tuberculosis is substantially different from the normal distribution. To study groups of regions with different levels of the epidemiological situation the authors have used cluster analysis and have identified regions with favorable and unfavorable epidemiological situation.

On the basis of panel data regression analysis the authors have studied the influence of social and economic determinants (material well-being, living conditions, social environment, ecological environment) on the incidence of all infectious diseases, and separately on indicators of the dynamics of HIV infections and people with active tuberculosis.

These results can be used to develop strategic programs to improve the epidemiological situation in Ukraine.

TENDENCIES OF CIRCULATORY SYSTEM DISEASES AND PREVENTION PROGRAMS IN SLOVAKIA

[1]Boyko V., [1]Zamyatin P., [1]Zamyatin D., [2]Kolesnikova O., [3]Habdakova G., [3]Hovorkovicova E., [3]Dubrovina N.

[1]GI "Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine"
[2]GI "L.Malaya Institute of Therapy of NAMS of Ukraine"
[3]Medical School in Bratislava, Slovakia

Despite to progress in decline in circulatory system diseases (CSD) they are the main cause of deaths in most EU countries.

In the SR, the most common cause of death in the long run are circulatory system diseases CSD (13 726 females and 11 472 males). However, since 2012 the mortality rates for CSD decreased by 8 % for males and 11 % for females. Out of the total number of deaths, the share of CSD deaths dropped from 53 % in 2012 to 49.1 % in 2014. This decline is linked to a more optimal code selection for causes of death stated on death certificates when processing statistical reports in the Statistical Office of SR. In 2013, the standardised death rate (European standard by WHO/EURO from the 80s) decreased in the whole population by 7.9 %, in 2014 by 9.2 % (the corresponding percentage changes reflected the decline in the number of deaths from circulatory system diseases relating mainly to 65 and over population).

Taking into account the importance of CSD we studied the trends in the mortality from circulatory system diseases by sex and selected age groups in different regions in SR, revealed the significant regional disparities explained by different social standards, living style and income, as well as health care resources, their availability and efficiency for patients with CSD.

It should be noted that nowadays the health education of population plays significant role in prevention of CSD. As the example we have considered the Heart Healthy Nutrition Project, realized in SR together with Canadian experts. The idea of the project was based on three basic determinants of population health: 1) nutrition, 2) behavior, and 3) hygiene. These basic determinants are influenced by cultural and socioeconomic factors, and psychosocial aspects. The mentioned project had such primary objectives: 1) to raise the issue of health nutrition in Slovakia as a public agenda; 2) to increase the consumption of vegetables, fruit, and soluble fibers; 3) to reduce the consumption of saturated fat and refined carbohydrates. The Heart Healthy Nutrition project, which has been done in cooperation with the Ministry of Health and the Ministry of Agriculture and with the support of Ministry of Education of the Slovak Republic, launched a process, which, in the long run, has the potential to achieve the objectives, which were outlined at the onset of this study. To influence significantly ingrained dietary habits is a long-term task, which requires a steady, firm and purposeful effort. The suggested measures had to be strictly supported by hard scientific evidence.

Study of the experience of such projects is very important for health care system in Ukraine, where CSD have the increasing tendency and are the main cause of deaths.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Болтабоев С. А., Азизов С. В.

Наманганский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования. Изучить и научно обосновать динамика изменение показателей свертывающей системы крови и липидного спектра обмена в реабилитации больных диабетической нефропатией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 50 больных с диабетической нефропатией в возрасте 25-65 лет. Из них 29 (58 %) мужчин и 21 (42 %) женщин. Давность заболевания от 3 года до 20 лет.

До и после лечения изучалось содержание в сыворотке крови ПТИ (по методу Туголукова), фибриноген (по Рутбергу), обший холестерин – ОХС (по методу Илька), триглицериды-Тг, β-липопротеиды (ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП) и α-липопротеиды (ХС-ЛПВП) (по методу Брунштейн-Самай).

Всем наблюдаемым больным назначали следующие процедуры: базисная терапия [антибактериальная терапия, витамины группа В, дезинтоксикационные средства, уроантисептики]; иммунокорректор – тимоптин, курс составил 50 дней, повторный курс провели в начале 2 года лечения); на приборе, увеличивающем содержание углекислого газа в артериальной крови, больные занимались утром и вечером по 30 минут 120 дней (курс повторили в начале 2 года лечение); ЛФК в виде танцевальных физических упражнений, например: Андижанская полька, тановар. Нагрузку увеличивали ежедневно постепенно, учитывая индивидуальные особенности, подготовленность и здоровье больных в течение 2 лет; фитотерапия в течение 2 лет.

Результаты. До лечения у всех наблюдаемых больных выявлено гиперкоагуляцию, гиперхолистеринемию и гиперлипидемию.

После лечения отмечалось достоверное снижение показателей свертывающей системы крови и липидного обмена, соответственно: ПТИ 9,3 %, 12,0 %, 13,8 %, 15,5 % ($P < 0,05$), фибриноген 21,4 %, 16,1 %, 19,3 %, 22,5 % ($P < 0,01$), ОХС – 19,0 %, 38,3 %, 42,1 %, 46,0 % ($P < 0,05$), Тг – 22,2 %, 27,5 %, 39,1 %, 43,5 % ($P < 0,01$), ХС ЛПОНП – 16,7 %, 22,2 %, 27,8 %, 33,3 % ($P < 0,01$), ХС ЛПНП – 22,9 %, 37,7 %, 44,3 %, 47,5 % ($P < 0,01$) и достоверное повышение средних показателей α-липопротеидов ХС ЛПВП – 65,3 %, 72,0 %, 98,7 %, 129,3 % ($P < 0,001$).

Выводы. Таким образом, на основании выше изложенного можно заключить, что проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа оказывает гипокоагуляционный, гипохолестеринемический и гиполипидемический эффекты в реабилитации больных диабетической нефропатией.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Болтабоев С. А., Азизов С. В.

Наманганский государственный университет, Узбекистан

Цель исследования – изучить и научно обосновать динамика изменение клеточных и гуморальных иммунологических показателей в реабилитации больных диабетической нефропатией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 50 больных с диабетической нефропатией в возрасте 25-65 лет. Из них 29 (58 %) мужчин и 21 (42 %) женщин. Давность заболевания от 3 года до 20 лет.

До и после лечения изучалось содержание в сыворотке крови СД3-лимфоцитов (по методу Жондал), СД4 и СД8 (по методу Моретта), СД19 (по методу Е.Р. Кудрявцева) и G (IgG), A (IgA), M (IgM)-иммуноглобулинов (метод радиальную иммунодиффузии по Манчини).

Всем наблюдаемым больным назначали следующие процедуры: базисная терапия [антибактериальная терапия, витамины группа В, дезинтоксикационные средства, уроантисептики]; иммунокорректор – тимоптин, курс составил 50 дней, повторный курс провели в начале 2 года лечения); на приборе, увеличивающем содержание углекислого газа в артериальной крови, больные занимались утром и вечером по 30 минут 120 дней (курс повторили в начале 2 года лечение); ЛФК в виде танцевальных физических упражнений, например: Андижанская полька, тановар. Нагрузку увеличивали ежедневно постепенно, учитывая индивидуальные особенности, подготовленность и здоровье больных в течение 2 лет; фитотерапия в течение 2 лет.

Результаты. До лечения у всех наблюдаемых больных выявлено Т и В иммунодефицитное состояние в виде снижения клеточных и повышении гуморальных иммунологических показателей.

После проведенного лечения отмечено достоверное повышение средних показателей клеточных, соответственно [СД3 – 21 %, 1,1 %, 3,6 %, 6,3 % ($P < 0,05$), СД4 – 32,3 %, 28,4 %, 32,3 %, 35,6 % ($P < 0,01$), СД8 – 29,9 %, 21,3 %, 27,4 %, 34,7 % ($P < 0,01$), СД19 – 69,4 %, 65,9 %, 68,8 %, 74,0 % ($P < 0,001$)] и достоверное снижение средних показателей гуморальных [IgA – 45,1 %, 22,7 %, 25,5 %, 27,4 % ($P < 0,01$), IgM – 20,6 %, 12,9 %, 13,2 %, 14,9 % ($P < 0,05$), IgG – 17,6 %, 10,1 %, 13,8 %, 18,9 % ($P < 0,05$)] иммунологических показателей.

Выводы. Таким образом, на основании выше изложенного можно заключить, что проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа оказывает иммунокорригирующий эффект. Также выявлена достоверная положительная динамика клинико-функционального состояния и показателей клеточной и гуморальной иммунной защиты организма в реабилитации больных диабетической нефропатией.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСНА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Бондаренко С. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Многие годы лидирующее положение в лечении заболеваний внутренних органов занимает фармакотерапия, которая зачастую требует длительных курсов воздействия и сопровождается побочными эффектами. При этом врачи незаслуженно упускают из виду возможности немедикаментозных методов лечения, которые во многих случаях позволяют получить быстрый, более выраженный и более стойкий терапевтический результат.

Среди методов физиотерапии особое место занимает электросон.

При электросне происходит длительное раздражение током нервных рецепторов кожи, что рефлекторно вызывает развитие в коре больших полушарий головного мозга охранительного торможения. При этом восстанавливаются нарушенные кортико-подкорковые, кортико-висцеральные, межполушарные связи, то есть улучшается регуляторная функция центральной нервной системы.

Благоприятное влияние электросна на сердечно-сосудистую систему проявляется в нормализации работы нервного аппарата сердца, тонуса артериальной стенки. Электросон улучшает микроциркуляцию и трофику тканей, способствует компенсаторному развитию коллатерального кровообращения, повышает оксигенацию крови, стимулирует кроветворение.

Под его влиянием нормализуется функция свертывающей и противосвёртывающей систем крови, отмечается тенденция к нормализации состава крови и количества холестерина в ней.

На функцию дыхания электросон также оказывает нормализующее действие, улучшает газообмен в лёгких и тканевое дыхание.

Под влиянием электросна улучшается пищеварительная функция; изменяется в сторону нормализации липидный, углеводный и минеральный обмен, гормональная функция щитовидной, паращитовидных, поджелудочной, половых желез, надпочечников.

Следует отметить, что непременным условием проведения процедур электросна является самостоятельный выбор больным частоты применяемого тока.

Из всего выше сказанного следует, что электросон заслуживает самого пристального внимания в клинике внутренних болезней.

КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИТОВ

Бондаренко С. В., [*]Амелин А. Ф., [*]Додонова Л. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
[*]КУОЗ "Городская поликлиника № 9", г. Харьков, Украина

Медикаментозное лечение бронхитов обычно не обеспечивает быстрый противовоспалительный эффект, сопровождается побочными эффектами, присущими применяемым лекарственным веществам.

У данной категории больных широко используются методы физиотерапии, в частности, диадинамотерапия, которая оказывает выраженный противовоспалительный и отхаркивающий эффект, улучшает кровообращение в бронхо-легочной системе, обладает бактерицидным действием. Аппарат «Витафон» также достаточно давно используется в лечении бронхитов, поскольку оказывает противовоспалительное действие и улучшает кровообращение в тканях.

Целью данной работы является повышение эффективности лечения больных бронхитами.

Предлагаемая методика заключается в одновременном воздействии виброакустики от аппарата «Витафон» на межлопаточную область в режиме 4 и диадинамическими токами трансторакально (передне-заднее расположение электродов) в режиме «короткий период» и «длинный период» по 10 минут каждым видом тока.

Механизм этой методики заключается в том, что в тканях электрический ток распространяется по пути наименьшего сопротивления, то есть по кровеносным и лимфатическим сосудам. За счёт раскрытия резервных капилляров под влиянием виброакустического воздействия диадинамический ток охватывает больший объём тканей, что увеличивает лечебный эффект.

Данная методика апробирована у 46 больных бронхитами. Уже после первой процедуры отмечалось увеличение количества выделяемой мокроты, в дальнейшем уменьшалось количество хрипов в лёгких при аускультации до их полного исчезновения, исчезал кашель. Положительная динамика состояния пациентов позволяла уменьшить лекарственную нагрузку и сокращала сроки лечения.

Таким образом, сочетанное использование виброакустики и диадинамотерапии позволяет оптимизировать лечение больных бронхитами и заслуживает широкого применения в клинической практике.

МІСЦЕ РОЗУВОСТАТИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ

Борзова О. Ю., Кожин М. І., Борзова-Коссе С. І.
Харківський національний медичний університет, Україна

Одним з напрямків лікування пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) є корекція порушень ліпідного спектру. У хворих відзначається значне збільшення вмісту загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), тригліцеридів (ТГ), а також зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Препаратами першої лінії для нормалізації рівня ліпідів в теперішній час є статини, що підтвердили свою ефективність в зниженні серцево-судинної смертності у дослідженні LUNAR.

Мета: вивчення впливу препарату розувостатин на стан ліпідного обміну у хворих з ГКС.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилося 58 пацієнтів у віці від 48 до 72 років з ГКС. У схему терапії всіх пацієнтів з першого дня лікування було включено розувостатин в добовій дозі 40 мг. Визначення ЗХ, ТГ, ХС ЛПНЩ і ХС ЛПВЩ проводилися біохімічним методом, а також розраховувався коефіцієнт атерогенності (КА). З метою виявлення можливих побічних ефектів проводилося визначення рівнів АСТ, АЛТ і КФК.

Обговорення. При дослідженні рівня ліпідів до початку терапії у пацієнтів було виявлено підвищення вмісту ЗХ на 17,6 %, ТГ на 12,2 %, ХС ЛПНЩ на 19,2 % від норми, рівень ХС ЛПВЩ був знижений на 24,8 %, КА складав (6,4 ± 1,6), що свідчить про значні порушення ліпідного обміну. При повторному дослідженні через 3 тижні від початку застосування розувостатину рівень ЗХ знизився на 19,2 %, ТГ на 7,6 %, ХС ЛПНЩ на 29,8 %, а рівень ХС ЛПВЩ зріс на 13,4 %, КА зменшився до (3,9 ± 1,5). Дослідження цих же показників через 12 тижнів лікування показало, що рівень ЗХ складав 4,72 ммоль/л (-28,4 %), ТГ 1,67 ммоль/л (-38,2 %), ХС ЛПНЩ 1,87 ммоль/л (-12,5 %), ХС ЛПВЩ 1,28 ммоль/л (+17,2 %), КА складав (3,6 ± 1,2). Ні в одного хворого не відмічено розвитку побічних реакцій, що свідчить про добру переносимість препарату. У підгрупах хворих з різними проявами ГКС (нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST і без елевації сегмента ST) отримані приблизно однакові дані.

Висновки: призначення високих доз розувостатину хворим з ГКС є доцільним, що обумовлене його позитивним впливом на обмін ліпідів і максимально сприяє досягненню цільових рівнів ЛПНЩ.

ВИВЧЕННЯ ОСТЕОПОНТИНУ ЯК МАРКЕРА ФОРМУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ТИПУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З КОМОРБІДНІСТЮ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ

Борзова-Коссе С. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Коморбідність гострого інфаркту міокарда (ГІМ) та ожиріння є досить суттєвою проблемою сучасності, оскільки вона значно впливає на перебіг захворювання, при чому це поєднання значно збільшує тяжкість його перебігу та погіршує прогноз хворих. В теперішній час досить активно вивчаються деякі положення щодо ролі регуляторів активності матриксних металопротеїназ у процесі ремоделювання міокарду лівого шлуночка при ГІМ, метаболічних порушень і їх взаємозв'язків у хворих на ГІМ із супутнім ожирінням та можливості медикаментозного впливу на перебіг захворювання. Важливим регулятором постінфарктного ремоделювання міокарда є остеопонтин, якій являє собою адгезивний глікофосфопротеін, що взаємодіє з αvβ1, v 3 і v 5 інтегринами і CD44 рецепторами, колагеном і фібронектином, що стимулює синтез колагену, інгібує активність матриксних металопротеїназ, регулює організацію позаклітинного матриксу та його стабілізацію (Yan Y.P. et al., 2009). У дослідженнях, які проводилися Schoenhagen P. (2010) показано, що остеопонтин є важливим медіатором в регуляції ангіотензином II функції кардіальних фібробластів в процесі ремоделювання серця. Було виявлено, що концентрація остеопонтину значно зростає при атеросклерозі, інфаркті міокарду та ожирінні і корелює з віком і рівнем тригліцеридів. Однак на сьогоднішній день майже зовсім відсутні дані щодо експресії остеопонтину при коморбідності ГІМ та ожиріння.

В нашій роботі буде вивчено вміст остеопонтину, показників ліпідного обміну у хворих на ГІМ залежно від наявності ожиріння та його ступеня, оцінено значення остеопонтину, як регулятора конфігурації позаклітинного матриксу, а саме у ремоделюванні лівого шлуночка у хворих на ГІМ з супутнім ожирінням, а також буде вивчено вплив стандартної терапії на вміст остеопонтину, показники ліпідного обміну, структурно-функціональні порушення міокарда лівого шлуночка у хворих на ГІМ в поєднанні з ожирінням.

Результати, які будуть отримані в роботі, сприятимуть покращенню діагностики поєднаного перебігу гострого інфаркту міокарда та ожиріння і зможуть використовуватися в якості індикаторів формування несприятливого типу ремоделювання міокарду як маркери ускладненого перебігу захворювання у даної когорти хворих.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТІВ ВІТРОНЕКТИНУ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Ішемічна хвороба серця, а саме гострий інфаркт міокарда (ГІМ) на сьогодні стоять на першому місці в структурі смертності від серцево-судинних захворювань. Коморбідний патогенетичний зв'язок ГІМ та ожиріння зумовлює підвищений кардіоваскулярний ризик та виникнення найбільш загрозливих ускладнень ГІМ.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ожирінням на підставі оцінки активності вітронектину, а також дослідження його прогностичного значення у розвитку несприятливого перебігу гострого інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. Планується обстеження 105 хворих на ГІМ, з яких у 75 осіб діагностовано ожиріння, у 30 пацієнтів – нормальна вага тіла. Контрольну групу складатимуть 20 практично здорових осіб. Клініко-лабораторне дослідження передбачає визначення наступних показників: визначення індексу маси тіла; якісне та кількісне визначення активності маркерів ГІМ (тропонін І, МВ-фракція креатинфосфокінази (КФК-МВ), міоглобін); імуноферментним методом визначатиметься вітронектин та галектин-3; показники ліпідного профілю планується визначати за стандартною біохімічною методикою; всім тематичним хворим буде проведено добове моніторування електрокардіографії та ехокардіографії; проведення коронарографії та визначення ступеня виразності ураження коронарних артерій та прогноз виникнення ускладнень і смертності за шкалами Gensini, TIMI та GRACE. Робота буде проводитись на базі Харківської міської клінічної лікарні №27, що є базою кафедри. Для виконання лабораторних і інструментальних методів дослідження планується співробітництво з Центральною науково-дослідною лабораторією Харківського національного медичного університету.

Очікувані результати. У роботі, що планується, буде оцінено зв'язки вітронектину з маркерами ГІМ, а саме з тропоніном І, міоглобіном та КФК-МВ, з метою аналізу ступеня ураження міокарда у хворих на ГІМ із супутнім ожирінням. Буде визначено оцінку ролі вітронектину щодо виразності ураження коронарних артерій з використанням шкали Gensini. Планується провести аналіз ефектів даного показника щодо розвитку ускладнень ГІМ з урахуванням наявності або відсутності супутнього ожиріння.

Висновки. Дослідження вітронектину у хворих з гострим інфарктом міокарда за наявності супутнього ожиріння дасть можливість прогнозувати зміни міокардіальної контрактильності, а також дозволить запропонувати використання даного маркеру в якості предиктора несприятливого перебігу гострого інфаркту міокарда.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТІВ ГАЛЕКТИНУ-3 НА РОЗВИТОК ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) вже протягом багатьох десятиліть посідає перше місце в структурі смертності від серцево-судинних захворювань. Коморбідний патогенетичний зв'язок ГІМ та ожиріння зумовлює підвищений кардіоваскулярний ризик та виникнення найбільш загрозливих ускладнень ГІМ, що спонукає до пошуку нових маркерів ранньої діагностики ішемії міокарда.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ожирінням на підставі оцінки активності галектину-3, а також дослідження його прогностичного значення у розвитку несприятливого перебігу гострого інфаркту міокарда.

Матеріали та методи. Планується обстеження 105 хворих на ГІМ, з яких у 75 осіб діагностовано ожиріння, у 30 пацієнтів – нормальна вага тіла. Контрольну групу складатимуть 20 практично здорових осіб. Клініко-лабораторне дослідження передбачає визначення наступних показників: визначення індексу маси тіла; якісне та кількісне визначення активності маркерів ГІМ (тропонін І, МВ-фракція креатинфосфокінази (КФК-МВ), міоглобін); імуноферментним методом визначатиметься вітронектин та галектин-3; показники ліпідного профілю планується визначати за стандартною біохімічною методикою; всім тематичним хворим буде проведено добове моніторування електрокардіографії та ехокардіографії; проведення коронарографії та визначення ступеня виразності ураження коронарних артерій та прогноз виникнення ускладнень і смертності за шкалами Gensini, TIMI та GRACE. Робота буде проводитись на базі Харківської міської клінічної лікарні №27, що є базою кафедри. Для виконання лабораторних і інструментальних методів дослідження планується співробітництво з Центральною науково-дослідною лабораторією Харківського національного медичного університету.

Очікувані результати. У роботі, що планується, буде оцінено зв'язки галектину-3 з маркерами ГІМ, а саме з тропоніном І, міоглобіном та КФК-МВ, з метою аналізу ступеня ураження міокарда у хворих на ГІМ із супутнім ожирінням. Буде визначено вплив наявності надлишкової маси тіла та типу її розподілу на активність галектину-3 у хворих на ГІМ. Також планується провести аналіз ефектів даного показника щодо розвитку ускладнень ГІМ з урахуванням наявності або відсутності супутнього ожиріння.

Висновки. Дослідження галектину-3 у хворих з гострим інфарктом міокарда за наявності супутнього ожиріння дасть можливість провести аналіз ранніх (протягом перебування у стаціонарі) та пізніх (протягом 6 місяців) ускладнень з оцінкою предикторної інформативності галектину-3 та запропонувати модель прогнозу несприятливого перебігу ГІМ при ожирінні.

РОЛЬ ВІТРОНЕКТИНУ ТА ГАЛЕКТИНУ-3 У РОЗВИТКУ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Протягом останніх десятиліть серцево-судинна патологія сягнула масштабів епідемії серед хронічних неінфекційних захворювань в усьому світі. Серед причин передчасної смерті від серцево-судинних захворювань перше місце стійко займає ішемічна хвороба серця, а саме гострий інфаркт міокарда (ГІМ). Коморбідний патогенетичний зв'язок ГІМ та ожиріння зумовлює підвищений кардіоваскулярний ризик та виникнення найбільш загрозливих ускладнень ГІМ.

Мета дослідження: підвищення ефективності діагностики і лікування хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ожирінням на підставі оцінки активності вітронектину та галектину-3, а також дослідження його прогностичного значення у розвитку несприятливого перебігу ГІМ.

Матеріали та методи. Планується обстеження 105 хворих на ГІМ, з яких у 75 осіб діагностовано ожиріння, у 30 пацієнтів – нормальна вага тіла. Контрольну групу складатимуть 20 практично здорових осіб. Клініко-лабораторне дослідження передбачає визначення наступних показників: визначення індексу маси тіла; якісне та кількісне визначення активності маркерів ГІМ (тропонін І, МВ-фракція креатинфосфокінази (КФК-МВ), міоглобін); імуноферментним методом визначатиметься вітронектин та галектин-3; показники ліпідного профілю планується визначати за стандартною біохімічною методикою; всім тематичним хворим буде проведено добове моніторування електрокардіографії та ехокардіографії; проведення коронарографії та визначення ступеня виразності ураження коронарних артерій та прогноз виникнення ускладнень і смертності за шкалами Gensini, TIMI та GRACE. Робота буде проводитись на базі Харківської міської клінічної лікарні № 27, що є базою кафедри. Для виконання лабораторних і інструментальних методів дослідження планується співробітництво з Центральною науково-дослідною лабораторією Харківського національного медичного університету.

Очікувані результати. У роботі, що планується, буде оцінено зв'язки вітронектину та галектину-3 з маркерами ГІМ, а саме з тропоніном І, міоглобіном та КФК-МВ, з метою аналізу ступеня ураження міокарда у хворих на ГІМ із супутнім ожирінням. Буде визначено оцінку ролі вітронектину щодо виразності ураження коронарних артерій з використанням шкали Gensini. Планується провести аналіз ефектів галектину-3 та вітронектину щодо розвитку ускладнень ГІМ з урахуванням наявності або відсутності супутнього ожиріння.

Висновки. Визначення вітронектину та галектину-3 у хворих на ГІМ з супутнім ожирінням дозволить запропонувати використання даних маркерів в якості предикторів несприятливого перебігу ГІМ.

ХРОНИЧЕСКИЙ СВЕТОВОЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Бочарова Т. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Установлено, что длительное удержание молодых половозрелых кроликов в условиях круглосуточного освещения приводит к развитию недостаточности пинеальной железы, индуцирующей в свою очередь появление у подопытных животных заболеваний сердечнососудистой, эндокринной, половой и других систем организма.

Целью настоящего исследования явилось выявление структурных изменений в органах иммунной системы при экспериментальном гипопинеализме, обусловленном хроническим световым стрессом.

Эксперимент проведен на молодых половозрелых кроликах-самцах породы «шиншилла». Кролики контрольной группы содержалось в условиях естественной смены дня и ночи, подопытные – в условиях длительного круглосуточного освещения (днем – естественный дневной свет, ночью – электрический). Продолжительность эксперимента 6 месяцев. Гистологическому исследованию подлежали ткани селезенки и тимуса.

Установлено, что структурные изменения в тимусе возникают уже со 2 месяца эксперимента и проявляются в виде гиперплазии коркового слоя, увеличения плотности клеток как в коре, так и в мозговом веществе, и усиления пролиферативной активности тимоцитов. Морфологические изменения в селезенке обнаружены нами несколько позже, начиная с 4-го месяца круглосуточного освещения. Определялась гиперплазия белой пульпы в виде укрупнения и увеличения количества лимфоидных фолликулов с наличием выраженных центров размножения. Однако, в конце эксперимента, как в центральном, так и периферическом звене иммунной системы, выявлены признаки выраженной возрастной инволюции. Гистологически в тимусе определялось уменьшение количества и размеров долек, резкое сужение коркового вещества, уменьшение плотности тимоцитов, а также выраженный склероз и липоматоз. В селезенке обнаружено резкое утолщение капсулы и трабекул, периваскулярный склероз, гипоплазия белой пульпы со снижением плотности клеток и наличием большого количества деструктивно-измененных лимфоцитов.

Выявленные в начале эксперимента признаки усиления функциональной активности иммунной системы, сменяются резким истощением последней в поздние сроки. Обнаруженные в органах иммунной системы изменения являются проявлением преждевременной возрастной инволюции и могут быть следствием иммунно-эндокринной дисфункции.

РОЛЬ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ 15 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Вишневская И. Р., Опарин А. Л., Копица Н. П., Петенёва Л. Л., Петюнина О. В., Гилева Я. В.

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

Риск ухудшения почечной функции остается высоким в группе больных острым коронарным синдромом (ОКС), особенно на фоне использования рентгенконтрастных средств при проведении инвазивных методов лечения. В связи с этим активно изучаются новые биомаркеры для быстрого выявления данной категории больных. Ростовой фактор дифференцировки 15 (РФД 15), макрофаг-ингибирующий цитокин-1, относится к надсемейству белков трансформирующего фактора роста β, является перспективным в данном направлении и активно изучается.

Цель: потверждение роли РФД 15 в формировании острого повреждения почек (ОПП) у больных ОКС.

Материалы и методы: обследовано 73 больных с различными формами ОКС: 55 мужчин и 18 женщин, средний возраст – (61,8 ± 1,3) года. На основании оценки уровня креатинина сыворотки крови (при поступлении и через 48 часов) и рассчитанной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по методу Modification of diet in Renal Disease (MDRD) все больные были разделены на 2 группы. Выделение групп происходило в зависимости от динамики СКФ по классификации Acute kidney injury network (AKIN), пороговое значение динамики креатинина ≥ 26,4 мкмоль/л. В первую группу (n = 23) вошли пациенты с отрицательной динамикой уровня креатинина по классификации AKIN, во вторую (n = 31) без значимой динамики. Дополнительно, в первые сутки был определен уровень РФД 15 и N-концевой фрагмент мозгового натрийуретического пептида (NT-проМНП).

Результаты: выделены параметры, которые достоверно отличались в выше указанных группах: уровень креатинина и СКФ через 48 часов ($p < 0,0001$), динамика креатинина ($p < 0,00001$), показатели шкалы GRACE ($p < 0,00001$), уровень биомаркеров: РФД 15 ($p \leq 0,022$) и NT-проМНП ($p \leq 0,038$). Дополнительно был проведен корреляционный анализ указанных параметров. Так, РФД 15 имел достоверную взаимосвязь высокой силы с уровнем креатинина в группе с динамикой и без таковой ($p \leq 0,035$), однако не было выявлено достоверной взаимосвязи между СКФ, рассчитанной через 48 часов, и РФД 15. NT-проМНП, в свою очередь, имел значимую взаимосвязь средней степени силы только в группе с достоверной динамикой креатинина ($p \leq 0,05$; $p \leq 0,001$).

Выводы: РФД 15 показал себя как перспективный маркер в прогнозировании ОПП, как и общеизвестный маркер NT-проМНП. Возможно использвание комбинации данных биомаркеров для более точной стратификации риска возникновения почечной недостаточности при ОКС.

СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ

Вінник Н. В., Стойкевич М. В., Сорочан О. В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити стан мікробіоценозу товстої кишки у хворих на хронічні запальні захворювання кишечнику (ХЗЗК) в залежності від нутритивного статусу.

Матеріал та методи. Обстежено 76 хворих на ХЗЗК, які проходили лікування у відділенні захворювань кишечнику. На підставі визначення відсотка жирової маси тіла за даними імпедансметрії хворі розподілені на три групи: I групу склали 44 пацієнти зі зниженим нутритивним статусом, II групу – 13 пацієнтів з нормальним нутритивним статусом, III групу – 19 пацієнтів з підвищеним нутритивним статусом. Дослідження видового та кількісного складу мікрофлори вмісту товстої кишки проводили методом посіву десятикратних розведень (10^{-1}-10^{-9}) на стандартний набір селективних та диференційно-діагностичних поживних середовищ для виділення аеробних та анаеробних мікроорганізмів.

Результати дослідження. Проведені мікробіологічні дослідження виявили наявність глибоких змін складу мікрофлори товстої кишки у 100,0 % хворих на ХЗЗК. Виявлено залежність дисбіотичних змін у досліджених хворих від нутритивного статусу. Так субкомпенсована форма дисбіозу переважала у хворих II групи (76,9 %), тоді як декомпенсовані форми дисбіозу частіше виявлялись у хворих I та III груп (29,5 % та 31,6 %, відповідно). За даними аналізу суттєві відмінності у якісному та кількісному складі нормофлори вмісту товстої кишки (ТК) спостерігались у хворих усіх груп. Зниження концентрації біфідобактерій у вмісті ТК у хворих III групи виявляли найчастіше – у 78,9 % випадків, тоді як у хворих I групи цей показник становив 72,7 % та 69,2 % у хворих II групи. Дефіцит лактобактерій найчастіше спостерігався у хворих II групи (92,3 %). Крім того, у III групі хворих вищою була частота виділення дріжджоподібних грибів роду Candida: на 15,6 % вище, ніж у I групі, та на 24,3 % – ніж у II групі, а також частота виявлення умовно-патогенних ентеробактерій: на 3,6 % та на 10,9 % вище, відповідно.

Висновки. Серед хворих досліджених груп переважали пацієнти з субкомпенсованою формою дисбіозу. Зниження концентрації біфідобактерій у вмісті ТК у хворих III групи виявляли найчастіше – у 78,9 % випадків. Дефіцит лактобактерій найчастіше спостерігався у хворих II групи (92,3 %).

ОСОБЕННОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Волков В. И., Рябуха В. В., Запровальная О. Е., Ченчик Т. А., Бондарь Т. Н.

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

Цель: изучить взаимосвязь показателей липидного обмена и агрегации тромбоцитов у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) в динамике лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 135 больных ИБС с ССН II-III функциональных классов. Оценивались показатели липидного спектра, активность индуцированной агрегации тромбоцитов расчетом суммарного индекса агрегации (СИАТ). Для определения чувствительности к аспирину использовали разработанный экспресс-метод с использованием оптической агрегатометрии. Концентрации общего холестерина и фракции липопротеидов определяли ферментативным методом коммерческими наборами с использованием иммуноферментного анализа. Исследование проводилось на момент госпитализации пациента и через 3 мес. лечения на фоне проводимой стандартной терапии.

Результаты. Исходно аспиринорезистентность определялась у 42 пациентов (31,1 %). В динамике лечения все пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от степени снижения ХСЛПНП на 50 %; 25 % и 10 % от исходного. При анализе показателей липидного профиля у больных I группы наблюдалась статистически достоверная коррекция липидного спектра по 4 показателям: ОХС ($p < 0,001$), ХС ЛПНП ($p < 0,001$), ХС ЛПОНП ($p < 0,05$) и ТГ ($p < 0,05$), которая сопровождалась снижением СИАТ (с (64,3 ± 2,8) до (48,7 ± 2,2), соответственно). У пациентов II группы зарегистрирована положительная гиполипидемическая динамика в плане снижения показателей ОХС ($P < 0,005$), ХС ЛПНП ($P < 0,05$), и тенденция к снижению ХС ЛПОНП ($p < 0,5$), что положительно отразилось на снижении СИАТ (с (68,1 ± 3,1) до (56,3 ± 3,2), соответственно). В III группе на фоне снижения ОХС ($p < 0,05$) и тенденции к снижению ХС ЛПНП ($p < 0,6$), ХС ЛПОНП ($p < 0,5$) отмечалась недостоверное снижение СИАТ (с (66,2 ± 2,6) до (63,4 ± 1,8), соответственно). Наиболее значимая отрицательная корреляционная связь показателя чувствительности (% ингибирования СИАТ) определялась для уровня липопротеидов низкой плотности ($r = -0,41$), триглицеридов ($r = -0,45$), общего холестерина ($r = -0,37$), тогда как с уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности показатель чувствительности коррелировал положительно ($r = 0,42$).

Выводы. ДЛП сопровождается снижением чувствительности тромбоцитов к ацетилсалициловой кислоте. Назначение статинов в эффективной дозе приводит к дополнительному снижению агрегационной активности тромбоцитов за счет нормализации липидного спектра способствуют повышению чувствительности к АСК.

MYOCARDIAL CHANGES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND OBESITY

Gabisoniia T. N.
Kharkiv National Medical University, Ukraine

Actuality: Heart failure is a major health problem that is increasing in scope. Despite recent therapeutic advances, morbidity and mortality after the onset of heart failure remain substantial. Consequently, prevention of heart failure through identification and management of risk factors and preclinical phases of the disease is a priority. In this context, several studies have evaluated body-mass index (the weight in kilograms divided by the square of the height in meters) as a risk factor for left ventricular remodeling and overt heart failure. In these investigations, obesity has been consistently associated with left ventricular hypertrophy and dilatation, which are known precursors of heart failure.

Purpose: we investigated the relation of body-mass index with the risk of heart failure in a community-based sample and devoted to increasing of patients with chronic heart failure and obesity based on insulin-like growth factor-1, brain natriuretic peptide role on myocardial remodeling.

Methods and materials: materials of research were patients with chronic heart failure and obesity syndrome, which were divided into 2 groups: 1 – patients with chronic heart failure and obesity (30) and 2 – patients with chronic heart failure without obesity. At each examination, a medical history was taken, a physical examination (including anthropometric measurements and measurement of blood pressure) was performed, a 12-lead electrocardiogram and echocardiography were obtained, and risk factors for cardiovascular disease were assessed. Height and weight were measured according to a standardized protocol. The body-mass index was calculated and was used as an estimate of overweight and obesity.

Results. Individuals, who suffer from chronic heart failure and abdominal obesity, with lower brain natriuretic peptideand higher insulin-like growth factor-1, index HOMA levels had concentric remodeling of myocardium. Even if you're entirely healthy otherwise, being obese (or merely overweight) still places you at risk of developing heart failure.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА С: ЛИПИДНЫЕ ВКЛЮЧЕНИЯ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ В ГЕПАТОЦИТАХ

Гайдар Ю. А., Аржанова Г. Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Цель: выявить микроструктурные особенности вирусного гепатита С в печени с помощью методики полутонких срезов.

Материалы и методы. В исследованиях использовался биопсионный материал печени от 50 больных, проходивших лечение в отделении заболеваний печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины»: 33 больных с гепатитом ассоциированный с вирусом С, 17 больных с заболеванием печени различной этиологии. Биопсийный материал фиксировали в 1,25 % глютаровом альдегиде и постфиксировали в 1 % OsO4. Из сформированных эпон-аралдитних блоков получали полутонкой срезы (0,5 мкм), которые окрашивали толуидиновым синим.

Результаты и обсуждение. При детальном изучении полутонких срезов наше внимание привлек факт наличия включений неизвестной природы в жировых каплях в гепатоцитах. Детальное изучение данных структур под электронным микроскопом показало, что это были липидные включения с более высокой плотностью. Инкрустация липидных включений липидами более высокой плотности наблюдалась во всех случаях с установленным диагнозом инфекции вирусом гепатита С и отсутствовала при других патологиях. Результаты современных работ указывают на то, что заражение клетки и репликация вируса происходит именно благодаря сходству липидных структур вируса и гепатоцита. Также, немало работ посвящено изучению нарушения липидного обмена, при заболевании вирусным гепатитом С. Мы предполагаем связь между появлением описанных выше плотных липидных структур и метаболизмом вируса гепатита С.

Выводы. Гетерогенность липидных включений в гепатоцитах является одним из характерных морфологических признаков поражения печени вирусом гепатита С.

МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ РОЗВИТКУ ЕРОЗИВНОГО ТА НЕЕРОЗИВНОГО ЕЗОФАГІТУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Гайдар Ю. А., Мосійчук Л. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: визначити морфологічні ознаки розвитку ерозивного та неерозивного езофагіту у хворих на гастроезофагеальну рефлексну хворобу (ГЕРХ).

Матеріал та методи. Обстежено 123 хворих з клінічно підтвердженою ГЕРХ, які проходили лікування у відділенні захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Матеріалом для вивчення структурних змін стали біоптати, отримані під час фіброгастроскопії. Для гістологічних досліджень біоптати фіксували в 10 % розчині нейтрального формаліну, зневоднювали в спиртах висхідної концентрації та заливали в парафін. Зрізи біоптатів стравоходу фотографувалися за допомогою імерсійного об’єктиву при збільшенні Х1000 світлового мікроскопа. Міжклітинні простори епітелію стравоходу було виміряно за допомогою програмного забезпечення ImageJ 1.45S («National Institutes of Health», USA).

Результати та обговорення. Розвиток змін слизової оболонки (СО) стравоходу в більшості випадків не вволікав СО шлунку, але було відмічено наявність сильного зв’язку між еозінофілією стравоходу та шлунку ($r = 0,71$; $p = 0,001$), що дозволяє висловити припущення про залученість системної алергічної реакції в деяких випадках. В 31,41 % при ГЕРХ зміни СО стравоходу доповнюються шлунковою ектопією в межах нижньої третини стравоходу, але вище рівня Z-лінії, при цьому епітелій залоз демонструє ознаки гіперплазії та запалення. За даними комп’ютерної морфометрії у 8,75 % хворих міжклітинні простори плоского епітелію стравоходу були значно розширені, середня відстань між двома клітинами становила ($1,391 \pm 0,041$) мікрон. В 56,25 % ширина міжклітинних просторів значно варіювала, у тому числі на сусідніх ділянках, та становила ($0,62 \pm 0,074$) мікрон.

Висновки. В нашому дослідженні характерною морфологічною ознакою ГЕРХ було майже рівне співвідношення між розвитком ерозивного та неерозивного езофагіту (50,41 % та 49,59 %, відповідно). PCNA, як маркер проліферації клітин, виявляється в ядрах всіх епітеліоцитів розширеного базального шару при ГЕРХ, що свідчить про підвищення мітотичної активності епідермісу.

МІКРОСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ГЕПАТОЦИТІВ ПРИ ФІБРОЗУВАННІ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С

Галенко О. П., Діденко В. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Метою нашої роботи було дослідити транслокацію цитохрома-С із цитоплазми в ядро гепатоцитів печінки при хронічному вірусному гепатиті С (ХВГС) та розподіл гладком'язового актину в паренхімі печінки при ХВГС.

Матеріал та методи. Обстежено 41 хворий, що проходили лікування у відділенні захворювань печінки та підшлункової залози ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з приводу ХВГС. За допомогою імуногістохімічних досліджень вивчали механізм апоптозу маркером цитохром-С (1:100), Вт-567 (1:200) – білок цитоскелету, що міститься в стеллатних клітинах, а також Актин (1:100) (білок цитоскелету).

Результати. До структурних змін печінки, які найбільш точно описують прогресування активності гепатиту при ХВГС, можна віднести вираженість інфільтрації навколо портальних трактів ($p = 0,076$), точкові інтрачасточкові та перипортальні некрози ($p = 0,073$) і крайове стояння лімфоцитів в синусоидах ($p = 0,011$). Крім того, хоча не виявлено прямого зв'язку між ступенем гістологічної активності та стадією фіброзу ($r = 0,35$, $p = 0,09$), для вираженого фіброзу характерна супутня висока активність гепатиту ($p = 0,042$). При ХГВС в 71,42 % випадків розвиток морфологічних змін печінки супроводжується високою або помірною проліфераторною активністю гепатоцитів, та лише в 14,29 % регенераторний потенціал печінки значно знижується. Активація регенерації гепатоцитів при ХГВС залежить від прогресування фіброзу печінки, що підтверджується сильним прямим зв’язком між відносною кількістю PCNA-позитивних клітин та комп’ютерним індексом фіброзу ($r = 0,604$; $p < 0,05$), та не залежить від індексу гістологічної активності гепатиту ($p > 0,05$).

Висновки. Ядерна локалізація цитохрома-С, як маркер апоптозу клітин, спостерігається в поодиноких гепатоцитах печінкових часточок, що вказує на активацію каспазного механізму апоптозу при прогресуванні розвитку ХВГС. В змінених дистрофією гепатоцитах актин набуває вигляду гранулярних включень в цитоплазмі, що пояснює втрату актином своїх скорочувальних властивостей при ХВГС.

ВПЛИВ НЕФРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІТИННІ МЕХАНІЗМИ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Гальчінська В. Ю., Топчій І. І., Щербань Т. Д., Семенових П. С.

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

Патогенез діабетичної нефропатії (ДН) тісно пов'язаний зі стимуляцією клітинних механізмів запалення, зокрема їх нейтрофільної ланки та розвитком оксидантного стресу.

Мета дослідження – визначення впливу нефропротекторної терапії на клітинні механізми запалення, зокрема на їх нейтрофільну ланку у хворих на ДН.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено в динаміці лікування 72 хворих на ДН I-III стадії віком від 32 до 64 років. Всі хворі приймали інгібітор АПФ періндоприл у дозі 5-10 мг/добу, β-адреноблокатор карведілол в дозі 3,125-25 мг/добу, антагоніст кальцію амлодипін в дозі 5-10 мг на добу, статини (аторвастатин в дозі 10-20 мг) та цукрознижувальні препарати.

Експресію адгезивних молекул ICAM (CD54) та CD11b визначали непрямим імуноцитохімічним методом. Киснезалежну мікробіцидну активність нейтрофілів оцінювали в тесті відновлення нітросинього тетразолію до діформазану (НСТ-тест).

Результати дослідження. Нефропротекторна терапія з використанням препаратів періндоприлу та амлодіпіну суттєво знижувала кількість нейтрофілів, що інтенсивно синтезували та накопичували активні радикали кисню (спонтанний НСТ-тест) – на 26 % та приводило до незначного, але вірогідного підвищення стимуляції нейтрофілів трипсином (індукований НСТ-тест) – майже на 7 %, що свідчить про збільшення резервних можливостей клітин та відновлення їх мікробіцидної реактивності. Більш очевидним для оцінки позитивного впливу проведеного лікування на функціональний резерв нейтрофілів є зростання індексу стимуляції – майже на 38 % ($p < 0,001$).

Під впливом лікування вірогідно зросли показники системи фагоцитозу в нейтрофілах: фагоцитарний індекс – на 14 %, ($p < 0,001$), фагоцитарне число – на 59 %, ($p < 0,001$) та індекс завершеності фагоцитозу – на 25 % ($p < 0,001$).

Нефропротекторна терапія хворих на ДН призвела до вірогідного зниження експресії молекул міжклітинної адгезії ICAM-1 – на 29 %, ($p < 0,001$) і b-субодиниці інтегрину CD11b – на 34 %, ($p < 0,001$) та зменшення агрегаційної здатності нейтрофілів – на 25 %, ($p < 0,001$).

Висновки. Нефропротекторна терапія сприяє корекції нейтрофільної ланки клітинних механізмів запалення, позитивно впливаючи на метаболічні, фагоцитарні та адгезивні властивості нейтрофілів.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДИНАМІЦІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С.

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

Мета – підвищення ефективності застосування метопролола сукцинату у хворих із ХСН на фоні ожиріння шляхом оцінки його впливу на варіабельність серцевого ритму й показники кардіогемодинаміки.

Матеріали та методи. На протязі 1 року обстежено 55 осіб із ХСН II-III стадії I-IV ФК за NYHA у віці 32-87 (60 [56; 75]) років, з них 41 чоловіків і 14 жінок. За індексом маси тіла нормальну вихідну вагу мали 10 (18,2 %) пацієнтів (група I), надмірну – 18 (32,7 %) хворих (група II), ожиріння 1 ступеня – 18 (32,7 %) учасників (група III), 2 ступеня – 7 (12,7 %) пацієнтів (група IV), 3 ступеня – 2 (3,7 %) особи (група V). Метопролола сукцинат призначали за стандартною схемою із титруванням дози кожні 2 тижні з 12,5 мг до 100-200 мг (досягнута добова доза наприкінці спостереження в середньому становила 63,8 мг/добу). Центральну гемодинаміку досліджували доплер- та ехокардіографічним методом («Vivid 3», General Electric, США), варіабельність серцевого ритму – холтерівським моніторингом («Кардіосенс», ХАІ-Медика, Україна). Зокрема, вивчали наступні показники: стандартне відхилення середньої тривалості RR (SDNN); впливів нейрогуморальної регуляції яку пов’язують переважно із симпатичною ланкою регуляції (LF); та парасимпатичною ланкою регуляції (HF); індекс вагосимпатичної взаємодії LF/HF. Непараметричний статистичний аналіз проведено за критичного р-рівня 0,05 (медіана [нижній; верхній квартіль], відмінності оцінено за Вілкоксоном).

Результати. Усі кардіогемодинамічні показники хворих із ХСН поліпшувалися, вірогідних змін сягли фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка (50 [45; 52] % проти 42 [37; 45] %, $p = 0,03$), кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка (КДРлш) (5,7 [4,8; 5,7] мм проти 6,2 [5,8; 6,6] мм, $p < 0,05$). Динаміка показників серцевого ритму демонструвала його стабілізацію зі зниженням SDNN, зменшенням впливу LF, оптимізацію параметрів вегетативного балансу та зниження індексу LF/HF тощо.

Висновки. Застосування метопролола сукцинату на протязі 1 року демонструє покращення параметрів кардіогемодинаміки й серцевого ритму при лікуванні пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння. Перспективою подальших досліджень може бути вивчення ролі поліморфізму генів білків, що беруть участь у метаболізмі метопролола сукцинату, зокрема ізоферменту системи цитохрому P450 2D6, у ефективності впливу цього препарату на показники гемодинаміки та серцевого ритму в пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння.

НАРУШЕНИЕ СТЕПЕНИ ПРОИЗВОЛЬНОГО СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭМГ У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КАРОТИДНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Гелетка А. А., Лещенко К. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: определение степени произвольного сокращения бицепса и трицепса и выявление степени активации антагонистов на паретичной и непаретичной стороне у больных с умеренным центральным гемипарезом.

Материалы и методы. Нами было обследовано 46 больных в раннем восстановительном периоде ишемического каротидного инсульта. Всем больным была проведено неврологическое обследование и ЭМГ обследование с определением степени произвольного сокращения: бицепса и трицепса на паретичной и «здоровой» стороне. Отведение активности с исследуемой мышцы и мыщцы-антагониста проводилось по 2-х канальной системе. Степень активации мышц измерялась в микровольтах, для сравнения использовались нормативные значения для бицепса и трицепса равные 600 мкВ. Обследование проводилось с помощью миографа Нейро-МВП4(LPT), Россия. Амплитуды ЭМГ вычислялись как среднее значение и ошибка среднего. Для определения достоверности измерений был использован критерий Стьюдента и соответствовал $p = 0,05$.

Результаты. В неврологическом статусе у всех больных были признаки умеренного центрального гемипареза (3-4 балла), синдрома гемигипестезии. По данным поверхностной ЭМГ произвольной максимальной активации на стороне пареза наблюдалось снижение амплитуды максимальной произвольной активации бицепса до 27 % ((419 ± 67) мкВ) с одновременным повышением тонуса трицепса до 48 %, ((175 ± 37) мкВ) от величины максимальной произвольной активации бицепса. При произвольной максимальной активации на стороне пареза наблюдалось снижение амплитуды максимальной произвольной активации трицепса до 33 % ((351 ± 49) мкВ) с одновременным повышением тонуса бицепса до 55 %, ((165 ± 47) мкВ) от величины максимальной произвольной активации бицепса. При ЭМГ исследовании непаретичной стороны также был выявлен паттерн нарушения активации мышц антагонистов при не измененных значениях максимальной произвольной активации.

Выводы: у больных в раннем восстановительном периоде ишемического каротидного инсульта с умеренной степенью гемипареза были выявлены изменения паттерна максимальной произвольной активации бицепса и трицепса с повышением тонуса мышц антагонистов как на стороне пареза так и на непаретичной стороне, которые в большей степени были выражены в группе сгибателей.

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ОСТЕОПЕНІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДИФУЗНОМУ ТОКСИЧНОМУ ЗОБІ

Герасименко Л. В.

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

Мета: виявлення факторів ризику, які сприяють формуванню структурно-функціональних порушень кісткової тканини при дифузному токсичному зобі (ДТЗ).

Матеріали та методи: обстежено 243 хворих на ДТЗ, які були розподілені на три групи. I група – 148 жінок репродуктивного віку (РВ) від 20 до 48 років з тривалістю захворювання від 2 місяців до 27 років; II група – 50 жінок менопаузального періоду (МП) віком від 49 до 69 років зі стажем захворювання від 2 місяців до 39 років та тривалістю менопаузи від 1 місяця до 8,4 років; III група – 45 чоловіків віком від 21 до 51 року. Групу контролю склали 36 здорових жінок – співробітників клініки, серед яких 26 осіб були в РВ від 30 до 48 років, а також 10 жінок МП віком від 50 до 66 років. Всім хворим проведено загальне клінічне, ультразвукове обстеження, кісткова денситометрія, рентгеноморфометричний аналіз кісток, визначені рівні статевих та тиреоїдних гормонів.

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження встановлено вірогідний прямий кореляційний зв'язок між рівнем естрадіолу в крові і параметрами ультразвукової денситометрії та рентгеноморфометрії кісток у жінок РП І МП (з метакарпальним індексом (МКІ) – $R = 0,30$; $p = 0,037$ та індексом міцності кісткової тканини (ІМ) – $R = 0,69$; $p = 0,017$; і з індексом Шармазанової (ІШ) – $R = 0,6$; $p = 0,037$, відповідно). В групі жінок РВ було виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між рівнем тестостерону в крові і параметрами ультразвукової кісткової денситометрії (швидкістю ослаблення ультразвуку (ШОУ) – $R = 0,5$; $p = 0,026$). Вірогідним виявився також кореляційний зв'язок у жінок МП контрольної групи з індексом Рохліна (ІР) ($R = -0,66$, $p = 0,017$). У групі жінок МП встановлена зворотна залежність між рівнем кортизолу та ІШ ($R = -0,48$; $p = 0,025$); з ІР ($R = -0,5$; $p = 0,016$) – у групі чоловіків. Аналогічна залежність виявлена у жінок РВ між рівнем вільного трийодтироніну з ІМ – $R = -0,69$; $t = -2,91$, $p = 0,017$, але в контрольній групі жінок МП була визначена більш сильна зворотна залежність між рівнем вільного трийодтироніну та ШОУ ($R = -0,84$, $p = 0,016$), ІМ ($R = -0,88$, $p = 0,008$), швидкістю поширення ультразвуку (ШПУ) ($p = 0,028$, $R = -0,80$), Z ($p = 0,016$, $R = -0,84$).

Висновки. Проведений аналіз виявив, що факторами ризику у хворих на ДТЗ є: високий рівень трийодтироніну і кортизолу в крові, низький рівень естрадіолу при одночасній сильній позитивній дії вільного тестостерону.

ПЕРИПОРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ

Гнатковская Д. В., Молодан В. И., Парфёнова А. А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) – идиопатическая кардиомиопатия с признаками хронической сердечной недостаточности, обусловленной дисфункцией левого желудочка, развивающаяся в течение последних месяцев беременности или после родов.

Эпидемиология в Европе и Северной Америке относительно невелика – 1 случай на 1300-4000 родов.

Представлены данные об особенностях диагностики, лечения и течения послеродовой кардиомиопатии.

Больная 29 лет, поступила в клинику с жалобами на: выраженную слабость, одышку в покое, отеки нижних конечностей, увеличение в размере живота, учащенное сердцебиение, приступы ночного удушья, повышение АД до 150/85 мм рт. ст. Состояние больной ухудшалось во время беременности и после успешного оперативного родоразрешения. При лабораторном обследовании: гипохромная железодефицитная анемия, гипоальбуминемия. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 90 уд./мин., горизонтальное положение ЭОС. Сглаженность зубца Т. Признаки перегрузки предсердий и ЛЖ. Мозговой натрийдиуретический пептид 1035 пкг/мл. Рентгенологическое исследование: признаки кардиомегалии (кардиоторакальный индекс 65 %), легочной гипертензии. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: жидкость в брюшной полости, правой плевральной полости, в малом тазу; гепатомегалия, расширение нижней полой, воротной и печеночных вен. Эхокардиография: дилатация всех камер сердца, диффузное нарушение сократительной функции ЛЖ со снижением ФВ до 18 %, митральная регургитация 2-3-й степени, повышение систолического давления в легочной. Диагноз: Перипартальная кардиомиопатия. Хроническая сердечная недостаточность II Б ст. IV ФК NYHA. Железодефицитная анемия. Лечение: торасемид, верошпирон, бисопролол, престариум, альбумин. На фоне терапии: уменьшились гепатомегалия, гидроторакс, отеки нижних конечностей, ЧСС снизилась до 70 ударов в минуту.

Клинический пример демонстрирует важность осведомленности врача о такой патологии как ПКМП для раннего выявления своевременного и адекватного лечения для предупреждения возникновения и прогрессирования сердечной недостаточности.

ЗВ'ЯЗОК ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ З ВІДДАЛЕНИМ ПРОГНОЗОМ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Гончарь О. В., Титаренко Н. В., Юхновський О. Ю., Петюніна О. В., Вишневська І. Р., Копиця М. П., Аболмасов О. М.

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

Зважаючи на переважну роль електричної гетерогенності серцевого м'яза в патогенезі розвитку фібриляції шлуночків,як основного механізму розвитку раптової серцевої смерті, значні зусилля направлені на пошук неінвазивних електрофізіологічних маркерів, які дозволили б із високою чутливістю виділити когорту пацієнтів із підвищеним ризиком розвитку життєзагрожуючих аритмій. Одним із феноменів, значущість якого в оцінці віддаленого прогнозу у хворих після гострого інфаркту міокарда (ГІМ) сьогодні широко дискутується, є турбулентність серцевого ритму (ТСР) – короткотривалі коливання у довжині серцевого циклу одразу після шлуночкової екстрасистоли (ШЕ).

Мета: визначити значущість патологічних змін показників ТСР у контексті їх зв'язку з прогнозом перебігу захворювання у пацієнтів, які перенесли ГІМ.

Матеріали та методи: обстежено 114 осіб, які проходили стаціонарне лікування у відділенні реанімації ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України» з приводу ГІМ. Для подальшого аналізу відібрано 25 хворих (чоловіків – 16, жінок – 9), які на 4-6 тижні спостереження за даними холтерівського моніторування ЕКГ мали ШЕ, що піддається обробці за алгоритмом розрахунку початку турбулентності (To) та нахилу турбулентності (Ts). Хворі були розподілені на підгрупи з патологічними та нормальними значеннями маркерів ТСР: To > 0% проти To ≤ 0 %, Ts < 2,5 мс/RR проти Ts ≥ 2,5 мс/RR. Підгрупи було порівняно за оцінкою ризику госпітальної та 6-місячної смертності та комбінованої крапки (смерть/ГІМ) за шкалою GRACE.

Результати. Для хворих із аномальними значеннями To (> 0%) характерним був вірогідно підвищений ризик за шкалою GRACE за підшкалами госпітальної смертності (7,5 (4,5; 29,0) % проти 2,0 (1,5; 3,0)%, p = 0,056), госпітальної смертності/ГІМ (24,0 (20,0; 37,5) % проти 16,0 (11,5; 17,0) %, p = 0,018), 6-місячної смертності (15,5 (9,0; 44,0) % проти 5,0 (3,5; 7,5) %, p = 0,056), 6-місячної смертності/ГІМ (38,0 (31,5; 59,0) % проти 25,0 (19,0; 27,5) %, p = 0,045). Аналіз зв'язку Ts із ризиком за шкалою GRACE не виявив подібних залежностей, незважаючи на наявність сильного кореляційного зв'язку між обома маркерами ТСР (R = -0,70, p < 0,05).

Висновки: показник початку турбулентності вірогідно пов'язаний з ризиком несприятливих подій у госпітальний період та у віддаленому спостереженні пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда, що обумовлює необхідність детальнішого вивчення його ролі в якості прогностичного маркера у таких хворих.

LEVEL OF TNF-A DEPENDING ON THE PRESENSE OF INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH ARTERIALHYPERTENION AND OBSITY

Goptsii O. V., *Buryakovska O. O., *Reznik L. A., *Vovchenko M. M.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine,
**GI "L. T. Malaya Therapy National Institute of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine*

The aim. Study the activity of tumor necrosis factor α (TNF-α) in the blood of hypertension patients with obesity depending on the presence of insulin resistance (IR).

Materials and methods. Had been observed 123 hypertensive patients (47 men and 76 women), mean age 53,87 ± 0,92 years. To characterize body weight using body mass index (BMI). Levels of TNF-α and insulin were determined by ELISA, followed by calculation of IR index (HOMA) by the formula: HOMA = fasting blood glucose (mmol / L) × fasting insulin levels (mkgU/ml) / 22.5. IR was presence if index HOMA > 2.77. All patients were divided into two groups according to the HOMA. The 1st group included 80 patients without IR (HOMA – 1,47 ± 0,06 cu), the 2nd group consisted of 43 patients with the presence of IR (HOMA – 7,22 ± 0,68 cu).

Results. It was found that in the group of hypertensive patients with the presence of IR BP (SBP – 182,44 ± 2,50 mm Hg and DBP 104,21 ± 1,17 mm Hg), BMI (36,51 ± 0,74 kg / m2), the level of TNF-α (10,38 ± 0,66 pg / ml) were significantly higher compared to hypertensive patients without IR (SBP 167,75 ± 1,66 mm Hg, diastolic blood pressure 100,01 ± 0,87 mm Hg), BMI (29,97 ± 0,56 kg / m2), the level of TNF-α (5,95 ± 0,29 pg / ml) $p < 0.005$.

Conclusions. Was established that the level of TNF-α in the blood of patients with hypertensive insulin resistance was significantly higher than among patients without hypertensive insulin resistance.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАСТОЛІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З БЕЗСИМПТОМНОЮ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Гребеник М. В., Коцюба О. І., Левчик О. І.,
***Степанчук Б. І., *Садлій О. Г.**
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України»,
**Тернопільська міська комунальна лікарня № 2*

Мета – виявити особливості порушення діастолічної функції лівого шлуночка у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) із безсимптомною гіперурикемією (ГУЕ).

Було обстежено 104 хворих на ГХ II стадії з 2 і 3 ступенями АГ із ХСН I-II А ст. Основну групу склали 68 пацієнтів (65,4 %) із безсимптомною ГУЕ, а групу порівняння – 36 хворих (34,6 %) з рівнем сечової кислоти (СК) ≤ 360 мкмоль/л. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб такого ж віку та статі.

У 59 пацієнтів (86,7 %) основної групи було діагностовано діастолічну дисфункцію ЛШ (ДДЛШ), у групі порівняння – у 23 хворих (63,9 %). При цьому у групі з безсимптомною ГУЕ відсоток хворих з I (релаксаційним) типом ДДЛШ був 54,2 %, з II (псевдонормальним) – 45,8 %, а у групі з нормоурикемією, відповідно, 78,3 % і 21,7 %, що свідчить про більш часту асоціацію ДДЛШ з ГУЕ. У основній групі пацієнтів вміст СК у плазмі крові склав (381,9 ± 4,48) мкмоль/л, та був вищим на 43,3 % ($p < 0,01$) від контрольного рівня і на 22,4 % ($p < 0,05$) від показника СК у групі порівняння.

Також встановлено, що у групі порівняння показники рівня СК при ДДЛШ були на 17,7 % вищими, порівняно із хворими, у яких була збережена діастолічна функція ЛШ ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи рівень СК був також вищим за наявності ДДЛШ – на 12,5 % ($p < 0,05$) порівняно із відповідним показником у пацієнтів без порушення діастолічної функції ЛШ. У основній групі при ДДЛШ показник СК був найвищим при псевдонормальному типі ДДЛШ – (397,3 ± 3,25) мкмоль/л. Встановлена пряма кореляція між рівнем СК і показником E/E' ($r = 0,42$, $p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані можуть свідчити про біль часті розлади діастолічної функції ЛШ у хворих на ГХ з порушеннями пуринового обміну. При цьому найвища концентрація СК спостерігається у хворих з псевдонормальним типом ДДЛШ.

ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ – ОДНА З ВАГОМИХ ЧИННИКІВ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Григоров М. М., Григорова І. А., Тесленко О. О.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити чинники та поширеність цереброваскулярних захворювань в м. Харкові та Харківській області.

Результати дослідження: нами виявлено, що поширеність захворювань нервової системи в 2013 році в Харківській області (6433,8 на 100 тис. населення) залишається досить високим у порівнянні з загальноукраїнським показником (4600 на 100 тис. населення), хоча у порівнянні з 2012 роком він дещо знизився (-3,7 %).

Сьогодні на Україні найбільша захворюваність пов'язана з серцево-судинною патологією, що призводить до підвищення летальності та інвалідності серед населення різних вікових груп. Так, вона посідає 2-е місто серед хвороб системи кровообігу (17 % та 9,6 %, відповідно).

Найбільш тяжким проявом цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) є інсульти. В Харківській області поширеність ЦВЗ в 2013 р. склала 9694,55 тис. на 100 тис.населення, з них 5179,91 – випадків гіпертонічної хвороби та 686,1 випадок атеросклерозу. Було виявлено, що показники захворюваності вище у мешканців м. Харкова, ніж у мешканців Харківської області. На диспансерному догляді серед дорослого населення на ЦВЗ у 2012 р. було 6363,82 на 100 тис. населення, а у 2013р. – 6209,9. Показники летальності у мешканців міста було в 2 рази вище, ніж у мешканців області, як в 2012 р., так і в 2013 р. (194,31 та 194,39 на 100 тис. населення, відповідно.

Нами відмічено певне «зволоження» інсульту в Харкові та Харківській області (до 10-15 % від усієї групи хворих інсульт спостерігається у осіб до 45 років), що співпадає зі світовими показниками. Найбільш вагомими чинниками розвитку інсульту були: артеріальна гіпертензія, вроджена аномалія судин головного мозку, вади серця, особливо миготлива аритмія, дисліпідемія, колагенові захворювання, сахарний діабет, інфекційні хвороби, в тому числі СНІД-інфекції, тощо. Вагоме місце мали також абдомінальне ожиріння, куріння, зловживання алкоголю, стреси, зловживання солю, довготривале перебування на сонці.

Висновки: ЦВЗ і інсульт є вагомими факторами ризику інвалідності та летальності у мешканців Харкова та Харківської області. Для профілактики поліпшити диспансерний нагляд, поліпшити лікування артеріальної гіпертензії, порушень ритму серця, дисліпідемії, цукрового діабету, а також дотримуватися постійного їх лікування згідно вітчизняних протоколів.

ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЮ ТРАВМОЮ

Григоров С. М., Тихонова О. О., Григорова А. О., Копітько М. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – було вивчення особливостей мирної та бойової поєднаної черепно-мозкової (ЧМТ) та щелепно-лицьової (ЩИТ) травми, на підставі комплексного клініко-неврологічного, когнітивного статусу для удосконалення лікувальних засобів і покращення якості життя у даного контингенту хворих.

Результати дослідження: нами обстежено 100 хворих з поєднаною ЧМТ мирного часу та 20 хворих з поєднаною бойовою травмою. Було відмічено, що в неврологічному статусі у 98 % відмічались астенічний синдром, у 94 % – синдром вегетативної дистонії, у 85 % – лікворно-гіпертензивний, у 60 % – цефалгічний синдроми. Має місце також епілептичний синдром (8 %) у хворих з травмою мирного та 12 % у хворих з бойовою травмою. У хворих з поєднано бойовою ЧМТ та ЩЛТ частіше виявлялись дізсомнічний та антено-тривожний синдроми. Однак, ушкодження лицевого скелету та м'яких тканин при поєднаній бойовій травмі були більш вираженими у мирного населення, ніж у військових у зв'язку з захисною дією шлемів та інших засобів. У мирного населення у зв'язку із незахищеністю голови та лицевої ділянки спостерігались «рвані» рани, багаторівневі ураження щелеп та обличчя, у поєднанні з ушкодженням структур голови та очей.

Нейропсихологічне дослідження. За монреальською шкалою (МОса), таблицями Шульте та тесту на запам'ятовування 10 слів виявили погіршення короткотривалої та довготривалої пам'яті, обліку, орієнтації, в поєднанні з антено-депресивними та тривожними розладами. Велике значення при лікуванні хворих при поєднанні ЧМТ та ЩЛТ без втрати свідомості є зменшення больового синдрому. З цією метою застосовувалась ородисперсна форма препарату «мовиксикам» (мелоксикам) в дозі 7,5 або 15 мг на добу у зв'язку з тим, що він швидко розсмоктується у ротовій порожнині, дає швидкий анальгезуючий ефект. Також нашим хворим ми призначали поліпептидний нейротрофічний препарат «Церебролізин» 10,0 в/венно № 10, який довів поліпшення когнітивних функцій та зменшення неврологічних проявів, також він сприяв більш повному та швидкому загоюванню ран лицевої ділянки, імовірно за рахунок його вираженого нейротрофічного, протизапального та регенеративного ефектів, оскільки доведено, що церебролізин зменшує активність мікроглії, агресивну дію цитокінів та ексайтотоксинів.

Висновки. Хворі з поєднаною мирною та бойовою ЧМТ та ЩМТ мають виражені астенічний, цефалічний синдроми, вегетативні, пароксизмальні, дизсомнічні, антено-депресивні, тривожні та когнітивні розлади на фоні больового синдрому. Для регресу вказаних розладів та з метою поліпшення якості життя в комплекс загальновідомої терапії доцільно включати знеболювальний нестероїдний протизапальний ородисперсний препарат «Мовіксикам» та поліфакторний препарат «Церебролізин».

МЕТАБОЛІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНІ ТРАНЗИТОРНІ ІШЕМІЧНІ НАПАДИ

Григорова І. А., Єскін О. Р., Григоров С. М., Тесленко О. О., Ярош В. А.
Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність: нині серед пріоритетних проблем клінічної неврології судинні захворювання головного мозку стійко утримують лідируючи позиції у зв'язку з триваючим їх зростанням на території України і за кордоном. Найбільш частими проявами судинних уражень головного мозку є транзиторні ішемічні напади, переважно атеросклеротичного ґенезу.

На сьогоднішній день має велике значення висвітлення питань , що відбивають стан різних ланок гомеостазу та метаболізму у хворих на транзиторні ішемічні напади як в каротидному так і в вертебро-базилярному судинних басейнах у кореляції з клінічними синдромами, з урахуванням цілісності організму, багаторівневої системи регуляції функцій взаємозв'язку, взаємозалежності процесів в органах, тканинах та системах.

Мета: визначити особливості метаболічних порушень мозку у 197 хворих на транзиторні ішемічні напади в каротидному та в вертебро-базилярному судинних басейнах атеросклеротичного ґенезу на підставі вивчення плазмових показників ліпідного обміну (загальний холестерин, тригліцериди, холестерин ліпопротеїдів високої, низької та дуже низької густини) та кількості ліпідвміщуючих лейкоцитів.

Вагомі порушення метаболічних процесів у хворих на транзиторні ішемічні атаки проявились в порушеннях показників ліпідного обміну.

Результати дослідження виявили підвищення рівня холестерину, ліпопротеїдів низької густини та коефіцієнта атерогенності при одночасному зниженні рівня тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини та холестерину ліпопротеїдів високої густини.

В усі періоди спостережень у хворих на транзиторні ішемічні напади відмічалось підвищення кількості ліпідвміщуючих лейкоцитів в залежності від ступеня тяжкості стану хворих. При цьому нижча кількість відмічалась у хворих в тяжкому стані, з двома і більше транзиторними нападами. Ці зміни свідчать о захистно-пристосувальній реакції, направленій на відновлення мозкового кровотоку, забезпеченні енергетичних втрат організму.

СИРОВАТКОВІ РІВНІ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1β У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ ІЗ ХРОНІЧНИМ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИМ ГЕПАТИТОМ

Гриджук Т. І., Глушко Н. Л., Сарапук О. Р., Сарапук І. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Згідно літературних даних, однією з патогенетичних ланок у розвитку медикаментозних уражень печінки є секреція надмірної кількості прозапальних цитокінів, зокрема таких як фактор некрозу пухлин-альфа (TNF-α), інтерлейкін-1β (ІЛ-1β), інтерлейкін-6, інтерлейкін-8.

Метою роботи було вивчення рівня прозапальних цитокінів (TNF-α, IL-1β) у сироватці крові хворих на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ) із хронічним медикаментозно-індукованим гепатитом (ХМІГ).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 90 хворих на ХЛЛ, в яких діагностовано ХМІГ, серед них 54 (60 %) чоловіків та 36 (40 %) жінок віком від 45 до 74 років. Середній вік хворих становив (54,3 ± 2,43) роки. Усі хворі були рандомізовані на 3 групи залежно від варіанту ХМІГ: I – хворі з гепатоцелюлярним варіантом ХМІГ (n = 34); II – хворі з холестатичним варіантом ХМІГ (n = 26); III – хворі зі змішаним варіантом ХМІГ (n = 30). Контрольну групу склало 20 практично здорових осіб. Діагноз ХМІГ був верифікований згідно клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гастроентерологія», затверджених наказом МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. Для реалізації мети роботи обстеженим пацієнтам проводили визначення рівня цитокінів у крові методом ІФА на аналізаторі «Stat Fax 303 Plus» (США) із використанням наборів реагентів «IL-1β-ELISA» та «ELISA-TNFα» (DIACLONE, Франція).

Отримані результати та їх обговорення. Встановлено, що в усіх групах обстежених хворих відмічається суттєве підвищення рівня прозапальних цитокінів у плазмі крові. Зокрема, концентрація TNF-α була підвищена у хворих I групи в 4,44 раза, у порівнянні з відповідним показником групи контролю ($p < 0,001$), у хворих II групи – у 5,37 рази ($p < 0,001$), а III групи – у 5,6 рази ($p < 0,001$), відповідно. Аналогічні дані також були встановлені стосовно вмісту в сироватці крові IL-1β. Виявлено збільшення рівня IL-1β у сироватці крові хворих I групи на ХЛЛ із ХМІГ у 4,71 рази ($p < 0,001$), у порівнянні з показником контролю, в обстежених II групи – у 5,15 рази ($p < 0,001$), а III – у 5,63 рази ($p < 0,001$), відповідно. Нами встановлено прямий кореляційний зв’язок середньої сили між рівнем TNF-α та активністю АлАТ ($r = 0,54$, $p < 0,05$), TNF-α та активністю ЛФ ($r = 0,52$, $p < 0,05$), TNF-α та показником тимолової проби ($r = 0,56$, $p < 0,05$).

Наведені дані свідчать про те, що TNF-α, поряд із наростанням запального процесу, сприяє розвитку внутрішньопечінкового холестазу та гепатоцелюлярному пошкодженню.

СТАЦИОНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА: АКЦЕНТ НА КОМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ

Грунченко М. Н., Несен А. А., Бабенко О. В., Валентинова И. А., Тверетинов А. Б.

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

Цель работы: оценить эффективность проводимой терапии на основе изучения распространенности коморбидной патологии у стационарных больных высокого кардиоваскулярного риска (КВР).

Материалы и методы. В исследование включены 900 больных высокого КВР с коморбидной патологией. Расчет КВР проведен с использованием Riskcalculator (CV-Risk and Prevention); расчет индекса коморбидности проведен по методике M.E. Charlson et al. (2013).

Результаты. Распространенность ишемической болезни сердца у больных составила 80 %: чаще встречался диффузный кардиосклероз (32,4 %), реже – стабильная стенокардия (27,8 %). Перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) и нестабильная стенокардия определялись в 19,8 % случаев. У всех обследованных отмечается артериальная гипертензия (98,4 %), сердечная недостаточность (84,7 %). У пациентов высокого КВР с коморбидной патологией часто возникают осложнения ССЗ: ИМ, инсульт (13,7 %) нарушения ритма сердца, фибрилляция предсердий (17,4 %). Сахарный диабет (СД) 2 типа встречался у 27,4 %, ожирение – у 19,2 % больных. Распространенной патологией были заболевания почек (67,1 %), цереброваскулярные заболевания (61,1 %). Заболевания периферических сосудов диагностированы в 37,5 %, легких– в 12,8 %, соединительной ткани и щитовидной железы – в 5,5 % случаев. При оценке индекса «комбинированные состояния и возрастные оценки» в зависимости от пола достоверных отличий не установлено (мужчины – (6,02 ± 0,12), женщины – (5,95 ± 0,14), $p > 0,05$). Десятилетняя выживаемость составила (24,6 ± 1,4) % у мужчин и (25,3 ± 1,6) % у женщин ($p > 0,05$). Как у женщин, так и у мужчин наблюдалось достоверное снижение КВР по шкалам PROCAM , Framingam и SCORE. По шкале IRIS II достоверное снижение показателя на фоне проведенной терапии наблюдалось только у мужчин (до лечения – (70,57 ± 1,93) points, после – (69,89 ± 1,93) points, $p = 0,02$).

Заключение. Установлена высокая частота коморбидной патологии среди пациентов стационара с высоким КВР, подтвержденная индексами Charlson, индексом «комбинированные состояния и возрастные оценки», показателями десятилетней выживаемости. Объективная оценка эффективности терапии пациентов – важное направление при выборе схем терапевтического влияния на сердечно-сосудистые заболевания.

РІВЕНЬ ОКСИДУ АЗОТУ У ВИДИХУВАНОМУ ПОВІТРІ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ТА СУПУТНІМ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Гряділь Т. І., Дебрецені К. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ: бронхіальна астма (БА) – хронічне запальне захворювання легень, симптомами якого є бронхоспазм та оборотна обструкція дихальних шляхів. Молекула оксиду азоту (NO) відіграє різноманітну роль у фізіологічних та патологічних процесах: від маркеру запалення до забезпечення антиоксидантного стресу, дилятації судинної стінки, а також являється нейротрансмітером, а при БА виступає як ступінь запального еозинофільного процесу та є маркером відповіді на отриману терапію. Абдомінальне ожиріння (АО), метаболічно активне ожиріння, продукує лептин, резистин, адипонектин, при порушенні рівноваги яких виникають інсулінорезистентність, атеросклероз, дисліпідемія та серцево-судинні події.

Мета: визначити рівень NO у видихуваному повітрі (FeNO) у хворих з БА у фазі загострення та супутнім АО, і порівняти ці показники з даними пацієнтів з БА у фазі загострення без супутнього АО.

Матеріали та методи: було обстежено пацієнтів з БА у фазі загострення з супутнім АО (n = 12, I група) та з БА у фазі загострення (n = 14, II група). Всім обстеженим проведено спірометрію та визначено рівні NO, розрахований індекс маси тіла (ІМТ), та виміряні окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС), та їх співвідношення (ОТ/ОС). Отримані дані були проаналізовані та статистично оброблені.

Результати: ІМТ та ОТ/ОС у I групі складали (31,07 ± 0,91) кг/м^2, ОТ/ОС – (1,07 ± 0,18); проти (22,88 ± 0,53) кг/м^2, ОТ/ОС – (0,82 ± 0,11) в II групі. При порівняні показника об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) у хворих з I групи з II групою, рівень ОФВ1 був нижчим у I групі (58 % проти 65 %) ($p < 0,05$). Рівень FeNO у I групі склав 73 ppb, показники II групи склали 39 ppb ($p < 0,05$). Виявлено сильний кореляційний зв'язок між показниками ОФВ1 та FeNO ($r = 0,71$) у I групі та у II групі ($r = 0,63$).

Висновки: АО негативно впливає на перебіг супутніх захворювань, збільшуючи ризик передчасної смерті, а при БА зменшує екскурсію легень, та збільшує прояви запалення. Так, в процесі дослідження було виявлено, що показники FeNO достовірно корелювали сильним зв’язком з показниками ОФВ1, при супутньому АО, та відображали загострення БА, доповнюючи діагностику стану дихальної системи за допомогою спірометрії. Визначення та оцінка FeNO не потребує великих знань, але через дороговартісність апаратів-аналізаторів, дана методика обмаль поширена в українській лікарській практиці, та розцінюється як ноу-хау, в той час як у світі, дана методика розцінюється, як додатковий метод діагностики БА.

БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Болезнь Хортона (гранулематозный гигантоклеточный артериит, краниальный темпоральный артериит, височный артериит, синдром Хортона-Магата-Брауна) – системное заболевание, развивающееся почти исключительно у лиц пожилого и старческого возраста, характеризующееся гранулематозным гигантоклеточным воспалением средней оболочки аорты и отходящих от нее крупных артерий (височных, черепных и др.) и нередким сочетанием с синдромом ревматической полимиалгии.

Клиническая картина болезни Хортона обусловлена поражением того или иного сосудистого бассейна. При наиболее частом поражении височных артерий больных беспокоит пульсирующая головная боль, усиливающаяся при жевании и сопровождающаяся припухлостью в височной области, очаговым покраснением по ходу височной артерии, болезненностью при пальпации пораженных артерий, гиперестезией кожных покровов головы и лица. В дальнейшем височные артерии уплотняются, становятся извитыми. В результате поражения сосудов сетчатки ухудшается зрение и может наступить слепота. При поражении аорты наблюдается клиника, свойственная болезни Такаясу, при поражении коронарных сосудов развивается инфаркт миокарда. Наряду с этим для болезни Хортона характерны волнообразная лихорадка, общая слабость, быстрая утомляемость, анорексия, быстрое и выраженное похудание, депрессия.

При развитии признаков ревматической полимиалгии беспокоят боли при движении и скованность в мышцах, преимущественно плечевого и тазового пояса, шеи.

В лабораторных исследованиях отмечаются выраженные признаки воспаления: увеличение СОЭ, лейкоцитоз, повышение острофазовых показателей активности процесса.

Диагноз болезни Хортона базируется на совокупности характерных клинико-лабораторных признаков. Определенное диагностическое значение имеют результаты биопсии височной артерии и данные ангиографии височных артерий.

В лечении больных основным является назначение глюкокортикостероидов: преднизолон в начальной дозе 20-40 мг/сутки, а при тяжелом течении заболевания – 60-80 мг/сутки или проведение пульс-терапии метилпреднизолоном. Применяются также аминохинолиновые производные и препараты, способствующие развитию коллатерального кровообращения (продектин и др.).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Диагностика системной склеродермии (ССД), особенно в раннем периоде, до настоящего времени представляет для широкого круга врачей большие трудности, о чем свидетельствует частота диагностических ошибок. Так, проведенный нами анализ эволюции диагноза у 500 больных с достоверной ССД показал, что при первичном обращении к врачу правильный диагноз был установлен лишь у 3 % пациентов, у которых начальным признаком болезни было поражение кожи, по поводу чего они обратились к дерматологу. Обычно же от начала появления первых признаков ССД до установления правильного диагноза проходило от нескольких месяцев до 10-15 лет и больше, хотя за это время больные неоднократно осматривались многими специалистами, в том числе ревматологами.

Дальнейшее прогрессирование и тяжесть течения ССД во многом зависят от срока установления правильного диагноза и своевременного назначения рациональной терапии. В этой связи очень важна роль ранней диагностики ССД, основу которой составляют знание и выявление начальных клинических признаков заболевания, а также своевременное установление системности поражения. Для диагностики начального периода ССД можно использовать существующие диагностические критерии, однако при проведении ранней диагностики нецелесообразно использовать кожный синдром в качестве основного признака, так как ССД относительно редко (в наших наблюдениях, в 16 % случаев) дебютирует поражением кожи и может протекать с мало выраженными изменениями или вовсе без поражения кожи. В то же время возрастает роль дополнительных диагностических критериев – полиартралгий, полимиалгий, немотивированного похудания, лихорадки, изменений лабораторных показателей.

При ранней диагностике ССД важно также учитывать, что начальные признаки заболевания обычно отличаются достаточной выраженностью и стойкостью. Отмечается неуклонное прогрессирование болезни с постепенным вовлечением в процесс других органов и систем, приобретая характерные для клиники ССД системность и полисиндромность. Часто уже в первые месяцы болезни очевидна системность поражения и почти у половины больных развиваются висцеропатии, в частности поражение сердца и пищеварительного тракта. Почти у трети пациентов в числе ранних проявлений ССД нами были отмечены полисерозит, лимфаденопатия и поражение легких. С такой же частотой в ранней стадии встречается резкое похудание.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭКССУДАТИВНОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ

Гуйда П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Экссудативная многоформная эритема – редко встречающееся системное заболевание, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, суставов и внутренних органов.

Этиология и патогенез заболевания не выяснены. Большое значение в его происхождении придается аллергическому фактору – инфекционной или медикаментозной аллергии.

У большинства больных экссудативная многоформная эритема начинается остро с лихорадки, головной боли, полиартралгий. Поражение кожных покровов характеризуется появлением преимущественно в области конечностей, лица, реже туловища, пятен, узелков, папул, пустул, пузырей. Вскрытие буллезных высыпаний сопровождается образованием кровоточащих эрозий. Кожные поражения сохраняются, как правило, в течение 1-1,5 месяцев.

Характерным для экссудативной многоформной эритемы является поражение глаз с развитием конъюнктивита и кератита, приводящих к слепоте.

Часто при этом заболевании выявляются вагинит, уретрит. В тяжелых случаях поражаются органы дыхания (абсцедирующая пневмония, гнойный плеврит) и центральная нервная система (менингоэнцефалит). Абсцедирующая пневмония и септицемия нередко служат причиной летального исхода заболевания.

Диагностика экссудативной многоформной эритемы значительно затруднена, специфических лабораторных тестов до настоящего времени не имеется. Диагноз базируется на учете характерных клинических признаков заболевания. Несмотря на редкость заболевания, у врачей любой специальности должна быть настороженность в возможности возникновения экссудативной многоформной эритемы.

Для лечения экссудативной многоформной эритемы в первую очередь применяются десенсибилизирующие средства, включая глюкокортикостероиды, которые обычно назначаются в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия. При поражении кожных покровов и слизистых оболочек местно применяются мази, содержащие глюкокортикостероиды.

ОЦІНКА МЕТОДА ДИСПЕРСНОГО КАРТУВАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Данченко О. П.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна

Серед нових ЕКГ-методів, які на даний час все частіше використовуються в наукових дослідженнях та клінічній практиці для оцінки порушень електрофізіологічних властивостей міокарда, можна відзначити метод дисперсного картування, який покладено в основу приладу «Кардіовізор 06с». Основу швидких і динамічних низькоамплітудних коливань ЕКГ-сигналу в методиці дисперсного картування становлять зміни іонного гомеостазу кардіоміоцитів, структури клітинних мембран, мітохондріального енергоутворення, які, в свою чергу, відображають епізоди ішемії і зміни метаболізму міокарда.

Мета даного дослідження: оцінити можливості методу дисперсного картування ЕКГ у діагностиці ішемічної хвороби серця (ІХС). Обстежено 50 чоловіків з діагнозом ІХС, з них у 72,6 % поставлений діагноз стенокардія I-III ФК, у 27,4 % – постінфарктний кардіосклероз. Середній вік пацієнтів склав (55,4 ± 3,5) років. Всім пацієнтам проводилася ЕКГ спокою, трансторакальна ехокардіографія, функціональна ЕКГ-проба з фізичним навантаженням з одночасною реєстрацією дисперсного картування ЕК. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Наші дослідження виявили, що середні показники чутливості і специфічності приладу по виявленню ішемії міокарда склали відповідно 77 % і 74 %. Найбільш високоспецифічні для ІХС зміни охоплювали лівий шлуночок і проекцію міжшлуночкової перетинки.

Метод дисперсного картування при проведенні проби з фізичним навантаженням є важливим додатковим тестом в оцінці порушень електрофізіологічних властивостей міокарда щодо діагностики ішемічної хвороби серця, сприяє правильному відбору пацієнтів для подальшого обстеження і лікування.

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Дегтярь Н. И., Герасименко Н. Д., Савченко Л. В., Расин М. С.
ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

По утверждению журнала Science, постулат о ведущей базисной роли системного, низкоинтенсивного воспаления (СВ) в развитии хронической внутренней патологии является важнейшим достижением медицины последнего десятилетия. Не является исключением хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) и подтверждением этого является частое сочетание ХОЗЛ с ожирением, болезнями сердечно-сосудистой системы, метаболическим синдромом, сахарным диабетом 2 типа и другими заболеваниями, в основе которых лежит СВ. Курение табака, хронический стресс, низкая физическая активность, питание с повышенным содержанием насыщенных жирных кислот (ЖК), ожирение, повторные инфекции дыхательных путей и нарушения кишечной микробиоты ведут к развитию СВ, а также к возникновению и прогрессированию ХОЗЛ. В молекулярных механизмах СВ ведущая роль принадлежит балансу провоспалительной активности ядерного фактора каппа В (ЯФКВ) и противовоспалительной активности глюкокортикоидных рецепторов (ГР) и рецепторов, активируемых пролифераторами пероксисом (РАПП), преимущественно РАПП-гамма. Недавно установлено, что табачный дым активирует ядерный фактор каппа В (ЯФКВ) и, одновременно, ингибирует ГР и РАПП-гамма в ткани легких. Аналогично действует хронический психосоциальный стресс. ЯФКВ активируется через Толл-подобные рецепторы насыщенными, n-6 полиненасыщенными, окисленными и нитрированными ЖК и микробными антигенами. Ожирение и метаболический синдром являются важными факторами риска ХОЗЛ. Физическая активность и n-3 полиненасыщенные ЖК снижают уровень СВ и способствуют торможению прогрессирования ХОЗЛ. Показано, что низкая физическая активность является предиктором частых обострений и смертности больных ХОЗЛ, а регулярная физическая активность приводит к модификации вызываемых курением нарушений функции легких.

Профилактика и стратегия лечения ХОЗЛ должны учитывать роль СВ, известных факторов развития и молекулярных механизмов СВ. Перспективными являются поиски средств профилактики и лечения ХОЗЛ как среди естественных факторов борьбы с СВ, так и фармакологических блокаторов ЯФКВ, в частности, метформина и активаторов РАПП-гамма – пиоглитазона. Необходимы дальнейшие, прежде всего, проспективные исследования, которые должны выяснить значение отдельных факторов индукции СВ в процессе развития ХОЗЛ и возможности их профилактики и лечения.

ОСОБЛИВОСТІ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗА НАЯВНОСТІ УРАЖЕНЬ В ПОРОЖНИНІ РОТА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Дігтяр Н. І., Герасименко Н. Д., Стасюк О. А.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність теми. Враховуючи сучасний рівень знань про БА, першорядне значення набуває протизапальна терапія захворювання. Найефективнішими протизапальними засобами є інгаляційні кортикостероїди (ІК). Введення препаратів для лікування БА інгаляційним шляхом є найкращим способом, оскільки він спрямований безпосередньо на дихальні шляхи, що дозволяє використовувати значно менші дози, які практично не мають системної дії.

Метою нашого дослідження було вивчення змін в порожнині рота, що виникають під впливом перебігу соматичного захворювання та тривалого використання інгаляційних препаратів для лікування БА.

Методи та результати дослідження. Нами обстежено 20 осіб у віці від 35 до 75 років з діагнозом БА. Хворим проводились: загальний огляд; огляд порожнини рота; загальноклінічні лабораторні дослідження; спірометрія; оцінка якості життя, яка пов’язана зі станом здоров’я.

В результаті дослідження доведена висока ефективність ІК у базисній терапії БА, яка поєднується з безпечністю цих лікарських засобів для хворого. При довготривалому застосуванні ІК розвиток побічних ефектів з боку ротоглотки, частота їх виникнення залежать від дози, кратності застосування та використовуваної системи доставки цих препаратів. Скарги на осиплість голосу (дисфонію), що з’являється у деяких хворих, які застосовують інгаляційні дозовані аерозолі стероїдів, зменшуються при використанні спейсерів і значно менше турбують хворих при інгаляціях сухого порошку. Проведеним дослідженням виявлено, що орофарингеальний кандидоз (молочниця) у зв’язку з прийомом ІК частіше спостерігається у пацієнтів літнього віку, при поєднанні інгаляційних та оральних стероїдів, при проведенні багаторазових інгаляцій протягом доби, а також підтверджено важливість та необхідність уважного ставлення до проблеми гігієни порожнини рота. Доведена необхідність профілактичних заходів для запобігання розвитку ускладнень інгаляційної терапії БА з боку слизової оболонки порожнини рота (СОПР).

Висновки. Полоскання ротової порожнини після введення ІК, а також використання спейсерів, сучасних доставкових пристроїв під час проведення інгаляцій допомагає запобігти виникненню таких побічних ефектів, як кандидоз СОПР та дисфонія. Усім хворим на БА необхідно уважно ставитись до проблеми гігієни порожнини рота, регулярно, не менше 2 раз на рік, відвідувати стоматолога для своєчасної санації порожнини рота.

IMMUNE ASPECTS OF RIGHT HEART REMODELING IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION

Dielievska V. Yu.
The Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are at high risk of right heart remodeling. Deterioration of collagen metabolism plays an important role in the formation and progression of right heart failure. Uncontrolled synthesis and accumulation of collagen in the interstitium of the myocardium and blood vessels leads to the increase of their hardness and remodeling. Despite the association of antibodies to type IV collagen with bronchial and cardiovascular risk, their role remains unclear in combined cardio-pulmonal pathology, namely COPD and arterial hypertension (AH).

The aim of the study: examination whether autoantibodies against native or aldehyde-modified collagen are associated with right heart remodeling in arterial hypertension combined with chronic obstructive pulmonary disease.

Materials and methods. A total of 34 patients with COPD of B and C groups and AH of the II stage were included in the study. The diagnosis of COPD was established on the basis of typical symptoms, modified Medical Research Council dyspnea scale, COPD Assessment Tool and spirometry according to GOLD 2014 guidelines. The patients underwent echocardiography and laboratory investigation of plasma type IV collagen autoantibodies. Plasma IV type collagen antibodies concentrations were measured with enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) method, using antibody-coated microwell plate kit for in vitro diagnostic.

Results. Patients with COPD and showed statistically significant higher levels of plasma type IV collagen autoantibodies in comparison to healthy controls (8,64 ± 0,12 vs. 5,53 ± 0,1) ($p < 0.05$). Analysis of echocardiographic parameters of the right heart showed direct correlation between type IV collagen antibodies and sizes of the right atrium ($r = 0.53$), right ventricle ($r = 0.52$) and pulmonary artery pressure ($r = 0.51$) ($p < 0.05$).

Thus, the processes of the right heart dilation and presence of pulmonary hypertension are associated with high levels of antibodies to type IV collagen, which may indicate their damaging effect on the metabolism of connective tissue in the myocardium. This is consistent with the data of Matache C. et al., that demonstrated the association of raised antibodies against type IV collagen with idiopathic dilated cardiomyopathy.

Conclusions. Correlation of the levels of type IV collagen antibodies with cardiac morphofunctional parameters indicate of their pathogenetic importance in the development of myocardial dysfunction and may be used in the diagnosis, control of the course and prognosis of right heart remodeling in COPD and AH.

PATHOGENETIC MECHANISMS OF CHRONIC HEART FAILURE IN ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Dielievska V. Yu., Kravchun P. G.

The Kharkiv National Medical University, department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology, Kharkiv, Ukraine

The aim of the study: to investigate the association of autoantibodies against type IV collagen with heart failure in arterial hypertension (AH) and concomitant chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Materials and methods. 80 patients with chronic heart failure (CHF) on the background of AH and COPD (1 Group) and 25 patients with CHF at AH were included in the study (2 Group). The patients of the 1 Group were further divided into two subgroups according to NYHA II and NYHA III class of CHF. All the patients had echocardiography and serologic investigation of type IV collagen autoantibodies.

Results. Patients with AH and AH with COPD showed higher levels of type IV collagen autoantibodies in comparison to healthy controls (7,1 ± 0,21 and 11,01 ± 0,27 vs. 5,53±0,2 mcg/ml) ($p<0,05$). While progression of CHF an increase of type IV collagen autoantibodies on 28,2 % ($p <0,05$) was observed. Correlation analysis revealed that collagen antibodies were assosiated with dilation of the left ventricle of myocardium and reduction of its contractility. Type IV collagen autoantibodies significantly correlated with end systolic diameter of the left ventricle ($r = 0,44$), end diastolic diameter of the left ventricle ($r = 0,37$), end systolic volume of the left ventricle ($r = 0,45$), end diastolic diameter of the left ventricle ($r = 0,35$), left atrium diameter ($r = 0,30$) and ejection fraction of the left ventricle ($r = - 0,44$) ($p < 0,05$).

Conclusions. The study showed strong relationship between elevation of type IV collagen autoantibodies and progression of congestive heart failure in arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease.

АРТРОМЕГА ЯК ЗАСІБ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОКОМОТОРНОГО АПАРАТУ

Дельва Ю. В., Яцишин Р. І., Сандурська Я. В., Дрогомерецька О. І., Федорович Х. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Метою дослідження була апробація нового композитного мега-комплексу артромега при остеоартрозі (ОА). У склад 1 таблетки артромеги, зокрема, входять: акулячий хрящ – 375 мг, хондроїтин сульфат – 200 мг, новозеландські зелені мідії – 125 мг, метилсульфонілметан – 125 мг, люцерна – 12,5 мг, L-гістидин – 5 мг, вітаміни С, А, Е, B_1, B_2, B_3, B_6, B_{12},, екстракт плодів юки, коріння гарпагофітуму – 0,5 мг, цетил мірістолеат – 0,5 мг, мікроелементи марганець, бор, цинк, мідь, селен, хром.

Препарат артромега нами був застосований за рекомендованими дозами у 22 хворих із проявами ОА. Хворі були у віковій категорії 49-74 роки, чоловіків – 7, жінок – 15. ОА у обстежених мав системний характер, проявлявся, найчастіше, комбінованим ураженням суглобів. Серед супутніх захворювань в групі обстежених хворих спостерігалася гіпертонічна хвороба (у 16), ішемічна хвороба серця (у 11), хронічний бронхіт (у 9), хронічний гастрит (у 8), хронічний холецистит (у 6), цукровий діабет (у 5), бронхіальна астма (у 2), а також варикозне захворювання вен, хронічний гайморит та інші хвороби. Хворі вживали артромегу у відповідності із рекомендацією – по 2 таблетки на добу впродовж 30 днів. 14 хворих отримали по 2-3 курси лікування. Переносимість ліку була нормальною, у жодному випадку не зафіксовано алергічних реакцій або будь-яких проявів побічної дії. В жодному разі не відмічалось загострення ОА, а суб’єктивна оцінка свого стану у 15 хворих помітно покращилася: відмічалося зменшення больових відчуттів, розширення діапазону рухів, збільшення толерантності до рухових навантажень. Стан 7 хворих, за їхніми словами, залишався без змін. У всіх 22 хворих при лікуванні артромегою не спостерігалося загострення супутньої патології. Отже, апробація артромеги засвідчила позитивний ефект її використання у хворих на ОА. Цей лікарський препарат спричиняє відчутну оздоровлюючу дію на стан суглобів, кісток, м’язів та хрящів, підсилює синтез колагену, стимулює навколосуглобовий кровообіг, покращує стан опорно-рухового апарату, сприяє відновленню та регенерації тканин, нормалізації метаболічних та оксидно-відновних процесів, зменшенню больового синдрому, покращує переносимість фізичних навантажень, уповільнює дегенеративно-дистрофічні процеси. Це дозволяє рекомендувати артромегу як засіб первинної та вторинної профілактики ОА, особливо у хворих старшого віку по 2-4 курси препарату на рік.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА

Денисенко В. П., Топчий И. И., Кириенко А. Н., Семеновых П. С., Корнейчук И. А.

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

Цель исследования: определение принципов нарушение кардиальной и почечной гемодинамики у больных диабетической нефропатией (ДН) и артериальной гипертензией в зависимости от массы тела.

Объект исследования: ДН I-IV ст. с АГ у 116 больных, из них 34 – с нормальной массой тела и 82 – с ожирением I-III ст., 20 больных гипертонической болезнью (ГБ). Методы исследования – ультразвуковые.

Результаты. Установлено, что у больных с ДН по сравнению с больными ГБ отмечается существенное нарушение диастолической функции левого желудочка за счет повышения индекса жесткости миокарда (ИЖМ) по сравнению с пациентами с ГБ (на 5,1 %). На данную закономерность также указывает характер изменений профиля трансмитрального кровотока: у больных с ДН отмечается: достоверно меньшее значение соотношение Ve: Va ((0,919 ± 0,059) у. е. против (1,193 ± 0,052) у. е. и (1,477 ± 0,058) у. е.), соответственно у больных с ГБ. На этом фоне уже на ранних стадиях ДН формируется гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ).

Начиная с III стадии у больных ДН отмечается прогрессирующая дилатация левых отделов сердца, сопровождающаяся нарушением систолической функции левого желудочка ($p < 0,001$).

Установлено, что у больных ДН с ожирением наблюдается более высокое значения ИЖМ. Также у этих больных отмечено большие значения индекса массы миокарда при одинаковых уровнях артериильного давления (АД). Показатели ГЛЖ также были большими на 4,5 % у больных с избыточной массой тела, их значение в большей степени зависели от стадии ожирения.

При изучении скорости клубочковой фильтрации (СКФ) не обнаружено различий СКФ в зависимости от массы тела. Также не обнаружено зависимости СКФ от величины индекса резистентности сосудов почек (RI), и от уровня АД. При изучении состояния почечного кровотока у больных ДН нами установлено прогрессирующее, зависящее от времени существования и стадии ДН, но не зависящее от массы тела увеличение RI, который увеличивался до величин, в 1,5-1,8 раза превышающие нормальные значения.

Вышеуказанные изменения у больных ДН с ожирением приводили к раннему и более значимому проявлению систолической дисфункции сердца.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

Дербак М. А., [*]Лазур Я. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
[*]Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака,
м. Ужгород, Україна

Мета роботи: провести аналіз частоти виявлення ЦД у пацієнтів із хроничним вірусним гепатитом С (ХГС) залежно від рівня сироваткового заліза та феритину.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходилось 125 пацієнтів із ХГС, які за результатами досліджень були розділені на дві групи. В першу групу були включені пацієнти з нормальними показниками заліза, а в другу пацієнти у яких показники заліза перевищували норму. Середній вік пацієнтів 1 групи склав (46,1 ± 14,2) року, 2 групи – (50,6 ± 11,3) року. Групи були одинакові за віком, статтю та тривалістю захворювання. Проведені клініко-лабораторні обстеження відповідали протоколам надання медичної допомоги передбачуваного захворювання.

Результати досліджень. Гіперглікемія зустрічалася у пацієнтів обох груп, однак статистично значимих відмінностей у рівнях глюкози виявлено не було. При порівняльному аналізі ІМТ у пацієнтів обох груп статистично значимої різниці виявлено не було ($U = 224,5$, $p = 0,2$). Це вказує на необхідність врахування інших факторів, що можуть впливати на метаболізм вуглеводів. У зв'язку із цим нами проведено аналіз частоти виявлення ЦД залежно від рівня сироваткового заліза. Проаналізувавши отримані дані встановлено, що у групі хворих ХГС із підвищеними рівнями феритину виявлена більш висока частота ЦД порівняно з пацієнтами з нормальним метаболізмом заліза (30,7 % і 3,3 %, відповідно). Слід пам'ятати, що рівень глюкози в сироватці крові залежить від способу життя та дієтичних уподобань пацієнтів, внаслідок чого може мати значні коливання протягом доби. Тому, одноразовий аналіз крові на глюкозу не дозволяє виявити групу ризику пацієнтів з можливими порушеннями метаболізму вуглеводів. У той же час рівень сироваткового феритину досить стабільний і не піддається значним коливанням. Це дозволяє рекомендувати призначення тесту толерантності до глюкози пацієнтам із ХГС при наявності гіперферритинемії для виявлення у них порушень метаболізму вуглеводів незалежно від рівня сироваткової глюкози.

Висновки. У хворих на ХГС, при наявності синдрому перевантаження залізом, поширеність ЦД вище, а ніж при нормальному метаболізмі заліза ($p = 0,03$). Отримані дані дозволяють допускати, що синдром перевантаження залізом є досить значним фактором у формуванні патології підшлункової залози та порушення обміну вуглеводів у хворих на ХГС.

СИРОВАТКОВІ ПОКАЗНИКИ ЦИТОКІНІВ ФІБРОГЕНЕЗУ

Дербак М. А., *Поляк-Товт В. М., *Поляк М. А.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,

**Закарпатська обласна клінічна інфекційна лікарня, Україна*

Мета дослідження – вивчити діагностичне значення сироваткових цитокінів фіброгенезу печінки – тканинного інгібітора металопротеїназ-1 (ТІМП-1) та трансформуючого фактора росту – β1 (TGF-β1) у хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 177 хворих на ХГС. Середній вік пацієнтів – (58,5 ± 1,5) років. Діагноз ХГС підтверджували визначенням маркерів гепатитів В і С методом імуноферментного аналізу (ІФА) з подальшим визначенням РНК ВГС. Ступінь фіброзу печінки визначали методом непрямої еластометрії печінки приладом виробництва Франція – Фіброскан 502 F01261 (Закарпатська обласна клінічна інфекційна лікарня). Рівень ТІМП-1 та TGF-β1 визначали у сироватці крові методом ІФА тест-системами фірми DRG (США).

Результати досліджень. За результатами фіброеластометрії у 7,9 % хворих фіброзу не виявлено, у 8,0 % – 1-у стадію, у 21,5 % – 2-у стадію, у 46,3 % – 3-ю стадію і в 11,9 % – 4-у стадію фіброзу по шкалі METAVIR.

При дослідженні рівнів TGF-β1та ТІМП-1 встановлено: рівень TGF-β1 був підвищений у 79,7 % хворих, знижений у 8,5 % і відповідав показникам норми у 11,9 % хворих. Середнє значення TGF-β1 достовірно ($p < 0,01$) підвищено у порівнянні із контрольною групою. Рівень ТІМП-1 у сироватці крові був підвищеним у 73,4 % хворих ХГС, зниженим у 6,8 % і відповідав показникам групи контролю в 19,8 %. Середній показник ТІМП-1 теж значно ($p < 0,01$) був підвищений у порівнянні з контролем.

При вивченні взаємозв'язків між рівнем цитокінів та вірусним навантаженням встановлено, що рівень TGF-β1і ТІМП-1 у групі хворих з високим вірусним навантаженням був достовірно вищим ($p < 0,05$) у порівнянні з відповідним показником при низькому вірусному навантаженні. Порівнюючи рівні цитокінів та стадії фіброзу печінки за даними фіброеластометрії встановлено статистично достовірний зв'язок ($p < 0,01$) між рівнем TGF-β1та ТІМП-1 у сироватці крові та стадією фіброзу печінки ($r = 0,78$ і $r = 0,71$). При вивченні залежності між рівнями цитокінів та концентрацією цитолітичних ферментів встановлено статистично значимий кореляційний взаємозв'язок між концентрацією TGF-β1 і ТІМП-1, з одного боку, і рівнем АлАт/АсАт, з іншого ($r = 0,61$, $r = 0,58$, $p < 0,01$ і $r = 0,68$, $r = 0,62$, $p < 0,01$, відповідно).

Висновок. Підвищені показники TGF-β1 і ТІМП-1 у сироватці крові у хворих на ХГС свідчать про участь даних цитокінів у патогенезі захворювання. Разом з показниками фіброеластометрії вони мають достовірний зв'язок з рівнями трансаміназ і можуть використовуватися в практиці для непрямої оцінки активності процесу.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Дериенко Т. А., Яблучанский Н. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Цель работы: анализ клинических признаков пациентов с имплантированными кардиостимуляторами в зависимости от стадии АГ.

Материалы и методы Обследованы 131 пациент (70 мужчин и 61 женщина), в возрасте (69,5 ± 11,6), которые подверглись постоянной электрокардиостимуляции(ЭКС) с режимами стимуляции DDD/DDDR и VVI/VVIR, а также хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с кардиоресинхронизирующей терапией (CRT-P и CRT-D). Оценивались: пол; возраст; формы ишемической болезни сердца(ИБС) – стабильная стенокардия (I, II, III, IV ФК) и постинфарктный кардиосклероз; фибрилляция предсердий (ФП) – постоянная, персистирующая или пароксизмальная, впервые выявленная и длительно персистирующая формы; хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (I, IIA, IIБ, III стадии), сахарный диабет (СД, 1 и 2 тип); степень АГ (1,2 и 3) – в зависимости от стадии АГ.

Результаты. Все пациенты с имплантированными ЭКС имели АГ II и III стадий с их соотношением 1:2,5. АГ II стадии чаще ассоциировалась со стабильной стенокардией, СД, ФП, ХСН IIа и умеренной степенью АГ, АГ III стадии – с постоянной формой ФП и постинфарктным кардиосклерозом, при этом частоты встречаемости умеренной и тяжелой степеней АГ в них были одинаковы.

Выводы. Высокая частота встречаемости у пациентов с имплантированными ЭКС АГ высоких стадий и их связь с иными нарушениями в состоянии здоровья пациентов требует оптимизации медикаментозного контроля АД.

ЧАСТОТА ТИПІВ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

Деркач З. В., Радченко О. М., Жакун І. Б., Комариця О. Й.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Відомо, що посттравматичний стресовий розлад асоціюються зі зміною кількості формених елементів крові та загальних неспецифічних адаптаційних реакцій.

Метою роботи було визначити частоту адаптаційних реакцій (АР) у хворих, що отримали бойову травму. АР були визначені в 63 пацієнтів військового шпиталю. У 50 % хворих істотно частіше діагностувались сприятливі АР. Окрім того, у третини хворих спостерігалось збільшення кількості лейкоцитів понад норму.

Залежно від типу травми, наявності ускладнень, оперативного втручання, анемії чи тромбоцитопенії, АР відрізнялись. Було виявлено, що в пацієнтів, у яких не спостерігалось ускладнень, істотно частіше діагностувались сприятливі АР (56 %). Несприятливі типи АР частіше визначались за наявності ускладнень (39 %), переважно за рахунок високої частоти реакції стресу (РС) – 33 %. Частота несприятливих АР без наявності ускладнень була меншою у 2,6 разів ($p < 0,05$). Частота реакції орієнтування (РО) була однаковою як у пацієнтів з ускладненнями, так і без них. У пацієнтів, які перенесли мінно-вибухову травму (МВТ), істотно рідше визначалась РО (17 %). У хворих, які не піддавались дії МВТ, частіше діагностувались сприятливі типи АР (53 %), ніж несприятливі. В обох цих підгрупах пацієнтів несприятливі типи АР визначались рідше, ніж сприятливі. У пацієнтів, яким було проведене оперативне втручання, несприятливі АР визначалися істотно частіше (53 %), тоді як серед пацієнтів, які не потребували оперативного втручання, були частіше діагностовані сприятливі типи АР (57 %). Частота РО була у 2,6 разів вищою у хворих, які не переносили операцій. РО без оперативного втручання діагностувалась у 2,3 рази рідше. За умов лейкоцитозу РПА діагностувалась у 37 % ± 7 хворих, а сприятливі типи АР загалом у 56 % ± 8 пацієнтів ($p < 0,05$). Істотно частіше (у 5,6 разів) визначались реакції несприятливого типу (50 %), тоді як без лейкоцитозу їх частота становила лише 9 % ($p < 0,05$). Частота РО у хворих з нормальною кількістю лейкоцитів була у 2,3 рази більшою. Подібні явища спостерігались і за умов наявності анемії: сприятливі АР істотно частіше визначались за умов нормального вмісту гемоглобіну (57 %), тоді як несприятливі АР у 2,7 разів частіше діагностувались у осіб з анемією (40 %) виключно за рахунок РС. Серед сприятливих реакцій адаптації у хворих без анемії також домінувала РПА (35 %). За умов тромбоцитопенії несприятливі АР визначались у 26 % хворих, а частота сприятливих АР становила 44 %. За відсутності тромбоцитопенії сприятливі типи АР діагностувались істотно частіше.

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ФІБРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ, ЯКІ АСОЦІЙОВАНІ З ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С

Діденко В. І., Кленіна І. А.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити характер змін маркерів фіброзу у сироватці крові пацієнтів на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) в процесі формування портальної гіпертензії.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 58 пацієнтів на ХДЗП, які були розподілені на дві групи в залежності від щільності печінки за даними FibroScan: I – початкова клінічна портальна гіпертензія (38 пацієнтів); II – клінічно значуща портальна гіпертензія (20 пацієнтів), середній вік яких становив (57,2 ± 2,6) років. Процеси фіброзу оцінювали за вмістом у сироватці крові оксипроліну вільного (ОПв) та оксипроліну білковозв'язаного (ОПб/з) за Осадчуком. Контрольну групу склали 20 відносно здорових осіб. Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакету прикладних програм Statistica forWindows 6.0.

Результати та обговорення. У 89,5 % пацієнтів I групи внутрішньогруповий аналіз даних показав вірогідне зростання вмісту ОПб/з в 1,3 рази до (213,86 ± 12,94) мкмоль/л, ($p < 0,001$) у порівнянні зі здоровими особами, що свідчило про високу активність процесів синтезу колагену. Водночас, вміст ОПв в сироватці крові, який є біохімічним маркером розпаду колагену, у 71,0 % пацієнтів був вірогідно зниженим в 1,9 рази (4,10 ± 0,22) ($p < 0,001$). У 80,0 % хворих II групи виявлений підвищений вміст ОПб/з в 1,6 рази (233,4 ± 12,68) мкмоль/л, ($p < 0,01$) свідчив про наявність фіброзних змін.

Висновки. У пацієнтів на ХДЗП існує залежність між еластичними властивостями печінки та змінами біохімічних показників фіброзу, які були більш вираженими та значущими у пацієнтів при формуванні початкової клінічно значущої портальної гіпертензії (II група), був виявлений дисбаланс між синтезом та розпадом сполучної тканини, що свідчило про активність процесів фіброґенезу.

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ АКТИВНОСТІ АЛЬДОСТЕРОНУ З ПАРАМЕТРАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ

Доценко М. Я., Герасименко Л. В., Боєв С. С., Шехунова І. О.
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Метою дослідження було встановлення взаємозв'язку між показником функціональної активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи: альдостерону і параметрами центральної гемодинаміки у хворих гіпертонічною хворобою (ГХ) I і II стадії шляхом проведення кореляційного аналізу.

Одержані дані свідчать, що показник альдостерону крові виявився статистично значущо взаємопов'язаним з параметрами ехокардіографічного (ЕхоКГ) і допплерографічного досліджень серця у хворих з ГХ. Виявлений взаємозв'язок даного показника з кінцево-діастолічним и кінцево-систолічним розмірами лівого шлуночка (ЛШ) ($r = +0,4$ і $r = +0,48$; $p < 0,05$, відповідно) і однонаправлено з кінцево-діастолічним и кінцево-систолічним об'ємом ЛШ ($r = +0,48$ і $r = +0,4$; $p < 0,01$, відповідно). Плазмова концентрація альдостерону також виявилася висококорельована з величиною фракції викиду ЛШ ($r = -0,45$, $p < 0,05$), ступенем скорочення його передньозаднього розміру ($r = -0,45$; $p < 0,05$) і швидкістю циркулярного скорочення волокон міокарда (= -0,48; $p < 0,05$), що вказує на значущий взаємозв'язок рівня альдостерону при ГХ з окремими функціональними характеристиками функціонального стану ЛШ серця. Найбільш важливі дані були одержані при дослідженні відносно кореляційних пар "альдостерон-маса міокарду ММЛШ" і "альдостерон-індексММЛШ" ($r = +0,36$ і $r = +0,44$; $p < 0,05$), що дозволило виявити статистично значущий взаємозв'язок між рівнем плазмового альдостерону і показниками гіпертрофії міокарда ЛШ. З допплерографічних показників достовірна кореляція позначена між концентрацією альдостерону плазми і швидкістю раннього діастолічного наповнення й інтегральним показником пізнього діастолічного наповнення ЛШ ($r = -0,30$ і $r = +0,37$; $p < 0,05$, відповідно). Даний показник взаємопов'язаний з величиною співвідношення максимальних швидкостей раннього діастолічного наповнення ЛШ і трансмітрального кровотоку під час систоли передсердь ($r = -0,32$; $p < 0,05$).

Наведені дані дозволяють зафіксувати наявність значущого взаємозв'язку рівня альдостерону плазми крові при ГХ і базисних показників діастолічної дисфункції ЛШ, що згідно з даними в літературі, пояснюється здатністю альдостерону стимулювати такі патологічні процеси як гіпертрофія кардіоміоцитів, проліферація фібробластів і підвищений синтез колагену в серці.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ СИСТЕМНОЮ СКЛЕРОДЕРМІЄЮ

Дрогомерецька О. І., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В., Сандурська Я. В., Федорович Х. М., Курилів Г. М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: вивчити функціональний стан лівого шлуночка (ЛШ) у хворих із системною склеродермією (ССД).

Матеріали та методи. Проведено обстеження 46 хворих з ураженням серця при ССД. Із метою оцінки наявності та характеру порушення ритму і провідності, вогнищевих змін у міокарді, ознак гіпертрофії різних відділів серця, ішемії та гіпоксії міокарда, всім хворим проведено електрокардіографію (ЕКГ). Для більш повного аналізу стану серця при ССД проводилась ехокардіоскопія (ЕхоКС) в М- і В-режимах з імпульсною міокардіальною допплерографією на апараті "SIEMENS ACUSON Antares Premium EDITION" за рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства (ASE).

Результати. В обстежених нами хворих зміни на ЕКГ різної вираженності зареєстровано в 32 (69,6 %) пацієнтів. Серед них досить часто спостерігались різноманітні форми порушення ритму – 16 (34,8 %) випадків та провідності – 12 (26,1 %) випадків. Найпоширенішими формами порушення ритму виявились екстрасистолія – у 6 (13,0 %) хворих та синусова брадикардія – у 8 (17,4%) пацієнтів. Досить часто спостерігались і порушення внутрішньошлуночкової провідності – у 10 (21,7 %) хворих, блокада правої ніжки пучка Гіса – у 6 із них. Разом із тим, практично серед усіх пацієнтів із ССД зі змінами на ЕКГ виявлено зниження вольтажу зубців, що вказує на дифузний кардіосклероз. Аналіз результатів свідчить про відсутність змін систолічної функції ЛШ у більшості хворих на ССД, враховуючи те, що фракція викиду ЛШ була вище 45 % і склала в середньому (57,34 ± 1,82) %, а також відсутня дилатація ЛШ (кінцево-діастолічний об'єм становить (93,83 ± 2,65) мл при нормі (97,54 ± 4,04) мл). У більшості – 35 (76,1 %) хворих встановлені зміни діастолічної функції ЛШ. У 28 (80,0 %) пацієнтів виявлений гіпертрофічний тип (тип недостатньої релаксації) діастолічної дисфункції (ДД), у 5 (14,3 %) – псевдонормальний, у 2 (5,7 %) – рестриктивний. Очевидно, ДД обумовлене достовірне збільшення діаметру лівого передсердя ($p < 0,05$), яке спостерігалося в більшої частини хворих на ССД.

Висновки. Інструментальні методи дослідження поряд із клінічними даними дозволяють виявити особливості кардіальної патології у хворих на ССД, провести ранню діагностику ДД ЛШ. Враховуючи отримані результати, можна стверджувати, що серцево-судинна патологія при ССД у значній мірі визначає прогноз і якість життя хворих, потребує оцінки функціонального стану міокарда з корекцією виявлених порушень за принципами лікування, що використовуються в сучасній кардіології.

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПЕРВИЧНАЯ, СКРЫТАЯ, ПРОГНОЗИРУЕМАЯ)

Дроздова И. В., [*]Бабец А. А.

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», г. Днепропетровск,

[*]*Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина*

Цель: разработать новые подходы к анализу первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения (БСК).

Материалы и методы. Анализ инвалидности вследствие БСК проведен по данным аналитически-статистического пособия «Региональные особенности уровня здоровья народа Украины». Мониторинг инвалидности в Украине был в основе вычислительной технологии с применением адаптивных методов краткосрочного прогнозирования.

Результаты. Показатель первичной инвалидности взрослого населения вследствие БСК снизился с 10,5 на 10 тыс. населения в 2014 году до 9,7 на 10 тыс. населения в 2015 году. Наивысшие ранговые места по уровню первичной инвалидности взрослого населения занимали в 2015 году Винницкая (12,9), Закарпатская (11,4) области и г. Киев (11,8); а самые низкие в 2015 году – Кировоградская (7,8), Сумская и Житомирская (по 7,3 на 10 тысяч взрослого населения). Возрастание данного показателя за год наблюдалось в Винницком, Днепропетровском, Закарпатском, Ивано-Франковском, Киевском, Львовском, Николаевском, Ровенском, Харьковском, Херсонском, Черкасском, Черновицком регионах и в г. Киеве. Наивысшей «скрытая» инвалидность была в Житомирской, Полтавской и Харьковской, несколько меньшая – в Одесской, Хмельницкой, Черновицкой и Черниговской областях. Высокий уровень инвалидности (11,8-16,7 на 10 тысяч взрослого населения) определялся лишь в Винницкой области и г. Киев, низкий уровень (8,3-9,5 на 10 тысяч взрослого населения) – как в среднем по Украине, так и в Волынском, Днепропетровском, Житомирском, Закарпатском, Ивано-Франковском, Киевском, Кировоградском, Одесском, Ровенском, Сумском, Тернопольском, Харьковском и Херсонском регионах.

Выводы: применение новых подходов дало возможность оценить динамику первичной инвалидности вследствие БСК за определенный промежуток времени, определить регионы с высоким риском возрастания инвалидности, рассчитать точечный и интервальный прогнозы первичной инвалидности, дать оценку «скрытой» инвалидности.

АНАЛИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Дубоносова Д. Г., Голивец Т. П.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия

Цель – изучить взаимосвязь компонентности метаболического синдрома (МС) и прогрессирования ИБС.

Материалы и методы. Исследование проводилось в условиях ОГБУЗ «Городская поликлиника № 8» г. Белгорода. В исследование включен 161 пациент (средний возраст ~ (50,92 ± 16,23) лет) диспансерной группы с ИБС. Анализировалась корреляционная взаимосвязь между сочетанием различных метаболических факторов риска и частотой осложнений ИБС. Среди осложнений ИБС рассматривались наиболее часто встречаемые: хроническая сердечная недостаточность (ХСН), острый инфаркт миокарда (ОИМ), различные нарушения сердечного ритма (НРС).

С целью выявления наиболее информативного комплекса признаков осуществлялся корреляционный анализ, коэффициенты корреляции проверялись непараметрическим критерием Спирмена.

Результаты. Выделена группа пациентов, с установленными метаболическими факторами кардиологического риска. Удельный вес этой группы составил 77,6 % (n = 125 чел.). В структуре комбинированных кардиометаболических факторов риска у пациентов с ИБС преобладало сочетание артериальной гипертензии (АГ) и абдоминального ожирения, их частота составила 47 % (n = 39).Осложнения ИБС значительно чаще встречались у пациентов, при обследовании которых было выявлено сочетание абдоминального ожирения (АО), артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии и гипергликемии($p < 0.05$): ХСН – 24 % (n = 20), ОИМ – 4,8 % (n = 4),фибрилляция предсердий – 3,6 % (n = 3). Вто время как в группе пациентов с избыточной массой тела и артериальной гипертензией, но без нарушений углеводного обмена: ХСН – 13,2 % (n = 11), НРС– 2,4 % (n = 2), ОИМ – 1,2 % (n = 1).

Установлены прямые достоверные коррелятивные взаимосвязи между частотой осложнений и многокомпонентностью МС ($\rho = 1$).

Выводы. Развитие и прогрессирование ИБС у пациентов диспансерной группы ассоциируется с высокой частотой выявления многокомпонентного МС. На этапе оказания амбулаторной помощи необходим тщательный контроль над всеми компонентами кардиометаболического риска и их ранняя диагностика для минимизации возможности прогрессирования ИБС. Выделение в этом случае модифицируемых метаболических факторов риска и их сочетаний, оказывающих наибольшее влияние на неблагоприятное течение ИБС, позволит существенно улучшить результаты лечения и отдаленный прогноз развития заболевания.

SEXUAL DIMORPHISM OF THE LUNG CANCER'S MODERN COURSE

Dumanskiy Yu. V., Stolyarova O. Yu., Syniachenko O. V., Stepko V. A., Syniachenko T. Yu.

M. Gorky Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine

Objective. To evaluate the clinical course of the lung cancer (LC) in men and women (localization, shape, histopathologic variant, degree of differentiation, staging, character of tumor metastasis) and survival of the patients with different sexes.

Material and methods. The study included 1071 patients with lung cancer at the age of 24 to 86 years, among whom there were 887 (83%) men and 184 (17%) women. None of the examined patients on account of the underlying disease has been operated previously, and after diagnosis all the patients received radiotherapy, ¾ of them – combined radiochemotherapy.

Results and discussion. The frequency of distribution of men and women with LC is at 5:1. Gender-specific RL relate to the localization of the pathological process (in men more often in the left and in the mediastinum, women – in the right, locally in the upper, middle and lower lobes), the staging's parameters of the tumor in the manifest onset of the disease (in women a higher level), form of tumors (the prevalence of central form in men and peripheral – in women), the frequency of squamous cell carcinoma in men and adenocarcinoma in women. The metastasis to the mediastinal lymph nodes, kidneys and thighs is typical for men, in the subclavian, inguinal lymph nodes, thyroid, brain, eyes, abdominal wall, jaws, clavicles, spine, pubic, sacral, ilium bones, sacroiliac and the hip joint for women. The Pancoast-Tobias tumor was diagnosed in 5% of men, more frequently in older patients; adenocarcinoma, large cell and squamous cell carcinoma is occured in a ratio of 1:1:9; small cell carcinoma and glandula-squamous cell carcinoma is not occured. On the early stages of the pathological process tumor invasion in the ribs, the development of the Bernard-Horner syndrome, high performance of staging with metastases in the humerus is stated, but the absence of metastasis in the bronchopulmonary lymph nodes is observed. The Pancoast-Tobias tumor is notable for different medical complications of chemotherapy and radiotherapy, which depends on the destruction of bones, supraclavicular lymph nodes and the doses of the radiation effect on the body. LC proceeds with severe disorders of bone metabolism, which is accompanied by an increase in blood levels of osteopontin, osteocalcin, alkaline phosphatase. Osteodeficiency in the form of osteopenia and osteoporosis is observed more common in women.

Conclusions. There is sexual dimorphism in the clinical course of LC, but the 3- and 5-year survival rate of the patients were the same. The data will be useful for the development of rational medical technologies for diagnostic of LC in men and women, and radiochemotherapy of the patients with different sexes.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Еременко Г. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Известно, что большинство пациентов с бронхиальной астмой 3-4 ступени (БА) хорошо отвечают на терапию ингаляционной формой глюкокортикостероидов (ГКС). Однако ~1-5 % от общей популяции больных астмой, помимо высоких доз ингаляционных ГКС, периодически нуждаются также в пероральном приеме стероидов. У части этих пациентов не удается достичь желаемого бронхорасширяющего эффекта и улучшения клинического состояния, даже в ответ на прием системных ГКС. Таких больных принято считать стероидорезистентными. Больные с большим приростом $ОФВ_{1,}$ соответственно, считаются стероидочувствительными.

Цель исследования: проанализировать влияние сочетанной терапии системных ГКС и β-агонистов пролонгированного действия на уменьшение проявлений стероидорезистентности у больных БА.

Материалы и методы. Нами было обследовано 36 больных БА. Согласно цели исследования все больные были разделены на две группы. В 1-ю вошли 21 больной БА в возрасте от 39 до 61 год (49,1 ± 9,17), с длительностью заболевания (15 ± 3,12) года. 2-ю группу составили 15 больных БА в возрасте от 42 до 60 лет (51,08 ± 7,42). Длительность БА составила (14,5 ± 4,11) года. Все больные в течение последних 2-х недель принимали пероральные глюкокортикоиды в дозе 40 мг. Больным 2-й группы по показаниям наряду с пероральными глюкокортикоидами назначали β-агонисты пролонгированного действия. Кроме общеклинического обследования у всех больных изучали особенности БА с помощью опросника ACQ-5, а также исследовали функции внешнего дыхания (ФВД). Углеводный обмен оценивали по уровню глюкозы крови натощак. Кроме того, выполняли исследование гликозилированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты. Выявлен низкий тест ACQ-5, который составил (1,5 ± 0,02) балла. У всех пациентов отмечали выраженные изменения ФВД, так у больных 1 группы $ОФВ_1$ составил (54,5 ± 2,13) %, тест на обратимость – (11,3 ± 0,32) %, у больных 2-й группы – (52,3 ± 1,91) % и (10,5 ± 0,73) %, соответственно. Контроль лечения проводился на 14 день наблюдения. У больных 2-й группы в результате лечения наблюдалась положительная динамика теста на обратимость, который составил (15,01 ± 0,78) % ($p < 0,05$), тогда как у больных 1 группы не наблюдалось достоверного изменения этого теста. При анализе исследуемых показателей углеводного обмена, отмечено увеличение уровня глюкозы крови в среднем до (6,7 ± 0,21) ммоль/л. у больных 2-й группы.

ДИНАМІКА КОПЕПТИНУ, MRproADM ТА ТРОПОНІНУ І У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ОЖИРІННЯ

Єрмак О. С., Майналі Пракаш

Харківський національний медичний університет, Україна

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) займає провідне місце в структурі ішемічної хвороби серця протягом багатьох років. Перебіг ГІМ значно ускладнює коморбідна патологія у вигляді ожиріння (ОЖ).

Мета дослідження – оцінити зміни маркера вазоконстрикції копептину та маркера вазодилататації MRproADM у хворих на гострий інфаркт міокарда залежно від тяжкості ожиріння, а також провести ранжування між даними показниками.

Методи дослідження. У дослідження було включено 105 пацієнтів з ГІМ, поміж яких у 75 хворих було діагностовано ОЖ (49,3 % осіб з ОЖ I ст., 50,7 % – ОЖ II ст.), 30 пацієнтів мали нормальну вагу тіла. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою: ІМТ (кг/м^2) = маса тіла/(зріст)^2. Копептин визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлено у вигляді середніх величин та похибки середнього. Статистична значимість різних середніх визначалася за критерієм F – Фішера.

Результати. Встановлено зростання рівня копептину на 73,8 % при ожирінні I ст. та на 205,9 % при ожиріння II ст. порівняно з групою зіставлення, MRproADM – на 30,68 % і на 54,5 % відповідно ($p < 0,001$). У хворих на ГІМ та ожиріння II ст. при зіставленні з ожирінням I ст. концентрація копептину була вище на 76 %, а MRproADM – на 18,3 % ($p < 0,001$). Що стосується вмісту тропоніну I, його значення повністю відповідали групі порівняння як при ожирінні I ст., так і при ожирінні II ст., а також при зіставленні їх між собою ($p > 0,05$). Ранжування показників за ступенем їх відмінностей при ожирінні I ст. від групи порівняння за допомогою F-критерію визначило, що до кластеру виражених порушень увійшли обидва параметра – копептин ($F = 77,9$; $p < 0,001$) та MRproADM ($F = 82,5$; $p < 0,001$), а при ожирінні II ст. – до кластеру дуже виражених змін ($F > 100$) потрапило підвищення рівня копептину ($F = 177,9$; $p < 0,001$). Виражене зростання відзначено щодо MRproADM ($F = 99,5$; $p < 0,001$).

Отримані висновки. Провідною ланкою розвитку гострого інфарктц міокарда у хворих з ожирінням II ст. порівняно з ожирінням I ст. є надмірна активність копептину в умовах помірного підвищення MRproADM, що свідчить про неадекватне до потреб функціонування системи вазодилататорів.

ОСОБЛИВІСТЬ ДИНАМІКИ КОПЕПТИНУ І MRproADMУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ

Єрмак О. С., Сміт Таше

Харківський національний медичний університет, Україна

Провідною нозологічною формою у структурі ішемічної хвороби серця (ІХС), яка є однією з найважливіших проблем сучасної кардіології, залишається гострий інфаркт міокарда (ГІМ). Найбільш зустрічаємою коморбідною патологією є ожиріння (ОЖ). Перспективним є вивчення маркерів дисбалансу роботи нейро-гуморальних систем – копептину і MRproADM.

Мета дослідження – оцінити зміни вазоконстрикторних та вазодилятаторних систем на підставі вивчення копептину і MRproADM у хворих на гострий інфаркт міокарда залежно від наявності ожиріння, а також проаналізувати взаємозв'язки між даними показниками.

Методи дослідження. У дослідження було включено 105пацієнтів з ГІМ, поміж яких у 75 хворих було діагностовано ОЖ, 30 осіб мали нормальну вагу тіла. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою: ІМТ (кг/м^2) = масатіла/(зріст)^2. Копептин визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «HumanCopeptin» (BiologicalTechnology, Shanghai). MRproADM визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Humanmid-regionalpro-adrenomedullin (MRproADM)» (BiologicalTechnology, Shanghai). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «MicrosoftExcel». Дані представлено у вигляді середніх величин та похибки середнього. Статистична значимість різних середніх визначалася за критерієм F - Фішера.

Результати. У хворих з ГІМ та ОЖ спостерігалось вірогідне підвищення копептину на 129,6 %, MRproADM на 49,3 % порівняно з хворими без ОЖ. Ранжування за ступенем відмінностей копептину і MRproADM у хворих з ОЖ порівняно з хворими без ОЖ за F-критерієм показало, що перше рангове місце належить копептину (F = 52,49), друге – MRproADM (F = 41,5). Незважаючи на зростання рівня і копептину і MRproADMза наявності ОЖ у хворих з ГІМ, увагу привертає більш виразна активність копептину згідно результатів ранжування, що вказує на невідповідність вазодилататорної відповіді на гіперактивність системи вазоконстрикторів.

Отримані висновки. Копептин і MRproADM зростали при наявності ожиріння у хворих на гострий інфаркт міокарда з невідповідністю вазодилататорної відповіді на гіперактивність системи вазоконстрикторів.

КОПЕПТИН І ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Єрмак О. С., Теклебран Мосай

Харківський національний медичний університет, Україна

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) продовжують займати перше місце у світі серед причин смертності. Пріоритетне місце в структурі ішемічної хвороби серця займає гострий інфаркт міокарда (ГІМ). Сучасні епідеміологічні дослідження показали взаємозв'язок між ожирінням (ОЖ), яке визнано за оцінками ВООЗ неінфекційною "епідемією XXI століття", і ССЗ.

Мета дослідження – оптимізувати діагностику гострого інфаркту міокарда шляхом оцінки динаміки маркера вазоконстрикції – копептину і показників кардіогемодинаміки залежно від наявності ожиріння, а також проаналізувати взаємозв’язки між даними показниками.

Методи дослідження. У дослідження було включено 105 пацієнтів з ГІМ, поміж яких у 75 хворих було діагностовано ОЖ, 30 осіб мали нормальну вагу тіла. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою: ІМТ (кг/м^2) = маса тіла/(зріст)^2. Копептин визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai). Усім хворим була проведена ехокардіографія. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлено у вигляді середніх величин та похибки середнього. Аналіз взаємозв’язків проведено за допомогою кореляції Спірмена (r).

Результати. У ході дослідження спостерігалось вірогідне підвищення копептину на 129,6 % у хворих на ГІМ та ОЖ. Параметри гемодинаміки також виявили відмінності у хворих на ГІМ та ОЖ: рівень кінцевого діастолічного об’єму (КДО) був вищим на 20,4 %, кінцевого систолічного об’єму (КСО) на 28,5 %, кінцевого діастолічного розміру (КДР) на 15,5 %, кінцевого систолічного розміру на 17,6 %, а рівень фракції викиду (ФВ) нижчим на 15,1 % порівняно з хворими без ОЖ. Знайдено прямі кореляції між копептином і КДО ($r = 0,25$, $p < 0,05$), КСО ($r = 0,36$, $p < 0,05$), КДР ($r = 0,47$, $p < 0,05$), і зворотна кореляція з ФВ ($r = – 0,23$, $p < 0,05$).

Отримані висновки. Рівень копептину зростав при наявності ожиріння у хворих на гострий інфаркт міокарда. Підвищена концентрація копептину асоціюється з дилатацією порожнин лівого серця і зниженням контрактильності у хворих на гострий інфаркт міокарда та супутнє ожиріння.

GONARTHRITIS AND COXARTHRITIS IN THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Iermolaeva M. V., Geiko I. A., Sokrut O. P., Verzilov S. N., Potapov Yu. A.
M. Gorky Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine

Objectives: of this research were the comparative evaluation of clinical, radiological and sonographic signs of gonarthrosis (GA) and coxarthrosis (CA) in the patients with different types of diabetes mellitus (DM).

Material and methods. There were 153 patients with osteoarthritis who were divided into two groups. The 1st (main) group consisted of 47 people (16 men and 31 women aged 25 to 72 years) with DM, and the 2nd (control) group included 106 patients without DM (83 men and 23 women aged 32 to 73 years). Type 1 DM (DM1) and type 2 DM (DM2) were diagnosed in 24% and 76% of the cases, respectively.

Results. In the patients with OA and with DM the hip joints in 3.7 times are likely to be involved in the process and in 1.2 times more - the knee joints. Diabetes affects the severity of GA and CA. Polyarthrosis has been revealed in 98% of the patients with DM and in 63% among the rest ones. The cases of tendovaginitis have been detected in 55% of the cases of diabetes and the cases of enthesopathy have been revealed in 21%, whereas these cases have been diagnosed only in 2% and 3% in the control group. The incidence of reactive synovitis in both groups showed no significant difference (45% and 54%). Heberden's nodules occurred in 10% of the cases, Bouchard’s nodules – in 4%, the signs of spondylarthrosis and osteochondrosis of the cervical spine were detected in 37% of the cases, thoracic osteochondrosis - in 41%, lumbar osteochondrosis – in 63%. The analysis of variances shows the dependence of the development of osteocytosis, subchondral sclerosis, epiphyseal osteoporosis, intraarticular calcifications, ligamentosis and cartilage flaps in GA from DM, but it doesn’t demonstrate the dependence of the amount of narrowing of articular fussure, the formation of Baker’s cysts, Hoff and Pellagri-Shtaidi bodies from DM. In general, shown statistically significant components of GA were detected in 30%, 55%, 64%, 38%, 18%, 16%, 13% of the number of the surveyed, respectively. DM in the patients with OA determines the number of affected joints in the form of polyarthrosis, not only starting, but also morning stiffness, the increase of the frequency of some roentgenosonographic signs of the articular syndrome, the severity of the involvement of the spine, knee and hip joints in the process that depend on the rates of insulinemia and glycosylated hemoglobin in the blood.

The development of GA and CA is often observed in the patients with DM of type 2, which is more "aggressive" factor as for the hip joint disease, while DM of type 1 in the patients with GA causes mainly the cases of tendosynovitis and enthesopathy. In such cases the intensity of synovitis is associated with diabetic macro- and microangiopathy. The presence of DM in the patients with GA affects the formation of osteocystosis, subchondral sclerosis, osteoporosis, intraarticular calcifications and cartilage flaps, ligamentosis.

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЦЕРЕБРАЛьНИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Єскін О. Р., Григоров М. М., Тихонова Л. В., Тесленко О. О.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити гемодинамічні зміни у хворих зі станом після ішемічного інсульту.

Актуальність дослідження визначається значною поширеністю цереброваскулярної патології, насамперед за рахунок ішемічного інсульту, як в Україні, так і за її межами. Однією із основ, що полягає у розвинені цього стану, є морфологічні зміни судинного русла атеросклеротичного ґенезу, із залученням магістральних судин та реалізацію мікроангіопатії, що здійснюється на метаболічному рівні.

Виходячи з цього, патогенетичним ґрунтом проведення будь-яких лікувальних заходів є діагностика порушень анатомічної та функціональної компонент цереброваскулярного резерву.

Було обстежено 73 хворих, які перенесли церебральний ішемічний інсульт: 20 хворих із давністю інсульту 3-6 місяців, 26 хворих – від 6 місяців до 1 року, та 37 – від 1 до 3-х років.

Ультразвукова допплерографія виконувалась на апараті «Sonodop – 8000».

Аналіз отриманих результатів засвідчив про наявність асиметрії лінійного кровотоку у 93 % хворих 1 групи,78 % 2 та 81 % 3 групи. У 69 % хворих допплерографічна картина співпадала із ступенем важкості хворих та рівнем відновлення рухової сфери. У 31% хворих мали місце гемодінамічно незначні зміни, що може свідчити про наявність вади компенсаторних механізмів, прискорюючих перерозподіл кровотоку, або збільшення затрат функціональних джерел компенсації, що, ймовірно, спричинило судинну катастрофу.

ОСОБЛИВОСТІ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ІНСУЛЬТУ

Єскін О. Р., Григорова І. А., Ярош В. А., Тихонова Л. В., Копитько Ж. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: проаналізувати активність креатінфосфокінази, лактатдегідрогенази, лужної фосфатази, гама-глутамілтрансферази, у сироватці крові хворих на ішемічний інсульт у гострому періоді, для виявлення стану окислювально-відновлювальних процесів та метаболічних змін основних енергетичних та пластичних матеріалів.

Серед судинних захворювань мозку найбільш розповсюдженим та тяжким є інсульт. У останні роки завдяки об'єднаним зусиллям фундаментальних нейронаук та клінічної неврології розкриті основні механізми розвитку мозкових інсультів і, в першу чергу, ішемічного пошкодження тканини мозку.

Біохімічні дослідження були проведені на 1 та 7 добу захворювання у 72 пацієнтів: 48 чоловіків та 24 жінок, у віці 33-85 років.

Активність ферментів у сироватці крові визначалась на біохімічному аналізаторі "Screen master lab" фірми "Hospitex Diagnostics".

Хворі на підставі тяжкості перебігу та виходу захворювання були розподілені на чотири клінічні групи: 1 група - хворі у задовільному стані (10 чоловік), 2 група – хворі у стані середньої важкості (31 чоловік), 3 група – хворі у тяжкому стані (17 чоловік), 4 група – хворі у край тяжкому стані (померлі) – 9 чоловік.

Отримані нами результати свідчать про достовірне порушенні активності ферментів, які проявляються, переважно, у гіперферментемії, у більшому ступені КФК (на 108,1 %, 97,2 % вище контролю), потім ЛДГ (46,4 %, 28,4 %), ЛФ (36,9 %, 32, %), ГГТП (31,8 %, 23,7 %),яка залежить від ступеня тяжкості та виходу захворювання. Так найбільша активність ферментів отримана у пацієнтів зі сприятливим виходом ішемічного інсульту, а у хворих 4 групи показники були найнижчими. Це дає можливість припускати, що активність ферментів, які беруть участь у енергетичному обміні, є компенсаторною реакцією організму.

ЧАСТОТА РЕАКЦІЙ АДАПТАЦІЇ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ

Жакун І. Б., *Жакун В. М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
**Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня, Україна*

Відомо, що низькочастотне магнітне поле, яке використовується у лікуванні пацієнтів з хворобами внутрішніх органів, зумовлює адаптаційну перебудову організму в цілому.

Метою дослідження було оцінити характер змін частоти загальних неспецифічних адаптаційних реакцій залежно від типу лікування: із застосуванням магнітотерапії (МТ) та без неї у хворих з різним рівнем особистісної тривожності. Була обстежена група хворих з гастроентерологічною патологією, з яких 91 пацієнт у складі лікування отримували МТ, а 19 пацієнтів склали контрольну групу. Тип адаптаційних реакцій визначався за рівнем лімфоцитів периферійної крові та індексом адаптації.

У пацієнтів з низьким рівнем ОТ, які приймали МТ, частота реакції стресу (РС) після лікування зменшувалась удвічі, частота реакції орієнтування (РО) та спокійної активації (РСА) залишалась незмінною, а реакція підвищеної активації (РПА) після лікування визначалась у 3 рази частіше. Важливим виявилось те, що у пацієнтів з помірною особистісною тривожністю, які приймали МТ, після лікування РС визначалась у 7 раз рідше, частота РО зросла на 10 %, РСА визначалась однаково часто до та після лікування, а частота РПА збільшилась у 2,5 разів. За умов вираженої особистісної тривожності частота РС зменшилась лише на 4,7 %, реакція переактивації після лікування визначалась удвічі рідше; частота РО зросла у 1,7 разів, натомість частота РСА та РПА зменшувались (у 2,3 та 1,2 рази відповідно). У пацієнтів контрольної групи з низьким рівнем особистісної тривожності частота РС, РО та РСА не змінилась. За умов помірної особистісної тривожності у хворих, які не приймали МТ, частота стресу зменшилась удвічі, частота РО залишилась незмінною, а РСА після лікування визначалась у 2 рази частіше. У пацієнтів контрольної групи з вираженою особистісною тривожністю частота РС не змінилась, реакція орієнтування після лікування визначалась на 14,2 % рідше, в 2 рази зменшилась частота РСА, проте після лікування в 28,6 % пацієнтів визначалась РПА.

Таким чином, низькочастотна магнітотерапія виявилась більш ефективною стосовно зниження частоти несприятливих адаптаційних реакцій за умов помірної та низької особистісної тривожності, а також стосовно збільшення частоти сприятливих реакцій адаптації у пацієнтів з низьким рівнем особистісної тривожності.

ОСОБЛИВОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Ждан В. М., Лебідь В. Г.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих працездатного віку. Встановлено, що ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

Мета: вивчити ефективність, анальгезуючий, протизапальний ефект і безпеку схеми лікування комбінацією препаратів: хондропротектора (хондроїтин сульфату 200 мг № 25 ін'єкцій); сартану (вазар 80-320 мг на добу, постійно); статину (розувастатину 20 мг на добу, постійно) в порівнянні з групою, яка отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг 1,5 місяці) на фоні прийому вазару і розувастатину у хворих на ОА в поєднанні з серцево-судинними захворюваннями.

У дослідження включені 50 хворих віком 54-76 років розділених по групам: *1 група* – (n = 25) хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій); сартан (вазар 80-320 мг на добу, постійно); статин (розувастатину 20 мг на добу, постійно); *2 група* – (n = 25) отримувала хондропротектор (хондроїтин сульфат 200 мг № 25 ін'єкцій, а потім глюкозамін гідрохлорид 500 мг з хондроїтин сульфатом 500 мг 1,5 місяці) на фоні прийому вазару і розувастатину.

Критерії ефективності лікування: загальні клінічні обстеження крові, сечі, креатетніну, загального білірубіну, АЛТ, АСТ, рентгенографію і УЗД дослідження колінних суглобів, індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ і критерії якості життя по EuroQol-5D.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: 1 група – 20 хворих, 2 група – 22 хворих. Більш виражений позитивний ефект в 2 групі пацієнтів: більш виражений зниження індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ, покращення якості життя за критеріями EuroQol-5D , збільшення термінів ремісії ОА.

Отже, доведена клінічна ефективність впливу поєднання ампульованої та таблетованої форм хондропротекторів на фоні прийому сартану і статину, яке показало більш високу ефективність в плані зменшення больового синдрому і покращення функціональної здатності суглобів, а також безпеку використання даної схеми лікування у хворих на ОА у поєднанні з коморбітною патологією.

ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Ждан В. М., Штомпель В. Ю., Іваницький І. В.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Хронічні неінфекційні захворювання (ХНІЗ) являються провідною причиною смертності дорослого населення України і на 82 % визначають рівень загальної смертності усієї популяції та на 62,4 % – працездатних людей. Шляхом реалізації науково обґрунтованих профілактичних і лікувальних заходів багато країн світу змогли суттєво покращити свою демографічну ситуацію. Це було досягнуто завдяки спільним зусиллям медичних і немедичних структур: міністерств, бізнесу, громадських організацій. Адже формування здорового способу життя, що є одним із основних напрямків профілактичної медицини, залежить не тільки від обізнаності його основам, а й забезпечення відповідних умов. А питання ранньої діагностики ХНІЗ та факторів їх ризику з наступною своєчасною корекцією реалізується системою охорони здоров'я з провідною роллю сімейного лікаря. В сучасних навчальних програмах підготовки лікаря загальної практики особливе значення надається формуванню навичок діагностики та модифікації факторів ризику найбільш поширених ХНІЗ та консультуванню пацієнтів з питань здорового способу життя.

На кафедрі сімейної медицини і терапії факультету післядипломної освіти нашої академії проводяться тренінги з методики цільового консультування (мотиваційного консультування) як доказового способу отримати комплаєнс з пацієнтом. Особлива увага надається консультуванню пацієнта-курця. Адже паління – це фактор ризику цілої низки захворювань: серцево-судинних, хвороб органів дихання, травлення, онкологічних та ін. З метою боротьби з цим чинником на практичних заняттях з інтернами-сімейниками відпрацьовуються кроки цільового консультування з профілактики і лікування тютюнопаління, які направлені на систематичне виявлення курців серед пацієнтів, виділення серед них тих, хто готовий кинути палити та проведення з ними дій, що регламентуються міжнародними принципами і направлені на допомогу пацієнту скласти стратегію-план відмови і забезпечити його реалізацію.

Не менш важливе значення має формування у майбутніх лікарів загальної практики навичок з профілактики ожиріння, алкоголізму, наркоманії, небажаної вагітності та захворювань що передаються статевим шляхом та надання рекомендацій щодо раціонального харчування та фізичної активності. Адже сімейний лікар має найбільший вплив на стан здоров'я як окремої людини, так і нації в цілому. Тому перебудова медичної освіти з урахування навчання принципам профілактики та здорового способу життя безсумнівно допоможе в майбутньому змінити тривожну демографічну ситуацію в Україні.

АУТОІМУННІ МЕХАНІЗМИ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Железнякова Н. М., Зелена І. І., Пасієшвілі Т. М., Супрун І. О.
Харківський національний медичний університет, Україна

Метою даного дослідження було визначення проліферативної активності лімфоцитів у присутності тканинних антигенів печінки у пацієнтів з коморбідним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали та методи. Обстежено 47 пацієнтів з ХОЗЛ, що протікає на тлі ХП, – основна група, і 32 хворих з ізольованим ХОЗЛ – група порівняння. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових осіб. Рівень аутосенсибілізації лімфоцитів відносно нормальних антигенів тканини печінки людини оцінювали в реакції бласттрансформації лімфоцитів з підрахунком кількості проліферуючих лімфоцитів на 100 клітин і відсотка проліферації. Статистична обробка результатів проводилася за допомогою ліцензійних програм «Microsoft Excel» і «Statistica 6.0».

Результати. Виявлено достовірне збільшення проліферативної активності лімфоцитів у присутності тканинних антигенів печінки як в основній групі – до (4,7 ± 0,37) % ($p < 0,05$), так і в групі порівняння – до (2,8 ± 0,35) % ($p < 0,05$) по відношенню до показників контролю – (1,34 ± 0,22) %. При порівняльному аналізі за даним показником по групах обстежених хворих також встановлено вірогідні відмінності ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на ХОЗЛ спостерігається виражена гіперактивація аутоімунних процесів, а саме збільшення проліферативної активності лімфоцитів у присутності тканинних антигенів печінки. При цьому, в умовах коморбидной патології відзначається достовірно більш висока імуногенність антигенів печінки, що є предиктором аутоімунного ураження органів-мішенів та розвитку відповідних ускладнень.

ІНСУЛІНОПОДІБНИЙ ФАКТОР РОСТУ-1 У ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Журавльова Л. В., Пивоваров О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

АктуальністьЗа даними Міжнародної федерації з діабету,число хворих на цукровий діабет (ЦД) в Європі складає близько 5 % населення. Кожні 10-15 років кількість хворих подвоюється. В Україні налічується близько 1 млн. хворих на ЦД. Число осіб з порушенням вуглеводного обміну може бути у 2-3 рази більше за рахунок прихованих недіагностованих форм ЦД 2 типу. У осіб з артеріальною гіпертензією ЦД 2 розвивається у 3-4 рази частіше, ніж у осіб без поєднаної патології. Тому пошук нових маркерів для прогнозування розвитку ЦД 2 у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) є актуальною проблемою, яка потребує подальшого наукового вивчення.

Мета роботи – визначити роль інсуліноподібного фактора росту-1 (ІФР-1) як маркера глюкозо метаболічних порушень у хворих на АГ.

Матеріали та методи дослідження. Всього обстежено 120 осіб, перша група – 60 хворих на АГ, друга група – 40 хворих з поєднаним перебігом АГ та ЦД 2 типу, контрольна група – 20 практично здорових осіб. Рівень ІФР-1 визначався імуноферментним методом за допомогою наборів реактивів DRG (Німеччина).

Результати. У всіх групах спостерігався прямий кореляційний зв’язок між рівнем ІФР-1 у крові та індексом HOMA-IR. Спостерігалося зростання величини коефіцієнта кореляції при виникненні обтяження ЦД 2 типу перебігу АГ у хворих. Найбільше значення коефіцієнта кореляції виявилося у другій групі серед хворих з поєднаним перебігом АГ та ЦД 2 типу.

Висновки. Результати кореляційно-регресійного аналізу між рівнем ІФР-1 в сироватці крові та показниками стану вуглеводного обміну у хворих на АГ та у хворих з поєднаним перебігом АГ та ЦД 2 типу свідчать про можливість використання показника рівня ІФР-1 як маркера ранніх глюкозометаболічних порушень у хворих з АГ.

Постійний моніторинг наявності факторів ризику розвитку ЦД 2 типу у популяції населення сприяє досягненню позитивних результатів у профілактиці розвитку ЦД 2 типу та сприяє попередженню виникнення ускладнень.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ESR1 У ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Журавльова Л. В., Бутова Т. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження – вивчити частоту поліморфізму T397C гена *ESR1* у жінок в постменопаузі з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження були включені 137 жінок із Харківської області України: 30 пацієнток із ЦД 2 типу (1-ша група), 34 – із АГ 2-3 ступеня (2-га група), 42 – із ЦД 2 типу і АГ 2-3 ступеня (3-тя група) та 31 здоровий донор (контрольна група). Геномну ДНК вилучали стандартним методом – фенольно-хлороформною екстракцією, ампліфікацію поліморфної ділянки гена *ESR1* проводили за допомогою полімеразно-ланцюгової реакції. Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Excel та Statistica з використанням стандартних методів варіаційної статистики. Для оцінки вірогідності різниці за парних змін показників використовували t-критерій Стьюдента. Різницю вважали статистично вірогідною при ($p < 0,05$).

Результати дослідження. У нашому дослідженні розподіл генотипів гена *ESR1* відбувся наступним чином: гомозиготний TT генотип гену *ESR1* переважав у здорових донорів ((70,97 ± 8,15) % (n = 22)) у порівнянні з пацієнтами 1-ої групи ((10,00 ± 5,48) % (n = 3)), 2-ої групи ((8,82 ± 4,86) % (n = 3)) і 3-ої групи ((11,90 ± 5,00) % (n = 5)), показники були достовірні ($p < 0,05$). Гетерозиготний TC генотип гену *ESR1* спостерігався у (56,67 ± 9,05) % (n = 17) у 1-ій групі, (67,65 ± 8,02) % (n = 23) – у 2-ій групі, (61,90 ± 7,49) % (n = 26) – у 3-ій групі і (12,90 ± 6,02) % (n = 4) – у контрольній групі. Гомозиготний CC генотип гена *ESR1* був (33,33 ± 8,61) % (n = 10) у 1-й групі, (23,53 ± 7,27) % (n = 8) – у 2-ій групі, (26,19 ± 6,78) % (n = 11) – у 3-ій групі і (16,13 ± 6,61) % (n = 5) у контрольній групі. Відмінності гетерозиготного TC генотипу гену *ESR1* у 2-ій і 3-ій групах достовірні ($p < 0,05$).

Висновок. У жінок в постменопаузі хворих на АГ та з поєднаною патологією (АГ і ЦД 2 типу) достовірно переважає гетерозиготний TC генотип поліморфізму T397C гена *ESR1*. Виявлення зазначеного генотипу слід розглядати як можливий фактор ризику розвитку АГ, що потребує проведення цілеспрямованих профілактичних заходів.

ДІСЛІПІДЕМІЯ ТА ВИРАЗНІСТЬ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТА ПРИ ПОЄДНАННІ ЙОГО З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Журавльова Л. В., Олійник М. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

кафедра внутрішньої медицини № 3

В останні роки з'являються дані про те, що метаболічні порушення впливають на перебіг та виразність суглобового синдрому у хворих на остеоартроз (ОА).

Мета роботи – вивчити вплив дисліпідемії на прояви суглобового синдрому у хворих на остеоартроз (ОА) і цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи: Були обстежені 27 пацієнтів з ОА і ЦД 2-го типу (вік (58,4 ± 5,3) років) – 1-ша група і 20 пацієнтів з ЦД 2-го типу (вік (52,15 ± 6,8) років) – 2-га група. Середня тривалість захворювання ОА становила ((7,4 ± 2,7) років), ЦД 2 типу ((9,7 ± 4,9) років). Групи були порівнянні за статтю та ІМТ. Всім пацієнтам визначали ліпідний спектр крові колориметричним методом: загальний холестерин (ЗХС), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ), ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ). Проводилось дослідження вуглеводного обміну. Дослідження суглобів включало огляд, пальпацію, об'єктивну оцінку болю у стані спокої та при рухах за ВАШ. Симптоми ОА оцінювали також за індексом WOMAC (Western Ontario and McMaster University) та Лекена. Визначали рівень С-реактивного білка (СРБ), проводилось рентгенологічне дослідження колінних суглобів.

Результати. Середній рівень ЗХС та ТГ у хворих 1-ої групи склали (6,05 ± 0,23) ммоль/л та (1,71 ± 0,15) ммоль/л, відповідно, 2-ої (6,82 ± 0,27) ммоль/л та (1,98 ± 0,17) ммоль/л, відповідно. У хворих на ізольований перебіг ОА при проведенні канонічного аналізу було виявлено дуже сильну кореляцію між показниками ліпідного обміну і клінічної картини. Таким чином, у пацієнтів з ізольованим перебігом ОА існує сильний множинний зв'язок між ліпідним обміном і ускладненнями клінічної картини (канонічна кореляція=0,994300, p=0,0017), найбільший внесок у який із показників клінічної картини робить сумарний бал WOMAC, а з показників ліпідного обміну ЗХС і ХС ЛПНЩ. При поєднаному перебігу ОА і ЦД 2-го типу знайдено дві позитивні кореляції оцінки болю за WOMAC із рівнем ЗХС ($r = 0,48$, $p = 0,01$) і ХС ЛПНЩ ($r = 0,41$, $p = 0,03$). Крім того, рівень ЗХС був пов'язаний і з оцінкою болю при рухах за шкалою ВАШ ($r = 0,45$, $p = 0,017$), а рентгенологіні зміни за Kellgren були пов'язані кореляційним зв'язками з рівнем ЗХС ($\tau = 0,40$, $p = 0,0026$) і ХС ЛПНЩ ($\tau = 0,399$, $p = 0,003$).

Висновки. Отримані результати змін ліпідного обміну та їх зв'язок з клініко-рентгенологічними даними у хворих на ОА свідчать про роль метаболічних порушень у прогресуванні перебігу ОА.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ СТЕАТОЗУ

Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Ягмур В. Б., Косенко І. С., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити клінічні особливості та структурні зміни паренхіми печінки у дітей з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) в залежності від ступеня стеатозу.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 34 дитини з патологією шлунково-кишкового тракту. Визначення наявності й ступеня стеатозу печінки проводили за допомогою апарату «FibroScan-touch-502» з дослідженням контрольованого параметру ультразвукового загасання (CAP). Групу S_0 склав 21 пацієнт без стеатозу печінки (61,8 %), групу S_1 – 4 пацієнти з 1 ступенем стеатозу (11,7 %), групу S_2 – 4 пацієнти із 2 ступенем стеатозу (11,7 %), групу S_3 – 5 пацієнтів з 3 ступенем стеатозу (14,8 %).

Результати та обговорення. Виявлені достовірні відмінності між середніми показниками ваги та індексу маси тіла (ІМТ) у дітей досліджуваних груп, максимальні показники ваги були зафіксовані у групі S_2. Виявлені значущі відмінності за показником обводу талії дітей з стеатозом, збільшення обводу талії корелювало з зростанням ступеню стеатозу печінки. Клінічні прояви не мали специфічних ознак й обумовлювались поєднаною патологією органів травлення. Частота виявлення гепатомегалії збільшувалась паралельно з зростанням ступеня стеатозу й була максимальною в групі S_3 (60 %) ($p < 0,05$). Характерними сонографічними ознаками структурних змін печінки при стеатозі були збільшення її розмірів ($p < 0,05$) переважно за рахунок лівої частки та хвостатої частки, що супроводжувалось підвищенням ехогенності печінки ($p < 0,05$) та змінами зернистості ($p < 0,05$). Жорсткість паренхіми печінки збільшувалась зі зростанням ступеня стеатозу й була максимальною у дітей з 3 ступенем стеатозу ($p < 0,001$).

Висновки. Діти зі стеатозом печінки характеризуються достовірно вищими середніми показниками ваги, ІМТ, обводу талії, що збільшуються з зростанням ступеня стеатозу. Клінічна симптоматика стеатогепатозу не залежить від ступеня стеатозу й обумовлюється поєднаною патологією органів травлення. Структурні зміни печінки характеризуються збільшенням її розмірів, підвищенням ехогенності та зростанням жорсткості паренхіми печінки, які прямо корелюють із ступенем стеатозу. Для своєчасної діагностики та попередження прогресування структурних змін паренхіми печінки при НАЖХП у дітей доцільним є проведення фіброскануванння печінки з визначенням ступеню стеатозу.

ANEMIA OF CHRONIC DISEASE IN PATIENTS WITH BECHTEREW'S DISEASE AS A MARKER OF SYSTEMIC INFLAMMATION

Zazdravnov A. A.
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Bechterew's Disease (BD) is a systemic disease of the connective tissue, mainly affecting the joints and ligaments of the spine and the involvement of the internal organs. 0.1 to 1% of people, mostly young and middle-aged men suffer from the BB in the general population. Anemia is the most frequent extra-articular manifestation of BD. It is diagnosed in 25-30% of patients. The main type of anemia in these patients is anemia of chronic disease (ACD). ACD occurs in patients with acute or chronic immune activation. The condition has thus been termed "anemia of inflammation."

Objective. To determine the relationship between hemoglobin levels and the degree of inflammatory activity in patients with BD.

Materials and methods. 62 patients with BD were examined. The exclusion criteria from investigation were: concomitant inflammatory visceral pathology, indications on bleeding from any site during the previous year, the positive Gregersen's reaction in feces. Methods of parametric statistics were used for the processing of the study results.

Results and discussion. Anemia was observed in 26 (41.9%) of 62 patients. The concentration of hemoglobin (Hb) decreases with the increase of disease activity. The level of Hb depends on the degree of disease activity. The average level of Hb in 28 patients with 1-st degree of BD activity amounted 129.9 ± 2.81 g / l; in 21 patients with 2-nd degree of BD activity – 124,9 ± 4,55 g / l; in 13 patients with 3-rd degree of BD activity – 117,9 ± 4,51 g / l. The differences between the levels of hemoglobin in patients 1-st and 3-rd degrees of activity were significant ($t = 2,335$, $p = 0,025$).

In all cases the anemia was normochromic and normocytic. Also, in all cases, serum iron level was not reduced. These findings (the absence of iron deficiency and normal morphology of red blood cells) suggest that in patients with BD is observed namely ACD.

Conclusions. ACD is a frequent extra-articular manifestation in patients with BD. Severity of anemia depends on the degree of inflammatory activity.

ІНСУЛЬТ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Зазикіна Д. С., Флегантова Б. Л.
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Мета: дослідження розповсюдження інсультів у сільського населення Полтавського району дозволить розробити профілактичні заходи з метою запобігти втратам працездатності і погіршенню якості життя людей.

За період 2012-2015 років у Полтавському районі зареєстровано серед жінок і чоловіків працездатного і пенсійного віку всього 345 інсультів. Дані представлені у таблиці.

	2012				2013				2014				2015			
	Інсульт з гіпертонією		Інсульт без гіпертонії		Інсульт з гіпертонією		Інсульт без гіпертонії		Інсульт з гіпертонією		Інсульт без гіпертонії		Інсульт з гіпертонією		Інсульт без гіпертонії	
	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч
Працездатний вік	10	14	3	6	7	18	5	6	13	5	3	11	3	3	2	7
Пенсійний вік	10	7	7	11	17	15	21	10	20	12	11	10	15	7	30	26

За статистичними даними кількість інсультів з гіпертонією збільшена серед чоловіків працездатного віку і дорівнює у 2012 році 14 хворих і у 2013 році 18 хворих. У 2014 і 2015 роках у працездатних чоловіків інсульти з гіпертонією значно менше і складають відповідно 5 і 3 хворих. Динаміка хворих працездатних жінок з 2012 року – 10; 2013 рік – 7; 2014 рік – 13 і 2015 рік – 3. Порівняння кількості інсультів з гіпертонією у жінок працездатного віку свідчить про кількісну перевагу перед чоловіками у 2012 і 2014 роках. У осіб працездатного віку інсульти без гіпертонії зареєстровані у жінок: 2012 р. – 3; 2013 р. – 5; 2014 р. – 3; 2015 р. – 2; у чоловіків: 2012 р. – 6; 2013 р. – 6; 2014 р. – 11; 2015 р. – 7.

Висновки.

1. Інсульти з гіпертонією серед чоловіків працездатного віку збільшені у 2012 і 2013 роках порівняно з 2014-2015 роками.
2. Інсульти з гіпертонією серед жінок працездатного віку збільшені у 2012 і 2014 роках.
3. Серед чоловіків і жінок пенсійного віку інсульти з гіпертонією переважають у 2013 і 2014 роках.
4. Значне збільшення кількості інсультів без гіпертонії у хворих пенсійного віку виявлено у 2015 році.

МАРКЕРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: встановити маркери ускладненого перебігу гострого періоду інфаркту міокарда (ГІМ) у хворих із супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу на підставі оцінки маркерів пошкодження ендотелію – фактора Віллебранда, sVE-кадгерину, sCD40-ліганду.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 70 хворих: I група – 23 хворих з ускладненим перебігом гострого періоду інфаркту міокарда, II група – 47 хворих з неускладненим перебігом гострого періоду інфаркту міокарда. Рівень sVE-кадгерину, sCD40-ліганду, фактора Віллебранда визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми Bender MedSystem (Австрія) на 1-й та на 10-й день інфаркту міокарда. Розраховувалися: середнє значення (M), стандартне відхилення, вірогідність та рівень значущості (p).

Результати: за результатами проведеного порівняльного аналізу виявлено, що хворі на ЦД 2-го типу з ускладненим перебігом мали достовірно вищі рівні фактору Віллебранда, визначеного на 1-й ((2,12 ± 0,06) ОД/мл та (1,94 ± 0,03) ОД/мл відповідно; p = 0,0034) та на 10-й день ((1,82 ± 0,07) ОД/мл та (1,59 ± 0,03) ОД/мл, відповідно; p = 0,001), ніж хворі з неускладненим перебігом гострого періоду ІМ. При цьому встановлено, що недостатнє зниження рівня цього показника під впливом лікування також асоціюється з розвитком ускладнень ((-14,6 ± 1,1) % та (-18,1 ± 0,8) %, відповідно; p = 0,01). Також було встановлено, що у хворих на ГІМ з супутнім ЦД 2-го типу недостатнє зниження sCD40-ліганду також корелює з ускладненим перебігом, порівняно з хворими без ускладнень ((-16,3 ± 1,7) % та (-22,5 ± 1,5) %, відповідно; p = 0,0098). Не встановлено достовірних відмінностей в рівні sVE-кадгерину у порівнюваних групах як на 1-й ((1,82 ± 0,04) нг/мл та (1,75 ± 0,04) нг/мл, відповідно; p = 0,24), так і на 10-й день ((1,49 ± 0,03) нг/мл та (1,46 ± 0,04) нг/мл, відповідно; p = 0,53) інфаркту міокарда.

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда із супутнім ЦД 2-го типу ускладнений перебіг гострого періоду асоціювався з достовірно вищими рівнями фактора Віллебранда на 1-й та на 10-й день та з недостатнім зниженням фактора Віллебранда та sCD40-ліганду на тлі лікування.

Вищезазначене ще раз підтверджує важливість визначення маркерів пошкодження ендотелію – sVE-кадгерину, sCD40-ліганду, фактора Віллебранда з метою прогнозування ускладненого перебігу гострого періоду інфаркту міокарда у хворих із супутнім цукровим діабетом 2-го типу.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МЕЖДУ АТОРВАСТАТИНОМ И РОЗУВАСТАТИНОМ

Залюбовская Е. И., Кондратьева А. Ю., Бурочко О. С.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: Провести сравнительный анализ эффективности препаратов аторвастатин и розувастатин в достижении целевого уровня ХС ЛПНП ≤ 2,4 ммоль/л.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 32 пациента с подтвержденной клинически артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа с дислипидемией без явной клинической ишемической болезни сердца (ИБС), ранее не получавшие медикаментозную гиполипидемическую терапию как минимум 1,5-2 месяца до начала исследования. Пациенты были случайным образом рандомизированы в группу I или группу II.

Пациенты группы I (15 человек) имели исходный уровень ХС ЛПНП (3,62 ± 0,27) ммоль/л получали оригинальный аторвастатин в дозировке 10 мг 1 р/сутки.

Пациенты группы II (17 человек) имели исходный уровень ХС ЛПНП (3,76 ± 0,22) ммоль/л получали оригинальный розувастатин в дозировке 10 мг 1 р/сутки.

Липидный спектр контролировали с интервалом через 4 недели после начала приема статинов с необходимой дальнейшей коррекцией дозы препаратов. Целевым уровнем ХС ЛПНП считали ≤ 2,4 ммоль\л.

Полученные результаты: К концу 12-й неделе лечения у всех пациентов был достигнут целевой уровень ХС ЛПНП. В группе I (аторвастатин) 12 из 15 человек (75 %) достигли целевого уровня ХС ЛПНП при дозе 10 мг. Увеличение дозы до 20 мг потребовалось у 3 из 15 пациентов (25 %).

В группе II (розувастатин) целевой уровень ХС ЛПНП достигнут при дозе 10 мг только у 8 из 17 человек (45 %), а у 9 из 17 больных (55 %)- потребовалось увеличение дозы до 20 мг.

Заключение: Учитывая результаты исследований, целевая доза аторвастатина , необходимая для достижения целевого ХС ЛПНП в группе I составила (12,5 ± 2,50) мг в сутки, а целевая доза розувастатина в группе II (15,45 ± 1,95) мг. Оригинальный аторвастатин превосходит оригинальный розувастатин по гиполипидемическому эффекту в 1,48 раза.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TBXA2R И ГЕНА ГЛИКОПРОТЕИНА IA И ИХ СВЯЗЬ С АГРЕГАЦИЕЙ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Запровальная О. Е., Бондарь Т. Н., Ченчик Т. А., Рябуха В. В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Цель исследования – изучить распространенность T924C (rs4523) полиморфизма гена рецептора тромбоксана А2 (TBXA2R) и C807T (rs1126643) полиморфизма гена гликопротеина Ia (ITGA2) и их связь с агрегационной активностью тромбоцитов у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 228 больных с хронической ИБС (стабильная стенокардия, инфаркт миокарда). Группу контроля составили 37 практически здоровых лиц соответствующей возрастной категории. Генотипирование осуществляли методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом длин рестрикционных фрагментов. Агрегационную активность тромбоцитов оценивали по суммарному индексу агрегации тромбоцитов (СИАТ) турбидиметрическим методом с использованием в качестве индукторов агрегации аденозиндифосфат (АДФ) в концентрации 10 мкМ и арахидоновую кислоту (АК) в концентрации 0,5 мМ.

Результаты. В группе ИБС частота генотипов T924C (rs4523) гена TBXA2R составила: ТТ – 13,2 %, ТС – 43,4 %, СС – 43,4 %, что значимо не отличалось от показателей контрольной группы: ТС – 57,1 %, СС – 42,4 %, ТТ – 0 % ($p > 0,05$). Также не было выявлено статистически значимых различий показателей АДФ и АА-индуцированной агрегации между пациентами с ТТ, ТС и СС генотипов ($p > 0,05$).

При анализе частоты генотипов C807T (rs1126643) гена ITGA2 в контрольной группе выявлено: СС – 36,8 %, СТ – 47,6 %, ТТ – 19,0 %. Распределение генотипов в группе ИБС существенно не отличалось: СС – 36,4 %, СТ – 44,7 %, мутантных гомозигот ТТ – 18,9 %. Встречаемость С и Т-аллелей и у больных с ИБС, и в контрольной группе также не отличалась ($p > 0,05$). В то же время, индекс АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов у пациентов ИБС, имеющих Т-аллель пациентов была значительно выше ($p = 0,01$), тогда как статистически значимых различий показателей АА-индуцированной агрегации между пациентами с СС, ТС и ТТ генотипами выявлено не было.

Выводы. Наличие мутантной аллели C807T (rs1126643) гена ITGA2 у больных с ИБС влияет на активность АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов и может быть связано с высокой реактивной способностью тромбоцитов.

CROSSTALK BETWEEN THE HEART AND LIVER DISEASES. A MODERN APPROACH TO THE PROBLEM

Zelena I. I., Zhelezniakova N. M.,Suprun I. O., Panchenko G. Y.

Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

There is a mutual interaction between the function of the heart and the liver and a broad spectrum of acute and chronic entities that affect both the heart and the liver.

It has been known for many years that the heart and the liver are intimately related. Thus, patients with acute and chronic heart failure develop manifestations from the liver. Cardiac cirrhosis includes a spectrum of hepatic derangements occurring in the setting of right-sided heart failure. Unlike cirrhosis caused by chronic alcohol use or viral hepatitis, the effect of cardiac cirrhosis on overall prognosis has not been clearly established, but cardiac cirrhosis may be reversed after heart transplantation (HTx).

Heart failure often provokes liver damage, as it could be expected. In fact, the liver receives up to 25% of cardiac output, and is therefore highly sensitive to reduction in blood flow. Moreover, the lack of valves in hepatic veins allows increased inferior caval pressure to hit the sinusoidal bed without any attenuation. Indeed, the liver involvement in heart failure has long been recognized, but the studies dealing with this matter are relatively few, not rarely with contradicting results. The are several potential reasons for variant results: heart failure aetiology has changed over the years, being mainly related to rheumatic valvular disease in the earliest studies and to ischaemic cardiomyopathy more recently; the outcome of heart failure has dramatically improved, due to the increased efficiency of medical treatment, not to mention the widespread use of HTx. Thus, cardiac cirrhosis, once the paradigm of liver involvement in heart failure, is now rare. Cardiac hepatopathy is classically described in the setting of either acute or chronic heart failure. However, clinical and pathogenetic factors related to both conditions often coexist, and a clear-cut partition between them is not always appropriate. The recognition and diagnosis of cardiac hepatopathy are important, as liver damage can influence the prognosis and outcome of the cardiac disease, and can only recover through measures improving cardiac function.

Although there are clinical associations and relation to mortality, the clinical relevance of cirrhotic cardiomyopathy in terms of specific treatment needs to be clarified. Future longitudinal follow-up studies and studies on cardiovascular effects of OLT and shunt insertion should reveal the impact of normalization of cardiac function on cirrhosis. The risk and prevalence of CAD in cirrhosis are increasing due to the growing incidence of chronic liver disease related to NASH. A careful cardiac evaluation is therefore important prior to surgical procedures, TIPS insertion, or OLT in order to reduce the perioperative mortality. In turn, a careful liver assessment is warranted in candidates to HTx, as severe hepatic dysfunction often predicts an adverse outcome.

ЗАСТОСУВАННЯ КСАНТЕНОВИХ БАРВНИКІВ ДЛЯ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНТНОГО КОНТРОЛЮ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСУ КРОВІ

Зінченко В. Д., Горяча І. П., Головіна К. М., [*]Топчій І. І., [*]Кірієнко О. М.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків,
[*]ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків

Хемілюмінесцентні методи займають значне місце у дослідженні активних форм кисню (АФК) у живих системах і вивченні дії антиоксидантних систем. У більшості випадків ці методи пов'язані з застосуванням підсилювачів люмінесценції, серед яких найбільш поширеними є люмінол і люцигенін. Актуальним є пошук нових люмінесцентних агентів і такі роботи ведуться у багатьох лабораторіях світу, оскільки хемілюмінесцентні методи набувають все більшого поширення для вирішення різних задач у медико-біологічних дослідженнях. Важливе значення має розробка таких методів аналізу, які дозволяли б виявляти і аналізувати конкретні форми АФК у живих системах.

Метою даної роботи стала розробка методу застосування похідних флуоесцеїну – ураніну і еозіну для реєстації АФК у цільній крові та у плазмі крові людини. Для досліджень використовували розчини 100 мкМ ураніну і еозіну на 15 мМ фосфатному буфері, pH 7,4, у розчин додавали хлорид натрію для забезпечення ізотонічності. Хемілюмінесцентну реакцію викликали за допомогою озону, який уводили у вигляді озонованого фізіологічного розчину (ОФР) з концентрацією озону 6 мг/л. При уведенні ОФР у розчини ураніну і еозіну виникає спалах хемілюмінесценції тривалістю близько 10 с, однак у присутності цільної крові світіння спостерігається значно довше і триває близько 12 хв. Показано, що світіння пов'язане з плазмою, а не з форменими елементами крові. Інтенсивність світіння більш висока в системі з ураніном, тому подальші дослідження проводились з ураніном. Встановлено, що в основі механізму світіння лежить резонансне перенесення енергії від синглетного кисню на уранін (еозін). При додаванні антиоксидантів, таких як аскорбінова кислота або тролокс (водорозчинний аналог вітаміну Е) інтенсивність світіння знижується. Якщо інтенсивність знижується до нуля при достатній дозі антиоксиданта, то світіння не відновлюється при повторному додаванні АФК. Швидкість спаду інтенсивності світіння, індукованого озоном у системі «плазма крові-уранін» у відповідь на додавання антиоксиданта, залежить від ефективності нейтралізації АФК антиоксидантом у плазмі крові і може бути показником антиоксидантного статусу крові.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ІНФРАЧЕРВОНОГО ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ ТА ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ ПРИ ЇХ СУМІСНОМУ ВИКОРИСТАННІ

Зупанець І. А., Маколінець В. І., Брунь Л. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН, м. Харків, Україна

Розповсюдженість остеоартрозу (ОА) за останні роки зросла на 48 %, а щорічна первинна захворюваність – більш ніж на 20 %. Існують різноманітні методи лікування, одним із яких є інфрачервоне лазерне випромінювання (НІЛВ).

Мета: дослідити вплив НІЛВ на концентрацію диклофенаку натрію (ДNa) та глюкозаміну гідро хлориду (ГА•HCl) при їх сумісному використанні в плазмі крові щурів.

Експериментальні дослідження проведені на 20 щурах-самцях масою 250-300 г. Робота з тваринами проводилась згідно з Міжнародними вимогами про гуманне ставлення до тварин та з дотриманням вимог директиви 86/609/ЕЕС з питань захисту тварин. Тварини були розділені на 4 групи по 5 щурів у кожній: першій групі вводили воду очищену у об'ємі 0,5 мл на 100 г маси тварини та підвергали впливу НІЛВ у заданому режимі. ДNa (8 мг/кг) та ГА•HCl (50 мг/кг) розчиняли у воді очищеній та вводили перорально в об'ємі 0,5 мл на 100 г маси тварини. У другій групі: тварини, отримували ДNa (8 мг/кг) та ГА•HCl (50 мг/кг). У третій групі: тварини отримували ДNa (дозі 8 мг/кг) та ГА•HCl (50 мг/кг) та через 15 хв. підвергались впливу НІЛВ. У четвертій групі: тварини підвергались впливу НІЛВ та через 15 хв. отримували ДNa (8 мг/кг) та ГА•HCl (50 мг/кг). НІЛВ проводили за допомогою лазерного терапевтичного апарату «Мустанг» в умовах режиму: довжина хвилі 0,89 мкм, імпульсна потужність 7-8 Вт, імпульсна частота 3000 Гц, тривалість сеансу 3 хвилини 42 сек, доза опромінення 0,3 Дж (розрахована фахівцями ННЦ «Інститут метрології»). Апарат застосовували контактно по задній поверхні колінного суглоба щура, звільненого від шерсті. Дослідження концентрації ДNa+ГА•HCl при їх сумісному використанні проводили за допомогою методу рідинної хроматографії.

Встановлено, що режим лікування у послідовності**:** вплив НІЛВ та через 15 хв. введення ДNa+ГА•HCl є найбільш ефективним. Сумісне використання НІЛВ та ДNa+ГА•HCl може дозволити знизити частоту їх прийому та покращити результати лікування хворих із цією патологією.

Таким чином, можливість комбінованого використання НІЛВ та ДNa+ГА•HCl для лікування ОА з метою впливу на різні ланцюги патогенезу являється актуальною та обґрунтованою задачею.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ ХОЛЕДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ

Иванова Л. Н., Луговсков Е. А., Сидоренко Ю. В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Украина

Цель исследования – оценить клинические проявления было проанализировать у больных хроническим некалькульозным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и ожирением в зависимости от состояния холединамики.

Под наблюдением находился 57 больных хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ожирением в возрасте от 29 до 59 лет. Диагнозы верифицированы в соответствии с Приказами МЗ Украины № 271 (2005), № 436 (2006), рекомендациями Европейского общества кардиологов (2014). В исследование были включены пациенты с алиментарно-конституциональным типом ожирения (по МКБ-10 код Е 66.0).

У больных ХНХ в сочетании с ИБС и ожирением клиническая картина варьировала в зависимости от варианта дискинезии желчного пузыря. У больных с гипертонически-гиперкинетическим вариантом превалировал болевой синдром (77,4 %) с возникновением внезапной боли в правом подреберье и зоной иррадиации в правую лопатку и плечо. Диспепсический синдром у этих пациентов проявлялся тошнотой и рвотой (65,0 %). У больных с гипотонически-гиперкинетическим вариантом дисфункции желчного пузыря болевой синдром имел смешанный характер: на фоне постоянной боли возникали приступообразные эпизоды. Диспепсические проявления у этих больных выявлялись достоверно чаще ($p < 0,01$), что объяснялось застоем желчи, и были представлены снижением аппетита (55,7 %), горечью и сухостью во рту (53,6 %). У больных с гипотонически-гипокинетическим вариантом боль зависела от положения тела и имела монотонный характер. Диспептический синдром проявлялся жалобами на метеоризм (82,3 %), запоры (80,8 %), отсутствие аппетита (69,5 %), горечь и сухость во рту (65,1 %). При объективном обследовании кожно-висцеральные симптомы и симптомы, свидетельствующие об обострении ХНХ, были положительными у пациентов со всеми вариантами дисфункции желчного пузыря, в то же время у больных с гипотонически-гипокинетическим вариантом положительными были и признаки правостороннего реактивного синдрома.

Таким образом, у больных ХНХ в сочетании с ИБС и ожирением прослеживались диспепсический и болевой абдоминальный синдромы, последний чаще встречался при гипотонически-гиперкинетическом варианте дисфункции желчного пузыря.

ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Иванова Л. Н., Сидоренко Ю. В., Луговсков Е. А.
ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Украина

Цель исследования – выявить предикторы хронического некалькулезного холецистита (ХНХ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне ожирения.

Нами было обследовано 52 больных ХНХ в сочетании с ИБС и ожирением (женщин – 63 %, мужчин – 37 %) в возрасте от 29 до 59 лет. Верификацию ХНХ осуществляли в соответствии с Приказом МЗ Украины № 271 (2005), ИБС - рекомендациями Украинской ассоциации кардиологов (2011). Для оценки массы тела использовали индекс массы тела.

При анализе анамнеза были определены факторы, которые способствовали застою желчи. У больных с сочетанной патологией выявлялась наследственная отягощенность в отношении хронического холецистита. У данных больных наблюдались нарушения режима питания, а именно редкие приемы пищи, что способствует застою желчи в желчном пузыре; питание однообразной пищей с незначительным холеретическим эффектом; злоупотребление жирной и жареной пищей, что вызывает спазмы сфинктеров Одди, Люткенса и гипертоническую дискинезию желчевыводящих путей; отсутствие или недостаточное содержание в пище растительной клетчатки, которая способствует разжижению желчи и опорожнению желчного пузыря. У женщин в анамнезе прослеживались беременности, которые, как и ожирение, вызывают повышение внутрибрюшного давления, затрудняющее отток желчи из желчного пузыря.

У больных отмечались психоэмоциональные стрессовые ситуации, что способствует развитию дискинезии желчевыводящих путей.

Дополнительными факторами развития ХНХ были нейроэндокринные расстройства (ожирение, дисменорея, нерегулярная половая жизнь), а также нарушение функции вегетативной нервной системы, которые способствовали возникновению дискинезий желчного пузыря, изменениям физико-химических свойств и состава желчи, дистрофическим изменениям стенок желчного пузыря. Так, у обследованных пациентов выявлено достоверное ($p < 0,05$) преобладание тонуса симпатической нервной системы, гиперактивность которой вызывает расслабление желчного пузыря, повышает тонус сфинктера Одди, что ведет к накоплению желчи в пузыре и способствует развитию гипомоторно-гипотонического варианта дискинезии желчного пузыря, который преобладал у наших пациентов ($p < 0,05$).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА В ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЯХ БРЮШНОЙ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ГЭРБ И В СОЧЕТАНИИ С ИБС

Измайлова Е. В., Фадеенко Г. Д.

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

Атеросклероз брюшной аорты вызывает хроническую ишемию органов, которые кровоснабжаются ее ветвями, что может влиять на особенности течения патологии органов пищеварительной системы.

Цель – сравнить параметры кровотока в чревном стволе (ЧС) и верхней брыжеечной артерии (ВБА) у пациентов с ГЭРБ и ИБС и изолированной ГЭРБ.

Материалы и методы. Обследовано 65 больных ГЭРБ+ИБС, возраст 63 (55÷68) лет (гр. I) и 29 пациентов с изолированной ГЭРБ, возраст 61 (54÷67) лет (гр. II). Кровоток в ЧС и ВБА проводили методом допплерографии в триплексном режиме. Определяли максимальные (Vmax), объемные (Vvol) скорости, а также индексы резистентности (RI) указанных выше сосудов.

Результаты. Несмотря на отсутствие различий по возрасту ($p > 0,05$), группы достоверно различались по всем исследуемым параметрам кровотока. Так показатели ЧС Vmax (см/с) составили 55 (53÷59) и 60 (57÷65), соответственно, ($p = 0,0019$); ЧС Vvol (мл/мин) – 432 (392÷481) и 514 (488÷561), $p < 0,01$; ЧС RI – 0,78 (0,70÷0,83) и 0,62 (0,61÷0,65), $p < 0,01$; ВБА Vmax (см/с) – 73 (67÷81) и 58 (54÷60), $p < 0,01$; ВБАVvol (мл/мин) – 438 (377÷499) и 512 (465÷537), $p = 0,0032$; ВБА RI – 0,70 (0,67÷0,74) и 0,64 (0,61÷0,66), $p < 0,01$. Все параметры достоверно коррелировали с тяжестью клинических симптомов ГЭРБ, $p < 0,05$. Более низкие значения скоростных и объемных показателей кровотока в ЧС и ВБА и более высокие значения RI данных сосудов, отражающие степень сосудистой жесткости, были у пациентов с коморбидной патологией.

Выводы. Кровоснабжение нижней трети пищевода ухудшается на фоне имеющейся ИБС, что влияет на тяжесть основного заболевания.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ісаєва Г. С., Буряковська О. О., Вовченко М. М.

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

Мета: розробити та встановити ефективність комплексної індивідуальної та групової навчально-профілактичної програми у пацієнтів з неінфекційними захворюваннями.

Матеріали і методи. Розроблена індивідуальна та групова програма профілактики для пацієнтів, яка включає щомісячний цикл занять для підвищення обізнаності пацієнтів та контролю харчової поведінки, визначення складу тіла біоімпедансним методом, м'язової сили за допомогою динамометрії, товщини підшкірної складки за допомогою каліперометрії. Для кожного пацієнта розроблено індивідуальний щоденник, в якому приведені основні принципи модифікації образу життя, дієтичні рекомендації, а також сторінки для самоконтролю артеріального тиску, частоти серцевих скорочень та підрахунку харчової цінності продуктів та вміст хлібних одиниць. На початку та через один рік буде визначено концентрацію загального холестерину та його фракцій, рівень гликозильованого гемоглобіну, цукру крові.

Результати. До участі запрошено 40 пацієнтів в телефонному режимі, які знаходяться під наглядом амбулаторно або стаціонарно у відділенні ІХС ДУ «Інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України». Із усіх запрошених прийшло 93 % пацієнтів. Серед них кількість пацієнтів з гіпертонічною хворобою – 33 (89,19 %), зі стабільною стенокардією – 18 (48,65 %), з серцевою недостатністю склало 22 (59,45 %), з інфарктом міокарду в анамнезі – 12 (32,43 %). Показник задоволеності станом здоров'я за шкалою становив 62,3 бали.

Висновки. Впровадження освітніх програм, що направлені на профілактику серцево-судинних захворювань, має великий інтерес серед пацієнтів з високим та дуже високим серцево-судинним ризиком.

ВПЛИВ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК У ПЕРИМЕНОПАУЗІ

Ісаєва Г. С., Рєзнік Л. А., Вовченко М. М., Буряковська О. О., Гопцій О. В.

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

Мета роботи – порівняти вплив бісопрололу, метопрололу та небівололу на динаміку показників якості життя (ЯЖ) жінок у перименопаузі.

Матеріали та методи. Обстежено 300 жінок у перименопаузі з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. Жінки були розподілені на три групи в залежності від застосованого бета-адреноблокатора: 1 група – бісопролол у добовій дозі 5 або 10 мг (n = 123 (41 %)), 2 група – метопролол у добовій дозі 50, 100 або 200 мг (n = 117 (39 %)), 3 група – небіволол у добовій дозі 5 або 10 мг (n = 60 (20 %)). При недостатній ефективності монотерапії для досягнення цільових рівнів артеріального тиску додатково додавався інгібітор АПФ раміприл у добовій дозі 5 або 10 мг та, при необхідності, – діуретик індапамід тривалої дії у дозі 1,5 мг на добу. В якості гіполіпідемічного засобу використовувався аторвастатин у добовій дозі від 10 до 40 мг. Жінки були обстежені до та після 12-місячного терміну лікування. Оцінка ЯЖ проводилася за допомогою шкали Ferrance and Power, cardiology version II

Результати. Бісопролол, метопролол та небіволол оказували виражену антигіпертензивну дію та ефективно контролювати частоту серцевих скорочень (ЧСС). За своїм впливом на рівень артеріального тиску та ЧСС всі три бета-блокатори суттєво не відрізнялись. Встановлено підвищення загального індексу ЯЖ у динаміці терапії бісопрололом від 19,10(16,16÷21,09) балів до 20,17(17,10÷22,78) балів ($p < 0,01$) та небівололом – від 19,45(16,40÷23,10) балів до 21,61(18,97÷24,68) балів ($p < 0,01$). Позитивні зміни жінки відчувають переважно у сфері соматичного здоров'я. Так, застосування бісопрололу супроводжується підвищенням індексу соматичного здоров'я від 18,19(15,50÷21,85) балів до 19,29(15,27÷22,30) балів ($p < 0,05$), застосування небівололу – від 18,40(15,40÷21,83) балів до 20,55(18,17÷22,83) балів ($p < 0,01$). Прийом метопрололу не супроводжується вірогідними змінами у цих показниках. Індекси соціального благополуччя, психічного здоров'я та сімейного благополуччя вірогідно не змінювались ні в однієї з груп спостереження.

Висновки. Призначення бісопрололу та небівололу жінкам у перименопаузі супроводжується поліпшенням якості їх життя. У динаміці терапії спостерігається підвищення загального індексу якості життя.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АТОРВАСТАТИНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ЛОКУСУ XbaI ГЕНА РЕЦЕПТОРІВ ДО ЕСТРАДІОЛУ У ЖІНОК

Ісаєва Г. С., Рєзнік Л. А., Вовченко М. М., Буряковська О. О., Клименко Т. І.

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

Мета. Вивчити зв'язок між поліморфізмом гена α-рецепторів до естрадіолу та ефективністю гіполіпідемічної терапії аторвастатином у жінок.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 147 жінок високого і дуже високого серцево-судинного ризику. Матеріалом для молекулярно-генетичного дослідження були лейкоцити периферичної крові пацієнток. Визначення алелей поліморфних ділянок XbaI (rs9340799; A/G; xx/XX) генаESR1 проводили методом ПЛР на ампліфікаторі «Терцик» («ДНК-технологія») з подальшим аналізом поліморфізму довжини рестрикційних фрагментів електрофоретичним методом. Ліпідний спектр крові – загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ) визначали ферментативним методом з використанням наборів реактивів Cormay (Польща). Пацієнтки з ішемічною хворобою серця (ІХС) отримували аторвастатин у дозі 40 мг на добу, без ІХС – 20 мг на добу.

Результати. У всій групі обстежених була проведена оцінка динаміки показників ліпідного обміну та оцінено досягнення цільового рівня (ЦР) ліпідів в залежності від генотипу поліморфного локусу XbaIгена ESR1. ЗХС і ХС ЛПНЩ до початку терапії в групі АА дорівнювали 5,20 ммоль/л і 3,18 ммоль/л, в групі AG – 5,35 ммоль/л і 3,24 ммоль/л, в групі GG – 5,72 ммоль/л і 3,80 ммоль/л, відповідно. Після проведеної терапії ЗХС і ХС ЛПНЩ в групі АА дорівнював 5,30 ммоль/л,в групі AG – 3,14 ммоль/л і 4,96 ммоль/л,в групі GG – 4,90 ммоль/л і 2,05 ммоль/л. Згідно проведеного аналізу, найбільша кількість пацієнток, які досягли ЦР холестерину, була виявлена серед носительок генотипу GG. Так, кількість пацієнток, які досягли ЦР ЛПНЩ в групі АА була 57,9 %, в групі AG 62,1 %, та в групі GG 91,6 % (p = 0,00001). Достовірне зниження ЗХС, ХСЛПНЩ виявлено у носительок генотипів AG і GG, тоді як в групі АА ці показники достовірно не змінилися. При цьому спостерігалася тенденція до зростання ХС ЛПВЩ у носительок генотипу АА, і достовірні зміни цього показника і групі з генотипом GG.

Висновки. Наявність GG генотипу асоціюється з більш значним зниженням ХС ЛПНЩ.

УРАЖЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ ЗУБЦЕМ Q

Іваньо Н. В., Росул М. М. Корабельщикова М. О., Іваньо Т. В., Свистак В. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. Захворюваність гострим інфарктом міокарда (ІМ) в Україні протягом останніх років зростає. В більшості випадків в основі цієї патології лежить атеросклеротичне ураження коронарних артерій (КА).

Мета – провести оцінку ступеня ураження КА атеросклерозом у хворих, які перенесли ІМ із зубцем Q.

Матеріали і методи. Обстежено 59 хворих ІМ із зубцем Q, яким у гострий період захворювання були проведені коронарографія, балонна ангіопластика інфаркт-залежної КА та стентування. Вивчались тип кровопостачання серця, ступінь ураження атеросклерозом не інфаркт-залежної КА з визначенням гемодинамічно значимого стенозу КА (понад 50 %). Усі хворі були поділені на 2-і групи в залежності від віку: 1-ша складалася із 31 хворого віком до 60-ти років, (від 40 до 59 років, середній вік – (53,2 ± 4,3) роки) та 2-га група – з 28 хворих віком понад 60 років (від 60 до 79 років, середній вік – (66,3 ± 5,8) роки).

Результати. Аналіз отриманих даних свідчить, що в обох групах переважали особи чоловічої статі (80 % та 68 %, відповідно). Правий тип кровопостачання серця був домінуючим в обох групах (у 64 % осіб в 1-й групі та у 71 % випадків у 2-й групі). Збалансований тип кровопостачання серця спостерігався тільки в 2-ій групі – у 25 % хворих. У 1-й групі в одного хворого, що склало 3 %, ІМ із зубцем Q розвинувся на фоні інтактних КА. В обох групах хворих інфаркт-залежні артерії були розташовані переважно в гілках лівої КА (в 61 % випадків у 1-й групі та в 64 % осіб – у 2-й групі). Відсутність гемодинамічно значимих стенозів в протилежній до інфаркт-залежної КА був виявлений в 1-й групі у 21 хворого, що склало 68 %, в 2-й групі тільки у 7-ми хворих або у 25 %.

Висновки. Гострий ІМ із зубцем Q частіше уражає хворих чоловічої статі. У більш молодому віці в деяких випадках ІМ із зубцем Q розвивається у хворих без атеросклеротичного ураження КА. У хворих, що перенесли ІМ із зубцем Q переважає правий тип кровопостачання серця, а інфаркт-залежна артерія частіше знаходиться в гілках лівої КА. З віком спостерігається прогресування дифузного ураження атеросклерозом КА, що підтверджується зростанням частоти виявлення гемодинамічно значимого стенозу в протилежній до інфаркт-залежної КА. Це свідчить про необхідність своєчасного виявлення та корекції модифікованих факторів ризику ІМ, зокрема проведення агресивної та постійної терапії дисліпідемій, що дозволить у хворих попередити розвиток ІМ та покращити прогноз після перенесеної судинної катастрофи.

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Ілащук Т. О., Окіпняк І. В.

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

Відомо, що при тахікардії порушується ендотеліальна функція коронарних артерій, що призводить до втрати еластичності судинної стінки та прискорення розвитку атеросклерозу.

Нас зацікавило вивчення динаміки середньодобової частоти серцевих скорочень (ЧСС), рівня ендотеліну-1 (Ет-1) та гомоцистеїну (Гц) у пацієнтів із стабільною стенокардією (СС). В обстеженні взяли участь 90 пацієнтів із СС. Хворі отримували: аспірин (100 мг на добу), статини (10 мг на добу), нітрати ((23,56 ± 3,27) мг/добу) та додатково бісопролол ((5,41 ± 1,36) мг/добу) – група I, 30 хворих; карведілол ((9,75 ± 1,69) мг/добу) – група II, 30 хворих; та івабрадин ((9,81 ± 2,13) мг/добу) – група III, 30 хворих. Усім пацієнтам до та через місяць після призначеної терапії проводили визначення середньодобової ЧСС, рівня Ет-1 та Гц.

Унаслідок проведеної терапії у всіх обстежених пацієнтів спостерігали позитивну динаміку досліджуваних показників. На фоні терапії бісопрололом було досягнуто зниження ЧСС на 10,92 %, карведілолом – на 4,92 %. Найбільшого зниження середньодобової ЧСС досягнуто у пацієнтів, яким до базисного лікування вводився івабрадин, – на 19,23 %. При цьому необхідно відзначити відсутність побічних ефектів при корекції дози препаратом, що є важливою обставиною терапії хворих із СС, особливо із супутньою патологією. Залежно від вихідного рівня Гц у крові обстежених пацієнтів розподілили на підгрупи: з низьким рівнем (< 10 мкмоль/л), середнім (10-20 мкмоль/л) і високим рівнем ГЦ (> 20 мкмоль/л), представлені 22, 43 і 25 пацієнтами відповідно. Після проведеної терапії зафіксовано збільшення кількості хворих на 36,67 % ($p < 0,05$) із рівнем концентрації Гц до 10 мкмоль/л у групі I, на 43,34 % ($p < 0,05$) – у групі II та на 46,67 % ($p < 0,05$) – у групі III. Відповідно відбулося зменшення кількості пацієнтів після проведеного курсу лікування з рівнем Гц > 20 мкмоль/л: на 16,66 %($p < 0,05$) у групі I, на 13,33 % ($p < 0,05$) у групі II та на 23,34 % ($p < 0,05$) у групі III. Під впливом комбінованої фармакотерапії відбулося зниження вмісту Ет-1 у плазмі хворих у пацієнтів всіх трьох груп обстежених, проте конкретної різниці ($p < 0,001$) вдалося досягти саме на фоні прийому івабрадину. Отримані результати узгоджуються із виявленою незаперечною позитивною кореляцією між ЧСС і рівнем Ен-1 ($r = 0,89$; $p < 0,001$).

Отже, ефективне зниження ЧСС, є важливим завданням терапії хворих із СС, оскільки синусова тахікардія сприяє появі вазоконстрикторних ендотелійзалежних впливів, підвищенню тонусу судинної стінки і, як наслідок, – дисфункції ендотелію.

МОРФОЛОГІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Ілляш М. Г., Довганич Н. В., Базика О. Є., Яринкіна О. А., Стартова О. С., Тхор Н. В., Шевченко Т. Л., Деяк С. І.

ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ

Мета: вивчити особливості структурно-функціональних змін лівих відділів серця у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) та в поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Групу 1 склали 26 осіб з ГХ II ст. без ЦД (середній вік – (57,8 ± 4,8) р.), 2А групу – 20 хворих на ГХ II ст. з ЦД 2 типу та нормальним рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbAc, у середньому (6,3 ± 0,1) %), 2Б групу – 42 хворих, віком (61,2 ± 4,5) р. – з ГХ II ст. з ЦД 2 типу та підвищеним рівнем HbAc (у середньому – (7,8 ± 0,2) %). Тривалість ГХ становила в середньому (8,8 ± 1,3) років, ЦД – (6,9 ± 1,2) років. Контрольну групу склали 20 осіб відповідного віку без серцево-судинних захворювань. Пацієнтам проводили ехокардіографію в М-, В-режимах, визначали показники кінцево-діастолічного, кінцево-систолічного об'ємів та розмірів ЛШ (КДО, КСО, КДР, КСР), максимальний розмір ЛП, фракцію викиду (ФВ) ЛШ, розраховували індекс маси міокарда (ІММ) ЛШ, відносну товщину стінок (ВТС).

При аналізі структурно-функціональних показників ЛШ у пацієнтів в групах 1, 2А, 2Б було виявлено достовірно більші величини іММ ЛШ, ВТС, ТМШП ($p < 0,01$) порівняно з такими в контрольній групі, що свідчило про наявність гіпертрофії ЛШ (ГЛШ) у цих хворих. При аналізі геометричного моделювання ЛШ в гр. 1 концентрична ГЛШ (КГЛШ) була виявлена у 74,1 % хворих, ексцентрична ГЛШ (ЕГЛШ) – у 18,4 % пацієнтів, в 2А гр КГЛШ була виявлена у 59,4 % хворих, ЕГЛШ – у 30,2 % пацієнтів, в 2Б гр. – КГЛШ – у 44 % хворих, ЕГЛШ – у 51 % хворих.

У групі 2Б показники КДО та КСО ЛШ були достовірно більшими порівняно з такими у хворих 2А гр. (у середньому відповідно на 7,8 % та 14,5 %), КСО – порівняно з таким в 1 гр. (у середньому на 11,3 %). До того ж показник ФВ ЛШ мав тенденцію до зменшення у 2Б групі хворих порівняно з таким в 2А та 1 гр., хоча і знаходився в межах норми. ЛП було збільшене в групах 1, 2А, 2Б порівняно з таким в контрольній групі, при цьому мало найбільшу величину в 2Б групі. За результатами кореляційного аналізу в 2Б групі були встановлені прямі кореляційні зв'язки між показниками рівня глюкози та КСР 0,42, $p < 0,01$, КСО 0,40, $p < 0,01$, КДР 0,34, $p < 0,01$, ЛП 0,28, $p < 0,03$.

Виявлені дані можуть свідчити про ймовірний взаємообтяжуючий вплив на структурно-функціональний стан лівих відділів серця підвищеного АТ та метаболічних розладів при поєднанні двох захворювань – ГХ та ЦД 2 типу, особливо у хворих з підвищеним рівнем глікозильованого гемоглобіну.

УРАЖЕННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Ілляш М. Г., Яринкіна О. А., Базика О. Є., Довганич Н. В., Стартова О. С., Тхор Н. В., Деяк С. І., Шевченко Т. Л.

ДУННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ

Мета – вивчити ступінь ураження сонних артерій у хворих на ГХ II стадії та на ГХ і цукровий діабет 2 типу (ЦД)

Методи дослідження. Було проведене дуплексне сканування загальних та внутрішніх сонних артерій (ЗСА та ВСА) та добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) у 26 хворих на ГХ (1 група), 62 хворих на ГХ та ЦД (2 група), та у 20 осіб контрольної групи.

Результати. Потовщення комплексу інтима-медіа(КІМ) ($\geq$ 0,9 мм) виявлено у 84,6 % хворих 1 групи, стенозуюче ураження судин – у 34,6 % пацієнтів, гемодинамічно значиму звитість судин – у 73,1 %. У хворих 2 групи 79,0 % мали потовщення КІМ; 45,2 % стенозуюче ураження судин ($P < 0,01$ в порівнянні з 1 групою) і 75,8 % гемодинамічно значущу звивистість судин. Хворі обох груп мали достовірно більші діаметри сонних артерій та товщину(Т) КІМ, ніж особи контрольної групи. У той же час хворі 2 групи мали достовірно більший діаметр сонних артерій та не відрізнялися за ТКІМ, в порівнянні з хворими 1 групи. Діаметр ЗСА у хворих 2 групи достовірно ($P < 0,02$) перевищував діаметр ЗСА осіб 1 групи: (8,0 ± 0,6) мм проти (7,57 ± 0,5) мм, діаметр ВСА становив відповідно (5,8 ± 0,9) мм та (5,35 ± 0,9) мм ($P < 0,01$). Ми порівняли дві групи, з цукровим діабетом та без нього, по відношенню до ТКІМ $\geq$ 0,9 мм. Стенозуюче ураження судин спостерігалось у 44,9 % хворих 2 групи і ТКІМ $\geq$ 0,9 мм і лише у 35,7 % хворих 1 групи і ТКІМ $\geq$ 0,9 мм ($P = 0,001$). У 2 групі з ТКІМ $\geq$ 0,9 мм ми спостерігали кореляційні зв'язки між ТКІМ та добовим індексом систолічного АТ (ДІСАТ) (0,58, $p < 0,001$) та ДІ діастолічного АТ (0,50, $p < 0,004$).

Висновки. У хворих на ГХ та на ГХ і ЦД має місце ремоделювання брахіоцефальних артерій яке полягає у збільшенні діаметру ЗСА, ВСА та потовщенні КІМ порівняно з даними контрольної групи. Наявність ЦД приводить к більш вираженим структурним змінам брахіоцефальних артерій у хворих на гіпертонічну хворобу, та сприяє розвитку більш вираженого стенозуючого атеросклеротичного ураження судин. Отримані кореляційні зв'язки відображають процеси ремоделювання судин на тлі недостатнього зниження АТ в нічні години та підвищення жорсткості судин у хворих на ЦД.

ДИНАМІКА МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ільюк І. А., Коробко О. А., Степанюк Т. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна, Кафедра внутрішньої медицини № 2

Мета дослідження – оцінити динаміку маркерів системного запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) при лікуванні комбінованим препаратом сальметеролу флютиконазону пропіонату («Серетид дискус»).

Обстежено 20 хворих на ХОЗЛ IV стадії, група ризику D, стадія клінічної стабілізації (жінок – 4 (20 %), чоловіків – 16 (80 %)). Середній вік хворих склав (61,3 ± 2,2) років. Середній стаж ХОЗЛ – (13,0 ± 1,5) роки. Індекс паління дорівнював (23,5 ± 1,8) пачко-років. На амбулаторному етапі пацієнти користувались бронходилятаторами короткої дії и бронхолітиками тривалої дії (как правило нерегулярно). Пацієнтам, після обстеження, призначалась базисна терапія – комбінований препарат серетід 50/500 мкг по 2 інгаляції 2 рази на день. Проводилась оцінка динаміки показників функції зовнішнього дихання (об'єм форсованого видиху за 1-у секунду (ОФВ1), форсована життєва ємність легень (ФЖЕЛ), маркерів системного запалення (С-реактивний білок (СРБ), фібриноген, гомоцистеін, прокальцитонін), анкетних методів (шкала COPD Assessment Test-CAT) через 1,6 місяців лікування.

Наше дослідження показало, що через 1 місяць лікування показник ОФВ1 збільшився на 1,29 % проти вихідних даних ($p > 0,05$), а ФЖЕЛ – на 8,07 % ($p < 0,05$), СРБ достовірно знизився на 40,5 %, фібриноген – на 38,6 %, гомоцистеін – на 39,9 % проти початкового рівня ($p < 0,05$). Але прокальцитонін збільшився на 2,3 % ($p > 0,05$), залишаючись в межах норми. CAT зменшився в балах на 3 % ($p > 0,01$). Через 6 місяців лікування ми спостерігали подальшу позитивну динаміку покращання досліджуємих показників. ОФВ1 збільшився вже на 9,14 %, а ФЖЕЛ – на 22,9 % ($p < 0,05$) порівняно з початковими даними, СРБ продовжував достовірно знижатись на 82,7 %, гомоцистеін – на 67,1 %, фібриноген – на 55,2 % ($p < 0,05$) порівняно з вихідним значенням. Спостерігалось також достовірне зниження прокальцитоніну на 18,6 % ($p < 0,01$). CAT зменшився в балах на 13,9 % ($p < 0,01$).

Висновки. Терапія із застосуванням комбінованого препарату «Серетид дискус» дозволила досягти позитивного клінічного ефекту з достовірним покращанням показників функції зовнішнього дихання та маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ. У теперішній час оцінка біологічних маркерів стала новим інструментом введення хворих на ХОЗЛ, що дозволяє прогнозувати перебіг хвороби та її прогноз, оцінювати ефективність призначеної терапії.

ОЦІНКА ДИНАМІКИ МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Ільюк І. А., Токарчук О. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Кафедра внутрішньої медицини № 2, Україна

Мета дослідження: оцінити динаміку маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ при лікуванні комбінованим препаратом сальметеролу флютиконазону пропіонату («Серетид дискус»).

Методи дослідження. Обстежено 20 хворих на ХОЗЛ IV стадії, група ризику D, стадія клінічної стабілізації (жінок – 4 (20 %), чоловіків – 16 (80 %)). Середній вік хворих склав (61,3 ± 2,2) років. Середній стаж ХОЗЛ – (13,0 ± 1,5) роки. Індекс паління дорівнював (23,5 ± 1,8) пачко-років. На амбулаторному етапі пацієнти користувались бронходилятаторами короткої дії и бронхолітиками тривалої дії (як правило нерегулярно). Пацієнтам, після обстеження, призначалась базисна терапія – комбінований препарат серетід 50/500 мкг по 2 інгаляції 2 рази на день. Проводилась оцінка динаміки показників функції зовнішнього дихання (об'єм форсованого видиху за 1-у секунду (ОФВ1), форсована життєва ємність легень (ФЖЕЛ), маркерів системного запалення (С-реактивний белок (СРБ), фібриноген, гомоцистеін, прокальцитонін), анкетних методів (шкала COPD Assessment Test-CAT) через 1, 6 місяців лікування.

Отримані результати. До лікування ОФВ1 дорівнювався (23,30 ± 0,58) % від належних величин, ФЖЕЛ – (48,3 ± 0,91) %. СРБ склав 8,11 мг/л, фібриноген – 6,08 г/л, гомоцистеїн – (18,12 ± 1,06) мкмоль/л, прокальцитонін – (0,086 ± 0,005) нг/мл. Через 1 місяць лікування ОФВ1 збільшився на 1,29 % проти вихідних даних ($p > 0,05$), а ФЖЕЛ – на 8,07 % ($p < 0,05$), СРБ достовірно знизився на 40,5 %, фібриноген – на 38,6 %, гомоцистеїн – на 39,9 % проти початкового рівня ($p < 0,05$). Але прокальцитонін збільшився на 2,3 % ($p > 0,05$), залишаючись в межах норми. CAT зменшився в балах на 3 % ($p > 0,01$). Через 6 міс. лікування ми спостерігали подальшу позитивну динаміку покращання досліджуємих показників. ОФВ1 збільшився вже на 9,14 %, а ФЖЕЛ – на 22,9 % ($p < 0,05$) порівняно з початковими даними, СРБ продовжував достовірно знижатись на 82,7 %, гомоцистеїн – на 67,1 %, фібриноген – на 55,2 % ($p < 0,05$) порівняно з вихідним рівнем. Спостерігалось достовірне зниження прокальцитоніну на 18,6 % ($p < 0,01$). CAT зменшився в балах на 13,9 % ($p < 0,01$).

Висновки. Клінічні прояви ХОЗЛ варіабельні, обумовлені взаємодією складного спектру патологічних та системних ефектів. У теперішній час оцінка біологічних маркерів стала новим інструментом введення хворих на ХОЗЛ, що дозволяє прогнозувати перебіг хвороби та її прогноз, оцінювати ефективність призначеної терапії. Терапія із застосуванням комбінованого препарату «Серетид дискус» дозволили досягти позитивного клінічного ефекту з достовірним покращанням показників функції зовнішнього дихання та маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ, що буде сприяти зменшенню кількості загострень захворювання та поліпшенню якості життя пацієнтів.

ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА М235Т ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА

Кадыкова О. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – оценить показатели углеводного обмена у больных ишемической болезнью сердца и ожирением в зависимости от генотипов полиморфизма М235Т гена ангиотензиногена.

Материалы и методы. В целях исследования проведено комплексное обследование 222 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ожирением. Все больные с ИБС были распределены на три подгруппы в зависимости от генотипов полиморфизма М235Т гена ангиотензиногена (АТГ): первая подгруппа – больные с Т/Т генотипом (n = 64), вторая подгруппа – пациенты с Т/М генотипом (n = 86) и третья подгруппа – больные с М/М генотипом (n = 72). С целью контроля углеводного обмена определяли уровень глюкозы, гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), инсулина. Использовали индекс инсулинорезистентности (ИР) HOMA (Homeostasis Model Assessment), который рассчитывали по формуле.

Исследование аллельного полиморфизма Met235Thr гена АТГ проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ).

Результаты. Достоверных различий между группами сравнения в отношении таких показателей углеводного обмена, как уровень глюкозы и HbA_{1c}, обнаружено не было. У больных с ИБС и ожирением в условиях Т/Т генотипа уровень глюкозы крови составил (4,41 ± 0,07) ммоль/л и почти не отличался от такового у больных с генотипами Т/М и М/М полиморфизма М235Т гена АТГ ((4,49 ± 0,08) ммоль/л и (4,34 ± 0,14) ммоль/л соответственно) ($p > 0,001$). Такая же закономерность получена по уровню HbA_{1c} (5,06 ± 0,48) %, (5,21 ± 0,36) %, (4,98 ± 0,39) % у пациентов первой, второй и третьей подгрупп ($p > 0,001$). Однако, у больных с Т/Т генотипом при сочетании ИБС и ожирения определялись достоверно более высокие уровни инсулина и индекса HOMA. Уровень инсулина у больных с Т/Т генотипом при сочетании ИБС и ожирения составил (12,76 ± 0,86) мкЕД/мл и был на 42,63 % и 43,89 % выше, чем у больных с генотипами Т/М и М/М полиморфизма М235Т гена АТГ ($p < 0,001$); индекс HOMA равнялся (2,5 ± 0,59) ед. у больных первой подгруппы и был больше на 41,6 % и 55,2 % по сравнению с больными второй и третьей подгрупп соответственно ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, сочетанное течение ИБС и ожирения характеризуется гиперинсулинемией и ИР на фоне нормогликемии, что ассоциировано с Т/Т генотипом полиморфизма М235Т гена АТГ.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА Gln27Glu ГЕНА β_2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ

Кадыкова О. И., Бутеец И. Ф.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – изучение полиморфизма Gln27Glu гена β_2-адренорецепторов, как возможного фактора патогенеза ожирения, у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: нами проведено комплексное обследование 337 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Все больные были распределены на две группы в зависимости от наличия ожирения: первая группа – больные ишемической болезнью сердца с нормальной массой тела (n = 115), вторая группа – пациенты с ишемической болезнью сердца и ожирением (n = 222). Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей. Исследование аллельного полиморфизма Gln27Glu гена β_2-адренорецепторов проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ). Для определения относительного риска развития заболевания рассчитывали отношение шансов (ОШ). Как отсутствие ассоциации рассматривали ОШ = 1; как положительную ассоциацию (предрасположенность) – ОШ > 1; как отрицательную ассоциацию аллеля или генотипа с заболеванием (низкий риск развития заболевания) считали ОШ < 1. Доверительный интервал (ДИ) представляет собой интервал значений, в пределах которого с вероятностью 95% находится ожидаемое значение ОШ.

Результаты. По результатам нашего исследования, развитие ожирения у больных ИБС было связано с геном G (ОШ = 0,36, 95 %, ДИ = [0,19-0,67], $\chi 2$ = 10,9; $p < 0,05$) и G/G генотипом (ОШ = 2,8, 95%, ДИ = [1,5-5,2], $\chi 2$ = 10,8; $p < 0,05$) полиморфизма Gln27Glu гена β_2-адренорецепторов, кроме того, полученные данные были подтверждены результатами корреляционного анализа: аллель G и генотип G/G имели достоверные сильные корреляционные связи с ИМТ ($r = 0,71$; $p < 0,05$) и ($r = 0,72$; $p < 0,05$).

Выводы. Наличие аллеля Glu (G) и генотипа G/G Gln27Glu гена β_2-адренорецепторов, по всей видимости, являются факторами повышенного риска развития ожирения у больных ишемической болезнью сердца.

ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ

Калашник Д. М., Колеснікова О. М., Харченко Ю. Є., Шторх В. В., Грідасова Л. М.

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

Мета: проаналізувати особливості клінічного стану пацієнтів на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС) при наявності синдрому обструктивного апное/гіпопное сну (СОАГС).

Матеріали і методи: обстежено 54 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та наявністю СОАГС (ХОЗЛ+ІХС+СОАГС): 40 чоловіків та 14 жінок, середнійвікяких становив (61,37 ± 7,68) роки. Середній індекс апное/гіпопное у хворих на (ХОЗЛ+ІХС+СОАГС) склав (18,05 ± 7,00) епізодів за годину. З метою діагностики та оцінки специфічних симптомів СОАГС використовували Епвортський опитувальник для оцінки ступеня денної сонливості. Для виявлення порушень дихання під час сну використовували діагностичну систему скринінгової діагностики СОАГС – SOMNOcheckmicroWM 94500 (Німеччина). Трофологічний статус оцінювали шляхом визначення індексу маси тіла (ІМТ).

Результати дослідження. За результатами Епвортської шкали та сомнографії встановлено достовірне збільшення балів денної сонливості та індексу гіпопное/апное у пацієнтів з СОАГС у порівнянні з пацієнтами без нього ($p < 0,01$). Виявлено тенденцію до зміни індексу апное/гіпопное (АНІ) між пацієнтами з різними стадіями ожиріння. У пацієнтів з (ХОЗЛ+ІХС) та СОАГС по зрівнянню з пацієнтами без СОАГС превалює абдомінальний тип розподілу жиру в організмі. Також частіше зустрічаються порушення ритму у вигляді суправентрикулярної екстрасистолії. Встановлено, що на індекс апное/гіпопное у обстежуваних хворих може впливати зміна сатурації крові, наявність спареної суправентрикулярної екстрасистолії, зміна ОФВ1/ФЖЕЛ, куріння, наявність легеневої гіпертензії ($p = 0,01$).

Висновки: виявлені особливості клінічного стану пацієнтів з (ХОЗЛ+ ІХС) при наявності СОАГС.

ЛИПИДОГРАММА У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Камышникова Л. А., Аласаад И., Дубовцова Е. Ю.

Медицинский институт, ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия

В последние время выявлено увеличение частоты ожирения среди населения развитых стран и последовавшим за этим ростом заболеваемости неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Ученые обратили внимание на роль НАЖБП в развитии кардиометаболических нарушений. Данные исследований свидетельствуют, что при ожирении НАЖБП существенно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, оказывая влияние на продолжительность и прогноз жизни пациентов.

Цель: изучить состояние липидного профиля и уровень С-реактивного белка (СРБ) у больных с НАЖБП при ожирении.

Методы исследования. Было обследовано 38 пациентов с верифицированным диагнозом НАЖБП проходивших лечение в ОГБУЗ «Городская больница № 2» г. Белгород. Критерии включения: пациенты с абдоминальным ожирением (окружность талии ≥ 80 см у женщин и ≥ 94 см у мужчин) и НАЖБП (по данным ультразвукового исследования печени и у 17 больных эластометрии). Исключались больные с СД, тяжелой соматической патологией и вирусными гепатитами. Проводился сбор жалоб, анамнеза, для исключения алкогольного и лекарственного поражения печени. Всем пациентам проводилась антропометрия (рост, массы тела, окружности талии, ИМТ). В крови определяли: глюкозу, липидный спектр (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ)), уровни СРБ, АЛТ, АСТ.

Полученные результаты. Дислипидемия выявлена у 97,4 % у больных с ожирением и НАЖБП, из них у 97,3 % уровень общего холестерина был выше 5,2 ммоль/л, у 100 % – гипертриглицеридемия от 1,7 ммоль/л и выше, у 81,2% – снижение ХС ЛПВП ниже 1,0 ммоль < 1,0 ммоль/л у мужчин и < 1,2 ммоль/л у женщин, у 88,1 % пациентов выявлено повышение ХС ЛПНП выше 3,3 ммоль/л. У 100 % обследуемых выявлено повышение концентрации СРБ.

Таким образом, гипертриглицеридемию при абдоминальном ожирении можно рассматривать в качестве косвенного маркера наличия НАЖБП. Неалкогольная жировая болезнь печени, в особенности НАСГ, ассоциирована с хроническим сосудистым воспалением, что проявляется значимым повышением концентрации СРБ.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЗАРТАНОМ И ЭНАЛАПРИЛОМ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Капустник В. А., Брек В. В., Телегина Н. Д., Погорелов В. Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

У 21 больного ишемической болезнью сердца (ИБС) с дисфункцией левого желудочка II-III функционального класса (ФК) по NYHA и желудочковыми экстрасистолами (ЖЭ) изучено влияние эналаприла и лозартана на функциональное состояние миокарда и коронарное кровообращение с использованием импульсной эхокардиографии, статических нагрузочных тестов, реографии и суточного мониторирования электрокардиографии. После 12-недельного лечения эналаприлом в дозе 2,5-20 мг в сутки и лозартаном в дозе 50 мг в сутки отмечено умеренное увеличение функции изгнания с (41,4 ± 1,8) % до (50,9 ± 2,2) % ($P < 0,05$) у больных II ФК и с (35,6 ± 1,9) % до (46,5 ± 1,7) % у больных III ФК. При этом отмечалось уменьшение конечного систолического размера на 14 % у больных II ФК и 19 % — у больных III ФК. Статистически значимо у больных II и III ФК снизилось артериальное давление. У больных II ФК показатель систолического артериального давления (АДс) составил (158,4 ± 6,3) мм рт. ст. и (123,7 ± 4,9) мм рт. ст. ($P < 0,05$). У больных III ФК показатель АДс снизился с (156,3 ± 9,8) мм рт. ст. до (129,6 ± 6,9) мм рт. ст. ($P < 0,05$). Диастолическое артериальное давление снизилось с (93,8 ± 3,4) мм рт. ст. до (79,6 ± 2,2) мм рт. ст. Одновременно с этим наблюдалось снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). У больных II ФК – с (1792,3 ± 135,4) дин. с. $см^{-5}$ до (1228,8 ± 119,6) дин. с. $см^{-5}$; у больных III ФК ОПСС уменьшилось с (1898,7 ± 141,9) дин. с. $см^{-5}$ до (1392,4 ± 129,1) дин. с. $см^{-5}$ ($P < 0,05$). По данным Холтеровского мониторирования частота ЖЭ снизилась на 23 %. По данным статических нагрузочных тестов степень депрессии уменьшилась после лечения на 19,8 %.

Таким образом, комбинированное лечение эналаприлом и лозартаном больных с дисфункцией левого желудочка сопровождалось улучшением не только сократительной функции миокарда и коронарного кровотока, но и снижением частоты желудочковых экстрасистол.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Капустник В. А., Истомина О. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

На современном этапе одной из наиболее распространенной коморбидной патологией является сочетание хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и гипертонической болезни (ГБ). По данным литературы, ГБ встречается у больных ХОЗЛ от 6,8 % до 76,3 %, что в среднем составляет 34,3 %. Актуальной остается вопрос о роли катехоламинов в формировании сочетанной патологии ХОЗЛ с ГБ.

Целью исследования было изучение уровня адреналина, норадреналина и дофамина у больных ХОЗЛ в сочетании с ГБ.

Материалы и методы. Было обследовано 100 человек, которые находились на лечении в НИИ гигиены труда и профессиональных заболеваний ХНМУ. В основную группу вошло 55 человек, которым был установлен диагноз ХОЗЛ группы В в сочетании с ГБ II ст., группа сравнения составила 45 человек с изолированным течением ХОЗЛ. Группа контроля состояла из 45 практически здоровых людей. Содержание норадреналина, адреналина и дофамина в сыворотке крови определялось спектрофлюориметрическим методом. За критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования. Содержание дофамина в группе сравнения было достоверно выше по отношению к группе контроля ((14,7 ± 6,5) нмоль/л и (9,9 ± 4,15) нмоль/л; $p < 0,001$), а в основной группе были наивысшие показатели – (23,4 ± 13,1) нмоль/л. Норадреналин повышался в группе больных с изолированным ХОЗЛ ((54,2 ± 28,9) нмоль/л) по сравнению с группой контроля ((37,7 ± 20,8) нмоль/л) и достигал максимальных значений в основной группе – (72,5 ± 24,4) нмоль/л. Адреналин в сыворотке крови больных группы сравнения был достоверно выше относительно группы контроля ((5,9 ± 2,6) мкмоль/л против (2,8 ± 2,0) мкмоль/л; $p < 0,001$) и максимальное значений отмечалось в группе больных с сочетанной патологией ((9,3 ± 2,6) мкмоль/л).

Выводы. Таким образом, полученные данные демонстрируют напряжение приспособительных реакций организма у больных ХОЗЛ, а особенно у больных ХОЗЛ с сопутствующей ГБ.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СТУДЕНТІВ ХНПУ ім. Г. С. СКОВОРОДИ

Карабан О. М., Попова Т. М., *Циганкова Т. І., Багмут І. Ю.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна,

**Харківський національний педагогічний університет ім. Г. С. Сковороди*

Метою нашої роботі став порівняльний аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності студентів ХНПУ ім. Г. С. Сковороди за 2011-2015 роки.

Аналіз проводився серед студентів всіх курсів університету, кількість яких коливалась від 5635 до 4631 (в середньому – 5034), кількість дівчат складала в середньому 3987 – 79,2 % від загального контингенту. Аналіз проводився у випадках та у днях непрацездатності із розрахунку на 1000 студентів та за окремими нозологічними формами. Статистичні дані надані пунктом охорони здоров`я ХНПУ КЗОЗ «Харківська міська студентська лікарня» (форма 16 ВН МБК Х за 2011-2015 рр.).

Отримані результати наступні. Найнижча захворюваність спостерігалась у 2012 році, а найвища – у 2013, як у випадках, так і в днях непрацездатності, а у 2014 році значно зросла середня тривалість одного випадку.

За окремими нозологіями у студентів перше місце займають хвороби сечостатевої системи (інтенсивний показник від 77,23 до 87,88), які складають від 30 % до 35 % всієї захворюваності у випадках і днях непрацездатності. Це переважно захворювання жіночої статевої сфери: незапальні хвороби шийки матки – 44 %, банальний кольпіт – 24 %, запальні процеси шийки матки – 15 % та 2 % захворювання чоловічих статевих органів, а саме передміхурової залози. Серед хвороб сечовивідної системи превалюють тубулоінтерстиціальні захворювання нирок інфекційного ґенезу – 52 %, гострі цистити – 37 %, уретрити – 22 %.

Друге місце займають хвороби дихальної системи (інтенсивний показник від 78, 43 до 84, 87) – 30 % до 33 %. Структура захворюваності органів дихання представлена: ГРВІ – 75 %, гострі бронхіти – 22 %, пневмонії – 2,6 %, бронхіальна астма – 0,4 %. Третє місце поділили інфекційні хвороби (інтенсивний показник від 20,4 до 24, 98) – 15 % і захворювання органів травлення – 10 %. Серед інших захворювань в ці роки зустрічались патології системи кровообігу, ендокринних органів, кістково-м`язового апарату, отоларингологічні, хвороби шкіри та підшкірної клітковини.

Таким чином, серед усіх нозологічних форм на першому місці знаходяться хвороби сечостатевої системи, де основною причиною є інфекція. З метою раннього виявлення лікувально-профілактичні заклади повинні проводити обов’язкові медичні огляди студентам – щорічно. Необхідно проводити більш ефективну і цілеспрямовану профілактичну роботу щодо зниження захворюваності серед студентського контингенту.

ОСОБЛИВОСТІ НУТРІЄНТНОЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Караченцев Ю. І., Дунаєва І. П., Кравчун Н. О., Дорош О. Г.
ДУ "Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського НАМН України", м. Харків

Мета: розробити дієтичні рекомендацій для хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) з урахуванням етнічних особливостей харчування. Дослідити зміни активності оксидативного стресу (ОС) за даними основних показників перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) на фоні дотримання запропонованих схем харчування.

Матеріали та методи: обстежено 23 хворих на ЦД 2 типу з НАЖХП з тривалістю захворювання (8,09 ± 1,54) років. Середній вік хворих склав (54,73 ± 2,17) років. Індекс маси тіла (ІМТ) становив (35,9 ± 3,26) кг/м^2. Хворі знаходилися у стані декомпенсації вуглеводного обміну. Рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) – (7,5 ± 0,3) %, визначався калориметричним методом. Рівень ПОЛ оцінювали за показниками ОС методом спектрофотометричного аналізу з використанням коефіцієнту молярного поглинання продуктів. Відмінності вважали за статистично значущі при ($p < 0,05$).

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження показників ПОЛ з використанням середньодобової нормативної кількості кінцевих продуктів глікування (КПГ) виявлено достеменне зменшення дієнових (ДК) (286,1 ± 29,3) нмоль/л, (149,86 ± 17,3) нмоль/л, $p < 0,001$; триєнових (ТК) (40,17 ± 4,86) нмоль/л, (19,49 ± 2,6) нмоль/л, $p < 0,001$; оксидієнових (ОДК) (80,28 ± 8,99) нмоль/л, (36,93 ± 5,51) нмоль/л, $p < 0,001$ та тетраєнових (ТрК) кон'югатів (1,75 ± 0,17) нмоль/л, (0,82 ± 0,078) нмоль/л, $p < 0,001$. Встановлено достеменне зниження рівню тригліцеридів (ТГ) на фоні дотримання дієти (3,63 ± 0,56) ммоль/л, (1,88 ± 0,69) ммоль/л, $p < 0,05$ навіть без застосування в схемі терапії ліпідостабілізуючих препаратів та гепатопротекторів.

Серед показників білкового обміну значущих змін у хворих на ЦД 2 типу з НАЖХП виявлено не було.

Висновки. Доведена актуальність обмеженого споживання КПГ з огляду на зменшення проявів ОС в організмі у хворих на ЦД 2 типу з патологією печінки. Дані дієтичні рекомендації представляють собою лікувальні заходи з огляду на зниження окисної напруги в організмі.

Встановлена доцільність нутрієнтної корекції у хворих на ЦД 2 типу з НАЖХП.

АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кармазіна О. М.

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

На ревматоїдний артрит (РА) хворіють близько 1 % осіб у загальній популяції, переважно молодого віку, третина з яких стає інвалідами. Одним з позасуглобових проявів при РА є анемія, за даними літератури наявна у 30-70 % хворих (анемія хронічного захворювання – 25-64 % випадків, залізодефіцитна анемія – 36-48,4 % та В12-дефіцитна – 24-29 %). Анемія може бути наслідком лікування метотрексатом, нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) та супутніми хворобами.

Мета – оцінити частоту та характеристику анемії у хворих на РА.

Об'єкти та методи дослідження. Обстежено 68 хворих на РА (54 ж. та 14 ч. у віці (48,9 ± 12,3) р.), тривалість захворювання становила 2,5-18,7 роки. У 44 (65 %) хворих спостерігався серопозитивний варіант (наявність ревматоїдного фактора, антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду), у 35 %- серонегативний варіант хвороби. Активність 1 ступеня була у 12 хв., 2 ступеня - у 37 хв., 3 ступеня – у 19 хв. У переважної більшості хворих (78 %) була 2-3 рентгенологічна стадія РА. 55 (80 %) хворих отримували метотрексат 10-15 мг/тиж в поєднанні з фолієвою кислотою, решта – інші хворобумодифікуючи препарати (лефлунамід, плаквеніл, сульфасалазин). Глюкокортикоїди в малій дозі періодично приймали 75 % хворих. Усі хворі приймали НПЗП за потребою. Проводили клініко-лабораторне обстеження, визначали в крові вміст С- реактивного білка (СРБ), заліза, феритину, за необхідності – фіброгастр оскопію.

Результати. У 36 (53 %) хворих діагностовано анемію (середній рівень гемоглобіну – (105,7 ± 10,5) г/л), легкого ступеня – у 28 (41 %), середнього ступеня – у 8 (12 %) хв. За розміром еритроцитів анемія була нормоцитарна, за вмістом гемоглобіну – нормохромна. Вміст феритину в крові був підвищеним, заліза – нормальним, але зміщений до нижньої межі. У трьох хв. залізодефіцитна анемія, обумовлена діагностованою ерозивною гастропатією (2 хв.) та виразковою хворобою шлунка (1 хв.) за даними фіброгастроскопії. При кореляційному аналізі виявлений від'ємний взаємозв'язок між рівнем гемоглобіну та рівнем СРБ ($r = -0,45$; $p < 0,05$), ШОЕ ($r = -0,43$; $p < 0,05$), РФ ($r = -0,34$; $p < 005$), тривалістю хвороби ($r = -0,33$; $p < 0,05$).

Висновки. У половини хворих на РА виявлена анемія, асоційована з високим ступенем активності та тривалістю захворювання. Профілактика та лікування анемії направлені на зменшення активності РА, оптимізацію дози базисних препаратів (цитостатиків), тривалості застосування симптоматичної терапії НПЗП, обов'язкове проведення гастропротекції, призначення препаратів заліза за потребою.

ПОДАГРИЧНА НЕФРОПАТІЯ

Кармазіна О. М., Кармазін Я. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Подагра – захворювання, пов'язане з порушенням пуринового обміну, яке характеризується підвищеним вмістом сечової кислоти у крові та відкладанням уратів у суглобах та/або білясуглобових тканинах, нирках та інших органах. Подагрична нефропатія представлена уратною нефропатією, сечокислою нефропатією, сечокам'яною хворобою, нефросклерозом, як наслідок - порушення функції нирок, що обумовлює прогноз.

Мета роботи – визначити фактори, які сприяють розвитку подагричної нефропатії у хворих із рецидивуючим подагричним артритом.

Об'єкти та методи дослідження. Обстежено 47 хворих на подагричний артрит (чоловіків – 87 %, жінок – 13 %) віком 28-67 р. Тривалість хвороби 3-8 років, тофусна подагра у 9 (19 %) хворих. Проведено клінічне, лабораторне (сечова кислота, ліпідограма, креатинін крові; білок, pH та відносна густина сечі), інструментальне (УЗД нирок) обстеження; розраховували швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Голта, індекс маси тіла (ІМТ). Сечова кислота крові становила (0,61 ± 0,07) ммоль/л.

Результати. Тубулоінтерстиціальне ураження нирок виявлено у 21 (45 %) хворих: протеїнурія 0,033-0,098 г/л, відносна густина сечі не досягала 1,018; сечокам'яна хвороба у 3 хворих. У 23 (49 %) хворих клініко-лабораторних ознак ПН не було. При розрахунку ШКФ у цих хворих виявлена гіперфільтрація (169,03 ± 6,12) мл/хв. – у 37 % хворих, знижена ШКФ (78,21 ± 1,13) мл/хв. – у 18 % хворих, нормальна ШКФ (111,53 ± 5,14) мл/хв. – у 44 % хворих. У 85 % хворих виявлена гіперхолестеринемія ((6,08 ± 0,32) ммоль/л) та гіпертригліцеридемія ((3,71 ± 0,14) ммоль/л). Артеріальна гіпертензія була у 94 % хворих, ожиріння I-II ст. (ІМТ – 33,73) у 81 % хворих. Артеріальна гіпертензія, надмірна вага та порушення ліпідного обміну прискорюють розвиток атеросклерозу судин, зокрема ниркових. pH сечі хворих коливався в межах 5,0-5,5, що є нижче оптимального рівня pH для повного розчинення солей сечової кислоти та виведення із організму, сприяє кристалізації та відкладанню в чашково-мисковому сегменті та паренхімі нирки.

Висновки. Гіперурикемія, гіперфільтрація, артеріальна гіпертензія, ожиріння, гіперліпідемія, зміни pH сечі є факторами ураження нирок при подагрі. Профілактика ураження нирок при подагрі направлена на корекцію кожного з цих чинників медикаментозними та немедикаментозними засобами.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АНЕМІЇ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК

Карпенко О. В.

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

Одним з найбільш частих ускладнень, які зустрічаються у хворих з нирковою патологією, є анемія. Причинами розвитку анемії є: дефіцит ендогенного еритропоетину (ЕПО), скорочення тривалості життя еритроцитів за рахунок токсичного і механічного пошкоджень, наявності в циркуляції інгібіторів кровотворення, токсинів, ятрогенні втрати. На продукцію ЕПО впливає не тільки хронічна ниркова недостатність (ХНН), але існують і індивідуальні відмінності в потребах ЕПО для досягнення цільового рівня гемоглобіну. Додатковими факторами, що сприяють погіршенню еритропоезу та впливають на терапевтичну ефективність ЕПО є абсолютний чи функціональний дефіцит заліза, недостатність вітамінів (фолієва кислота, вітамін В12, аскорбінова кислота), хронічне запалення. Анемія у хворих з ураженням нирок є фактором прогресування ХНН та предиктором кардіоваскулярного ризику.

Лікувальна тактика передбачає попередню корекцію показників обміну заліза з подальшим призначенням ЕПО. Згідно рекомендацій KDIGO за 2012 (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) з діагностики та лікування анемії – ЕПО слід призначати при зниженні гемоглобін нижче 100 г/л та 90-100 г/л на гемодіалізі з підшкірним або внутрішньовенним шляхом введення. Лабораторна діагностика функціонального дефіциту заліза передбачає визначення ферритину, трансферрину, процент насичення транферрина залізом. Ферритин це маркер системного запалення та білок, що відповідає за поглинання, збереження та звільнення заліза. Трансферин є транспортним білком для заліза. Оптимальний рівень ферритина складає 150-300 нг/мл, а коефіцієнт насичення трансферрина залізом 20-25 %, що дозволяє призначати ЕПО.

Таким чином, підхід до лікування анеміі у хворих з патологією нирок має бути комплексним, направленим на всі ланки її патогенезу. Адекватна корекція анемії є профілактикою кардіоваскулярних ускладнень, сповільнює темпи прогресування ХНН.

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ АНАЛІЗУ ФАЗОВИХ ПОРТРЕТІВ ЕКГ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Катеренчук О. І.

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Мета: оцінити прогностичну цінність графіки ЕКГ перетвореній у зображення в фазовій площині щодо ризику несприятливого перебігу хронічної серцевої недостатності.

Матеріали і методи: досліджуваною групою обрано пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю II-IV ФК. Запис ЕКГ у фазовому просторі здійснювався в стані спокої шляхом 5-хвилинної реєстрації, а також шляхом реєстрації 100 циклів при виконанні стрес-тестів (ортостатичний, дихальний та ментальний). Аналіз ознак прогресування серцевої недостатності виконувався через 3 та 6 місяців з моменту обстеження.

Результати: за період з 2013 по 2015 роки в дослідження було залучено і обстежено 155 пацієнтів. Встановлено, більшу частоту звертань за медичною допомогою з приводу посилення задишки і/або прогресування периферичних набряків при значенні коефіцієнту симетрії Т в діапазоні (0,87 ± 0,05). Водночас, величина індексу βТ корелювала з розвитком епізодів декомпенсації, обумовлюючи значно підвищений ризик при величині (0,95 ± 0,07) як в 3, так і 6-місячний період. Аналізу також піддавався коефіцієнт співвідношення амплітуд Т до Р, при цьому значення > 0,96 асоціювалось зі зростанням потреби в терапії вазодилятаторами. При використанні стрес-тестів маркерами несприятливого прогнозу ідентифіковано зміни коефіцієнту симетрії Т – > (0,18 ± 0,03), індексу βТ – > (0,16 ± 0,02), співвідношення Т/Р – > (0,12 ± 0,02) для дихального і ортостатичного тестів та зміна коефіцієнту симетрії Т – > (0,13 ± 0,01), індексу βТ – > (0,11 ± 0,0)2, співвідношення Т/Р – > (0,11 ± 0,02) для ментального тесту.

Висновки: маркерами несприятливого прогнозу при серцевій недостатності за результатами аналізу фазових портретів ЕКГ зареєстрованих в стані спокою є підвищені значення показників коефіцієнту симетрії Т, індексу βТ та співвідношення Т/Р, що імовірно є відображенням порушення тонічної вегетативної активності.

Результати, отримані при стрес-тестах, свідчать про наявність взаємозв’язку між дисфункцією барорецепторного рефлексу (ортостатичний тест), хеморецепторного рефлексу (дихальний тест) та меншою мірою психологічної реактивності (ментальний тест) з прогресуванням СН, що може бути ідентифіковано неінвазивним методом аналізу фазових портретів ЕКГ.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКОМ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ

Квасницька О. Б.

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

Анемія є найбільш розповсюдженим гематологічним синдромом у пацієнтів похилого та старечого віку і зустрічається в середньому у 23-30 % хворих.

Мета дослідження: вивчити частоту захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у пацієнтів похилого та старечого віку з анемією.

Матеріал та методи: проведено ретроспективний аналіз 87 історій хвороб пацієнтів похилого та старечого віку з анемією. Середній вік пацієнтів склав 74,3 роки. Оцінювались результати клініко-лабораторного та інструментальних (УЗД, ГДФС, колоноскопія) методів дослідження. За ступенем важкості в структурі анемії переважали анемії легкого (67 %), середнього (28 %) ступеня важкості, анемії важкого ступеня спостерігались у 5 % пацієнтів.

Результати дослідження показали, що клінічні симптоми ураження травного тракту, такі як періодичний біль в епігастральній ділянці, в правому підребер'ї, печія, відрижка, метеоризм спостерігались тільки у 21 % хворих. За результатами УЗД виявлено зміни підшлункової залози у 62 % хворих, ознаки хронічного холециститу – у 18 % хворих, жовчнокам'яної хвороби – у 8 %, зміни з боку печінки – у 35 % хворих. При проведенні ФГДС зміни виявлені у 67% пацієнтів. При цьому найбільш часто в структурі уражень ШКТ виявляється атрофічний гастрит – у 76 % пацієнтів, у 11 % діагностовано хронічний ерозивний гастрит, у 8 % – хронічний езофагіт, у 8 % – дуоденіт, у 3 % хворих – виразка цибулини ДПК, у 13 % – деформація цибулини ДПК. Колоноскопія була проведена 29 хворим, зміни були виявлені у 78 % випадків. У 27 % пацієнтів був виявлений атрофічний коліт, 11 % припадало на ерозивний коліт, дивертикули сигми, поліпи сигми, 15 % – на хронічний геморой та дивертикульоз товстого кишечника, 3 % – пухлини сигмоподібної кишки.

Таким чином, клінічні ознаки ураження ШКТ у осіб похилого та старечого віку не завжди виражені і часто єдиним проявом захворювання може бути анемія. Тому всім пацієнтам похилого та старечого віку необхідно проводити обстеження ШКТ в повному обсязі.

ПРИНЦИПИ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ

Квасницька О. Б.

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

Якість та прогноз життя хворих на хронічний гетатит (ХГ) та цироз печінки (ЦП) залежить в першу чергу від розвитку найбільш небезпечних ускладнень: портальної гіпертензії, шлунково-кишкових кровотеч, печінкової енцефалопатії, асциту, поліорганної недостатності. Дотримання стандартних схем лікування та рекомендацій, які спрямовані переважно на етіологію та патогенез захворювання, часто не дає позитивного результату, так як не враховуються індивідуальні особливості пацієнта, його трофологічний статус,особливості психологічного стану та типу нервової системи, чутливість до фармакологічних препаратів, наявність супутньої патології. Усі вище перераховані фактори впливають на специфічну адаптацію кожного організму до хвороби в рамках саноґенезу і потребує персонального підходу в виборі тактики лікування.

Основними напрямками вторинної профілактики хронічних дифузних захворювань печінки, на які повинні бути спрямовані дії лікаря, є «жорсткий» диспансерний нагляд, персоніфікована дієта та питний режим з урахуванням загальноприйнятих рекомендацій, оцінка вегетативного статусу пацієнта, адекватно підібране фізичне навантаження, фармакотерапевтична підтримка. Питання тривалого прийому гепатопротекторів повинно вирішуватись не рутинно, а в індивідуальному порядку з урахуванням доказової бази. Профілактика портальної гіпертензії з використанням β-блокаторів часто обмежується наявністю протипоказань з боку показників АТ та ЧСС, що потребує не тільки індивідуального підбору дози, але і призначення альтернативних препаратів. Клінічна неефективність сечогінних засобів в лікуванні набряково-асцитичного синдрому буває обумовлена некоректно підібраною дозою та лікарською формою, змінами іонного складу крові, зниженням біодоступності препаратів, що може призводити як до формування резистентного асциту, так і розвитку печінкової енцефалопатії. У профілактиці розвитку останньої та прогресуванні фіброзно- запальних змін печінки провідна роль належить нормалізації моторики кишечника його деконтамінації, використанні лактулози та індивідуально підібраних пробіотиків. В процесі спостереження для оцінки проведених заходів необхідно користуватись відповідними опитувальниками по оцінці якості життя.

В цілому, вторинна профілактика ХГ та ЦП повинна включати цілий комплекс лікувально-профілактичних заходів заснованих на доказовій медицині, але при цьому необхідно враховувати, що чисто механістичний підхід до лікування без персоніфікації захворювання не зможе вплинути на якість та прогноз життя.

СУЧАСНІ ЕКСПРЕС-МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, Україна

В Україні в умовах проведення реформ галузі охорони здоров'я лікарі загальної практики/сімейної медицини відіграють роль в медичному забезпеченні населення. Від правильної забезпеченості роботи сімейного лікаря залежіть успіх лікування хворого та його сім'ї. Однією з головних вимог до роботи сімейного лікаря є надання первинної допомоги, яка включає консультацію лікаря, діагностику і лікування найпоширеніших захворювань, проведення профілактичних заходів тощо. З огляду на певні економічні труднощі в країні достатньо гостро стає питання забезпечення сімейного лікаря інструментами, лікувальними засобами, діагностичною апаратурою для визначення попереднього діагнозу та надання медичної допомоги.

Метою нашої роботи є обґрунтування доцільності застосування в практиці сімейного лікаря сучасних експрес-методів, які дозволяють проводити швидку і точну діагностику в умовах амбулаторії без залучення додаткового лабораторного обладнання. Серед переваг експрес-тестів можна виділити зручність і простоту використання, високу вірогідність результатів, об'єктивність, оперативність (результат можна отримати за кілька хвилин), економічність (вартість тестів значно менше вартості лабораторних аналізів). Недоліком діагностики за допомогою експрес-тестів можна назвати те, що це – якісний, а не кількісний метод аналізу. На сьогоднішній день в України представлені імунороматографічні експрес-тести in-vitro медичої компанії "Фармаско". Сімейними лікарями можуть бути застосовані тести для визначення інфекційних захворювань (грипу А і В, адено-, ротавірусної та ін. інфекцій, гепатитів А, В та С, лямбліозу, ВІЛ), захворювань, що передаються статевим шляхом (сифіліс, гонорея, хламідіоз), онкологічних захворювань, кардіологічних захворювань (дозволяють диференціювати гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та нестабільну стенокардію, встановити попередній діагноз ГІМ біля ліжка хворого, що дозволяє зробити оптимальний вибір тактики лікування), гастроентерологічних захворювань (визначення антигену Helicobacter Pylori в фекаліях або антитіл у сироватці, гострого панкреатиту), біохімічні тести для визначення уробіліногену, глюкози, білірубіну, кетонів, крові, pH, білка, нітритів, питомої ваги, лейкоцитів у сечі, за необхідності – тести для раннього виявлення вагітності, для визначення наркотичних речовин в організмі.

Усі експрес-тести мають чутливість > 94 %, специфічність > 99 %, визначені за допомогою стандартів підприємства та підтверджені в клінічних дослідженнях, що дозволяє сімейному лікарю бути впевненому в швидкому встановлені достовірного попереднього діагнозу.

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Коблянська А. В., Скляренко К. А.

ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН Україна», м. Київ

Мета роботи: проаналізувати національний досвід та основні європейські принципи щодо зменшення тягаря захворюваності, смертності та інвалідності від неінфекційних захворювань.

В Україні, як і в більшості європейських країн, поширеність неінфекційних захворювань (далі – НІЗ) є серйозною проблемою громадського здоров'я, яка негативно позначається на медико-демографічній ситуації, обумовлює значні рівні захворюваності, інвалідності, смертності, позначається на якості та тривалості життя. Профілактичні заходи, вартість яких до того ж приблизно в десятки разів нижче лікувальних, можуть змінити ситуацію. Так, досвід виконання Міжгалузевої комплексної програми (далі – МКП) «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки в основу якої було покладено рекомендації ВООЗ, показує про необхідність переорієнтації охорони здоров'я на посилення заходів з попередження захворювань. В рамках виконання МКП «Здоров'я нації» фахівцями ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМНУ» було доведено, що екологічні та соціальні детермінанти здоров'я, багато з яких можна змінити, безпосередньо пов'язані з виникненням хвороб і станом здоров'я. Отримані дані про НІЗ, викликані забрудненням довкілля та основними факторами ризику такими як куріння, надмірне споживання алкоголю, нездорове харчування, низька фізична активність, переконливо вказали на те що, відмова від цих поведінкових факторів ризику та зменшення впливу небезпечних факторів довкілля дозволить значно поліпшити показники здоров'я населення, зменшити тягар захворюваності, та зупинити передчасну смертність. Ці основні заходи з профілактики НІЗ узгоджуються з новою Європейською політикою «Здоров'я 2020», яка знайшла своє відображення у розробленому українськими фахівцями Проекті Національного плану заходів з імплементації та реалізації програми Європейського Союзу щодо неінфекційних захворювань на період до 2020 року, який має стати інструментом з реалізації основних заходів з профілактики НІЗ та мінімізації впливу факторів ризику на здоров'я, а також удосконалення сфери громадського здоров'я. Тому, поєднання рекомендацій ВООЗ та досвіду виконання МКП «Здоров'я нації» забезпечить формування дієвих заходів державного рівня з профілактики та боротьби з НІЗ, мінімізації впливу факторів ризику та негативного впливу небезпечних факторів довкілля, на основі міжсекторальної взаємодії, удосконалення нормативно-правової бази для збереження і зміцнення здоров'я населення України.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ковалева О. Н., Сытина И. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: изучить особенности метаболических показателей крови (глюкоза, лактат, пируват и коэффициенты их соотношения) у больных с гипертонической болезнью (ГБ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы, методы: согласно с целью исследования больные распределены на группы: основную – составили 50 больных с ГБ и СД 2 типа, возрастом – 59,5 [52; 63] лет, 60 % - женщин и 40 % -мужчин, группу сравнения составили 46 больных с ГБ, возрастом – 61,5 [55; 64] лет, 69 % - женщин и 31 % – мужчин, группу контроля составили 30 относительно здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Всем больным в сыворотке крови проводили исследование концентрации глюкозы, лактата и пирувата, с последующим расчетом коэффициента соотношений.

Результаты: при межгрупповом анализе, выявлено, что концентрация глюкозы в группе больных с ГБ и СД 2 типа характеризовалось статистически достоверным ($p < 0,001$) повышением глюкозы в 1,8 раза при сравнении с группой больных с ГБ без глюкометаболических нарушений и – 9,5 [7,8; 15,4] ммоль/л, 5,4 [4,7; 6,5] ммоль/л, соответственно. Концентрация лактата, также, характеризовалась статистически достоверным ($p < 0,001$) повышением в группе лиц с сочетанной патологией в 1,3 раза в сравнении с группой больных с ГБ – 3,47 [3,2; 37] моль/л и 2,74 [2,49; 2,99] ммоль/л, соответственно. Подобная тенденция наблюдалась и при анализе концентрации пирувата – в группе больных с ГБ медиана составила – 0,08 [0,07; 0,1] ммоль/л и в группе ГБ и СД 2 типа – 0,13 [0,1; 0,14] ммоль/л. Коэффициент соотношения лактат/пируват, рассматривают как параметр баланса аэробных и анаэробных процессов энергообразования, в группе больных с сочетанной патологией составил 28,3 [26,8; 31,1] ус. ед., в группе с ГБ – 34,4 [28,6; 42,6] ус. ед.

Выводы: у больных с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа возникает дисбаланс метаболических процессов с активацией гликолитических механизмов, о чем свидетельствует увеличение концентрации в сыворотке крови лактата, пирувата и коэффициента их соотношений на фоне значительной гипергликемии.

ЦИТОКИНОВАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Ковалёва Ю. А., Шелест Б. А., Ломакина О. В., Шелест А. Н., Кожин М. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

У больных артериальной гипертензией (АГ) возникают нарушения функции эндотелия. При ожирении в таких случаях свой вклад вносят цитокины, активируют процессы адгезии форменных элементов крови и приводят к повышению сосудистоконстриктивных реакций. О роли воспаления в этих процессах свидетельствует повышение иммунокомпетентных клеток, факторов роста и хемоадгезивных молекул, медиаторов воспаления и особенно противовоспалительных цитокинов.

Цель исследования заключалась в сравнительной характеристике концентраций цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-4) у больных артериальной гипертензией с ожирением для определения возможных механизмов прогрессирования воспаления у таких больных.

Материалы и методы. Обследовано 46 больных с АГ 1 и II стадией в возрасте 46-74 лет, среди которых – 22 мужчины и 24 женщины. Основную группу составили 24 больных АГ с ожирением, в группу сравнения вошли 22 больных АГ без ожирения. Структурные параметры сердца исследовались на эхокардиографическом аппарате Philips HD11XE (США). Исследование сывороточных концентраций цитокинов проводили иммуноферментным методом с использованием специальных наборов для определения содержания ИЛ-lβ и ИЛ-4 (ООО «Укрмедсервис», Украина).

Результаты и их обсуждение. Высокий уровень ИЛ-1β был установлен у больных основной группы (24 больных). У них содержание ИЛ-1β колебалось в пределах от 66,10 пг / мл до 77,64 пг / мл, в среднем (71,33 ± 3,30) пг / мл, и превышало показатели контрольной группы ($p < 0,01$) и группы сравнения. Показатели у больных артериальной гипертензией без ожирения характеризовались увеличением средних значений ИЛ-1β до (70,25 ± 9,85) пг / мл, что существенно превышало показатели контрольной группы ($p < 0,01$). Анализируя уровень противовоспалительного ИЛ-4 у больных артериальной гипертензией с ожирением наблюдалось его снижение у лиц обеих групп – в основной группе он колебался в пределах 4,73-7,98 пг / мл, со средним значением (6,42 ± 1,34) пг / мл. Анализ группы сравнения обнаружил его в пределах от 5,08 пг / мл до 15,22 пг / мл и в среднем содержание ИЛ-4 составило (9,38 ± 1,54) пг / мл, что достоверно было меньше контроля ($p < 0, 01$). Сопоставление исследуемого показателя между группами больных показало низкую концентрацию этого интерлейкина в основной группе ($p < 0,05$).

Выводы. В развитии и прогрессировании артериальной гипертензии в сочетании с ожирением существенное значение имеют иммуновоспалительные нарушения, проявляющиеся в изменениях активности цитокинового звена иммунной системы.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗОВАНТИ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ ГАСТРОПАТІЇ

Коваль В. Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. Сучасні джерела стверджують, що діабетична гастропатія діагностується у хворих цукровим діабетом не залежно від типу діабету. Проведені дослідження свідчать про суттєве зниження якості життя пацієнтів з діабетичним гастропарезом, а також про можливість впливу цього ускладнення цукрового діабету на смертність.

Мета роботи – вивчити вплив зованти у хворих на діабетичну гастропатію.

Матеріали та методи дослідження. Вивчено вплив пантопразолу (зованти) на клінічний перебіг діабетичної гастропатії у хворих на цукровий діабет. У дослідження включено 38 пацієнтів цукровим діабетом 2 типу. Наявність H. Pylori визначали швидким тестом для визначення антигену Helicobacter pylori в калі за допомогою тест-систем Cer Test Biotec SL. Іспанія. Внутрішньо-шлункову pH-метрію проводили на апараті „Ацидогастрометр" по методиці Чернобрового В.М.

Результати дослідження. Обстежено 55 % жінок та 45 % чоловіків. Вік хворих цукровим діабетом II типу – (44,5 ± 3,79) років. Тривалість захворювання склала (6,28 ± 2,0) роки. Діабетичну гастропатію діагностовано на основі фіброгастродуоденоскопії. В дослідження включені хворі, у яких був негативний стул-тест на антиген H. Pylori та виявлена гіперацидність шлункового соку. Гіперацидність виражену виявлено у 36,8 % хворих, гіперацидність помірну у 15,8 % та гіперацидність мінімальну в 47,4 %. У хворих цукровим діабетом 2 типу в клінічному перебігу виявляли диспепсичний синдром: нудоту в 28,9 %, блювання – 13,15 %, печію – 63 %, закрепи – 31,6 %, гіркоту в роті – 15,8 %, здуття черева – 28,9 %.

На фоні комплексної терапії із застосуванням пантопразолу 20 мг зранку до їди протягом двох тижнів у хворих цукровим діабетом 2 типу відмічалось зменшення печії на 2 добу у 65,78 %, на 7-у добу – у 94,7 % пацієнтів. 5,3 % пацієнтів потребували подвійної дози пантопразолу, що повністю знімало печію. Поряд з кислотопригнічуючою дією пантопразолу 55,3 % хворих відмічали зникнення дискомфорту у вигляді важкості в шлунку після їди, нормалізацію випорожнень відмічало 31,6 %.

Висновки:

1. Включення пантопразолу (зованти) в лікування діабетичної гастропатії покращує загальний стан пацієнта, що проявляється зникненням печії, нормалізацією випорожнень і зникненням проявів важкості у шлунку.

2. Препарат добре переноситься хворими, про що свідчить відсутність будь-яких побічних ефектів і може бути успішно використаний в якості патогенетичної терапії цукрового діабету 2 типу.

ЕНДОТЕЛІЙ СУДИН ТА ХРОНІЧНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коваль В. Ю., Архій Е. Й.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. В останні роки ендотеліальну дисфункцію часто розглядають як універсальний глибокий патологічний процес, що лежить в основі практично усіх захворювань.

Мета роботи – вивчити функцію ендотелію судин у хворих на хронічний калькульозний панкреатит у залежності від порушення екзокринної та ендокринної функції підшлункової залози.

Матеріали та методи дослідження. Проведено визначення вмісту ендотеліну-1 у 76 пацієнтів на хронічний калькульозний панкреатит – 68 чоловіки і 8 жінок, що знаходилися на лікуванні в гастроентерологічному та ендокринологічному відділеннях Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака в 2013-2015 рр. Вік пацієнтів склав (42,92 ± 2,21) роки. Тривалість захворювання (5,08 ± 1,0) років. Хворі були розподілені на дві групи: перша група – 36 пацієнтів хворі на хронічний калькульозний панкреатит з порушенням екзокринної та друга – 40 пацієнтів на хронічний калькульозний панкреатит з порушенням екзокринної та ендокринної функції підшлункової залози. Рівень ендотеліну – 1 сироватки крові визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою набору тест-систем фірми DRG (США).

Результати дослідження. При цукровому діабеті, що виникнув у пацієнтів внаслідок хронічного калькульозного панкреатиту спостерігається значне у 5,12 рази ($p \leq 0,05$) збільшення ендотеліну-1 в сироватці крові порівняно з контрольною групою та у 1,3 рази у порівнянні з хворими на хронічний калькульозний панкреатит з порушенням екзокринної функції підшлункової залози. Рівень ендотеліну-1 у хворих першої групи склав (14,65 ± 1,23) нг/мл, другої – (18,6 ± 2,3) нг/мл. У хворих на хронічний калькульозний панкреатит з порушенням екзокринної функції рівень ендотеліну-1 суттєво ($p \leq 0,05$) у 4 рази перевищує показники контрольної групи – (3,63 ± 0,58) нг/мл.

Висновки:

1. При хронічному калькульозному панкреатиті з порушенням як екзокринної так і ендокринної функції підшлункової залози виявлено зміни функції ендотелію судин, що супроводжується значним збільшенням ендотеліну-1 в сироватці крові.

2. Порушення функції ендотелію судин у хворих на хронічний калькульозний панкреатит з екзокринною та ендокринною функцією більш виражені, ніж у хворих на хронічний калькульозний панкреатит з порушенням екзокринної функції підшлункової залози.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І ХВОРОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА ХВОРОБ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ЗАКАРПАТТІ

Коваль В. Ю., *Ізай Е. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна,

**Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород*

Мета дослідження: провести аналіз показників захворюваності та хворобливості органів травлення та хвороб підшлункової залози на Закарпатті за 2011-2014 роки.

Матеріали та методи. Для проведення аналізу показників захворюваності та хворобливості органів травлення та хвороб підшлункової залози використовували статистичні звіти за 2011-2014 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2014 році порівняно з 2011-2013 роками спостерігається тенденція до зниження як захворюваності хвороб органів травлення, так і хвороб підшлункової залози. Поширеність хвороб органів травлення (ХОТ) поступово знижувалась з 2011 року до 2014 року: з 5237,6 до 4527,5 на 100000 населення (таблиця). У 2012 році спостерігалося незначне збільшення на 0,64 % захворюваності хвороб підшлункової залози (ХПЗ) порівняно з 2011 роком. Однак у 2013-2014 році виявлено позитивну динаміку, що супроводжується зниженням показників захворюваності та хворобливості ХПЗ.

Таблиця

Показники захворюваності та хворобливості

Показник	2011 рік	2012 рік	2013 рік	2014 рік
ХОТ				
Захворюваність	19485,6*	19063,7*	18455,8*	17542*
Поширеність	5237,3*	5051,3*	4865,8*	4527,5*
ХПЗ				
Захворюваність	1903,5*	1915,7*	1868,8*	1799,9*
Хворобливість	272,9*	273*	249,8*	221,7*

Примітка: * на 100000 населення

Висновки.

1. У 2014 році порівняно з 2011 роком відмічено зменшення захворюваності хвороб органів травлення на 9,98 %, хворобливості – на 13,56 %.
2. Захворюваність хвороб підшлункової залози у 2014 році зменшилась на 5,45 %, а хворобливість – на 18,8 %.
3. За останні 4 роки спостерігається позитивна динаміка на Закарпатті, що супроводжується зменшенням захворюваності та хворобливості органів травлення та хвороб підшлункової залози.

КЛІНІКО-МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАМЕТРИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ДИНАМІЦІ 12-ТИ МІСЯЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Коваль С. М., Снігурська І. А., Мисниченко О. В., Висоцька О. В., Пенькова М. Ю., Корнійчук І. А., Циганков О. І., Божко В. В.

ДУ "Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України", м. Харків

Мета. Вивчення змін клініко-метаболічних показників та структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) в динаміці 12-ти місячного лікування на тлі дієтичних рекомендації щодо зниження маси тіла.

Матеріали та методи. Обстежено 30 хворих на ГХ 2-3 ступеня віком від 36 до 69 років з АО I-II ступеня. Визначали рівні в крові ліпідів, глюкози і інсуліну з визначенням інсулінорезистентності (ІР) за індексом HOMA, дослідження структурно-функціонального стану лівих відділів серця. Обстеження хворих проводили в динаміці 12-ти місячної антигіпертензивної терапії: олмесартан (О) (20-40 мг на добу) в поєднанні з лерканідипіном (Л) (10-20 мг на добу) з додаванням, в разі недосягнення цільових рівнів артеріального тиску (АТ) через 4 тижні небівололу (Н) (5 мг на добу), а через 12 тижнів – індапаміду (І) (2,5 мг на добу). Усім хворим призначали аторвастатин (А) (20 мг на добу).

Результати. Терапія О і Л в даній групі хворих через 4 тижні лікування не призвела до досягнення цільових рівнів АТ, в зв'язку з чим хворим був додатково призначений Н. Через 12 тижнів після ініціації терапії виявлено підвищення антигіпертензивної ефективності до 83 %, через 12 місяців – до 90 %. Додавання І було необхідне лише у 17 % хворих. Вказана терапія на тлі прийому А і дієтичних рекомендації привела через 12 місяців і до позитивних метаболічних змін: достовірного зниження рівнів загального холестерину (ХС), ХС ліпопротеїдів низької щільності і ТГ ($p < 0,001$) на тлі достовірного ($p < 0,01$) підвищення рівнів ХС ліпопротеїдів високої щільності; достовірного зниження показника ІР ($p < 0,001$). Позитивними також були і структурно-функціональні зміни лівих відділів серця: достовірне зниження індексу маси міокарда лівого шлуночка та покращення діастолічної функції. Виявлені зміни параметрів відбувались на тлі достовірного зниження маси тіла та індексу маси тіла у обстежених хворих.

Висновки. Комбінація О, Л та Н з додаванням, в разі необхідності, І на тлі прийому А і дієтичних рекомендацій щодо зниження маси тіла є високоефективною схемою лікування хворих на ГХ з АО. Тривале 12-ти місячне використання даної схеми приводить не тільки до досягнення цільових рівнів АТ, позитивних змін в ліпідному обміні і чутливості тканин до інсуліну, а й до гальмування патологічного ремоделювання лівого шлуночку серця.

РІВНІ АПЕЛІНУ ТА МАЛОНОВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ

Коваль С. М., Старченко Т. Г., Юшко К. О., Милославський Д. К.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків

Мета. Вивчити рівні апеліну та стан перекісного окислення ліпідів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу в залежності від тривалості ЦД.

Матеріали і методи. Обстежено 44 хворих на ГХ з ЦД 2 типу. Усі хворі на супутній ЦД 2 типу були розподілені на 3 підгрупи: 1) хворі з тривалістю ЦД 2 типу до 1 року (24 %); 2) хворі з тривалістю ЦД 2 типу від 1 до 5 років (44 %); 3) хворі з тривалістю ЦД 2 типу більше 5 років (32 %). Всім хворим проводили визначення рівнів апеліну та МДА в крові. Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб.

Результати. Встановлено, що рівні апеліну у хворих на ГХ з ЦД 2 типу в усіх підгрупах були вірогідно нижче ніж в групі контролю ($p < 0,01$, $p < 0,001$ та $p < 0,001$, відповідно). У порівнянні з групою хворих на ГХ з ЦД 2 типу з тривалістю ЦД до 1 року рівні апеліну були вірогідно вище (0,926 (0,871; 0,948), $p < 0,05$) у порівнянні з пацієнтами з тривалістю ЦД більше 5 років – (0,855 (0,736; 0,863). Рівні МДА при ГХ з ЦД 2 типу були вірогідно вищі, ніж у контрольній групі ($p < 0,001$). В разі поєднання ГХ з ЦД 2 типу стан перекісного окислення ліпідів також суттєво залежав від тривалості ЦД. Так, рівень МДА при тривалості в анамнезі ЦД до 5 років і після 5 років склав відповідно 5,54 (4,23; 7,29) нмоль/л і 7,17 (5,92; 7,61) нмоль/л ($p < 0,001$), що свідчить про значення постійної гіперглікемії у підтримці активації перекісного окислення ліпідів та впливу на його стан тривалості супутнього ЦД. У хворих на ГХ з ЦД 2 типу відзначався вірогідний негативний кореляційний зв'язок між апеліном та МДА ($R = -0,71$, $p < 0,05$), що може свідчити про антиоксидантні властивості апеліну.

Висновки. Таким чином, встановлено вірогідне зниження рівнів в крові вазодилатаційного, антиатерогенного та антидіабетичного фактору апеліну та високу активність перекісного окислення ліпідів у хворих на ГХ у поєднанні з ЦД 2 типу у порівнянні з практично здоровими особами. У хворих на ГХ з ЦД 2 типу з тривалим перебігом ЦД (більше 5 років) виявлене достовірне зниження рівнів апеліну у порівнянні з пацієнтами з вперше виявленим ЦД з тривалістю менше 1 року. Більш тривалий перебіг ЦД 2 типу при ГХ супроводжується вираженою активацією вільно-радикального окислення.

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФЕЦИРОВАННОСТИ H. PYLORI

Колесникова Е. В., Козырева Т. Е., Шуть И. В.

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

Цель исследования: изучить кардиометаболические нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа (СД-2) в зависимости от инфицированности HP.

Материалы и методы. Обследовано 72 человек ИБС в сочетании с СД-2 с/без HP. с верифицированной ИБС в сочетании с СД-2, с/без признаков инфекции HP, средний возраст, которых составил (56,8 ± 6,4) года, из них 37 мужчин и 35 женщина. Пациенты были разделены на 2 группы: I группу составили пациенты серопозитивные по HP, имеющие ИБС в сочетании с СД-2 (n = 39), II группа была представлена серонегативными по HP пациентами с признаками ИБС в сочетании с СД-2 (n =33). У всех пациентов определялись: титры IgG антител к HP, показатели углеводного и липидного обменов, концентрация адипонектина, С-реактивного белка (СРБ), инсулина в сыворотке крови.

Результаты. Сравнительный анализ содержания основных метаболических показателей показал, что у пациентов I группы отмечались достоверные изменения в липидном профиле, которые характеризовались повышением ХС ЛПНП и снижением ХС ЛПВП в сравнении с аналогичными показателями пациентов II группы (p = 0,001). Полученные изменения носили проатерогенный характер, несмотря на отсутствие достоверных различий в сравниваемых группах по уровню ОХС. Уровень глюкозы натощак, как показатель компенсации углеводного обмена, у пациентов I группы достоверно превосходил аналогичный пациентов II группы (p = 0,027). Обращало внимание достоверное превосходство уровня инсулина у пациентов I группы в сравнении со II группы (p = 0,001). Содержание уровня адипонектина и С-реактивного белка (СРБ) продемонстрировало достоверное снижение адипоцитарного гормона у пациентов I группы – (7,43 ± 1,22) нг/мл и повышение СРБ – (12,28 ± 2,34) мг/л, как маркера иммунного воспаления в сравнении с аналогичными показателями пациентов II группы – ((8,64 ± 1,43) нг/мл и (10,28 ± 1,72) мг/л, соответственно (p = 0,001).

Выводы. Инфицированность HP играет важную роль в формировании кардиометаболических нарушений и диктует необходимость поиска оптимальных терапевтических мероприятий для профилактики кардиоваскулярных событий у серопозитивных HP пациентов с ИБС в сочетании с СД-2.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ КЛАС СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІМПЛАНТОВАНИМИ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРАМИ НА РІЧНОМУ ЕТАПІ АПАРАТНОЇ І МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ОПТИМІЗАЦІЇ

Коломицева І. М.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна

Мета: оцінити перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) у функціональних класах (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН) у пацієнтів з електрокардіостимуляторами (ЕКС) на річному етапі апаратної та медикаментозної оптимізації.

Матеріали та методи: Обстежено 162 пацієнта (89 чоловіків і 73 жінки) у віці (69 ± 10) років до, в ранньому післяопераційному (3-5 днів), піврічному і річному періодах постійної електрокардіостимуляції з режимами DDD/DDDR і VVI/VVIR, і кардіоресінхронізуючою терапією (CRT- P і CRT-D). У всіх періодах спостереження визначалися ФК та стадії і ступені АГ. На кожному з етапів дослідження проводилися апаратна і медикаментозна оптимізація. У медикаментозній оптимізації використовувалися інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), β-блокатори, антиагреганти, антикоагулянти прямої дії, статини, диуретики, блокатори кальцієвих каналів, антиаритмічні препарати. Дані оброблялися непараметричною статистикою.

Результати. До імплантації ЕКС АГ зустрічалася в 90,4 % випадків, при цьому в I ФК ХСН – у 11,3 %, II ФК ХСН – у 47,3 %, III ФК ХСН – у 27,5 %, і IV ФК ХСН – у 4,3 %. З підвищенням ФК ХСН відзначалася тенденція збільшення стадій і ступенів АГ, особливо за рахунок II, III стадій і 2, 3 ступенів у II і III ФК ХСН. Через 1 рік після імплантації ЕКС в частотах зустрічальності АГ відзначалося збільшення частки пацієнтів з I, II стадіями і 1,2 ступенями за рахунок переходу з III стадії і 3 ступеня, які концентрувалися в I і II ФК ХСН при різкому зменшенні частоти зустрічальності пацієнтів в III і відсутності в IV ФК ХСН.

У пацієнтів з імплантованими ЕКС зазначено зниження частот зустрічальності більш високих ФК та ступенів і стадій АГ за рахунок переходу в більш низькі, а також показано закономірності їх змін на річному етапі оптимізації параметрів електрокардіостимуляції і підтримуючої медикаментозної терапії. Швидкість зниження частот зустрічальності більш високих ступенів і стадій щодо частот зустрічальності АГ була більш повільною і менш істотною, ніж ФК ХСН.

Висновки: отримані результати не тільки підтверджують ефективність ЕКС, але і показують необхідність адекватної медикаментозної підтримки пацієнтів на всіх періодах електрокардіостимуляції.

УЛЬТРАСТРУКТУРА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ НЕФРИТЕ ХЕЙМАННА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кондаков И. И., Репин Н. В., Марченко Л. Н., [*]Топчий И. И., [*]Кириенко А. Н., [*]Кулешова Е. М.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков,
[*]ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Цель – изучить влияние введения криоэкстракта аллогенной плаценты (КЭП) на морфо-функциональное состояние почек крыс при экспериментальном нефрите Хейманна.

Материалы и методы. Исследования проводили на 35 нелинейных крысах-самцах 4-х месячного возраста массой 220-250 гр., которым для моделирования нефрита Хеймана интраперитонеально вводили гомогенат почек крыс в пропорции (1 часть почек измельченных в гомогенизаторе, 1 часть адьюванта Фрейнда (полного) и 25 мл оливкового (стерильного) масла. Животные были разделены на 3 группы: 1 группа – интактные животные; 2 группа – животные с моделью аутоиммунного нефрита (АН); 3 группа – животные с моделью АН, которым 3 раза за неделю, внутримышечно вводили КЭП в дозе 0,5 мл на 28 день после иммунизации. Животных 2-й и 3-й групп выводили из эксперимента на 45 и на 60 день. Перед выведением из эксперимента у животных определяли: уровень креатинина, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) и комплимент (С). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по Ребергу-Тарееву.

Результат. После иммунизации животных уровень ЦИК начинал превышать норму на 21 сутки. Также отмечалось достоверное (по сравнению с нормой) падение в 2 раза суточного диуреза и увеличение уровня креатинина мочи, что указывало на начало клинических проявлений нефрита Хейманна. На 28 сутки эксперимента развивалось достоверное нарушение выделительной функции почек (падение СКФ, 3-х кратное уменьшение суточного диуреза, 2-х кратное нарастание уровней креатинина крови и мочи). Введение КЭП животным вызывало улучшение функциональных показателей уже на 45 сутки: снижение уровня креатинина крови на 24 % ($p < 0,05$), 2-х кратное возрастание СКФ ($p < 0,05$). На 60 сутки эксперимента выявлено почти 2,5-ти кратное уменьшение уровня креатинина крови ($p < 0,05$), увеличение СКФ в 2 раза по сравнению с животными 2-й группы.

Таким образом, однократное введение гомогената почки с ПАФ к 28 суткам приводило к возрастанию ЦИК в крови, отложению их на базальных мембранах капилляров клубочков, сужению их просвета и пролиферацией мезангиоцитов, что приводило к нарушению функций почек. Введение КЭП приводило к нормализации функциональных показателей почек, снижало к 45 суткам уровни С и ЦИК до показателей нормы. Введение криоэкстракта при сфомировавшемся нефрите Хеймана может приостановить дальнейшее его прогрессирование.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ТА ЛІВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ ТА СТАН СИСТЕМНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кондратюк В. Є., Фролова А. М., Коржук В. О.

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

Ревматоїдний артрит (РА) характеризується хронічним системним запаленням, що впливає на стан судинної стінки і лівих відділів серця.

Мета: дослідити особливості ремоделювання магістральних артерій та лівих відділів серця у хворих на ревматоїдний артрит (РА) залежно від віку, статті, ступеня активності.

Матеріали і методи. Обстежено 55 хворих на РА (25 чоловіків і 30 жінок) та 29 практично здорових осіб. Середній вік (53,12 ± 14,35) років та (47,06 ± 11,05), відповідно. Хворі були розділенні на групи за ступенем активності та давністю хвороби. Середня тривалість РА – (8,29 ± 7,9) років. Проводилася оцінка параметрів жорсткості артерій за допомогою метода апланаційної тонометрії та зміни лівих відділів серця у вигляді гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) за допомогою ЕхоКГ. Визначалися центральний аортальний тиск (ЦАТ), швидкість пульсової хвилі (ШПХ) та індекс аугментації (Аіх) їх взаємозв'язок з тривалістю у порівнянні з практично здоровими особами та ступінь гіпертрофії визначався за допомогою індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ).

Результати. ГЛШ у хворих на РА вірогідно вища порівняно з контрольною групою (78 % проти 30 %). У хворих на РА відзначається достовірне збільшення ІММЛШ порівняно з контролем ((140,1 ± 9,6) г/м^2 проти (98,9 ± 6,3) г/м^2, відповідно). Систолічний (САТ) і пульсовий АТ (ПАТ) на брахіальній артерії зіставні та відповідали нормі. Проте центральний САТ у хворих на РА значно перевищував показники контрольної групи ((119,0 ± 9,6) мм рт. ст. проти (105,8 ± 8,2) мм рт. ст.; $p < 0,001$). ШПХ у хворих на РА вища порівняно з групою практично здорових ((6,3 ± 1,6) м/с проти (3,1 ± 1,0) м/с, $p < 0,001$), що відображає порушення пружно-еластичних властивостей артеріальної стінки вже в дебюті захворювання. Аіх достовірно вище у хворих з РА порівняно з контрольною групою ((34,3 ± 11,9) ум. од. проти (24,6 ± 7,7) ум. од.). Встановлена пряма залежність між ступенем активності РА та ступенем ГЛШ (відповідно $r = 0,36$ і $r = 0,41$, обидва $p < 0,05$), а також встановлено прямий зв'язок між ШПХ і віком пацієнтів та тривалістю РА (відповідно, $r = 0,31$ і $r = 0,42$, обидва $p < 0,05$).

Висновки. Для хворих на РА притаманне ремоделювання лівих відділів серця та порушення пружно-еластичних властивостей артерій, що проявляється збільшення частоти виявлення ГЛШ, збільшенням жорсткості судин, ступінь якої збільшується при зростанні активності та тривалості захворювання, що зумовлює збільшення частоти серцево-судинних ускладнень у хворих на РА.

РОЛЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Копица Н. П., Родионова Ю. В., Титаренко Н. В.

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

Внутрижелудочковая диссинхрония (ДС) связана с ухудшением систолической функции левого желудочка (ЛЖ) и неблагоприятными клиническими исходами. Механизмы, приводящие к ухудшению внутрисердечной гемодинамики, особенно при остром инфаркте миокарда, продолжают тщательно изучаться.

Цель: изучить роль внутрижелудочковой ДС в прогнозировании ремоделирования миокарда ЛЖ у пациентов острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМПST).

Материалы: было обследовано 52 пациента (32 мужчин и 20 женщин) с ОИМПST, которые были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии Института на протяжении 2015 г. Средний возраст которых составил (63 ± 1,28). Стандартную эхокардиографию проводили в течение 48 часов после поступления на аппарате SonoAceX6 (Samsung Medison,S.Korea). Внутрижелудочковую ДС оценивали с помощью тканевого Допплера, как максимальную разницу между зубцом Q до пика систолической скорости (Ts-Diff), измеренную для шести базальных сегментов миокарда ЛЖ. Эхокардиографическое исследование повторяли через 6 месяцев, чтобы пересмотреть объемы ЛЖ. Ремоделирование ЛЖ определяли как увеличение > 15 % конечного систолического объема (КСО) ЛЖ через 6 месяцев. Все пациенты получали стандартную терапию: ИАПФ, β-адреноблокаторы, статины, антитромбоцитарные препараты (клопидогрель, аспирин).

Результаты. У 11 пациентов (23 %) развилось ремоделирование ЛЖ. Было установлено, что уровень ДС коррелирует с изменениями процентного КСО ЛЖ и КДО ЛЖ через 6 месяцев. Ts-Diff, время замедления скорости раннего диастолическго потока (DT) были независимыми предикторами ремоделирования у пациентов с ОИМПST. С помощью кластерного анализа была установлена чувствительность Ts-Diff > 56 мс у 72,7 % и специфичность 83,8 % для прогнозирования ремоделирования миокарда ЛЖ.

Выводы. Внутрижелудочковая ДС, выявляемая в первые 48 часов ОИМПST, является важным предиктором постинфарктного ремоделирования ЛЖ. Данный гемодинамический маркер может широко использоваться для своевременной идентификации пациентов, нуждающихся в наиболее тщательно подобранной медикаментозной терапии.

РОЗРОБКА СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

Копиця М. П., Титаренко Н. В., Біла Н. В., Гільова Я. В., Родіонова Ю. В. Петеньова Л. Л., Опарін О. Л.

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

В даний час у світі спостерігається підвищений інтерес до оптимізації шкал стратифікації ризику хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) в зв'язку з високою смертністю при даному захворюванні.

Метою нашого дослідження було вивчення прогностичної цінності біохімічних і клінічних маркерів і їх суми у відношенні розвитку летального результату через півроку після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали і методи. Обстежено 151 хворий з гострим Q-позитивним інфарктом міокарду. В дослідження були включені хворі, що надійшли на протязі першої доби від початку захворювання до стаціонару. Окрім рутинних клініко-біохімічних маркерів визначали Н-кінцевий фрагмент мозгового натрійуретичного пептиду (NT-BNP) в сироватці крові імуноферментним методом за допомогою реактивів фірми «Вектор Бест», Новосибірск. Вивчено розвиток летального виходу через півроку від початку ГІМ. Статистична обробка проводилася за допомогою програми Statistica 6,0 і MedCalc.

Результати. Після аналізу близько 60 клініко-біохімічних показників при порівнянні груп хворих, що вижили та померли, виявилося, що в групах достовірно відрізнялися наступні показники: рівень креатиніну, рівень NT-BNP, вік пацієнта та локалізація інфаркту міокарда. У зв'язку з недостатньою чутливістю і специфічністю вищеназваних показників у представленій виборці хворих була зроблена спроба створити математичну модель з метою поліпшення чутливості та специфічності прогнозу загальної смертності, також була дана бальна оцінка кожному показнику за методом Гублера з розрахунком прогностичного коефіцієнта (ПК). При позитивному значенні ПК прогнозують розвиток летального кінця у пацієнтів з Q-позитивним ІМ протягом 6 місяців, при негативному значенні ПК – відсутність летального результату протягом 6 місяців (чутливість 81 %, специфічність 85 %, діагностична ефективність 84 %, площа під кривою склала 0,893).

Висновок: запропонована математична модель з урахуванням рівнів BNP-NT в першу добу, креатиніну, віку та локалізації ІМ дозволяє прогнозувати летальний результат у пацієнтів з Q-позитивним ІМ з чутливістю 81 % і специфічністю 85 %.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ

Корабельщикова М. О., Росул М. М.
ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Вступ. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є провідною причиною смерті дорослого населення в Україні. За останній час у людей молодого працездатного віку відмічається зростання кількості випадків розвитку ГІМ, що призводить до погіршення якості життя та втрати працездатності таких хворих.

Мета: провести аналіз найбільш вагомих факторів ризику (ФР) розвитку гострого інфаркту міокарда в осіб молодого віку.

Матеріали і методи: обстежено 72 хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ), які були розподілені на 2-і групи. Першу групу склали 42 особи віком до 45 років, другу групу – 30 пацієнтів віком від 46 до 70 років. Діагноз ГІМ встановлювали на основі аналізу клінічної картини, змін ЕКГ, ЕхоКС, визначення маркерів некрозу міокарда.

Результати: аналіз отриманих даних показав, що першу групу хворих склали тільки особи чоловічої статі, у той час як у 2-й групі було 43,3 % чоловіків та 56,7 % жінок. У пацієнтів молодого віку найбільш часто виявлялись такі ФР як: порушення ліпідного обміну – у 83,3 % випадків, паління – у 66,7 % осіб, сімейна спадковість по серцево-судинній патології – 69,0 %, в тому числі по ішемічній хворобі серця – у 33,3 %, надлишкова вага – у 57,1 %, артеріальна гіпертензія – у 33,3 %, абдомінальне ожиріння – у 26,2 %, цукровий діабет 2 типу – 11,9 %. У той же час у хворих 2-ї групи частіше всього виявлялись: дисліпідемія – у 86,7 %, артеріальна гіпертензія – у 66,7 %, цукровий діабет 2-го типу – у 23,3 %. При цьому комбінація з трьох ФР нами спостерігалась у 28,6 % осіб молодого віку проти 16,7 % старшого віку, чотирьох ФР – у 19,0 % та 13,3 % випадків відповідно, п’яти ФР – у 11,9 % та 6,7 %, відповідно.

Згідно даних коронарографії у пацієнтів молодого віку у 47,6 % випадків відмічалась відсутність уражень коронарних артерій, а в 35,7 % мало місце ураження однієї коронарної артерії. У пацієнтів старшого віку у 46,7 % випадків відмічали стенотичне ураження двох коронарних судин, у 13,3 % – уражались три судини, ураження чотирьох судин мало місце у 6,7 %, п’ятьох судин – у 3,33 % випадків .

Висновок. У пацієнтів молодого віку в розвитку гострого інфаркту міокарда, імовірно, переважне значення має більш часте поєднання несприятливих факторів ризику (перш за все дисліпідемії, паління, надлишкової маси тіла) та коронароспазм, тоді як у пацієнтів старшого віку – багатосудинне атеросклеротичне ураження в поєднання з такими факторами ризику як дисліпідемія, артеріальна гіпертензія та цукровий діабет 2 типу.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Корнієнко Д. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета дослідження – вивчення ролі та особливостей використання ультразвукових методів дослідження в діагностиці гастроезофагеальної рефлюксної хвороби із супутнім ожирінням.

Матеріали та методи дослідження. Проведено дослідження, в ході якого було обстежено 60 хворих на гастроезофагеальну рефлюксну хворобу. В залежності від наявності супутнього ожиріння було сформовано 2 групи, рівні за кількістю пацієнтів та однорідні по віку та статі, середній вік пацієнтів складав (21 ± 2,52) роки. Групу контролю складали 20 практично здорових осіб. Ультразвукові методи застосовували для дослідження моторно-евакуаторних порушень, визначалися товщина стінки стравоходу (ТСС), ширина просвіту стравоходу в нижній третині (ШС) та для візуалізації розподілу жирової тканини, під час якої визначалися товщина вісцерального жиру (ТВЖ), товщина підшкірного жиру (ТПЖ).

Результати дослідження. У ході проведених досліджень було встановлено, що у хворих на ГЕРХ з супутнім ожирінням відмічаються більш виражені моторно-евакуаторні порушення, що проявлялися в збільшенні показників ТСС та ШС, також достовірне збільшення показників ТВЖ та ТПЖ у порівнянні з хворими на ГЕРХ без супутньої патології та контрольною групою ($p < 0,05$). Слід зазначити, що у хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням було встановлено тісний кореляційний зв'язок між ультразвуковими показниками моторно-евакуаторних порушень та ТВЖ.

Висновки. 1. У хворих на ГЕРХ відмічаються значні моторно-евакуаторні порушення, які були більше виражені в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням. 2. Серед хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням були достовірно більшими показники ТВЖ та ТПЖ у порівнянні з хворими на ГЕРХ без супутньої патології та контрольною групою. 3. У хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням було встановлено тісний кореляційний зв'язок між ультразвуковими показниками моторно-евакуаторних порушень та ТВЖ. 4. Отримані дані свідчать про значну роль супутнього ожиріння у формуванні моторно-евакуаторних розладів у хворих на ГЕРХ.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Костюк И. Ф., Стеблина Н. П., Бязрова В. В., Прохоренко В. Л.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Пылевые болезни легких относятся к одной из наиболее распространенных форм профессиональной патологии, представляя собой актуальную медико-социальную проблему. Легочная гипертензия и хроническое легочное сердце (ХЛС) развиваются на более поздних стадиях ХОБЛ.

Целью работы явилась разработка более объективной ранней оценки состояния сердечно-сосудистой системы при пылевых заболеваниях для улучшения диагностики и прогнозирования.

Материали та методы. Обследовано 45 больных ХОБЛ профессионального генеза в возрасте от 48 до 60 лет. Диагноз верифицировался на основании анализа профессионального маршрута, санитарно-гигиенической характеристики, клинико- инструментального и лабораторного обследования в соответствии с общепринятыми положениями и инструкциями МОЗ Украины. Содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) в плазме крови определяли иммуноферментным методом при помощи набора Endotelin-1 Elisa System, уровень оксида азота (NO) – спектрофотометрическим методом.

Результаты. У всех больных ХОБЛ выявлен повышенный уровень ЭТ-1 ($p < 0,01$) и пониженный уровень NO($p < 0,01$). Корреляционный анализ установил отрицательную корреляционная связь между уровнем ЭТ-1 и максимальной объемной скоростью на уровне мелких бронхов (МОШ75). Полученные результаты подтверждают гипотезу о стимулирующем влиянии дисфункции эндотелия на уровень бронхообструкции. По мере прогрессирования легочной недостаточности и развития морфо-функциональных изменений со стороны сердца (ХЛС) отмечается нарастание эндотелиальной дисфункции. Так, у больных с тяжелыми стадиями ХОБЛ(III ст.) и клинико-инструментальными признаками ХЛС уровень эндотелина достоверно($p < 0,01$) превышал показатели больных с начальными стадиями ХОБЛ (I-II ст.).

Выводы. Таким образом, повышенный уровень ЭТ-1 у больных ХОБЛ может быть маркером как нарушений вентиляционной функции, так и кардиоваскулярной недостаточности. Увеличение концентрации ЭТ-1 интенсифицирует оксидативный стресс, истощает антиоксидантную защиту, усиливает бронхоспазм, усиливает гипоксию как за счет гемодинамических сдвигов, так и в результате респираторной дисфункции, вызывает коронароспазм, рост ишемических изменений в миокарде.

ДО ПИТАННЯ ПРО ЧАСТІ ВИПАДКИ ПОЄДНАННЯ САРКОЇДОЗУ ЛЕГЕНІВ І ПИЛОВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Костюк І. Ф., Бязрова В. В., Стебліна Н. П., Мельник О. Г.
Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. В останні роки намітилася чітка тенденція до збільшення захворюваності на саркоїдоз в осіб, що контактують з пилом, і зростання частоти поєднання з пиловою патологією. Легеневу форму саркоїдозу (СОД) часто важко віддиференціювати від пневмоконіозу, особливо у випадках їх поєднання, що пов'язано з відсутністю патогномонічних клініко-рентгенологічних і морфологічних проявів.

Метою роботи було оцінити особливості перебігу та діагностики СОД у осіб пилових професій при поєднанні з пневмоконіозом.

Отримані результати та їх обговорення. Аналіз результатів обстеження з підозрою на пневмоконіоз та саркоїдоз легень у клініці Харківського НДІ гігієни праці та профзахворювань за останні роки підтвердив тенденцію до збільшення захворюваності на саркоїдоз легень у осіб, що мають професійний контакт з пиловим фактором, частоти поєднання з пневмоконіозом, що значно ускладнює діагностичні можливості. Обстежено 17 хворих з підозрою на пневмоконіоз (силікоз). При диференціальній діагностиці оцінювалися умови праці та санітарно-гігієнічна характеристика умов праці, контакт з пилом, результати туберкулінових проб; при саркоїдозі - наявність змін з боку крові (моноцитоза, лейкопенії, еозинофілії, гіперкальціємії), кальційурії, підвищення лужної фосфатази, а також наявність позалегеневих проявів хвороби. Так, саркоїдоз легень був встановлений у 9 (53 %) пацієнтів, у решти хворих саркоїдоз розвивався на тлі пневмоконіозу, з яких у 5 випадках силікозу. При обстеженні у частини хворих (4 %) діагноз СОД був підтверджений гістологічно. Залежно від особливостей рентгенологічної картини були виявлені різні стадії СОД у досліджуваних хворих. При цьому слід зазначити, що в 79 % випадків СОД характерним було невідповідність задовільного загального стану та поширеності ураження легеневої тканини і внутрішньогрудних лімфатичних вузлів (ВГЛВ).

Висновки. Саркоїдоз органів дихання може розвиватися у робітників пилових професій як самостійне захворювання, так і на тлі силікозу. Клінічна картина і рентгенологічні зміни при СОД мають схожість з силікозом. Для діагностики саркоїдозу слід враховувати особливості перебігу захворювання з можливою регресією, спонтанної або під впливом кортикостероїдної терапії, наявність позалегеневих ознак захворювання, змін з боку крові.

ВПЛИВ ТЕНАСЦИНУ С НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити вплив тенасцину С на розвиток гострого інфаркту міокарда у хворих на цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. У досліджені обстежено 120 пацієнтів, серед яких 46 жінок (42,6 %) та 74 чоловіків (57,4 %). Усіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (серед них – чоловіків 31 осіб, жінок 29 осіб у віці від 45 до 88 років); порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ без ЦД 2 типу (22 чоловіків і 18 жінок у віці від 45 до 75 років); контрольну групу – 20 практично-здорових осіб (серед них 11 чоловіків та 9 жінок у віці 22-27 років). Імуноферментним методом визначили вміст тенасцину С за допомогою набору реагентів «Human Tenascin-C Large (FNIII-C)» (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan), тропонін І – за допомогою набору реагентів «Troponin I» (ХЕМА, Москва, Росія). Статистична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 2010, Statistica 6,0. Розбіжності між групами під час розподілу, близькому до нормального, оцінювали за допомогою t-критерію Ст'юдента. Статистично значущими вважали відмінності при ($p < 0,05$). Для встановлення кореляційних зв'язків використовували коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результати дослідження. Рівень тенасцину С на 1-2 добу у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу склав (18,64 ± 1,28) нг/мл та (20,12 ± 1,48) нг/мл без ЦД 2 типу при порівняні з групою контролю – (14,93 ± 0,97) нг/мл ($p < 0,05$). Проведене дослідження виявило кореляційний зв'язок між тенасцином С та тропоніном І. У хворих на ГІМ та ЦД 2 типу існує негативний зв'язок між тенасцином С та тропоніном І – $r = -0,26$ ($p < 0,05$), на відміну від цього, у хворих на ГІМ без ЦД 2 типу спостерігається прямий зв'язок – $r = 0,28$ ($p < 0,05$).

Висновки. Тобто, за умов відсутності метаболічних порушень у вигляді цукрового діабету 2 типу при гострому інфаркті міокарда, наявність зростання тенасцинемії у відповідь на гіпертропонінемію з урахуванням позитивних ефектів на міжклітинний матрикс свідчить про адаптивні реакції. На відміну від групи порівняння у хворих на цукровий діабет 2 типу зворотній характер зв'язків свідчить про виснаження ефектів тенасцинемії.

РОЛЬ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-13 ТА ТКАНИННОГО ІНГІБІТОРУ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-4 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити роль матриксної металопротеїнази-13 та тканинного інгібітору металопротеїнази-4 у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. У досліджені обстежено 120 пацієнтів, серед яких 46 жінок (42,6 %) та 74 чоловіків (57,4 %), котрі перебували на стаціонарному лікуванні в інфарктному відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27 (клінічна база кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України) та в першому кардіологічному відділенні Центральної клінічної лікарні Укрзалізниці. Усіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (серед них – чоловіків 31 осіб, жінок 29 осіб у віці від 45 до 88 років); порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ з відсутністю ЦД 2 типу (22 чоловіків і 18 жінок у віці від 45 до 75 років); контрольну групу – 20 осіб (серед них 11 чоловіків та 9 жінок у віці 22-27 років). Контрольну групу склали практично-здорові особи. Імуноферментним методом визначали вміст матриксної металопротеїнази-13 (ММП-13) за допомогою набору реагентів «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA), тканинний інгібітор металопротеїнази-4 (ТІМП-4) з використанням набору реагентів «Human TIMP-4» (R&D Systems, Minneapolis, USA). Статистична комп’ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп’ютерної програми Microsoft Office Excel 2010.

Результати дослідження. Рівень ММП-13 на 1-2 добу у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу склав (65,6 ± 2,5) пг/мл та (47,9 ± 3,8) пг/мл без ЦД 2 типу при порівняні з групою контролю – (32,2 ± 2,6) пг/мл ($p < 0,05$). Вміст ТІМП-4 на 1-2 добу у хворих на ГІМ та ЦД 2 типу склав (1518 ± 136) пг/мл та (1540 ± 113) пг/мл порівняно з контрольною групою – (1269 ± 75) пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу визначається більш вірогідна гіперпродукція матриксної металопротеїнази-13 порівняно з хворими на гострий інфаркт міокарда без цукрового діабету 2 типу, що може бути обумовлено ефектами гіперглікемії. У хворих на гострий інфаркт міокарда за наявності та відсутності цукрового діабету 2 типу спостерігається зростання вмісту тканинного інгібітора металопротеїнази-4, що свідчить про компенсаторну роботу з боку цього показника в системі міжклітинного матриксу.

ЗМІНИ КОМПОНЕНТІВ МІЖКЛІТИННОГО МАТРИКСУ ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Котелюх М. Ю., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити зв'язок між рівнем матриксної металопротеїнази-13, тканинного інгібітору металопротеїнази-4 та ліпідним обміном у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. У досліджені обстежено 120 пацієнтів, серед яких 46 жінок (42,6 %) та 74 чоловіків (57,4 %). Усіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (серед них – чоловіків 31 осіб, жінок 29 осіб у віці від 45 до 88 років); порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ без ЦД 2 типу (22 чоловіків і 18 жінок у віці від 45 до 75 років); контрольну групу – 20 осіб (серед них 11 чоловіків та 9 жінок у віці 22-27 років). Контрольну групу склали практично-здорові особи. Імуноферментним методом визначали вміст матриксної металопротеїнази-13 (ММП-13) за допомогою набору реагентів «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA), тканинний інгібітор металопротеїнази-4 (ТІМП-4) з використанням набору реагентів «Human TIMP-4» (R&D Systems, Minneapolis, USA). Показники ліпідного профілю визначалися за стандартною біохімічною методикою. Статистична комп’ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп’ютерної програми Microsoft Office Excel 2010, Statistica 6,0. Для встановлення кореляційних зв’язків використовували коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результати дослідження. У хворих на ГІМ та ЦД 2 типу відбувається достовірний зв'язок між ліпопротеїдами високої щільності – $r = -0,31$ ($p < 0,05$) та ММП-13; між коефіцієнтом атерогенності – $r = 0,31$ та ММП-13 ($p < 0,05$). У хворих на ГІМ та ЦД 2 типу спостерігається прямий зв'язок між ТІМП-4 та ліпопротеїдами дуже низької щільності – $r = 0,59$ ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, збільшення матриксної металопротеїнази-13, тканинного інгібітора металопротеїнази-4 у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу свідчить про гіперактивність системи міжклітинного матриксу. Атерогенна перебудова ліпідограми в умовах гіперактивності компонентів позаклітинного матриксу може спричинити нестабільність атеросклеротичної бляшки, наслідком чого може бути розвиток гострого інфаркту міокарда.

СТАН СТІНКИ СУДИН У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Кравченко О. І., Березуцький В. І.

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"

Метою роботи було дослідження товщини комплексу інтима-медіа сонних артерій (ТКІМ) та вивчення пенільного кровотоку у чоловіків з гіпертонічною хворобою (ГХ) на тлі еректильної дисфункції (ЕРД). Теоретичними передумовами до даного дослідження з'явилися загальновідомі факти про те, що при ГХ у двох третин хворих чоловіків спостерігається ЕРД, яка є клінічним синдромом генералізованого ураження судин, крім того, при ГХ виникає збільшення ТКІМ.

Для досягнення мети обстежили 50 чоловіків у віці 40-59 років з верифікованим діагнозом ГХ і підтвердженої ЕрД. Для клінічної оцінки еректильної дисфункції використовували Міжнародний індекс еректильної функції – IIEF-5, і Шкалу для оцінки андрогенного статусу у чоловіків (AMS). Пацієнтам проводилося допплерографічне дослідження пенільних судин з фармакопробою інгібіторами фосфодіестерази 5-го типу та відеостимуляцією з вимірюванням систолічної швидкості (PSV) кровотоку в пенільних судинах, одночасно вимірювалася ТКІМ як на правій, так і на лівій загальних сонних артеріях (ОСА).

При дослідженні пенільних артерій спостерігалося достовірне зниження PSV у обстежених пацієнтів. Значення нормальних показників PSV багато в чому залишається відкритим, що пов'язано з недостатністю робіт, що вивчають пенільного кровотік у вікових групах. У даний час нормою вважається PSV більше 30 см/с^2. У обстеженій групі PSV у фазі туменесценції досягало значення 9-15 см/с^2, у фазі ерекції – 13-18 см/с^2, різниця в швидкості кровотоку між правою і лівою артерією була не більше 12 %. При дослідженні правої і лівої ОСА середнє значення ТКІМ було (1,12 ± 0,05) мм. У 42 % обстежених значення ТКІМ було більше 1,3 мм, що трактувалося як атеросклеротична бляшка. Достовірних відмінностей між товщиною правої і лівої ОСА виявлено не було.

Була виявлена залежність між збільшенням ТКІМ в загальній сонній артерії і зниженням пікової систолічної швидкості кровотоку в пенільних артеріях - достовірним кількісним показником оцінки ЕрД. Доплерографію сонних артерій можна використовувати для комплексної оцінки стану судинної стінки, зокрема, для оцінки пенільного кровотоку. Особливо, коли проведення допплерографії пенільних судин з фармакопробою і візуальною стимуляцією утруднено. Однак, відсутність чітких нормативів PSV у вікових групах вимагає подальшого дослідження.

СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кравченко А. И., Березуцкий В. И.

ГУ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"

Цель работы: исследование структурно-функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) на фоне эректильной дисфункции (ЭрД) у больных гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости степени артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Все обследованные мужчины были разделены на две группы. Основную группу составили 52 больных ГБ, у которых по данным анкетирования была выявлена ЭрД, группу сравнения составили 21 больной ГБ без ЭрД, которые были сопоставлены по возрасту с основной группой. Все больные в зависимости от степени артериальной гипертензии (АГ) были разделены на две группы: АГ I ст. и АГ II ст. Средний возраст обследованных больных ГБ основной группы составил (48,84 ± 0,7) года, группы сравнения – (51,29 ± 2,42) года. Структурно-функциональное состояние ЛЖ изучали методом эхокардиографии стандартными методиками. Для клинической оценки ЭрД использовали Международный индекс эректильной дисфункции – IIEF-5. Пациентам проводилось допплерографическое исследование пенильных сосудов с фармакопробой.

Результаты. При АГ I ст. в основной группе при сопоставлении с группой сравнения увеличивается ММЛЖ и ИММЛЖ. Кроме того, увеличиваются ТЗСЛЖ и ТМЖП, увеличивается инотропная функция сердца – определяется увеличение ФВ и ΔS. Выявленное увеличение в основной группе объемов (КДО и КСО) статистически не доказано. При АГ II ст. в основной группе при сопоставлении с группой сравнения значимо увеличивались ФВ и ΔS.

Выводы. Была обнаружена зависимость между степенью АГ и снижением пиковой систолической скорости кровотока в пенильных артериях у больных основной группы – достоверным количественным показателем оценки эректильной дисфункции.

ЗНАЧЕННЯ НЕОПТЕРИНУ У РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН У СУДИНАХ ПРИ СТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Кравчун П. Г., Габісонія Т. Н.

Харківський національний медичний університет, Україна

На думку багатьох авторів ведучою патогенетичною ланкою розвитку атеросклеротичних змін, у хворих на стабільну стенокардію є запалення. Серед численних факторів запалення, які беруть участь у розвитку атеросклерозу особливу увагу слід приділити неоптерину. Одним з найважливіших факторів, сприяючих прогресуванню ішемічної хвороби серця (ІХС) є ожиріння.

Виходячи з вище наведеного **метою** нашого дослідження було визначити динаміку неоптерина у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння в залежності від ступеня стенозу коронарних судин на підставі даних мультиспіральної комп'ютерної коронарографіі (МСКТ).

Матеріали та методи. Для вивчення анатомічних особливостей судин коронарного русла та виявлення атеросклеротичних змін і гемодинамічно значущих звужень у вінцевих судинах 39 хворим, зі встановленим діагнозом стабільна стенокардія та супутнім ожирінням була проведена МСКТ коронарографія . Серед хворих було обстежено 9 (30 %) жінок та 30 (70 %) чоловіків, середній вік хворих склав (59 ± 1,3) роки.

Результати та їх обговорення. Нас зацікавила динаміка рівня неоптерина в залежності від ступеня гемодинамічно значущого стенозу коронарних судин у зв'язку з чим хворі були розподілені підгрупи в залежності від ступеня стенозу: 1 підгрупу склали хворі на стабільну стенокардію та ожиріння зі стенозом коронарних судин від 50 % до 75 % (n = 13); 2 підгрупу склали хворі з субтотальним стенозом коронарних судин від 75 % до 95 % (n = 18); 3 підгрупу склали хворі з тотальним стенозом коронарних судин від 95 % до 100 % (n = 7).

При аналізі отриманих результатів виявлено, що по мірі збільшення стенозу відбувалось достовірне підвищення неоптерина на 12,2 % у хворих 2 підгрупи та на 51,2 % у хворих 3 підгрупи в порівнянні з 1 підгрупою, що вказує на взаємозв'язок ступеня виразності та розповсюдженості атеросклеротичного ураження судин та рівня неоптерина. Ці результати підтверджуються позитивним достовірним кореляційним зв'язком між неоптерином та ступенем стенозу ($r = 0,68$; $P < 0,01$).

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.

РОЛЬ НЕОПТЕРИНУ ЯК МАРКЕРА ІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Кравчун П. Г., Габісонія Т. Н.

Харківський національний медичний університет, Україна

У структурі смертності населення від ССЗ перше місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС). За статистичними даними різних країн, її клінічні форми реєструються у 15-20 % дорослого населення. У нашій країні саме вона на 66,8 % (у містах – на 63,9 %, в селах – на 71,1 %) визначає рівень смертності від ССЗ усього населення і на 53,8 % – його працездатної частини

Найбільш поширеною формою ІХС є стабільна стенокардія напруги. Частота її коливається в різних регіонах від 1,8 % до 6,5 %.

Матеріали та методи Нами було обстежено 110 хворих на стабільну стенокардію II - III функціонального класу (ФК) з супутнім аліментарним ожирінням. Всі хворі на стабільну стенокардію були поділені на 2 групи: 1-у – склали хворі на стабільну стенокардію із супутнім ожирінням (n = 80), 2-у – хворі на стабільну стенокардію без ожиріння (n = 30). Середній вік хворих на стабільну стенокардію із супутнім ожирінням склав (65,45 ± 1,09) років, 2 групи – (65,87 ± 1,98) років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Усім пацієнтам було проведено комплексне обстеження згідно наказу № 436 МОЗ України «Протоколи надання медичної допомоги хворим із ІХС-стабільною стенокардією». Рівень неоптерина визначали імуноферментними методиками на імуноферментному аналізаторі “ LabLine-90” (Австрія).

Результати та їх обговорення. За результатами нашого дослідження рівень неоптерина в першій групі у хворих на стабільну стенокардію з супутнім ожирінням на 49,2 % був вищий, ніж у контрольній групі, а у другій групі склав (11,1 ± 0,43) нмоль/л, що було достовірно вище, ніж у групі контролю на 53,2 %.

Висновки. Отримані результати можуть свідчити про активацію процесів імунного запалення у хворих на стабільну стенокардію не залежно від наявності ожиріння.

СОСТОЯНИЕ КОНСТИТУЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА М235Т ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА

Кравчун П. Г., Кадыкова О. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – оценить состояние конституционных показателей у больных ишемической болезнью сердца и ожирением в зависимости от генотипов полиморфизма М235Т гена ангиотензиногена.

Материалы и методы. В целях исследования проведено комплексное обследование 222 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и ожирением. Все больные с ИБС были распределены на три подгруппы в зависимости от генотипов полиморфизма М235Т гена ангиотензиногена (АТГ): первая подгруппа – больные с Т/Т генотипом (n = 64), вторая подгруппа – пациенты с Т/М генотипом (n = 86) и третья подгруппа – больные с М/М генотипом (n = 72). В исследовании определяли антропометрические показатели объема талии (ОТ) и бедра (ОБ), объем шеи (ОШ). Для характеристики ожирения определялся индекс массы тела (ИМТ) (индекс Кетле), который рассчитывали по формуле: вес (кг)/рост ($м^2$). Исследование аллельного полиморфизма Met235Thr гена АТГ проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ).

Результаты. Анализируя конституциональные показатели у больных с ИБС и ожирением в зависимости от генотипов полиморфизма М235Т гена АТГ, обращает на себя внимание то, что ОТ, ОБ, ОТ/ОБ не имели достоверных различий ($p > 0,05$). ИМТ у больных с генотипом Т/Т был выше 14,20 % и 13,47 %, а также ОШ – на 17,98 % и 17,21 %, чем у больных с генотипами Т/М и М/М полиморфизма М235Т гена АТГ ($p < 0,05$). При этом также установлены прямые положительные достоверные корреляции между ОШ ($r = 0,52$; $p < 0,05$), ИМТ ($r = 0,38$; $p < 0,05$) и Т/Т генотипом полиморфизма М235Т гена АТГ.

Выводы. Итак, Т/Т генотип полиморфизма М235Т гена АТГ у больных ИБС следует считать генетической детерминантой риска развития ожирения, а более высокие показатели ОШ и ИМТ с неблагоприятным генотипом Т/Т полиморфизма М235Т гена АТГ свидетельствуют о высоком риске развития осложнений в данной когорте больных.

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ГЕМОГРАМИ ТА МЕТАБОЛІЗМУ ЗАЛІЗА У ХВОРИХ З АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ

Кравчун П. Г., Риндіна Н. Г., Едубіо Орук

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – оцінити динаміку параметрів гемограми та метаболізму заліза у хворих з анемією на тлі хронічної серцевої недостатності коронарогенного ґенезу та хронічної хвороби нирок під впливом стандартної терапії з залученням препаратів двохвалентного та трьохвалентного заліза.

Матеріали та методи. Обстежено 70 хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II-IV функціонального класу, що виникла внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), та супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН) 2 стадії. Хворі з ХСН при ІХС та ХХН з анемією були розподілені на 2 групи: 1-а група отримувала препарат заліза (II) сульфат безводний перорально (n = 39), 2-а група хворих, яким був призначений препарат заліза (III) гідроксид полімальтозний комплекс перорально (n = 32). Наявність та стадії ХХН визначали за класифікацію, запропонованою експертами Національного ниркового фонду США (NKF) K/DOQ і у 2005 році затверджену II З'їздом нефрологів України. Причиною ХХН був хронічний пієлонефрит (ХП) у 100 % хворих. Діагноз анемії встановлювали згідно критеріїв Медичного комітету стандартів гематології (ICST, 1989): зниження концентрації гемоглобіну у венозній крові менш ніж 120 г/л для жінок та менш ніж 130 г/л для чоловіків.

Результати. У хворих з ХСН при ІХС і ХХН, що увійшли до 1 і 2 груп згідно терапевтичної концепції, спостерігається вірогідне зростання рівня гемоглобіну на 23,4 % і 27,5 % відповідно, позитивна динаміка ферокінетичних показників, а саме: зростання сироваткового рівня заліза на 90,6 % і 98 %, коефіцієнта насичення трансферину на 31,9 % і 44,8 %, еритропоетину на 35,8 % і 37,4 %, трансферину на 13,9 і 15,8 %, загальна здатність сироватки зв´язувати залізо на 14 і 30,9 %, розчинного рецептора трансферину на 27,8 % і 33,3 % відповідно, а також зниження рівня феритину на 19,3 % і 16,4 %, гепсидину на 22,7 % і 19,7 %. Цільових рівнів гемоглобіну у хворих з анемією на тлі ХСН при ІХС та ХХН досягли всі хворі обох груп.

Висновки. Застосування двох запропонованих схем терапії з залученням препаратів заліза двохвалентного та трьохвалентного супроводжується позитивною динамікою показника гемоглобіну, нормалізацією параметрів метаболізму заліза за рахунок транспортного фонду за умов зниження депозитних ресурсів, що свідчить про зростання рівнів функціонального фонду.

АДИПОЦИТАРНЫЕ МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кравчун П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В основе патогенеза сахарного диабета (СД) 2 типа лежит инсулинорезистентность (ИР), которая является первичной и имеет основное значение в инициации механизмов, приводящих к развитию диабета и его сосудистых осложнений.

Цель – оценить адипоцитарные маркеры инсулинорезистентности, такие как васпин и оментин, у больных с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. С целью определения взаимосвязи ИР с гормонами жировой ткани, больные с постинфарктным кардиосклерозом и сопутствующим СД 2 типа были распределены нами на тертили в зависимости от уровня индекса ИР HOMA (Homeostasis Model Assessment): I тертиль – HOMA ≤ 5 (n = 26), II тертиль – HOMA от 5,1 до 10 (n = 27), III тертиль – HOMA $\geq 10,1$ (n = 27). Использовали индекс ИР HOMA, который рассчитывали по формуле: инсулин (мЕд/мл)×глюкоза натощак (ммоль/л)/22,5. При индексе HOMA>2,77 пациентов считали инсулинорезистентными. Содержание васпина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным анализом с использованием набора реактивов Human/Mouse/Rat Vaspin Enzyme Immunoassay Kit производства фирмы «RayBio®.» (Грузия). Для определения уровня оментина был применен иммуноферментный анализ с использованием коммерческой тест-системы Human Omentin-1 ELISA производства фирмы «BioVendor» (Чешская Республика).

Результаты. Анализ содержания адипоцитокинов у больных с постинфарктным кардиосклерозом и СД 2 типа показал увеличение уровня васпина в соответствии с нарастанием ИР от I до III тертиля ((602,328 ± 2,151) пг/мл; (627,256 ± 2,218) пг/мл и (648,345 ± 2,143) пг/мл, соответственно) и снижение уровня оментина ((429,597 ± 1,195) нг/мл; (418,468 ± 1,203) нг/мл и (409,547 ± 1,324) нг/мл, соответственно) ($p < 0,05$).

Выводы. На фоне нарастания степени инсулинорезистентности у больных постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2 типа происходило достоверное увеличение уровня васпина и снижение уровня оментина.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С АДИПОЦИТАРНЫМ ДИСБАЛАНСОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кравчун П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – оценить взаимосвязь систолической дисфункции левого желудочка с адипоцитарным дисбалансом у больных с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Согласно цели исследования проведено комплексное обследование 68 больных с хронической сердечной недостаточностью, возникшей на фоне постинфарктного кардиосклероза и сахарного диабета (СД) 2 типа. Группу сравнения составили 80 больных с постинфарктным кардиосклерозом без диабета. В контрольную группу были включены 35 практически здоровых лиц. Содержание васпина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным анализом с использованием набора реактивов Human / Mouse / Rat Vaspin Enzyme Immunoassay Kit производства фирмы «RayBio®.» (Грузия). Для определения уровня оментину был применен иммуноферментный анализ с использованием коммерческой тест-системы Human Omentin-1 ELISA производства фирмы «BioVendor» (Чешская Республика).

Результаты. Уровень васпина у больных основной группы с фракцией выброса (ФВ) > 45 % и составил 611,343 пг/мл, что было на 6 % ниже, чем значение этого показателя у больных с ФВ < 4 % (649,572 пг/мл) ($p < 0,001$). Значение уровня оментина у больных с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) равнялось 425,131 нг/мл, что на 4,5 % выше по сравнению с больными с систолической дисфункцией ЛЖ (406,312 нг/мл) ($p < 0,001$).

Выводы. Повышение уровня васпина и снижения оментина было ассоциировано с систолической дисфункцией ЛЖ у больных с постинфарктным кардиосклерозом и СД 2 типа.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Кравчун П. П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – провести анализ роли первичных и вторичных механизмов в развитии и прогрессировании сахарного диабета 2 типа у больных постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. Согласно цели исследования проведено комплексное обследование 68 больных с постинфарктным кардиосклерозом и сахарным диабетом (СД) 2 типа, которые вошли в основную группу исследования. Группу сравнения составили 80 больных с постинфарктным кардиосклерозом без диабета. В контрольную группу были включены 35 практически здоровых лиц. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Содержание васпина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным анализом с использованием набора реактивов Human/Mouse/Rat Vaspin Enzyme Immunoassay Kit производства фирмы «RayBio®.» (Грузия). Для определения уровня оментина был применен иммуноферментный анализ с использованием коммерческой тест-системы Human Omentin-1 ELISA производства фирмы «BioVendor» (Чешская Республика).

Результаты. Анализ роли первичных и вторичных механизмов в развитии диабета показал, что часть первичных механизмов, связанных с уровнем васпина и оментина очень высока и составила 87,42 % и 68,53 % соответственно. В этом процессе роль вторичных факторов невелика (12,58 % и 31,47 %) и доминирующая роль (31,47 %) принадлежит уровню оментина. Эти данные подтверждают вышеуказанное положение о том, что дисбаланс гормонов жировой ткани является относительно независимым первичным фактором формирования СД 2 типа, а уровень оментина, возможно, и фактором прогрессирования метаболических нарушений и нарастания тяжести диабета.

Выводы. Дисбаланс гормонов жировой ткани у больных с постинфарктным кардиосклерозом является относительно независимым первичным фактором формирования сахарного диабета 2 типа, а уровень оментина, возможно, и фактором прогрессирования метаболических нарушений и нарастания тяжести диабета.

ВПЛИВ МАГНІЮ ОРОТАТУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Крапівко С. О., Кравчун П. Г., Паштіані Р. В.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити вплив магнію оротату на показники ліпідного спектру у хворих на хронічну серцеву недостатність, ішемічного ґенезу, із супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи: було обстежено 98 хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) I- III функціонального класу (ФК) згідно Нью-йоркської асоціації серця (NYHA). Контрольну групу склали майже здорові особи, які не мали ознак ХСН. Усі пацієнти були розподілені на групи: 1 - хворі на ХСН і цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, які отримували стандартну терапію з додованням магнія оротату, n = 38; 2 – хворі на ХСН і ЦД 2 типу, що одержували тільки стандартну терапію без магнію оротату, n = 30; 3 – хворі на ХСН без ЦД, які отримували стандартну терапію та магнія оротат, n = 30. Магнію оротат призначався у дозі 1000 мг 3 рази на добу – 7 днів, потім по 500 мг 2 рази на добу. Повторне обстеження проводили через 12 тижнів.

Результати. За результатами дослідження стану ліпідного обміну у хворих на ХСН, було виявлено посилення порушення обмінів ліпідів атерогенного характеру за наявності ЦД 2 типу. Так, у хворих на ХСН та ЦД рівень загального холестерину (ЗХ) був вище на 22,1 % ($p \leq 0,05$), триглицеридів (ТГ) вище на 57 % ($p \leq 0,001$), ліпопротеїдами низької щільності (ЛПНЩ) вище на 42 % ($p \leq 0,01$), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) нижче на 65 % ($p \leq 0,05$), ніж у пацієнтів ХСН без ЦД. Відзначена зворотна кореляційна залежність рівня ендотеліну-1 і холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ). Так, у хворих з ХСН та ЦД 2 типи (n = 26), з рівнем ендотеліну ≤ 3,7 фмоль/л, ХСЛПВЩ = (1,55 ± 0,04) ммоль/л, а при рівні ендотеліну ≥ 3,7 фмоль/л, ХСЛПВЩ = (1,39 ± 0,04) ммоль/л (достовірність p = 0,0166). Виявлено пряму кореляцію між рівнем магнію в крові та ЛПНЩ ($r = 0,45$, $p < 0,01$), коефіцієнтом атерогеності (КА) ($r = 0,64$, $p < 0,01$). У хворих на ХСН та ЦД після лікування вірогідно ЗХ на 24,5 % ($p \leq 0,01$), ТГ на 42,7 % ($p \leq 0,001$), ЛПНЩ на 30,4 % ($p \leq 0,001$), і підвищився показник ЛПВЩ на 45,5 % ($p \leq 0,005$).

Висновки: магнію оротату на фоні базисної терапії ішемічної хвороби серця з хронічною серцевою недостатністю у хворих на цукровий діабет 2 типу призводить до нормалізації показників ліпідного спектру крові.

КОРЕКЦІЯ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ МАГНІЄМ ОРОТАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Крапівко С. О., Кравчун П. Г., Паштіані Р. В.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити вплив магнію оротату на показники кардіогемодинаміки у хворих на хронічну серцеву недостатність, ішемічного ґенезу, із супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи: було обстежено 98 хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) I- III функціонального класу (ФК) згідно Нью-йоркської асоціації серця (NYHA). Контрольну групу склали майже здорові особи, які не мали ознак ХСН. Усі пацієнти були розподілені на групи: 1 - хворі на ХСН і цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, які отримували стандартну терапію з додаванням магнію оротату, n = 38; 2 – хворі на ХСН і ЦД 2 типу, що одержували тільки стандартну терапію без магнію оротату, n = 30; 3 – хворі на ХСН без ЦД, які отримували стандартну терапію та магнію оротат, n = 30. Магнію оротат призначався у дозі 1000 мг 3 рази на добу – 7 днів, потім по 500 мг 2 рази на добу. Повторне обстеження проводили через 12 тижнів.

Результати. При порівнянні показників гемодінаміки у обстежених груп пацієнтів систолічний артеріальний тиск (САТ) та діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) були вірогідно вище у пацієнтів на ХСН та ЦД. Рівень магнію в крові у пацієнтів обстежених груп не відрізнявся. Після лікування у пацієнтів на ХСН та ЦД 2 типа, які отримували магнію оротат, відзначається вірогідне підвищення вмісту магнію в сироватці крові на 21,1 % ($p \leq 0,01$), зниження САТ на 25,8 % ($p \leq 0,01$), ДАТ на 17,44 % ($p \leq 0,01$), зниження частоти серцевих скорочень (ЧСС) на 15,6 % ($p \leq 0,01$). У пацієнтів на ХСН та ЦД, які не отримували магній, змін рівнів магнію, артеріального тиску (АТ) та ЧСС виявлено не було. Дослідження гемодинаміки під впливом терапії хворих виявило суттєвий вплив на нормалізацію морфофункціональних характеристик лівого шлуночка (ЛШ). Воно виявилось у збільшенні фракції викиду (ФВ) на 10 % у 1 групі, на 18 % у 2 групі, зменшення кінцево-систолічного розміру (КСР) на 9,39 % ($p \leq 0,01$), а кінцево-систолічного об'єму (КСО) на 20,95 % ($p \leq 0,01$) у 1 групі пацієнтів, і на 22,82 % КСР ($p \leq 0,01$), і на 40,2 % КСО ($p \leq 0,01$) у 2 групі, відповідно.

Висновки: прийом магнію оротату ефективно знижує артеріальний тиск, а також підвищує ефективність стандартної гіпотензивної терапії при призначенні в комбінації у хворих на ХСН із супутнім цукровим діабетом.

РОЛЬ ПРОФИБРОТИЧЕСКИХ ЦИТОКИНОВ – ИЛ-2 И ОСТЕОПОНТИНА – В ФОРМИРОВАНИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Крахмалова Е. О., Гетман Е. А., Гридасова Л. Н., Шторх В. В.

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

Легочная гипертензия (ЛГ) при бронхообструктивных заболеваниях является следствием не только хронической гипоксии, но и факторов, среди которых выделяют активацию фиброзных процессов в легочных сосудах, что может способствовать повышению давления в легочной артерии.

Цель: изучить роль ИЛ-2 и Остеопонтина в формировании ЛГ у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 121 пациента с ХОЗЛ в сочетании с ИБС, которым было проведено неинвазивное определение среднего давления в легочной артерии при помощи ЭХО-КГ. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 включала 68 пациентов с ХОЗЛ+ИБС+ЛГ (возраст 62,5 лет [56,5;71,0]) (медиана [нижняя; верхняя квартиль]) лет со стабильным течением ХОЗЛ и ИБС, 2 группа контроля – 53 пациента с ХОЗЛ и ИБС без развития ЛГ (возраст 60,0[54,0;68,0] лет). Обе группы были сопоставимы по полу, длительности заболевания и тяжести ИБС. Среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) определяли с помощью Эхо-КГ, уровень цитокинов крови – иммуноферментным методом.

Результаты. У больных с ХОЗЛ в сочетании с ИБС, у которых развилась ЛГ уровень ИЛ-2 крови (8,3[5,0; 11,5] пг/мл), остеопонтина (43,2[33,4; 42,4] нг/мл) был статистически значимо выше относительно пациентов без ЛГ (ИЛ-2, 6, 4; остеопонтин – 36,1 нг/мл; $p = 0,0001$). В 1 группе содержание остеопонтина было значимо выше, чем во второй, а анализ динамики остеопонтина обнаружил его повышение во всех группах при нарастании бронхообструкции ($p = 0,01$). Избыточный уровень цитокинов у пациентов с ХОЗЛ и ИБС положительно коррелировал с повышением величины СрДЛА (ИЛ-2 – $r = 0,65$; остеопонтин – $r = 0,787$; $p = 0,0001$).

Заключение. Полученные данные позволяют предположить участие ИЛ-2, а также остеопонтина в активации фиброгенеза в легочных сосудах и развитии ЛГ у пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС.

СИНДРОМ НОЧНОГО АПНОЭ ВО ВРЕМЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: АКЦЕНТ НА ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС

Крахмалова Е. О., Гетман Е. А., Калашник Д. Н., Колесникова Е. Н., Шторх В. В., Харченко Ю. Е.

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

Несмотря на многие исследования, влияние трофологического статуса на течение синдрома обстуктивного апноэ во время сна у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) до сих пор в полной мере не изучен. Более детальное изучение данной проблемы может улучшить менеджмент заболевания, положительно повлиять на прогноз и возможности лечения.

Цель: изучить взаимосвязь между трофологическим статусом пациента с ХОЗЛ с сопутствующей ИБС и симптоматикой синдрома обструктивного апноэ /гипопноэ сна (СОАГС).

Материалы и методы. В исследование скриновано 96 пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС для выявления СОАГС. По результатам сомнографии у 54 больных выявлено наличие СОАГС (ХОЗЛ + ИБС + СОАГС): 40 мужчин и 14 женщин, средний возраст которых составил (61,37 ± 7,68) года. Всем больным проведено общеклиническое обследование: сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр, антропометрические измерения – рост, вес, вычисление индекса массы тела (ИМТ). Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) включало в себя проведение спирометрии (измерение ФЖЕЛ, $ОФВ_1$, $ОФВ_1$/ФЖ) (спирограф «Спироком профессиональный», Украина). Для выявления нарушений дыхания во время сна использовали систему диагностики СОАГС – SOMNOcheck micro WM 94500 (Германия).

Результаты. Тяжесть течения ХОЗЛ достоверно была выше в группе пациентов с ХОЗЛ+ИБС и сопутствующим СОАГС, которые имели избыточную массу тела. Так, средний показатель $ОФВ_1$ в группе с избыточной массой тела составил (57,6 ± 7,7) % против (67,3 ± 6,5) % в группе с нормальной массой тела, $p < 0,01$; количество обострений ХОЗЛ за год – (1,78 ± 1,13) против (0,92 ± 0,12); $p < 0,01$. Пациенты с ХОЗЛ и ИБС и наличием СОАГС достоверно отличаются от пациентов с ХОЗЛ+ИБС без СОАГС по таким показателям как индекс массы тела (ИМ) и окружность шеи (ОШ). Так, средний показатель ИМТ в группе ХОЗЛ+ИБС+СОАГС составил (32,6 ± 4,8) кг/м^2 против (27,9 ± 3,8) кг/м^2 в группе ХОЗЛ+ИБС, $p < 0,05$; ОШ, соответственно, (44,7 ± 4,2) см против (40,1 ± 4,1) см; $p < 0,05$.

Выводы. Установлено, что синдром обструктивного апноэ/гипопноэ чаще встречается у больных с избыточной массой тела. Рекомендации по коррекции массы тела у пациентов с коморбидной патологией могут уменьшить проявления СОАГС и улучшить самочувствие пациента.

СПОСОБ КОНТРОЛЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ПУЛЬМОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Крахмалова Е. О., Харченко Ю. Е., Колесникова Е. Н.

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

При проведении медицинских исследований часто возникает необходимость контроля комплаентности пациентов к выполнению рекомендаций врача.

Цель: найти способ контроля комплаентности пациентов к выполнению рекомендаций врача (выполнению упражнений пульмональной реабилитации (ПР)).

Материалы и методы: В исследование было включено 54 пациента с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) которые, в свою очередь, были разделены на 2 группы: те, которые выполняли ПР (гр. 1) и пациенты, не выполнявшие ПР (гр. 2). ПР включала в себя курс физических и дыхательных упражнений в условиях медучреждения – 2 раза в неделю в течение 8 недель и 4 месяца – выполнения занятий дома самостоятельно.

Результаты. Был разработан специальный дневник пациента, позволяющий ему самостоятельно регистрировать на бланке все необходимые для контроля параметры (ЧСС, АД, выраженность и частоту основных симптомов заболевания и пр.) Благодаря оптимально подобранному набору наиболее значимых показателей, удалось минимизировать время на заполнение и анализ записей в дневнике. Дневник контроля удобен для заполнения пациентом как при стационарном лечении, так и при выполнении упражнений на дому. При анализе дневников пациентов отмечено, что более комплаентными были пациенты, которые регулярно вели дневник и выполнили полный курс ПР (гр. 1). Отмечено также, что у пациентов, которые были привержены к выполнению реабилитационных мероприятий, наблюдалось улучшение трофологического статуса: снижался индекс массы тела (ИМТ), (M±SD): до ПР – (33,01 ± 1,16) кг/м^2, после ПР – (31,61 ± 1,63) кг/м^2, $p < 0,05$; отмечалось улучшение показателей функции внешнего дыхания: $ОФВ_1$ (M±SD): до ПР – (61,42 ± 4,23) %, $ОФВ_1$ после проведения ПР – (63,00 ± 4,17) %, $p < 0,05$; улучшались показатели, характеризующие качество жизни (опросник св. Георгия), $p < 0,05$. В гр. 2 достоверной положительной динамики указанных выше параметров не отмечалось.

Вывод. Разработанный оригинальный дневник контроля пациентом своего состояния и выполнения рекомендаций врача зарекомендовал себя как оптимальный способ оценки приверженности пациентов к выполнению комплекса упражнений пульмональной реабилитации.

ВЛИЯНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА КОРДОВОЙ КРОВИ НА ПРОЦЕСС ТРАНСФОРМАЦИИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ

Кудокоцева О. В., Ломакин И. И.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Биологические клеточные мембраны можно рассматривать как универсальную регуляторную подсистему, обеспечивающую координированные изменения метаболизма клетки, органа и организма в целом. Целью данной работы было исследование мембран эритроцитов крови животных после применения химиотерапии (ХТ).

Эксперименты проведены на беспородных мышах, которые были разделены на 4 группы. Опытным группам животных (О1,О2) вводили однократно внутрибрюшинно фторурацил (5-ФУ) в максимально переносимой дозе (МПД) 228 мг/кг; через 3-4 часа группе О2 вводили внутривенно криоконсервированные ядросодержащие клетки (кЯСК) кордовой крови человека (ККЧ) в дозе 5х108 жизнеспособных ЯСК/кг и в объеме 0,2 мл. Контрольной (К) группе вводили физиологический раствор в эквивалентном объеме (0,2 мл). Определение плотности распределения эритроцитов (Э) по индексу сферичности, который свидетельствует о перестройке структуры и изменении физико-химических свойств эритроцитарной мембраны, проводили по методу, отработанному в ИПКиК НАНУ (пат. № 47910А).

Данные эксперимента показывают, что уже на 2-е сут. после ХТ у обеих экспериментальных групп (О1 и О2) достоверно изменяется, по сравнению с контролем, количество Э практически всех форм, достоверно падает количество «нормоцитов» (дискоцитов), что может быть связано с токсическим действием 5-ФУ. Динамика изменения количества Э с патологической формой в группе О2, где на фоне 5-ФУ применяли кЯСК ККЧ, была подобна аналогичным показателям группы О1 с тем лишь отличием, что в группе О2 нормализация всех показателей Э наступала значительно раньше, на 9 сутки наблюдения, а не на 16, как в первой группе. 50-%-ный гемолиз эритроцитов наступает в группе О2 при более высоких, чем в контроле, значениях тоничности среды (157 мОсмоль – контроль, 170 мОсмоль – опыт, 9-ые сут.) и только на 16-е сутки показатель осмотической хрупкости Э приближается к контролю (165 мОсм). После сочетанного применения кЯСК ККч и ХТ суспензия Э мышей очень близка по составу к К уже на 9-ые сут., а 50-%-ный гемолиз эритроцитов регистрируется в этот срок при близкой к контролю тоничности среды. Т.о. криоконсервированный клеточный препарат ККЧ способствует более быстрому восстановлению целостности мембран Э после ХТ, достоверно снижает процент гемолизированных (вследствие токсического действия цитостатиков) эритроцитов периферической крови мышей, предотвращая изменения их внешнего контура.

РІВЕНЬ ЦИТОКІНІВ В ДІАГНОСТИЦІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ

Кудрявцева В. Є., Татарчук О. М., Ягмур В. Б., Меланіч С. Л.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити діагностичну цінність рівня цитокінів у сироватці крові у хворих з неалкогольним стеатозом печінки (НАС).

Матеріал та методи. Обстежено 31 пацієнт з діагнозом НАС: 13 (41,9 %) чоловіків та 18 (58,1 %) жінок (середній вік – (48,0 ± 16,7) років). Контрольну групу склали 15 практично здорових людей (донорів) віком (44,7 ± 6,4) років. Рівень γ-інтерферона (IFNγ), інтерлейкіна 6 (IL-6), інтерлейкіна 8 (IL-8), інтерлейкіна 10 (IL-10), фактора некрозу пухлин α (TNF-α) у сироватці крові визначали імуноферментним методом тест наборами ЗАО «Вектор-Бест». ІФА виконували за допомогою імуноферментного аналізатору “Stat Fax 303 Plus” (США), на якому проводили вимірювання оптичної щільності при довжині хвилі 450 нм. Субпопуляційний склад лімфоцитів визначали за допомогою лімфоцитотоксичного тесту (стандартний метод NIH США) з використанням моноклональних антитіл фірми «Сорбент ТМ» (Росія) до маркерів CD3, CD4, CD8, CD16, CD22. Циркулюючи імунні комплекси (ЦІК) визначали методом V. Haskova. Статистичний аналіз даних виконували за допомогою програм «Statistica 6.0». Різницю вважали статистично значимими при рівні значимості $p < 0,05$.

Результати дослідження. Цитокіни забезпечують передачу сигналу, обмін інформації між клітинами, зв'язок між органами та системами, як у фізіологічних умовах, так і при дії різних патогенних факторів. Нами встановлено мінімальний вміст цитокінів у здорових людей. При НАС статистично значимо підвищуються кількість прозапальних цитокінів IFNγ, IL-6, IL-8 порівняно із контролем. Так, рівень IFNγ підвищено з (4,7 ± 0,98) пг/мл до (10,9 ± 0,85) пг/мл, ($p < 0,05$), IL-6 – з (5,6 ± 1,3) пг/мл до (12,8 ± 1,1) пг/мл, ($p < 0,05$) та IL-8 – з (5,1 ± 1,8) пг/мл до (13,6 ± 1,21) пг/мл, ($p < 0,05$). Визначена пряма кореляційна залежність між цитокінами та основними показниками імунітету: між рівнем TNF-α та СД4+ ($r = +0,74$; $p < 0,01$); між IL-8 та СД22+ ($r = +0,62$; $p < 0,01$); між IL-6 та СД3+ ($r = +0,81$; $p < 0,01$); між IFNγ та ЦІК ($r = +0,63$; $p < 0,01$). Концентрація IL-10 в сироватці крові є чутливим, але не специфічним показником НАС.

Висновок. В діагностиці неалкогольного стеатозу печінки доцільно застосовувати визначення рівня IFNγ, IL-6, IL-8.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИННОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ

Кузьмінова Н. В., Шмалій В. І., Супрун В. І., Грібенюк О. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна

Мета: визначити частоту наявності супутньої НАЖХП у хворих на ГХ ІІ ст. із різною масою тіла та оцінити структурно-функціональний стан судин в залежності від наявності у них ураження печінки.

Обстежено 166 хворих на ГХ ІІ ст., 83 чоловіків і 83 жінок , середній вік (52,3 ± 1,2) роки. Тривалість АГ – (10,2 ± 1,5) роки. Діагноз ГХ встановлювали згідно критеріїв ESC та ESH (2013р.). У 10 (6 %) хворих відмічено оптимальну масу тіла (ОМТ), у 42 (26,3 %) – надлишкову (НМТ), у 69 (43,2 %) – ожиріння (Ож.) 1 ст., у решти – 45 (28,1 %) – Ож. 2 ст. Обхват талії (ОТ) перевищував допустимі норми (> 94 см у чоловіків; > 80 см у жінок) в 143 (86,1 %) обстежених; відношення ОТ до окружності стегон (ОС) (ОТ/ОС) серед 137 (82,5 %) хворих склало > 0,93, що свідчить про перевагу абдомінального типу ожиріння. Група контролю включала 30 клінічно здорових людей аналогічного віку та статі. Судинно-рухливу функцію ендотелію оцінювали за методикою D. Celermajer (1992); ТКІМ – за допомогою ультразвукового (УЗ) дуплексного сканування сонних артерій (СА). АЖ розраховували як відношення рівня пульсового артеріального тиску (ПАТ) до ударного об’єму (УО) лівого шлуночка. Діагноз неалкогольного стеатогепатозу (НАСП) підтверджували після виключення враження печінки вірусної, аутоімунної, алкогольної та іншої етіології за допомогою УЗ-дослідження печінки і біохімічного тесту FibroMax. Статистичні розрахунки проводили на базі прикладних програм Microsoft Excel, STATISTICA for Windows 10.0.

НАСП верифікований у 16 хворих (38 %) – із НМТ, у 20 (25 %) хворих – із Ож. 1 ст., 26 (57,8 %) – із Ож. 2 ст. та тільки у 1 хворого із ОМТ. Наявність жирового гепатозу асоціювалось як з показниками антропометричного обстеження: індексом маси тіла (ІМТ), ОТ, співвідношенням ОТ/ОС, що підтверджено достовірними кореляційними зв’язками між наявністю НАСП та ІМТ і відношенням ОТ/ОС ($p < 0,05$), так із показниками структурно-функціонального стану судинної стінки: серед обстежених із НАСП, на відміну від групи контролю та пацієнтів без НАСП ($p < 0,05$), відмічено достовірне підвищення показників ТКІМ та і зниження ендотелійзалежної вазодилятації (ЕЗВД).

Таким чином, наявність НАЖХП асоціюється з метаболічними та структурно-функціональними змінами судинної стінки. Отже, діагностика НАЖХП, а саме НАСП, може бути доцільною для оцінки загального серцево-судинного ризику у хворих на ГХ ІІ ст. зі збільшеною масою тіла та абдомінальним розподілом жирової клітковини в організмі.

НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКЕ ИНСТИТУТА – 35 ЛЕТ

Кулешова Е. М., Кужель У. Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

В условиях стремительной информатизации обществ, изменились и функции, которые традиционно присущи библиотеке. Но основная задача библиотеки как посредника между информацией и ее потребителями остается неизменной с момента создания библиотеки института в 1981 г. История формирования библиотеки совпадает с организацией Филиала Киевского НИИ кардиологии им. академика Н. Д. Стражеско в 1981 г. Одним из первых приказов директора по филиалу был приказ за № 3 от 5.07.81 г. о включении в структуру филиала библиотеки, как научно-вспомогательного подразделения, с одним штатным сотрудником. С сентября 1981 г. началось формирование библиотечного фонда, основой которого стали книги, переданные в дар институту из фондов ХГНМБ, библиотеки медицинского общества, а также частных библиотек (акт за №1 от 24.09.81 г.). Начальный фонд составил 405 экземпляров, работа началась с обслуживания 52 читателей (по отчету за 1983 г.). Первоначально библиотека располагалась в помещении площадью 20 м^2, и первый штатный библиотечный сотрудник был принят на работу в феврале 1982 года, до этого времени работа библиотеки осуществлялась на общественных началах. В 1986 г. был организован отдел научно-медицинской информации (ОНМИ), в состав которого библиотека вошла с двумя штатными сотрудниками: старшим библиографом и библиотекарем.

С самого начала работы библиотеки, директор института Л. Т. Малая уделяла много внимания ее развитию. При строительстве корпуса поликлиники института было специально спроектировано помещение площадью 160 м^2, в которое в 1987 г. переехала библиотека. Структура библиотеки стала включать в себя читальный зал и абонемент. Любовь Трофимовна была активным читателем, регулярно работала в читальном зале и очень не любила, когда ее отвлекали. В 1990 г. по настоянию Л. Т. Малой библиотека была выделена в самостоятельное структурное подразделение с заведующей библиотекой и библиотекарем. Любовь Трофимовна считала важной задачей регулярное пополнение фондов библиотеки, она сама дарила книги и журналы, и всегда просила об этом сотрудников. После ее смерти много книг из домашней коллекции академика было передано в библиотеку института. В настоящее время фонд библиотеки составляет 21710 экземпляров. Количество пользователей библиотекой – 355 человек.

В 2005 г. библиотеку включили снова в состав ОНМИ, который в 2013 г. был реструктуризирован в «Отдел научно-организационной и медицинской информации с библиотекой».

ХРОНІЧНІ ГЕРПЕТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ІМУННУ ТРОМБОЦИТОПЕНІЧНУ ПУРПУРУ

Курилів Г. М., Глушко Н. Л., Попадинець І. Р., Драгомирецька О. І., Павлюк Г. Л., Столярчук Г. Р., Андрішак І. Я., Аксентійчук І. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Мета: вивчити активність герпетичних інфекцій у хворих на імунну тромбоцитопенічну пурпуру.

Проводилось динамічне спостереження за 28 хворими на імунну тромбоцитопенічну пурпуру (ІТП). У обстежених хворих рівень тромбоцитів до початку лікування коливався від 5 до 30х10х9/Л. Серед обстежених хворих жінки становили 69 %, а чоловіки – 31 %. Клінічно у хворих був виявлений геморагічний синдром. Зокрема, у 25 % були наявні носові кровотечі, кровотечі з ясен. 59 % хворих мали геморагічний синдром на шкірі та видимих слизових оболонках у вигляді петехій та синців. У 18 % хворих були діагностовано менорагії. У 2 % хворих виявлено шлунково-кишкову кровотечу.

Ми визначали рівень імуноглобулінів (Ig) G та M до цитомегаловірусної та Ебштейн-Барр-вірусних інфекцій методом імуноферментного аналізу. Згідно наших отриманих результатів, у 36 % хворих виявлено підвищений рівень IgG CMV у 5,7 разів, а рівень IgM CMV збільшений у 4 рази у 40 % хворих. У 44 % хворих виявлено підвищений рівень Ig M VCA EBV у 3 рази. У 65 % обстежених рівень IgG NA EBV був збільшеним у 3,4 рази тоді, як рівень IgG EA EBV був підвищеним втричі лише у 23 % хворих. Цікаво зазначити, що класичних проявів вищезгаданих інфекцій у обстежених хворих не було виявлено. Проте, спільною ознакою, яка була виявлена у наших хворих була спленомегалія. Збільшення селезінки було діагностовано у 74 % хворих. Отже, можна думати, що точкою прикладання даних вірусів були клітини крові, зокрема, тромбоцити, які під впливом вірусів зазнавали модифікаційних змін і, ймовірно, надалі знешкоджувались в результаті формування автоімунної відповіді.

Разом із традиційним лікуванням ІТП наші хворі отримували додатково протицитомегаловірусний та протиебштейн-баррвірусний імуноглобулін у вигляді дом’язових ін’єкцій та антиоксидантну терапію. Підвищення рівня тромбоцитів, зменшення геморагічного синдрому, зменшення розмірів селезінки спостерігали, в середньому, на другому тижні лікування. При лабораторному обстеженні відмічали достовірне ($p < 0,05$) зниження IgG та M CMV, Ig M VCA EBV, IgG EA EBV, IgG NA EBV. Отже, паралельно із зниженням рівнів антитіл до вищеописаних вірусів, зникають клінічні та лабораторні ознаки ІТП, що підтверджує їхню роль у патогенезі формування захворювання.

ЗМІНИ РІВНЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ЦИТОКІНУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Курилів Г. М., Якубовська І. О., Попадинець І. Р., Драгомирецька О. І.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: вивчити зміни рівня протизапального цитокіну у хворих із хронічною серцевою недостатністю

Проводилось динамічне спостереження за 152 хворими із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ІІ А стадії ФК ІІІ (NYHA) зі систолічною дисфункцією лівого шлуночка та збереженою фракцією викиду лівого шлуночка, що розвинулась на фоні ішемічної хвороби серця та перенесеного інфаркту міокарда (100 %). Вивчали рівень протизапального цитокіну транформуючого фактора росту-β1 (TFG-β1). Відомо, що TFG-β1 бере участь постінфарктних процесах ремоделювання міокарду, зокрема, виявлений його вплив на підвищення ригідності, жорсткості міокарду, водночас, є дані про його властивість запобігати дилятації лівого шлуночка. Відомо, що у хворих із низькими рівнями TFG-β1, дестабілізація ішемічної хвороби серця проходила частіше, ніж у хворих із підвищеним рівнем даного цитокіну (Садовий В.І.,2012р). Згідно наших отриманих результатів, у всіх обстежених хворих виявлені підвищені рівні TFG-β1 відносно показників у групі здорових осіб, де він становив (156,56 ± 4,79) пг/мл. Зокрема, у хворих зі збереженою фракцією викиду динаміка рівня TFG-β1 виявилася наступною. У хворих, які отримували базову терапію продукція TFG-β1 зросла на 3,9 % ($p > 0,05$). Додавання до базової терапії імунофану, сприяло зростанню TFG-β на 19,1 % ($p < 0,001$), а додаванння метамаксу зумовило зростання TFG-β1 лише на 7,7 % ($p < 0,05$). Тоді, як у хворих, котрі отримували БТ в комбінації з імунофаном та метамаксом, продукція TFG-β1 збільшилася найбільш виразно – на 19,2 % ($p < 0,001$). Отже, у всіх клінічних групах рівень протизапального цитокіну TFG-β1 динамічно зростав. Аналізуючи дані хворих із систолічною дисфункцією лівого шлуночка динаміка зростання рівня TFG-β1 була менш вираженою.

За даними літератури відомо, що у хворих із низькими рівнями TFG-β1 дестабілізація ішемічної хвороби серця проходила частіше, ніж у хворих із підвищеним рівнем даного цитокіну. Можна думати, що підвищений рівень TFG-β1 у обстежених хворих також позитивно впливає на перебіг ішемічної хвороби серця, зменшуючи випадки декомпенсації хронічної серцевої недостатності. Проте, діагностичне і прогностичне значення елевації рівня TFG-β1 у хворих із хронічною серцевою недостатністю залишається предметом наукової дискусії і є цікавим для подальшого вивчення.

ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА РІЗНИМ ГЕНОТИПОМ ГЕНУ ФОСФОДІЕСТЕРАЗИ 4D

Курсіна Н. В., Плескач Г. В., Абраменко І. В., Білий Д. О.

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

Мета: визначити особливості порушень ритму серця (ПРС) за даними добового моніторування електрокардіограми (ДМЕКГ) в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС з ішемічною хворобою серця (ІХС) та різним генотипом за поліморфізмом *rs966221* (*SNP83*) гену фосфодіестерази 4D.

Об'єкт і методи: 266 чоловіків з ІХС, із яких 190 – УЛНА на ЧАЕС 1986-1991 рр. (основна група – ОГ) та 76 – неопромінені особи (контроль – КГ). ДМЕКГ проводили за допомогою системи моніторингу ЕКГ "DiaCard-II", "Сольвейг" (Україна). Генотип гену PDE4D визначали методом полімеразної ланцюгової реакції з рестрикцією її продуктів.

Результати. Кількість ПРС більше 100 за добу зареєстровано у 33,2 % хворих ОГ та 32,9 % – КГ. Середня кількість ШЕС за добу на 1 хворого в ОГ склала (876 ± 2018) і переважала дані КГ на 309 комплексів. Встановлено збільшення максимальної кількості ШЕС за 1 годину відносно КГ в 1,9 рази ($p < 0,05$), середньої кількості за 1 годину в 1,5 рази, кількості парних та групових ШЕС на 1 хворого в 1,9 рази. Кількість надшлуночкових екстрасистол (НЕС) на 1 хворого в УЛНА переважала дані КГ на 314 комплексів. Для носіїв генотипу ТТ характерним було збільшення кількості парних та групових ШЕС на 1 хворого за добу в 16 разів відносно даних при генотипі СС ($p < 0,05$) та в 1,9 рази – при генотипі СТ. За умов перенесеного інфаркту міокарда кількість ШЕС на 1 хворого за добу у носіїв генотипу ТТ складала (1093 ± 1116) комплексів, що було більше, ніж при генотипі СС на 704 комплекси ($p < 0,05$), СТ – на 214 комплексів. Кількість парних та групових ШЕС у них була більшою відповідно на 205 та 219 комплексів ($p > 0,05$). Кількість НЕС зросла на 400 комплексів в порівнянні з носіями генотипу СС, на 803 – СТ. При поєднанні носійства генотипу ТТ з серцевою недостатністю кількість парних та групових ШЕС збільшувалась відносно даних при генотипі СС в 15 разів ($p < 0,05$).

Висновок. Виявлені ПРС в УЛНА на ЧАЕС в залежності від поліморфізму rs966221 (SNP83) гена *PDE4D* дають підстави висунути припущення, що генотип ТТ асоціюється з більш важким перебігом ІХС, який характеризується збільшенням кількості найбільш небезпечних в прогностичному плані парних та групових ШЕС. Визначення носійства ТТ генотипу може бути корисним для прогнозування виникнення небезпечних в прогностичному плані аритмій та раптової смерті.

СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МІОКАРДА НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ

Литвин Е. И., Аболмасов А. Н.

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

Введение. Неблагоприятные исходы (MACE) - смерть от всех причин, повторный инфаркт миокарда (ИМ), возникновение сердечной недостаточности у пациентов после перенесенного ИМ возникают в 2 раза чаще, чем у больных стабильной ИБС. Тест 6-минутной ходьбы (Т6МХ) является хорошим предиктором заболеваемости и смертности у пациентов, перенесших ИМ.

Цель исследования: установление связи между результатами Т6МХ и возникновением MACE у больных, перенесших ИМ, на протяжении полугода.

Материалы и методы. В 2015 году на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии на базе отдела острого ИМ Института находился 151 больной острым ИМ. Пациенты были в возрасте от 30 до 85 лет, 109 мужчин (71 %) и 44 женщины (29 %). Средний возраст включенных больных составил (61 ± 0,89) лет. ИМ с зубцом Q определялся у 126 больных (83,4 %), ИМ без зубца Q – у 25 (16,6 %) больных. У 4 % больных в период госпитализации наблюдалась остановка эффективного кровообращения с последующей успешной реанимацией, у 4 % больных течение ИМ носило рецидивирующий характер. 42 % больных ИМ с подъемом сегмента было проведено стентирование инфаркт зависимой коронарной артерии, 38 % – тромболитическая терапия. Все пациенты получали аспирин, клопидогрель, β-адреноблокаторы, статины, при необходимости − ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, другую терапию.

Т6МХ был проведен 63 пациентам на 4-6 неделе после перенесенного острого ИМ.

Результаты. 4 (6 %) пациента во время Т6МХ прошли 426-549 м, что отвечает 1 ф. к. сердечной недостаточности по NYHA, 15 (24 %) пациентов – 301-425 м (2 фк), 31 (49 %) пациента – 151-300 м (3 фк), 6 (21 %) пациентов – ≤ 150 м (4 фк). В дальнейшем пациенты находились под наблюдением 6 месяцев. В течение полугода вследствие MACE умерло 8 пациентов, имевших результаты Т6МХ ≤ 300 м, 6-месячная смертность этой категории больных составила 12,7 %, среди всех исследуемых больных – 9,5 %.

Выводы. Результаты Т6МХ ≤ 300 м позволяют выделить группу высокого риска внезапной сердечной смерти пациентов, перенесших ИМ.

ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА АКТИВНОСТЬ ПРОТЕИНАЗ И А-1-ИНГИБИТОРА ПРОТЕИНАЗ

Ломако В. В., *Самохина Л. М.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
**ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины, г. Харьков*

Краниоцеребральная управляемая гипотермия (КЦГ) является перспективным методом нейропротекции при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе, а также для коррекции патологий, сопровождающихся отеком мозга. Основным молекулярным механизмом образования, инактивации и модификации различных нейропептидов является ограниченный протеолиз, играющий существенную роль в реализации многих нейрофизиологических процессов.

Цель – изучить влияние КЦГ на активность протеиназ и α-1-ингибитора протеиназ (α-1-ИП) в тканях структур ЦНС и периферических органов крыс.

Работа выполнена на 7-8 мес. крысах самцах с соблюдением всех биоэтических норм. Для подавления терморегуляторных реакций животных наркотизировали (смесь тиопентала натрия и оксибутирата натрия из расчета 30 и 100 мг/кг массы соответственно). КЦГ проводили на специальном установке для программного охлаждения, созданной в ИПКиК НАНУ, в течение (60 ± 10) мин. до достижения ректальной температуры (РТ) 32 ^{0}С (умеренный режим гипотермии). РТ измеряли электронным термометром. В сыворотке крови и безъядерных фракциях гомогенатов тканей коры мозга (КМ), гипоталамуса, мозжечка, ствола мозга (СМ), легких, сердца, печени и почек определяли общую протеолитическую активность (ОПА) и трипсинингибиторную активность α-1-ИП высокочувствительным энзиматическим методом.

Наркоз и КЦГ, проводимая на его фоне, приводили к резкому (на 2 порядка) увеличению ОПА во всех образцах, кроме СМ (не изменялась). Через 24 ч после проведения сеанса КЦГ ОПА оставалась на таком же высоком уровне во всех тканях. Активность α-1-ИП не изменялась как при наркозе, так и при КЦГ. Через 24 ч после КЦГ активность ингибитора изменялась (снижалась) только в образцах тканей КМ и гипоталамуса, которые относятся к областям ЦНС, участвующим в контроле и реализации терморегуляторных реакций. Такое значительное повышение ОПА, наблюдаемое при КЦГ до 32 ^{0}С и сохраняющееся через 24 ч после проведения сеанса КЦГ, можно объяснить явлением гормезиса (холодового возбуждения), проявляющегося в интенсификации реакций ограниченного протеолиза и образования активных форм энзимов.

Таким образом, активация реакций ограниченного протеолиза, возможно, способствует реализации механизмов, обеспечивающих терморегуляторные реакции и адекватные метаболические процессы в организме при гипотермии и на этапах восстановления температуры тела.

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА В НЕОКОРТЕКСЕ ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕРМНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕЙСТВИИ ГИПОКСИИ, ГИПЕРКАПНИИ И ГИПОТЕРМИИ

Ломако В. В., Шило А. В.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Гипотермия, гипоксия и гиперкапния относятся к факторам и предикторам развития ряда метаболических изменений/нарушений в организме, проявляющихся в том числе и в колебаниях активности белок-синтезирующей системы.

Цель работы – изучить изменения уровня общего белка в ткани неокортекса крыс и хомяков при сочетанном действии гипоксии, гиперкапнии и гипотермии. Работа выполнена на самцах золотистых хомяков (массой 85–95 г) и самцах беспородных белых крыс (массой 180-220 г) с соблюдением всех биоэтических норм. Сочетанное действие гипотермии, гипоксии и гиперкапнии осуществляли с помощью метода «закрытого сосуда» (объемом 3 $дм^3$ для крыс и 2 $дм^3$ для хомяков) в темной холодовой камере (2-5 ^{0}C) в течение 2,5-3 ч, температура тела снижалась до (16 ± 1) ^{0}C. Уровень общего белка в ткани определяли методом Бредфорда.

При достижении гипотермии на фоне гипоксически-гиперкапнического блокирования центров терморегуляции в ткани неокортекса крыс наблюдали повышение УОБ с (1,49 ± 0,2) мкг/мл в контроле до (3,02 ± 1,41) мкг/мл. Известно, что усиление синтеза белка является ответной реакцией на действие гипоксии (гистологически при микроскопическом исследовании проявлялось в появлении в поле зрения большого количества клеток с ядрышками в ядре). У хомяков, как и у всех гибернирующих млекопитающих, мозг которых менее чувствителен к гипоксии, в ткани неокортекса, напротив, происходило снижение уровня общего белка до (1,22 ± 0,15) мкг/мл по сравнению с контролем – (1,44 ± 0,29) мкг/мл. Через 2 ч после сочетанного воздействия (ранний этап восстановления) в ткани неокортекса крыс уровень общего белка значимо не отличался от контроля – (1,58 ± 0,24) мкг/л, у хомяков он повышался до (1,71 ± 0,18) мкг/мл (на этом этапе у хомяков также отмечали появление клеток с ядрышками в ядре). Известно, что метаболизм зависит от температуры в тканях, снижается при видовой и индивидуальной адаптации к холоду, определяется размерами тела, экологией и уровнем терморегуляции. Кроме того, ответная реакция на охлаждение формируется по гипертрофическому типу у крыс и атрофическому – у хомяков; восстановление же метаболической активности у хомяков происходит значительно быстрее.

Таким образом, у гетеро- и гомойотермных животных наблюдаются противоположно направленные стратегии в реализации ответных реакций на сочетанное действие изученных факторов, а уровни общего белка в тканях мозга могут отражать особенности функциональной активности.

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНУ У ХВОРИХ НА СЕАТОГЕПАТОЗ

Лукашевич І. В., Харина П. П.
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,

Мета: вивчення ефективності корекції клінічних проявів сладж-феноменому у хворих на хронічний холецистит за допомогою поєднання урсодеоксихолієвої кислоти (препарат "Урсохол" ПрАТ ФФ Дарниця) та препарату рослинного походження “Фламін” (АТ "Галичфарм", Україна)

Для характеристики морфо-функціонального стану гепатобіліарної системи проводили програмне ультрасонографічне дослідження 32 хворим на стеатогепатоз з явищами сладж-феномену та без нього віком від 41 до 73 років з анамнезом захворювання від 5 до 17 років. Домінуючий контингент – жінки (63 %).

При обстеженні було виявлено, що у 23 хворих мали місце явища сладж-феномену від ¼ до ½ об’єму жовчного міхура на фоні помірного збільшення його об’єму та товщини і щільності стінки, ущільнення внутрішньопечінкових жовчних протоків при нормальних розмірах та підвищеній ехощільності печінкової паренхіми.

Клінічний перебіг патології у пацієнтів вирізнявся схильністю до торпідного перебігу, знижувалась якість життя пацієнтів, була меншою ефективність гепатопротекторно-жовчогінної терапії, яка потребувала побільш тривалого застосування, помірно підвищувалась активності лужної фосфатази, АЛТ, ЛДГ(заг.), ГГТП, достовірно підвищувався рівень холестерину та тригліцеридів.

Програма оздоровлення досліджуваного контингенту хворих включала в себе корекцію харчового режиму в часі, нормалізацію балансу складових частин їжі з акцентом на збільшення рідинного компоненту до 2,5-3 л/добу, харчову корекцію функції кишечнику за рахунок збільшення пектинового компоненту їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів, дозоване фізичне навантаження, жовчогінно-гепатопротекторну терапію рослинними препаратами (зокрема препаратом “Фламін”) в поєднанні з урсодеоксихолієвою кислотою (препарат "Урсохол") впродовж 1-1,5 міс.

Після закінчення курсу лікування пацієнти відмічали суттєве покращення самопочуття, у більшості зникали скарги з боку основного захворювання. Крім того, відмічались і позитивні біохімічні зміни крові: активність АЛТ, ЛДГ(заг.), ГГТП після проведеного лікування наближалася до нормального рівня, значення вмісту в плазмі крові холестерину та тригліцеридів коливалися в межах норми. При ультразвуковому дослідженні зменшилась товщина стінки жовчного міхура та суттєво зменшились явища сладж-феномену.

ФРАКТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА КРЫС ПОСЛЕ ХОЛОДОВОЙ АККЛИМАЦИИ

Луценко Д. Г.

Институт криомедицины и проблем криобиологии НАН Украины, г. Харьков

Микроциркуляторное русло одним из первых вовлекается в структурно-физиологический ответ организма на холодовое воздействие. И если при кратковременных воздействиях бывает достаточно простой реакции вазоконстрикция-вазодилатация, то при формировании адаптации к длительным холодовым воздействиям возможны определенные структурные перестройки микроциркуляторного русла. Так как микроциркуляторное русло по своей природе является естественным фракталоподобным образованием, то имеет смысл оценивать изменения его фрактальных характеристик при адаптационных перестройках.

Эксперимент был проведен на самцах беспородных белых крыс. Животные были разделены на три группы 1 – контроль; 2 – животные с непрерывной холодовой акклимацией (НХА), 3- животные с прерывистой холодовой акклимацией (ПХА). НХА проводилась путем постоянного выдерживания животных при температуре 4^{o}С. При ПХА животных обдували холодным воздухом (10˚С) 15 раз в сутки по 15 минут в начале каждого часа, последующие 45 мин они находились при температуре 22˚С.

Микрогемоциркуляцию в основных терморегуляторных органах (кожа, скелетные мышцы, головной мозг и печень) изучали у наркотизированных животных методом прижизненной микроскопии в поляризованном свете с помощью микроскопа ЛЮМАМ К-1. Полученные изображения обрабатывали при помощи программы FRAM, рассчитывая фрактальную размерность D.

После акклимации было обнаружено, что в головном мозге не было обнаружено значимых изменений по сравнению с контролем в обоих случаях. В печени наблюдалось повышение размерности D с (1,29 ± 0,04) в контроле до (1,37 ± 0,03) (ПХА) и (1,35 ± 0,04) (НХА). В коже и мышцах наблюдались противоположные по своей направленности эффекты. Микрососудистое русло кожи более сильно отреагировало на НХА (1,7 ± 0,07), чем после ПХА (1,61 ± 0,04) при контрольных значениях (1,56 ± 0,05). В мышцах, наоборот, D после НХА (1,56 ± 0,07), практически не отличалось от контрольных значений (1,53 ± 0,01), в то время как после ПХА было отмечено заметное повышение этого показателя (1,70 ± 0,02).

Указанные наблюдения подтверждают предположение о существовании различных микроциркуляторных механизмов формирования адаптации к холоду при разной интенсивности холодовой нагрузки на организм.

СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ НА ТЛІ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ АМІОДАРОНУ

Лучко О. Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета – оцінити стан гепатобіліарної системи у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з фібриляцією передсердь (ФП), які тривало отримували аміодарон.

Обстежено 56 хворих на ІХС з ФП перманентна форма ХСН ІІА ФК ІІ-ІІІ за NYHA; 29 чоловіків і 27 жінок віком 45-74 роки. І (основну) групу склали 34 хворих, які на тлі базової терапії отримували аміодарон більш як шість місяців у стандартних дозах. ІІ (контрольну) групу склали 22 хворих, які отримували тільки базову терапію. Всім хворим проводили загально-клінічне, ультразвукове (УЗД) та біохімічне дослідження з визначенням вмісту білірубіну, холестерину, триацилгліцеролів (ТГ), активності аланіламінотрансферази (АлАТ), аспартатамінотрансферази (АсАТ), аргінази, лужної фосфатази (ЛФ), гаммаглутамілтрансферази (ГГТП). В обстежених виключали алкогольне, токсичне, вірусне В і С ураження печінки.

У 25 (74,0 %) обстежених І групи на відміну від хворих ІІ групи (45,5 %) виявлено порушення функціонального стану печінки ($p < 0,05$). За результатами УЗД у хворих І групи відзначалося збільшення розмірів її правої і лівої долі на ($3,54 \pm 0,29$) см і ($2,20 \pm 0,19$) см відповідно, що переважало такі зміни у хворих ІІ групи ($p < 0,05$). За результатами біохімічного аналізу у 18 (72,0 %) хворих виявлено збільшення активності ЛФ ($p < 0,05$), ГГТП ($p < 0,05$) та вмісту загального холестерину ($p < 0,05$), що свідчить про розвиток внутрішньопечінкового холестазу. У 7 (28,0 %) хворих виявлено наявність цитолітичного синдрому за збільшенням вмісту білірубіну і активності АлАТ, АсАТ і аргінази ($p < 0,05$). У хворих ІІ групи вірогідних змін активності ферментів ЛФ, ГГТП, АлАТ, АсАТ і аргінази не відзначалося.

Отже, у переважної частини хворих на ІХС з фібриляцією передсердь, які тривало отримували аміодарон, характерним є розвиток внутрішньопечінкового холестазу, тоді як у четвертої частини – цитолітичного синдрому.

РЕАКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА СЕАНСЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С КОНТУРОМ МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Лютая Е. А., Белал С. А. С.

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина, Украина

Вариабельность сердечного ритма с контуром метрономизированого дыхания может являться одним из методов контроля АД у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Изучены изменения параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) в сеансах биологической обратной связи (БОС) с контуром метрономизированного дыхания (МД) на этапах стандартной медикаментозной терапии у пациентов с артериальной гипертензией (АГ). Обследовано 144 пациента с 1-3 степенью АГ (97 мужчин и 47 женщин, средний возраст – (64,71 ± 10,36) лет). Критериями включения была АГ любой стадии и степени при отсутствии систематического приема каких-либо вазоактивных медикаментов в течение последних трех месяцев. Все пациенты были разделены на три группы: 1 – БОС (67 пациентов), где проведено 10 сеансов в изученном контуре МД, 2 – группа сравнения (49 пациентов), и 3 – группа контроля (28 пациентов). Все пациенты получали одинаковую терапию в соответствии с рекомендациями по профилактике и лечению АГ Украинской и Европейской ассоциацией кардиологов.

У всех пациентов регистрировались параметры ВСР на компьютерном диагностическом комплексе «CardioLab 2009» («ХАИ-Медика») со встроенным модулем «Biofeedback». Уровень АД измерялся по методу Короткова тонометром Little Doctor LD-91.

Статистическую обработку результатов проводили в программе Microsoft Excel. Достоверность различий параметров ВСР в группах и подгруппах пациентов на этапах исследования определялась при помощи t-критерия Стьюдента.

Установлено, что систематическое проведение сеансов БОС в контуре МД на фоне медикаментозной терапии достоверно увеличивает общую мощность спектра ВСР за счет увеличения мощностей VLF и HF вне изменений LF.

Полученные результаты позволяют рекомендовать методику в клиническую практику как дополнение к медикаментозному лечению пациентов с артериальной гипертензией.

REAL-TIME ЭЛАСТОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФИБРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Майкова Т. В.

Медицинский центр амбулаторного обслуживания детей и взрослых «Доктрина», г. Днепропетровск, Украина

Цель: охарактеризовать показатели соноэластографии (СЭГ) поджелудочной железы (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП) с учетом сравнительного анализа данных морфологического исследования.

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов в возрасте от 38 до 65 лет с осложненным течением ХП. Ультразвуковая СЭГ ПЖ проводилась транскутанным доступом real-time elastography (RTE) с помощью ультразвукового сканера Premium-класса Ultrasonix Touch (Ultrasonix, Канада). «Жесткость» ПЖ оценивали по характеру цветового паттерна шкалы «blue-green-red color» с последующим измерением степени деформации ткани по ESR. Полученные показатели сравнивали с ESR 20 пациентов без патологии ПЖ, у которых цветовой паттерн представлен гомогенным распределением «blue-color», а количественные параметры ESR существенно не различались в паренхиме головки (0,90 ± 0,08), тела (0,95 ± 0,09), хвостовой части органа и (0,92 ± 0,11) перидуктальной зоны (0,98 ± 0,11).

Полученные результаты сравнивали с данными морфологического исследования биопсий ПЖ, полученных во время плановых операций от 23 больных, у которых выявлены признаки различных стадий фиброза ПЖ (по M. Stolte). Анализ параметров СЭГ паренхимы ПЖ показал, что при наличии перилобулярного фиброза (I степень по M. Stolte) паренхима ПЖ в режиме СЭГ характеризовалась гетерогенным паттерном с преобладанием цветового спектра «blue-green-color», коэффициент ESR в области головки составил (1,9 ± 0,04), тела – (1,7 ± 0,3), хвоста железы – (2,6 ± 0,1). При II степени фиброза преобладал цветовой спектр «green-color», коэффициент ESR увеличивался до (2,6 ± 0,2) в области головки, (2,2 ± 0,3) – тела, особо не меняясь в области хвоста – (1,9 ± 0,5). Фиброз III степени характеризовался преобладанием цветового спектра «green-red color», коэффициент ESR (2,77 ± 0,5) в области головки, (2,58 ± 0,3) – в области тела и (2,24 ± 0,2) в области хвоста ПЖ. При IV степени фиброза в цветовом спектре преобладало неоднородное окрашивание, включающее сочетание зеленого и красного оттенков «green-red color»), коэффициент ESR в области головки ПЖ составил (3,13 ± 0,1), в области тела – (3,1 ± 0,2) и в области хвоста – (2,8 ± 0,3), в перидуктальной зоне – (4,37 ± 1,0).

Выводы: метод Real-Time соноэластографии ПЖ может быть использован для неинвазивной оценки степени фиброза ПЖ на всех стадиях фиброзной трансформации.

ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПЕНІЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ
(за даними ультразвукової денситометрії)

Майкова Т. В., Афанасьєв С. М.
Дніпропетровський інститут фізичної культури і спорту, Україна

Мета: визначити особливості структурно-функціонального стану кісткової тканини у дітей середнього шкільного віку з порушеннями постави та розробити програму фізичної реабілітації для профілактики прогресування остеопенії.

Матеріали та методи. Обстежено 84 школярів у віці 11-14 (12,5 ±0,12) років, в тому числі 45 дівчаток и 39 хлопчиків, які мали порушення постави. Стан кісткової тканини оцінювали за допомогою ультразвукової денситометрії п’яткової кістки на приладі “Achilles+” (Lunar, США). Інформацію про архітектуру кістки визначали за Z-індексом (Z-score).

Результати ультразвукової денситометрії п’яткової кістки показали наявність остеопенії I ступеня у 41 школяра (48,8 %), з них у 22 дівчаток (53,7 %) та 15 хлопчиків (36,5 %). У 4 дівчаток (9,8 %) виявлений II ступінь остеопенії.

Для профілактики прогресування остеопенії розроблена програма фізичної реабілітації, що включала масаж та лікувальну гімнастику.

Програма лікувальної гімнастики проводилася в 3 етапи: адаптаційний (1 місяць), тренувально-корегувальний (5 місяців) та стабілізаційний (3 місяці). На кожному етапі вирішувалися завдання у відповідності до індивідуальних особливостей дитини.

Лікувальна гімнастика в залежності від етапу включала як загально розвиваючі, так і спеціальні вправи, спрямовані на зміцнення м'язів черевного преса та перерозтягнутих м'язів спини, розслаблення м'язів з підвищеним тонусом, тренування м’язового корсету. При цьому застосовувалися ортопедичні м’ячі, профілактор Евмінова, гімнастичні палки, обважнювачі, тощо.

Після перших двох етапів повторно проводилася ультразвукова денситометрія, яка показала, що вже по закінченню адаптаційного етапу у 18 учнів (43, 9 %) після застосування програми спостерігалася тенденція до підвищення мінеральної щільності кісткової тканини. Після закінчення тренувально-корегувального етапу остеопенія I ступеня виявлена лише у двох дівчаток (4,9 %) та II ступінь остеопенії – у 1 (2,4 %).

Висновок. Для профілактики прогресування остеопенії у дітей середнього шкільного віку з порушеннями постави доцільно застосовувати поетапне впровадження лікувальної гімнастики з визначенням мети для кожного етапу у відповідності до індивідуальних особливостей дитини.

ЕФЕКТИ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Майлян Д. Е., [*]Голівець Т. П., [*]Гагаріна Д. О.

Бєлгородський державний національний дослідницький університет, м. Бєлгород, Росія

[*]*Донецький національний медичний університет ім. М. Гіркого, Україна*

Мета: визначити вплив симвастатину на діастолічну функцію лівого шлуночка (ЛШ) та ендотеліальну функцію у пацієнтів з метаболічним синдромом.

Матеріали і методи. Було обстежено 25 пацієнтів чоловічої статі з есенціальною гіпертензією 2 ступеня з ознаками метаболічного синдрому, такими як підвищення холестерину (ХС) ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) більше ніж 3,0 ммоль/л, зниження концентрації ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) менше ніж 1,0 ммоль/л, абдомінальний тип ожиріння та порушення глікемії натщесерце. Вимірювання проводилися двічі: до призначення гіполіпідемічної терапії та через 3 місяці після включення в терапію 20 мг симвастатину.

Дисфункцію ендотелію судин оцінювали доплерографічно щодо зміни діаметра плечової артерії (ΔДПА). Діастолічну функцію оцінювали по зміні часу ізоволюмічного розслаблення (ЧІВР), співвідношення Е/А. Також оцінювали товщину епікардіального жиру, концентрації ХС ЛПНЩ, ЛПВЩ та рівень глюкози сироватки крові натще.

Результати. Через три місяці після включення в терапію симвастатину відзначалося статистично значуще зниження ХС ЛПНЩ від (3,43 ± 0,15) ммоль/л до (2,68 ± 0,07) ммоль/л ($p < 0,05$). Рівень ХС ЛПВЩ підвищився з (0,86 ± 0,06) ммоль/л до (1,02 ± 0,05) ммоль/л ($p < 0,05$). Таким чином, на тлі гіполіпідемічної терапії 23 пацієнта (92 %) мали нормальний ліпідний профіль.

У всіх пацієнтів було відзначено поліпшення ендотеліальної функції: ΔДПА на тлі реактивної гіперемії збільшився від (0,36 ± 0,03) мм (8,1 %) до (0,57 ± 0,04) мм (13,4 %) ($p < 0,05$). ЧІВР зменшився з (82,7 ± 3,2) мс до (63,1 ± 2,9) мс, відношення Е/А статистично значимо збільшилося від (0,61 ± 0,04) до (0,98 ± 0,04) ($p < 0,05$). Таким чином, нормалізація діастолічної функції ЛШ відзначалася у 21 пацієнта (84 %).

Зміна глюкози сироватки крові натще були статистично незначущими. До того ж, тримісячний курс симвастатину не мав значимого впливу на товщину епікардіального жиру: (0,43 ± 0,02) см і (0,39 ± 0,04) см ($p = 0,66$).

Висновок. Включення в терапію пацієнтів з метаболічним синдромом симвастатину покращує ліпідний профіль, але не чинить впливу на обмін глюкози. Тримісячний курс симвастатину покращує ендотеліальну функцію та діастолічну функцію ЛШ.

РЕГУЛЯРНІ ФІЗИЧНІ НАВАНТАЖЕНННЯ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Майлян Д. Е., Коломієць В. В., [*]Майлян А. І.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,

[*]Центральна міська клінічна лікарня № 3, м. Донецьк, Україна

Мета. Визначити вплив регулярних аеробних навантажень на добових профіль артеріального тиску (АТ) у пацієнтів з есенціальною гіпертензією (ЕГ) та хронічною серцевою недостатністю (ХСН).

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні брали участь 38 пацієнтів з ЕГ 1 та 2 ступеня у поєднанні з ХСН I та II функціонального класу згідно з класифікацією New York Heart Association. Пацієнти були розділені на дві групи по 19 осіб. Усім пацієнтам в якості базисної терапії призначався інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту лізиноприл. У першій групі медикаментозну терапію поєднували з регулярними аеробними фізичними навантаженнями за модифікованим протоколом Bruce з використанням тредміл «WOODWEY EXO 43» та діагностичної станції PCECG 1200. До початку терапії і через 3 місяці всім пацієнта проводилося добове моніторування АТ (ДМАТ).

Результати. При порівнянні профілів АТ було виявлено, що до призначення терапії 2 пацієнта першої групи (11 %) мали профіль Night-picker, 12 (63 %) – Non-dipper та 5 (26 %) – Dipper, у другій групі: 1 (5 %) – Night-picker, 10 (53 %) – Non-dipper та 8 (42 %) пацієнтів мали нормальний профіль АТ. Через 3 місяці після початку монотерапії лізиноприлом у 2 групі відзначалася зміна співвідношення профілів АТ: 12 (63 %) – Dipper і 7 (37 %) – Non-dipper. Після застосування комбінованої терапії в першій групі у 8 пацієнтів зберігалася недостатня зниження рівня АТ в нічний час (Non-dipper), у решти 11 пацієнтів (58 %) відзначався нормальний профіль АТ (Dipper).

Через 3 місяці від початку терапії відзначалося значуще ($p > 0,05$) зниження рівнів середнього систолічного артеріального тиску: з $(161,32 \pm 7,82)$ мм рт. ст. до $(131,65 \pm 6,74)$ мм рт. ст., і з $(156,28 \pm 6,99)$ мм рт. ст. до $(143,65 \pm 6,74)$ мм рт. ст., відповідно. Також відзначалося зниження показників середнього діастолічного АТ з $(96,21 \pm 4,31)$ мм рт. ст. і $(79,48 \pm 3,97)$ мм рт. ст. – для першої групи та з $(94,13 \pm 3,76)$ мм рт. ст. до $(81,48 \pm 2,88)$ мм рт. ст. Варто відзначити, що статистично значуща ($p < 0,05$) різниця показників ДМАТ за даними контрольного дослідження відзначалася лише для систолічного АТ.

Висновки. Застосування регулярних аеробних навантажень в комбінації з призначенням антигіпертензивної медикаментозної терапії дозволяє поліпшити контроль АТ за рахунок поліпшення профілю АТ і більш вираженого зниження систолічного АТ у пацієнтів з есенціальною гіпертензією та хронічною серцевою недостатністю.

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ: АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ

Маковійчук І. О., *Тащук В. К., Трутяк В. Я., *Хребтій Г. І., Назарчук М. С., Білецький С. С.

Обласний клінічний кардіологічний диспансер, м. Чернівці,
**ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Гострий коронарний синдром – загострення перебігу ішемічної хвороби серця, яке проявляється ознаками нестабільної стенокардії, або гострого інфаркту міокарда. Гострий коронарний синдром – важлива проблема охорони здоров'я. Мета дослідження: аналіз захворюваності на інфаркт міокарда та його ускладнення протягом 2013-2015 рр. у відділенні гострої коронарної недостатності обласного клінічного кардіологічного диспансеру м. Чернівці.

За структурою виписаних хворих з інфарктом міокарда у 2015 році з відділення гострої коронарної недостатності найбільшу кількість складають чоловіки (64,0 %) і вікова група пацієнтів 60-69 років та старше (68,7 %). Схожу кореляцію відзначено і у попередні роки.

По структурі захворюваності за 2015, 2014 та 2013 роки можна відзначити стабільний показник кількості випадків інфаркту міокарда (339 у 2015 проти 353 у 2014 році та 331 випадків за 2013 рік), а також збереження значної кількості випадків гострих коронарних катастроф, що виникли на тлі артеріальної гіпертензії (553 випадки проти 582 у 2014 та 552 у 2013 році). За рештою показників помітної різниці не відзначено.

Характер ускладнень, що спостерігалися у пацієнтів з інфарктом міокарда засвідчує позитивну тенденцію до зниження кількості показників випадків гострої серцевої недостатності, порушень ритму та провідності як у 2015 році, так і в минулі роки (загалом – 10 за 2015 рік, проти 13 та 12 випадків за минулі роки). Вірогідно, що дана тенденція значною мірою обумовлена ефективним використанням ургентної коронарної ангіопластики, коронарного тромболізису, «навантажувальних» доз антиагрегантів та статинів, сучасних низькомолекулярних антикоагулянтів на ініціальному етапі гострих коронарних катастроф.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ПЕЧІНКИ

Маркозова Л. М.

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

Однією з актуальних питань в наркології є вивчення у осіб з залежністю від алкоголю (АЗ) психопатологічних проявів, від наявності та виразності котрих залежить перебіг, прогноз хвороби та якість життя осіб з АЗ та їх родичів.

Мета роботи: аналіз структури психопатологічних проявів у осіб з АЗ з хронічним захворюванням печінки (ХЗП).

Методи: аналітичний, статистичний, методика Derogatis.

На базі відділення №2 КЗОЗ «ХОКНЛ» обстежено особи чоловічої статі двох груп: контрольної (КГ) (n = 11) та основної (ОГ) з АЗ з ХЗП (n = 13), з середнім віком, відповідно, (32,91 ± 3,05) рр. та (42,15 ± 2,99) рр. Встановлено, що протягом життя у осіб ОГ передозування алкоголем (А) в будь-якій кількості було лише в 69,2 % випадків; передозування А до стану сп'яніння відмічалось в 100 % випадків; психоз внаслідок відміни А спостерігався у 23% осіб; лікувалися 69,2% осіб; тривалість ремісії складала (2,81 ± 1,27) міс. КГ склали практично здорові чоловіки.

Результати: за методикою Derogatis встановлено, що достовірні відмінності у осіб ОГ та КГ спостерігались за шкалами соматизації (С), відповідно, (0,58 ± 0,12) та (0,48 ± 0,09) ($p < 0,05$), обсесивно-компульсивних розладів, відповідно, (0,71 ± 0,14) та (0,48 ± 0,08) ($p < 0,05$), депресивних (Д) відповідно (0,80 ± 0,21) та (0,38 ± 0,05) ($p < 0,05$), тривожних розладів відповідно (0,50 ± 0,19) та (0,26 ± 0,02) ($p < 0,05$). Індекс загальної важкості психопатології (ІЗВП) вірогідно вищий серед осіб ОГ (0,61 ± 0,13) порівняно з особами КГ (0,41 ± 0,08) ($p < 0,05$). Виявлено достовірні кореляційні зв'язки між показниками шкал С-Д ($r_{x,y} = 0,68$), С – тривожності (Т) ($r_{x,y} = 0,63$), обсесивності-компульсивності (ОК) та Д ($r_{x,y} = 0,68$), ОК та психотизму (П) ($r_{x,y} = 0,65$), Д та ворожості (В) ($r_{x,y} = 0,69$), Д та П ($r_{x,y} = 0,69$), В та фобічної тривожності (ФТ) ($r_{x,y} = 0,65$), параноїальності та П ($r_{x,y} = 0,70$), параноїальності та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,63$), П та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,70$). Сильні кореляційні зв'язки виявлені між показниками шкал С та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,72$), ОК та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,71$), Д та Т ($r_{x,y} = 0,82$), Д та ФТ ($r_{x,y} = 0,77$), Д та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,98$), Т та В ($r_{x,y} = 0,83$), Т та ФТ ($r_{x,y} = 0,77$), Т та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,83$), В та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,71$), ФТ та ІЗВП ($r_{x,y} = 0,74$).

Таким чином, всі показники за методикою Derogatis у хворих з ХЗП тісно взаємопов'язані один з одним. Найбільш впливовими показниками на інші були показники шкали Д та шкали Т, відповідно до котрих виявлена найбільша кількість кореляційних зв'язків сильного ступеню виразності. Це свідчить про ключову роль депресивних та тривожних розладів у структурі психопатологічних проявів серед даного контингенту хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ

Маркозова Л. М.

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

Звісно, що значну проблему серед хворих наркологічного профілю складає супутня патологія та ускладнення основного захворювання. Протягом останнього десятиріччя певна увага приділялась вивченню проблеми ураження печінки (УП) у осіб із залежністю від алкоголю (Л.М. Маркозова, 2007, 2010-2015; Л.М. Маркозова із співав., 2013-2015).

Мета роботи: зробити аналіз клініко-біохімічних показників крові у осіб чоловічої статі з залежністю від алкоголю (АЗ) з УП.

Матеріали та методи: клінічний, біохімічний (АлАТ, АсАТ, холестерин (Х), білірубін, тимолова проба (ТП), β-ліпопротеїди), статистичний. Обстеження осіб чоловічої статі з АЗ проведено на базі відділення №2 КЗОЗ «ХОКНЛ». Обстежені були розподілені на групи: контрольна група [КГ] (n = 11, середній вік – (32,91 ± 3,05) р.); хворі з АЗ: 1 гр. з гепатитом (n = 8, середній вік – (35,25 ± 2,75) р/); 2 гр з гепатозом (n = 13, середній вік – (42,15 ± 2,99) р/). Встановлено, що протягом життя передозування алкоголем (А) в будь-якій кількості було у 75 % осіб 1 гр., у 69,2 % осіб 2 гр. Протягом життя передозування А до стану сп'яніння відмічалось у 75 % осіб 1 гр. та в 100 % осіб 2 гр. Психоз внаслідок відміни А спостерігався лише у 23 % осіб 2 гр. Лікувалися протягом життя 62,5 % осіб 1 гр. та 69,2 % осіб 2 гр. Тривалість ремісії протягом життя у осіб 1 гр. складала (1,63 ± 1,08) міс., у осіб 2 гр. – (2,81 ± 1,27) міс. Основні симптоми синдрому відміни А при госпіталізації були помірно виражені у осіб всіх груп. КГ склали практично здорові чоловіки.

Результати: в результаті дослідження виявлено, що показники ТП, бета-липопротеїдів не мали вірогідних значень у осіб всіх груп. Зміст загального білірубіну (Мм/л) у осіб 1 та 2 гр був вірогідно вищим ($p < 0,05$) ніж у осіб КГ і складав, відповідно, (21,06 ± 2,66) та (22,71 ± 2,90). Рівень Х лише у осіб 1 гр був вище за верхню межу норми (5,34 ± 0,57 мМ/л). Рівень альфа-амілази (мг/с*л) крові був значно вищим у осіб 2 гр. (9,77 ± 1,36) ніж у осіб 1 гр. (3,79 ± 0,49) ($p < 0,01$) та у осіб КГ (5,84 ± 0,52) ($p < 0,05$).

Таким чином, в результаті порівняльного аналізу біохімічних показників крові у осіб 1 та 2 груп виявлено підвищення трансаміназ сироватки крові (АлАТ (відповідно, ((1,91 ± 0,51) ммоль/ч-л) [$p < 0,05$] та (1,53 ± 0,27) [$p < 0,05$]), АсАТ (відповідно, (1,09 ± 0,19) [$p < 0,05$] та (1,19 ± 0,15) [$p < 0,01$]), що є показником вираженого цитолізу та імунного запалення печінки. У осіб 2 гр. мало місце хронічне ураження токсичного ґенезу підшлункової залози, що проявилось підвищенням рівню альфа-амілази. У осіб 1 гр. в 62,5 % випадків визначався низький рівень альфа-амілази крові, що свідчить про виснаженість підшлункової залози з подальшим її некрозом.

АПРОКСИМАЦІЯ ДАНИХ ЩОДО ПОШИРЕНОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ІНШИХ ПАР НА ТЕРИТОРІЯХ ТИМЧАСОВО НЕПІДКОНТРОЛЬНИХ УКРАЇНІ

Маркозова Л. М., Бараненко О. В.

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

Вивчення епідеміологічної ситуації в країні щодо поширеності та захворюваності неінфекційних хвороб є актуальним для моделювання епідемічних процесів. У період з 2014 р. і по теперішній час внаслідок іноземної агресії Україна втратила частину територій, що не змогло не відбитися на даних офіційної статистики.

Мета: провести апроксимацію даних щодо поширеності та захворюваності на основі динаміки змін епідеміологічних даних за 2013-2014 рр. в інших регіонах України для подальшої оцінки динаміки взаємодій між розповсюдженням станів залежності від алкоголю (А) та інших психоактивних речовин (ПАР) для регіональних одиниць, за котрими статистика відсутня або є неповною.

Методи: аналітичний, статистичний.

Результати: було вичислено коефіцієнт (К) змін даних, що являє собою усереднене співвідношення даних статистики за 2013-2014 рр. для усіх регіонів України. На основі даного К було умовно реконструйовано дані щодо поширеності та захворюваності на стани залежності від А та інших ПАР для АР Крим, м. Севастополя, Луганської та Донецької областей шляхом множення даних за 2013 р. на даний К. Співвідношення кількості осіб (СКО), яких було взято у 2013 р. та у 2014 р. на диспансерний облік (ДО) (на 100 тис. нас.) в амбулаторних наркологічних установах (АНУ) України з усіма розладами психіки та поведінки (РПП) внаслідок уживання ПАР, а також із РПП внаслідок споживання А як найбільш поширеної ПАР, у більшості регіонів України дорівнює одиниці, тобто істотних змін даного показника за означений термін не відбулося. Для Черкаської, Волинської, Херсонської, Закарпатської областей було притаманне незначне (5-10 %) зниження даних показників, для Дніпропетровської – підвищення на 6 %. Величина К, необхідного для отримання апроксимації даних відносно показників кількості осіб, яких було взято у 2014 р. на ДО з усіма РПП внаслідок уживання ПАР на територіях, тимчасово непідконтрольних Україні, становила 1, 04 од. СКО, яких було взято у 2013 р. та у 2014 р. на ДО в АНУ України з РПП внаслідок уживання інших ПАР, помітно відрізнялося для різних регіонів України: для Сумської області – 0,54 од, що свідчить про зростання захворюваності на нарко-токсикоманії у цьому регіоні майже у 2 р. Для Закарпатської, Київської, Кіровоградської, Житомирської областей у 2014 р було відмічене зростання даного показника на 30-20 %, а в Тернопільській, Івано-Франківській – зниження в 2,14 та 1,50 рази, відповідно. К становив 0,94 од. Таким чином, це допомогло уникнути спотворення даних за 1990-2014 рр. про взаємодію між процесами і надало спроможність використовувати ці дані надалі без суттєвої втрати інформативності.

ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ГРУППАХ ОБЩЕГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Мартимьянова Л. А., Яблучанский Н. И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Цель: изучение распространенности ортостатических реакций (ОР) частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) и артериального давления (АД) у пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий (ФП) в группах общего кардиоваскулярного риска (ОКВР) для разработки предложений по повышению эффективности ее диагностики и терапии.

Материалы и методы. Обследованы 137 пациентов (73 мужчины и 64 женщины в возрасте (66,4 ± 9,9) лет) с постоянной ФП давностью от 1 до 25 лет. ОР ЧЖС оценивали по данным измерений на 3 минуте клиностаза и 3 минуте после перехода в ортостаз на компьютерном электрокардиографе «CardioLab 2000». Изменения ЧЖС в диапазоне до ± 5 % классифицировали как отсутствие, увеличение на 5 % и более – как позитивная и снижение на 5 % и более – как негативная ОР ЧЖС. Систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление измеряли на 3-й минуте в положении клиностаза и на 3-й минуте после перехода в ортостаз. Выделяли гипертензивную (повышение АД более, чем на 5 %), изотензивную (изменения АД в пределах ± 5 %) и гипотензивную ОР (снижение АД на 5 % и более) АД. ОКВР рассчитывали в соответствии со шкалой SCORE. Пациентов классифицировали на 4 группы ОКВР: 1 – низкий (риск SCORE < 1 %); 2 – умеренный (риск SCORE >1 % и < 5 %); 3 – высокий (риск SCORE > 5 % и < 10 %) и 4 – очень высокий риск (риск SCORE >10 %). В группах ОКВР оценивали частоты ОР ЧЖС, САД и ДАД. Данные заносили в базу Microsoft Excel 2010. Статистическая оценка результатов проводилась параметрическими методами с оценкой среднего (M) и стандартного отклонения (sd), достоверность различий между группами определялась с использованием t-критерия Стьюдента и критерия Манна-Уитни.

Результаты и выводы. У пациентов с ФП наблюдаются все три типа (позитивные, отсутствующие, негативные) ортостатических реакций ЧЖС, САД и ДАД, которые сохраняются во всех классах ОКВР. Оптимизация ведения пациентов с ФП должна осуществляться с учетом и через модификацию входящих в ОКВР факторов риска, в том числе включая ортостатические реакции ЧЖС, САД и ДАД. Результаты не только подтверждают существование у пациентов с ФП разных типов ОР ЧЖС, САД и ДАД, но и их частотное соответствие пациентов с синусовым ритмом.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Мартовицкий Д. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оценить влияние поддержки сниженной массы тела на уровень артериального давления (АД) и регресс гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 80 больных с МС, находящихся на стационарном лечении в Харьковской городской клинической больнице № 27. Все пациенты получали стандартный комплекс немедикаментозного лечения: диету с ограничением жира и легко усвояемых углеводов, ванны, ручной массаж спины, занятия лечебной физкультурой.

Результаты. Больные по результатам 2-х недельного пребывания в стационаре были разделены на 2 группы: I группа – 38 человек с положительным эффектом лечения (снижение массы тела на 2 кг, объема талии на 2 см). Пациенты I группы снизили массу тела на 3,9 %. Через год пациенты I группы снизили массу тела на 13,2 %. Снижение массы тела за один год составило от 5,4-х до 26,5 кг. Во II группе, насчитывающей 42 человека, снижения массы тела не отмечалось, а у некоторых больных даже произошло ее нарастание. Через год в I группе отмечено достоверное снижение атерогенных фракций липидов: холестерина (ХС) на 12,8 %, триглицеридов – на 25,2 %, ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – на 29,4 %. Снижение уровня инсулина через год отмечено только в I группе на 18,9 %. Уровень липидов крови снизился только у пациентов I группы. У больных II группы показатели липидного обмена повысились. Стабильное АД при поддержании 1–2 препаратами наблюдалось у 26 чел. (32,5 %), отменить гипотензивные препараты смогли 4 пациентов с АГ и ожирением. При проведении эхокардиографии толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП) превышали 11 мм, что свидетельствовало о ГЛЖ. Через год отмечена положительная динамика у пациентов I группы: уменьшение толщины ЗСЛЖ и МЖП в среднем на 12,8 %. Масса миокарда ЛЖ у пациентов из I группы снизилась на 11,9 %. У пациентов II группы сохранялись прежние значения гипертрофии и массы миокарда ЛЖ.

Выводы. Достичь регресса ГЛЖ у больных артериальной гипертензией с ожирением возможно вследствие изменения образа жизни, соблюдения диетических указаний, повышения физической активности, снижения массы тела. Только после снижения массы тела более чем на 10 % и поддержании ее в течение года происходила нормализация АД и регресс ГЛЖ.

ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мартовицкий Д. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: проанализировать частоту встречаемости модифицируемых факторов риска развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов (23 мужчин и 37 женщин), которые в 2015 году находились на стационарном лечении в инфарктном отделении Харьковской городской клинической больницы № 27, госпитализировавшихся по направлению участковых терапевтов или кардиолога. У всех пациентов ранее диагностирована АГ и они находились под наблюдением участковых терапевтов. Средний возраст пациентов составил 55 лет (мужчины (55,6 ± 9,9) лет, женщины (54,5 ± 7,8) лет).

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что частота ожирения у пациентов с АГ (индекс массы тела > 29,9 кг/м^2) составила 43,3 %, причем среди мужчин встречается чаще (60,9 %), чем у женщин (32,4 %). Наличие алиментарного ожирения имеет еще большую распространенность: для мужчин (объем талии > 94 см) – 82,6 %, для женщин (объем талии > 80 см) – 91,9 %. Частота курения среди мужчин оказалась крайне высокой – 69,6 %, а среди женщин значительно ниже – 2,7 %. Повышение уровня сахара крови наблюдалось у 23,3 % пациентов (26 % мужчин и 21,6 % женщин). Частота гиперхолестеринемии составила 78,3 % (среди мужчин 73,9 %, среди женщин 81 %). Повышенный уровень липопротеидов низкой плотности имели 50,0 % пациентов (52,2 % мужчин, 48,6 % женщин). Гипертриглицеридемия была у 43,3 % больных (у 52,2 % мужчин и 37,8 % женщин). Повышенные цифры артериального давления на протяжении стационарного лечения имели 78,3 % пациентов (69,6 % мужчин и 83,8 % женщин).

Выводы. У пациентов, страдающих артериальной гипертензией, частота модифицируемых факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений колеблется от 30 % до 90 %, что безусловно требует интенсификации профилактической работы и повышения у пациентов мотивации к лечению.

ОСОБЛИВОСТІ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ З АДИКТИВНИМИ ФОРМАМИ ПОВЕДІНКИ

Марута Н. О., Колядко С. П., Каленська Г. Ю.

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

Сучасний етап клінічного вивчення невротичних розладів з адиктивними формами поведінки пов'язаний з признанням їх поліфакторного патогенезу, динамічної взаємодії сприятливих, гальмівних або провокуючих та інших психологічних чинників. Саме тому вивчення патопсихологічних особливостей перебігу невротичних розладів, що коморбідні адиктивним формам поведінки, та вплив цієї взаємодії на патоморфоз даної патології, є актуальним. Тому **метою** дослідження стало – вивчити особливості акцентуації характеру хворих на невротичні розлади з адитивними формами поведінки. В дослідженні прийняло участь 150 хворих на невротичні розлади: 110 осіб з адиктивними порушеннями (АП) (основна група) та 40 пацієнтів з відсутністю АП (група співставлення). Всі респонденти були обстежені за допомогою опитувальника Леонгарда-Шмішека. У хворих на невротичні розлади без АП найбільш були вираженими «екзальтований» та «емотивний» типи акцентуації характеру (17,85 балів та 16,35 балів відповідно), що проявлялось в таких рисах особистості як емоційна нестабільність та чутливість, перепади настрою за незначним для оточуючих приводом, здатність глибоко відчувати і переживати емоції та раниміть. Хворі на невротичні розлади з АП характеризувалися високими показниками «екзальтованого» (19,31 балів), «емотивного» (16,62 балів), «циклотимного» (16,37 балів), «дистимічного» (12,11 балів) та «збудливого» (13,08 балів) типів акцентуацій характеру. Тобто як і для хворих на невротичні розлади без АП для цієї групи пацієнтів була характерна емоційна нестабільність, схильність до глибоких почуттів, наявність вразливості, але від інших хворих на невротичні розлади ця група відрізнялась також наявністю та вираженістю емоційної лабільності, імпульсивності, зниженні настрою, втомі, відчутті відчаю від неприємностей, мовчазності та замкнутості. Статистичний аналіз даних продемонстрував вірогідні розбіжності між хворими на невротичні розлади з АП та без АП за показниками «циклотимного» ($t = 3{,}866$, $p \leq 0{,}0001$), «дистимічного» ($t = 2{,}548$, $p \leq 0{,}01$) та «збудливого» ($t = 2{,}474$, $p \leq 0{,}01$) типів акцентуацій характеру, які були більш вираженими в групі хворих з АП.

Отримані дані дозволяють говорити про те, що при приєднанні до емотивних та екзальтованих рис особистості, що притаманні усім хворим на невротичні розлади, ще й песимізму, імпульсивності та різкої немотивованої зміни настрою та поведінки зростає ризик появи АП при невротичних розладах. Отримані дані слід враховувати при проведенні психотерапевтичних заходів хворим на невротичні розлади з АП.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ОРГАНІЧНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ

Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Каленська Г. Ю.

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

Мета дослідження – вивчити клініко-психопатологічні особливості тривоги в структурі органічного тривожного розладу.

Було встановлено, що клінічна картина органічного тривожного розладу характеризувалась наявністю виражених симптомів тривоги у 100 % хворих, внутрішнього неспокою (81,82 %), нав'язливих тривожних роздумів (86,36 %), неусвідомленого відчуття занепокоєння (54,55 % хворих), постійних тривожних думок та різноманітних побоювань по відношенню до свого соматичного стану (45,45 %), підвищеною фіксацією уваги на особливостях свого стану (36,36 %), проявами невпевненості у собі та своєму майбутньому (40,91 %) погіршенням планування та виконання своїх дій, постійне відчуття невпевненості в собі та своїх рішеннях (45,45 %). Крім того, у цих хворих спостерігались різноманітні сенестопатії (68,18 %), больові відчуття, що не пояснювались органічною патологією (45,45 %), відчуття напруги у м'язах тіла (36,36 %), відчуття печіння (40,91 %). У ряді випадків хворі відмічали нав'язливість своїх переживань та страхів, від яких вони не могли відволікти свою увагу та які повертались до них знов і знов та ставали все більш нав'язливими (27,27 %), призводили до постійної потреби звертатися за допомогою. У 40,91 % хворих мала місце тенденція переоцінювати свої симптоми, важкість свого стану.

Встановлено, що клінічна структура тривоги у обстежених хворих має складний характер та характеризується сполученням емоційного, вегетативно-соматичного, сенсорного, рухового, когнітивного та поведінкового компонентів, вираженість яких визначає їх специфіку: так, при органічному тривожному розладі переважаючими є емоційний, вегетативно-соматичний, сенсорний та когнітивний компоненти. Синдромальна структура тривожного органічного розладу характеризується поєднанням тривожного симптомокомплексу з фобічним, сенестопатичним та іпохондричним симптомокомплексами.

Проведена оцінка органічної патології свідчить про наявність різноманітних органічних розладів у обстежених хворих, які носили сполучений характер. Оцінка супутньої патології у обстежених хворих на момент госпіталізації свідчила про відсутність їх загострення або нестабільності. Пацієнти приймали стабільну фармакотерапія відповідно до органічної патології, що мала у них місце протягом останніх 3 місяців.

На підставі отриманих даних виділені провідні механізми формування тривоги, що базуються на наявності сомато-неврологічної патології, яка передує розвитку органічного тривожного розладу та супроводжується ситуативно-обумовленою емоційною реакцією особистості, що проявляється високим рівнем астенічного та соматичного компонентів тривоги, відчуттям емоційного дискомфорту та тривожною оцінкою перспективи.

РОЛЬ НАДМІРНОГО ВЖИВАННЯ ХЛОРИДУ НАТРІЮ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Машура Г. Ю., Ганич Т. М., Рішко О. А., Блецкан М. М., Свистак В. В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – займає одну з лідируючих позицій серед хронічних уражень печінки. НАЖХП та гіпертонічна хвороба (ГХ) найчастіша комбінація патологій, які зустрічаються в осіб, що страждають на метаболічний синдром. Їх поєднання не тільки викликає паралельні ураження печінки та серця але ще й взаємоускладнюють перебіг один одного. Генетична схильність, спосіб життя, нераціональне харчування, в тому числі надмірне вживання хлориду натрію, призводять до надмірного утворення вісцеральної жирової клітковини з розвитком абдомінального ожиріння, яке є вірогідним критерієм розвитку інсулінорезистентності.

Мета дослідження. З'ясувати роль надмірного вживання хлориду натрію у пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки у поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні взяло участь 60 пацієнтів з різним порогом смакової чутливості до кухонної солі (ПСЧКС). Основну групу становили 33 пацієнтів з НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії з високим ПСЧКС (дослідна група). Групу порівняння становили 27 осіб з НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії з низьким ПСЧКС. Діагноз НАЖХП було встановлено за клініко-лабораторними показниками та результатами ультразвукового дослідження. Діагноз ГХ II стадії був встановлений згідно Протоколу № 384 МОЗ України, від 24.05.2012 р.

Результати дослідження. У пацієнтів з НАЖХП у поєднанні з ГХ II стадії з високим ПСЧКС відмічені вищі самооцінка споживання кухонної солі та самооцінка сольового апетиту ($p < 0,05$), вищі показники індексу маси тіла, обводу талії, співвідношення окружності живота до окружності стегон($p < 0,05$) а також вищі показники загального білірубіну, АЛТ, АСТ, лужної фосфатази, загального холестерину, глюкози крові та індексу HOMA ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, надмірне вживання хлориду натрію у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки у поєднанні з гіпертонічною хворобою II стадії призводить до погіршення як антропометричних, так і лабораторних показників. Тому зменшення вживання кухонної солі може бути профілактичним заходом, що сприятиме зменшенню ваги тіла та зможе зменшити ризик ускладнень та підвисить ефективність лікування.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Меденцева Е. А., Рудык Ю. С.

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

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться важной проблемой среди неинфекционных заболеваний. Среди пациентов, отнесенных в группу высокого риска – пациенты с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа. СД приводит к возникновению ХСН и отягощает ее течение, повышая риск неблагоприятных исходов среди пациентов с уже существующей ХСН. Традиционно ХСН и ее тяжесть ассоциируют со снижением систолической функции левого желудочка (ЛЖ). Однако в популяции пациентов с ХСН и сопутствующим СД 2 типа высок процент больных с ХСН с сохраненной фракцией выброса (сФВ) и диастолической дисфункцией (ДД). Заболеваемость, связанная с диастолической сердечной недостаточностью (ДСН) и частота госпитализаций аналогична таковой при систолической СН. Несколько исследований показали, что ДД ЛЖ является одним из самых ранних признаков поражения миокарда при СД 2 типа, и является ключевым компонентом диабетической кардиомиопатии.

В последние годы все более актуален вопрос лечения ХСН с сФВ ЛЖ и ДД, при этом отсутствует убедительная доказательная база улучшения выживаемости при использовании какого-либо специфического медикаментозного лечения у данной группы пациентов. Тем не менее, эффективность применения некоторых препаратов была показана в отдельных исследованиях и в настоящее время продолжает изучаться. Благоприятное действие ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) у этих больных может быть связано с воздействием на ремоделирование миокарда и уменьшение массы миокарда, обратное развитие фиброза и повышение эластичности стенки левого желудочка. По степени положительного влияния на ГЛЖ и выраженность фиброза антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА) не уступают иАПФ, а по способности устранять диастолические расстройства могут даже превосходить иАПФ. Лекарственные препараты, действие которых направлено в сторону специфических метаболических и структурных расстройств при СД обнадеживают, но до сих пор нет конкретной стратегии лечения, способной повлиять на диабетическую кардиомиопатию. Дальнейшие клинические исследования будут сосредоточены на механизмах развития диастолических нарушений в миокарде, что поможет усовершенствовать терапевтический подход к профилактике и лечению данного состояния.

РОЛЬ ЦИТОКІНІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У СПОЛУЧЕННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Меленевич А. Я.

Харківський національний медичний університет, Україна

Проблема поєднаного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та гіпертонічної хвороби (ГХ) належить до найбільш актуальних у зв'язку з ростом захворюваності, важкістю ускладнень, тенденцією до підвищення смертності та стійкої втрати працездатності. Згідно з останніми даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 210 млн осіб хворіють ХОЗЛ. Близько чверті людей віком від 40 років можуть мати ознаки бронхіальної обструкції. Провідною причиною смерті хворих на ХОЗЛ, є розвиток не термінальної дихальної недостатності, а серцевосудинних розладів. Більше ніж 50 % хворих на ХОЗЛ маю артеріальну гіпертензію (M. Divo, C. Cote, J.P. Torres, 2012).

Звертає увагу наявність асоціації кардіоваскулярних катастроф з підвищенням рівня медіаторів, що традиційно використовуються для оцінки активності запального процесу, насамперед цитокінів. Оскільки всі цитокіни взаємодіють між собою, утворюючи єдину робочу мережу, то послаблення або посилення продукції окремих цитокінів, особливо тих, що володіють плейотропними властивостями, призводить до дисбалансу всієї цитокінової мережі. Відомо, що інтенсивність синтезу цитокінів може бути генетично обумовлена. Доведено, що варіанти генів цитокінів асоційовані з чутливістю макроорганізму до аутоімунних, алергічних та інфекційних захворювань, особливістю та тяжкістю їх перебігу, а також із підвищенним, або, навпаки, зниженим вмістом продукуємих цитокінів.

При ХОЗЛ запалення підтримується багато років, нерідко і десятиліттями, посилюючись в період загострення хвороби, що призводить до пригнічення адаптаційних реакцій організму, тривалої активації імунної системи. Імунне запалення сприяє розвитку та прогресуванню ГХ. Прозапальні цитокіни призводять до активації симпато-адреналової нервової системи та стимуляції продукції ангіотензину II.

Ключовими маркерами прогресування запалення в бронхах є С-реактивний білок (СРБ), фактор некрозу пухлин-α (ФНП-α), інтерферон-γ (ІФН-γ), ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-17, ІЛ-18, та ІЛ-32. Гіперпродукція цитокінів сприяє підтриманню хронічного персистуючого системного запалення і розвитку пов'язаного із ним процесу апоптозу, що призводить до формування інтерлейкінзалежного вторинного імунодефіцитного стану.

Розуміння ролі цитокінового дисбалансу при ХОЗЛ у сполученні з ГХ допоможе на ранній стадії захворювання прогнозувати майбутні серцево-судинні ризики.

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2015 РОЦІ

Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Дюльдєва Т. А., Рябоконь А. І., Моргун Т. М.

НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,

[*]Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: вивчити стан професійної захворюваності (ПЗ) в Харківському регіоні.

Згідно зі статистичними даними клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, в 2015 році кількість потерпілих (П) внаслідок професійних захворювань (ПрЗ) становила 48 осіб. При цьому у потерпілих було діагностовано 100 ПрЗ, тобто у переважної більшості П встановлено діагноз більш одного ПрЗ. Як і в попередні роки, найбільшу кількість П в 2015 році зареєстровано в машинобудуванні (М). Відсоток працівників цієї галузі серед потерпілих є досить стабільним (становив 79,16 % у 2015 р.), в останні роки він перевищував 80, адже М є провідною галуззю промисловості Харківщини. На підприємства з виробицтва промбудматеріалів припадало 14,58 %, інші галузі – 6,25 %. Значне зменшення кількості потерпілих внаслідок ПЗ (з 86 у 2014 р. до 48 – у 2015 р.) потребує додаткових досліджень та аналізу усіх факторів, що чинять вплив на розвиток професійних захворювань.

В структурі ПЗ найбільша частка доводилась на пилову патологію – 41,00 % (41 випадок з 100 вперше встановлених діагнозів щодо ПрЗ), у тому числі хронічний бронхіт пилової та токсико-пилової етіології (29,00 %) і пневмоконіози (12,00 %). Наступні рангові місця в структурі ПЗ займали, відповідно, сенсоневральна приглухуватість – 33,00 %, захворювання опорно-рухового апарата – 12,00 %, захворювання верхніх дихальних шляхів – 8,00 %, вібраційна хвороба – 2,00 %. Існуючий розподіл ПЗ щодо нозологічних форм професійної патології, в першу чергу, обумовлений недосконалістю застосовуваних технологій на підприємствах М та регіональними особливостями промислового розвитку Харківщини.

Гендерні особливостей ПЗ: серед потерпілих переважали особи чоловічої статі (56,25 %), а відсоток жінок складав 43,75.

Рангові місця окремих промислових підприємств щодо кількості потерпілих внаслідок професійних захворювань були такими: Публічне акціонерне товариство (ПАТ) «Харківський тракторний завод» – 1, ПАТ «Харківський плитковий завод» – 2, Державне підприємство (ДП) «Електроважмаш» – 3, ПАТ «Турбоатом – 4, ДП «Завод ім. Малишева» – 5.

Таким чином, у 2015 році рангові місця окремих професійних захворювань в структурі ПЗ залишалися досить стабільними, хоча кількість постраждалих на підприємствах регіону значно скоротилася.

ЕВОЛЮЦІЯ ПОГЛЯДІВ НА ЛІКУВАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Милославський Д. К.

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

Проблемам харчування (Х) велику увагу приділяли Гіппократ, Авіцена, Аристофан, Г. Гарвей, М.І. Лунін, К. Функ, В.В. Пашутін, О.М. Уголєв, О.О. Покровський та інш. Вони вивчали провідні харчові чинники-білки, жири, вуглеводи, вітаміни, амінокислоти, макро- і мікроелементи, приділяли увагу Х здорової та хворої людини. На початку XXI сторіччя масштабів епідемій досягли такі «хвороби цивілізації» як гіпертонічна хвороба (ГХ), аліментарне ожиріння (АО), цукровий діабет (ЦД) 2 типу. У XX столітті найбільш популярною була система дієт за М.І. Певзнером, яка будувалася на забороні продуктів і не мала доказової бази. У XXI столітті на зміну їй прийшла адаптована здорова дієта, стали широко поширеними низькокалорійні, вегетаріанські, елімінаційні дієти. За сучасними уявленнями раціон харчування здорової і особливо хворої людини повинен базуватися на типах його статури (гіпо- ,нормо - і гіпертрофія). В майбутньому оптимальною буде персоніфікована дієта, заснована на дослідженнях нутриогеномики і нутриогенетики.

Доказова база щодо Х сформувалась у відомих проспективних дослідженнях, таких як Фремингамське (Franiingeim Study), Стенфордське дослідження коронарного ризику (SCRIP), INTERSALT, TOMHS, TAJM, HAPPHУ, Scottish Heart Health Study, TOPH-I, TOPH-II, Health Professionals Follow-up Study, Hypertension Control Program, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension),Північно-Карельський проект у Фінляндії, Стенфордський проект п'яти міст у 70-90 роках XX ст. В останнє десятиліття (2000-2010) проведено ряд досліджень з первинної профілактики, щодо ролі здорового харчування і окремих нутрієнтів при ГХ (OMNI HEART, Mediterranean Diet, MUFA diet, ATTICA registry, EPIC, SUN, PREDIMED study).

З метою покращання ситуації щодо порушень Х затверджений Наказ МОЗ України № 931 від 29 .10. 2013 року «Про удосконалення організації лікувального харчування та роботи дієтологічної служби в Україні» , Наказ МОЗ України № 16 від 14.01.2013 року «Про затвердження методичних рекомендацій для лікарів загальної практики – сімейної медицини з приводу консультування пацієнтів щодо основних принципів здорового харчування». Для американських громадян основні ідеї правильного харчування, викладені в документі Dietary guidelines for Americans Серед найважливіших документів з дієтетики Codex Alimentarius, збірник міжнародних стандартів щодо харчових продуктів ВООЗ і FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations), протоколи Міжнародного Комітету Дієтичних Асоціацій (ICDA), рекомендації Асоціації дієтологів України (UDA).

ХИБНІ ЗВИЧКИ У ХАРЧУВАННІ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ДУЖЕ ВИСОКОГО РИЗИКУ ТА ЗАХОДИ З ЇХ МОДИФІКАЦІЇ

Милославський Д. К., Снігурська І. О., Божко В. В., Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю., Дунаєвська М. М., Щенявська О. М.

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

Мета: оцінка хибних звичок і особливостей харчування (Х) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) дуже високого ризику та ефективності заходів з їх модифікації.

Матеріали і методи: проведено анкетування 42 хворих на ГХ ІІ ст., 2-3 ступеня, середній вік (46,6 ± 0,84) років, середня тривалість захворювання (5,7 ± 0,6) років. Проводили антропометричні вимірювання, визначали рівні артеріального тиску (АТ), глюкози крові натще, оцінювали параметри розгорнутого ліпідного спектра. Пацієнтам рекомендували гіпокалорійну дієту, обмеження харчового натрію (Na), підвищення фізичної активності. Для корекції Х у всіх хворих використовували адаптовані дієти DASH, Mediterranean Diet, з помірним зниженням вмісту жирів , їх насичених фракцій (9-10 %) і харчового Na+, обмеженням вживання цукру, підсолоджених напоїв і червоного м'яса. Раціон харчування хворих базувався на їх трофологічному статусі. Ефективність заходів щодо модифікації Х на тлі терапії антигіпертензивними препаратами 1-го ряду оцінювали через 6 місяців за досягненням хворими цільових рівнів АТ, ліпідів, зниженням маси тіла (МТ).

Результати: провідними факторами ризику (ФР) ГХ, що модифікуються та хибними звичками у Х були низька фізична активність (46,5 %), надлишкова МТ і ожиріння (39,7 % і 21,2 %), переїдання (31,6 %), зловживання Na+ (23,9 %), нерегулярний прийом їжі (19,6 %), прийом їжі у вечірні години доби (45,1 %), недостане вживання овочів та фруктів (26,3 % та 32,7 %), відповідно. Через 6 місяців цільових рівнів АТ досягли 89,7 % хворих, ліпідний профіль покращився у 67,3 % пацієнтів, МТ знизилася на 7,5 % у жінок і 6,2% у чоловіків, що було вище, ніж в осіб, які були прихильними тільки до терапії (77,5 %, 54,3 %, 4,8 % і 4,1 %, відповідно), ($p < 0,05$). продовжити модифікацію ОХ висловило 98,5 % хворих.

Висновки: результати анкетування свідчать про значну зустрічальність хибних звичок у Х серед обстежених хворих. Заходи з модифікації Х в комбінації з терапією у більшого відсотка хворих призводять до досягнення цільових рівнів АТ, нормалізації ліпідів крові, зниженню МТ, ніж у осіб, які були прихильними тільки до терапії та служать ефективними засобами первинної профілактики у даної категорії пацієнтів.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Минухина Д. В., Габисония Т. Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечения кардиометаболических нарушений с учетом патогенетической роли адипоцитокинов (висфатина и адипонектина) в развитии атеросклероза у больных со стабильной стенокардией и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных со стабильной стенокардией, которые были распределены на 2 группы: 1-я – пациенты, имевшие в качестве сопутствующего заболевания ожирение (n = 35) и 2-я – без ожирения (n = 25). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты исследований. Было показано, что у больных 1-й группы уровень висфатина достигал (29,6 ± 2,0) нг/мл, что было достоверно выше в сравнении с этим показателем у пациентов 2-й группы – (27,6 ± 1,7) нг/мл и у практически здоровых лиц – (19,3 ± 1,3) нг/мл ($p < 0,05$).

Содержание адипонектина в 1-й группе составляло (5,17 ± 0,22) нг/мл, что было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов 2-й ((6,02 ± 0,21) нг/мл) и контрольной ((12,45 ± 0,15) нг/мл) групп. Это может свидетельствовать о том, что гипоадипонектинемия и гипервисфатинемия ассоциируются с развитием ожирения у больных, страдающих стабильной стенокардией.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, можно предположить, что подобная дисфункция адипокинового обмена на фоне увеличения массы тела способствует развитию и прогрессированию атеросклероза у больных стабильной стенокардией путем истощения антиатерогенных возможностей адипонектина и активации висфатином метаболических нарушений.

Полученные данные позволяют рекомендовать определение содержания висфатина и адипонектина в крови больных со стабильной стенокардией и ожирением в качестве предиктора развития и прогрессирования стабильной стенокардии.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РІВНІВ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

Мисниченко О. В., Снігурська І. А., Пенькова М. Ю., Висоцька О. В., Божко В. В., Печерська Г. І., Щенявська О. М.

ДУ "Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України", м. Харків

Мета. Дослідження особливостей змін рівнів васкулоендотеліального фактору росту (ВЕФР) в крові хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в залежності від наявності або відсутності абдомінального ожиріння (АО).

Матеріали та методи. Обстежено 91 хворий на ГХ 2-3 ступеня у віці від 36 до 69 років (21 хворий без АО і 70 хворих з АО I-II ступеня) та 12 практично здорових осіб контрольної групи. Серед обстежених хворих у 77 осіб (85 %) виявлена дисліпопротеінемія (ДЛП), у 26 (29 %) – початкові порушення вуглеводного обміну (ПВО) у вигляді гіперглікемії натще (ГГН) та/або порушення толерантності до глюкози (ПТГ), у 23 осіб (25 %) – стабільна ішемічна хвороба серця (ІХС) (стабільна стенокардія напруги I-II функціональних класів) та у 37 (53 %) – серцева недостатність (СН) I стадії зі збереженою фракцією викиду. Рівні в крові ВЕФР визначали методом імуноферментного аналізу.

Результати. Встановлено, що рівні ВЕФР в крові у хворих на ГХ, як без АО (150,24(135,62;173,99) пг/мл), так і з АО (162,31(102,67;226,41) пг/мл) були достовірно вищі ($p < 0,01$ та $p < 0,001$) за такі в контрольній групі (89,07(61,43;135,57) пг/мл). При цьому достовірної різниці в рівнях ВЕФР в крові між хворими на ГХ без АО і з АО та гендерної різниці не виявлено. Також не знайдено достовірних відмінностей в рівнях ВЕФР в крові у хворих на ГХ без АО і з АО в залежності від ступеня важкості ГХ та ступеня АО. Тільки в групі хворих на ГХ без АО встановлено достовірне підвищення рівнів в крові ВЕФР у осіб з поєднанням гіперхолестеринемії та комбінованої ДЛП (158,36(142,53;184,68) пг/мл, $p < 0,05$) в порівнянні з особами без ДЛП (71,51(53,10) пг/мл) та у осіб з початковими ПВО (ГГН та/або ПТГ) (203,21(154,71;2207,48) пг/мл, $p < 0,05$) в порівнянні з особами без ПВО (142,53(101,14;162,62) пг/мл).У той же час виявлено, що і в групі хворих на ГХ без АО, і з АО у осіб з наявністю стабільної ІХС рівні в крові ВЕФР (203,21(155.11;207,42) пг/мл та 232,53(138,31;284,84) пг/мл) були достовірно вищі ($p < 0,05$), ніж у осіб без ІХС (43,54(101,55;162,62) пг/мл та 156,27(101,75;204,24) пг/мл).

Висновки. Виявлено достовірне підвищення рівнів в крові потужного проангіогенного і прозапального фактору ВЕФР у хворих на ГХ незалежно від наявності АО. Також незалежно від наявності АО у хворих на ГХ в поєднанні зі стабільною ІХС реєструвались більш високі рівні ВЕФР, ніж у хворих без ІХС. Асоціація підвищення рівнів в крові ВЕФР з ДЛП і ПВО виявлялась тільки в групі хворих на ГХ без АО.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Мікулець Л. В., Ілащук Т. О.

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

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією із основних причин смертності при ревматоїдному артриті (РА). В літературних джерелах наводяться суперечливі дані про використання статинів у хворих на РА, що свідчить про недостатню увагу до проблеми профілактики ССЗ у цієї категорії пацієнтів.

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на ревматоїдний артрит шляхом включення до базисної терапії розувастатину.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження включено 43 хворих на РА. Обстеження пацієнтів проводили згідно протоколу (індекс DAS28, візуальна аналогова шкала (ВАШ), час ранкової скутості). Дослідження ліпідного обміну включало: визначення рівня загального холестерину (ЗХС), ХС ліпопротеїдів високої (ХСЛПВЩ) і низької щільності (ХСЛПНЩ), індекс атерогенності (ІА), тригліцеридів (ТГ). Оцінку сумарного кардіоваскулярного ризику проводили за допомогою таблиці SCORE. Обстежених пацієнтів розподілено на групи: основна (n = 20) (базисна терапія і розувастатин, 10 мг 1 раз на добу) і порівняння (n = 23) (базисна терапія, що включала метотрексат, нестероїдні протизапальні препарати, глюкокортикоїди в середніх терапевтичних дозах).

Результати. Внаслідок проведеного лікування встановлено, що у хворих як основної, так і групи порівняння, спостерігалась позитивна динаміка клінічних показників активності запального процесу (DAS28, ВАШ, час ранкової скутості). В основній групі спостерігалось достовірне їх зниження ($p < 0,05$), в той же час як у групі порівняння була тенденція до зниження. Відзначали також зниження показників: СРБ ($\Delta_1$37 % основної групи і $\Delta_2$21 % групи порівняння), ШОЕ ($\Delta_1$39 % і $\Delta_2$26 % відповідно). Відмічали також зміни і в ліпідному профілі. Достовірно знижувались в основній групі показники ЗХС ($\Delta_1$31 % проти $\Delta_2$15 %), ХСЛПНЩ ($\Delta_1$19 % проти $\Delta_2$8 %) і ІА ($\Delta_1$29 % і $\Delta_2$16 %, відповідно) .

Висновки. Включення в комплексну терапію у хворих на РА статинів сприяє значному зниженню рівнів ЗХС, ХС ЛПНЩ, а також позитивно впливає на активність процесу, знижуючи рівень білків гострої фази. Додатковими показами для призначення статинів є висока активність процесу і пізній початок захворювання. Використання статинів при РА, враховуючи їх гіполіпідемічні та протизапальні ефекти, може бути ефективним засобом для успішної профілактики серцево-судинних ускладнень.

ОКРЕМІ ПІДХОДИ ДО ДОЗУВАННЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ОСІБ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Мойса В. К., *Амеліна Т. М.

КУ «Обласний лікарсько-фізкультурний диспансер», м. Чернівці, Україна,
**ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Незважаючи на численні дослідження, що стосуються різних аспектів проблеми пролапсу мітрального клапану (ПМК) у молодому віці, який нерідко може бути предиктором прогностично небезпечних серцево-судинних захворювань, питання диференціального підходу до ведення цієї групи пацієнтів залишаються недостатньо вивченими та потребують надалі глибокого дослідження й осмислення з позицій нових досягнень сучасної медичної науки та практики (Кузнецова М. А., 2015).

Нами проведено аналіз поширеності ПМК серед спортсменів, що займаються різними видами спорту. Встановлено, що у 2012 р. з 7210 обстежених спортсменів, ПМК зустрічався у 1,7 % випадків, у 2013 р. – 7653 спортсмени, ПМК виявлено у 2,4 %; 2014 р. – 7712 обстежених, серед яких ПМК 2,1 % та у 2015 р. – 6115 спортсменів, осіб з ПМК лише 1,0 %. Доведено, що ПМК частіше зустрічається у спортсменів із переважанням динамічного виду навантаження з розвитком витривалості, зокрема, легка атлетика (8,4 %), панкратіон (6,1 %), футбол (5,3 %).

Доведено, що головним патофізіологічним механізмом розвитку ПМК є тривала проліферативна відповідь клітин на повторне ушкодження, що виникає в мітральному клапані (МК) з мінімальними вродженими анатомічними варіаціями. Проліферація клітин фіброцитарного ряду супроводжується підвищенням продукції колагену і мукополісахаридів. Оскільки, виконання постійної фізичної роботи супроводжується значним гемодинамічним навантаженням на серцевий м’яз, наявність ПМК створює додаткові умови для прогресування ремоделювання МК. При цьому, ймовірно, зазначені зрушення корелюють не лише з віком, а й з видом навантаження, інтенсивністю та тривалістю занять та ін. Це обумовлює чіткий підхід до рекомендацій щодо занять спортом осіб з ПМК. Від занять спортом відсторонюють дітей із ПМК різного ступеня, що супроводжується мітральною регургітацією, шлуночковими аритміями, збільшенням інтервалу QT, порушеннями процесів реполяризації, виникненням синкопальних станів.

Відсутня єдина схема ведення осіб із ПМК як педіатрами, так і лікарями спортивної медицини призводить, з одного боку, до недооцінки можливих непередбачуваних за різноманітністю своїх проявів і прогнозом ускладнень, а з іншого – до гіпердіагностики з невиправданим обмеженням активного способу життя дітей і підлітків.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ОБМІНУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ

Мойсеєнко В. О., Никула Т. Д., Пасько І. В.

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

Переваги рослинних засобів терапії перед їх синтетичними аналогами впродовж багатьох років недооцінені. Лікарські рослини менш токсичні, ніж синтетичні речовини, містять в собі цілий набір активних компонентів, які комплексно впливають на ряд патогенетичних процесів та здатні коригувати порушені функції організму.

Мета роботи – вивчити клінічну ефективність рослинного препарату Солідагорен® за даними клінічних, лабораторних і інструментальних досліджень, розробити методику профілактики нефролітіазу.

Ефективність рослинного препарату Солідагорен® обумовлена його компонентами (золотушник звичайний – Solidago virgaurea L., перстач гусячий – Potentilla anserina L., хвощ польовий – Equisetum arvense L. У пропорції 4,2 : 1,4 : 1), які забезпечують основні клінічні ефекти: спазмолітичний, протизапальний, антибактеріальний, м'який діуретичний, нефропротекторний, уролітичний, імуномодулюючий, знеболюючий. У відкритому рандомізованому дослідженні взяли участь 38 хворих з безсимптомною гіперурикемією на тлі ішемічної хвороби ($СН_0$), хронічної хвороби нирок (ШКФ > 90 мл/хв/1,73м^2 ($ХНН_0$). 28 осіб ввійшли до основної групи і 10 − до групи порівняння. Вплив препарату Солідагорен® вивчали в два етапи: стаціонарний (10-14 днів) та амбулаторний (6 тижнів). Хворі основної групи отримували стандартну терапію + препарат Солідагорен®, контрольної групи – стандартну терапію без препарату Солідагорен®); на амбулаторному етапі також порівнювали дві групи: хворі отримували солідагорен в якості монотерапії, хворі групи контролю – не отримували медикаментозної терапії. На обох етапах лікування основні та контрольні групи були співставимі за діагнозом, віком і статтю. Всі хворі приймали на тлі стандартної терапії Солідагорен® в середину по 30 крапель (1,4 мл), розчинених у 100 мл води 3 рази на добу за 30 хв. до їди. Прийом рідини впродовж доби складав не менше 1,5-2 л. Після курсу достовірно знизилися показники екскреції за рахунок оксалатів − з (253,2 ± 10,21) мкмоль/добу до (97,2 ± 6,52) мкмоль/добу), уратів − з (4,63 ± 0,82) ммоль/добу до (2,84 ± 1,02) ммоль/добу, сечової кислоти – з (362,15 ± 10,14) ммоль/л до (310,12 ± 10,24) ммоль/л. Вираженість дизурії була зменшена у 75,5 % пацієнтів (у 64,2 % досягнутий виражений позитивний ефект і у 11,3 % – помірний ефект).

Таким чином, фітокомпозиції у складі лікарського препарату обумовлюють антимікробний, протизапальний, спазмолітичний ефекти та сприяють нормалізації пуринового обміну та метаболічних процесів.

ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ПО ШКАЛЕ SCORE

Молотягин Д. Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Атеросклероз является ведущим фактором развития ишемической болезни сердца. Многочисленные исследования доказали существование связи между развитием атеросклероза и наличием нарушений липидного спектра. Одним из важнейших направлений профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является современная медикаментозная терапия статинами. Эффективность липидснижающей терапии при использовании статинов доказана и неоспорима для пациентов высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска.

Цель исследования – рассмотреть оправданность применения статинов в профилактике и лечении больных старше 65 лет с умеренным риском сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE на основании обзора специализированной литературы.

Данные многочисленных исследований показали значительное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений, в частности, у пациентов с инсулинорезистентностью на фоне применения статинов. Однако длительный приём статинов ведёт к повышению риска развития сахарного диабета, причём наибольшему риску подвержены пациенты старше 65 лет. Это было подтверждено результатами нескольких мета-анализов рандомизированных плацебо-контролируемых исследований по оценке эффективности статинов, включавших более 140 тысяч пациентов.

Данный эффект был отмечен при применении различных статинов (правастатин, симвастатин, аторвастатин, розувастатин), в независимости от дозы, компартментализации, периода полувыведения и путей элиминации препарата. Следовательно, можно говорить о класс-эффекте статинов.

Также ретроспективный анализ 50 рандомизированных клинических исследований (5924 пациента старше 65 лет) показал наличие побочных эффектов на фоне приёма статинов чаще у больных старшего возраста, нежели у более молодых пациентов, в частности повышение уровня трансаминаз, поражение печени вплоть до развития острой печеночной недостаточности, а также острое воспаление почек при назначении высоких доз симвастатина, аторвастатина и розувастатина (Colin R Dormuth et al.).

Таким образом, назначение статинов лицам старше 65 лет, не имеющим дислипидемии, или выраженной дислипидемии, с умеренным сердечно-сосудистым риском, рассчитанным по шкале SCORE, должно быть взвешенным, с учетом возможного риска развития сахарного диабета, а также тяжелых осложнений в виде поражения печени и почек.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКСОМАТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА

Молотягин Д. Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Опухолевое поражение сердца – малоизученная область клинической медицины, что объясняется относительной редкостью данной патологии, чрезвычайно полиморфной ее клинической картиной и сложностью прижизненной диагностики.

До сих пор не разработана единая классификация опухолей сердца, которая удовлетворяла бы и клиницистов, и патологоанатомов. Это обусловлено сложностью морфологических вариантов неоплазм, неясностью гистогенеза, а также неоднозначностью клинического течения и прогноза.

Наиболее часто (30,5 % случаев) встречается миксоматозное поражение сердца. Клинические данные, наличие рецидивов, указание на злокачественное перерождение миксом, случаи имплантации и мультицентрического роста, наблюдение семейных случаев и миксом у близнецов — всё это даёт весомые доказательства опухолевой природы миксом сердца. Однако тканевой источник этого новообразования и особенности его морфогенеза до сих пор остаются нерешенными. С появлением в арсенале исследователей маркеров, специфических относительно эндотелиальных клеток, появляется все больше приверженцев эндотелиальной теории происхождения миксом сердца.

Миксоматозное поражение сердца является тяжелой патологией, отличающейся многообразием клинических проявлений и отсутствием патогномоничных признаков. В то же время, установление правильного диагноза затрудняется отсутствием у многих пациентов проявлений заболевания, признаков общей реакции организма на опухолевый процесс. Поэтому прижизненная диагностика заболевания чрезвычайно сложна, но в настоящее время возможна благодаря клинической настороженности в интерпретации данных анамнеза заболевания, своевременному проведению специальных исследований, в первую очередь эхокардиографии, которая позволяет визуализировать новообразование и правильно определить тактику лечения больных.

Таким образом, туморозное поражение сердца является актуальным разделом кардиальной патологии и представляет интерес для врачей различных специальностей, учитывая редкую встречаемость данной патологии в клинической практике, малую настороженность, отсутствие четких алгоритмов ведения таких пациентов и торпидность к медикаментозной терапии.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ТИТЦЕ

Молотягина С. П., *Гуйда П. П.

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

**Харьковский национальный медицинский университет*

Синдром Титце (дистрофия реберного хряща, псевдоопухоль реберного хряща) – доброкачественное заболевание, характеризующееся утолщением и болезненностью передних концов II, III или IV ребра.

В основе заболевания лежат подобные артрозу дегенеративные изменения хряща: фиброзно-кистозная перестройка, некоторая гипертрофия и костная метаплазия хряща, иногда кальцификация и утолщение его.

Этиология и патогенез заболевания неизвестны. Определенное значение придается микротравмам и физической перегрузке (чаще болеют лица, занимающиеся физическим трудом, и спортсмены).

Клиническая картина характеризуется появлением остро или постепенно нарастающей боли в верхней части грудной клетки, обычно с одной стороны. Боль может быть различной интенсивности, усиливаться при резких поворотах туловища, отведении руки и иррадиировать в руку или шею. При осмотре в области пораженного реберного хряща определяются выраженная болезненность и плотная веретенообразная припухлость размером 3-4 см, что является важным дифференциально-диагностическим признаком (ни при одном заболевании, сопровождающемся поражением костно-хондральных сочленений, не обнаруживается подобная плотная припухлость реберного хряща).

Лабораторные показатели не изменены. При рентгенологическом исследовании, производимом в динамике, удается обнаружить нарушение обызвествления пораженного хряща, появление известковых и костных глыбок по краям хряща, утолщение его. В поздних стадиях костные и хрящевые отрезки ребра сливаются воедино, развивается деформирующий остеоартроз в реберно-грудинном суставе, иногда со значительными костными разрастаниями.

Диагностика синдрома Титце базируется на клинических проявлениях и характерной локализации процесса. При необходимости производится рентгенологическое исследование.

Течение синдрома Титце благоприятное. Заболевание длится от нескольких недель до нескольких лет, чаще процесс заканчивается спонтанной ремиссией, однако возможны рецидивы, наступающие иногда через несколько лет.

В лечении заболевания используются обезболивающие средства, тепловые процедуры, местная новокаиновая блокада межреберных нервов, перихондральные инъекции гидрокортизона.

СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКАЯ ГРУППА БОЛЕЗНЕЙ

Молотягина С. П., *Гуйда П. П.

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

**Харьковский национальный медицинский университет*

В настоящее время понятие «склеродермия» объединяет целый ряд отдельных нозологических форм и синдромов с характерным развитием локального или генерализованного фиброза, нередко с вовлечением в патологический процесс внутренних органов, составляющих склеродермическую группу болезней (СГБ). В эту группу наряду с системной (ССД) и очаговой (ОСД) склеродермией входят диффузный эозинофильный фасциит (ДЭФ), склередема Бушке (СБ), локализованный системный фиброз, различные виды индуцированной склеродермии и паранеопластический склеродермический синдром (ПНСС).

Основными представителями СГБ являются ССД и ОСД, наиболее часто встречающиеся в практике врача. По нашему мнению, ОСД нужно рассматривать как одну из форм ССД, имеющую общие патогенетические механизмы, но отличающуюся характером поражения кожи и внутренних органов и относительной «доброкачественностью» течения.

ДЭФ характеризуется, прежде всего, склеродермоподобным поражением кожи. В отличие от ССД наблюдается уплотнение не столько собственно кожи, сколько подлежащих тканей (больше фасций) с преимущественной локализацией индуративных изменений в области предплечий и голеней. Признаком, отличающим ДЭФ от ССД, считается непораженность дистальных отделов конечностей.

Основным клиническим признаком СБ является выраженное отечно-индуративное поражение кожи и подкожной клетчатки. СБ дебютирует быстро прогрессирующим уплотнением кожи шеи и лица. Характерным признаком считается непораженность кожи кистей и стоп.

Сравнительно мало известен врачам локальный или генерализованный системный склероз, занимающий как бы промежуточное положение между ССД и ОСД.

В последние годы участились случаи развития индуцированной склеродермии или склеродермоподобных состояний, связанных с воздействием различных промышленных, медикаментозных и других факторов.

Столь же часто встречаются различные варианты ПНСС. Вместе с тем следует иметь в виду возможность развития типичной ССД у больных со злокачественными новообразованиями (в наших наблюдениях у 2 больных ССД развилась на фоне рака молочной железы, у одной больной – рака желудка и еще у одной – рака яичника).

Такое разнообразие форм СГБ необходимо учитывать при проведении диагностики и выборе лечебной тактики.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ

Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Буренко А. М., Зав'ялова І. Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: оцінити динаміку передракових змін слизової оболонки (СО) шлунка (Ш) у хворих на хронічний гастрит.

Матеріал та методи. Для вивчення поширеності та структури передракових змін СО Ш серед стаціонарних пацієнтів проводився ретроспективний аналіз бази даних патологоанатомічного відділення ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з 2010 по 2015 рр. Вибірку склали 586 пацієнтів з хронічним гастритом (415 (70,8 %) – жінки, 171 (29,2 %) – чоловіки), середній вік – (49,3 ± 1,16) років. Аналізу підлягали динаміка передракових станів та морфологічних змін СО Ш. Статистичну обробку здійснювали за допомогою стандартного пакету програм Excel Microsoft Office 2003.

Результати та обговорення. Незважаючи на багаточисленні дослідження щодо попередження розвитку атрофічних змін в СО Ш, атрофія залоз у обстежених в клініці інституту пацієнтів протягом 6 років була діагностована майже в однаковою частотою: у 2010 р. – 94,1 %, 2011 р. – 96,0 %, 2012 р. – 92,5 %, 2013 р. – 90,6 %, 2014 р. – 92,6 %, 2015 р. – 83,9 % випадків. Поліпоз шлунка мав місце лише в 48 (8,2 %) випадків. Частота виявлення такого достатньо тяжкого захворювання з точки зору прогнозу розвитку раку шлунка, як атрофічний гіперпластичний гастрит, також залишалася без змін: у 2010 р. – 27,7 %, 2015 р. – 27,1 %. Поряд з цим в 1,5 рази рідше у пацієнтів з хронічним атрофічним гастритом діагностували кишечну метаплазію СО Ш (43 з 95 (45,3 %) у 2010 р., 29 з 99 (29,3 %) – у 2015 р.). Крім того, за 6 років спостерігається перерозподіл пацієнтів з різними типами кишкової метаплазії. Так, якщо у 2010 році хворих з товстокишковою метаплазією, яка є прогностично небезпечним маркером розвитку раку шлунка, було 26 з 43 (60,4 %), то в 2015 р. частота її виявлення зменшилася вдвічі – 9 з 29 (31,0 %), $\chi^2 = 4{,}88$, $p = 0{,}027$). В 1,5 рази збільшилася кількість випадків діагностування тонкокишечної метаплазії: у 2010 р. – 15 (34,9 %), 2015 р. – 15 (51,7 %); в 3,6 рази – поєднання двох типів метаплазії: у 2010 р. – 2 (4,7 %), 2015 р. – 5 (17,2 %). Одночасно за 6 років в 3,7 рази зменшилася кількість випадків спостереження дисплазії різного ступеня вираженості (2010 р. – 7 (7,4 %), 2015 р. – 2 (2,0 %)).

Висновки. За останні 6 років спостерігається тенденція до зменшення кількості випадків діагностування прогностично тяжких морфологічних змін СО Ш, що, можливо, пов'язано з впровадженням в інституті нових сучасних методів діагностики (ендоскопія з NBI) та адекватного лікування пацієнтів вже на етапі виявлення лише атрофії слизової оболонки шлунка.

СТАН СИСТЕМИ ОКИСЛЮВАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Васильєва І. О., Ярош В. М.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: визначити особливості стану системи окислювального гомеостазу залежно від передракових змін слизової оболонки (СО) шлунка.

Матеріал та методи. Обстежено 101 хворий на хронічний атрофічний гастрит, з яких у 53 пацієнтів морфологічно була виявлена атрофія СО Ш (I група), у 35 – атрофія СО Ш+кишкова метаплазія (II група), у 13 – атрофія СО Ш+кишкова метаплазія+дисплазія (III група). Серед обстежених жінок було втричі більше, ніж чоловіків: 77 (76,2 %) та 24 пацієнтів (23,8 %), відповідно. Середній вік пацієнтів склав (49,3 ± 1,16) років. Групу порівняння склали 21 пацієнт без атрофічних змін СО Ш. Стан системи перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) оцінювали за концентрацією малонового діальдегіду (МДА) у плазмі крові та кінцевих продуктів ПОЛ – шифових основ (ШО); системи антиоксидантного захисту (АОЗ) – за активністю супероксиддисмутази (СОД), каталази (КА) та вмістом в плазмі крові циркулюючого церулоплазміну (ЦП).

Результати. Встановлені глибокі зміни показників системи ПОЛ-АОЗ, що проявилися досить високою інтенсифікацією процесів перекисного окислення та активацією ферментів антиоксидантного захисту. Так, у 41,9 % пацієнтів II групи МДА був підвищений в 1,8 рази до (3,69 ± 0,41) нмоль/мл та у хворих з дисплазією СО Ш в 57,2 % випадків в 2,2 рази до (4,35 ± 0,33) нмоль/мл ($p \leq 0{,}001$). Слід зазначити, що хворих з підвищеним рівнем МДА було у 8,8 рази ($\chi^2 = 70{,}38$, p = 4,9E-17) та 7,7 рази ($\chi^2 = 88{,}82$, p = 4,33E-21) більш, у порівнянні з пацієнтами з пониженим рівнем зазначених сполук. Характерним для пацієнтів I, II та III груп також було збільшення концентрації ШО – в 71,3 %, 89,7 % та 92,3 % випадків, відповідно. Вищою, ніж у хворих групи порівняння, була і активність ЦП у пацієнтів з кишковою метаплазією та дисплазією (61,5 % та 66,7 % проти 49,6 %). Крім того, відзначалося підвищенння рівня СОД до (53,20 ± 6,75) ум. од. на 24,0 % у 40,0 % пацієнтів II групи ($p \leq 0{,}001$) та у 50,0 % хворих III групи на 27,4 % ($p \leq 0{,}001$). Разом з тим зниження активності КА приблизно на 11 % до (895,52 ± 17,97) мкМ/хв.×мгНв спостерігалося у 46,8 % хворих I групи, 58,1 % пацієнтів з кишковою метаплазією та у 38,5 % – з дисплазією.

Висновки. По мірі поглиблення перебудовних змін СО Ш прогресивно зростають зміни окислювального гомеостазу з надлишковим накопиченням токсичних альдегідних продуктів і кінцевих продуктів ПОЛ на тлі неоднозначних змін активності ферментативної ланки АОЗ: зростання активності СОД, ЦП та зниження КА.

МОЖЛИВОСТІ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ

Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Кудрявцева В. Є.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: визначити рівень сироваткових концентрацій гастрину 17 (G-17) і пепсиногену 1 (PG-1) та оцінити ці дані залежно від наявності і ступеня вираженості атрофії слизової оболонки (СО) шлунка (Ш), встановленої морфологічним методом, у пацієнтів з хронічним гастритом (ХГ).

Матеріал та методи. Обстежено 142 хворих з ХГ, асоційованим з H.pylori (діагноз верифікували за допомогою фіброгастродуоденоскопії з біопсією та уреазним тестом). Серологічне дослідження G-17 та PG-1 проводили імуноферментним аналізом за допомогою комерційного набору Biohit GastroPanel.

Результати та обговорення. Залежно від наявності та вираженості атрофічних змін у СО антрального відділу Ш хворі розподілилися таким чином: неатрофічний гастрит – 18,6 %; слабка атрофія – 23,8 %; помірна атрофія – 28,2 %, виражена атрофія – 29,4 %. У тілі шлунка: неатрофічний гастрит – 16,8 %, слабка атрофія – 27,6 %; помірна атрофія – 31,8 %, виражена атрофія – 23,8 %. При прогресуванні атрофічних змін у СО Ш спостерігали зниження функціональної активності гастринпродукуючих та головних клітин шлунка. Встановлено, що у 58,8 % пацієнтів зі слабкою атрофією в антрумі та у 35,0 % – з помірною атрофією збережена функція G-клітин Ш (G-17 – (15,17 ± 1,29) пмоль/л). Декомпенсацію їх функції відзначено тільки у хворих з вираженою атрофією антруму (90,5 % випадків). Декомпенсацію функції головних клітин спостерігали як при помірній (у 77,8 % пацієнтів) так і при вираженій (у 91,2 % пацієнтів) атрофії у тілі шлунка. Розвиток помірної та вираженої атрофії тіла Ш супроводжувався різким зниженням PG-1 в середньому до (18,1 ± 1,41) мкг/л та (9,42 ± 0,95) мкг/л, відповідно, що було вірогідно нижче порівняно з аналогічним показником при гастриті з легким ступенем атрофії ($p < 0,01$). Той факт, що у хворого при гістологічному дослідженні встановлено слабку або помірну атрофію СО Ш, а при серологічному – декомпенсацію функції гастринпродукуючих та/або головних клітин, може свідчити про наявність у них більш глибоких структурних змін, ніж ті, що виявлені морфологічно.

Висновки. Серологічне визначення сироваткових концентрацій G-17 та PG-1 (без морфологічного дослідження) не дозволяє достовірно визначати наявність та вираженість атрофічних змін у СО Ш, особливо у випадках помірної та слабкої атрофії, але у комплексі з гістологічними методами підвищує якість діагностики атрофії та визначення осіб з підвищеним ризиком канцерогенезу.

МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ КИШКІВНИКА У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

Нагієва С. А., Свінціцький А. С., Долгая Н. Є., Корендович І. В.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей моторно-евакуаторної функції кишківника при різних клінічних варіантах синдрому подразненого кишківника (СПК) за допомогою динамічної сцинтіграфії.

Матеріали та методи. У дослідження увійшли пацієнти, яким було встановлено діагноз СПК згідно Римських критеріїв III (2006). Нами було обстежено 107 хворих; всі пацієнти були розподілені на 4 групи: першу групу склали пацієнти на СПК з закрепом – 36 осіб (33,6 %), другу групу – СПК з діареєю – 35 осіб (32,7 %), третю групу – СПК з неспецифічним варіантом 22 особи (20,7 %), четверту групу хворих – 12 осіб (13,0 %) склали пацієнти на СПК зі змішаним варіантом. Для проведення динамічної сцинтіграфії нами було випадковим чином відібрано 12 пацієнтів 1 групи, 10 пацієнтів 2 групи, 10 пацієнтів 3 групи та 10 пацієнтів 4 групи, після попередньої згоди пацієнта. Динамічна сцинтіграфія проводилась на сцинтиляційній гамма-камері ОФЕКТ-1, що оснащена електронно-розрахункова машина (ЕРМ). Середня активність радіофармпрепарату (РФП) ^{99m}Тс-пертехнетат (фірми “Polatom”), що був введений, бралася із розрахунку 1 МБк/кг маси тіла пацієнта.

Результати: Аналізуючи дані, ми отримали наступні результати: при СПК з закрепом ми зареєстрували уповільнення проходження РФП, про що свідчить відсоток радіоактивності в ділянці живота (> 60 %), та асиметрія правого і лівого відділу живота < 31% ($p < 0,05$). При СПК з діареєю нами було відмічено прискорення проходження РФП, про що свідчили відсоток радіоактивності в ділянці живота < 60 % та асиметрія правого та лівого відділів живота > 25 % ($p < 0,05$). Статистично значимих змін при неспецифічному та змішаному варіантах СПК не виявлено ($p > 0,05$).

Висновки: вивчення особливостей моторно-евакуаторної функції кишківника при різних клінічних варіантах СПК за допомогою динамічної сцинтіграфії показало, що при СПК з закрепом ($p < 0,05$) відмічається уповільнення проходження РФП, а при СПК з діареєю ($p < 0,05$), прискорення проходження РФП, на відміну від інших клінічних варіантів, де статистично значимих змін не виявлено ($p > 0,05$).

ВПЛИВ ЗНИЖЕНОЇ МАСИ ТІЛА НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Нагородний О. В., Хребтій Г. І., Панчишин В. В., Панчишин О. С.
ВДНЗ України"Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Оскільки зменшення індексу Кетле супроводжується зниженням систолічного і діастолічного артеріального тиску, рівня холестерину і ліпопротеїдів низької щільності і підвищенням рівня холестерину високої щільності, толерантності до глюкози, то особи з недостатньою масою тіла повинні мати сприятливіший профіль ризику серцево-судинних захворювань. Тим парадоксальніше у них зростання смертності, зумовленої хворобами системи кровообігу, порівняно з особами із середніми значеннями індексу Кетле.

Метою дослідження було вивчення особливостей периферичних судиннорухливих реакцій у хворих з артеріальною гіпертензією та недостатньою масою тіла.

На сьогоднішній день обстежено 80 хворих чоловіків на артеріальну гіпертензію (АГ) II ступеню, віком від 60 до 85 років, в середньому – (78 ± 5,9) років. Першу групу (47 чоловіків) складали хворі на АГ з дефіцитом маси тіла, другу групу (контроль) – 33 хворих з АГ та нормальною масою тіла.

При проведенні ультрасонографії (з виконанням проби Целермаєра-Соренсена) встановлено, що вихідний діаметр плечової артерії (ПА) (мм) в першій групі склав (4,4 ± 0,2) в другій (4,0 ± 0,2) ($p > 0,05$). Ендотелійзалежна вазодилатація (реактивна гіперемія) (%) в першій групі склала (4,2 ± 0,8) в другій – (8,8 ± 0,2) ($p < 0,001$). Величина ендотелійнезалежної вазодилатації (після сублінгвального прийому нітрогліцерину) (%) в першій групі склала (16,5 ± 2,1) в другій – (14,8 ± 1,5) ($p > 0,05$).

Отже, у хворих з артеріальною гіпертензією, за даними дослідження, виявлені порушення ендотелійзалежної вазодилатації і зниження чутливості периферичних артерій до напруження зсуву, незалежно від маси тіла, хоча більш виражені у хворих з недостатньою масою тіла. Імовірно, одним із механізмів зростання кардіоваскулярної смертності у хворих з дефіцитом маси є поглиблення ендотеліальної дисфункції.

МАРКЕР ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Наріжна А. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Поширеність хронічної серцевої недостатності (ХСН), незважаючи на успіхи лікування складає 1,5-2 % населення, смертність сягає 20 % серед пацієнтів з ХСН при ішемічній хворобі серця (ІХС) протягом року.

Мета: оцінити динаміку маркер фіброзу МСР-1 у хворих на ХСН різного функціонального класу при ІХС серця залежно від наявності або відсутності супутнього цукрового діабету 2 типу.

Обстежено 105 хворих на ХСН ІІ-ІІІ функціональний клас (ФК) внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні №27 (середній вік – (65,13 ± 8,66) років). До першої групи увійшло 60 хворих з ХСН при ІХС та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, до другої – 45 хворих з ХСН при ІХС без ЦД 2 типу.

Результати. У хворих на ХСН з супутнім ЦД 2 типу спостерігається вірогідне зростання МСР-1 та ІЛ-1β порівняно з хворими без ЦД 2типу. Представляє інтерес аналіз динаміки прозапальної цитокінової ланки та МСР-1 у хворих на ХСН різного функціонального стану з супутнім ЦД та без нього. У хворих на ХСН з ЦД 2 типу, а також у хворих за ХСН без ЦД 2 типу виявлено зростання концентрації МСР-1, ІЛ-1β пропорційно тяжкості серцевої декомпенсації. Так у хворих ІІІ ФК ХСН з ЦД 2 типу рівень МСР-1 був вище ніж ІІ ФК на 10,32 % ($p \leq 0,05$), ІЛ-1β на 30,6 % ($p \leq 0,05$). У групі порівняння, представленої пацієнтами на ХСН без ЦД, також знайдено підвищення рівня МСР-1 у хворих на ХСН ІІІ ФК порівняно з ІІ ФК на 13,3 % ($p \leq 0,05$), ІЛ-1β на 9,68 % ($p \leq 0,05$). Аналіз концентрації вищезазначених показників у сироватці крові було проведено у хворих на ЦД 2 типу та без нього за наявності однакового функціонального класу ХСН. Так у хворих на ХСН ІІ ФК з ЦД 2 типу при зіставленні з пацієнтами без ЦД спостерігається достовірне зростання рівня МСР-1 на 19% ($p \leq 0,05$). Що стосується хворих з ІІІ ФК, рівень досліджуваного маркера також вірогідно підвищувався за наявності супутнього ЦД 2 типу. Прозапальний ІЛ-1β достовірно не відрізнявся у вищезазначених групах.

Висновки. Наявність ЦД 2 типу виявляє негативний вплив на стан маркерів імунозапалення, що відображається зростанням рівнів маркеру фіброзу МСР-1 в наслідок надмірної активності прозапальної цитокінової ланки представленої ІЛ-1β, яке має сінергічний негативний вплив на перебіг ХСН при ІХС.

ПРОЗАПАЛЬНИЙ ЦИТОКІН ТА ФАКТОР ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Наріжна А. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Незважаючи на успіхи лікування розповсюдженість хронічної серцевої недостатності (ХСН) складає 1,5-2 % населення, смертність сягає 20 % серед пацієнтів з ХСН при ішемічній хворобі серця (ІХС) протягом року .Згідно результатів досліджень несприятливий прогноз у хворих на ХСН обумовлюється наявністю коморбідності.

Метою дослідження було оцінити динаміку моноцитарного хемоатрактантного протеїну та інтерлейкину-1β у хворих на ХСН різного функціонального класу при ішемічній хворобі серця залежно від наявності або відсутності супутнього цукрового діабету 2 типу.

Обстежено 105 хворих на ХСН II-III функціонального класу (ФК) внаслідок ІХС, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні №27 (середній вік – (65,13 ± 8,66) років). До першої групи увійшов 65 хворих на ХСН з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, до другої – 40 хворих з ХСН при ІХС без ЦД 2 типу. Із дослідження було виключено хворих на гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарду. З числа обстежених ХСН II ФК мали 70 хворих, III ФК – 35 хворих. Серед пацієнтів 1 групи ХСН II ФК діагностовано у 28 хворих, III ФК – 12 . У хворих 2 групи ХСН II ФК визначено у 42 хворих, III ФК – 23 хворих

Концентрацію прозапального цитокіну інтерлейкин-1β (ІЛ-1β) та фактору фіброзу моноцитарного хемоаттрактантного протеїну-1 (МСР-1) визначали імуноферментним методом.

Наявність ЦД 2 типу виявляє негативний вплив на стан маркерів імунозапалення, що відображається зростанням рівнів маркеру фіброзу МСР-1 в наслідок надмірної активності прозапальної цитокінової ланки представленої ІЛ-1β, яке має сінергічний негативний вплив на перебіг ХСН.

Висновки. У хворих на ХСН при ІХС з супутнім ЦД 2 типу виявляється висока активність ІЛ-1β та МСР-1 порівнянно з хворими без ЦД. У хворих на ХСН при ІХС з ЦД 2 типу та без нього спостерігається зростання профібротичного параметра МСР-1 та прозапального цитокіна ІЛ-1β паралельно до зростання ФК ХСН. Наявність ЦД 2 типу негативно позначається на роботі цитокінів і маркерів фіброзу, що підтверджується більш високим рівнем ІЛ-1β та МСР-1 порівнянно з пацієнтами без ЦД 2 типу за наявності однакового ФК ХСН.

ПОКАЗНИКИ ФІБРОЗУ Й ІМУНОЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Наріжна А. В., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічна серцева недостатність (ХСН) при ішемічній хворобі серця (ІХС) відноситься до числа найбільш поширених ускладнень серцево-судинних захворювань. Відомо, що при ХСН уражаються різні органи і ткані, що призводить до порушення їх функцій, часом настільки значної, що стає безпосередньою причиною смерті хворих.

Метою дослідження є дослідження показників фіброзу й імунозапалення у хворих з хронічною серцевою недостатністю при ішемічній хворобі серця та супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи. Використані загально клінічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи дослідження. Обстежено 105 хворих на ХСН при ІХС; 65 хворих на ізольовану ХСН та 35 з ХСН при ІХС в поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Результати дослідження. У хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу із швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) < 59 мл/хв./1,73 м^2 порівняно з пацієнтами з ШКФ > 60 мл/хв./1,73 м^2 спостерігається зниження протизапальної цитокінової ланки, представленої інтерлейкіном-10 (ІЛ-10) на 71,56 % ($p < 0,05$) і зростанням прозапальної ланки цитокінів, представленої ІЛ-1β на 19,23 % ($p < 0,05$). У хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу знайдено достовірне зростання концентрації моноцитарного хемоатрактантного протеїну-1 (МСР-1) за наявності ШКФ>60мл/хв/1,73м^2, ШКФ < 59 мл/хв./1,73 м^2 при зіставленні з пацієнтами без ЦД 2 типу.

Висновки. Прогресування ХСН у хворих з ІХС та ЦД 2 типу супроводжується надмірною прозапальною цитокіноагресією за рахунок ІЛ-1β за умов виснаження адаптаційних протизапальних механізмів, представлених ІЛ-10. Прогресування ниркової дисфункції у хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу асоціюється з пропорційним підвищенням фібротичного маркера МСР-1, що свідчить про його участь у тубулоінтерстиціальному ураженні нирок. Високі рівні ММР-9 у хворих з ХСН при ІХС та ЦД 2 типу за наявності ШКФ > 60 мл/хв./1,73 м^2 вказують на залучення адаптаційних компенсаторних механізмів на цьому етапі, спрямованих на нівелювання фібротичної агресії.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ 30 РОКІВ ПОТОМУ

Настіна О. М., Білий Д. О.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», м. Київ

Віддалені наслідки аварії на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) продовжують зумовлювати свій негативний вплив на стан здоров'я учасників ліквідації її наслідків (УЛНА). Встановлено неухильне зростання у них захворюваності і поширеності ішемічної хвороби серця (ІХС) та її ускладнень. Очевидна актуальність вивчення особливостей ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) серця в УЛНА з хронічною ІХС 30 років після аварії.

Мета. Визначити особливості ремоделювання ЛШ серця в УЛНА на ЧАЕС з хронічною ІХС у відділений після аварії період.

Об'єкт і методи. Обстежено 397 хворих на ІХС, із яких 274 УЛНА та 123 хворих, які не зазнали впливу іонізуючого випромінювання (контроль). Середній вік хворих склав (66,1 ± 9,5) та (68,9 ± 11,2) років, відповідно ($p > 0,05$). Стандартизоване обстеження хворих включало ехо-допплеркардіографічне дослідження (ЕхоКГ) з використанням Diagnostic Ultrasound System DS-N3 (Mindray).

Результати. Встановлено, що в 35,9 % УЛНА і 48,4 % хворих контролю маса міокарда ЛШ (ММЛШ) становила до 125 г. Серед них в УЛНА з нормальною геометрією ЛШ було 9,2 %, в контролі – 12,3 %, з концентричним ремоделюванням – 50 % і 42,4 % випадків відповідно. Гіпертрофію ЛШ серця (ГЛШ) встановлено у 64,1 % УЛНА і 51,6 % в контролі. В 1,5 раза випадки концентричної ГЛШ (КГЛШ) в УЛНА перевищували дані контролю ($p < 0,05$). У хворих з перенесеним інфарктом міокарда (ІМ) переважав ексцентричний тип ГЛШ (ЕГЛШ), який в УЛНА склав 46,6 %, в контролі – 37 %. В 2 рази частіше ЕГЛШ була в УЛНА, які перенесли ІМ, ніж без нього ($p < 0,01$), і в 3,2 рази, ніж в контролі ($p < 0,01$). ЕГЛШ без дилатації встановлено в 36,1 % УЛНА з перенесеним ІМ і 30,6 % – в контролі. В УЛНА без ІМ частота ЕГЛШ переважала відповідні дані контролю ($p < 0,05$). При СН ІІА-Б ст. переважала ЕГЛШ – 35,9 % проти 20 % при СН І ($p < 0,05$). Причому ЕГЛШ з дилатацією в УЛНА з СН ІІА-Б перевищувала дані при СН І у 4,1 рази ($p < 0,05$). В 46,1 % УЛНА з СН ІІА-Б зареєстровано КГЛШ, що в 1,8 рази було більше, ніж в контролі ($p < 0,05$). Середній вік УЛНА з ЕГЛШ та дилатацією порожнини ЛШ склав (69,2 ± 9,4) років, в контролі – (71,5 ± 7,0) років. На 5,5 років молодшими за них були УЛНА з ЕГЛШ без дилатації ($p < 0,05$), на 2 роки – хворі відповідного контролю ($p > 0,05$).

Висновок. Показники структурно-функціонального ремоделювання серця обґрунтовано можна розглядати як детермінанти тяжкості перебігу ІХС. Контроль їх в динаміці лікування корисний для відбору хворих з ризиком впливу небезпечних наслідків і оцінки ефективності лікування.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА

Несен А. А., Грунченко М. Н., Шкапо В. Л., Валентинова И. А., Бабенко О. В., Резникова О. И., Зоренко Н. В., Трибушкина И. Н.

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

Цель работы. Повысить эффективность выявления коморбидной патологии среди лиц высокого кардиоваскулярного риска (КВР) путем оценки распространённости хронических неинфекционных заболеваний с верификацией индекса коморбидности.

Материал и методы. Обследовано 377 мужчин и 523 женщины с коморбидной патологией, которые проходили стационарное лечение в клинике Института терапии, средний возраст (57,3 ± 0,2) года.

Результаты. Выявлены следующие наиболее распространенные коморбидные состояния: сочетание сердечной недостаточности (СН) (84,7 %) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе: диффузным кардиосклерозом (32,4 %), стабильной стенокардией (27,8 %), постинфарктным кардиосклерозом и нестабильной стенокардией (19,8 %), с гипертонической болезнью (ГБ) (98,4 %), цереброваскулярными заболеваниями (61,2 %) и патологией почек (67,1 %). Коморбидность заболеваний сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения наблюдалась с такими патологическими состояниями, как неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) (78,1 %), желчнокаменная болезнь (ЖКБ) (10,2 %), язвенная болезнь (ЯБ) (7,5 %), случай колоректального рака диагностирован у 0,3 % больных. Среди обследованных пациентов страдали ожирением 19,2 %, имели сопутствующий сахарный диабет СД 2 типа – 27,5 % человек. Рассчитанный индекс коморбидности Чарлсона у обследованных мужчин был достоверно выше по сравнению с данными для женщин ((4,97 ± 0,11) балла по сравнению с (4,60 ± 0,12) балла, соответственно, $p = 0,031$). Для индекса «комбинированные состояния и возрастные оценки» достоверных различий не установлено: для мужчин – (6,02 ± 0,12) балла, для женщин – (5,95 ± 0,14) балла, $p > 0,05$. Десятилетняя выживаемость составила (24,6 ± 1,4) % у мужчин и (25,3 ± 1,6) % у женщин, $p > 0,05$.

Выводы. Среди пациентов с высоким КВР, проходивших стационарное лечение в клинике Института терапии, выявлена высокая распространенность коморбидной патологии: сочетание СН с различными проявлениями ИБС, с ГБ, цереброваскулярными заболеваниями, патологией почек, заболеваниями органов пищеварения (НАЖБП, ЖКБ, ЯБ, злокачественные новообразования), метаболическими расстройствами (ожирение, СД). Объективную оценку феномена «взаимного отягощения» коморбидной патологии целесообразно проводить путем расчета индексов коморбидности: индекс Чарлсона, индекс «комбинированные состояния и возрастные оценки», показатель десятилетней выживаемости.

ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ У ХВОРИХ НА ПРОФЕСІЙНО ОБУМОВЛЕНІ ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Боровик І. Г., Пилипенко Н. О., Мумджі З. Ф.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета роботи: вивчити обмін глікозаміногліканів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) професійної етіології.

Обстежено 70 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень професійної етіології та 50 практично здорових робітників машинобудування, які зазнавали дію шкідливих факторів виробничого середовища (промислові аерозолі переважно фіброгенної дії та/або токсичні хімічні речовини).

Обсяг обстеження: клінічні, інструментальні, лабораторні та біохімічні дослідження, у тому числі спірометрія, ехокардіографія, визначення рівня глікозаміногліканів.

Визначення глікозаміногліканів (ГАГ) проводили шляхом осадження цих речовин з наступним оцінюванням ступеня помутніння проби. Встановлювали ступінь помутніння на фотоелектроколориметрі і визначали різницю показників оптичної щільності між дослідом і контролем, що відображала загальний вміст глікозаміногліканів.

При оцінці загального рівня ГАГ у хворих на ХОЗЛ ми не виявили залежності від ступеня важкості захворювання. Різниця була лише між основною групою хворих на ХОЗЛ та контрольною групою, у хворих на ХОЗЛ загальний рівень ГАГ був на 32 % вищим.

За нашими даними, у хворих на ХОЗЛ відмічалося підвищення рівня I фракції ГАГ, яке склало (6,2 ± 0,4) мг/л проти (4,8 ± 0,5) мг/л у групі контролю ($p < 0,05$). Показники II та III фракції ГАГ виявляли тенденцію до збільшення ($p > 0,1$) у порівнянні з групою контролю, відповідно, (3,9 ± 0,5) мг/л та (3,3 ± 0,6) мг/л проти (3,2 ± 0,5) мг/л та (2,2 ± 0,7) мг/л.

Більш інформативною була динаміка рівнів фракцій ГАГ в залежності від ступеня важкості ХОЗЛ. При ХОЗЛ I ступеня найбільше від показників групи контролю відрізнялися рівні I фракції ГАГ, але це перевищення, як і для II та III фракції ГАГ, було несуттєвим ($p > 0,1$).

При ХОЗЛ II ступеня рівні I фракції глікозаміногліканів не відрізнялися від контролю, рівень II та III фракції ГАГ був відповідно у півтора рази вищим. Основні розбіжності з групою контролю мали місце у хворих на ХОЗЛ III ступеня: рівень I фракції ГАГ був майже вдвічі вищим ніж у контролі ($p < 0,05$), а II фракції ГАГ – в чотири рази нижчим у порівнянні із здоровими ($p < 0,01$).

Таким чином, показники обміну ГАГ можуть певною мірою використовуватися щодо оцінки важкості перебігу ХОЗЛ професійної етіології.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Новак А. С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оптимизировать лечебно-диагностические мероприятия у больных с последствиями легкой черепно-мозговой травмой (ЛЧМТ) на основе комплексного анализа клинико-инструментальных и биохимических показателей.

Материалы и методы: нами проанализированы результаты комплексного клинико-неврологического, нейропсихологического, инструментального и биохимического исследования 100 больных, перенесших ЛЧМТ в восстановительном периоде, которые находились на лечении в больнице скорой медицинской помощи г. Харькова и Харьковской областной клинической больнице. Данные обследования сравнивались с результатами обследования 40 практически здоровых, составивших контрольную группу.

Результаты. В неврологическом статусе у обследованных больных наблюдался астенический синдром (80 %), вегетативные расстройства в виде перманентных и неэпилептических вегетативных паркосизмов (30 %), у 8 % больных выявлены нарушение сна (25 %), у 4 % выявлены нейроэндокринные нарушения, синдром артериальной гипертензии.

У всех обследованных больных выявлялась головная боль (ликворо-динамического, сосудистого или смешанного характера), головная боль напряжения. У большинства больных отмечался астено-депрессивный или тревожный синдромы. Согласно данным Монреальской когнитивной шкалы выявлены нарушения когнитивных функций (памяти, внимания, узнавания) в сочетании у ряда больных с нарушениями праксиса и гнозиса, что подтверждено нарушением когнитивного вызванного потенциала Р300 в виде увеличения латентности комплекса Р300. При биохимическом обследовании выявлены изменения, указывающие на нарушения процессов нейропластичности и репарации: уменьшение содержания BDNF, BGNF, а также повышением уровня промоутеров апоптоза (классов Bcl) в сыворотке крови.

Выводы. Полученные результаты выявили нарушение уровней адаптации у больных с последствиями ЛЧМТ с преобладанием астенического синдрома, вегетативной дисфункции, когнитивных нарушений, а также изменений в психо-волевой сфере. Выявленное нарушение нейропластических и репаративных процессов показало целесообразность включение нейротрофических и нейропротекторных средств в схему традиционных реабилитационных мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ И СТРЕССХЕЛП У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Нурмухамедов А. И., Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Югай Л. А.
АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

В период климакса у женщин происходит сбой в работе жизненно важных органов и систем, что требует комплексного лечения для профилактики различных заболеваний внутренних органов.

Цель – оценка эффективности растительного сбора СтрессХелп у женщин с климактерическим синдромом (КС).

Материал и методы. Наблюдали женщин с КС в возрасте 35-50 лет с давностью процесса 0,5-10 лет: основная (25) и контрольная (20) группы, получавшие менопаузальную гормонотерапию **(**МГТ) (фемостон 1/5,1/10 или 2/10). Пациенткам контрольной группы МГТ дополняли растительным сбором СтрессХелп (HealtH Helpers) по 1 капсуле 2 раза в день, за 5-10 минут до еды и по достижении эффекта по 1 капсуле на ночь. Всем определяли состояние женской половой сферы (УЗИ, ЭКГ, лабораторное исследование (гормоны). Результаты лечения оценивали в ближайшие (1-3 мес.) и отдаленные (4-6 мес.) сроки.

Результаты. У больных наблюдали расстройства эмоций на фоне плохого настроения (тоска, недовольство, раздражительность), возникновение беспричинной веселости, сменяющейся состоянием тревоги, страха, чрезмерная мнительность в отношении собственного здоровья. У 23 из 45 больных отмечали бессонницу, раздражительность, чувство страха и тревоги, плаксивость, угнетение полового влечения. У 22 больных доминировали сердечно-сосудистые расстройства по типу кардиалгии, сердцебиений, лабильности артериального давления. Все больные отмечали чувство жара и потливости. В процессе комплексного лечения у пациенток контрольной группы уже в конце 1-го месяца лечения значительно улучшилось общее состояние и самочувствие, восстановилась трудоспособность, наладились семейные отношения. У пациенток, получавших только МГТ, изученные показатели улучшались в более поздние сроки наблюдения (2-3 мес.). Пациентки СтрессХелп на фоне МГТ переносили хорошо и случаев отмены не было. На наш взгляд, седативное средство из экстрактов лекарственных растений (Мелиссы, Мяты перечной, Чабреца, Пустырника, Хмеля, Валерианы), оказывающее успокоительное и спазмолитическое действие, усиливает эффект МГТ и предупреждает его осложнения.

Следовательно, СтрессХелп может быть рекомендован для лечения КС у женщин и профилактики различных патологических состояний со стороны внутренних органов у этой категории больных.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Овчаренко Л. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В структуре больных, госпитализированных в кардиологические отделения, преобладают пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Для ХСН характерно наличие тахикардии. Повышение ЧСС в покое у больных с ХСН оказывает влияние на такие важные параметры, как потребление кислорода миокардом, время диастолического наполнения, объем коронарного кровотока и др. Повышенная ЧСС всего лишь более 70 уд./мин. является независимым фактором риска у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или ХСН, увеличивающим сердечно-сосудистую смертность, частоту развития инфаркта миокарда (ИМ), госпитализаций из-за ХСН, необходимости операций реваскуляризации коронарных артерий.

Эффективный контроль ЧСС как фактора риска позволяет улучшить прогноз пациентов с ХСН. Урежение ЧСС с помощью β-адреноблокаторов сопровождается улучшением прогноза у больных, перенесших ИМ, однако применение β-адреноблокаторов в адекватных дозах в значительной степени ограничивается их побочными эффектами. Препарат ивабрадин – ингибитор If-тока в синусовом узле, действует на синусовый узел и снижает только ЧСС, обеспечивает максимально продолжительную и эффективную диастолу. Препарат уменьшает работу сердца (потребность в кислороде), увеличивает доставку кислорода за счет продолжительности диастолы, тем самым способствует улучшению перфузии миокарда. В отличие от блокаторов бета-адренорецепторов ивабрадин не влияет на инотропную функцию миокарда, что позволяет увеличить ударный объем и, следовательно, сердечный выброс.

Обследовано 24 больных с ИМ с фракцией выброса (ФВ ЛЖ) менее 40 % и синусовым ритмом с явлениями СН П-А и П-Б ст., с ЧСС более 80 в мин. Ивабрадин назначался в первые сутки госпитализации в дозе 7,5 мг 2 раза в день. Терапия ивабрадином продолжалась в течение всего периода госпитализации и рекомендовалась в аналогичных дозах при выписке.

Результаты исследования показали, что у больных с ИМ и систолической дисфункцией добавление ивабрадина к бисопрололу приводило к улучшению систолической и диастолической функций левого желудочка. У пациентов с ИМ применение ивабрадина приводило к увеличению SpO2, снижению вероятности постинфарктной стенокардии и желудочковых нарушений ритма.

Итак, ивабрадин существенно улучшает структурное и функциональное состояние миокарда, повышает толерантность к физической нагрузке, позитивно влияет на регуляторно-адаптивный статус пациентов.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Оленич Л. В., Радченко О. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Дефіцит тиреоїдних гормонів чинить негативний вплив на усі органи та системи організму, часто поєднується з артеріальною гіпертензією. Тому значний інтерес викликає проблема поєднання артеріальної гіпертензії та гіпотиреозу та стан функції нирок, який зумовлює перебіг обох хвороб.

Мета. Дослідити параметри функціонального стану нирок у хворих з артеріальною гіпертензією та гіпотиреозом та встановити їх кореляційні зв’язки.

Матеріали та методи. Обстежено 119 пацієнтів з артеріальною гіпертензією 1 та 2 ступенів. Пацієнтів поділено на групи: 1 група – 78 пацієнтів віком (53,0 ± 10,5) роки з гіпотиреозом та підвищеним рівнем тиреотропного гормону (ТТГ) та 2 група – 41 пацієнт віком (53,0 ± 9,3) роки зі збереженою функцією щитоподібної залози. Окрім стандартного обстеження проводили антропометричні виміри, визначали рівень ТТГ та тироксину (T_4), розраховували швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Кокрофта-Голта, визначали мікроальбумінурію (МАУ) за допомогою тест-смужок MICROALBU–PHAN. Опрацювання даних проводилося за допомогою пакета програм “Statistica for Windows 6.0”.

Результати та обговорення. Встановлено, що в обох групах медіана індексу маси тіла відповідала надмірній масі тіла (25-29,9 кг/м^2). Прогресування гіпотиреозі супроводжувалось зростанням ступеня артеріальної гіпертензії (обернений зв'язок між рівнем систолічного артеріального тиску та T_4: $\tau = -0,39$; $p = 0,015$). В усіх пацієнтів обох груп виявлено МАУ. За значеннями вмісту креатиніну, сечовини, параметрів загального аналізу сечі та ШКФ групи істотно не відрізнялися. Однак у пацієнтів з гіпотиреозом істотно частіше рівень ШКФ був нижче норми ((61,5 ± 5,5) % проти (38,5 ± 5,9) %, $p < 0,05$), тоді як серед осіб з нормальною функцією щитоподібної залози така різниця була відсутня У пацієнтів з гіпотиреозом рівень креатиніну прямо корелював з рівнем фібриногену ($\tau = 0,60$; $p = 0,0026$), а ШКФ обернено корелювала з віком ($\tau = -0,37$; $p = 0,00003$) і моноцитами периферійної крові ($\tau = -0,33$; $p = 0,026$). Крім того, виявлено прямий зв'язок вмісту сечовини крові з віком пацієнтів ($\tau = 0,21$; $p = 0,015$), пульсовим артеріальним тиском ($\tau = 0,18$; $p = 0,029$) та рівнем ТТГ ($\tau = 0,22$; $p = 0,03$).

Висновки. У всіх хворих з поєднанням гіпотиреозу та артеріальної гіпертензії виявлено порушення функція нирок, що супроводжується активацією синдрому запалення, прогресуванням артеріальної гіпертензії та асоціюється зі збільшенням віку пацієнта.

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИНДЕКСОВ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Опарин А. А., Опарин А. Г., Ермоленко И. Н., Яранцева Н.А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Цель: изучить роль вегетативных индексов в постановке диагноза «Хронический колит» у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Для исследования нами были отобраны 35 студентов с нарушением эвакуаторно-моторной функции кишечника и колитом без сопутствующей патологии в возрасте от 17 до 24 лет. Первую группу составили 16 студентов с хроническим колитом с гипермоторным синдромом и вторая – 19 студентов с хроническим колитом с гипомоторным синдромом. Контрольная группа - 15 практически здоровых лиц того же возраста. Диагноз хронического колита был установлен согласно МКБ 10. Вегетативные нарушения определяли по опроснику Вейна, подсчету коэффициента Хильдебранта и вегетативного индекса Кердо.

Результаты: в ходе исследования была выявлена четкая корреляционная зависимость между видом нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника и особенностями вегетативных нарушений. Было установлено, что у больных хроническим колитом с гипомоторным синдромом отмечается преобладание действия парасимпатического звена вегетативной нервной системы, тогда как у больных колитом с гипермоторным компонентом преобладает действие симпатической нервной системы. Причем степень выраженности вегетативных нарушений тесно связана со степенью тяжести хронического колита. Полученные данные указывают на роль вегетативных расстройств в механизме формирования эвакуаторно-моторных нарушений толстого кишечника при развитии колита.

Выводы. Полученные результаты, свидетельствуют о целесообразности исследования индексов Кердо, Хильдебранта для скрининговой диагностики состояния моторно-эвакуаторных нарушений у больных хроническим колитом.

КОРЕКЦІЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ ЯК ФАКТОРА ЗМЕНШЕННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ

Оринчак М. А., Гаман І. О., Човганюк О. С.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Мета: оцінити вплив комбінованої антигіпертензивної терапії із включенням фелодипіну та ірбесартану на рівень мікроальбумінурії (МАУ)/протеїнурії у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з гіпертензивною нефропатією та метаболічним синдромом (МС) залежно від рівня ендогенного інсуліну (ЕІ) в крові.

Методи дослідження. Обстежено 46 хворих на АГ з ознаками гіпертензивної нефропатії та МС (31 жінки, 15 чоловіки), середній вік (61 ± 10) роки. Проведено загально-клінічне обстеження, пероральний глюкозо-толерантний тест із визначанням рівня ЕІ в крові (імуноферментний метод) та визначення рівня МАУ/протеїнурії у добовій сечі. Всі хворі отримували комплексне антигіпертензивне лікування, яке включало антагоніст кальцію дигідропіридинового ряду фелодипін по 2,5-10 мг /добу, блокатор рецепторів ангіотензину II ірбесартан по 150-300 мг/добу, діуретик індапамід по 2,5 мг/добу. Обстеження проводили на початку дослідження та через рік після проведеного лікування. Контрольну групу склали 10 здорових осіб відповідного віку.

Результати. Залежно від рівня ЕІ хворих розподілено на 2 групи. У 1 групу включено 11 (23,9 %) хворих з нормальним рівнем ЕІ в крові, у 2 групу – 35 (76,1 %) хворих із реактивною та спонтанною гіперінсулінемією. У 1 групі у 8 (72,7 %) випадках виявлено МАУ різного ступеня вираженості, зокрема, у 5 (62,5 %) випадках – на рівні 100 мг/л (підгрупа А) і у 3 (37,5 %) випадках – 300 мг/л (підгрупа В). У 2 групі МАУ виявлено у 26 (74,3 %) випадках: підгрупа А – 18 (69,2 %), підгрупа В – 8 (30,8 %). Протеїнурію виявлено у 9 (25,7 %) випадках.

Під впливом лікування в 1 групі відмічено регрес МАУ в підгрупі А, в підгрупі В – зниження на 33,0 % ($p < 0,05$) та зниження рівня протеїнурії до рівня МАУ у всіх випадках ($p < 0,05$). В 2 групі регрес МАУ відмічено в підгрупі А у 12 (66,7 %) ($p < 0,05$), в підгрупі В – у 3 (37,5 %) ($p < 0,05$)випадках; зменшення інтенсивності протеїнурії до рівня МАУ – в 3 (33,3 %) випадках ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на АГ з МС ознакою формування гіпертензивної нефропатії є МАУ, її прогресування – протеїнурія, які частіше виявляються в умовах гіперінсулінемії. Комбінована терапія з включенням фелодипіну, ірбесартану та індапаміду сприяє зменшенню МАУ/протеїнурії у всіх випадках за умови нормального рівня ЕІ, проте у хворих із гіперінсулінемією інтенсивність змін показника менш виражена.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ У РІЗНИХ ФЕНОТИПІВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Оспанова Т. С., Більченко О. С., Болокадзе Є. О., Піонова О. М., Трифонова Н. С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: визначення гендерних особливостей у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи дослідження: обстежено 82 хворих на ХОЗЛ віком від 47 до 79 років, середній вік склав (68,9 ± 6,5) років. Серед них 73 (89,02 %) чоловіків і 9 (10,98 %) жінок. Для характеристики маси тіла використовували показник індекс маси тіла (ІМТ). Абдомінальний тип ожиріння вважали згідно критеріїв IDF, 2005 при ОТ у чоловіків ≥ 94 см, у жінок ≥ 80 см. Для оцінки симптомів перебігу захворювання використовувалася модифікована шкала задишки Медичної дослідницької ради (mMRC).

Результати дослідження та їх обговорення. Були виявлені хворі на бронхітичний тип ХОЗЛ з ожирінням (23,1 %), хворі на бронхітичний тип ХОЗЛ без ожиріння (35,4 %), хворі на емфізематозний тип (41,5 %). Найдовша середня тривалість захворювання спостерігалася у хворих на емфізематозний тип ХОЗЛ, найкоротша – у групи хворих на бронхітичний тип ХОЗЛ без ожиріння ($p < 0,05$). Середній показник ступеня задишки за шкалою mMRC був найбільший у хворих на емфізематозний тип ХОЗЛ та найменший у хворих на бронхітичний тип ХОЗЛ без ожиріння.

Виявлено гендерні особливості у хворих на ХОЗЛ. Так у 44 % жінок встановлено бронхітичний тип ХОЗЛ з ожирінням. Провідним симптомом перебігу був сухий або малопродуктивний кашель (79 % жінок). Ступінь задишки за шкалою mMRC дорівнювала (2,01 ± 0,88) балів. У жінок превалював середній ступінь тяжкості – 86,9%, при цьому важкі ступеня встановлені у 9,3 %, а легкої – 7,1 %. Легенева гіпертензія виявлена у 32 % жінок. Хронічне легеневе серце верифіковано у 29 % хворих. Більша кількість жінок мали надмірну масу тіла (57,14 %) та різні ступені ожиріння. Крім того, у 25,5 % жінок виявлено дисфункцію респіраторних м'язів, визначений за симптомом участі допоміжних м'язів в акті дихання. Це обумовлено анатомо-фізіологічними властивостями, а саме, у жінок дихальні рухи здійснюються переважно за рахунок роботи міжреберних і грудних м'язів, функціональний резерв яких первісно менше. За допомогою спірографії верифіковані дихальні порушення змішаного типу у 42,86 % жінок, хворих на ХОЗЛ, а також виявлені значущі порушення бронхіальної прохідності на рівні бронхів усіх калібрів.

Таким чином, наявність ожиріння, вентиляційних порушень, частих загострень, резистентності до терапії дозволили виділити фенотип жінки з ХОЗЛ, який складав 11,29 % від всіх обстежених хворих.

FATE OF ENDOCRINE CELLS DURING CHRONIC PANCREATITIS

Oshmyanska N. Y., Gaidar Y. A.

SI "Institute of gastroenterology of NAMSU", Dnipropetrovsk, Ukraine

The **aim** of the present paper is to study the cellular composition, ways of death and regeneration in the Langerhans islets during the development of chronic pancreatitis.

Materials and methods. Biopsy material from 95 patients with chronic pancreatitis and 6 samples of unchanged pancreatic tissue have been analised using histological, morphometrical and immunohistochemical methods, in relation to the rate of fibrotic transformation during the development of chronic pancreatitis.

Results. A significant decrease in the area of Langerhans islets with the progression of the disease has been confirmed ($r = 0,34$; $p < 0,05$), which is implemented mainly through apoptosis. Said changes actively involved non-caspase proapoptotic nuclease Endonuclease G, while the caspase proapoptotic nuclease DNase I has been found in the cytoplasm of acinar cells. The regeneration of the Langerhans islets in chronic pancreatitis also has been proved and occurs in several ways, including the involment of Ngn3-positive progenitor cells. Restructurisation of the islet apparatus begins in the early stages of chronic pancreatitis, and appears to reduce the relative amount of islet's β-cells, resulting in a significant increase in the ratio of α-cells to β-cells ($p < 0,05$). Experimental studies help to show that obstructive chronic pancreatitis is characterized by activation of fibrosis and regeneration of islets, while the alcoholic – by the almost complete absence of active proliferation and regeneration of functional tissue.

Conclusion. Our results indicate that two different processes occur simultaneously in the pancreatic tissue in response to the development of chronic pancreatitis. Atrophy is reflected in the reduction of the exocrine and endocrine tissue total area and reduced content of β-cells in the islet. Proliferation is expressed by the increasing density of small ducts with hyperplasia of ductal epithelium and the formation of tubular and tubulo-insular complexes. Ductal cells of adult human pancreas retain their ability for Ngn3-induced differentiation into the β-cells.

ЦИТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТКА ГЕРХ-АСОЦІЙОВАНОГО ЕЗОФАГІТУ

Ошмянська Н. Ю., Мосійчук Л. М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Метою роботи було за допомогою цитологічного дослідження відбитків біоптатів оцінити особливості гістоструктури стравоходу при гастроезофагальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ).

Матеріали та методи. Обстежено 73 хворих з клінічно підтвердженою ГЕРХ, які проходили лікування у відділенні захворювань шлунка та дванадцятипалої кишки ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Відбитки біоптатів стравоходу та шлунку фарбували за методикою Романовського-Гімзи.

Результати та обговорення. При цитологічному дослідженні відбитків слизової оболонки (СО) стравоходу нейтрофільні лейкоцити було знайдено в 40,49 % всіх випадків, еозинофільні – в 31,41 %. Порівняння з клітинним складом інфільтрації, що спостерігалася при дослідженні біоптатів, виявило лише середній кореляційний зв’язок щодо виявлення нейтрофільних лейкоцитів (r =0,48; p = 0,001) та еозинофілів (r = 0,45; p = 0,003). Також, не виявлено зв’язку між наявністю гранулоцитарної інфільтрації на цитологічних відбитках та іншими морфологічними змінами, тому більш доцільно вважати, що саме міграція клітин запалення в епітелій точніше описує стан СО в процесі розвитку езофагіту. Дріжджоподібні клітини було виявлено досить рідко, в невеликій кількості (7,44 % всіх випадків), і найчастіше серед накопичень поліморфної флори, характерних для цитологічної картини при порушеннях кислотності. Був виявлений прямий слабкий кореляційний зв’язок між наявністю хелікоподібної флори та ступенем лімфоцитарної інфільтрації, при чому, як в антральному (r = 0,34; p = 0,034), так і в фундальному відділі шлунку (r = 0,34; p = 0,034), а також зв’язок середньої сили між наявністю хелікоподібної флори та вираженістю атрофічних змін (r = 0,53; p < 0,001).

Висновки. При дослідженні цитологічних відбитків гранулоцитарна інфільтрація зустрічається частіше, ніж при дослідженні гістологічних зрізів, але при цьому не виявлено достовірного зв'язку між знайденими на цитологічному дослідженні нейтрофільними або еозинофільними лейкоцитами та морфологічними змінами в СО стравоходу. При цьому, наявність міжепітеліальних лімфоцитів та нейтрофілів корелювала з основними морфологічними ознаками езофагіту – потовщенням базального шару епітелію та збільшенням висоти сосочків, що виявлялися майже у третині випадків. Це підтверджує факт того, що саме міграція клітин запалення в епітелій найбільш точно характеризує процес розвитку езофагіту.

ОФТАЛЬМОПАТИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ, РЕАКТИВНОМ И ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТАХ

Павлюченко А. К., Ермолаева М. В., Перепада А. В., Кетинг Е. В., Синяченко О. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман, Украина

Цель: изучить частоту развития и характер течения поражений глаз у больных воспалительными болезнями суставов (ревматоидным артритом – РА, реактивным урогенитальным хламидийным артритом – РеА, псориатическим артритом – ПА).

Материал: обследованы 133 пациента с РА, 99 с РеА и 76 с ПА.

Результаты. Офтальмопатии на разных этапах течения заболеваний выявлены в 63 % наблюдений РеА, в 41 % ПА и в 20 % РА) в виде увеита, склерита (эписклерита), кератита, глаукомы, катаракты и конъюнктивита соответственно в соотношении при этих артритах как 2:1:2:2:1, 2:1:2:5:2 и 25:9:6:2:1, причем, с темпами прогрессирования артрита и с поражением отдельных суставов тесно связаны увеит, кератит, глаукома, катаракта и конъюнктивит (увеит, кроме того, ассоциируется с ревматоидным дигитальным артериитом и остеоузурами), а на выраженность патологии глаз влияют степень активности заболевания, наличие тендовагинитов, энтезопатий, спондилопатии, субхондрального склероза, остеокистоза, системного и эпифизарного остеопороза, устеоузур, асептических костных некрозов, анкилозов, экстраартикулярных признаков патологического процесса, интраартикулярных хондромных тел (при кератите), тел Пеллогри-Штайди (при глаукоме), кожный вариант псориаза (при склерите) и активный хламидийный процесс в урогениталиях (при конъюнктивите). Развитие офтальмопатий у больных РА определяют такие признаки течения болезни, как поражение голеностопных суставов, дигитальный артериит, пневмопатии, периферические полинейропатии, внутрисуставные хондромные тела и тела Пеллогри-Штайди, при РеА – спондилопатия, энтезопатия, кардиопатия и нефропатия, при ПА – форма кожного псориаза, тендовагиниты, энтезопатии и асептические некрозы костей. Патология глаз при РА тесно связана с интегральными клиническими признаками течения болезни, участвует в патогенетических построениях заболевания, определяя степень активности патологического процесса, темпы прогрессирования артрита, частоту поражения грудиноключичных, верхнечелюстных, лучезапястных и локтевых сочленений, энтезопатий. У больных РеА офтальмопатии влияют на интегральные признаки суставного синдрома, тяжесть сакроилеита, индексы Ричи и Лансбури, развитие энтезопатий, определяют нарушения возбудимости миокарда и электрической проводимости сердца. Наличие офтальмопатии при ПА влияет на кожную форму болезни и темпы прогрессирования суставного синдрома.

ДЕЯКІ ВІДМІННОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ В ФАЗІ РЕМІСІЇ

Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Матвієнко Ю. О., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета: визначення вмісту С-реактивного протеїну (C-RP) і прозапальних цитокінів периферичної крові, які характеризують стан Т-хелперних клітин 1 та 17 типів, у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та хронічний бронхіт (ХБ) у фазі ремісії.

Матеріали і методи. Обстежено 24 хворих на ХОЗЛ (17 чоловіків та 7 жінок) віком від 50 до 82 років (64,1 ± 1,9 років), 11 хворих на ХБ (5 чоловіків та 6 жінок) віком від 25 до 76 років (53,4 ± 4,8 років) у фазі ремісії та 10 здорових осіб контрольної групи віком від 20 до 50 років (28,7 ± 3,8), серед яких було 8 чоловіків та 2 жінки, у яких методом імуноферментного аналізу визначали вміст у сироватці крові C-RP, фактору некрозу пухлин (TNFα), інтерлейкінів IL-2, IL-8, IL-17A.

Результати. Встановлено, що у хворих на ХОЗЛ були вірогідно підвищеними рівні IL-17A – (1,26 ± 0,07) пг/мл [(1,04 ± 0,05) пг/мл в контролі)] та C-RP – (12,96 ± 2,74) мг/л при нормі (3,16 ± 0,98) мг/л, $p \leq 0,05$. В групі хворих на ХБ вміст IL-17A був у межах нормальних значень – (1,09 ± 0,06), а концентрація C-RP майже у 2 рази була вища за норму – (7,60 ± 3,05) пг/мл, але це підвищення не було статистично підтверджено через великий розкид показників (від 0,9 до 30,5 мг/л). Серед хворих на ХОЗЛ рівні TNFα, IL-8, IL-17A були підвищеними у 20 хворих (83,3 %), тоді як серед хворих на ХБ рівні прозапальних цитокінів були підвищеним у 6 хворих (54,5 %). Отже, у хворих на ХОЗЛ (20 хворих з 24-х проти 6 хворих з 11-ти при ХБ) за частотою зростання прозапальних цитокінів в крові (TNFα, IL-2, IL-8, IL-17A) виявлена тенденція ($p = 0,09$) до більш вираженої активізації прозапальних процесів відносно хворих на ХБ в фазі ремісії.

Висновки. Фаза ремісії ХОЗЛ на відміну від ХБ супроводжується більш виразним хронічним запальним процесом, що віддзеркалюють ряд імунологічних показників. Сироваткові рівні C-RP і IL-17A, можливо використовувати у якості індикаторів виразності запального процесу у хворих на ХОЗЛ та ХБ в фазі ремісії.

Робота виконана за рахунок державного бюджету України.

ЧАСТОТА УТВОРЕННЯ КІСТ ІРИДОЦИЛІАРНОЇ ЗОНИ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ІНТЕРМЕДІАРНИХ УВЕЇТІВ

Панченко М. В., Литвищенко А. В., Храмова Т. О., Гончарь О. М.
Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність: Проблема інтермедіарних увеїтів в розвинених країнах має соціальне та економічне значення у зв'язку з ураженням працездатної частки населення та тяжкими ускладненнями, які в деяких випадках, призводять до сліпоти.

Мета: вивчити частоту виникнення кіст іридоциліарной зони при різних формах інтермедіарних увеїтів.

Матеріал та методи: Було проведено обстеження, лікування та нагляд у динаміці 48 пацієнтів (89 очей) з інтермедіарними увеїтами. У 9 очах (10,1 % випадків) були діагностовані зміни в пребазальних відділах скловидного тіла, у 12 очах (13,5 % випадків) – в базальних відділах.

Поєднані зміни в пребазальних та базальних відділах скловидного тіла були діагностовані у 68 очах (76,4 % випадків).

Усім пацієнтам була виконана ультразвукова біомікроскопія на апараті ‘‘VuMax-II’’ (Sonomed) датчиком з частотою 50 МГц.

Результат. При первинному обстеженні кісти іридоциліарної зони були діагностовані у 18 очах (20,2 % випадків). У 15 очах (83,3 % випадків) кістоутворення було діагностовано у пацієнтів з поєднаними змінами у пребазальних та базальних відділах скловидного тіла. У 3 очах (16,7 % випадків) кісти було діагнастовано у пацієнтів з ізольованими змінами у пребазальних відділах скловидного тіла.

Висновки: Таким чином, найбільш часте кістоутворення іридоциліарної зони при інтермедіарних увеїтах характерно для пацієнтів з поєднаними змінами у пребазальних та базальних відділах скловидного тіла.

Згідно з отриманими даними для формування кіст ірідоциліарної зони особливо важливим є наявність запального процесу у пребазальних відділах скловидного тіла, що вимагає подальшого вивчення.

ФНО-α ПРИ УВЕИТАХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Панченко Н. В., Самофалова М. Н., Арустамова Г. С., Павлий Т. А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В настоящее время проблема лечения эндогенных увеитов остается актуальной по ряду причин. С одной стороны, удельный вес увеитов неустановленной этиологии остается высоким, с другой стороны интенсивная и длительная медикаментозная терапия даже при установленной этиологии не всегда приносит ожидаемый эффект. Кроме того, в патогенезе увеитов важную роль играют аутоиммунные механизмы. В связи с этим, изучение иммунологических нарушений и поиск новых методов лечения больных эндогенными увеитами остаются актуальными задачами.

Цель работы. Изучение содержания провоспалительного цитокина ФНО-α в сыворотке крови пациентов с увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 132 пациентов с увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва. Из них 79 женщин и 53 мужчин. Возраст обследованных составлял от 18 до 74 лет. Длительность заболевания колебалась от одного месяца до 14 лет.

Обследование пациентов включало визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, периметрию, ультразвуковую биомикроскопию, оптическую когерентную томографию.

ФНО-α определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью стандартного набора реактивов. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров.

Результаты. В активной стадии заболевания среднее содержание провоспалительного цитокина ФНО-α в периферической крови пациентов с увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва, было достоверно повышенным ($p < 0,05$).

Концентрация ФНО-α в сыворотке крови пациентов зависела от формы и локализации увеита, наличия и выраженности сопутствующей патологии.

При этом, концентрация ФНО-α в сыворотке крови обследованных больных в несколько раз превышала таковую у здоровых лиц.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о роли провоспалительного цитокина ФНО-α в патогенезе увеитов, осложненных воспалением зрительного нерва.

Полученные результаты могут служить обоснованием применения препаратов, блокирующих ФНО-α, в лечении пациентов с увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Панчишин В. В., Хребтій Г. І., Панчишин О. С., Стасій О. О.
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Метою дослідження є визначення в сукупності гемодинамічних особливостей і змін міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з супутньою інсулінорезистентністю (ІР).

Обстежено 126 хворих на ГХ II стадії віком від 45 до 60 років, в середньому – (55 ± 5,9) років. Першу групу склали 66 хворих на ГХ II стадії без ІР, другу групу – 60 хворих на ГХ II стадії та ІР. При порівняльному аналізі показників ехокардіографії було виявлено збільшення товщини задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) (I група – (1,05 ± 0,01) см; II група – (1,16 ± 0,01) см; $p < 0,01$), товщини міжшлуночкової перетинки (I група – (1,05 ± 0,01) см; II група – (1,15 ± 0,01) см; $p < 0,01$) у хворих з ІР, що поєднувалось з високим кінцевим систолічним і кінцевим діастолічним розмірами і об'ємами і було причиною збільшення маси міокарда ЛШ (I група – (147,1 ± 6,8) г; II група – (170,4 ± 5,4) г; $p < 0,01$). У групі пацієнтів із ГХ II стадії та супутньою ІР, на відміну від хворих без ІР, достовірно більшими були розміри лівого передсердя (ЛП) (медіана – 4,0 см та 3,7 см, відповідно, $p = 0,05$), значення індексу маси міокарда ЛШ^{2,7} (65,3 г/м^{2,7}та 56,2 г/м^{2,7}; $p = 0,04$) та меншим співвідношення максимальної швидкості періоду раннього діастолічного наповнення ЛШ (Е, м/с) до максимальної швидкості періоду пізнього діастолічного наповнення ЛШ (А, м/с) – Е/А (0,67 та 0,82; $p = 0,006$). Виявлені зміни вказують на схильність у хворих на ГХ із ІР до розвитку переважно концентричної гіпертрофії ЛШ, котра являється найбільш несприятливим видом ремоделювання. Поглиблення порушень діастолічної функції та зменшення здатності міокарда до релаксації у хворих на ГХ із супутньою інсулінорезистентністю, згідно літературних даних, відбувається внаслідок збільшення жорсткості ЛШ, обумовленої посиленням росту фіброзної тканини.

При проведенні ультрасонографії встановлено, що вихідний діаметр плечової артерії в I групі склав (4,4 ± 0,3) мм; в II – (4,1 ± 0,2) мм ($p > 0,05$). Ендотелійзалежна вазодилатація (ЕЗВД) в I групі дорівнювала (7,5 ± 0,8) %; в II групі – (4,9 ± 0,2) % ($p < 0,01$). Величина ендотелійнезалежної вазодилатації (ЕНВД) в I групі склала (12,5 ± 0,1) %; в II групі – (11,2 ± 0,4) % ($p < 0,05$). Таким чином, у хворих на ГХ II стадії, за даними дослідження, виявлені порушення ЕЗВД плечової артерії і зниження чутливості плечової артерії до напруження зсуву, незалежно від наявності ІР, хоча більш виражене у інсулінорезистентних хворих.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

Парфёнова А. А., Молодан В. И., Просоленко К. А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина,
Кафедра внутренней медицины № 1

Инфекционный эндокардит (ИЭ) – инфекционное поражение ткани клапанного аппарата сердца и эндотелия различными патогенными возбудителями. Чаще всего в патологический процесс вовлекаются клапаны сердца.

Почти все известные патогенные бактерии могут быть причиной развития ИЭ. Около 85 % случаев ИЭ обусловлено стафилококками, стрептококками или энтерококками. Клиника ИЭ разнообразная, что вызывает диагностические затруднения. Примером может быть представленный случай заболевания.

У мужчины 45 лет внезапно возникли жалобы на выраженные головные боли, преходящий парез рук, кратковременную потерю сознания, общую слабость, боли в нижних конечностях, головные боли. Больной был доставлен машиной скорой помощи в неврологическое отделение. После обследования поставлен диагноз: острая транзиторная ишемическая атака в бассейне левой средней мозговой артерии с сенсомоторной афазией. Проведено лечение. Выписан с улучшением.

Через 10 дней после выписки из стационара, снова появились головная боль, экзофтальм больше справа, приходящий парез рук. Для проведения лечения госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом: ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним пирамидным симптомом, речевым нарушением.

Спустя месяц у больного появились жалобы на субфебрильную температуру. Субфебрилитет сохранялся на протяжении 3 недель. Было проведено УЗИ сердца во время, которого выявлены вегетации на митральном клапане. Выставлен диагноз: первичный острый инфекционный эндокардит, неясной этиологии, активность III степени. Недостаточность митрального клапана. СНІІА, III ФК. Назначена антибактериальная терапия: цефтриаксон 4 г, левофлоксацин 1 г.

Рассмотренный клинический случай показывает, что ИЭ может проходить под маской церебральных ишемических атак. Диагноз ИЭ был поставлен после выявления бактериальных вегетаций на митральном клапане и появления симптоматики воспалительного характера.

ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МАРКЕРІВ КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БЕЗКАМ'ЯНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Пасієшвілі Л. М., Супрун І. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити вплив статі та вікового стану на показники маркерів кісткового метаболізму у хворих на хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ).

Матеріал і методи. Обстежено 62 хворих на ХБХ, серед яких 42 пацієнта (67,7 %) – жінки. Вік хворих коливався в межах 23-49 років. Тривалість ХБХ за даними анамнезу була від 1 до 10 років.

Стан кісткової тканини оцінювали за результатами показників маркерів кісткового метаболізму – лужної фосфатази, кісткового ізоферменту лужної фосфатази (КІЛФ) та кислої фосфатази (КФ).

Математичну обробку результатів проводили за допомогою прикладних програм Statistica 6.0 для Windows.

Результати та їх обговорення. Аналіз показників кісткового ремоделювання у хворих з ХБХ в залежності від віку вказував на наявність початкових змін у напрямку ремоделювання кісток вже у віці до 30 років, що характеризувалося, перш за все, зниженням остеогенезу (за рахунок зниження КІЛФ). Так, у жінок на ХБХ вміст лужної фосфатази у віці 20-29 років складав (4,1 ± 0,1) од. в період з 30 до 39 років – (5,4 ± 0,2) од. та понад 40 років – (5,5 ± 0,23) од. У чоловіків даний показник дорівнював (7,9 ± 0,21)од., (7,5 ± 0,2) од. та (7,6 ± 0,4) од., відповідно. Показник кісткового ізоферменту лужної фосфатази у жінок в означених вікових проміжках складав (54,2 ± 2,31) %, (57,5 ± 3,24) % та (54,1 ± 2,74) %, відповідно, та в групі чоловіків (56,5 ± 1,23) %, (48,8 ± 2,35) % та (40,4 ± 2,35) %, відповідно. Рівень кислої фосфатази в групі пацієнток з ХБХ до 29-річного віку дорівнював (2,1 ± 0,13) од., в період 30-39 років – (3,2 ± 0,12) од. та понад 40 років – (2,9 ± 0,1) од., відповідно; у чоловіків вміст КФ складав (2,5 ± 0,01) од., (2,9 ± 0,01) од. та (3,1 ± 0,02) од., відповідно.

Таким чином, як у жінок, так і у чоловіків перебіг ХБХ вже на ранніх етапах захворювання призводить до формування остеопенічного синдрому, що проявляється зниженням мінеральної щільності кісткової тканини. Тобто виникнення порушень в процесах жовчоутворення та жовчовиділення, які спостерігаються при ХБХ, відбуваються на тлі змін в показниках кальцієвого гомеостазу, які, в свою чергу, сприяють порушенню всмоктування даного макроелементу. Виявлені зміни в показниках маркерів кісткового метаболізму мають залежність від статі та віку хворого. Означені результати дослідження є підставою до призначення замісної терапії у хворих на ХБХ.

РОЛЬ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ В РАЗВИТИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Пасиешвили Н. М.

Харьковский областной клинический перинатальный центр, Украина

Цель: изучение частоты перинатальных осложнений у беременных с пиелонефритом и усовершенствование методов их лечения.

Материалы и методы: обследовано 90 беременных в сроке 22-36 недель беременности с гестационным пиелонефритом, которые были разделены на основную группу (50 беременных) и группу сравнения (40 беременных) в зависимости от метода лечения. Беременные из группы сравнения получали традиционную терапию (антибактериальное лечение, канефрон), в основной группе дополнительно назначен иммуномодулятор трансфер фактор. 30 женщин с физиологическим течением беременности составили контрольную группу. Клинико-лабораторное обследование беременных включало клинические, бактериоскопические, иммунологические, ультразвуковые, допплерометрические исследования. Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Выявлено, что в обеих группах наиболее частыми осложнениями беременности были угроза прерывания беременности (46,7 %), плацентарная дисфункция (38,9 %), синдром задержки роста плода (27,8 %), анемия (16,7 %). В дальнейшем у женщин основной группы отмечалось снижение угрожающих преждевременных родов до 14 % (в группе сравнения – 37,5 %), плацентарной дисфункции – до 10 % (в группе сравнения – 27,5 %), задержки роста плода – до 12 % (в группе сравнения – 22,5 %). Подтверждением улучшения состояния плода служили допплерометрические данные и показатели биофизического профиля плода, в частности, отмечено улучшение состояния плода у 90 % беременных основной группы и у 52,5 % женщин в группе сравнения. Указанная терапия положительно влияла на общее самочувствие беременной, ее клинико-биохимические и иммунологические показатели, сохраняя достигнутые результаты на протяжении длительного времени. Течение родов, послеродового периода и состояние новорожденного у женщин основной группы практически не имело осложнений.

Выводы. Таким образом, проведение комплексной патогенетически обоснованной терапии с использованием иммуномодулятора трансфер фактора нацелено на оптимизацию лечения инфекций мочевых путей у беременных, не имеет побочных реакций, позволяет улучшить результаты лечения и предупредить рецидивы, что в свою очередь способствует снижению заболеваемости матери и плода, улучшению перинатальных показателей.

MATRIX METALLOPROTEASE-9 AND LUNG FUNCTION DECLINE IN ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Pashtiani R. V., Kravchun P. G., Dielievska V. Yu.
The Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and arterial hypertension (AH) are major public health epidemics, with increasing prevalence. According to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), patients with COPD are at higher risk for cardiovascular diseases (GOLD 2014). Increased airway thickening and narrowing occurs in the small airways of smokers with COPD, which is the main reason for respiratory obstruction. The ECM is a complex structured network of secreted macromolecules and proteolytic enzymes that provide the basis of cell-cell and cell-matrix interactions. Alveolar wall degrading enzyme matrix metalloprotease-9 (MMP-9) has been found to be involved in COPD progression. It is considered to play a crucial role in the pathogenesis of tissue damage and fibrosis, production of various collagens and ECM proteins.

The aim of the study: to evaluate the role of matrix metalloprotease-9 (MMP-9) in lung function decline in patients with AH combined with COPD.

Materials and methods. 64 patients with chronic heart failure (CHF) on the background of AH of the II stage and COPD of B and C groups were investigated. Diagnosis of AH was established according to ESH/ESC criteria. The diagnosis of COPD was established on the basis of typical symptoms, modified Medical Research Council dyspnea scale, COPD Assessment Tool and spirometry according to GOLD 2013 guidelines. 20 healthy volunteers in age from 54 to 67 years served as controls. The patients underwent spirography. MMP-9 was measured with enzyme-linked immunosorbent assay use.

Results. Patients with COPD combined with AH showed significant higher levels of MMP-9 than those of the controls (12.01±1.3 ng /ml versus 4.2±0.6 ng /ml, $p<0.05$). COPD progression was assosiated with MMP-9 increase ($p<0.05$). Serum MMP-9 level of the patients with COPD of 3 degree of airway obstruction was significantly higher than that of the patients with COPD of 2 degree (13.8±1.4 ng/ml versus 10.06±1.1 ng/ml, $p<0.05$). The correlation analysis showed, that lung function decline was positively related to serum MMP-9 ($p<0.001$). These data underline the significance of MMP-9 involvement in metabolic changes in lungs in AH and COPD, that is in agreement with the results of Linder et al. (2013), Higashimoto et al. (2009) and Brajer et al. (2008).

Conclusions. The lung function decline in arterial hypertension combined with COPD is strongly assosiated with increase of MMP-9. The latter suggests MMP-9 as putative target for treatment of COPD progression.

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА З РІЗНИМ НУТРИТИВНИМ СТАТУСОМ

Петрова К. В., Кленіна І. А., Стойкевич М. В., Сорочан О. В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: визначити вміст метаболітів оксиду азоту (NOx) у сироватці крові та виявити його особливості у хворих на хронічні запальні захворювання кишечника (ХЗЗК) з різним нутритивним статусом.

Матеріал та методи. Обстежено 80 пацієнтів з ХЗЗК (загальна група) віком від 18 до 74 років (середній вік – (38,40 ± 2,18)), в тому числі 47 хворих зі зниженим нутритивним статусом (I група), 13 хворих з нормальним нутритивним статусом (II група), 20 хворих з підвищеним нутритивним статусом (III група). Визначення рівня NOx у сироватці крові проводили за Метельською В.А. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Статистична обробка даних проводилась за допомогою пакету прикладних програм Statistica forWindows 6.0.

Результати та обговорення. Аналіз вмісту NOx у сироватці крові показав його достовірне зниження в порівнянні з контролем у 57,4 % пацієнтів I групи; 61,5 % – II групи та 65,0 % – III групи. Середньостатистичні значення NOx вірогідно відрізнялись від групи контролю (41,65 ± 5,55) мкмоль/л та були зменшені у I групі пацієнтів у 1,9 рази до (21,97 ± 2,42) мкмоль/л, ($p < 0,001$); II групі – в 1,7 рази до (24,11 ± 4,75) мкмоль/л, ($p < 0,001$), в III групі в 1,5 рази до (28,55 ± 4,13) мкмоль/л, ($p < 0,01$). Раніше нами було показано, що існує прямий кореляційний зв’язок між зниженим вмістом фосфоліпідів та NOx у сироватці крові пацієнтів на ХЗЗК, що дозволяє припустити зниження його синтезу за рахунок недостатньої кількості ліпідного субстрату та дисбалансу у фосфоліпідному спектрі клітинних мембран (фосфоліпіди є джерелом синтезу ненасиченої жирної арахідонової кислоти та лужної амінокислоти L-аргініну із яких утворюється NO).

Висновки. Для хворих на ХЗЗК було характерно зниження NO_x у сироватці крові, яке не залежало від нутритивного статусу, що являється підтвердженням недостатньої активації системи антиоксидантного захисту, причиною розвитку і несприятливого перебігу хвороби.

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ

Петюніна О. В., Копиця М. П., Вишневська І. Р., Гільова Я. В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України», м. Харків

Одним з найбільш добре вивчених предикторів клінічного ризику РСС є важка систолічна дисфункція лівого шлуночку. ФВЛШ менше 35% вказує на необхідність імплантації кардіовертера-дефібрилятора (ІКД). Пацієнти з ФВЛШ 30-35 % і менше перебувають у зоні високого ризику РСС. Але тільки у 2-5 % пацієнтів на рік із зниженою ФВЛШ спостерігається шлуночкова аритмія, а згодом РСС. При дослідженні пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, з ФВЛШ < 30 %, 31-35 % та 36-40 % вірогідність РСС була тим вище, чим нижче ФВЛШ, порівняно з пацієнтами з ФВ > 40 %, особливо при поєднанні з електрофізіологічними порушеннями.

Існує перелік підтверджень того, що ЧСС є предиктором як внутрішньогоспітальної смертності, так і смерті від кардіальних причин через півроку. Тому підтвердження є шкала GRACE (The Global Registry of Acute Coronary Events). Метою регістра GRACE є збір даних пацієнтів на ГКС зі спостереженням за ними протягом 6 місяців.

В нашому дослідженні було виявлено достовірні відмінності серед вижившх та померлих в різниці частоти серцевих скорочень – (77,5 ± 2,2) уд./хв проти (93,9 ± 9,4) уд./хв., P = 0,01 та ступенем серцевої недостатності за Killip – у 35 хворих вона склала 1 ступень, у 7 померлих – 2. Було також виявлено достовірні відмінності серед вижившх та померлих в різниці частоти серцевих скорочень – (77,5 ± 2,2) уд./хв. проти (93,9 ± 9,4) уд./хв., P = 0,01 та ступенем серцевої недостатності за Killip – у 35 хворих вона склала 1 ступень, у 7 померлих – 2. Також було показано, що ФВЛШ достовірно відрізнялась у пацієнтів, які вижили, проти померлих і склала відповідно (55 ± 1,5) % проти (41,3 ± 5,0) %, P = 0,00. ФВЛШ як чинник ризику РСС при відокремленому застосуванні ефективний лише у невеликої групи пацієнтів. Існує помітний брак досліджень, які поєднують маркери ризику РСС для оцінки додаткового або синергічного ефекту на ризик РСС. Причому комбінування декількох факторів ризику забезпечує поліпшення прогнозування ризику РСС у порівнянні з використанням будь-якого маркеру окремо. ROC-криві за такими показниками, як серцева недостатність за Killip, ЧСС, вік хворих в нашому дослідженні мають тенденцію для оцінки прогнозу, але недостатньо даних для статистичної достовірності.

ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА

Петюнина О. В., Титаренко Н. В., Кутя И. Н., Копица Н. П., Кульшенко Т. А.

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

Цель: проанализировать влияние клинико-гемодинамических показателей и терапевтических подходов на прогноз у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы: обследовано 181 пациент с ОКС, поступивших в стационар в первые 24 часа с момента появления ангинозных болей. Среди них 27 % (49 ч.) – женщин (ср. возраст – 68,2 лет, 73 % (132) мужчин (ср. возраст – 60,8 лет).

Результаты. По локализации инфаркта миокарда (ИМ) пациентов разделили на 3 группы: 1-я: передний ИМ – 92 (50,8 %) пациента, 2-я: задний – 71 (39 %) пациент, 3-я: другой локализации – 18 (10,9 %) пациентов. По глубине ИМ – 139 (76,8 %) пациентов с ИМ с зубцом Q, 34 (18,8 %) пациента – без зубца Q.

При оценке клинико-лабораторных данных выживших пациентов, были выявлены следующие изменения: гипертоническая болезнь (ГБ) присутствовала у 78 % (132) больных, нарушения липидного обмена выявлено у 56 % (94) обследованных, СКФ на уровне 73 мл/мин в среднем по группе, фракция выброса левого желудочка составила 55 %. СН по Killip 1-2 ст. диагностирована 147 (90 %) пациентам, 3-4 ст. – 15 (10 %).

Из 181 обследованных пациентов – тромболитическая терапия проводилась 66 (36,5 %) пациентам, из них умерли 4 (6 %). 82 (45 %) пациента были направлены на коронароангиографию, из них 4 (4,7 %) пациента умерли. Среди 99 (54 %) пациентов, которые не были направлены на КВГ, 15 (15,2 %) – умерли.

В группе умерших пациентов, это 10,5 % (19 пациентов), ср. возраст составил (68,9 ± 2,3) лет. Среди них 11 мужчин – 57,9 % (ср. возраст – (64,4 ± 1,9) лет) и 8 женщин – 42,1 % (средний возраст – (75,1 ± 2,1) лет). По локализации ИМ данная группа была разделена на три подгруппы: передний ИМ – 16 (84,2 %) человек, задний ИМ – 2 (10,5 %), другой (циркулярный) ИМ – 1 (5,3 %) человек. По глубине ИМ – с зубцом Q – 18 (94,7 %), без зубца – 1 (5,3 %). ГБ была у 15 (78,95 %) пациентов. Сахарный диабет был диагностирован 21,1 % (4 пациента). Среднее значение СКФ равно 55 мл/мин. Анализ фракции выброса и степень острой сердечной недостаточности у больных с летальным исходом показал следующие результаты: ФВ ЛЖ < 40 % (6 пациентов – 54,55 %) и ФВ > 40 % (5 пациентов – 45,45 %), СН Killip 1-2 ст. – 11 (57,9 %), 3-4 ст. – 8 (42,1 %).

Выводы: пациенты, которым было проведено КВГ со стентированием, имеют более благоприятные исходы развития событий, чем те пациенты, которым проводилась только консервативная терапия. Для анализа достоверности вклада каждого из факторов, которые влияют на развитие летального результата, необходимы дальнейшие исследования.

ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ У ПАЦІЄНТІВ З КАРДІОВАСКУЛЯРНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ

Півторак К. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна

Зростання ускладнень серцево-судинної системи при неалкогольній жировій хворобі печінки (НАЖХП) викликає занепокоєність у багатьох учених в Україні та за кордоном. Одним з ключових чинників, що лежать в основі патогенетичного механізму взаємозв'язку цих нозологій, є розвиток системної ендотеліальної дисфункції.

Мета дослідження – визначити взаємозв’язок між маркерами ендотеліальної дисфункції, НАЖХП й ішемічної хвороби серця (ІХС).

Матеріал та методи. Обстежено 29 хворих на НАЖХП, з підтвердженою ІХС: стабільною стенокардією напруги II-III функціонального класу, що склали першу групу дослідження. Друга група (30 пацієнтів) складалась лише з хворих на НАЖХП, підтверджену ультрасонографічно та/або комп’ютерною томографією. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб. Для оцінки ступеня активності стеатогепатиту вивчали вираженість цитолітичного синдрому за рівнем аспартатамінотрансферази (АсАТ), аланінамінотрансферази (АлАТ) і гаммаглутамілтрансферази (ГГТ) у крові, холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), тригліцериди, холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Ендотелійзалежну (ЕЗВД) та ендотелійнезалежну вазодилатацію плечової артерії оцінено за методикою, розробленою K.E. Sorensen та співавторами (1995). Для діагностики інсулінорезистентності застосовували індекс HOMA. 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. С-реактивний білок сироватки (СРБ) визначали методом «високочутливий латекс», турбідиметрично.

Результати дослідження. При дослідженні взаємозв'язку порушень ЕЗВД з НАЖХП встановлені нижчі параметри вазодилятації після компресії у хворих першої групи, ніж у хворих другої групи. Порушення ЕЗВД мали сильний кореляційний зв'язок з АсАТ у крові, рівнем ЕТ-1 у крові. Як маркер хронічного судинного запалення, характерного для абдомінального ожиріння, рівень СРБ у пацієнтів з НАЖХП зріс у порівнянні з нормальними значеннями ($p < 0,05$), у хворих з нормальною масою тіла - у 2,26 рази, з надмірною масою тіла - у 2,59 рази. Виявлений зворотній взаємозв'язок середньої сили зростання діаметра плечової артерії з активністю АлАТ ($r = -0,45$; $p < 0,05$). У хворих І групи відмічено достовірне підвищення ХС ЛПНЩ та зниження ХС ЛПВЩ. У міру наростання інсулінорезистентності у хворих відзначається достовірне зростання АлАТ, АсАТ і ГГТ.

Таким чином, поєднання НАЖХП та ІХС характеризується статистично значущим зниженням вазодилятаційної функції судинного ендотелію.

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА АДАПТАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Пилипів Л. І., Радченко О. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Ожиріння аліментарного ґенезу є сучасною актуальною проблемою людства і змінює перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), впливаючи на загальні неспецифічні адаптаційні реакції (АР) (стрес, орієнтування, активація, переактивація).

Мета: вивчити АР у хворих на ХОЗЛ, поєднане з ожирінням.

Матеріали та методи: обстежено 155 хворих на загострення ХОЗЛ з різною масою тіла, тип загальної неспецифічної АР визначали за Л.Х. Гаркаві (1991), адаптаційний потенціал (АП) – за Р. М. Баєвським (1987) до лікування. Результати опрацьовано статистично за допомогою стандартного пакету програм, силу та направленість зв'язків визначали за критерієм Кендалла (τ), показники в групах порівнювали за критерієм Манн-Вітні.

Результати. Індекс маси тіла (ІМТ) у пацієнтів з ХОЗЛ прямо корелював з віком хворих ($\tau = 0,1$; $p = 0,02$), ступенем дихальної недостатності ($\tau = 0,2$; $p = 0,03$), вмістом лейкоцитів ($\tau = 0,1$; $p = 0,05$) і гранулоцитів ($\tau = 0,2$; $p = 0,0004$; $\tau = 0,2$; $p = 0,00005$) та обернено – з лімфоцитами ($\tau = -0,2$; $p = 0,0001$) та моноцитами ($\tau = -0,2$; $p = 0,003$). Тобто, ожиріння асоціювалось з поглибленням дихальної недостатності, активацією гранулоцитарної ланки запалення та пригніченням лімфоцитарно-макрофагальної (імунної). Реакція стресу істотно частіше зустрічалась серед осіб з ожирінням, ніж у пацієнтів з нормальною масою ((74,0 ± 5,3) % та (11,1 ± 4,7) %; $p < 0,01$). Реакція активації реєструвалась у пацієнтів з нормальною масою істотно частіше, ніж в осіб з ожирінням I та II-III ступенів ((46,7 ± 7,4) % проти (26,2 ± 6,8) % та (18,5 ± 7,5) %; обидва $p < 0,05$). АП у хворих з ожирінням I та II-III ступенів був істотно вищим, ніж в осіб з надлишковою та нормальною масою (3,6 [3,3;3,8] та 3,7 [3,3;3,9] проти 3,2 [2,9;3,5]; 2,7 [2,5;2,9]; усі $p < 0,05$). Незадовільний стан адаптації діагностовано істотно частіше у пацієнтів з ожирінням, ніж з надлишковою та нормальною масою ((79,7 ± 4,8) % проти (48,8 ± 7,8) % та (11,1 ± 4,7) %; обидва $p < 0,01$). Кореляції були зафіксовані між АП з одного боку та ІМТ ($\tau = 0,5$; $p < 0,01$), ступенем дихальної недостатності ($\tau = 0,1$; $p = 0,04$), гематокритом ($\tau = 0,1$; $p = 0,04$), вмістом лейкоцитів ($\tau = 0,2$; $p < 0,0001$), гранулоцитів ($\tau = 0,2$; $p = 0,00001$), швидкістю осідання еритроцитів ($\tau = 0,1$; $p = 0,007$), вмістом лімфоцитів та моноцитів ($\tau = -0,2$; $p = 0,008$; $\tau = -0,1$; $p = 0,01$), з іншого.

Висновки. Ожиріння супроводжується частішим утворенням стресу та незадовільним станом адаптації у хворих на ХОЗЛ, асоціюється з поглибленням дихальної недостатності, активацією гранулоцитарної ланки запалення та пригніченням лімфоцитарно-макрофагальної, погіршенням процесів адаптації.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОЖИРІННЯ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Питецька Н. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Сьогодні на ожиріння страждає близько третини населення земної кулі, але, за прогнозами ВОЗ, до 2025 року ожиріння матиме кожен другий житель планети. Незважаючи на велику кількість нових розробок як у дієтотерапії, так і у медикаментозному лікуванні, кількість хворих з ожирінням зростає у всіх вікових групах.

Мета дослідження – визначення гендерних особливостей ожиріння у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. Обстежено 75 пацієнтів з АГ від 60 до 78 років, серед яких було 63 жінки (середній вік – (66,84 ± 0,52)), які склали 1 групу і 12 чоловіків (середній вік – (63,5 ± 0,262)), які склали 2 групу. Усім хворим проведено комплексне клінічне обстеження з визначенням основних антропометричних показників. Ожиріння виявляли, використовуючи індекс маси тіла, для визначення типу розподілу жирової тканини (ТРЖТ) використовували індекс талія/стегна Статистичну обробку одержаних даних проводили в системі «Microsoft Excel» за допомогою пакету аналізу в системі «Microsoft Excel». Оцінка вірогідності розбіжності середніх величин проводилась з використанням парного t-критерія Стьюдента.

Результати. Аналіз одержаних даних виявив, що нормальну масу тіла мали 11 (14,7 %) обстежених хворих, в жіночій групі – 8 (12,7 %), в чоловічій – 3 (25 %), надлишкову масу тіла – 29 (38,7 %), 23 (36,5 %) і 6 (50 %) осіб, відповідно, ожиріння – 35 (46,6 %), 32 (50,8 %) і 3 (25 %) пацієнта, відповідно. При цьому I ступінь ожиріння виявлено у 36,5 % осіб першої і 25 % осіб другої групи, II і III ступінь ожиріння – лише в жіночій групі, які склали 12,7 % і 1,6 %, відповідно. Проміжний ТРЖТ встановлено у 26,7 % респондентів, в першій групі вони склали 27,0 %, в другій – 25 %, андроїдний ТРЖТ виявлено в 52 % обстежених осіб, у жіночій групі вони склали 47,6 %, в чоловічій – 75 %, гіноїдний ТРЖТ визначено у 21,3 % пацієнтів, серед яких були лише жінки, які в жіночій групі склали 25,4 %.

Висновки. Таким чином, за результатами проведеного дослідження 85,3 % хворих на артеріальну гіпертензію похилого і старечого віку мали надлишкову масу тіла та ожиріння, при цьому жінки асоціювалися з ожирінням, чоловіки – з надлишковою масою тіла. У обстежених хворих, незалежно від статі, домінував андроїдний тип розподілу жирової тканини, гіноїдний тип – виявлено лише в жіночій групі.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ

Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П., Балагова Л. П.

Харківський національний медичний університет, Україна

У хворих хронічним легеневим серцем (ХЛС) затримка рідини у тканинах пов‘язана переважно з підвищенням внутрішньоторакального тиску, що є причиною розвитку недостатності кровообігу (НК) у цих хворих. Затримування надлишкової кількості рідини погіршує газообмін, що стимулює ренін-ангіотензин-альдостеронову систему (РААС) та спонукає до розвитку фіброзу. У терапії НК хворих на ХЛС з сучасних лікарських засобів використовуються торасемід® та тельмісартан що, на наш погляд, дає можливість уникнути ризику розвитку негативних наслідків терапії набрякового синдрому у хворих ХЛС.

Мета роботи – оптимізація лікування хворих ХЛС з НК.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 59 хворих з НКІІ-Б на тлі ХЛС, які одержували загально прийняту терапію. Хворим 1 групи (20 чоловік) додатково включали телмісартан 80 мг/добу (група порівняння). Хворим 2-ої групи (39 чоловік) – телмісартан + торасемід® 20 мг/добу (основна група). Оцінювали показники ЕхоКГ та доплерЕхоКГ, а також pCO_2 і pO_2 в артеріальній крові. Вивчали рівень ендотеліну-1 та РААС, а також вміст іонів натрію і калію.

Результати дослідження. На тлі проведеної терапії у хворих 2-ої групи у порівнянні із хворими 1-ої групи відзначалось зменшення задишки, ядуги, розмірів печінки та практично зникали набряки нижніх кінцівок. Поряд з цим відмічалось достовірне зниження середнього тиску у легеневій артерії, ЧСС, підвищення фракції викиду лівого шлуночку. Позитивні зміни показників гемодинаміки та РААС свідчать, що ці лікарські засоби блокують пресорні системи та викликають тканинну релаксацію і вазодилатацію у хворих ХЛС. Особливе значення має вплив цієї комбінації лікарських засобів на ендотелін-1 і альдостерон, рівень якого знизився з 331,4 до 174,7 нг/мол, що спонукає до відновлення функції ендотелію та геометрії міокарду хворих ХЛС з НК.

Висновок: застосування телмісартану у комбінації з торасемідом® у комплексній терапії хворих ХЛС супроводжувалося позитивними змінами показників РААС, ендотеліну-1, поліпшенням показників внутрішньосерцевої гемодинаміки та зменшенням клінічних проявів недостатності кровообігу без клінічних ознак порушення іонного обміну натрію і калію.

SOME ASPECTS OF TREATMENT OF CIRCULATORY FAILURE IN PATIENTS WITH CHRONIC PULMONARY HEART

Pogorelov V. M., Brek, V. V., Telegina N. D.
Kharkiv National Medical University, Ukraine

Chronic pulmonary heart (CPH) is a clinical syndrome wich is accompanied by fluid retention in tissues due to the increase of intrathoracic pressure and formation of circulatory failure (CF). The delay of excess fluid reduces efficient blood circulation, impairs gas exchange in the pulmonary circulation. Hypercapnia stimulates the renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) and elevated levels of aldosterone leads to development of fibrosis. Therefore, application of drugs with antialdosterone action - torasemid® and telmisartan, in our opinion, gives the opportunity to more effectively influence on effects of edema syndrome in patients with CPH.

The work purpose - increase of efficiency of treatment CF in patients with CPH.

Materials and methods. All 59 patients with CPH and CFII-B received general accepted therapy. In addition 20 patients of them were cured by telmisartan 80 mg/day (control group) and 39 patients were treated be telmisartan 80 mg/day and torasemid® 20 mg/day (study group). Hemodynamic parameters and the average pressure in the pulmonary artery, pCO2 and pO2 in arterial blood were estimated. There were studied levels of nitric oxide, endothelin-1 and the indices of RAAS, and particularly the relationship of aldosterone with sodium ions, and potassium.

The results of the study. On the background of therapy in patients of the main group was shown a significant decrease in shortness of breath, the size of liver and lower extremity swelling, which was accompanied by increased ejection fraction of the left ventricle. Along with reliable reduction of renin, angiotensin II and increased levels of nitric oxide, there was registered that aldosterone rate decreased of 47.6 % without significant variations of levels of sodium and potassium ions. This indicates that these drugs block the pressure systems and cause vasodilation and tissue relaxation in patients with CPH. Particular importance in this process has the effect of aldosterone on regression of fibrosis that encourages the restoration of function and geometry of the myocardium in patients with CPH.

Conclusion. Application telmisartan in combination with torasemid® in complex therapy of CF at patients with CPH accompanied by positive changes of indicators of nitric oxide, RAAS, endothelin-1 without significant negative dynamics of sodium and potassium ions. All this has led to the reduction of clinical manifestations of CF in patients CPH.

БЕЗБОЛЬОВА ІШЕМІЯ МІОКАРДА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Полянська О. С., Амеліна Т. М., Гулага О. І., Москалюк І. І.
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Безбольова ішемія міокарда (ББІМ) зустрічається у 2-57 % усього населення, а серед практично здорових осіб, які мають чинники ризику ішемічної хвороби серця у 15-20 %. ББІМ виявляють у 40-60 % хворих зі стабільною стенокардією і у 60-80 % – з нестабільною. Швидкоминуча ББІМ спостерігається у 65 % пацієнтів із застійною серцевою недостатністю. Ризик розвитку «німої» ішемії достовірно вищий у курців (у порівнянні з некурцями – 42 %), тобто паління є незалежним предиктором ішемії міокарда (ІМ). З метою вивчення особливостей виникнення ІМ проведено обстеження 82 хворих на стенокардію II (СII) та III (СIII) функціонального класу (ФК) з вивченням показників холтеровського моніторування електрокардіограми. Серед обстежених пацієнтів у 40 виявлені переважно больові (БІМ) та у 42 – ББІМ. Середній вік пацієнтів становив 53,2 роки. У хворих на СII спостерігалось прогресивне зростання частоти виникнення БІМ о 6-12 год. з наступним зменшенням після 18 год. Частота розвитку ББІМ характеризувалась найбільшим значенням в період 6-12 год., найменшим – в 0-6 год. У хворих на СIII з однаковою частотою зустрічались епізоди БІМ в проміжках між 6 та 12 год., 18 та 24 год.; з найменшою частотою – в період з 0 до 6 год. Епізоди ББІМ у хворих цієї групи прогресивно зростали впродовж доби, досягаючи максимальних величин в проміжку між 18-24 год. Аналогічна залежність розподілу характерна для епізодів ББІМ у хворих на НС. Однак, на відміну від попередніх груп, частота епізодів БІМ у обстежених хворих зростала в проміжку з 18 до 24 год. Для хворих з ПІК визначено найбільше значення частоти виникнення епізодів ББІМ в проміжку від 18 до 24 год., а найбільша частота для БІМ – в період з 12 до 18 год. При зменшенні коронарного резерву зростає імовірність частоти ішемії міокарда в більш пізні години доби. У хворих з ББІМ значно підвищується активність антиноцицептивної системи, що полягає у зменшенні больових відчуттів за рахунок посилення впливу центральної нервової системи і значно зростає поріг больової чутливості, що є найважливішою патогенетичною особливістю ББІМ. Цей механізм частіше представлений у безсимптомних пацієнтів з ознаками ішемії задньої стінки лівого шлуночка при ураженні правої коронарної артерії, де розташовується велика частина висхідних вагусних волокон.

ВИКОРИСТАННЯ 24-ГОДИННОГО ВНУТРІШНЬО СТРАВОХІДНОГО РН-МОНІТОРИНГУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Попадинець І. Р., Яцишин Р. І., Шаповал О. А., Вишиванок В. Ю., Романів О. П.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

За даними різних авторів, розповсюдженість патологічного гастроезофагеального рефлюксу у хворих на БА коливається від 33 % до 90 %. Наявність гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) у хворих на БА супроводжується погіршенням контролю захворювання, підвищенням потреби використання інгаляційних лікарських засобів, погіршенням функції зовнішнього дихання (ФЗД) та зниженням якості життя (ЯЖ).

Зміни показників добового моніторування внутрішньостравохідного pH виявляють у 80 % хворих на БА, які мають клінічні симптоми гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та у 70 % пацієнтів з БА, в яких симптоми ГЕРХ відсутні.

Мета: виявити можливий зв'язок впливу ГЕРХ на клінічний перебіг БА.

Методи і матеріали. Обстежено 42 хворих на БА III, середнього ступеня тяжкості, персистуючим перебігом, частково-контрольованою, які мали супутню ГЕРХ. Група порівняння включала 20 пацієнтів хворих на ізольовану БА. Усім хворим було проведено загально-клінічне та інструментальне обстеження. Діагноз БА встановлювався на основі скарг, обстеження та комп'ютерної спірометрії. Групі досліджуваних проведено 24-годинний pH-моніторинг в нижній третині стравоходу.

Результати. У хворих на БА із супутньою ГЕРХ частка часу з pH < 4 склала 2,7 год., що в порівнянні з практично здоровими людьми достовірно більше ($p < 0,05$). У обстежених кислотний рефлюкс відмічався частіше та тривав довше в горизонтальному положенні, ніж у вертикальному.

У пацієнтів із нічним підвищенням внутрішньостравохідної кислотності спостерігалося вірогідне збільшення частоти нічних симптомів БА. У хворих на БА наявність супутньої ГЕРХ погіршувало перебіг основного захворювання, що проявлялося зниженими показниками ФЗД, погіршенням клінічного перебігу та контролю БА в порівнянні з пацієнтами без супутньої ГЕРХ.

Висновок. Отримані дані доводять, що ГЕРХ обтяжливо впливає на перебіг БА. Таким чином, перспективним напрямком покращення контролю БА є своєчасне лікування ГЕРХ у хворих з поєднаною патологією.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ У РОБІТНИКІВ ТЮТЮНОВОГО ВИРОБНИЦТВА

Попова Т. М., [*]Мельник О. Г., [*]Рябоконь А. І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна,
[*]Харківський національний медичний університет
НДІ гігієни праці та профзахворювань

Мета дослідження – вивчити особливості формування патології ЛОР-органів у робітників при тривалому впливі тютюнового пилу.

Для вирішення поставленої мети обстежено 604 робітника тютюнової фабрики. Серед оглянутих осіб 75 % становили чоловіки, жінки – 25 %, їх середній вік відповідно (47,9 ± 2,3) років і (34,9 ± 5,3) років. Стаж роботи на даному підприємстві у чоловіків склав (14,7 ± 1,8) років, у жінок – (13,1 ± 3,5) років.

Ми розподілили робітників на 4 групи в залежності від контакту з тютюновим пилом. І групу склали 12,9 % робочих цеху підготовки тютюну, де був контакт з тютюновим пилом у концентрації, що перевищувала ГДК (6 мг/м^3), протягом всієї зміни. ІІ група – 55,1 % працівників цигарково-сигаретного цеху – контакт з тютюновим пилом, концентрація якого не перевищувала ГДК (до 3 мг/ м^3), протягом всієї зміни. ІІІ група – 20,0 % робітників інженерної служби – контакт з тютюновим пилом був 50 % робочої зміни. IV група (контрольна) – 12,0 % робітників адміністративних служб і складів, які епізодично контактували з тютюновим пилом.

За результатами обстеження патологію ЛОР-органів мали 105 робітників (17,4 %). Серед ЛОР-захворювань провідне місце займали хронічні дистрофічні захворювання (50,3 %), при цьому у працівників І і ІІ груп (17,1 % і 21,9 %, відповідно) частіше зустрічалися поєднані ураження за типом субатрофічних ринофарингітів і фаринголарингітів.

Необхідно відмітити, що частка гострих і хронічних захворювань у структурі патології ЛОР-органів (105 робітників) більш виражена в групі працівників основних цехів, ніж у працівників адміністрації (26,7 %, 45,7 % і 21,0 % в І, ІІ і ІІІ групах, а 6,6 % в IV групі, відповідно). При стажі більше 10 років в даних виробничих умовах відзначили ріст хронічних хвороб верхніх дихальних шляхів у робітників І, ІІ та ІІІ груп. Встановлено, що кількість осіб, які мали 2 і більше ЛОР-захворювань, також збільшувалася в залежності від стажу в І і ІІ групах спостереження.

За результатами експертизи профпридатності 18 працівників (3,0 %) І групи та 26 робітників (4,3 %) ІІ групи мали обмеження в даних виробничих умовах в зв’язку зі хворобами на хронічний субатрофічний ринофарингіт і фарінголарінгіт.

Таким чином, вплив тютюнового пилу і тривалий стаж роботи слід вважати важливими факторами ризику розвитку хронічних субатрофічних захворювань ЛОР-органів.

ЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ІЗ T894G ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Присяжнюк І. В.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет",
м. Чернівці

Актуальність. Ген ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNOS) відіграє важливу роль у регуляції тонусу судин, визначаючи активність ферменту eNOS, який відповідає за синтез монооксиду нітрогену в судинній стінці. Залишається недостатньо вивченим можливий зв'язок показників ліпідного профілю із T894G поліморфізмом гена eNOS.

Мета дослідження: вивчити особливості показників ліпідного профілю у крові хворих на гіпотиреоз і супутній хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) та їх можливий зв'язок із T894G поліморфізмом гена eNOS.

Обстежені пацієнти та методи дослідження. Обстежено 52 пацієнти із гіпотиреозом і супутнім ХНХ (основна група). У групу контролю увійшли 20 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю до основної групи. Вивчення ліпідного спектра проводилися на аналізаторі "Accent-200" ("Cormay S.A.", Польща). Дослідження T894G поліморфізму гена eNOS проводили у Державному закладі "Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України" (м. Київ).

Результати дослідження. Серед пацієнтів із гіпотиреозом та супутнім ХНХ у 4 (7,7 %) виявлено TT-генотип, у 20 (38,5 %) – TG-генотип, у 28 (53,8 %) – GG-генотип. T-алель гена eNOS спостерігали в 28 (26,9 %) випадках із 104 визначених алелей, G-алель – у 76 (73,1%) відповідно. Серед обстежених контрольної групи 1 (5,0 %) особа була носієм TT-генотипу, 10 (50,0 %) – TG-генотипу, 9 (45,0 %) – GG-генотипу. T-алель гена eNOS серед здорових осіб спостерігалася у 12 (30,0 %) випадках із 40 визначених алелей, G-алель – у 28 (70,0 %), відповідно. У пацієнтів носіїв T-алеля рівень холестеролу ліпопротеїдів низької щільності був на 19,2 % ($p = 0,02$) вищим, порівняно із відповідним показником у хворих з GG-генотипом. Зазначені зміни спричинили зростання індексу атерогенності у пацієнтів носіїв T-алеля, в яких він був на 14,4 % ($p < 0,05$) вищим, порівняно з таким у пацієнтів носіїв GG-алеля.

Висновки. Поширеність мінорного T-алеля гена eNOS у хворих на гіпотиреоз і супутній хронічний некалькульозний холецистит достовірно не відрізнялася від такої у здорових осіб. Для пацієнтів, носіїв T-алеля, були властиві вищі рівні холестеролу ліпопротеїдів низької щільності у крові та індекс атерогенності порівняно з відповідними показниками у хворих з GG-генотипом.

КОРЕКЦІЯ ГІПЕРЛЕПТИНЕМІЇ ЯК НОВА МІШЕНЬ ЛІКУВАННЯ

Радченко О. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Жирова тканина продукує біля сотні гормонально активних речовин, до яких відноситься лептин, роль якого інтенсивно вивчається.

З метою визначення перспектив медикаментозної корекції гіперлептинемії **проведено** узагальнення 4 дисертаційних досліджень, виконаних на кафедрі внутрішньої медицини № 2 ЛНМУ ім. Данила Галицького у 2010-15 роках (біля 80 публікацій), які вивчали вплив лептину на перебіг кардіоваскулярної та респіраторної патології.

Встановлено, що рівень лептину крові зростав за умов збільшення маси тіла у хворих на гіпертонічну хворобу (Стрільчук Л. М.,2014; Бек Н. С., 2015), ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю (Кондратюк М. О.,2014), бронхіальну астму (Слаба О. Р., 2015). Однак вміст лептину прямо корелював не тільки з вираженістю ожиріння, але й зі ступенем важкості бронхіальної астми (36,8 нг/мл при важкій та 7,6 нг/мл при середній важкості, $p = 0,003$), з кардіоваскулярним ризиком, ступенем артеріальної гіпертензії та атероґенними змінами метаболізму ліпідів, а обернену кореляцію встановлено між вмістом лептину і ступенем хронічної серцевої недостатності. Це можна пояснити участю у запаленні та метаболізмі вуглеводів і ліпідів. За нашими даними, гіперлептинемія асоціюється із нейтрофільним запаленням навіть у хворих з асептичним його характером – у пацієнтів з бронхіальною астмою та за умов хронічної серцевої недостатності та/або артеріальної гіпертензії, що супроводжується збільшенням вмісту гострофазового С-реактивного протеїну (3,40 мг/л проти 1,18 мг/л, $p < 0,05$). Вміст лептину корелював з рівнем глюкози крові в осіб з бронхіальною астмою, з кардіоваскулярною патологією і серцевою недостатністю ($\tau = 0,26$; $p = 0,02$). Гіперлептинемія також супроводжувалась гіршою функціональною здатністю нирок у хворих з артеріальною гіпертензією (швидкість клубочкової фільтрації 69 мл/хв./1,73м^2 проти 78 мл/хв./1,73м^2, $p < 0,05$), порушеннями процесів реполяризації у міокарді зі зниженням варіабельності ритму серця та більш вираженим його ремоделюванням - істотно вищою відносною товщиною міжшлуночкової перетинки та/або дилатацією правого шлуночка. Описане зниження лептину та зменшення атерогенності крові під впливом урсодезоксихолевої кислоти (Кіт З.М., Стрільчук Л.М., 2014) є перспективним напрямком терапії.

Висновок. Зменшення рівня лептину може бути новою терапевтичною мішенню внаслідок патогенетичного впливу на процеси запалення та вуглеводно-ліпідного метаболізму. Потребує вивчення вплив інших медикаментів на рівень лептину.

ГЕНДЕРНІ РОЗБІЖНОСТІ У ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Радченко О. М., Слаба О. Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Не зважаючи на прогрес у діагностиці та лікуванні бронхіальної астми (БА), спостерігається збільшення захворюваності на неї, що зумовлює потребу у перегляді діагностичних підходів, що вимагає фенотипування, за яким виділяється БА з ожирінням.

Мета дослідження: вивчити гендерні особливості перебігу БА залежно від маси тіла.

Матеріали та методи: обстежено 104 пацієнти з персистуючою БА. Діагноз хвороби та ступінь важкості БА встановлювали на основі наказу МОЗ України №128 (2007). Функція зовнішнього дихання (ФЗД) досліджувалась за допомогою спірографа «Пневмоскрин» (Німеччина). Хворі поділені на 3 групи: 1 – 22 чоловіки та 14 жінок із нормальною масою тіла, 2 – 22 чоловіки та 12 жінок з надмірною масою, 3 – 10 чоловіків та 24 жінки із ожирінням, співставні за віком. Статистичну обробку проводили за допомогою програми «Statistica for Windows 6.0»

Результати: 91,6 % жінок з ожирінням відмічали перші симптоми хвороби у зрілому віці, а 40 % чоловіків хворіли з дитинства ($p < 0,05$). Серед хворих з нормальною масою тіла 59,1 % чоловіків та 57,1 % жінок, хворіли менше 10 років. Отже, жінки з ожирінням, зазвичай, мали коротший анамнез хвороби ніж чоловіки з поданої групи, тоді як за умов нормальної маси тіла не було виявлено гендерної різниці в тривалості хвороби. Не зважаючи на те, що більшість жінок з ожирінням хворіли на БА менше 10 років, у них істотно частіше виявляли ускладнений перебіг (дихальна недостатність III ступеня (66,7 %, $p < 0,05$) та емфізема легень (55,6 %, $p < 0,05$). За супутніми хворобами істотних відмінностей не виявлено, окрім того, що чоловіки з ожирінням хворіли на цукровий діабет 2 типу майже втричі частіше, ніж жінки (22 % проти 60 %, $p < 0,05$). У чоловіків БА на фоні надлишкової маси тіла мала важчий перебіг, що підтверджується зниженням як об'ємних так і швидкісних показників. Серед них усі показники, що підтверджують рестриктивні зміни в легенях: ФЖЄЛ (57,2[43,8;67,0] % проти 70,0[64,6;74,7] %, $p = 0,003$) та $ЖЄЛ_{вд}$ (52,5 [39,44 66,0] % проти 69,9 [60,4; 76,2] %, $p_{ч-ж} = 0,009$). Також у чоловіків виявилися більш виражені обструктивні зміни на рівні дрібних і середніх ($СОШ_{25-75}$ 24,1[18,4;36,6] % та 30,7[26,5;40,3] %, $p = 0,049$) та великих (ПОШ 27,1[22,6;35,4] % та 34,1[26,9;46,0] %, $p = 0,041$ та $МОШ_{25}$ 19,8[14,2;28,3] % та 28,2[24,0;38,0] %, $p = 0,006$) бронхів.

Висновок. Не зважаючи на коротший анамнез хвороби та вищі показники ФЗД, у жінок з ожирінням істотно частіше виявляється ускладнений перебіг бронхіальної астми.

СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Распутіна Л. В., Распутіна А. В., Бронюк Я. І.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Україна

Наявність депресії у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) розглядається як додатковий незалежний фактор серцево-судинного ризику, що значно обтяжує клінічний перебіг ІХС, а також впливає на прогноз захворювання. Висока частота тривожно-депресивних розладів різного ступеня вираженості відзначається у хворих після втручань з реваскуляризації міокарда, які на сьогоднішній день є найбільш ефективними методами лікування ішемічної хвороби серця (ІХС), але водночас значною стресогенною подією.

Метою нашої роботи було виявлення депресії у пацієнтів інфарктом міокарда залежно від тактики лікування.

Матеріали та методи: Проанкетовано 125 хворих на інфаркт міокарда (ІМ), середній вік – (64,2 ± 4,7) років. Дослідження включало етапне анкетування: на першому етапі провели скринінг депресії за допомогою анкети PHQ – 2. При позитивній відповіді хоча б на одне питання, проведено оцінку тяжкості депресії за анкетою PHQ – 9 Проанкетовано 80 хворих, яких розділили на групи: І група – пацієнти на ІМ, після черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ), n = 52, середній вік – (62,3 ± 6,1) рік та ІІ група (контрольна), пацієнти ІМ, котрим не проводили ЧКВ, n = 28, середній вік (65,4 ± 5,4) років.

Результати. На першому етапі ознаки депресії виявлені у 80 пацієнтів (63,4 %). Легка «субклінічна депресія» виявлена у 31,3 % осіб, помірної ступені важкості у 21,2 %, середньої ступені важкості у 20,2 % та важка депресія у 8 %. У хворих І групи достовірно більше було пацієнтів, що мали легкий та помірний ступінь депресії (p = 0,005). У хворих ІІ групи суттєво зростає частота осіб з важкою депресією (p = 0,001).

Висновки: У хворих на ІМ депресія виявлена у 54 % осіб, у 76 % чоловіків та 24 % жінок. Частіше ознаки депресії виявлені у осіб, котрим не проводилось ЧКВ. У хворих після ЧКВ Достовірно більше пацієнтів без депресії (21,2 %), достовірно частіше діагностовано легку «субклінічну» депресію (32,7 %), що виявлено переважно у чоловіків, без супутньої стенокардії та ІМ в анамнезі. У хворих, котрим не проводилось ЧКВ достовірно зростає частка пацієнтів, з діагностованою помірною, середньої важкості та важкою депресією.

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ ІЗ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ

Рева Т. В., Рева В. Б., Войткевич Ю. І.

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

Значне поширення патології гастродуоденальної зони, прогресування та залучення до патологічного процесу сусідніх органів травлення та інших систем організму, частий розвиток ускладнень, недостатня ефективність консервативних методів лікування привертає увагу до цієї проблеми не лише як до медичної, але й як до соціальної.

Згідно літературних даних за останні роки дуоденогастральний рефлюкс (ДГР) часто залишається «непоміченим» клініцистами як такий, що не вимагає додаткового лікування. Дослідження довели, що жовчний (лужний, або біліарний) рефлюкс є важливим компонентом гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), спричиняючи навіть більш тяжкі форми езофагіту, ніж ізольований кислий рефлюкс, обтяжує перебіг рефлюксної хвороби та є незаперечним фактором канцерогенезу.

У значної кількості хворих розвитку рефлюкс-езофагіту сприяє закид у нижню третину стравоходу лужного дуоденального вмісту, при цьому дія лугів та жовчних кислот на слизову оболонку стравоходу може бути навіть більш вираженою, ніж дія кислот. За наявності ДГР на слизову оболонку шлунка та стравоходу негативний вплив здійснюють жовчні кислоти, що ушкоджують фосфоліпіди клітинних мембран, лізолецитин тощо

Показники психосоматичного статусу визначали за тестом САН, який добровільно заповнили 40 пацієнтів на ГЕРХ із ДГР. Тест проводиться для швидкої оцінки самопочуття, активності та настрою. Шкала складалась з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розміщувалась між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображали швидкість і темп перебігу функцій (активність), силу, здоров'я, втому (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Пацієнти повинні були вибрати та відмітити цифру, що найточніше відображала їх стан на момент обстеження.

Аналіз отриманих даних психосоматичного статусу за тестом САН показав, що у хворих мало місце зниження показників самопочуття, активності та настрою. Середній показник самопочуття у хворих цієї групи склав (2,1 ± 0,09) балів. Аналізуючи зміни рівня активності у хворих відмічали зниження показників до середнього рівня (2,5 ± 0,11). Середні значення настрою у обстежуваних склали (2,0 ± 0,22) балів.

Супутній дуоденогастральний рефлюкс є чинником, що обтяжує перебіг гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, погіршує психосоматичний статус пацієнтів та якість життя.

PECULIARITIES OF THE ENDOTHELIUM FUNCTIONAL STATE IN PATIENTS WITH COMORBID COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HYPOTHYROIDISM

Reva T. V., Voytkevich Y. I., Reva V. B.

Higher State Educational Establishmeny of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Nitrogen monoxide (NO), endothelium dependent relaxing factor, one of the important regulators of the vascular tonus and transmission of nerve impulses, provides protection of the mucous lining of the digestive tract, motion and secretion. It is synthetized from L-arginine as the result of action of P450similar enzymes called NO-synthetases (NOS).

There are certain experimental findings concerning NO effect on the development of motor disorders of the inferior esophageal sphincter (IES) tonus. Relaxation of the esophagus and IES is proved to occur due to non-adrenergic non-cholinergic innervation (NANS), where NO is a principal mediator releasing from NANS-neurons of the intermuscular plexus. Neuron stimulation is accompanied by an increased activity of NOS and NO excretion. NO hyperproduction promotes the development of IES stable relaxation and increased amount and duration of gastroesophageal reflux.

Endothelium functional state has been evaluated by the content of NO metabolites. NO content in the blood serum has been estimated by the amount of total final metabolites of nitrogen monoxide (nitrates + nitrites) using Greece reagent.

The results of the study conducted were indicative of the fact that in 100% of the examined patients (65 individuals) with GERD and comorbid hypothyroidism expected endothelial dysfunction was found. The patients presented a reliable increase of NO indices in the blood – to 20,2±0,21 micromole/L (on 39,8%) ($p<0,001$) as compared with the index of practically healthy individuals (14,5±0,53 micromole/L) respectively. The intensity of nitrous stress has been found to increase together with growing intensity of the inflammatory process in the esophageal mucous membrane in patients with GERD and reflux-esophagitis.

The performed correlation analysis resulted in the detection of a reverse connection between NO content and free T_4 ($r=-0,531$, $p<0,05$); No content and free T_3 ($r=-0,479$, $p<0,05$); direct correlation connection between the concentration of pituitary thyrotrophic hormone and NO ($r=0,647$, $p<0,05$) in the patients examined.

Pathological hyperproduction of NO by leukocytes due to inflammatory process of the esophageal mucous membrane promoted activation of nitrous stress and development of generalized venous dilation resulting in decreased function of the inferior esophageal sphincter and GERD progressing against the ground of hypothyroidism.

Therefore, the study conducted is indicative of a considerable imbalance of endothelial functional state indices with endothelial dysfunction formation in patients with comorbid GERD and hypothyroidism.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ ЦИНКА

Резниченко Е. К., Каширина А. В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина, Кафедра неврологии № 1

Гепатоцеребральная дегенерация (ГЦД), или болезнь Вильсона-Коновалова, является тяжелым хроническим прогрессирующим заболеванием с генетически обусловленным нарушением метаболизма меди. Регистрируется в среднем 30 случаев на 1 млн человек и без лечения может приводить к летальному исходу. Хелатирующий препарат пеницилламин часто дает осложнения, с чем связана необходимость в поиске менее токсичных препаратов для ГЦД.

Цель исследования – изучить эффективность солей цинка в лечении больных с неврологическими формами ГЦД.

Материалы и методы. Под наблюдением 8 пациентов (5 женщины и 3 мужчин) больных с ГЦД. Возраст на момент госпитализации от 16 до 34 лет, в среднем 24,7 лет; на момент дебюта заболевания – от 12 до 23 лет, в среднем 17,9 лет. У 4 больных имела место дрожательно-ригидная форма, у 3 – дрожательная и у 1 пациента - аритмогиперкинетическая форма ГЦД. Все пациенты на момент обследования принимали монотерапию солями цинка не менее одного года, в связи с осложнениями при приеме пеницилламина.

Результаты. В результате проведенного лечения наблюдалось улучшение психо-неврологического статуса у всех пациентов, а именно – снизился тремор, исчезла дисфагия, улучшилась речь, снизились амплитуда и частота гиперкинезов. Также, согласно результатам тестирования по шкале MMSE (Mini-Mental State Examination), у 7 больных наблюдалось улучшение когнитивной сферы. Побочные эффекты в виде незначительной диспепсии наблюдались у двух пациентов.

Выводы. Соли цинка достаточно в лечении ГЦД и являются достойной альтернативой пеницилламину. Препараты малотоксичны и не вызывают серьезных осложнений. Однако с учетом клинической картины и дополнительных методов исследования, наряду с патогенетической терапией, 1-2 раза в год необходимо симптоматическое лечение.

ЗМІНИ ПАРАМЕТРІВ ГЕМОГРАМИ, ФЕРОКІНЕЗУ, ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ

Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Аянтунджи Флоренс

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – оцінити динаміку параметрів гемограми, метаболізму заліза, якості життя у хворих з анемією на тлі хронічної серцевої недостатності коронарогенного ґенезу та хронічної хвороби нирок під впливом стандартної терапії з залученням комбінації препаратів трьохвалентного заліза та епоетину.

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II-IV функціонального класу (ФК), що виникла внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), та супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН) 3 стадії. Хворі з ХСН при ІХС та ХХН з анемією отримували комбінацію препарата заліза (III) гідроксид полімальтозного комплексу перорально з епоетином β. Наявність та стадії ХХН визначали за класифікацію, запропонованою експертами Національного ниркового фонду США (NKF) K/DOQ і у 2005 році затверджену II З'їздом нефрологів України. Причиною ХХН був хронічний пієлонефрит (ХП) у 100 % хворих. Діагноз анемії встановлювали згідно критеріїв Медичного комітету стандартів гематології (ICST, 1989): зниження концентрації гемоглобіну у венозній крові менш ніж 120 г/л для жінок та менш ніж 130 г/л для чоловіків.

Результати. У результаті корекції анемії із застосуванням комбінації епоетину β і препаратів заліза (III) на тлі стандартної терапії спостерігалося достовірне підвищення рівня гемоглобіну, збільшення дистанції шестихвилинної ходьби, зменшення сумарного ФК ХСН. Спостерігається вірогідне поліпшення параметрів якості життя за MLHFQ в основному за рахунок фізичної сфери. При вивченні параметрів, що характеризують емоційну сферу, простежується тенденція до зменшення даного показника, що відображає поліпшення емоційного стану пацієнтів на тлі корекції анемії. Вивчення показників обміну заліза показало позитивну динаміку, що проявлялося достовірним збільшенням рівня сироваткового заліза і розчинного рецептора трансферину, нормалізацією коефіцієнта насичення трансферину ($p < 0,05$). Виявлено вірогідне зниження рівня феритину, при цьому рівень даного показника, що відображає стан депонованого фонду заліза, залишався в межах норми. Цільових рівнів гемоглобіну у хворих з анемією на тлі ХСН при ІХС та ХХН досягли всі хворі.

Висновки. Застосування комбінації препаратів заліза трьохвалентного та епоетину β супроводжується нормалізацією параметрів метаболізму заліза, покращенням якості життя хворих

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАМЕТРІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИАНЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК

Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Аянтунджи Флоренс

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета – оцінити прогностичну цінність параметрів кардіогемодинаміки щодо ефективності антианемічної терапії з використанням препаратів заліза (II) хворих з хронічною серцевою недостатністю при ішемічній хворобі серця та хронічній хворобі нирок.

Матеріали та методи. Обстежено 50 хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II-IV функціонального класу (ФК), що виникла внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), та супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН). Наявність та стадії ХХН визначали за класифікацію, запропонованою експертами Національного ниркового фонду США (NKF) K/DOQ і у 2005 році затверджену II З'їздом нефрологів України. Причиною ХХН був хронічний пієлонефрит (ХП) у 100 % хворих. Діагноз анемії встановлювали згідно критеріїв Медичного комітету стандартів гематології (ICST, 1989): зниження концентрації гемоглобіну у венозній крові менш ніж 120 г/л для жінок та менш ніж 130 г/л для чоловіків.

Результати. Для прогнозу хорошого ефекту перорального препарату заліза (II) характерно: фракція викиду ≥ 41 %, наявність концентричного ремоделювання або концентричної гіпертрофії, діастолічна дисфункція за типом порушення релаксації, кінцево-діастолічний розмір $\leq 4{,}5$ см, кінцево-систолічний об'єм ≤ 120 мл, індекс маси міокарда лівого шлуночка ≤ 140 г/м^2. На користь задовільного ефекту свідчать: фракція викиду ≤ 40 %, ексцентрична гіпертрофія, діастолічна дисфункція за типом рестрикції, кінцево-діастолічний розмір $\geq 4{,}6$ см, кінцево-систолічний об'єм ≥ 121 мл, індекс маси міокарда лівого шлуночка ≥ 141 г/м^2.

Висновки. У хворих з хронічною серцевою недостатністю при ішемічній хворобі серця та хронічній хворобі нирок спостерігається зворотна залежність терапевтичного ефекту антианемічної терапії від ступеня систолічної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка.

ВАРІАНТИ ЗМІН КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З РАННЬОЮ ПІСЛЯІНФАРКТНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ, ЇХ ЗВ'ЯЗОК З МАРКЕРАМИ ЗАПАЛЕННЯ І ФУНКЦІЄЮ ЕНДОТЕЛІЮ

Рокита О. І., *Лисак З. В., Ткаченко Л. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ,
**Олександрівська клінічна лікарня м. Києва, Україна*

Мета: визначити варіанти змін морфології коронарних артерій пацієнтів з ранньою післяінфарктною стенокардією (РПІС) за даними оцінки можливої нестабільності бляшки коронарних артерій (КА) при рентгенконтрастній коронаровентрикулографії (КВГ) з визначенням її зв'язку зі змінами маркерів запалення і ендотелійзалежної вазодилятації (ЕЗВД) в умовах консервативного лікування.

Матеріал і методи: обстежено 150 пацієнтів з інфарктом міокарда (ІМ), які лікувалися консервативно. Середній вік склав (57,3 ± 7,9) років, чоловіків – 84 %. У 72 пацієнтів діагностували РПІС. Контрольну групу склали 78 хворих без РПІС. Методи дослідження включали КВГ і манжеточну пробу з визначенням ЕЗВД. Оцінювали також кількість лейкоцитів і рівень фібриногену в периферичній крові в динаміці, як маркери неспецифічного запалення. За хворими спостерігали протягом 12 місяців.

Результати. Найбільш несприятливим за прогнозом є варіант РПІС з наявністю нестабільної бляшки в неінфарктзалежній артерії (42,4 % випадків РПІС), який в порівнянні з варіантами з нестабільною бляшкою в інфаркт залежній артерії (44,2 % випадків) і без нестабільної бляшки (13,4 %), асоціюється з найбільшою вираженістю ознак ішемії міокарда і маркерів неспецифічного запалення і зниженням ЕЗВД.

ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ, ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО

Ромаш І. Б.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна, Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Метою роботи є аналіз результатів опитування, проведеного серед англомовних студентів-медиків факультету підготовки іноземних громадян. Опитування проводили у студентів, переведених із зони АТО, із Луганського та Донецького медичних університетів. Результати анкетування дозволяють охарактеризувати враження студентів-іноземців, які навчаються в Івано-Франківському національному медичному університеті впродовж 1,5 років.

Матеріали і методи: за даними деканату в нашому ВУЗі навчається 590 внутрішньо-переселених із зони АТО студентів-іноземців. 362 із них відповіли на питання нашої анкети. Анкетування проводилося анонімно англійською мовою.

Результати дослідження: 66 % опитаних нами студентів обрали наш ВУЗ для продовження навчання як найбільш віддалений від зони АТО; 12 % – через дешевшу оплату за навчання; 22 % – за рекомендацією друзів чи знайомих,що тут навчаються. За даними анкетування наш ВУЗ повністю відповідає покладеним очікуванням у 17 % опитаних; 50/50-у 44 %.

При переведенні до нашого ВУЗу студенти зіткнулися із наступними труднощами:відсутність оригіналів документів із попереднього місця навчання у 32 %; невідповідність у навчальній програмі – 30 %; побутові труднощі – 30 %; психологічні труднощі у 5 %; погіршення стану здоров'я у 3 %. Найважчим під час адаптації до нового університетського середовища були: мовний бар'єр (погане знання української мови) – у 56 %; побутові труднощі – 23 %; психологічні труднощі – 15 %. Повністю адаптованими вважають себе 6 % опитаних. Дружні стосунки із новими одногрупниками склались у 64 % студентів. Викладачі під час адаптації до університетського середовища у 43 % випадках зіграли сприятливу роль. Найбільшим помічником у процесі переміщення для цих студентів стали їхні земляки – 56 %;викладачі та студенти ВУЗу – 21 %; консульства рідної країни – 12 %; і деканат університету – 12 %. Внутрішню тривогу у цей період відчували 64 % студентів. На думку самих студентів-переселенців в 33 % найважчими є надто короткі перерви між заняттями; 32 % – труднощі із винайманням житла; 31 % – нестача підручників; 4 % – труднощі в налагодженні харчування. За медичною допомогою у студентську поліклініку 1 раз в пів року звертається 48 %, 1 раз на 3 місяці – 13 %. 1-2 рази на місяці – 2 %, щотижня – 4 %.

Стан здоров'я студентів, на їхню особисту думку, у 36 % випадків став кращим, у 50 % – не змінився, у 14 % – погіршився

Висновки: даним опитуванням ми з'ясували, які проблеми турбують студентів-іноземців, переміщених із зони АТО, і спільно шукатимемо шляхи їх вирішення.

НЕВРОТИЗАЦІЯ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Ромаш І. Б., Ромаш Н. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Метою нашої роботи було вивчити вплив рівня невротизації на розвиток АГ у студентів 3 курсу ІФНМУ.

Матеріали і методи. Було проведено анкетування 548 осіб віком від 18 до 24 років: 187 чоловіків (34,1 %), 361 жінок (65,9 %). Середній вік опитуваних становив 21 рік. Рівень артеріального тиску та вплив факторів розвитку АГ вивчалися за допомогою анкети Sindi, а рівень невротизації за методом Васермана. Для оцінки результатів анкетування використовувалася методика кореляційного аналізу.

Результати дослідження: У 78 опитаних було вперше виявлено підвищення АТ. Серед них 47 жінок (13,01 %) 31 чоловіків (16,6 %). Дослідження показали прямий кореляційний зв’язок між рівнем невротизації та вибраними факторами розвитку АГ, а саме: а) активним курінням (чол. – 1; жін. – 0,85); б) пасивним курінням (чол. – 0,99; жін. –1); в) частим вживанням алкоголю (чол. – 0,99; жін. – 1); г) факторами остеохондрозу (біль у шиї, попереку і головний біль) (чол. – 0,95 %; жін. – 0.99 %); д) стресовим фактором (чол. – 0,9; жін. – 0,95). Ми також простежили прямий кореляційний зв'язок між рівнем невротизації та: а) підвищенням систолічного АТ (чол. – 0,95; жін. – 0,88); б) підвищенням діастолічного АТ (чол. – 0,95; жін. – 1).

З проведеної роботи можна зробити наступні висновки: а) рівень невротизації у студентів безпосередньо впливає на розвиток АГ; б) встановлено сильні кореляційні зв’язки між усіма вибраними факторами ризику і рівнем невротизації. Отже, рівень невротизації має прямий та опосередкований вплив на розвиток АГ.

МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Росул М. М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. На сьогодні провідне місце у структурі захворюваності та смертності населення України продовжують посідати серцево-судинні захворювання (ССЗ), які представлені головним чином ішемічною хворобою серця та цереброваскулярними захворюваннями. Серед модифікуючих факторів формування атеросклеротичного процесу, що лежить в основі цих захворювань, є дисліпідемія. На жаль, не завжди вдається досягти цільових рівнів ліпідів навіть при призначенні найбільш активних статинів; що веде до збереження високого кардіоваскулярного ризику у пацієнтів. Окрім того, проведення статинотерапії може супроводжуватись розвитком побічних ефектів, що обумовлює необхідність призначення інших гіполіпідемічних засобів. У цьому зв'язку важливим є пошук нових фітопрепаратів, які були б здатні паралельно зі статинами впливати на корекцію гіперліпідемії.

Мета: розглянути можливості корекції дисліпідемії за допомогою нового фітопрепарату, що поліпшує ліпідний спектр крові – полікозанолу.

Матеріали та методи: аналіз даних літературних джерел щодо механізму дії фітопрепарату полікозанолу.

Результати. Полікозанол – запатентований продукт, який містить природну суміш вищих первинних аліфатичних спиртів, що виділені й очищені з воскової маси цукрової тростини (Saccharum officinarum, L.). Фармакологічна дія препарату ґрунтується на зниженні синтезу холестерину в печінці і прискоренні катаболізму ліпопротеїдів низької щільності. Результати клінічних досліджень, показали, що 10 мг полікозанолу за ефективністю є еквівалентними 20 мг ловастатину, 10 мг правастатину і 10 мг симвастатину. Особливий інтерес представляє здатність рослинного препарату підвищувати рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності. За допомогою статинів подібного ефекту досягти не вдавалося. Крім цього, полікозанол не має такої кількості побічних ефектів, як статини, особливо гепатотоксичної дії. Полікозанол проявляє також антитромбоцитарний ефект, який можна порівняти з ефектом від застосування невеликих доз аспірину. Він впливає на синтез простагландину, знижує рівень тромбоксану А2, підвищуючи рівень простацикліну, тим самим запобігаючи агрегаційним процесам.

Висновки: застосування полікозанолу поряд із стандартною статинотерапією здатне підвищити ефективність гіполіпідемічної терапії та характеризується хорошою переносимістю. Препарат також проявляє властивості антитромбоцитарного засобу.

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК ОБТЯЖУЮЧИЙ ЧИННИК ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Росул М. М., Бугір І. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ: на сьогодні актуальним є вивчення безсимптомної гіперурикемії (ГУ) як обтяжуючого фактору, що впливає на перебіг серцево-судинних захворювань.

Мета: вивчення впливу безсимптомної ГУ на перебіг артеріальної гіпертензії (АГ) у жінок.

Матеріали та методи: обстежено 60 жінок з АГ (середній вік – (65,25 ± 10,8) років). Залежно від рівня сечової кислоти (СК) у сироватці крові виділено 2 групи хворих: основна група – 30 хворих на АГ з ГУ та група порівняння – 30 хворих на АГ з нормоурикемією (НУ). За рекомендаціями Європейської ліги боротьби з ревматизмом критерієм ГУ вважали рівень СК у сироватці крові ≥ 360 мкмоль/л. Всім хворим проводились загальноприйняті клінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Статистичну обробку даних проводили із застосуванням програми Statistica 6.0.

Результати: аналіз гемодинамічних показників не виявив достовірної різниці середніх значень систолічного та діастолічного артеріального тиску у виділених групах хворих. Обстежені групи також статистично достовірно не відрізнялися за частотою серцевих скорочень.

За даними електрокардіографії екстрасистолічна аритмія та порушення провідності спостерігалися в 1,9 разів частіше у хворих із безсимптомною ГУ. Становив інтерес аналіз асоціації між ГУ й наявністю в обстежених хворих ішемічної хвороби серця (ІХС) та серцевої недостатності (СН). У результаті обстеження в 30,0 % хворих на АГ та ГУ діагностовано ІХС, стенокардію напруги, що у 88,9 % випадків проявлялась стабільною стенокардією II функціонального класу (ФК) та у 11,1 % – III ФК, у той час як у хворих із нормальним рівнем сечової кислоти ІХС, стабільна стенокардія мала місце у 23,3 % випадків і була представлена стенокардією II ФК. СН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка спостерігалась тільки у хворих на АГ за наявності ГУ – у 13,3 % випадків.

Висновки. У жінок з артеріальною гіпертензією за наявності гіперурикемії спостерігається більша схильність до порушення ритму і провідності. Серцева недостатність із діастолічною дисфункцією лівого шлуночка та ІХС, стабільна стенокардія напруги III ФК була відмічена нами тільки у хворих на АГ за наявності ГУ. Виявлені зміни вказують на необхідність раннього виявлення порушень пуринового обміну у хворих на АГ з наступною адекватною їх корекцією, що буде сприяти підвищенню ефективності лікування АГ та покращенню прогнозу даних хворих.

ФАКТОРИ АГРЕСІЇ ТА ЗАХИСТУ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТОМ

Руденко А. І., Марчук А. А., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити особливості функціонального стану слизової оболонки шлунка у хворих з ерозивним рефлюкс-езофагітом (ЕРЕ) та неерозивним рефлюкс-езофагітом (НРЕ).

Матеріали і методи. Дослідження шлункового вмісту проведено у 114 пацієнтів. Пацієнти були поділенні на чотири групи: I – хворі з гіперацидною секрецією (pH 1,35-2,0), II – з ацидною (pH 3,1-4,1), III – з гіпоацидною, IV – з анацидною секрецією шлунка. В шлунковому соці (ШС) визначали: pH, концентрацію пепсину (П), глікопротеїнів (Г), сіалових кислот (СК), фукози (ФК), гексозаміни, жовчні кислоти.

Результати та обговорення. Встановлено, що у пацієнтів з ЕРЕ було виявлено, що в I групі концентрація П в ШС була підвищена в 2,9 рази ($p > 0,05$) відносно контрольної групи та в 57,1 % випадків спостерігалася пригнічена функція глікопротеїнів. У II групі навпаки – функціональна активність цих клітин у більшості пацієнтів була підвищена (76,5 %). Поряд з цим у 50,0 % хворих з анацидною секрецією шлунка вміст фукози був збережений, лише майже у третини спостерігалася збільшена її концентрація і у чверті пацієнтів – зменшена. Концентрація гексозамінів також збережена була у більшості хворих I групи (57,1 %), однак у 42,9 % хворих цей показник був знижений в 2,1 рази ($p < 0,001$), тоді як в II групі в усіх пацієнтів – підвищений в 1,6 рази ($p < 0,05$). Вміст СК був достовірно підвищеним в I групі в 4,3 рази ($p < 0,001$), в II групі – в 5,5 разів ($p < 0,001$), відносно контрольної групи. При дослідженні пацієнтів з НРЕ встановлено, що у більшості хворих I групи відмічалось збільшення агресивних властивостей ШС, яке проявлялося у знижені pH ШС та підвищенні рівня П. Тоді як у інших на тлі гіперацидної секреції спостерігається збільшення кількості жовчних кислот в ШС. В I та IV групі концентрація Г збільшилась в 1,5 рази по відношенню до контроля ($p < 0,01$), тоді як концентрація ФК в ШС знижувалась 1,2 рази ($p < 0,01$) тільки в I групі. Рівень СК в II групі збільшувався у 5,0 разів ($p < 0,001$), а в III та IV групі, навпаки, знижувалась в 3,4 рази ($p < 0,001$).

Висновки. У пацієнтів з ЕРЕ спостерігався більш виражений дисбаланс факторів агресії та захисту, ніж у хворих з НРЕ, що проявлялося в збільшенні темпу секреції H^+ іонів і концентрації пепсину при одночасному дефіциті концентрації вуглеводних термінальних залишків глікопротеїнів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ

Руденко М. І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження. Вивчення зв'язку між порушеннями клубочкової (креатинін (Кр), кліренс креатиніну (ККр), цистатін С (ЦсС)), електролітовидільної (Na^+, K^+) та канальцевої (β2-мікроглобулін сечі (β2-МГ)) функцій нирок при ІХС та ІХС в поєднанні з хронічним пієлонефритом (ХП).

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН різних функціональних класів. Перша група (I) – 40 хворих з ХСН без супутнього ХП, друга (II) – 20 пацієнтів з ХСН та ХП. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня ЦсС сироватки крові, β2-МГ сечі. Рівень Кр визначали методом Яфе.

Результати дослідження. В I групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 23,9 %, ($p < 0,05$), зниження ККр на 28,4 %, ($p < 0,05$), підвищення рівня ЦсС на 49,3 %, ($p < 0,05$), збільшення β2-МГ на 57 % ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У II групі рівень Кр підвищувався на 65,4 %, ($p < 0,01$), ККр знижувався на 49,7 % ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 84,2 % ($p < 0,01$), β2-МГ підвищувався на 113,9 % ($p < 0,01$) в порівнянні з контрольною групою. Відмінності показників між I і II групами були достовірні ($p < 0,05$). У I і II групах рівні Na^+ і K^+ знаходилися в межах норми, проте у пацієнтів II групи в порівнянні з хворими I групи визначалося достовірне збільшення рівня Na^+ на 11,4 % ($p < 0,05$).

Висновки. При поєднанні ХСН та ХП у хворих виявлені субклінічні порушення функції нирок. Багатофакторність патогенезу кардіоренального синдрому, що розвивається на тлі ІХС і ІХС у поєднанні з ХП, обумовлена рядом ініціальних факторів, що забезпечують формування «застійної» нирки, порушенням гломерулярної, канальцевої, електролітовидільної функцій нирок розвитком нефросклерозу з характерною клінічною картиною.

ГІПОНАТРІЄМІЯ І ПРОГНОЗ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ: ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК?

Рудик Ю. С., Лазіді К. Л.

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

Хронічна серцева недостатність (ХСН) на сьогоднішній день є найпоширенішим ускладненням серцево-судинних захворювань. 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 %. Велика значущість цього захворювання обумовлена і значними фінансовими витратами, насамперед тією їх частиною, що припадає на госпіталізованих хворих (Рекомендації Асоціації кардіологів України з лікування хронічної серцевої недостатності у дорослих [перегляд 2012 року]).

Найбільш частими етіологічними чинниками ХСН у Європі та США на сьогодні вважають ішемічну хворобу серця і артеріальну гіпертензію, які, за даними епідеміологічних і багатоцентрових клінічних досліджень, діагностують у 60-75 % таких хворих. Гіпонатріємія (зниження концентрації натрію у сироватці крові менше 135 ммоль/л) є одним з найбільш розповсюджених порушень електролітного обміну у пацієнтів з ХСН. Знижений рівень натрію у сироватці зв'язаний з несприятливим прогнозом, відображає важкий перебіг захворювання і може бути незалежним предиктором ускладненого перебігу і смертності таких хворих. При ХСН зустрічальність складає від 8 % до 28 % в залежності від вибірки, що аналізувалась. За даними американських авторів 1- та 5-річна смертність у хворих з гіпонатріємією становить 22,5 % та 42,3 %. Оскільки гіпонатріємія є важливим фактором ризику несприятливого прогнозу пацієнтів з ХСН, а також враховуючи загальний патогенез порушення обміну натрію і розвитку кардіоренального синдрому, можна думати про наявність зв'язку між ними. Електролітні та кислотно-основні аномалії потенційно небезпечні у хворих із ХСН, особливо якщо вони поєднуються з ожирінням. Спостерігаються високі показники смертності і частоти розвитку ускладнень перебігу ХСН при наявності у хворих гіпонатріємії і ожиріння.

На сьогоднішній день ведеться постійний пошук клініко-прогностичних факторів, які можуть сприяти покращенню субклінічної або клінічної діагностики ХСН. Дані клінічних досліджень свідчать про те, що вдосконалення лікування ХСН з урахуванням порушень обміну натрію може покращити прогноз таких хворих.

АНАЛІЗ ВИЖИВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ І БЕЗ НЬОГО В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІЗНИХ ТИПІВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ

Рудик Ю. С., Удовиченко М. М., Лозік Т. В.

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

Мета. Дослідити виживаність хворих із хронічною серцевою недостатністю (СН) на тлі супутнього цукрового діабету (ЦД) 2 типу та без нього із систолічною дисфункцією лівого шлуночка протягом 15 місяців в залежності від різних типів Ser49Gly та Arg389Gly поліморфізмів гена β1-адренорецепторів (Б1АР).

Методи дослідження. Обстежено 121 хворий із СН та систолічною дисфункцією лівого шлуночку на тлі перенесеного інфаркту міокарду. Поліморфізм гена Б1АР за 2 точковими мутаціями Ser49Gly (49 локус) та Arg389Gly (389 локус) було визначено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції) у 99 пацієнтів. Усі пацієнти отримували стандартну терапію СН із застосуванням бісопрололу. Період спостереження становив 15 місяців. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням STATISTICA, версія 6 для MS Windows MS.

Результати. У ході нашого дослідження було встановлено, що продовж 15 місяців у пацієнтів, що знаходилися під спостереженням, летальні результати були зафіксовані у 9 (7,4 %). У групі пацієнтів з СН і ЦД 2 типу померли 6 пацієнта (11,8 %), у групі без порушень вуглеводного обміну – 3 (4,3 %). Проте у результаті порівняльного аналізу летальності серед пацієнтів з СН із супутнім ЦД 2 типу та пацієнтів з СН без ЦД 2 типу, достовірних відмінностей знайдено не було ($\chi^2 = 2{,}397$, $p = 0{,}122$), що обумовлено ймовірно малим періодом спостереження і невеликою кількістю вибірки. Аналіз отриманих даних дозволив встановити, що в усіх померлих протягом року пацієнтів з СН на тлі ЦД 2-го типу та без нього визначався Ser49Ser поліморфний варіант гена Б1АР. Виявлені відмінності, проте не досягли критерію достовірності через недостатнє число спостережень у досліджуваній вибірці ($\chi^2 = 4{,}624$, $p = 0{,}099$). Відмінності між двома групами також не досягли статистичної значущості ($p > 0{,}05$). При аналізі зв'язку поліморфізму Arg389Gly з частотою летальних наслідків: у 6 померлих (66,7 %) був зареєстрований Arg389Gly варіант і лише у 3 (33,3 %) – Arg389Arg тип поліморфізму Б1АР. Gly389Gly поліморфізм серед померлих не зустрічався. У результаті порівняльного аналізу летальних наслідків та цих видів поліморфізму гена Б1АР серед пацієнтів з СН достовірних відмінностей за 389 локусом знайдено не було ($\chi^2 = 0{,}679$, $p = 0{,}410$ і $\chi^2 = 2{,}597$, $p = 0{,}273$, відповідно). Відмінності між групами з ЦД та без нього виявилися статистично недостовірними.

Висновки. Аналіз зв'язку між виживаністю хворих та гаплотипами Б1АР показав, що найбільша кількість летальних наслідків спостерігалася у пацієнтів з гаплотипом Ser49Ser/ Arg389Gly (66,7 %), проте через недостатнє число спостережень, виявлені відмінності не досягали критерію достовірності.

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я: МІКРОЕЛЕМЕНТИ ДЛЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Руснак І. Т., Тащук В. К., Кулачек Я. В., Солов'янчик О. В.
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини, м. Чернівці

Краще здоров'я є необхідною умовою, результатом і показником стійкого розвитку. Здорові люди володіють кращими здібностями для навчання, вони більш продуктивні і можуть робити більший внесок у свої спільноти.

Здоров'я людини залежить від багатьох факторів, одним з яких є вітаміни і мінерали, які беруть участь у багатьох біохімічних процесах організму і забезпечують його здорове функціонування.

Калій – найважливіший внутрішньоклітинний елемент-електроліт та активатор функцій ряду ферментів. Він особливо необхідний для живлення клітин, діяльності м'язів, в тому числі міокарда, підтримання водно-сольового балансу, роботи нейроендокринної системи.

Знижений вміст калію в організмі звичайно веде до астенії (психічного та фізичного виснаження, швидкої втомлюваності), порушення функції нирок та виснаженню функції наднирників, ризику порушення обмінних процесів та провідності в міокарді, пролапса мітрального клапану, порушення регуляції артеріального тиску.

Магній, наряду з калієм, відноситься до основних внутрішньоклітинних елементів (95% цього елемента знаходиться всередині клітин). Магній входить у склад або впливає на активність більше 300 ферментів, в основному регулюючих процеси в організмі, а також діяльність серцево-судинної системи та рівень жирів у крові.

Магній активізує ферменти, що регулюють вуглеводний обмін, стимулює утворення білків, регулює зберігання та вивільнення енергії в АТФ, знижує збудження в нервових клітинах, розслабляє серцевий м'яз. Дефіцит магнію викликає схильність до розвитку захворювань серцево-судинної системи, гіпертонічної хвороби, судом у дітей, підвищує ризик онкологічних захворювань. Втомлюваність, дратівливість, порушення сну, перебої в роботі серця та закрепи – часті наслідки нестачі магнію в організмі.

Багаторічний досвід показує, що вміст магнію в організмі напряму залежить від емоційного стану людини, рівня впливу на неї хронічних стресів. Серед топ-менеджерів великих компаній доля осіб із дефіцитом магнію досягає 90 %, вищий ризик виникнення серцево-судинних і нервово-психічних захворювань.

Відновивши потрібний рівень мікроелементів, можна захистити себе від багатьох хвороб.

CARDIOVASCULAR SYSTEM: INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY

Rusnak I., Ahir A., Mervinska I., Kobilnyk M.

High state educational institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", department of internal medicine, physical rehabilitation and sports medicine, Chernivtsi, Ukraine

Physical activity helps to prevent heart attacks and cardiovascular system diseases. The results of all available researches demonstrate that regular exercises in moderate amount are, perhaps, the most effective preventive measure of heart diseases and their complications.

A patient with 80-90% occlusion of right coronary artery has been observed. After a year of regular trainings in aerobics a lot of collaterals appeared in the organism, making blood flow to certain parts of his body easier.

In other forty-year-old male patient, angiogram showed partial occlusion of coronary arteries. The occlusion was accompanied by chest pain. The coronary artery bypass grafting was not advised to the man, he had to use conservative method of treatment first. He agreed to regulate daily water intake and to begin with two glasses of water (0,5 l) exactly half an hour before meal. He was also recommended one hour walks in the morning and in the evening (20-30 minutes at the beginning, gradually increasing the time up to an hour). The outcome of the research has demonstrated that fat-burning enzymes, sensitive to hormones are activated after the first hour of walk and remain active for 12 hours. Thus, having walks twice a day, a patient activates fat-burning enzyme and accumulative effect of its activity is achieved. After three months of exercises this man addressed to one of the known medical centers in Houston for the final examination in order to make a decision about grafting. His new angiogram didn`t show any signs of previous blood vessel occlusion. He didn't need surgery anymore.

The results of a large-scale eight year investigation of more than 84 thousand of nurses are significant. In those who regularly did complex of physical exercises, the risk of heart attack or stroke was 54% less, compared to those women, who had sedentary lifestyle.

In case of coronary artery diseases regular exercises help the body to form more auxiliary arteries through which the blood can flow around the body and bypass occluded blood vessels.

NUTRITIONAL RECOMMENDATIONS FOR PREVENTING CORONARY HEART DISEASE

Rusnak I., Alizada J., Slabitska T., Krul I.

High state educational institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", department of internal medicine, physical rehabilitation and sports medicine, Chernivtsi, Ukraine

Observational data support the benefit of vegetables, fruits, and whole grains in coronary heart disease (CHD) prevention. Trial data provide support for consuming fish at least twice a week, although women of childbearing age should limit their intake of fish that may contain high levels of mercury. Nuts are nutritious snacks but their caloric impact must be considered. Soy products do not affect low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) or CHD but may be beneficial in replacing high-fat meat. Foods supplemented with plant stanol/sterol-esters are recommended for reducing LDL-C.

The evidence that vegetables and fruits are associated with reduced CHD risk is based only on epidemiological data. In a meta-analysis of nine cohort studies (including 91,379 men, 129,701 women, and 5007 CHD events), CHD risk was lower by 7% for each additional fruit serving a day (RR 0.93, 95% CI 0.89-0.96; $p < 0.001$). The association between vegetable intake and CHD risk was heterogeneous and more marked for CV mortality (0.74, 95% CI 0.75-0.84; $p < 0.0001$) than for fatal and nonfatal myocardial infarction (0.95, 95% CI 0.92-0.99; $p < 0.006$).

There are no interventional studies that specifically evaluated the influence of vegetables and fruits on CHD risk. In interventional studies where vegetable and fruit consumption was part of the nutritional recommendations, CHD risk reduction was documented. Vegetable and fruit consumption was associated with lower blood pressure, but the association with other CHD risk factors is not clear. Despite the lack of intervention studies, the American Heart Association (AHA) recommends intake of at least 8 vegetables and fruits a day.

HEALTH AND ITS FACTORS

Rusnak I., Taschuk V., Kulachek Y., Kulachek V.

High state educational institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University", department of internal medicine, physical rehabilitation and sports medicine, Chernivtsi, Ukraine

Health – it is one of the most important aspects of human life, which requires daily care and protection and in violation - immediate maximum possible recovery.

Human health depends on many factors, one of which vitamins and minerals are involved in many biochemical processes of the body and ensure its healthy functioning.

Potassium – an essential intracellular element electrolyte and activator functions of several enzymes. It is particularly necessary to power the cells of muscles, including the myocardium, maintaining water and salt balance of the neuro-endocrine system.

Magnesium, along with potassium, is the main intracellular components (95% of this element is inside the cells). Magnesium is included in the composition or effect the activity of over 300 enzymes, mainly regulatory processes in the body, as well as the cardiovascular system and the level of fats in the blood.

Magnesium activates enzymes that regulate carbohydrate metabolism, stimulates the formation of proteins regulates the storage and release of energy in ATP, reduces excitation in nerve cells, heart muscle relaxes. Magnesium deficiency causes a predisposition to the development of diseases of the cardiovascular system, hypertension, convulsions in children increases the risk of cancer. Fatigue, irritability, sleep disturbances, interruptions at work of the heart and constipation - common consequences of a lack of magnesium in the body.

It is necessary to correct the amount of vitamins and minerals including prevention of their pathological changes.

With therapeutic purposes also apply certain foods. Thus, the lipid-lowering effects of red yeast rice can help in solving problems related to intolerance or lack of efficacy of statin. Effect of red yeast rice on the risk of cardiovascular events was investigated in a large double-blind randomized prospective study involving five thousand patients with myocardial infarction who were randomized to red yeast rice and were observed for an average of 4.5 years. In the group receiving red yeast rice, were marked in 13% decreasethe total cholesterol, 20% decreasethe low-density lipoprotein cholesterol, and against the background of these changes - a significant 45% decrease the frequency of major coronary events, 62% decrease the risk of nonfatal myocardial infarction and 32% decrease fatal coronary events.

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Рынчак П. И., Ложко Н. В., Кравчун П. Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина.

Актуальность. Заболеваемость сахарным диабетом (СД) неуклонно растет, и по прогнозу ВОЗ к 2025 году составит более 300 млн. человек. 70 % смертности пациентов с СД приходится на долю сердечно-сосудистых заболеваний и этот процент из года в год увеличивается.

Цель: изучить изменение функции сердечной мышцы при СД 2 типа.

Материалы и методы: эхокардиография, литературные данные.

Результаты: у пациентов с СД 2 типа непосредственной причиной поражения сердечной мышцы является диабетическая кардиомиопатия (ДК), развивающаяся вне зависимости от ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Выделяют три основных механизма ДК: метаболический, микроциркуляторный и нейровегетодистрофический. Результатом этих процессов являются структурно-функциональные изменения сердечной мышцы. У пациентов со стажем диабета до 5 лет диастолическая дисфункция развивается в 37 % случаев. Закономерно, что стаж диабета более 5 лет увеличивает её процент до 60 %. Прогрессирование диастолической дисфункции и снижение систолической функции левого желудочка (фракция выброса менее 40 %) является следующим условным этапом. Его риск возрастает у пациентов с длительностью СД более 10 лет. В конечном итоге возникает дилатация камер сердца, что неизбежно ведет к развитию сердечной недостаточности.

Выводы: СД, ввиду многофакторного влияния на сердечную мышцу, ведет к структурно-морфологическим и функциональным изменениям миокарда и, по сути является самостоятельным сердечно-сосудистым заболеванием. Преобладание типа ремоделирования миокарда зависит от длительности течения СД.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ
(экспериментальное исследование)

Садыкова Г. А., Рахматуллаев Х. У., Рахимова Д. А., Таджиходжаева Ю. Х., Завялова З. С.

АО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Цель: провести морфологические исследования ткани бронхов, лёгких, печени у экспериментальных крыс с моделью хронического воспаления лёгких (э-ХВЛ), вызванного путём длительного раздражения бронхов.

Материалы и методы. Основную группу составили 20 и здоровую 10 беспородных белых крыс самцов весом 150-200 гр. Для вызова э-ХВЛ использован метод Батыровой З. Б., и Шамирзаева Н. Х. Забои животных осуществлены путям мгновенной декапитации на 45 сутки с момента воспроизведения модели – э-ХВЛ. Морфологические исследования проведены под светооптическим микроскопом.

Результаты. В лёгочной ткани у крыс с э-ХВЛ в отличие от группы здоровых животных на первый план выступают воспалительно-деструктивные процессы как в стенках бронхиол, так и в окружающей бронхов ткани. Отчётливо выражено артериальное и капиллярное полнокровие сосудов перегородок. Межальвеолярные перегородки значительно утолщены за счёт склерозирования, отёка и клеточной инфильтрации. На обширных полях легочной ткани снижена вентиляция альвеол, что привело к их спаданию и ателектазам в одних, и появлению эмфизематозно расширенных участков в других отделах легочной паренхимы. Стенки бронхиол спазмированы с причудливой фестончатостью краёв, склерозом стенок и гиперплазией выстилающих бронх эпителиальных клеток. Стенки вокруг бронхиол инфильтрированы лимфоидно-гистиоцитарно-лейкоцитарными элементами. В эпителиоцитах бронхиол определяются признаки дистрофического набухания и очаговых некрозов. В просветах альвеол обнаруживаются единичные десквамированные альвеолоциты. В легочной ткани выявлена макрофагально-гистиоцитарная инфильтрация меж альвеолярных перегородок. У части животных в гистологической картине преобладали процессы нарушения кровообращения с эритродиапедезом в просветы альвеол и бронхиол. В печени большинство (75 %) гепатоцитов находились в состоянии выраженной баллонной дистрофии с повреждением ядер, что выражалось кариопикносом. Определялись множественные очаги некрозов паренхимы. Выявлено увеличение объёма дистрофически набухших гепатоцитов, их хаотичное расположение и малокровие ткани печени.

Таким образом, при длительном раздражении бронхов и вызове э-ХВЛ происходят глубокие патологические сдвиги с нарушением кровообращения не только в слизистой бронхов, мышечной стенке, перибронхиальной клетчатке, но и в тканях лёгких и печени.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

Салижин Т. І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета: оцінити функцію ендотелію судин у хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) різного ґенезу.

Матеріали і методи: У дослідженні взяло участь 82 пацієнтів. З них 42 хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН V ст.), які знаходилися на амбулаторному лікуванні програмним гемодіалізом (ГД) із супутньою ХСН ІІА ІІІФК (NYHA) та 40 пацієнтів хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) із ХСН ІІА ІІІФК (NYHA). Середній вік обстежених – (50,8 ± 5,85) роки, медіана тривалості лікування ГД – (3,58 ± 1,32) років. Серед обстежених було 47 (57 %) чоловіків та 35 (43 %) жінок. Контрольну групу склало 20 практично здорових людей. Хворі розділені на дві групи. І група – 40 хворих (47,5 %) на есенціальну АГ із ознаками ХСН, ІІ група – 42 хворих (52,5 %) на ХХН V ст., що знаходились на ГД із ХСН. Функцію ендотелію оцінювали за допомогою ендотелій залежної вазодилятації плечової артерії (ЕЗВД ПА) використовуючи тест реактивної гіперемії D. Celemayer та імуноферментний набір реагентів ендотеліну-1 (ЕТ-1) (Biomedica Medizinprodukte GmbH & Co KG, Австрія).

Результати. Аналізуючи отримані результати встановлено, що рівень ЕТ-1 в обох досліджуваних групах значно перевищував норму ((5,23 ± 0,12) пг/мл), так в І групі цей показник становив (7,64 ± 0,15) ($p < 0,001$), а в ІІ групі (10,33 ± 0,21) ($p < 0,001$). У ІІ групі ЕТ-1 був в 1,4 рази вищим у порівнянні з І групою ($p < 0,001$). Встановлено сильний від’ємний кореляційний зв'язок між показниками ЕЗВД ПА та ЕТ-1 в обох досліджуваних групах ($r = -0,91$, $p < 0,001$). У ІІ групі встановлено сильний прямий кореляційний зв'язок між показниками ЕТ-1 та фосфором в сироватці крові ($r = +0,83$, $p < 0,05$).

Висновки. У хворих, які перебувають на замісній терапії методом ГД значно виражена ендотеліальна дисфункція. Встановлено, що на розвиток ендотеліальної дисфункції у ГД хворих, окрім традиційних чинників, впливає порушення обміну кальцію та фосфору.

КАЛЬЦИЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С.

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

Цель – исследовать содержание кальция в сыворотке крови пациентов среднего и пожилого возраста с диабетической нефропатией (ДН) и гипертонической болезнью (ГБ) с учетом гендерных различий.

Стадию ДН устанавливали согласно классификации C. Mogensen (1981 г.), стадию ГБ или вторичной артериальной гипертензии – согласно рекомендациям ВОЗ и Международной ассоциации гипертензии (2007 г.). Обследованы пациенты с ГБ (n = 10), 5 мужчин (4 из них – среднего возраста, 45-60 лет) и 5 женщин (4 из них – среднего возраста, 45-54 лет), и ДН (n = 20), 6 мужчин (4 из них – пожилого возраста, 61-74 лет) и 14 женщин (5 – среднего и 9 – пожилого возраста, 55-74 лет). Контроль – 8 здоровых лиц. Исследовали концентрацию кальция в сыворотке крови с использованием набора реагентов фирмы Cormay (Польша).

Выявлено снижение концентрации кальция по сравнению с контролем в рамках верхнего предела контрольного диапазона при ГБ и ДН IV ст., при ГБ более выражено у женщин среднего возраста по сравнению с мужчинами, а при ДН снижение несущественное и наблюдается у пожилых женщин (достоверно по сравнению с ГБ). Женщины имеют меньший уровень кальция по сравнению с мужчинами; у женщин ниже утечка Ca^{2+} саркоплазматического ретикулума, что связывают с отсроченной деполяризацией и меньшей склонностью к желудочковым аритмиям. Более выраженный характер снижения концентрации кальция при ДН у пожилых женщин может быть обусловлен дефицитом витамина Д, распространением остеопороза в постменопаузе, а также повышением процента некарбоксилированного остеокальцина – белка костного матрикса, связывающего кальций и гидроксиапатиты.

Выявлено увеличение концентрации кальция при ДНII по сравнению с ГБ. Отмечена меньшая достоверность данных при ДНIII, что может быть связано с уменьшением концентрации кальция при прогрессировании ДН до IV стадии и обусловлено, скорее всего, его аккумуляцией в сосудах.

Таким образом, при ДН II-IV ст. и ГБ концентрация кальция в сыворотке крови находится в рамках верхнего предела контрольного диапазона, при этом у женщин с ГБ среднего возраста по сравнению с мужчинами концентрации кальция более низкие, ниже утечка Ca^{2+} саркоплазматического ретикулума, при ДН – снижение несущественное и преимущественно у женщин пожилого возраста, что может быть обусловлено дефицитом витамина Д в постменопаузе. С прогрессированием ДН концентрация кальция сначала возрастает, затем – уменьшается при ДН IV ст., что, скорее всего, связано с его аккумуляцией в сосудах, возрастными изменениями.

ФОСФОР В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С.

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

Цель – исследовать содержание фосфора (F) в сыворотке крови пациентов среднего и пожилого возраста с диабетической нефропатией (ДН) и гипертонической болезнью (ГБ) с учетом гендерных различий.

Стадию ДН устанавливали согласно классификации C. Mogensen (1981 г.), стадию ГБ или вторичной артериальной гипертензии – согласно рекомендациям ВОЗ и Международной ассоциации гипертензии (2007 г.). Обследованы пациенты с ГБ (n = 10), 5 мужчин (4 из них – среднего возраста, 45-60 лет) и 5 женщин (4 из них – среднего возраста, 45-54 лет), и ДН (n = 20), 6 мужчин (4 из них – пожилого возраста, 61-74 лет) и 14 женщин (5 – среднего и 9 – пожилого возраста, 55-74 лет). Контроль – 8 здоровых лиц, отобранных с учетом соответствия концентрации F референтным значениям. Концентрацию F исследовали в сыворотке крови с использованием набора реагентов фирмы Cormay (Польша).

Выявлено повышение концентрации F по сравнению с контролем у всех больных, при ГБ выше ($p < 0,001$), чем при ДН, что может быть обусловлено наличием воспалительного процесса и/или окислительного стресса. При ДН повышение более выражено у пожилых женщин. При прогрессировании ДН до III-IV стадии выявлена тенденция увеличения по сравнению с контролем, что может быть обусловлено развитием почечной недостаточности, связанной со снижением уровня одного из основных факторов регуляции содержания F в почках – KLOTHO и нарушению экскреции F.

Высокие концентрации F в сыворотке крови связывают с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и в общей популяции, и у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП). Риск неблагоприятных исходов начинается с концентрации F в рамках верхнего предела нормального диапазона. Высокие его концентрации в крови независимо связаны с сосудистой кальцификацией и артериальной жесткостью. Повышение при ГБ ассоциируется с ухудшением возможности снижения систолического артериального давления (САД) с возрастом, со всеми причинами сердечно-сосудистой смертности у мужчин, у больных ГБ с ХБП – со снижением выживаемости.

Таким образом, отмечено повышение концентрации фосфора при ГБ и ДН, выше при ГБ, что может быть обусловлено наличием воспалительного процесса и/или окислительного стресса и связью более высоких концентраций фосфора с ССЗ, ухудшением возможности снижения САД с возрастом. У женщин с ДН пожилого возраста по сравнению с мужчинами концентрация фосфора находится на более высоком уровне, что может приводить к снижению выживаемости.

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Селезнева С. В., Перепада А. В., Сокрут О. П., Гейко И. А., Пилипенко В. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман, Украина

Цель: оценить изменения со стороны периферической и центральной нервной системы (НС) у больных ревматоидным артритом.

Материал. Под наблюдением находились 293 больных РА в возрасте от 17 до 79 лет (в среднем 46 лет). Соотношение мужчин и женщин составило как 1:4, а средняя длительность заболевания – 9 лет. У 20 % от числа обследованных пациентов констатирована I степень активности патологического процесса, у 46 % – II, у 34 % – III. I рентгенологическая стадия РА установлена в 9 % наблюдений, II – в 39 %, III – в 34 %, IV – в 19 %.

Результаты. Поражения центральной НС были обнаружены в 3,1 % случаев, в виде дисциркуляторной энцефалопатии, астеновегетативного, кортиконуклеарного, псевдобульбарного, пирамидного, эпилептиформного синдромов, мозжечковой и корковой атаксии, а также преходящих нарушений мозгового кровообращения. Изменения периферической НС констатированы в 12,6 % наблюдений РА (у ¼ с серопозитивным заболеванием по ревматоидному фактору и антителам к циклическому цитруллиновому пептиду). При этом выявляли моно- или полинейропатию, радикулопатию, цервикокраниалгию, невралгию тройничного нерва, неврит лицевого нерва, синдромы метакарпального канала и канала Гуйона, мортоновскую метатарзалгию. Болезнь нередко протекала с различными туннельными синдромами, но их электронейромиографические проявления оказались весьма неспецифичными. Отмечалась миелопатия вследствие атланто-аксиальных подвывихов позвонков и их переломов с развитием параплегии. Любая из спондилообразующих структур (кости, связки, мышцы, нервы межпозвонковые и ребернопозвонковые суставы) могла быть источником болевой импульсации в области спины, чаще в нижней ее части, между XII парой ребер и ягодичными складками, в связи с этим у большей части страдающих РА лиц установить конкретную анатомическую причину вертебралгии не представлялось возможным. В генезе болевого синдрома существенное значение имел рефлекторный спазм паравертебральных мышц, а источником боли являлась импульсация, исходящая из ноцицепторов, находящихся в пораженной структуре позвоночника. Болевые импульсы активировали α- и γ-мотонейроны передних рогов спинного мозга, что приводило к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. Вовлечение в патологический процесс позвоночника в зоне L5-S1 сопровождалось слабым возбуждением миоцитов берцовых мышц.

ВМІСТ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ФІБРОЗУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ

Семенових П. С., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Якименко Ю. С., Щербань Т. Д.

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

Вступ. Стан функціонального ниркового резерву (ФНР) є дуже важливим діагностичним і прогностичним критерієм функціонального стану нирок у людини, у тому числі при виявленні латентних форм ниркової недостатності. Дослідження інгібітору активатора плазміногену 1 типу (PAI-1) та моноцитарного хемоатрактантного протеїну 1 типу (МХП-1) при патології нирок визначають їх ключову роль у реакціях запалення, фіброзу й прогресування ренальної дисфункції.

Метою дослідження було вивчення вмісту маркерів запалення та фіброзу в плазмі крові хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу з доклінічними стадіями нефропатії в залежності від стану ФНР.

Матеріали та методи. Обстежено 35 хворих на ЦД 2-го типу з нормальною або підвищеною швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ). Контроль – 10 здорових осіб. Було проведено пробу з білковим навантаженням L-формами амінокислот. ФНР визначали як ступінь збільшення базальної ШКФ після навантаження. ФНР визначали як ступінь збільшення ШКФ після стимуляції білком. Концентрації МХП-1 та PAI-1 визначали методом імуноферментного аналізу.

Результати. Залежно від стану ФНР хворі розподілилися на дві групи. У першу групу увійшли пацієнти зі збереженим резервом фільтрації – 19 чоловік. Друга група – пацієнти з виснаженим ФНР – 16 осіб.

У хворих зі збереженим ФНР концентрація МХП-1 зросла на 36 % і становила (210,82 ± 17,55) нг/мл, контроль (155,12 ± 16,42) нг/мл. Виснаження ФНР супроводжувалось вірогідним збільшенням рівня МХП-1 в плазмі крові до (292,94 ± 26,48) нг/мл – на 89 % в порівнянні з контрольною групою, ($p < 0,05$). Аналогічні зміни спостерігались і при дослідженні PAI-1. Концентрація останнього підвищувалась на 44 % у хворих зі збереженим ФНР і становила (38,89 ± 3,46) пг/мл. Контроль – (26,78 ± 1,46) пг/мл. У пацієнтів із виснаженим ФНР відмічено більш демонстративне зростання показника – на 127 %. В цій групі рівень PAI-1 в плазмі крові становив (61,29 ± 4,66) пг/мл, ($p < 0,05$).

Висновки. Виснаження ФНР супроводжується зростанням вмісту медіаторів запалення та фіброзу, зокрема МХП-1 та PAI-1, в плазмі крові хворих на ДН. Визначення ФНР може використовуватися в клінічній практиці для обстеження хворих на ЦД 2 типу на наявність ДН в якості додаткового скринінгового методу, спрямованого на виявлення доклінічних станів.

XXI ВЕК И ИНТЕГРАТИВНАЯ НЕФРОЛОГИЯ

Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Прогресс нефрологии тесно связан с достижениями смежных наук, которые интенсивно развивались в конце XX века. Классическое положение о необходимости лечить не болезнь, а больного, казалось бы, отошло в сторону в связи с жёсткой стандартизацией схем лечения. Но представление о целостности организма не только не утратило своего значения, но обретает неожиданные возможности для разработки эффективных подходов к диагностике и разработке индивидуальных схем лечения. XXI век – период, когда благодаря накопленным научным фактам можно и нужно пересмотреть подходы к дальнейшему развитию научных направлений в нефрологии.

В последние годы в медицине начал применяться системный подход, который дал возможность изучить взаимосвязи между различными болезнями на основании генетики, физиологии и метаболизма. Создание и изучение метаболической сети патологических процессов позволило установить коморбидность между болезнями, которые ранее считались независимыми. До сих пор в стороне от внимания клиницистов, изучающих коморбидность при ряде заболеваний, остаётся такой мощный выделительный, секреторный и эндокринный орган как почки.

По данным Национального регистра США за период с 1980 г. по 2012 г. распространённость терминальной почечной недостаточности увеличилась в 6-8 раз. Среди причин такого увеличения на первый план вышли артериальная гипертензия и сахарный диабет. Не менее важным фактором увеличения распространённости «непочечной» хронической болезни почек (ХБП) является отсутствие интегративного подхода к проблеме. Актуальность проблемы подтверждается также неуклонным ростом заболеваемости и распространённости острого повреждения почки (ОПП). Смертность от ОПП, несмотря на расширение возможностей лекарственной и заместительной почечной терапии, остаётся на стабильно высоком уровне (30-50 %). При этом встречаются ситуации, которые не соответствуют ни ХБП, ни ОПП. В рамках этой концепции KDJGO предложены новые термины: острая болезнь почек и неизвестная болезнь почек. При определённых ситуациях активизируется достаточно сложная система патогенетических связей, ведущая не только к повреждению почечной ткани, но и других органов и систем.

Поэтому в XXI веке только интегративный подход в нефрологии позволит добиться новых успехов в понимании патогенеза, диагностики и лечении заболеваний почек.

АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Серик С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. Н., Клименко Т. И.

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

Цель: оценить показатели агрегационной активности тромбоцитов на фоне двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) в динамике 6 месячного наблюдения.

Материалы и методы. Обследовано 63 больных ИБС, получавших после ОКС ДАТ (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут. и клопидогрель 75 мг/сут.), из них 43 больных с СД и 20 больных без него. Всем пациентам проводилось гематологическое исследование с определением количества тромбоцитов, среднего объема тромбоцитов (СОТ), а также исследовались показатели аденозиндифосфат (АДФ) и арахидонат-индуцированной агрегации тромбоцитов с расчетом суммарного индекса агрегации тромбоцитов (СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат, %). Оценка результатов проводилась через (6 ± 2) недели после начала приема ДАТ и в динамике терапии через 6 месяцев.

Результаты. Исходно у пациентов с ИБС и сахарным диабетом количество тромбоцитов, СОТ, СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат ((222,59 ± 8,14)*10^9/л), ((8,34 ± 0,12) fL), ((57,31 ± 2,07) %), ((10,46 ± 1,53) %) достоверно превышали показатели группы больных без диабета ((192,48 ± 10,62)*10^9/л), ((7,95 ± 0,09) fL), ((49,08 ± 1,97) %), ((5,46 ± 0,79) %), соответственно, $p < 0,05$. Через 6 месяцев на фоне проводимой терапии СИАТ-АДФ достоверно увеличился только у пациентов с сахарным диабетом ((62,73 ± 2,06) %) ($p < 0,05$) и оставался достоверно выше, по сравнению с больными без диабета ((53,98 ± 3,56) %) ($p < 0,05$), у которых повышение СИАТ-АДФ оказалось незначимым. Количество тромбоцитов, СОТ, СИАТ-арахидонат у больных ИБС с диабетом ((216,35 ± 7,41)*10^9/л), ((8,21 ± 0,11) fL), ((12,53 ± 2,08) %) были достоверно выше, чем у пациентов без диабета ((187,63 ± 10,69)*10^9/л), ((7,79 ± 0,13) fL), ((5,69 ± 1,08) %), $p < 0,05$. При этом, отличия этих показателей после 6 месяцев наблюдения по сравнению с исходными были недостоверными, как у больных с диабетом, так и без него.

Выводы. После ОКС у пациентов с сахарным диабетом ДАТ в течение 6 месяцев блокирует АДФ- и арахидонат- индуцированную агрегацию тромбоцитов в значительно меньшей степени, чем у больных без диабета: СИАТ-арахидонат и СИАТ-АДФ у больных с диабетом остаются выше, чем у пациентов без него, при чем СИАТ-АДФ даже увеличивается, по сравнению с исходным на фоне сохраняющихся признаков более высокой, чем у пациентов без диабета, скорости обновления тромбоцитов.

ЕНДОТЕЛІЙЗАЛЕЖНА ВАЗОДИЛАТАЦІЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ І СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Циганков О. І.

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

Мета дослідження - оцінити стан ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) і цукровий діабет (ЦД) 2 типу при прогресуванні серцевої недостатності (СН).

Матеріал і методи. Обстежено 94 хворих на ІХС з СН II-IV функціональних класів (ФК) за NYHA, у тому числі 59 хворих з ЦД 2 типу та 38 хворих без ЦД. У групі з ЦД 29 пацієнтів мали СН II ФК, 30 – СН III-IV ФК. Серед хворих без ЦД СН II ФК була у 18 пацієнтів, СН III-IV ФК – у 20. Групу контролю склали 19 практично здорових осіб. Стан ЕЗВД визначали за допомогою проби з реактивною гіперемією (РГ) (Celermajer D.S. et al, 1992) на ультразвуковій системі «ULTIMA PA». Глікозильований гемоглобін (HbA1c) вимірювали в плазмі фотометричним методом. У залежності від рівню HbA1c хворі на ЦД розподілялися на групи з HbA1c < 7,00 % та ≥ 7,00 %. Серед хворих на ЦД з СН II ФК HbA1c < 7,00 % був у 15 пацієнтів, ≥ 7,00 % – у 14. У хворих на ЦД з СН III-IV ФК HbA1c < 7,00 % було визначено у 13 пацієнтів, ≥ 7,00 % – у 17.

Результати. Приріст діаметру плечової артерії (ДПА) у пробі з РГ при СН II ФК в групі без ЦД ((7,01 ± 0,97) %) і в групі з ЦД ((6,32 ± 1,04) %) був меншим, ніж в контрольній групі ((9,93 ± 1,03) %) ($p < 0,05$). При наростанні тяжкості СН ЕЗВД достовірно погіршувалась у хворих з ЦД і без ЦД приблизно в однаковому ступені ($p < 0,05$). Хоча приріст ДПА у пробі з РГ у хворих на ЦД був меншим, ніж у хворих без ЦД як при СН II ФК, так і при СН III-IV ФК, відмінності між групами діабетиків та недіабетиків і при СН II ФК, і при СН III-IV ФК не відповідали критеріям значущості.

При співставленні результатів проби з РГ при СН II ФК у підгрупах з ЦД при HbA1c < 7,00 % та ≥ 7,00 % виявлено, що приріст ДПА на висоті гіперемії у хворих з HbA1c ≥ 7,00 % ((5,35 ± 0,92) %) був нижчим, ніж у хворих без ЦД ((7,01 ± 0,97) %) та з ЦД при HbA1c < 7,00 % ((7,23 ± 1,04) %) ($p < 0,05$). Аналогічні результати отримано і при СН III-IV ФК, де приріст ДПА у хворих на ЦД з HbA1c ≥ 7,00 % ((3,11 ± 0,98) %) також був нижчим, ніж у хворих без ЦД ((5,14 ± 1,00) %) та з ЦД з HbA1c < 7,00 % ((5,09 ± 0,97) %) ($p < 0,05$). При цьому у хворих на ЦД як з HbA1c < 7,00 %, так і з HbA1c ≥ 7,00 % при СН III-IV ФК показник ЕЗВД був гіршим, ніж при СН II ФК ($p < 0,05$).

Висновки. ЕЗВД у хворих на ІХС з ЦД 2 типу і без нього при прогресуванні СН погіршується в однаковому ступені, при цьому приріст ДПА у пробі з РГ при ЦД був лише незначуще меншим, ніж без ЦД як при СН II ФК, так і при СН III-IV ФК. Гіперглікемія є важливим чинником порушення ЕЗВД у хворих на ЦД як при початковій, так і при вираженій СН: у хворих на ІХС з ЦД при HbA1c ≥ 7,00 % приріст ДПА у пробі з РГ був значно меншим, ніж у хворих без ЦД та з ЦД при HbA1c < 7,00 %.

ВИЗНАЧЕННЯ І ОЦІНКА ВПЛИВУ ГІПЕРСИМПАТИКОТОНІЇ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Сидоренко Г. В., Білий Д. О.

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

Мета: визначити характерні для учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (УЛНА) зміни показників варіабельності серцевого ритму (ВСР) і оцінити вплив симпатичної гіперактивності на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС).

Об'єкт і методи. Обстежено 85 УЛНА з ІХС, контрольну групу склали 35 чоловіків загальної популяції. Для дослідження ВСР використана система "DiaCard-II", «Україна». Критеріями значної гіперсимпатикотонії вважали: індекс стандартного відхилення NN інтервалу (SDNN-і) < 40 мс, відношення потужності в діапазоні низьких (LF, мс^2) і високих (HF, мс^2) частот (LF/HF) > 3,5 ум. од., індекс напруги регуляторних систем (ІН) > 150 ум. од.; помірної гіперсимпатикотонії: SDNN-і у межах 40-50 мс, LF/HF 2,1-3,5 ум. од., ІН 100-150 ум. од., незначної – наявність одного з критеріїв помірної гіперсимпатикотонії.

Результати. У 82,4 % УЛНА з ІХС встановлено три і більше показників ВСР, що характеризують гіперсимпатикотонію. На відзнаку від контролю, частота значної гіперсимпатикотонії у них склала 36,5 % проти 17,1 %, різниця для помірної була 5,0 %, у 2 рази частіше реєстрували хоча би один з критеріїв гіперсимпатикотонії. В УЛНА менше на 7,2 % був SDNN-і, який становив 34,2 мс при значній гіперсимпатикотонії. У 97,6 % LF/HF перевищував 2,0 ум. од. і в середньому становив 4,3 ум. од. проти 3,8 ум. од. в контролі; ІН зростав більше 200 ум. од. і навіть при незначних змінах ВСР досягав 102 ум. од. проти 78 ум. од. Значна гіперсимпатикотонія у 61,3 % асоціювалось з III функціональним класом стенокардії, 71,0 % – клінічними ознаками хронічної серцевої недостатності. З підвищенням симпатичної активності збільшувалась маса і індекс маси міокарда. Результати кореляційного аналізу демонстрували вірогідну обернену залежність між масою міокарда, її індексом і SDNN-і, пряму – з LF/HF та ІН.

Висновок. Дослідження ВСР надає корисну інформацію відносно гіперсимпатикотонії і її тяжкості. Кореляція показників ВСР з частотою серцевих скорочень, гіпертрофією лівого шлуночка серця, функціональним класом стенокардії обумовлює їх прогностичну значимість в оцінці ризику і перебігу ІХС, контролі ефективності лікування.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ

Синяченко О. В., *Егудина Е. Д., Седая Л. В., Помазан Д. В., Суярко В. И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман, Украина,

**Государственная медицинская академия, г. Днепропетровск, Украина*

Цель: оценить частоту поражения легких при системных васкулитах (СВ) и взаимоотношения с экстрапульмональной патологий.

Материал. Под наблюдением находились 525 больных СВ. Соотношение числа пациентов с васкулитом Шенлайна-Геноха (ВШГ), микроскопическим полиангиитом (МПА), эссенциальным криоглобулинемическим васкулитов (КГВ), узелковым полиартериитом (УПА), аортоартериитом Такаясу (ААТ), гранудематозом с полиангиитом Вегенера (ГПА) и эозинофильным полиангиитом Черджа-Стросс (ЭПА) составило как 7:4:3:1:1:1:1.

Результат. Пневмопатия наблюдается у 5 % от числа больных ВШГ, у 10 % ААТ, у 46 % УПА, у 50 % МПА, у 57 % КГВ у 68 % ГПА и у 100 % ЭПА. На развитие патологии легких при СВ оказывают влияние возраст пациентов, длительность заболеваний, функция почек, степень активности патологического процесса и тяжести экстрапульмональных признаков заболеваний. Содержание в крови иммуноглобулина-G определяет развитие легочной патологии при УПА, ГПА и ВШГ. Кроме того, у больных УПА существует дисперсионная связь пневмопатии с уровнем циркулирующих иммунных комплексов, в случаях ВШГ – с показателями иммуноглобулина-А, фибронектина, фибриногена, β2-микроглобулина и антител к нативной дезоксирибонуклеиновой кислоте, а при КГВ – с параметрами криоглобулинемии. При МПА на формирование легочной патологии оказывают достоверное воздействие АМП и антитела к кардиолипину. С выраженностью отдельных клинических признаков СВ существуют дисперсионные и корреляционные связи параметров функций легких и гемодинамики в малом круге кровообращения (давление в легочной артерии, легочное сосудистое сопротивление, диффузионная способность легких, конечно-диастолический размер правого желудочка).

Выполненная статистическая обработка полученных результатов исследований позволила сделать заключения, имеющие определенную практическую значимость: 1) поражение лучезапястных суставов при МПА и позвонковых при КГВ являются факторами риска развития у таких больных пневмопатии; 2) при УПА показатель легочного сосудистого сопротивления >270 дин×с×см$^{-5}$ относится к прогнознегативным параметрам в отношении функции почек; 3) наличие пневмопатии при МПА и ВШГ относится к факторам риска развития патологии сердца; 4) носительство вирусного гепатита С при КГВ считается фактором риска тяжелого течения легочной патологии.

КОМОРБІДНІСТЬ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ІХ ВПЛИВ НА ПРОГРЕСУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: провести літературний аналіз науково-метричних баз для визначення впливу коморбідності патологій на прогресування та розвиток порушень ліпідного обміну у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проведено літературний аналіз науково-метричних баз.

Результати та їх обговорення. У літературі активно обговорюється зв'язок між різними змінами ліпідного спектра при цукровому діабеті (ЦД) 2 типу та розвитком серцево-судинних захворювань (ССЗ). У Multiple Risk Factor Intervention Trial рівень загального холестерину (ЗХС) названий основним фактором ризику розвитку ССЗ у пацієнтів з ЦД. У Finnish Study фактором ризику ССЗ у пацієнтів з ЦД 2 типу з'явилися підвищення рівня тригліцеридів (ТГ) і зниження рівня холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тоді як ні рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), ні рівень холестерину ліпопротеїнів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) такими не виявилися. У UK Prospective Diabetes Study зниження рівня ХС ЛПВЩ та підвищення рівня ХС ЛПНЩ з'явилися факторами ризику розвитку ІХС. Результати Strong Heart Study показали, що ХС ЛПНЩ є незалежним фактором ризику розвитку ССЗ у пацієнтів з ЦД: при підвищенні рівня ХС ЛПНЩ з 70 мг/дл на кожні 10 мг/дл ризик розвитку ССЗ збільшується на 12 %.

Висновки. Таким чином, зміна будь-якого показника ліпідного спектра веде до збільшення серцево-судинного ризику і він значно зростає при коморбідності патологій у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

СОРТИЛІН – ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Сипало А. О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: провести літературний аналіз науково-метричних баз для визначення ролі сортиліну (SORT1) як маркеру діагностики атеросклеротичних уражень судин у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проведено літературний аналіз науково-метричних баз.

Результати та їх обговорення. У літературі активно обговорюється роль сортиліну, як нового маркера формування атеросклерозу, у хворих на ІХС та ЦД 2 типу. Роль сортиліну у розвитку атеросклерозу поки що не з'ясовано. Однак, деякі наукові дослідження показали, що підвищена експресія печінкового сортиліну знижує печінкову секрецію аполіпопротеїну В (апоВ) і збільшує катаболізм холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), забезпечує подвійний механізм дуже сильного зв'язку між зростанням печінкового сортиліну та зниженням рівня ХС ЛПНЩ у плазмі людей. Останні дослідження визначили однонуклеотидні поліморфізми (ОНП) на локусі людської хромосоми 1, асоційовані з ризиком ІХС і рівнем ХС ЛПНЩ. ОНП також пов'язані зі зміненою експресією печінкового сортиліну-1, який кодує білок, який, імовірно, бере участь у перенесенні та деградації апо В.

Висновки. Існує все більше доказів того, що для розуміння теорії розвитку атеросклерозу у хворих на ІХС та ЦД 2 типу потрібне детальне вивчення ролі сортиліну у виникненні та прогресуванні патологічного процесу. Безумовно це викликає зацікавленість у проведенні подальших досліджень у цьому напрямку.

ОЖИРІННЯ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ В УКРАЇНІ

Скирда І. Ю., Петішко О. П., Завгородня Н. Ю., Пантелєєва Т. І.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: проаналізувати поширеність ожиріння у дітей та підлітків в Україні та визначити їх регіональні особливості.

Матеріал і методи. Аналіз показника поширеності ожиріння у дітей і підлітків проводився згідно офіційних даних Центру медичної статистики МОЗ України в 27 регіонах України протягом 7 років (2006-2013 рр.). Результати оброблені з застосуванням пакету програм STATISTICA 6.0.

Результати дослідження. Встановлено, що ожиріння складає 17,2 % серед захворювань ендокринної системи, які в структурі поширеності за класами хвороб серед дітей та підлітків займають 4 місце. Відзначено поступове зростання показника поширеності з максимальним підйомом в 2012 р. до 14,41 на 1000 дітей (темп приросту за період 2006-2013 рр. складав 39,1 %). Це пов'язано не тільки з дією «класичних» факторів (харчування, фізичні навантаження), але й з активною роботою дитячих ендокринологів в Україні та зміною відношення фахівців до ожиріння як до захворювання, яке має вплив на подальшу появу комплексу станів: артеріальна гіпертензія і цукровий діабет. При аналізі регіональних особливостей рівня та динаміки поширеності ожиріння були виявлені найбільш високі темпи приросту цього показника (понад 30 %) в Луганській, Закарпатській, Рівненській, Херсонській, Житомирській та Кіровоградській областях. Поряд з цим в Полтавській, Миколаївській та Черкаській областях відзначається зниження поширеності ожиріння серед дитячого населення. Більш ретельний аналіз регіональних особливостей показника поширеності був проведений із застосуванням методу багатовимірної класифікації та кластерного аналізу, які дозволили згрупувати регіони за рівнем поширеності та уніфікувати інтерпретацію коливань інтегрального показника за допомогою еталонної стандартизації. Серед регіонів з найбільшим рівнем поширеності ожиріння у дітей та підлітків виділяються Житомирська, Кіровоградська, Тернопільська та Чернігівська області. Найнижчі показники спостерігали в Луганській, Волинській областях та м. Севастополь. Однак, слід відзначити, що на фоні достатньо низького рівня поширеності загальна чисельність хворих на ожиріння дітей в цих регіонах постійно збільшується.

Висновки. Наростаючий характер збільшення показника поширеності ожиріння свідчить про несприятливу ситуацію щодо надання медичної допомоги дітям і підліткам в Україні, вимагає прийняття певних організаційних рішень на загальнодержавному рівні.

ДИНАМІКА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУ АЛЕРГІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РІЗНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ

Сорокопуд О. О., Радченко О. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Актуальність проблеми медикаментозної алергії (МА) в сучасній медицині визначають непрогнозованість її виникнення та перебігу, а також широке та неконтрольоване застосування препаратів. Частота виникнення алергічних реакцій за деякими даними сягає 25 % серед усіх побічних реакцій на ліки. Основу лікування МА становлять антигістамінні засоби. Хоча на даний час існує достатня кількість антигістамінних препаратів, особливе місце серед них займають похідні хінуклідинів, фактично самостійний клас антигістамінних препаратів, представником яких є хіфенадин (торгова назва фенкарол, "Олайнфарм", Латвія).

З метою порівняння ефективності застосування хіфенадіну (група А) та левоцетиризину дигідрохлориду (група В) у лікуванні МА обстежено 60 хворих віком (47,3 ± 2,3) років, 14 чоловіків та 46 жінок. За віком і статтю групи були практично однаковими, так вік хворих групи А становив (45,4 ± 3,4) р., у групі В – (49,2 ± 3,2) р., в кожній групі було по 7 чоловіків і 23 жінки. Термін госпіталізації від моменту виникнення проявів МА теж майже не відрізнявся у групах: група А – (3,8 ± 0,6) дн., група В – (4,1 ± 0,8) дн. Найчастішими проявами МА були шкірні висипання у (96,7 ± 2,3) % хворих (переважно еритематозні, уртикарні та папульозні) та/або набряк Квінке – (61,7 ± 6,3) %. Рідше спостерігались системні прояви у вигляді артралгій (5 ± 2,8 %), гарячки (8,3 ± 2,8 %), бронхоспазму (6,7 ± 3,2 %).

Встановлено, що застосування фенкаролу приводило до вираженого клінічного ефекту. Хоча тривалість госпіталізації пацієнтів обох груп була майже однаковою (група А – (9,3 ± 0,5) дн., група В – (9,4 ± 0,3) дн.), клінічне покращення у вигляді зменшення свербежу (група А – (1,5 ± 0,5) дн., група В – (2,5 ± 0,5) дн.), інтенсивності гіперемії висипки (група А – (1,5 ± 0,5) дн., група В – (2,5 ± 0,5) дн.), зменшення розмірів та кількості елементів висипань (група А – (2,0 ± 0,5) дн., група В – (3,5 ± 0,5) дн.), розміру набряку (група А – (2,5 ± 0,5) дн., група В – (3,5 ± 0,5) дн.) було значно швидшим у групі А – у хворих, які отримували для лікування фенкарол – на (2,1 ± 0,1) день, тоді як у хворих групи В – через (3,1 ± 0,1) ($p < 0,05$). Думаємо, це можна пояснити унікальністю механізму дії фенкаролу, оскільки він не тільки блокує Н1-рецептори, але і активує діаміноксидазу (гістаміназу) – фермент, що інактивує гістамін, внаслідок чого зменшується вміст гістаміну в тканинах. Вважаємо, це і забезпечує додаткову антиалергічну активність фенкаролу та пояснює швидке клінічне покращення у хворих, які отримували фенкарол.

КОМПОНЕНТНИЙ СКЛАД ТІЛА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА (ХЗЗК)

Сорочан О. В., Стойкевич М. В., Мосалова Н. М., Шевцова З. І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: оцінити компонентний склад тіла хворих на ХЗЗК.

Матеріал та методи. Проведене обстеження 80 хворих на ХЗЗК віком (37,84 ± 1,32) роки, з них 29 – мали хворобу Крона (ХК), 51 – неспецифічний виразковий коліт (НВК). Серед пацієнтів було 42 жінки та 38 чоловіків. Включення хворих в дослідження проводилось незалежно від зовнішніх ознак порушення нутритивного статусу. Оцінка стану компонентного складу тіла пацієнтів здійснювалася за допомогою біоімпедансного аналізатору фірми «МЕДАСС» (Москва, Росія).

Результати дослідження. Аналіз масової долі жиру (%ЖМ) в організмі хворих на ХЗЗК показав, що у 67 (83,8 %) обстежених спостерігалось відхилення результатів від нормальних значень**.** У структурі порушень нутритивного статусу вірогідно переважали пацієнти з його зниженням – 47 (58,8 %), із них у 31 (38,8 %) пацієнтів діагностувалось виснаження, а інші 16 (20,0 %) мали недостатність харчування. Збільшення %ЖМ спостерігалось у 20 (25,0 %) хворих, 8 (10,0 %) з них мали надлишкову вагу, а у 12 (15,0 %) – визначалось ожиріння. При ХК поширеність нутритивної недостатності в 1,3 разів була більшою (52,9 % – при НВК, 68,9 % – при ХК), що може бути обумовлено глибиною ураження кишкової стінки та частим залученням у патологічний процес тонкої кишки, що ускладнює всмоктування нутрієнтів. Вміст %ЖМ залежав від тяжкістю захворювання (r= -0,39, p = 0,012), віку пацієнтів (r = 0,40, p < 0,001) та був більшим у жінок (r = 0,29, p < 0,008). Що стосується середніх відносних показників без жирової маси тіла, активно-клітинної маси (АКМ), та скелетно-м’язової маси (СММ), то суттєвих відхилень від норми та різниці за нозологіями виявлено не було. Але при аналізі індивідуальних показників встановлено, що у 10 (19,6 %) хворих на НВК та 6 (20,7 %) – на ХК спостерігалось зменшення %АКМ. У 3 (5,9 %) хворих на НВК мало місце зменшення %СММ. Вивчення об’єму та розподілу рідини в організмі хворих на ХЗЗК показало, що вміст загальної рідини організму був у межах нормальних значень у 93,2 % хворих на ХК та 88,2 % пацієнтів з НВК, при цьому у більшої частини обстежених спостерігався перерозподіл рідини за рахунок збільшення більш, ніж в 2,5 рази позаклітинної рідини (ПКР) та зменшення клітинної рідини (КР), що свідчить про підсилення проникності клітинних мембран на тлі запалення.

Висновок. Основні порушення компонентного складу тіла у хворих на ХЗЗК відбуваються за рахунок змін вмісту %ЖМ, переважно у вигляді нутритивної недостатністю і частіше зустрічається при ХК. Для пацієнтів з ХЗЗК характерний перерозподіл водних секторів організму за рахунок збільшення ПКР та зменшення КР.

ПРЕДИКТОРИ РИЗИКУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ПОЛІМОРФНИХ ДІЛЯНОК ГЕНА РЕЦЕПТОРІВ 2А СЕРОТОНІНУ HTR2A

Станіславчук М. А., Процюк Л. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Україна

Мета дослідження: виявити фактори ризику РА та вплив РА на працездатність і повсякденну діяльність хворих з різними варіантами поліморфних ділянок промоторного регіону гену 5-HTR2A T102C та A1438-G.

Матеріали та методи. Проведено комплексне вивчення факторів ризику, що впливали на розвиток РА у 100 хворих з різними генотипами поліморфних ділянок T102C та A1438-G за допомогою поглибленого клінічного стандартизованого інтерв'ю. Вплив РА на працездатність та повсякденну діяльність вивчали за допомогою опитувальника WPAI: Ревматоїдний артрит, редакція 2,0. Оцінку тривожності проводили за шкалою Спілбергера, а депресивний стан за шкалою HDRS. Статистична обробка отриманих результатів проведена в пакеті "Statistica 8.0" з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати. Встановлено, що у хворих на РА з генотипом TC поліморфних ділянок T102C гена найбільш високу значущість серед чинників мали: ГРВІ та захворювання органів дихання ($\varphi = 4,1$; $p < 0,001$), наявність стресу ($\varphi = 2,30$; $p < 0,05$), тоді як у хворих з генотипом TT – вік 45 років та більше ($\varphi = 4,3$; $p < 0,01$) і наявність стресового фактору ($\varphi = 2,5$; $p < 0,01$).У хворих з генотипом CC та AG та GG, поліморфних ділянок A-1438-G гена, переохолодження ($\varphi = 2,39$; $p < 0,001$; $\varphi = 3,04$ і $\varphi = 2,0$; $p < 0,05$, відповідно), тоді як у хворих з генотипом AA фізична праця ($\varphi = 3,02$; $p < 0,01$). Серед клінічних ознак: наявність поліартралгії виявилась найбільш вагомою ознакою у хворих на РА з генотипом TC ($\varphi = 3,12$; $p < 0,001$) та AG і GG ($\varphi = 3,2$ $p < 0,01$ і $\varphi = 2,0$; $p < 0,05$, відповідно), тоді як оніміння кінцівок, сухість у роті та наявність доклінічного ураження суглобів для хворих з генотипом TC ($\varphi = 2,5$ $p < 0,01$, $\varphi = 2,0$, $p < 0,05$; і $\varphi = 5,9$; $p < 0,001$, відповідно), наявність позасуглобових уражень для генотипу TT ($\varphi = 2,4$; $p < 0,05$), а схуднення – для хворих з генотипом AG ($\varphi = 2,0$; $p < 0,05$).

Проведене нами опутування за опитувальником працездатності та порушення діяльності (WPAI) серед хворих на РА, незалежно від генотипу локусів T102C та A1438-G виявило сильний обернений зв'язок між РА та працездатністю хворих. Всі показники WPAI асоціювалися з активністю процесу, вираженістю функціональної недостатності та болем, показниками якості життя, стомлюваністю, а також встановлено прямий кореляційний зв'язок показників WPAI з показниками тривожно-депресивних розладів.

Висновки. У хворих на РА з різними генотипами різнились і фактори ризику, тоді як працездатність, незалежно від генотипу, залежала від активності запального процесу, вираженості больового синдрому та тривожно-депресивних розладів.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА РІВНІВ МАЛОНОВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ НАТЩЕ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Старченко Т. Г., Юшко К. О., Щенявська О. М., Конькова В. С., Грідасова Л. М.

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

Мета. Вивчити стан ліпідного обміну та показник перекісного окислення ліпідів малоновий діальдегід (МДА) у сироватці крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), ГХ з глікемією натще та при поєднанні ГХ з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 82 хворих на ГХ, з яких у 15 виявлена ГХ, у 38 – ГХ з гіперглікемією натще, у 34 хворих ГХ з ЦД 2 типу. Усім хворим проводили визначення глюкози натще, показників ліпідного обміну та МДА в крові.

Результати. Не було виявлено вірогідних змін проатерогенних показників в групах хворих на ГХ з та без порушення вуглеводного метаболізму, а також при ГХ з ЦД 2 типу у порівнянні з пацієнтами на ГХ. У той же час відмічається вірогідне зменшення рівнів ЛПВЩ лише у хворих на ГХ у поєднанні з ЦД 2 типу у порівнянні як з пацієнтами на ГХ, так і хворими на ГХ з порушеним вуглеводним обміном. Аналізуючи стан оксидантної системи за даними визначення МДА, не було виявлено вірогідних розбіжностей між показниками в групі хворих на ГХ у порівнянні з пацієнтами на ГХ з гіперглікемією натще. Однак, при приєднанні до ГХ ЦД 2 типу значно зростає рівень МДА і перевищує цей показник при ГХ на 35 % ($p < 0,001$) і на 27 % ($p < 0,001$) при ГХ з гіперглікемією натще. У разі поєднання ГХ з ЦД 2 типу стан перекісного окислення ліпідів суттєво залежав від тривалості ЦД. Так, рівень МДА при тривалості в анамнезі ЦД до 5 років і після 5 років склав, відповідно, 5,54 (4,23; 7,29) нмоль/л і 7,17 (5,92; 7,61) нмоль/л ($p < 0,001$), що свідчить про значення постійної гіперглікемії у підтримці активації перекісного окислення ліпідів. Проведений кореляційний аналіз у хворих на ГХ з ЦД 2 типу виявив позитивний кореляційний зв'язок між МДА та тригліцеридами ($r = 0,42$, $p < 0,05$), що може вказувати на роль МДА в підвищенні атерогенності плазми крові у цих хворих.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про наявність асоціації між гіперглікемією та вираженістю оксидантного стресу у хворих на АГ та ЦД 2 типу, що підтверджується зростанням процесів перекісного окислення ліпідів по мірі збільшення тривалості ЦД. Вірогідне підвищення МДА не лише у хворих на АГ з ЦД 2 типу, а й при гіперглікемії натще у порівнянні з пацієнтами на ГХ з нормальним вуглеводним обміном вказує на роль навіть транзиторної гіперглікемії в активації процесів перекісного окислення ліпідів.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЗАПЗАНДРА» У ЛІКУВАННІ КОНСТИПАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

Стойкевич М. В., Сорочан О. В., Мосалова Н. М., Верхолаз Н. І.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити ефективність застосування препарату «Запзандра» у хворих з констипаційним синдромом.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 36 хворих з констипаційним синдромом, які перебували на лікуванні у відділенні захворювань кишечнику ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Середній вік пацієнтів склав (46,5 ± 4,3) років. Серед обстежених було 12 чоловіків та 24 жінки. Середня тривалість захворювання склала (4,1 ± 0,6) роки. Діагноз встановлено на підставі скарг, анамнезу, загальноклінічних аналізів, іригографії або колоноскопії. До лікування у хворих стілець спостерігався 1 раз на 3-4 дні, турбувало відчуття неповного випорожнення, здуття живота, абдомінальний біль. З метою ліквідації констипаційного синдрому застосовувався препарат «Запзандра», який являє собою комбінацію лактітола моногідрату та лушпиння ісфагули. Препарат призначався по 1 столовій ложці 2 рази на день впродовж 14 днів. Результати лікування оцінювались за вираженістю констипаційного, больового та диспепсичного синдрому, зміни характеру калових мас за Бристольською шкалою.

Результати. Через 14 днів на фоні лікування позитивний ефект спостерігався у 31 (86,1 %) хворих: у 13 (36,1 %) пацієнтів стілець повністю відновився, 18 (50,0 %) хворих відмічали добрий ефект (стілець 1 раз на 2 доби). У 83,3 % хворих відмічали зменшення больового синдрому, диспепсичних явищ, 88,9 % пацієнтів відзначили зникнення відчуття неповного випорожнення. Усі хворі спостерігали покращення консістенції калу (згідно Бристольської шкали). Переносимість препарату була доброю, побічних ефектів не відмічалось.

Висновки. Застосування «Запзандра» у хворих з констипаційним синдромом сприяє відновленню евакуаторної функції кишечнику, зменшенню больового та диспепсичного синдромів. Препарат має добрий профіль безпечності.

ОЦІНКА ВМІСТУ ЛЕПТИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА

Стойкевич М. В., Татарчук О. М., Сорочан Е. В., Мосалова Н. М.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м .Дніпропетровськ

Мета: вивчити вміст лептину у сироватці крові у хворих на хронічні запальні захворювання кишечнику (ХЗЗК) та визначити його залежність від нутритивного статусу.

Матеріали та методи. Проведене обстеження 80 хворих на ХЗЗК віком (37,84 ± 1,32) роки, з них 29 – мали хворобу Крона (ХК), 51 – неспецифічний виразковий коліт (НВК). Серед пацієнтів було 42 жінки та 38 чоловіків. Оцінка стану компонентного складу тіла пацієнтів здійснювалася за допомогою біоімпедансного аналізатору фірми «МЕДАСС» (Москва, Росія). На підставі визначення відсотка жирової маси тіла за даними імпедансметрії досліджені хворі були розподілені на 3 групи: I – зі зниженим нутритивним статусом (47 хворих), II – з нормальним нутритивним статусом (13 хворих) та III – з підвищеним нутритивним статусом (20 хворих). Вміст лептину визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу у сироватці крові (набір виробництва DRG, Німеччина)

Результати дослідження. Вміст лептину у досліджених хворих на ХЗЗК коливався від 0,1 до 26,3 нг/мл. Середні показники становили (2,4 ± 0,57) нг/мл у чоловіків і (7,0 ± 1,19) нг/мл у жінок. При аналізі рівня показника залежно від нозології встановлено, що у хворих на ХК рівень лептину у чоловіків був достовірно зниженим порівняно з групою НВК у 5,4 рази ($p < 0,05$). У жінок рівень лептину був статистично значимо більш високим ($p < 0,05$), ніж у чоловіків. Це підтверджується встановленим кореляційним зв'язком між рівнем лептину та статтю ($r = -0,41$; $p < 0,01$). У хворих на ХЗЗК рівень лептину корелював з віком хворих ($r = 0,38$; $p < 0,01$), індексом маси тіла (ІМТ) ($r = +0,59$; $p < 0,01$), жировою масою ($r = 0,77$; $p < 0,01$), рівнем холестерину ($r = 0,32$; $p < 0,01$) та зворотно корелював із ступенем недостатності харчування ($r = -0,32$; $p < 0,01$). Тобто, із наростання ІМТ підвищувався рівень лептину у сироватці крові. Встановлено, що рівень лептину підвищувався паралельно з підвищенням маси тіла, що підтверджувалось його достовірним підвищенням у пацієнтів III групи в 9,8 і 8,0 рази у чоловіків і жінок, відповідно, порівняно з I групою.

Висновок. Отримані результати свідчать про зв'язок між нутритивним статусом та гормональною активністю жирової тканини, маркером якої є лептин, що підтверджувався підвищенням рівня лептину у пацієнтів III групи порівняно з I групою. Також , виявлена залежність рівня лептину від статі та нозології.

ЕХОГЕННІСТЬ ПЕЧІНКИ ТА ЇЇ АСОЦІАЦІЇ З КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Стрільчук Л. М., Радченко О. М., Макаренко Т. М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Гіперехогенність печінки є одним з основних критеріїв стеатозу печінки (СП), однак його клінічна значущість залишається остаточно не встановленою.

Метою роботи стало визначення асоціацій гіперехогенності печінки з клініко-лабораторними характеристиками артеріальної гіпертензії (АГ) за умов надмірної маси тіла та ожиріння.

Матеріал та методи. Обстежено 85 хворих з АГ, медіана віку 60 років, 54 жінки та 31 чоловік. Верифікація діагнозу з визначенням стадії, ступеня, кардіоваскулярного ризику проведена за Рекомендаціями асоціації кардіологів України з профілактики та лікування АГ (2011). Результати опрацьовані методами непараметричної статистики з використанням кореляційного аналізу Кендалла.

Результати. Опитування хворих показало, що пацієнти з АГ та лікарі мало звертають уваги на стан печінки, хоча хворі відмічали порушення травлення жирної чи смаженої їжі (81,8 %), нудоту (72,7 %), позиви до блювання (63,7 %), біль у правому підребер'ї, гіркоту у роті (по 72,7 %). Ехогенність печінки була прямо пропорційна систолічному та діастолічному артеріальному тиску (САТ $\tau = 0{,}29$, $p = 0{,}001$; ДАТ $\tau = 0{,}18$, $p = 0{,}04$) та масі тіла (ІМТ $\tau = 0{,}21$, $p = 0{,}02$). Асоціація СП з ожирінням та усіма антропометричними критеріями (обводи талії, стегон та їх відношення, об'єм жиру, маса та відсоток жирової тканини) супроводжувалась істотними кореляціями з параметрами ліпідного спектру, передусім, з атерогенними фракціями ліпідів – з бета-ліпопротеїдами ($\tau = 0{,}20$; $p = 0{,}04$) та холестерином ліпопротеїнів низької щільності ($\tau = 0{,}49$; $p = 0{,}02$). Важливою вважаємо пряму кореляцію ехогенності печінки з рівнем глюкози ($\tau = 0{,}28$; $p = 0{,}001$). Звертає на себе увагу пряма кореляція ехогенності печінки з вмістом серомукоїдів ($\tau = 0{,}73$; $p = 0{,}04$). Також виявлені обернені зв'язки з клінічними ознаками хронічної серцевої недостатності (кашель вночі та набряки на ногах). Ехогенність печінки виявилась прямо пропорційна товщині міжшлуночкової перетинки ($\tau = 0{,}26$; $p = 0{,}01$) та обернено – розміру лівого передсердя у діастолу ($\tau = -0{,}64$; $p = 0{,}02$) та електричній систолі і часу проведення імпульсу по міокарду шлуночків ($\tau = -0{,}67$; $p = 0{,}01$ та $\tau = -0{,}45$; $p = 0{,}03$).

Висновок. Ехогенність печінки достовірно асоціюються із зростанням ступеня артеріальної гіпертензії, наростанням маси тіла та ступеня ожиріння, порушенням вуглеводного метаболізму, активацією синдрому запалення, атерогенними змінами ліпідного профілю, гіпертрофією міокарда.

ДЕФІЦИТ МАСИ ТІЛА ЯК ФАКТОР РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Суворик В. А., *Хребтій Г. І.

Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Вінниця,
**ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Основна увага при профілактичним методах впливу на розвиток кардіоваскулярних ускладнень надається надлишковій масі тіла. Більшість епідеміологічних досліджень свідчить про те, що смертність від серцево-судинних захворювань має U-подібний зв'язок з модифікаціями у вигляді L- і J-залежності з індексом Кетле.

Метою дослідження було вивчення особливостей міокардіальної та ендотеліальної дисфункцій у хворих на гіпертонічну хворобу з дефіцитом маси тіла.

На сьогоднішній день обстежено 37 хворих чоловіків на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії, віком від 60 до 85 років, в середньому – (78 ± 5,9) років. Першу групу (17 чоловіків) складали хворі на ГХ з дефіцитом маси тіла, другу групу (контроль) – 20 хворих з ГХ та нормальною масою тіла.

При аналізі ехокардіографічних показників у хворих з дефіцитом маси тіла виявляється тенденція до формування концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) та порушення діастолічної функції по I типу. У групі хворих із зниженою масою тіла при порівнянні із групою пацієнтів із задовільною вгодованістю спостерігається дещо менша маса міокарду лівого шлуночка (230,8 ± 6,1) г та (258,4 ± 7,4) г, відповідно, $p < 0,001$), що свідчить про дещо меншу ступінь ГЛШ та зменшення часу сповільнення раннього діастолічного наповнення ((0,220 ± 0,002) с та (0,238 ± 0,002) с, $p < 0,01$), обумовлене підвищенням жорсткості міокарда, що негативно впливає на скоротливу здатність серця.

При проведенні ультрасонографії встановлено, що вихідний діаметр плечової артерії (ПА) (мм) в першій групі склав (3,9 ± 0,3) в другій – (4,1 ± 0,2) ($p > 0,05$). Ендотелійзалежна вазодилатація (ЕЗВД) (%) в першій групі склала (4,0 ± 0,8), в другій (8,4 ± 0,2) ($p < 0,001$). Величина ендотелійнезалежної вазодилатації (%) в першій групі склала (12,8 ± 2,1) в другій – (14,0 ± 1,5) ($p > 0,05$).

Таким чином, у хворих на ГХ II стадії, за даними дослідження, виявлені порушення ЕЗВД, зниження чутливості ПА до напруження зсуву, формування концентричних типів ремоделювання лівого шлуночка та порушення діастолічної функції міокарда незалежно від маси тіла, хоча більш виражені у хворих з дефіцитом маси тіла. Виявлені зміни можуть бути одними з патофізіологічних механізмів розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих з недостатньою масою тіла.

ВПЛИВ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА НА ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Суворик В. А., *Хребтій Г. І., Семененко А. І.

Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Вінниця, Україна,
**ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці*

Сьогодні гіпертонічну хворобу (ГХ) розглядають, як стан дисфункції ендотелію, що супроводжується констрикцією гладеньких м'язів судин, збільшенням опору викиду лівого шлуночка та схильністю до атеросклерозу. Разом з тим абдомінальне ожиріння є одним з патогенетичних факторів ГХ, можливо, також пов'язаних з виникненням ендотеліальної дисфункції.

Метою дослідження було вивчення особливостей ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) у хворих на ГХ із супутнім ожирінням.

Обстежено 32 хворих на ГХ II стадії віком від 36 до74 років, в середньому – (55 ± 5,9) років. Ступінь ожиріння визначали за індексом маси тіла (ІМТ). У 20 хворих встановлено супутнє аліментарне ожиріння I ступеню (ІМТ – (33,1 ± 0,34) кг/м²). Другу групу склали 12 хворих на ГХ з нормальною масою тіла (ІМТ – (23,7 ± 0,29) кг/м²). До третьої, що склала групу контролю, ввійшли 8 осіб з нормальним рівнем артеріального тиску та без ознак ожиріння (ІМТ – (22,9 ± 0,38) кг/м²). Для визначення змін діаметру артерій у відповідь на підвищений тиск потоку крові (ЕЗВД) і сублінгвальний прийом нітрогліцерину (ендотелійнезалежна вазодилатація, ЕНВД) ми проводили тест Целермаєра-Соренсена.

Встановлено, що вихідний діаметр плечової артерії (мм) в першій групі склав (4,4 ± 0,2) ($p < 0,05$, порівняно з групою контролю); в другій – (4,1 ± 0,2) ($p < 0,05$, порівняно з групою контролю); в групі контролю – (3,9 ± 0,2). Потокозалежна дилатація (%) в першій групі склала (4,6 ± 0,8) ($p < 0,05$); в другій – (8,4 ± 0,2) ($p < 0,05$); в групі контролю – (10,3 ± 0,6). Величина ЕНВД (%) в першій групі склала (16,5 ± 2,1); в другій – (14,0 ± 1,5); в групі контролю – (17,6 ± 1,3) ($p > 0,05$).

Таким чином, у хворих на ГХ, за даними дослідження з використанням ультразвуку високого розрішення, виявлені порушення ендотелійзалежної вазодилатації плечової артерії і зниження чутливості плечової артерії до напруження зсуву, незалежно від наявності ожиріння, хоча більш виражене у хворих з супутнім ожирінням. При цьому ендотелійнезалежна вазодилатація у відповідь на нітрати була збереженою.

ПАРАМЕТРИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ З УРАХУВАННЯМ РІВНЯ АПЕЛІНУ-12 У ХВОРИХ З АРТЕРИАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Табаченко О. С., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Серед хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) розповсюдженість цукрового діабету (ЦД) 2 типу у 2,5 рази вище, ніж серед осіб, що не мають АГ. Вірогідність розвитку АГ на фоні ЦД 2 типу має тенденцію до збільшення в залежності від віку, гендерних особливостей, наявності ожиріння та інших складових метаболічного синдрому. Наявність АГ та ЦД 2 типу характеризуються формуванням гіпертрофії міокарда лівого шлуночка зі збільшенням розміру й маси кардіоміоцитів та міжклітинного матриксу.

Мета дослідження – оцінити параметри кардіогемодинаміки з урахуванням рівня апеліну-12 у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні було обстежено 105 хворих на артеріальну гіпертензію. До основної групи увійшли 75 пацієнтів з поєднанням АГ та ЦД 2 типу (середній вік – (60,03 ± 1,17)). Групу порівняння складали 30 хворих на АГ без ЦД 2 типу (середній вік – (57,1 ± 2,23)). Групи були співставленні за віком ($p < 0,05$). Верифікацію ЦД 2 типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України. У якості контрольної групи було залучено 30 практично здорових осіб. Хворі з АГ та ЦД 2 типу були розподілені згідно рівня апеліну-12. До першої групи увійшли пацієнти з рівнем апеліну-12 менше 25 процентіля, до другої групи – з 25 до 75 процентіля, до третьої – більше 75 процентіля, відповідно.

Результати. Проведене дослідження виявило, що рівні індексу маси міокарда лівого шлуночка, маса міокарда лівого шлуночка, відносна товщина стінки, розміри та об'єми лівого шлуночка і лівого передсердя зростали паралельно зниження процентіля апеліну-12 у хворих з АГ та супутнім ЦД 2 типу та сягали мінімуму за умов зниження апеліну-12 менше 25 процентіля.

Висновки. Отримані дані свідчать про залучення рівнів апеліну-12 до процесів гіпертрофії та ремоделювання міокарду.

ПОКАЗНИКИ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Табаченко О. С., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу підвищує ризик серцевих та цереброваскулярних ускладнень у середньому в 5-6 разів порівняно з хворими на АГ без ЦД 2 типу. Поширеність АГ серед хворих на ЦД 2 типу майже вдвічі більша, ніж у людей без ЦД 2 типу.

Мета дослідження – провести аналіз гормонів жирової тканини, а саме апеліну-12 та обестатину у хворих з артеріальною гіпертензією в залежності від тривалості цукрового діабету 2 типу.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні було обстежено 105 хворих на артеріальну гіпертензію. До основної групи увійшли 75 пацієнтів з поєднанням АГ та ЦД 2 типу (середній вік – (60,03 ± 1,17)). Групу порівняння складали 30 хворих на АГ без ЦД 2 типу (середній вік – (57,1 ± 2,23)). Групи були співставленні за віком ($p < 0,05$). Верифікацію ЦД 2 типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України. У якості контрольної групи було залучено 30 практично здорових осіб. Хворі з АГ та ЦД 2 типу були розподілені згідно тривалості ЦД 2 типу: до 5 років, від 5 до 10 років, більше 10 років.

Результати. Проведене дослідження виявило нерівнозначність активності апеліну-12 та обестатину у хворих з АГ залежно від тривалості супутнього ЦД 2 типу. Наявність ЦД 2 типу тривалістю до 5 років асоціюється з адаптивною високою апелінемією та обестатинемією, що може бути пов'язано з участю вищезазначених параметрів у регуляції метаболізму глюкози в умовах інсулінорезистентності з метою покращення периферичних тканин до дії інсуліну. Присутність ЦД 2 типу більше 5 років у хворих з АГ супроводжується декомпенсацією компенсаторних реакцій обестатину, а за умов тривалості ЦД 2 типу більше 10 років – за рахунок обестатину та апеліну-12.

Висновки. На початкових етапах тривалості ЦД 2 типу менше 5 років у хворих з АГ характеризується підвищенням рівнів апеліну-12 та обестатину та при пролонгації захворювання на ЦД 2 типу більше 5 років супроводжується декомпенсацією реакцій обестатину. При тривалості ЦД 2 типу більше 10 років у гіпертензивних хворих – показники даних маркерів стають неадекватними щодо потреб.

ТИПИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ АПЕЛІНУ-12 У ХВОРИХ З АРТЕРИАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Табаченко О. С., Кравчун П. Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Тяжкість клінічних проявів і прогноз хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) та супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу визначаються не тільки ступенем підвищення артеріального тиску, але і значною мірою ураженням органів-мішеней, у тому числі наявністю гіпертрофії міокарда лівого шлуночка (ГМЛШ). Поширеність ГМЛШ в популяції досягає 13,3 на 1 тисячу осіб (NHANES II).

Метою нашого дослідження стало підвищення ефективності діагностики хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу на підставі дослідження патогенетичної ролі гормону жирової тканини апеліну-12 у розвитку структурно-функціональних змін лівого шлуночка.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні було обстежено 105 хворих на артеріальну гіпертензію. До основної групи увійшли 75 пацієнтів з поєднанням АГ та ЦД 2 типу (середній вік – (60,03 ± 1,17)). Групу порівняння складали 30 хворих на АГ без ЦД 2 типу (середній вік – (57,1 ± 2,23)). Групи були співставленні за віком ($p < 0,05$). Верифікацію ЦД 2 типу проводили відповідно до стандартних протоколів, рекомендованих Міністерством охорони здоров'я України. У якості контрольної групи було залучено 30 практично здорових осіб. Хворі з АГ та ЦД 2 типу були розподілені згідно рівня апеліну-12. До першої підгрупи увійшли пацієнти з рівнем апеліну-12 менше 25 процентіля, до другої підгрупи – з 25 до 75 процентіля, до третьої – більше 75 процентіля, відповідно.

Результати. Проведене дослідження виявило, що у групі з рівнем апеліну-12 більше 75 процентіля переважали особи з концентричним ремоделюванням, у групі з рівнем апеліну-12 25-75 процентіля концентрична гіпертрофія (КГ) виявлена у 77 %, а концентричне ремоделювання у 6 %. Що стосується когорти хворих з рівнем апеліну-12 менше 25 процентіля КГ і ексцентрична гіпертрофія зустрічались з приблизно однаковою частотою. Встановлено зворотній зв'язок між активністю апеліну-12 і тривалістю ЦД 2 типу. Тобто ЦД 2 типу впливає на активність апеліну-12, що виразно проявляється за умов пролонгації ЦД 2 типу більше 10 років.

Висновки. Отримані дані свідчать, що рівень апеліну-12 вище 75 процентіля (більше 1,725 нг/мл) володіє антагоністичними ефектами щодо гіпертрофії лівого шлуночку у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу.

РЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Такташов Г. С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Лиман, Украина

Цель: оценить состояние вентиляционной, влаговыделительной, кондиционирующей, диффузионной и сурфактантобразующей функций легких у больных хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС).

Материал. Под наблюдением находились 105 больных в возрасте от 15 до 60 лет (в среднем 40 лет). Среди этих обследованных пациентов было 28 % мужчин и 72 % женщин. Митральная недостаточность установлена в 96 % от числа больных, митральный стеноз – в 48 %, аортальная недостаточность – в 63 %, аортальный стеноз – в 11 %, трикуспидальная недостаточность – в 12 %.

Результаты. По сравнению с показателями у здоровых людей контрольной группы, при ХРБС наблюдается достоверное повышение интегрального пневмокалорического показателя в 2,8 раза, интегрального пневмотермического показателя в 2,3 раза, соотношения среднего давления в легочной артерии к периферическому в 2,1 раза, размеров правого желудочка сердца на 90 %, систолического давления в легочной артерии на 79 %, соотношения легочного к периферическому сосудистому сопротивлению на 35 % и диастолического давления в легочной артерии на 33 % при уменьшении поверхностной релаксации экспиратов на 55 %, резерва выдоха на 46 %, скорости респираторного влаговыделения на 40 %, резерва вдоха на 39 %, соотношения дыхательной к максимальной калорической емкости на 32 %, пневмокалорического индекса на 22 %, объема форсированного выдоха за первую секунду на 19 %, жизненной емкости легких на 17% и поверхностного натяжения экспиратов на 11 %, что соответственно наблюдается (<M±SD> здоровых) у 51 %, 70 %, 89 %, 81 %, 78 %, 53 %, 66 %, 84 %, 75 %, 82 %, 73 %, 57 %, 72 %, 22 %, 45 % и 61 % от числа обследованных пациентов, связано с возрастом начала болезни и развития порока сердца (диастолическое давление в легочной артерии, легочное сосудистое сопротивление, конечно-диастолический размер правого желудочка, диффузионная способность легких, поверхностные натяжение и релаксация конденсата выдыхаемого воздуха), с индексом прогрессирования патологического процесса (легочное сосудистое сопротивление, диффузионная способность легких).

Нарушения вентиляционной, влаговыделительной, кондиционирующей, диффузионной и сурфактантобразующей функций легких, коррелируют с параметрами пульмональной гемодинамики и функции внешнего дыхания, зависят от степени функционального класса сердечной недостаточности, характера и количества у одного больного пороков сердца, нарушений сердечного ритма, выраженности фиброзирования клапанов.

ГЕОГРАФІЧНІ ВІДМІННОСТІ У ПОШИРЕНОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Татаренко О. М.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини», м. Київ, Україна

Постраждалі внаслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції (ЧАЕС) є категорією населення України з великою поширеністю захворювань системи кровообігу (ЗСК). Особливої уваги серед усіх постраждалих контингентів заслуговують учасники ліквідації наслідків аварії (УЛНА), які належать до категорії населення України, у яких поширеність, захворюваність, інвалідизація, частота госпіталізацій і смертність з причини ЗСК достовірно вища, ніж у загальній популяції і постраждалих внаслідок Чорнобильської аварії інших категорій. В 2015 р. статус ліквідатора наслідків аварії на ЧАЕС мали 222498 осіб. Найбільший відсоток УЛНА на ЧАЕС було зареєстровано в Луганській (79,4 % від контингенту потерпілих осіб), Донецькій (73,9 %), Дніпропетровській (68,3 %), Кіровоградській (66,2 %) областях та м. Києві (59 %). Відсоток евакуйованих від контингентів потерпілих осіб був найвищий у Одеській області (25,6 %), м. Києві (23 %), Хмельницькій (15,1 %), Запоріжській (14,1 %) та Миколаївській областях (13,2 %).

Чисельність постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи постійно зменшується. Із 2009 р. по 2015 р. чисельність УЛНА зменшилась на 45505 осіб. ЗСК, на рівні з хворобами органів травлення, нервової системи та органів чуття, кістково-м'язової та ендокринної систем, вносять основний внесок в погіршення стану здоров'я постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. Кількість здорових серед усього контингенту оглянутих потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС прогресивно знижується. Слід відмітити значний ріст інвалідності УЛНА на ЧАЕС, при цьому ЗСК займають перше місце в структурі причин інвалідності обстежених. Поширеність ЗСК серед усього дорослого контингенту оглянутих потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС складає 9013,22 на 10000 відповідного контингенту, захворюваність – 602,01 та смертність – 145,65, відповідно. Найвищі показники захворюваності від ЗСК серед контингенту оглянутих потерпілих внаслідок аварії на ЧАЕС у 2014 році серед дорослих зареєстровані у Івано-Франківській (1082,15 на 10 000 відповідного контингенту), Миколаївській (1037,32), Донецькій (869,19), Харківській (810,21) та Черкаській (791,12) областях. Показники смертності – у Чернігівській (181,26 на 10 000 відповідного контингенту), Черкаській (180,45), Вінницькій (173,48), Житомирській (161,89) та Київській (150,74) областях.

Таким чином, були виділені регіони України з найбільш високими показниками захворюваності і смертності від ЗСК, що може дозволити оптимізувати заходи, направлені на профілактику та лікування постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

ОЦІНКА РІВНЯ ЦИТОКІНІВ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА КІСТОЗНОМУ ВМІСТІ У ХВОРИХ З ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Татарчук О. М., Бабій О. М., Шевченко Б. Ф., Кудрявцева В. Є., Пролом Н. В., Петішко О. П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета: вивчити рівень цитокінів у сироватці крові та кістозному вмісті у хворих з псевдокістами підшлункової залози (ПЗ) в залежності від активності запалення паренхіми ПЗ.

Матеріали та методи. Обстежено 38 хворих з псевдокістами ПЗ, які знаходились у відділенні хірургії органів травлення інституту. Хворі розподілені на дві групи: I групу склали 18 пацієнтів з активним запаленням паренхіми ПЗ, II групу – 20 пацієнтів з неактивним запаленням паренхіми ПЗ. Контрольну групу склали 15 практично здорових людей (донорів). Рівень TGF-β1, IL-6, IL-10, TNF-α у сироватці крові та кістозному вмісті визначали імуноферментним методом.

Результати дослідження. У I групи хворих рівень IL-6 у сироватці крові достовірно підвищено в 2,6 рази порівняно з контролем та в 2,7 рази порівняно із II групою хворих, ($p < 0,05$). Рівень TNF-α в сироватці крові у I хворих підвищено відносно контролю та II групи хворих в 5,3 рази та в 2,8 рази відповідно, ($p < 0,05$). Рівень IL-6 в кістозному вмісті достовірно підвищено у I групи хворих в 6,2 рази, у хворих II групи в 4,4 рази порівняно із рівнем у сироватці крові, ($p < 0,05$). Також, у I групи в кістозному вмісті встановлено підвищення рівня IL-6, TNF-α та TGF-β1 в 3,3 рази, ($p < 0,05$), в 1,8 рази та в 1,3 рази відповідно порівняно з II групою хворих. Рівень IL-10 у хворих обох груп був у межах норми. Встановлено кореляційний зв'язок між рівнем TNF-α в кістозному вмісті та рівнем TNF-α у сироватці крові ($r = +0,71$; $p < 0,01$). Визначення цитокінового профілю у хворих з пседокістами ПЗ виявило залежність рівня цитокінів від активності запалення.

Висновок. Визначення рівня IL-6 та TNF-α в сироватці крові у хворих з псевдокістами ПЗ дозволяє встановити активність запаленням паренхіми ПЗ.

ЕРГОМЕТРИЧНА РОБОТА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Тащук В. К., Гречко С. І., Трефаненко І. В., Хребтій Г. І.
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Зростання захворюваності на ішемічну хворобу серця (ІХС) у працездатному віці супроводжується «омолодженням» патології. ІХС, гіпертонічна хвороба (ГХ), а особливо їх поєднаний перебіг, характеризуються закономірним залученням у патологічний процес судинної системи й, у першу чергу, артеріальних судин. Тести із ФН у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ мають певні обмеження у використанні у зв'язку зі зростом ризику ускладнень під час проведення стрес-тестів у хворих з надмірно високими рівнями АТ.

Обстежено 128 чоловіків, які знаходяться на диспансерному обліку з ГХ I-II стадії (I група), ІХС (II група) та поєднанні ІХС та ГХ (III група). Хворим проведено клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження з визначенням величини досягнутого навантаження, виконаної роботи та окремих ергометричних показників, зокрема подвійного добутку (ПД).

Результати навантажувального тесту свідчили про зменшення часу виконання тесту у 1,5-2,3 рази та зниження толерантності до фізичного навантаження у всіх групах хворих на ІХС в порівнянні з ГХ. Аналіз гемодинамічних показників при проведенні стрес-тесту дозволив виявити певні особливості. Порогова ЧСС в II та III групах була достовірно знижена в порівнянні з I групою. ЧСС на висоті навантаження в I групі була достовірно вища, ніж в III групі ((128,7 ± 3,6) уд./хв. і (114,6 ± 3,2) уд./хв., відповідно, $p < 0,05$), що свідчить про значне зниження ПД в групі ІХС без та з супутньою ГХ. Показник порогового ПД був достовірно зниженим у II і мінімальним у III групі ((274,5 ± 6,8) од., (208,6 ± 12,4) од. ($p < 0,05$) і (167,3 ± 7,2) од., відповідно; $p < 0,05$), що відповідає більшій потужності порогового навантаженні у пацієнтів без ІХС. Виявлено достовірно менший приріст значення ПД на II ступені навантаження в групі ІХС+ГХ в порівнянні з групою ГХ – (134,0 ± 7,6) і (164,9 ± 13,4), відповідно, $p < 0,05$). Подібна тенденція простежувалась і на інших ступенях навантаження. В групі ГХ потужність виконання навантаження була вищою, ніж у групі ІХС з ГХ, зниження значення ПД на відповідних рівнях навантаження свідчили про більшу потребу в кисні хворих на ІХС з ГХ. Між групами ІХС та ІХС з ГХ достовірної різниці значень ПД не визначалось. Виконання більшого об'єму роботи та досягнення граничного рівня частоти скорочень серця у таких хворих потребує більшої потреби міокарда в кисні на одиницю виконаної роботи.

КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ – ЗМІНИ СЕГМЕНТА ST, ІНТЕРВАЛУ QT, ЗУБЦЯ Т, ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

Тащук В. К., Іванчук П. Р., Хребтій Г. І., Тащук М. В., Савчук О. В.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

З метою впровадження кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням варіабельності серцевого ритму (ВСР) та методів контролю і наслідків дисперсії інтервалу QT обстежено 61 пацієнт в розподілі діагнозів вегетосудинної/нейроциркуляторної дистонії (НЦД, n = 21), стабільної стенокардії I функціонального класу (СтСт, n = 20), хворих на гострий Q-інфаркт міокарда, що померли (ГІМ, n = 20). Усім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні та на висоті навантаження (велоергометрія) у хворих на НЦД і СтСт в зіставленні з ЕКГ надходження у хворих на ГІМ, що померли, з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою ВСР. За оцінки варіабельності інтервала QT в програмі проаналізовані загальноприйняті показники: 1)«максимальна», «мінімальна» і «середня» тривалість інтервалів QT (QTмакс, QTмін, QTсер, с); 2) коригований інтервал QTc за формулою H.Bazett (QTc=QT/√RR, с½); 3) дисперсія та коригована дисперсія QT (DQT, с, DQTc, с½) – різниця між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT та між ««максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT-коригованих; 4) просторова варіабельність інтервалу QT за стандартним відхиленням QT і QTc (QTSD, с, QTcSD, с) – сумарний показник варіабельності величин корегованих інтервалів QT за весь період реєстрації ЕКГ. Оцінка динаміки змін інтервалів QT за навантаження свідчить про зменшення QTмакс, QTмін, QTсер достовірно ($p < 0,001$) в групах симпатичної або парасимпатичної реакції, інтервал DQTc достовірно збільшувався за парасимпатичного ($p = 0,012$) і за симпатичного ($p = 0,0061$) типів реакції на висоті навантаження. Аналіз оцінки дисперсії QT в розподілі симпатичної/парасимпатичної реакції ВСР при НЦД і СтСт проти хворих на ІМ, що померли (група максимального ризику) свідчить, що показники тривалості і дисперсії QT достовірно переважали за ГІМ, а отже збільшення дисперсії QT за ГІМ обумовлює негативний прогноз. Одним із завдань проведеного дослідження є застосування методу оцінки нахилу сегмента ST і кутів спряження сегмента ST залежно від проявів ішемії міокарда за вивчення "ST slope" і висоти продовження напрямку нахилу косовисхідної депресії сегмента ST через 1 з реєстрації (mV) і кута β^o напрямку сегмента ST залежно від локалізації ГІМ (некроз передньої / задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ)) з реєстрацією співвідношень змін сегмента ST у відведеннях I, III, V2, V6. З'ясувалося переважання нахилу сегмента ST (ST slope) і висоти продовження напрямки нахилу через 1 з реєстрації (mV) для заднього ІМ з аналогічним залежності для кута β^o напрямку сегмента ST залежно локалізації ІМ – відмінності були достовірними тільки для задньої стінки ЛШ, як для висоти продовження напрямки сегмента ST ((4,17 ± 1,32) mV і (8,00 ± 0,58) mV, $p = 0,013$), так і кута β^o (5,55 ± 2,11) і (13,50 ± 1,13), $p = 0,01$).

С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТРОФІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Тащук В. К., Руснак І. Т., Хребтій Г. І., Бойко Т. Я.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини, м. Чернівці

С-реактивний протеїн (СРП) є маркером запалення, має сильний зв'язок із кардіоваскулярними подіями, тому метою дослідження стало дослідити особливості реакції рівня СРП за проведення навантажувальних тестів та наявності ознак гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) згідно з електрокардіографічним та ультразвуковим дослідженням серця.

Обстежені хворі стабільною стенокардією ІІ функціонального класу, гіпертонічною хворобою ІІ ст та серцевою недостатністю І-ІІА ст.

Усім проведено обстеження, що включало аналіз вихідної електрокардіограми (ЕКГ) та ЕКГ на фоні лікування, ехокардіографічне (ЕхоКГ) обстеження, визначення імуноферментним шляхом СРП до проведення велоергометрії (ВЕМ) та на висоті навантаження. З метою визначення вмісту СРП кров отримували вранці, натще, кубітальним шляхом до та після стаціонарного етапу лікування. Визначення СРП у плазмі крові виконували за допомогою імуноферментного аналізатора.

При зіставленні показників у динаміці першого парного (початок і на висоті стрес-тесту) і обстеження на висоті повторної ВЕМ визначено наступне. Аналіз розподілу вмісту СРП свідчив про недостовірне переважання показника на початку дослідження при позитивній пробі навантаження перед її проведенням ((70,0 ± 1,8) мг/л і (7,3 ± 1,5) мг/л, $p > 0,5$) і на висоті дослідження ((6,7 ± 1,8) мг/л і (7,5 ± 1,4) мг/л, $p > 0,5$) та суттєва достовірна різниця при обстеженні в подальшому на фоні лікування і повторного стрес-тесту ((5,6 ± 1,1) мг/л і (9,2 ± 1,1) мг/л, $p < 0,05$). Наступним завданням дослідження було зіставлення вмісту СРП з ЕКГ-проявами ГЛШ. Визначене суттєве достовірне переважання показника СРП (за використання критерію Стьюдента) при зіставленні груп залежно від відсутніх/наявних ЕКГ-критеріїв ГЛШ у групі з наявними ознаками ГЛШ ((5,8 ± 1,2) мг/л і (11,4 ± 0,4) мг/л, $p < 0,001$), збереженням вказаної залежності на висоті навантаження ((5,8 ± 1,1) мг/л і (11,4 ± 0,5) мг/л, $p < 0,001$) та недостовірно у віддаленому періоді ((5,8 ± 1,3) мг/л і (9,4 ± 2,6) мг/л, $p > 0,2$). За позитивних ознак ГЛШ при ЕхоКГ обстеженні відмічено достовірне переважання показника СРП як на початку дослідження ((5,8 ± 0,9) мг/л і (11,1 ± 0,3) мг/л, $p < 0,001$), так і на висоті ВЕМ ((5,9 ± 0,9) мг/л і (11,1 ± 0,3) мг/л, $p < 0,001$) та після проведеного лікування на фоні повторного обстеження ВЕМ ((6,5 ± 0,9) мг/л і (9,9 ± 0,8) мг/л, $p < 0,02$).

Отже, за оцінки вмісту СРП при парних стрес-тестах доведено несприятливий розподіл СРП з достовірним збільшенням показника за наявної ГЛШ.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУДИННИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Тащук В. К., Хребтій Г. І., Гречко С. І., Аль салама Мухамед Васек
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Мета: встановлення взаємозв'язку факторів ризику розвитку атеросклерозу та особливостей периферичних судинних реакцій. На сьогоднішній день обстежено 48 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії, віком від 45 до 60 років. Для діагностики метаболічного синдрому (МС) користувалися критеріями *ATP III*. У 26 хворих діагностовано МС. Другу групу склали 22 хворих на ГХ II стадії з нормальною масою тіла. До третьої, що склала групу контролю, ввійшли 14 осіб з нормальним рівнем артеріального тиску та без ознак ожиріння.

При оцінюванні впливу різних факторів, таких як дисліпідемія, зміна показників вуглеводного обміну, наявність артеріальної гіпертензії (АГ) і атеросклерозу на характер судинних реакцій в пробі ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) плечової артерії (ПА) виявлений ряд закономірностей у пацієнтів з МС. Так, відмічена зворотна кореляційна залежність з ІМТ ($R = - 0,42$, $p < 0,001$), АГ ($R = - 0,28$, $p = 0,014$), рівнем тригліцеридів і ліпопротеїдів дуже низької щільності ($R = - 0,28$, $p < 0,001$). Можливим етіологічним фактором зменшення вазодилатації є розвиток інсулінорезистентності, котра може спричинити розвиток вторинних судинних ефектів.

При проведенні ультрасонографії встановлено, що вихідний діаметр ПА (мм) в першій групі склав $(4,4 \pm 0,2)$ ($p <0,01$); в другій – $(4,1 \pm 0,2)$ ($p < 0,05$); в групі контролю – $(3,9 \pm 0,2)$ ($p < 0,01$). ЕЗВД (%) в першій групі склала $(4,8 \pm 0,8)$ ($p < 0,01$); в другій – $(8,4 \pm 0,2)$ ($p < 0,05$); в групі контролю – $(10,4 \pm 0,6)$ ($p < 0,01$). Величина ендотелійнезалежної вазодилатації (ЕНВД) (%) в першій групі склала $(16,5 \pm 2,1)$ ($p < 0,01$); в другій – $(14,0 \pm 1,5)$ ($p < 0,05$); в групі контролю – $(17,6 \pm 1,3)$ ($p < 0,01$). Таким чином, у хворих на ГХ II стадії, за даними дослідження, виявлені порушення ЕЗВД ПА і зниження чутливості ПА до напруження зсуву, незалежно від наявності МС, хоча більш виражені у хворих з супутнім МС.

Наявність ендотеліальної дисфункції у пацієнтів з МС може бути маркером атеросклерозу. "Німе" протікання атеросклерозу у осіб з МС за наявності ІР робить очевидною необхідність раннього виявлення порушення вазодилатації у даної категорії хворих (Г. Є. Ройтберг, Є. А. Артаманова, 2015). Тому подальше дослідження ендотеліальної функції є безперечно необхідним для розробки чітких критеріїв ранньої доклінічної діагностики захворювань, визначення вираженості процесу і розробки патогенетично обґрунтованої лікувальної тактики.

РОЗРОБКА СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

Копиця М. П., Титаренко Н. В., Біла Н. В., Гільова Я. В., Родіонова Ю. В., Петеньова Л. Л., Опарін О. Л.

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

В даний час у світі спостерігається підвищений інтерес до оптимізації шкал стратифікації ризику хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) в зв'язку з високою смертністю при даному захворюванні. **Метою** нашого дослідження було вивчення прогностичної цінності біохімічних і клінічних маркерів і їх суми у відношенні розвитку летального результату через півроку після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали і методи. Обстежено 151 хворий з гострим Q-позитивним інфарктом міокарду. В дослідження були включені хворі, що надійшли на протязі першої доби від початку захворювання до стаціонару. Окрім рутинних клініко-біохімічних маркерів визначали Н-кінцевий фрагмент мозкового натрійуретичного пептиду (NT-BNP) в сироватці крові імуноферментним методом за допомогою реактивів фірми «Вектор Бест», Новосибірськ. Вивчено розвиток летального виходу через півроку від початку ГІМ. Статистична обробка проводилася за допомогою програми Statistica 6,0 і MedCalc.

Результати. Після аналізу близько 60 клініко-біохімічних показників при порівнянні груп хворих, що вижили та померли, виявилося, що в групах достовірно відрізнялися наступні показники: рівень креатиніну, рівень NT-BNP, вік пацієнта та локалізація інфаркту міокарда. У зв'язку з недостатньою чутливістю і специфічністю вищеназваних показників у представленій виборці хворих була зроблена спроба створити математичну модель з метою поліпшення чутливості та специфічності прогнозу загальної смертності, також була дана бальна оцінка кожному показнику за методом Гублера з розрахунком прогностичного коефіцієнта (ПК). При позитивному значенні ПК прогнозують розвиток летального кінця у пацієнтів з Q-позитивним ІМ протягом 6 місяців, при негативному значенні ПК – відсутність летального результату протягом 6 місяців (чутливість 81 %, специфічність 85 %, діагностична ефективність 84 %, площа під кривою склала 0,893).

Висновок: запропонована математична модель з урахуванням рівнів BNP-NT в першу добу, креатиніну, віку та локалізації ІМ дозволяє прогнозувати летальний результат у пацієнтів з Q-позитивним ІМ з чутливістю 81 % і специфічністю 85 %.

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Титкова А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Одним из методов доказательства эффективности диагностики и лечения хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) стало исследование качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем (Сенкевич Н. Ю., 2000; Sanjuas C., 2001). Однако обширных данных об оценке КЖ при указанной сочетанной патологии до сих пор не существует (Хамитов Р. Ф., 2004). В связи с этим целью нашего исследования стало изучение КЖ у пациентов с ХОЗЛ, сочетанным с ГЭРБ.

Материалы и методы исследования. В исследование включили 102 больных ХОЗЛ I-III стадии (65 (63,7 %) мужчин и 37 (36,3 %) женщин) в возрасте от 30 до 72 лет (средний возраст – (57,34 ± 2,13) лет). Оценку КЖ проводили, используя унифицированный опросник SF-36, который включал оценку шкалы физическое и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьировали от 0 до 100 баллов, где 100 баллов – уровень полного здоровья. Параллельно использовали опросник COPD Assessment Test (CAT-тест). Оценивали средние показатели (M), их ошибки (m), t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования. У больных обеих групп по сравнению с группой контроля (нормой) отмечено статистически достоверное ($p < 0,001$) снижение всех показателей КЖ и которые с большей степенью достоверности снижались по мере нарастания степени тяжести болезни, особенно по шкалам, характеризующим ограничение физической и социальной активности. Причем, у больных с сопутствующей ГЭРБ (основная группа) это снижение показателей КЖ выступало более наглядно. В среднем у них уровень КЖ по всем шкалам был статистически достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в группе больных без сочетанной патологии. Такая же оценка КЖ у пациентов была получена по результатам анализа показателей CAT-теста, которые показал, что у больных ХОЗЛ с сочетанной ГЭРБ суммарная оценка влияния ХОЗЛ на КЖ больного составила (33,5 ± 2,2) балла, в то время как в группе больных с изолированным ХОЗЛ эта суммарная оценка была равна (25,4 ± 1,9) балла и при сравнении оставалась статистически достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в группе больных ХОЗЛ с сопутствующей ГЭРБ.

Выводы. Сопутствующая ГЭРБ с большей степенью достоверности ухудшает показатели КЖ у пациентов с ХОЗЛ, поэтому определение КЖ в совокупности с клиническими и инструментальными данными предоставляет возможность более точно оценить течение болезни у конкретного больного и разработать дифференцированный подход к его лечению.

БИОИМПЕДАНСНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ТЕЛА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко О. В., Серик С. А., Строна В. И., Смолкин И. М.

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

Ожирение, особенно висцеральное, является фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний.

Цель работы: изучить взаимосвязь антропометрических показателей с показателями процентного состава тела у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) с ожирением.

Материал и методы. Было обследовано 30 мужчин с ожирением (ИМТ >30 кг/м^2) ИБС и компенсированным СД. Антропометрические показатели определяли в утренние часы натощак. Измерялись объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитывались показатели ОТ/ОБ, ОТ/рост. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от наличия СД (75 больных (50 %) ИБС без СД и 75 больных с СД). Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст 57,62 $\pm$ 6,73). Методом биоимпеданса на мониторе состава тела (модель OMRON BF 511, Япония) измеряли процентное содержание жировой массы тела (ЖМТ**,** %), процентное содержание мышечной массы тела (ММТ, %) и уровень висцерального жира (ВЖ, ед.), и основной обмен (ОО) в покое (Ккал/сутки). Статистический анализ проводили с использованием программы статистической обработки данных Statistika 7,0 (StatSoft Inc, США), Microsoft Office Excel 2003.

Результаты. В группе без СД показатели ОТ ((98,15 ± 10,92) см), ОБ ((102,35 ± 7,22),см), ОТ/ОБ (0,95 ± 0,06), ОТ/рост (0,56 ± 0,05). В группе с СД показатели ОТ ((107,15 ± 12,18) см), ОБ ((105,35 ± 8,37) см), ОТ/ОБ (1,01 ± 0,07), ОТ/рост (0,61 ± 0,07). Достоверно эти показатели не отличались. В группе без СД и с СД соответственно были получены следующие данные: ЖМТ ((29,15 ± 8,61) % vs (29,89 ± 8,87) %, нд), ВЖ ((13,78 ± 4,87) % vs (17,65 ± 5,70) %, p = 0,0056) и ММТ ((31,53 ± 4,92) vs (29,89 ± 8,87) %, нд) и ОО ((1764,55 ± 214,52) vs (1789,29 ± 312,86) %, нд). При анализе корреляционных связей была отмечена равнозначная корреляционная связь ОТ и ИМТ в обеих группах. Так ОТ коррелировал с: ОО (r = 0,32 vs 0,33), ВЖ (r = 0,43 vs 0,43), ЖМТ (r = 0,54 vs 0,56). ИМТ коррелировал с: ОО (r = 0,62 vs 0,63), ЖМТ (r = 0,58 vs 0,54) (p < 0,05). Показатель ОТ/рост в обеих группах коррелировал с ВЖ (r = 0,62 vs 0,58).

Выводы. При отсутствии достоверных различий между группами в антропометрических показателях, в группе с СД показатель ВЖ достоверно выше. В обеих группах ОТ и ОТ/рост коррелируют с ВЖ, Однако коэффициент корреляции у ОТ/рост выше, следовательно, ОТ/рост может оцениваться как показатель висцерального ожирения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Толстикова Т. Н.

Днепропетровский государственный институт физической культуры и спорта, Украина

Цель: разработать программу физической реабилитации для больных с пояснично-крестцовым остеохондрозом позвоночника и оценить ее эффективность.

Материал и методы. В работе использовались: клинические, антропометрические, функциональные методы исследования. Исследование проводилось на базе КУ «Днепропетровская городская больница № 5» ДОС в отделении неврологии. В исследовании приняли участие 30 пациентов из них 17 женщин и 13 мужчин в возрасте от 25 до 58 лет (41,5 ± 4,2) с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в стадии затухающего обострения на восстановительном двигательном режиме.

Результаты исследования: Интенсивность боли все пациенты оценили как умеренную, по визуальной аналоговой шкале – (66,7 ± 2) балла. Антропометрическое исследование позволило установить, что по индексу массы тела у 60,0 % пациентов наблюдалась избыточная масса тела: (26,7 ± 0,2) кг/см^2. Исследование функциональной способности поясничного отдела позвоночника в саггитальной и во фронтальной плоскости указывали на значительное ухудшение подвижности (гибкости) позвоночника в поясничном отделе при его сгибании, разгибании и наклонах вправо и влево. Показатели становой силы и силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса у пациентов были сниженными. Курс реабилитации больных составил 1 месяц. В программу физической реабилитации пациентов включались упражнения на растягивание (йога-терапия и гидрокинезитерапия), циклические упражнения аэробной направленности (дозированная ходьба, аква-аэробика), формирование осанки, классический и аппаратный массаж.

Предложенная нами программа физической реабилитации значительно улучшила функциональное состояние пациентов, что проявлялось в снижении интенсивности боли у 60,0 %, до (27,8 ± 3,2) ($p < 0,01$), выраженности боли до (10,8 ± 2,1) балла ($p < 0,01$), снижении массы тела у 46,6 % пациентов до (23,8 ± 0,7) кг/м^2, увеличении подвижности позвоночника: сгибание улучшилось в 1,5 раза ($p < 0,001$), наклон вперед в 1,3 раза ($p < 0,01$), разгибание в 1,2 раза ($p < 0,05$), так и во фронтальной плоскости: в 1,2 раза ($p < 0,05$) по сравнению с данными до лечения, а так же силовой выносливости мышц спины в 1,2 раза ($p < 0,05$) и в 1,3 раза ($p < 0,01$) мышц брюшного пресса.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Топчий И. И., Гальчинська В. Ю., Якименко Ю. С., Семеновых П. С., Самохина Л. М.

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

Диабетическая нефропатия (ДН) является одной из основных причин ранней инвалидизации и смертности больных с сахарным диабетом. Прогрессирование почечной недостаточности у таких больных сопряжено с повышением риска общей и кардиоваскулярной смертности. Исследования последних лет показывают что нарушения в фосфорно-кальциевого обмена тесно коррелирует с повышением смертности, увеличивает риск сосудистой кальцификации. Особенности минерального обмена у больных с диабетической нефропатией изучены недостаточно.

Цель исследования: изучение концентрации фосфора и кальция в плазме крови больных диабетической нефропатией на разных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Было обследовано 52 больных с ДН в возрасте 45-70 лет. Пациенты были распределены на группы в зависимости от стадиии заболевания почек (по Mogensen, 1983 р.). В первую группу вошли 27 пациентов с ДН I-III стадии и 25 пациентов с ДН IV-V стадии составили вторую группу. Группа контроля 10 здоровых доноров. Концентрация фосфора и кальция в сыворотке крови определялась с помощью набора фирмы Cormay (Польша).

Результаты исследования: при исследовании фосфора в плазме крови больных первой группы достоверных изменений выявлено не было. Концентрация фосфора составила (1,29 ± 0,23) ммоль/л, контроль (1,21 ± 0,16) ммоль/л, $p > 0,05$. Во второй группе больных с поздними стадиями заболевания (ДН IV-V стадии) при снижении СКФ было выявлено достоверное повышение концентрации фосфора в плазме крови до (1,73 ± 0,28).

Концентрация кальция в крови больных первой группы (ДН I-III стадии) несколько повышалась и составила (3,03 ± 0,12) ммоль/л, контроль (2,81 ± 0,18)ммоль/л. В группе больных с поздними стадиями заболевания концентрация кальция снижалась до (2,54 ± 0,13) ммоль/л.

Выводы. У больных с диабетической нефропатией наблюдаются нарушение кальциево-фосфорного обмена, которые характеризуются повышением концентрации фосфора и снижение концентрации кальция в плазме. Наиболее выраженные изменения минерального обмены были выявлены на поздних стадиях заболевания.

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Топчий И. И., Кириенко А. Н., Щенявская Е. Н., Корнейчук И. А., Денисенко В. П., Бенько Е. Г.

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

Целью работы было определение показателей липидного спектра крови, показателей оксидантной и антиоксидантной системы и возможностей их изменений у больных диабетической нефропатией (ДН) под действием нефропротекторной терапии.

Было обследовано 60 больных с ДН I-III ст. и гипертонической болезнью (ГБ). В группу сравнения вошли 20 пациентов с артериальной гипертонией. Группу контроля составили 10 практически здоровых доноров. Больные всех групп были сопоставимы по полу и возрасту. Все больные 2 недели получали базисную нефропротекторную терапию, которая включала ингибитор АПФ (рамиприл) и антагонист кальция (амлодипин или лерканидипин) под контролем уровня АД. Содержание малонового диальдегида (МДА) определяли по реакции с тиобарбитуровой кислотой, содержание сульфгидрильных групп (SH-груп) – с использованием специфического тиолового реагента – 5,5 дитиобиснитробензойной кислоты по реакции тиодисульфидного обмена.

У больных с ДН выявлено достоверно повышение содержания в сыворотке крови уровня общего холестерина (ХС) за счет ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) ($p < 0,05$) и триглицеридов ($p < 0,05$) в сравнении с больными ГБ и здоровыми, что в данном случае соответствует среднему уровню риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (в соответствии с данными АДА) у этой группы пациентов. При ДН в сравнении с больными ГБ установлено достоверное повышение показателей ПОЛ (по данным уровня МДА в плазме крови), ($p < 0,05$). Анализируя уровень показателей АОС (по уровню сульфгидрильных групп), можно отметить отсутствие достоверных изменений у больных с ДН в сравнении с больными ГБ. Комбнированная нефропротекторная терапия достоверно улучшает антиоксидантный баланс только у больных с ГБ и не влияет на показатели у пациентов с ДН.

По результатам исследования у больных ДН выявлено стабильное нарушение липидного обмена в виде достоверного повышения уровня ХС ЛПНП и триглицеридов. Прогрессирование ДН происходит на фоне достоверной активации процессов ПОЛ в сравнении с больными ГБ и истощения системы антиоксидантной защиты.

Применение комплексного нефропротекторного лечения у больных ДН и ГБ приводит к снижению уровней вторичных продуктов ПОЛ, не влияя на активность антиоксидантной системы у обследуемых больных с ДН.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Трефаненко І. В., Гречко С. І., Рева Т. В., Горбатюк І. Б.
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Можливість підвищення ефективності терапії та реабілітації хворих із поєднаним перебігом хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) та серцевої недостатності (СН) багато в чому детерміновані ранньою діагностикою порушень внутрішньосудинного зсідання крові.

Метою дослідження стало вивчення порушень гемостазу у хворих на ХНХ та СН з можливою подальшою корекцією виявлених порушень препаратом, діючою речовиною якого є кверцетин.

Обстежені хворі були розподілені на 2 групи відповідно віку та діагнозу. В І групу увійшли 22 пацієнти зрілого віку на ХНХ та СН; в ІІ групу – 10 хворих похилого віку на ХНХ та СН; в ІІІ – 8 хворих зрілого віку з СН; в IV групу – 15 хворих похилого віку з СН. Всі хворі мали СН ІІА стадії та ІІ або ІІІ функціонального класу.

По ходу дослідження виявлено підвищення активності сідаючої системи крові у хворих на СН. В усіх групах спостерігалось зменшення в порівнянні з показниками у практично здорових осіб концентрації XIII фактора, особливо в ІІ та IV ($p < 0,05$) групах хворих. В групах хворих, які мали ХНХ, рівень фібриногену крові майже не був змінений ($p > 0,05$). З іншого боку, враховуючи значне зниження концентрації АТ ІІІ ($p < 0,05$) в групах на ХНХ та СН, при достовірному збільшенні рівня ФХ ($p < 0,05$) можна говорити про підвищене споживання XIII фактора. Включення кверцетину до комплексного лікування впливає на стан сідаючої системи крові, за рахунок зменшення рівня ФХ в крові пацієнтів І групи до $(20,7 \pm 2,1)$ хв. ($p < 0,05$) та ІІ групи ($p < 0,05$). Слід також відмітити збільшення XIII фактора у хворих похилого віку до $(73,8 \pm 3,2)$ % ($p < 0,05$).

Застосування кверцетину у хворих на ХНХ та СН призводить до пригнічення активності сідаючої системи крові.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАСОБІВ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Трохимович А. А., Блецкан М. М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Основною небезпекою для здоров'я населення та проблемою для охорони здоров'я на сьогоднішній день є неінфекційні захворювання, в першу чергу, хвороби серцево-судинної системи. Важливе місце в профілактиці прогресування даної групи захворювань можуть займати фітотерапевтичні засоби. Завданням нашої роботи є покращення ефективності лікування пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) за допомогою лікарських рослин.

Мета – проведення аналізу спектру терапевтичної дії наступних різновидів рослинної сировини: квітки та плоди глоду колючого (Crataegus oxycantha), трава собачої кропиви звичайної (Leonurus cardiaea), листя меліси лікарської (Melissa officinalis), квітки липи серцелистої (Tila cordata mill).

Результати дослідження та їх обговорення. Глід володіє позитивною інотропною дією (посилює скорочення серцевого м’язу) та водночас зменшує його збудливість, що обумовлює його ефективність у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю. Поряд з кардіотонічною дією, глід покращує кровопостачання нирок. Завдяки цьому поліпшується діяльність нирок, посилюється клубочкова фільтрація. Наявність у глоді тритерпенових кислот обумовлює його здатність посилювати кровообіг у коронарних судинах та судинах головного мозку. Екстракт глоду зменшує спазм коронарних судин, тим самим підвищуючи постачання серця киснем. Галенові форми глоду зменшують порушення серцевого ритму шляхом подовження ефективного періоду серцевого циклу, тобто за своїми властивостями вони відповідають антиаритмічним препаратам ІІІ класу. Це дозволяє застосовувати препарати глоду в складі комплексної терапії хронічної серцевої недостатності. Крім того, глід володіє гіпотензивними та гіполіпідемічними властивостями. Препарати собачої кропиви звичайної за характером дії близькі до препаратів валеріани лікарської. Вони регулюють серцеву діяльність (збільшують силу серцевих скорочень, уповільнюють серцевий ритм), виявляють слабку діуретичну дію, мають спазмолітичні, седативні та гіпотензивні властивості. Під впливом екстракту собачої кропиви у хворих з серцевою недостатністю зменшувалася задишка та набряки. Меліса лікарська володіє спазмолітичною дією, має протизапальні та противірусні властивості. Рослина використовується при станах загального нервового збудження, судинно-вегетативній дистонії, безсонні, порушеннях ритму серця, змінах тиску крові під впливом емоційних збудників. Препарати на основі липового цвіту збільшують діурез, виявляють потогінну, протизапальну та седативну дію.

Висновки. Запропонований різновид фітозбору можна застосовувати у складі комплексної терапії хворих з ХСН з метою оптимізації базисних схем лікування та профілактики подальшого прогресування.

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ДОДАТКОВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕЮ КОМОРБІДНИХ ПАТОЛОГІЙ

Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В.

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

Мета: виявити асоціативні зв'язки між типами порушення харчової поведінки (ХП) та метаболічними показниками у хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та артеріальною гіпертензією (АГ) в поєднанні з надлишковою вагою/ожирінням.

Матеріали і методи. Обстежено 130 пацієнтів (68 чоловіки та 62 жінок) з НАЖХП, АГ 1-2 стадії та надлишковою вагою або ожирінням 1-2 ст. Вік пацієнтів у середньому склав (56,8 ± 6,2) років. Всі пацієнти проанкетовані за допомогою опитувальника DEBQ і додатково розробленого та адаптованого для цілей цього дослідження опитувальника з метою визначення типу ХП. У всіх хворих визначалися антропометричні показники, вміст ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) (ммоль/л), ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) (ммоль/л) та тригліцеридів (ТГ) (ммоль/л) крові, глікемії натще (ммоль/л), рівня сечової кислоти сироватки крові (мкмоль/л).

Результати. Встановлено, що у пацієнтів НАЖХП в поєднанні з АГ як з надлишковою масою тіла, так і з ожирінням 1-2 ст. зустрічаються три типи порушення ХП: екстернальний, обмежувальний та емоціогений. У хворих з надлишковою масою тіла достовірно переважає екстернальний тип порушення ХП, тоді як у хворих з ожиріння 2 ст. збільшується відсоток хворих з обмежувальним типом ХП, причому прямопропорційно з тривалістю ожиріння ($p = 0,005$) та АГ ($p = 0,04$). При порівнянні ХП жінок та чоловіків виявлено переважання емоційного типу порушення ХП серед жінок, незалежно від ІМТ, тоді як серед чоловіків з надлишковою вагою та ожирінням 1 ст. переважає екстернальний тип ХП ($p = 0,005$). При порівнянні величин ЛПНЩ і ЛПВЩ, рівнів глікемії натще гендерних відмінностей не отримано, однак спостерігається кореляція між гіпертригліцеридемією (у 42 % хворих чоловічої статі), гіперглікемією (у 38 % пацієнтів з порушенням толерантності до вуглеводів незалежно від статі) та гіперурікемією з екстернальним типом ХП.

Висновки. Вивчені типи порушення ХП, серед яких у пацієнтів з НАЖХП, АГ та надлишковою вагою або ожирінням 1 ступеня достовірно переважає екстернальний тип, тоді як у хворих з ожирінням 2 ст. та тривалим перебігом ожиріння та АГ збільшується відсоток хворих з обмежувальним типом ХП. Виявлена кореляція між різними типами порушення ХП та метаболічними показниками у даній когорті хворих дозволяє вважати ХП (особливо екстернальний тип ХП) додатковим незалежним прогностичним фактором ризику розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки а також пов'язаних з нею коморбідних патологій.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ГЕРХ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Фадєєнко Г. Д., [*]Панченко Г. Ю., [*]Фролова-Романюк Е. Ю.

ДУ "Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України", м. Харків,

[*]*Харківський національний медичний університет*

Мета – визначити частоту виникнення типових скарг залежно від наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу та форми ГЕРХ ерозивної чи неерозивної у хворих на ізольовану ГЕРХ та при поєднанні її з ЦД 2 типу.

Матеріали і методи. Проведено анкетування 107 хворих на ГЕРХ, з яких у 67 ГЕРХ поєднувалась з ЦД 2 типу, та склали основну групу, решта – групу порівняння. Жінок – 66, чоловіків – 41, середній вік – (57,4 ± 7,6) років. У пацієнтів мали місце клінічні та /або ендоскопічні прояви ГЕРХ. Ретельно вивчено анамнестичні дані про тривалість, тяжкість перебігу діабету, ускладнення захворювання, дослідження глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), проведення добової pH-метрії, ендоскопічного дослідження стравоходу і шлунку з взяттям біопсії.

Результати та обговорення. При аналізі даних визначено, що печія у пацієнтів з ГЕРХ та ЦД 2 типу переважала при ерозивній формі ГЕРХ та зустрічалась у 43 % випадків порівняно з неерозивною формою – 61 %, тоді як у групі з ГЕРХ – при ерозивних формах спостерігалась у майже 90 % хворих.

Кисле зригування в основній групі з ерозивною формою ГЕРХ було виявлено в 56,6 % хворих проти неерозивної – 40 %, тоді як у групі порівняння відзначалось у 68 % пацієнтів. Дисфагія турбувала 35 % пацієнтів основної групи з ерозивною формою ГЕРХ та 46 % з неерозивною формою, у контрольній групі ці показники становили 40 та 46,5 %.

Аналізуючи частоту виникнення другорядних симптомів, гикавка та "комок" в горлі в групі пацієнтів з ГЕРХ та ЦД 2 типу зустрічалась найчастіше – 42 % хворих, майже з такою ж частотою виникала відрижка – 40 % пацієнтів, неприємний запах у роті та болі за грудиною – 39 % хворих. У 37 % основної групи зустрічалась осиплість голосу та у 22 % пацієнтів одинофагія.

У групі пацієнтів з ГЕРХ відрижка та комок у горлі зустрічались в найбільшої кількості пацієнтів – 37,5 %. Осиплість голосу зустрічалась у 32,5 % пацієнтів, неприємний запах у роті та болі за грудиною – 22,5 % хворих. Одинофагія зустрічалася у найменшого відсотка пацієнтів – 15 %.

Встановлено, що у пацієнтів з ГЕРХ та ЦД 2 типу з ерозивною формою ГЕРХ найчастіше зустрічалась гикавка (23 %), з неероризивною – неприємний присмак в роті та "комок" в горлі (16 %). Серед пацієнтів з ерозивною формою ГЕРХ у групі порівняння найчастіше зустрічалась відрижка (28 %), тоді як при неерозивній формі ГЕРХ переважала гикавка (26,7 %).

Висновки. Визначено, що всі основні симптоми переважали у пацієнтів з ізольованою ГЕРХ та в обох групах частота виникнення була вищою при ерозивній формі ГЕРХ.

ХРОНІЧНЕ СОЛЬОВЕ ОТОЧЕННЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

Фатула М. І., Рішко О. А., Свистак В. В., Блецкан М. М.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. Серед комплексу факторів зовнішнього середовища, що впливають на розвиток артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця у працюючих, чимале місце займають виробничі фактори та харчування.

Мета роботи. Вивчення ролі хронічного сольового оточення на серцево-судинну захворюваність у працівників солекопалень.

Матеріали та методи. Обстежено 1452 працівники Солотвинських солекопалень Тячівського району Закарпатської області. Вивчали вплив факторів виробництва (мікрокліматичні показники, концентрація аерозолей хлориду натрію у повітрі), харчових звичок та особливостей харчування, смакової чутливості до кухонної солі .

Результати дослідження та їх обговорення. Особливістю виробничого середовища солекопалень є наявність в повітрі робочої зони високої концентрації пилу кам'яної солі. На більшості наземних та підземних дільницях запиленість сіллю значно перевищує (в 200-6000 разів) норму, що становить 5 мг/м^3. Більшість осіб з артеріальною гіпертензією працюють на об’єктах, де умовно висока та середня сольова запиленість ((70,8 ± 2,8) %).

Надмірна сольова запиленість на робочих місцях сприяє зниженню смакової чутливості до кухонної солі та надмірного її вживання з їжею. Серед працівників солекопалень найбільш часто зустрічався високий рівень порогу смакової чутливості до кухонної солі ((70,4 ± 1,2) %). Низький рівень порогу смакової чутливості до кухонної солі виявлений лише в (6,9 ± 0,6) % працюючих. Низька смакова чутливість до кухонної солі веде до її надмірного вживання (досолювання їжі навіть не пробуючи її). Розповсюдженість звички часто досолювати їжу серед обстежених становить (52,8 ± 1,3) %. При надмірному поступленні хлориду натрію в організм працюючих на солекопальнях спостерігається підвищення концентрації натрію в плазмі крові ((145,03 ± 0,73) ммоль/л). На відміну від середньої концентрації натрію в плазмі крові, калій плазми із зростанням рівня артеріального тиску достовірно зменшується. При дослідженні середніх показників натрійурезу у працівників солекопалень, який є показником вживання натрію з їжею, так як 95-97 % натрію, що поступає в організм, виводиться з сечею, у працівників солекопалень виявлено його достовірне підвищення – (196,9 ± 2,9) ммоль/24 год.

Таким чином, хронічне сольове оточення є ризик-фактором серцево-судинної захворюваності у працівників солекопалень, які працюють в умовах високої концентрації пилу кам’яної солі в повітрі робочої зони та зазнають надходження надмірної кількості кухонної солі з їжею.

ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОЭЗОФАГОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Фещенко С. И., Скирда И. Ю., Петишко О. П.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Цель: выявить возможную связь деформации пищевода с остеохондрозом позвоночника (ОХП).

Материал и методы. Обследовано 37 больных, у которых при эндоскопическом исследовании фиброэзофагогастродуоденоскопом «Pentax» FG–29V (Япония) было обнаружено деформацию задней стенки пищевода в шейном и грудном отделах. Среди исследованных пациентов было 23 (62,2 %) мужчин и 14 (37,8 %) женщин, средний возраст – (42,5 ± 0,2) лет. Дегенеративные изменения позвоночника изучались с помощью рентгенологического аппарата «Opera» T-90 CEX (Италия).

Результаты. Во время эндоскопического исследования пищевода у больных наблюдалась специфическая деформация (выпячивания) задней стенки пищевода, которая прилежит к передней области позвоночника. Эти образования были чаще множественные расположенные в ряд (один за другим) в количестве до 4 бугорков. Данные изменения пищевода имели «четкоподобную» деформацию или имели сходство с «бамбуковой палкой». Форма разная – ровно выпуклая, неравномерно бугристая. Размеры от 3-4 мм до 8-10 мм. При «пальпации» биопсионными щипцами, выпячивания были твердой консистенции, слизистая над ними не отличалась от окружающей, легко смещалась. ОХП шейного отдела выявлен у 18 (48,7 %), ОХП грудного отдела – у 15 (40,5 %), ОХП обоих отделов – у 4 (10,8 %) больных. Кроме этого у пациентов рентгенологически обнаружены следующие патологические изменения позвоночника: дегенеративные изменения межпозвоночных дисков с их сужением и протрузией дисков – в 28 (75,6 %), спондилез (краевые костные разрастания) – в 26 (70,2 %), грыжи межпозвоночных дисков – в 6 (16,2 %), подвывихи тел позвонков (спондилолистез) – в 14 (37,8 %) случаях.

Выводы. Анализ эндоскопических и рентгенологических исследований показал, что структурные изменения межпозвонковых хрящей (дисков) и тел позвонков вызывают характерную деформацию пищевода в местах прилежания пищевода к позвоночному столбу, которую можно определить эндоскопическим путем. Данную методику рекомендуется использовать для диагностики ОХП, что позволит улучшить качество дифференциальной диагностики и лечения этой категории больных.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ І ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Філіппова О. Ю.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Жирова хвороба печінки (ЖХП) неалкогольного та алкогольного ґенезу дуже часто сполучається з ожирінням (ОЖ) і патологією біліарного тракту (БТ), поєднує різні патогенетичні механізми і відбувається на тлі незадовільної компенсації метаболічних процесів.

Метою роботи було вивчення клініко-функціональних проявів ЖХП неалкогольного та алкогольного ґенезу у хворих з ОЖ і патологією БТ.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 300 хворих на ЖХП неалкогольного та алкогольного ґенезу у поєднанні з ОЖ і патологією БТ, у яких під час сонографічного або морфологічного дослідження біоптату печінки були виявлені ознаки ЖХП. Оцінку функціональної здатності печінки проводили за показниками білкового обміну, наявністю холестатичного (рівень білірубіну загального, лужної фосфатази та цитолітичного (активність амінотрансфераз) синдромів. Індекс маси тіла визначали за формулою Кетле.

Результати дослідження та їх обговорення. Порівняльний аналіз суб'єктивних та об'єктивних синдромів, притаманних ЖХП, показує, що при алкогольному стеатозі печінки (АСП) прояви астенічного (78 %) та диспептичного (94 %) синдромів зустрічаються значно частіше, ніж у хворих на неалкогольний стеатоз печінки (НАСП) – відповідно у 48 %, $p < 0,001$ та 77 % випадків, $p < 0,01$. Больовий синдром спостерігався в усіх групах. При об'єктивному обстеженні у хворих на ЖХП у поєднанні з ОЖ і патологією БТ були явища гепатомегалії. У хворих з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) вірогідно частіше відзначались клінічні прояви гепатомегалії – 67 % випадків, проти 51 % хворих з НАСП ($p < 0,05$).

Найбільш часто в групі пацієнтів з НАСГ виявляли підвищення активності практично всіх параметрів цитолізу, холестазу, мезенхімального запалення та показників порушення білоксинтезувальної функцій печінки по відношенню до хворих з групи НАСП ($p < 0,05$). Надмірна маса тіла та ОЖ I-II ступеня, як один з найпоширеніших факторів ризику ЖХП, найчастіше спостерігали серед хворих на НАСП (69 %) та хворих з алкогольним стеатогепатитом (АСГ) (66 %), що вірогідно перевищувало такі показники у хворих на АСП (44 %) з $p < 0,01$ (по відношенню до НАСП та АСП), $p < 0,05$ (по відношенню до АСП та АСГ).

Висновки. Клінічними особливостями ЖХП у поєднанні з ОЖ і патологією БТ є інтенсивність клінічної маніфестації та перебіг із переважанням астенічного, диспепсичного, абдомінально-больового синдромів, холестатичного, гепатомегалії, ожиріння на тлі м'яких та помірних проявів цитолізу та мезенхімального запалення.

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПІВ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Філіппова О. Ю.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Дослідження порушень ліпідного обміну при жировій хвороби печінки (ЖХП) представляє інтерес в зв'язку з важливою роллю ліпідів в реалізації функцій печінки. Розвиток дисліпідемії (ДЛ) тісно пов'язаний з ЖХП і ожирінням (ОЖ) і грає ключову роль в патогенезі цієї патології.

Мета роботи: вивчення фенотипів ДЛ залежно від індексу маси тіла (ІМТ) у хворих на неалкогольний стеатоз печінки (НАСП) та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) у поєднанні з ОЖ і патологією біліарного тракту (БТ).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 200 хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) у поєднанні з ОЖ і патологією БТ, у яких під час сонографічного або морфологічного дослідження біоптату печінки були виявлені ознаки НАЖХП. З них у 100 пацієнтів був НАСП і у 100 хворих – НАСГ. Контрольна група складалася з 20 практично здорових осіб (ПЗО). ІМТ визначали за формулою Кетле. Залежно від ступеня збільшення ІМТ кожна з груп була розподілена на три підгрупи з ІМТ 25-29,9 кг/м^2 – надлишкова маса тіла, з ІМТ 30-34,9 кг/м^2 – ОЖ I ступеня та з ІМТ 35-39,9 кг/м^2 – ОЖ II ступеня.

Для характеристики обміну ліпідів визначали холестерин (ЗХС), триацилгліцерини (ТГ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ). Фенотип ДЛ визначали за класифікацією D.S. Fredrickson із сучасними доповненнями.

Результати дослідження та їх обговорення. У хворих на НАЖХП виявлено два основних профілі ДЛ IIa та IIb. При НАСП IIb фенотип найчастіше спостерігався у більшості хворих з ІМТ 30-34,9 кг/м^2 – у 22 (57,9 %) та ІМТ 35-39,9 кг/м^2 – у 19 (61,3 %). При НАСГ ці данні були вірогідними по відношенню до хворих з ІМТ 25-29,9 кг/м^2, $p < 0,001$. Таким чином, IIb фенотип спостерігався у 26 (70,3 %) пацієнтів з ІМТ 30-34,9 кг/м^2 та у 18 (78,3 %) з ІМТ 35-39,9 кг/м^2 проти 11 (27,5 %) при ІМТ 25-29,9 кг/м^2, $p < 0,001$. Відсутність ДЛ була зафіксована лише у 6 (16,2 %) хворих з ІМТ 30-34,9 кг/м^2 та не спостерігалася зовсім при ІМТ 35-39,9 кг/м^2 по відношенню до хворих з ІМТ 25-29,9 кг/м^2 – у 25 (62,5 %), $p < 0,001$.

Висновки. Виділено два основних профілі ДЛ - IIa та IIb, зіставлення яких з нозологією та стадією захворювання пацієнтів дозволило розглядати їх як основні фенотипи, які характерні для досліджуваної коморбідної патології. II фенотип ДЛ проявляється комплексом дефектів ліпідного обміну у вигляді помірної гіперліпідемії і є характерний для пацієнтів з НАЖХП. Водночас з цим встановлено, що IIb фенотип ДЛ найчастіше спостерігався у хворих з ІМТ 30-34,9 кг/м^2 та 35-39,9 кг/м^2.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА СТЕАТОЗ ПЕЧІНКИ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ І ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Філіппова О. Ю.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Захворювання печінки є своєрідною моделлю порушення багатьох механізмів регуляції ліпідного обміну. Зміни у ліпідному спектрі є доведеним фактором ризику розвитку ожиріння (ОЖ), неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) та серцево-судинної патології.

Мета роботи: вивчення параметрів ліпідного спектру крові залежно від індексу маси тіла (ІМТ) у хворих на неалкогольний стеатоз печінки (НАСП) та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) у поєднанні з ОЖ і патологією біліарного тракту (БТ).

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 200 хворих на НАЖХП у поєднанні з ОЖ і патологією БТ, у яких під час сонографічного або морфологічного дослідження біоптату печінки були виявлені ознаки НАЖХП. З них у 100 пацієнтів був НАСП і у 100 хворих – НАСГ. Контрольна група складалася з 20 практично здорових осіб (ПЗО). ІМТ визначали за формулою Кетле. Залежно від ступеня збільшення ІМТ кожна з груп була розподілена на три підгрупи з ІМТ 25-29,9 кг/м^2 – надлишкова маса тіла, з ІМТ 30-34,9 кг/м^2 – ОЖ I ступеня та з ІМТ 35-39,9 кг/м^2 – ОЖ II ступеня. Для характеристики обміну ліпідів визначали холестерин (ЗХС), триацилгліцерини (ТГ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ).

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз ліпідних змін у хворих на НАСП та НАСГ у поєднанні з ОЖ демонстрував вірогідне підвищення ЗХС, ТГ, ЛПНЩ, які фіксувалися по мірі зростання ІМТ, по відношенню до ПЗО ($p < 0,05$, $p < 0,001$). Найбільші показники ЗХС у пацієнтів з НАСП були при ІМТ 35-39,9 кг/м^2 – (6,93 ± 0,32) ммоль/л по відношенню до ІМТ 25-29,9 кг/м^2 – (5,86 ± 0,23) ммоль/л ($p < 0,05$). ТГ також були найбільшими при ІМТ 35-39,9 кг/м^2 – (2,22 ± 0,19) ммоль/л та ІМТ 30-34,9 кг/м^2 – (2,06 ± 0,13) ммоль/ по відношенню до пацієнтів з ІМТ 25-29,9 кг/м^2 ($p < 0,05$). ЛПНЩ збільшені при ІМТ 35-39,9 кг/м^2 та ІМТ 30-34,9 кг/м^2 ((68,7 ± 3,1) од. і(66,3 ± 3,9) од., відповідно) по відношенню до ІМТ 25-29,9 кг/м^2 ($p < 0,05$). Аналогічні дані, але з більшими рівнями показників ЗХС, ТГ, ЛПНЩ та зниженим рівнем ЛПВЩ були у хворих з групи НАСГ.

Висновки. Співставлення результатів ліпідного обміну в підгрупах НАСП та НАСГ за параметрами ІМТ виявило: рівень ЗХС, ТГ, ЛПНЩ у хворих на НАСГ у міру збільшення ІМТ у порівнянні з показниками хворих з НАСП був максимально вірогідно збільшеним ($p < 0,01$) за усіма параметрами ліпідного профілю, а вміст антиатерогених ЛПВЩ зниженим вірогідно більше ($p > 0,01$) у порівнянні з показниками пацієнтів з групи НАСП.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хомазюк Т. А., Кротова В. Ю., Лаштаева С. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», КУ «ДЦПМСП № 4», г. Днепропетровск

По данным экспертов ВОЗ артериальная гипертензия (АГ) остаётся основной причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности среди взрослого населения в большинстве стран мира. Когнитивные нарушения и изменения церебральной гемодинамики остаются наименее изученными в данной когорте пациентов.

Цель – изучение взаимосвязи когнитивных нарушений и церебрального кровотока у пациентов с АГ 1-2 степени.

Методы. Обследовали 145 пациентов с АГ 1-2 стадии (84 женщины и 61-го мужчину) в возрасте 34-69 лет (средний возраст 53.8+/− 4.3 года). Группу контроля составили 47 практически здоровых лиц обоего пола, сопоставимых по возрасту. Все пациенты были обследованы в соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2013), нейропсихологическая диагностика включала интегративную оценку когнитивных функций по шкале MMSE, оценку памяти проводили по методу Луриа «Запоминание 10-ти слов», внимание и скорость сенсорно-моторных реакций оценивали с помощью техник Schulte и Рыбакова. Скорость кровотока в магистральных артериях головы и шеи оценивали при помощи допплерографии на аппарате HDI 7, Philips, USA у пациентов с АГ и в группе контроля в состоянии покоя.

Результаты. Когнитивные нарушения выявили у 35,2 % пациентов с АГ (28 женщин и 23-х мужчин). Легкие когнитивные нарушения (27-26 баллов) регистрировали у 27,5 % пациентов в соответствии со шкалой MMSE, умеренные когнитивные нарушения (25-24 балла) − у 68,6 %, у двух пациентов (3,9 %) диагностировали деменцию легкой степени (23 балла). Снижение вербального запоминания, скорости сенсорно-моторных реакций и ухудшения способности концентрироваться проявили 64,7 % пациентов с АГ и 12,8 % обследованных в группе контроля. При проведении транскраниальной допплерографии не выявили статистически значимых различий при оценке средней скорости кровотока в средне-мозговой артерии у пациентов с АГ в сравнении с группой контроля (75,5+/−7.2 м/с и 71,2+/−6.4 м/с, $P > 0.05$).

Заключение. Снижение когнитивных функций имеет место более чем у трети пациентов с артериальной гипертензией 1-2 степени даже при отсутствии морфофункциональных нарушений в церебральных артериях.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ В СВЕРХВЫСОКИХ ДОЗАХ

Хорошун Д. А., Молодан В. И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина,
Кафедра внутренней медицины № 1

Введение. Саркоидоз является одним из самых распространенных гранулёматозов. При этом отмечается неуклонный постепенный рост частоты возникновения этого процесса. Заболевание встречается во всем мире, поражая представителей обоих полов, всех рас и возрастов. Чаще болеют взрослые в возрасте до 40 лет, пик заболеваемости приходится на 20-29 лет. Распространенность саркоидоза колеблется от 1 до 40 случаев на 100 тыс. населения, в Украине – 3-4 на 100 тыс. населения.

Цель работы оценить качество лечения саркоидоза глюкокортикостероидами в сверхвысоких дозах на клиническом примере.

Больная Р., 46 лет поступила в стационар с диагнозом: Саркоидоз легких, с внутригрудной лимфоаденопатией (анамнестически), с генерализованной лимфоаденопатией (увеличение подмышечных лимфоузлов), с поражением кожи (узловатая эритема), хронического течения, леченный глюкокортикостреоидами, в том числе в сверхвысоких дозах. Предъявляла жалобы на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке: подъеме на 1 этаж или прохождении 100м, наличие на нижних конечностях эритематозных элементов размером 7 мм, слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что в декабре 2011 года выполнена атипичная резекция правого легкого, после которой была проведена «пульс-терапия» преднизолоном в суммарной дозе 1500 мг и назначена поддерживающая терапия (метипред – 4мг. в сутки, плаквенил – 200 мг в сутки, витамин Е – 600 мг в сутки, омепразол – 10 мг в сутки). В процессе ежегодного обследования в период с 2011 г. по 2015 г. обострений саркоидоза, поражение новых органов (данной нозологической единицей), присоединение новых жалоб или усугубление ранее имеющихся жалоб не выявлено, отрицательной динамики в сравнении с предыдущими годами: в лабораторных показателях (уровень кальция(3,0 (при норме2,08-2,65)), уровень АПФ (101 (при норме 18-67 Ед.)) и на КТ снимках не выявлено.

Выводы: данный клинический случай показывает, что лечение саркоидоза сверхвысокими дозами глюкокортикостероидов в сочетании с поддерживающей терапией (метипред – 4 мг в сутки, плаквенил – 200 мг в сутки, витамин Е – 600 мг в сутки, омепразол – 10 мг в сутки) является прогностически благоприятным для контроля активности процесса у больных с данной нозологической единицей.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ У ОСІБ З ОЖИРІННЯМ

Хребтій Г. І., Суворик В. А., Стасій О. О., Нагородний О. В., Злонікова К. М.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Метою дослідження було вивчення особливостей міокардіальної дисфункції у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з супутнім абдомінальним ожирінням (АО). На сьогоднішній день обстежено 32 хворих на ГХ II стадії, віком від 45 до 60 років, в середньому – (55 ± 5,9) років. Ступінь АО визначали за індексом маси тіла (ІМТ). У 17 хворих встановлено супутнє АО I ступеня (ІМТ – (33,1 ± 0,34) кг/м²). Другу групу склали 15 хворих на ГХ II стадії з нормальною масою тіла (ІМТ – (23,7 ± 0,29) кг/м²). До третьої, що склала групу контролю, ввійшли 14 осіб з нормальним рівнем артеріального тиску та без ознак ожиріння (ІМТ – (22,9 ± 0,38) кг/м²). За результатами проведеного аналізу структурно – функціональних змін міокарда виявлено такі особливості: концентричну гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ) частіше у пацієнтів без АО (12 чол.) ніж з АО (9 чол.), ексцентричну ГЛШ – частіше у пацієнтів з АО (8 чол.) проти пацієнтів без АО (2 чол.); $p < 0,05$. Певні відмінності спостерігались при аналізі трансмітрального кровотоку (ТМК), а саме: у пацієнтів без АО та з АО достовірно меншим, ніж у контролі, було співвідношення швидкості раннього піку ТМК (pVE ТМК) та систоли лівого передсердя (pVA ТМК) – E/A ТМК ((0,82 ± 0,06) та (0,95 ± 0,05), відповідно, у контролі – (1,58 ± 0,04) ($p < 0,01$). Мали тенденцію до змін pVE ТМК та pVA ТМК: у хворих без АО pVE ТМК становила (0,52 ± 0,02), pVA ТМК (0,65 ± 0,02), у пацієнтів з АО – (0,54 ± 0,027) та (0,56 ± 0,028), відповідно, у контрольній групі – (0,63 ± 0,024) та (0,36 ± 0,011), відповідно ($p < 0,05$). Час ізоволюмічного розслаблення ЛШ (IVRT) становив у пацієнтів без АО (0,13 ± 0,02) та (0,12 ± 0,02) с у пацієнтів з АО, у контролі – (0,08 ± 0,02) с ($p < 0,05$). Зміни мали однакові тенденції в обох групах і свідчать про формування гіпертрофічного типу порушення діастолічної функції, більш глибокого у хворих з супутнім АО.

ТОРАСЕМІД ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Хребтій Г. І., Тащук В. К., Руснак І. Т., Злонікова К. М.
ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Мета дослідження – оцінити вплив різних режимів діуретичної терапії на ендотеліальну функцію судин у хворих з хронічною серцевою недостатністю упродовж 6 міс лікування.

У ході дослідження обстежено 106 пацієнтів (61 чоловіків і 45 жінок, віком 56-82 років (в середньому – (68,1 ± 0,9) років)) з гіпертонічною хворобою (ГХ) III стадії з ішемічною хворобою серця (ІХС) та без неї, ХСН II-III функціонального класу за NYHA і фракцією викиду < 45 %. Всі включені у дослідження пацієнти були декомпенсованими, потребували застосування петлевих діуретиків та не мали протипоказань до їх прийому. Термін спостереження за хворими – 6 міс. з моменту включення їх у дослідження. Усім хворим була проведена корекція лікування згідно з сучасними протоколами лікування ГХ, ускладненої ХСН.

Залежно від характеру діуретичної терапії всі обстежені хворі з ХСН були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи (n = 55) увійшли пацієнти, яким була призначена щоденна діуретична терапія торасемідом, до 2-ї (n = 53) – хворі, яким призначали інтермітивну терапію фуросемідом (прийом препарату через 1-2 дні або 2-3 дні підряд із наступною перервою на 1–2 дні). Зміни діаметра плечової артерії оцінювали із застосуванням ультразвукового діагностичного сканера "LOGIQ 500", за допомогою лінійного датчика 7 МГц з фазованою решіткою ультразвукової системи. У групі хворих, котрі отримували фуросемід ЕЗВД змінилась з -3,5 %, до лікування до +1,7 % через 3 міс. ($p < 0,0001$) та +5,4 % через 6 міс. ($p < 0,0001$). В пацієнтів з ХСН, до схеми лікування котрих входив щоденний прийом торасеміду ЕЗВД змінилась з -3,8 % до лікування до +3,1 % через 3 міс. ($p < 0,0001$) та +7,1 % через 6 міс ($p < 0,0001$). Через 6 міс ЕЗВД у виділених групах пацієнтів під впливом інтермітуючої терапії фуросемідом збільшилась на 63,1 %, а при щоденному прийомі торасеміду – на 97,9 % ($p = 0,036$ між групами, порівняння проводили за допомогою критерію Манна-Уітні).

Проведене дослідження продемонструвало, що у хворих з ХСН величина зміни швидкості кровотоку в плечовій артерії через 3 міс. стандартної терапії з інтермітуючим прийомом фуросеміду збільшилась на 6,2 %, а при призначенні торасеміду – на 17,1 % ($p = 0,026$); через 6 міс при схемі з фуросемідом – збільшилась на 22,5 %, а при призначенні торасеміду – на 33,9 % ($p = 0,033$). При щоденному прийомі торасеміду, внаслідок статистично значимого покращення ендотеліальної функції судин відбувається ефективна корекція нейрогуморальної складової у хворих з декомпенсованою ХСН.

ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Хребтій Г. І., Трутяк В. Я., Назарчук М. С., Білецький С. С., Злонікова К. М.

ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет", м. Чернівці

Метою дослідження було вивчення динаміки основних показників ліпідного обміну, як маркеру атеросклерозу, при комбінованій антигіпертензивній та різних варіантах гіполіпідемічної терапії (I група – аторвастатин, II група – розувастатин) у осіб з гіпертонічною хворобою (ГХ) та супутнім абдомінальним ожирінням (АО). Проведено 4-місячне лікування 46 хворих на ГХ II стадії, віком від 60 до 85 років із супутнім АО I ступеню. 22 пацієнта отримували комбіновану антигіпертензивну терапію інгібітором ангіотензинперетворювального ферменту лізиноприлом у дозі 10 мг 1 раз/добу та блокатором кальцієвих каналів амлодипіному дозі 5 мг 1 раз/добу та гіполіпідемічну терапію аторвастатином у дозі 10 мг 1 раз/добу. 24 пацієнта на тлі антигіпертензивної терапії за такою ж схемою (лізиноприл 10 мг 1 раз/добу, амлодипін 5 мг 1 раз/добу) отримували гіполіпідемічний препарат розувастатин у дозі 5 мг 1 раз/добу. Визначення ліпідного профілю проводилось до початку та через 4 місяці після розпочатої терапії. Вихідні рівні загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) в обох групах хворих не відрізнялись і становили, відповідно, (6,47 ± 0,17); (2,64 ± 0,14); (1,01 ± 0,04) ммоль/л в I групі та (6,48 ± 0,18); (2,59 ± 0,13); (1,01 ± 0,05) ммоль/л в II групі (M ± m), $p > 0,05$. Зміну ліпідтранспортної функції крові під впливом різних схем гіполіпідемічної терапії аналізували через 4 місяці.

При проведенні аналізу результатів лікування в досліджуваних групах пацієнтів рівні ЗХС та ТГ з високою достовірністю є нижчими при використанні антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії розувастатином (II група). Рівні ЗХС знизились у II групі на (32,8 ± 3,30 %, в I групі – на (25,1 ± 2,6) % ($p < 0,05$), ТГ знизились на (40,8 ± 2,1) % у II групі та на (22,7 ± 2,3) % ($p < 0,001$), відповідно. Також у II групі хворих достовірно вищими через 4 місяці відзначались рівні антиатерогенної фракції – збільшення ХС ЛПВЩ на (38,6 ± 2,5) % порівняно з I групою, в котрій визначалось збільшення на (28,7 ± 2,6) % ($p < 0,05$), що безперечно позитивно впливає на профілактику розвитку серцево-судинних ускладнень у даної категорії пацієнтів.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ТА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ

Хухліна О. С., Віщак Н. В.

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

Мета: вивчити варіанти перебігу синдрому подразненої кишки(СПК)у хворих на цукровий діабет (ЦД) типу 2 із коморбідним неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ)залежно від тривалості захворювання.

Матеріал та методи дослідження.Обстежено 100 хворих на ЦД типу 2 із супутнім НАСГ, віком від 45 до 65 років. Хворі були роподілені наступним чином: перша група обстежених (48) страждала на ЦД типу 2 від 2 до 5 років, друга група (52) – від 6 до 10 років. У всіх обстежених перебіг ЦД у був субкомпенсований, середньої важкості. Контрольну групу (КГ) склали 40 осіб відповідного віку,що демонстрували показник у популяції. На момент дослідження у даній когорті не було будь-яких гострих захворювань, а також хронічних органічних уражень шлунково-кишкового тракту, печінки та ендокринних захворювань.З метою оцінки інтенсивності симптомів СПК використовували візуально-аналогову шкалу IBS-SSS (Irritable bowel syndrome Severity Scoring System).

Результати дослідження. Серед обстежених 1-ї групи за кількістю переважали хворі з СПК недиференційованої форми –18,7 % (9 осіб) із загальної кількості обстежених і 32,1 % із когорти хворих на СПК, далі, із дещо нижчою частотою, були особи із СПК змішаного типу – 16,7 % (8 осіб) із загальної кількості обстежених і 28,6 % із когорти хворих на СПК. Дещо менше було хворих на СПК з переважанням діареї – 12,5 % (6 осіб) із загальної кількості обстежених і 21,4 % із когорти хворих на СПК та найменше із СПК із закрепами – 10,4 % (5 осіб) із загальної кількості обстежених і 17,9 % із когорти хворих на СПК.

У структурі СПК у хворих 2-ї групи частка хворих з СПК недиференційованої форми у порівнянні показником у 1-й групі істотно зросла і склала 23,0 % (12 осіб) із загальної кількості обстежених і 33,3 % із когорти хворих на СПК, далі за частотою переважали особи із СПК змішаного типу – 19,2 % (10 осіб) із загальної кількості обстежених і 27,8 % із когорти хворих на СПК. Кількість хворих на СПК з переважанням діареї та закрепів – по 13,5 % (7 осіб) із загальної кількості обстежених і 19,4 % із когорти хворих на СПК була однакова.

Висновок. Отож, у порівняльному аспекті підгрупа хворих на СПК недиференційованої форми склала більшість пацієнтів 1-ї групи, що перевищило показник у КГ на рівні популяційних – у 1,5 рази ($p < 0,05$), у 2-й групі, відповідно, у 1,8 рази ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). Дані результати підтверджують приєднання декількох взаємообтяжуючих патогенетичних чинників розвитку СПК і зростання його тяжкості із збільшенням тривалості перебігу ЦД.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА УРОВНИ БОЛИ И СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Черкасова А. В., Курята А. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

Цель: Оценить влияние ожирения на выраженность болевого синдрома и уровень системного воспаления у пациентов с остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы: Обследовано 40 пациентов (женщин) с верифицированным диагнозом ОА, в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст – (59,75 ± 1,5) лет, средняя длительность заболевания (10 ± 1,0) месяцев). В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) пациенты были разделены на две группы: основная группа (n = 23) – пациенты с ожирением (ИМТ $\geq$ 30 кг/м^2), группа контроля (n = 17) – пациенты с нормальной массой тела (18,5 $\leq$ ИМТ $\leq$ 29,9 кг/м^2). Лечение пациентов проводилось в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Украины № 676 от 12.10.2006. Уровень боли оценивался по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), уровень системного воспаления – по уровню С-реактивного протеина (СРП). Изучаемые показатели определялись дважды – в начале и в конце исследования. Период наблюдения – 2 месяца.

Результаты. В ходе исследования была продемонстрирована положительная динамика в отношение уменьшения выраженности боли по всем суставным зонам. Так, в основной группе уровень боли в покое в коленных суставах снизился с (4,6 ± 0,48) до (3,78 ± 0,40) ($p < 0,01$), при нагрузке – с (6,3 ± 0,44) до (5,35 ± 0,37) ($p < 0,05$). Выраженность боли по другим суставным зонам в основной группе в покое снизилась с (3,69 ± 0,46) до (3,13 ± 0,39) ($p < 0,05$), при нагрузке – с (5,52 ± 0,52) до (4,57 ± 0,48) ($p < 0,01$). В группе контроля выраженность боли в коленных суставах в покое снизилась с (3,18 ± 0,40) до (2,76 ± 0,33) ($p < 0,05$), при нагрузке – с (4,65 ± 0,60) до (3,71 ± 0,48) ($p < 0,01$). Уровень боли по другим суставным зонам при нагрузке снизился с (5,35 ± 0,71) до (4,35 ± 0,55) ($p < 0,01$), без достоверных изменений в боли покое. К концу периода наблюдения в основной группе было продемонстрировано снижение уровня СРП на 3,9 % (с (5,26 ± 0,59) мг/л до (5,05 ± 0,5) мг/л), в группе контроля – на 5,5 % (с (4,68 ± 0,79) мг/л до (4,42 ± 0,69) мг/л.

Выводы. Ожирение у пациентов с ОА ассоциировалось с более высокими уровнями боли по всем суставным зонам, более высоким уровнем системного воспаления, а также менее выраженным клиническим эффектом по изучаемым показателям на фоне стандартной терапии ОА по сравнению с пациентами с ОА при нормальной массе тела.

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Черкасова О. Г., *Данилова А. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Кафедра внутренней медицины 1,

**КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС»*

Актуальность: во время беременности у женщины происходит ряд физиологических гемодинамических, метаболических, гормональных изменений. Нарушения ритма довольно часто могут возникать (от 5,1 % до 38,7 %) у практически здоровых беременных. Они представляют собой серьезную медицинскую проблему, что обусловлено рядом причин. Во-первых, сами аритмии способны создавать угрозу здоровью и жизни беременной женщины и плода. Во-вторых, частота аритмий во время беременности увеличивается, что обусловлено значительными физиологическими изменениями в организме матери. Беременность самостоятельно может выступать в качестве проаритмогенного фактора.

Цель: оценить характер нарушений ритма и проводимости у беременных с пороками сердца по данным электрокардиографии (ЭКГ).

Материалы и методы: проанализированы 24 ЭКГ беременных с пороками сердца, находившихся в отделении патологии беременных. Среди пороков преобладали врожденные пороки сердца – 58 % (14). Приобретенные пороки и пролапс митрального клапана составили 25 % (6) и 17 % (4), соответственно.

Результаты: у всех беременных по ЭКГ выявлен синусовый ритм. У 42 % женщин на ЭКГ регистрировалась синусовая тахикардия. Частота сердечный сокращений (чсс) колебалась от 65 до 120 ударов в минуту (средняя (ср.) ЧСС – (89,4 ± 2,2) ударов в минуту). Интервал PQ колебался от 0,1 с до 0,16 с, ср. PQ – (0,12 ± 0,002) с; комплекс QRS – от 0,05 с до 0,12 с (ср. QRS – (0,09 ± 0,001) с); сегмент QRS от 0,28 до 0,4 с, (ср. QRS – (0,32 ± 0,003) с). Нарушение проводимости были представлены следующими нарушениями: неполная блокада правой ножки пучка (н.п.) Гиса – 4 (17 %), полная блокада н.п. Гиса – 3 (12,5 %), блокада передней ветви левой н.п. Гиса – 1 (4 %). Синдром укорочения PQ выявлен на 3 (12,5 %) ЭКГ, синдром ранней реполяризации – на 5 (21 %) ЭКГ. Желудочковая экстрасистолия зарегистрирована только у 1 (4 %) беременной.

Выводы: у женщин с пороками сердца нарушения ритма встречаются как в целом в популяции. Однако с учетом более высокого риска, у этих пациенток должен проводиться регулярный ЭКГ-контроль для диагностики возникающих нарушений ритма и своевременной профилактики возможных осложнений.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕЛМІСАРТАНУ ТА ЛІЗИНОПРИЛУ ЩОДО ВПЛИВУ НА РІВЕНЬ СПІВВІДНОШЕННЯ МІКРОАЛЬБУМІН/КРЕАТИНІН У ОСІБ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ІІІ СТАДІЇ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Чернацька О. М.

Медичний інститут Сумського державного університету, Україна

Актуальність. Підвищена альбумінурія слугує ранньою і довгий час єдиною ознакою діабетичної нефропатії, ураження нирок при гіпертонічній хворобі, ожирінні і являється доведеним фактором серцево-судинного ризику і маркером ендотеліальної дисфункції. Підвищити точність оцінки ступеня протеїнурії/альбумінурії у разовій випадковій порції сечі допомагає рівень креатиніну; і в подальшому розрахунок співвідношення альбумін/креатинін.

Мета - порівняти динаміку співвідношення мікроальбумін/креатинін під впливом лікування телмісартаном та лізиноприлом у осіб похилого віку з артеріальною гіпертензією (АГ) ІІІ стадії та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 95 осіб із АГ ІІІ стадії та ЦД 2 типу, які знаходилися під спостереженням у СМКЛ №1. У залежності від лікування хворих було поділено на дві групи. Першу (І) групу склали 45 осіб, другу (ІІ) – 50 осіб. Пацієнтам І групи було призначено телмісартан (40 - 80 мг. на добу), а ІІ – лізиноприл (10 - 20 мг. на добу). Дослідження включало наступні методи: загальноклінічні, інструментальні, лабораторні, статистичні. Співвідношення мікроальбумін/креатинін було обчислене після отримання результатів стосовно концентрації альбуміну та креатиніну в ранковій порції сечі, яка виявлялася біохімічним методом.

Результати. У хворих, які приймали телмісартан протягом 6 місяців відбулося зниження співвідношення мікроальбумін/креатинін на 6 % із (567,33 ± 10) мг/г до (533,33 ± 7) мг/г; $t = 2,79$; $p < 0,01$. У осіб, які вживали лізиноприл, показник знизився на 4,4 % із (690 ± 6,8) мг/г до (659,5 ± 5,7) мг/г; $t = 3,44$; $p < 0,001$.

Висновки. Доцільним є призначення телмісартану у пацієнтів із АГ ІІІ стадії та ЦД 2 типу, оскільки він сприяє зниженню співвідношення мікроальбумін/креатинін у сечі і не поступається лізиноприлу за ефективністю.

СЕРЦЕВО-СУДИННЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА AGTR1

Шалімова А. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

В останні роки велика увага дослідників приділяється вивченню генетичних компонентів розвитку гіпертонічної хвороби (ГХ) і цукрового діабету 2 типу (ЦД 2т) – одних з найбільш розповсюджених неінфекційних захворювань у світі.

Мета дослідження: вивчення поліморфізму гена рецептора ангіотензину II типу 1 (AGTR1) та його асоціацій з серцево-судинними ремоделюванням у пацієнтів з ГХ і супутнім ЦД 2т.

Методи: одно-, двомірна та допплер-ехокардіографія, проба з реактивною гіперемією, визначення генетичного поліморфізму маркеру A1166C гена AGTR1.

Основна група складалася з 320 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеню у сполученні з субкомпенсованим ЦД 2т; група порівняння – з 90 хворих на ГХ без ЦД 2т; контрольна група – з 31 практично здорових осіб.

Результати. Встановлено, що більше ніж у половини пацієнтів з ГХ як при наявності, так і при відсутності ЦД 2т відзначалися A/C і C/C генотипи AGTR1(61,6 % і 57,8 %, відповідно), які розцінюються, як несприятливі щодо розвитку серцево-судинної патології. За спектром зазначених генотипів основна група і група порівняння достовірно відрізнялися від контрольної ($p < 0,01$ і $p < 0,05$, відповідно). Відзначено, що алель C мав місце приблизно у третини пацієнтів з ГХ (як при наявності (33,1 %), так і при відсутності ЦД 2т (31,1 %)), тоді як у контрольній групі він зустрічався достовірно ($p < 0,05$) рідше (у 19,4 % пацієнтів). Відзначено, що пацієнти з A/C і C/C генотипами AGTR1 мали достовірно вищі ($p < 0,001$) рівні артеріального тиску (АТ), більші ($p < 0,01$) розміри лівого шлуночка (ЛШ) та індекс маси міокарда ЛШ, більшу товщину інтима-медії (ТІМ) при нижчому ($p < 0,01$) ступеню ендотелій-залежгної вазодилатації порівняно з A/A генотипом. При цьому між гомозиготним генотипом C/C і гетерозиготним генотипом A/C не було встановлено достовірних різниць рівнів гемодинамічних показників. В той же час, у пацієнтів з ГХ без ЦД 2т, подібно до хворих з коморбідністю, поліморфізм AGTR1 асоціювався з різницею рівнів АТ ($p < 0,001$), вираженістю ремоделювання серця ($p < 0,001$) і в меншій мірі судин (достовірна різниця ($p < 0,01$) лише за ТІМ).

Висновки. Встановлено асоціацію A/C і C/C генотипів поліморфного маркера A1166C гена AGTR1 з розвитком коморбідності ГХ і ЦД 2т в українській популяції. Для генотипів A/C і C/C гена AGTR1 характерні достовірно вищі рівні АТ, більш виражені порушення структурно-функціональних показників серця і судин, ніж для A/A генотипу.

ХАРАКТЕР ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ SCD40L, ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ЛІПІДНИМ ПРОФІЛЕМ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Шапаренко О. В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Поширеність серцево-судинних захворювань серед населення України зросла протягом останніх 25 років утричі. Надалі високим залишається рівень летальності внаслідок хвороб системи кровообігу. Таким чином, запропоноване дослідження вивчення CD40L на тлі метаболічних порушень, як патогенетичного чиннику АГ та ЦД 2 типу, розробка нових комплексних методів діагностики на підставі дослідження динаміки зазначених показників та їх взаємозв’язків є новими та соціально актуальними.

Мета – оцінити характер взаємозв'язків між показниками вуглеводного обміну, sCD40L, ліпідним профілем та кардіогемодинаміки у хворих на артеріальну гіпертензію, що супроводжується цукровим діабетом 2 типу.

Було проведено комплексне обстеження 60 хворих на АГ, що знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківська міська клінічна лікарня №27. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 (n = 40) другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n = 20). До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб.

Визначення рівня sCD40L проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «eBioscience» (Австрія). Для визначення рівня глікозильованого гемоглобіну використовували фотометричні методи дослідження та для визначення показників ліпідного профілю біохімічні методи дослідження. Отримані результати подано у вигляді середнього значення ± стандартне відхилення від середнього значення (M±m). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Аналіз кореляційних звязків між sCD40L та показниками вуглеводного обміну показав наявність прямої залежності з рівнем HbA_{1c} ($p < 0,05$, $r = 0,65$).sCD40L позитивно корелював з ЗХС ($p < 0,05$, $r = 0,28$), ТГ ($p < 0,05$, $r = 0,41$), ліпопротеїдами дуже низької щільності (ЛПДНЩ) ($p < 0,05$, $r = 0,24$) та негативно корелював з КА ($p < 0,05$, $r = -0,50$).

Отримані кореляційні зв’язки показали пряму залежність між показниками ліпідного та вуглеводного обмінів з sCD40L у хворих на АГ та ЦД 2 типу.

ВИКОРИСТАННЯ ОФІЦИНАЛЬНОГО ФІТОКОМПЛЕКСУ РАВІСОЛ У ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ НА ТЛІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Шапкін В. Є.

Харківський національний медичний університет, Україна

У наш час в індустріально розвинених країнах спостерігається процес «старіння населення». Однією з найпоширеніших медичних проблем геронтологічних хворих є атерогенна гіперліпідемія. Вона призводить до атеросклерозу, який в свою чергу лежить в основі ішемічної хвороби серця (ІХС), первинної артеріальної гіпертензії та чисельних локальних форм. Не дивлячись на певні досягнення в лікуванні, поширеність цих проблем свідчить про необхідність пошуку додаткових заходів. Одним з них може бути фітотерапія, яка здавна використовується в народній медицині.

Метою даної роботи було вивчення ефективності використання фітокомплексу равісол у комплексній вторинній профілактиці гіперліпідемії на тлі атеросклерозу у літніх пацієнтів.

Було обстежено 45 хворих на ІХС та гіпертонічну хворобу у віці від 60 до 72 років. У всіх діагностована атерогенна гіперліпідемія та явища атеросклерозу. Лікування пацієнтів включало оптимізацію режиму життя, дієтотерапію, призначення бета-адреноблокатора бісопролола або антагоніста кальцієвих каналів амлодипіна, дезагрегантів (ацетилсаліцилова кислота), седативних засобів та аторвастатину (у дозі 10 мг). Равісол додатково призначався пацієнтам першої групи (23 особи) по 5 мл тричі на день. Друга група (22 особи) равісол не приймала. Дослідження проводилося впродовж 4 тижнів.

У процесі лікування виявлено позитивну динаміку показників ліпідного обміну у переважної більшості обстежених обох груп – у 20 пацієнтів (87,0 %) першої групи і 20 хворих (90,9 %) другої групи. Відзначалася тенденція до більш виразного зниження вмісту тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності та ліпопротеїдів дуже низької щільності у сироватці крові при додаванні равісола в комплексну гіполіпідемічну терапію. На динаміку інших показників обміну ліпідів равісол істотного не впливав. Гіполіпідемічний ефект равісола відзначено насамперед на зміст тих ліпідів, які виявилися найбільш схильні до впливу класичної гіполіпідемічної терапії статинами, що свідчить про синергізм равісола по відношенню до загальноприйнятого лікування.

Побічні ефекти равісолу не було виявлено.

Таким чином, фітокомплекс равісол є дієвим додатковим компонентом комплексної терапії атерогенної гіперліпідемії у хворих похилого віку. Достатня ефективність і добра переносимість препарату, поряд з доступною ціною, дозволяє рекомендувати равісол для використання в комплексній вторинній профілактиці гіперліпідемій у літніх пацієнтів.

ВПЛИВ ОМЕГА-3-ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА БІОХІМІЧНІ ПАРАМЕТРИ КРОВІ ТА ВМІСТ АДИПОКІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ОСТЕОАРТРОЗ І ЇХ ПОЄДНАННЯ ПРИ НОРМАЛЬНОМУ ТА ПІДВИЩЕНОМУ ІНДЕКСІ МАСИ ТІЛА

Швець Н. В.

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

Мета: вивчити ефективність омега-3-поліненасичених жирних кислот (омега-3-ПНЖК) на біохімічні параметри крові та вміст адипокінів у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), остеоартроз (ОА) і їх поєднання при нормальному та підвищеному індексі маси тіла (ІМТ).

Матеріал і методи. Обстежено 100 хворих, з них – 35 – на АГ, 35 – на ОА та 30 – на ОА в поєднанні з АГ. Середня тривалість АГ складала (7,4 ± 3,8) роки, клінічна картина захворювання відповідала II стадії. Давність захворювання на остеоартроз склала (8,4 ± 4,6) років, клінічна картина відповідала ОА 2-3 стадії, без ознак синовіїту. Контрольні обстеження виконані в групі практично здорових осіб (n = 22), зіставних з пацієнтами інших груп за віком та статтю.

Усі пацієнти залежно від нозологій отримували базисну терапію, яка включала: за АГ – інгібітори АПФ, за ОА – нестероїдні протизапальні препарати, хондропротектори. Пацієнти із ознаками дисліпідемії отримували гіполіпідемічні лікарські засоби. У всіх хворих з ознаками гіперліпідемії було створено рандомним способом дві групи, що включили рівну кількість осіб з усіма варіантами нозологій. Група порівняння (50 осіб) отримувала залежно від нозологій базисну терапію, яка включала: за АГ – інгібітори АПФ, за ОА –не стероїдні протизапальні препарати, препарати хондроїтину сульфату. Хворим основної групи (50 осіб) додатково в якості джерела ω-3-ПНЖК призначали препарат, що містить омега-3-ПНЖК – “Епадол Нео” по 1 капсулі 2 рази на добу терміном на 2 місяці.

Висновки. Проведення стандартного лікування з включенням базисної терапії основного захворювання та статинів пацієнтам з АГ, ОА чи їх поєднанням є ефективним щодо корекції гіперліпідемії, проте не призводить до повного відновлення природного співвідношення адипокінів, сприяючи наростанню вмісту адипонектину і частково коригуючи вміст лептину за АГ, практично не має впливу на рівень лептину в організмі за ОА та поєднання ОА з АГ. Застосування ПНЖК в комплексному лікуванні хворих на ОА та ОА із супутньою АГ виявляє додаткові гіполіпідемічні властивості, а також сприяє відновленню природного балансу адипокінів: нормалізує рівень лептину у хворих на ОА, АГ з ОА з надлишковим ІМТ і сприяє наростанню адипонектину у обстежуваного контингенту хворих.

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ЖИЗНИ И ЕЕ РОЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕАРТРОЗА

Швечикова В. П., Бычков О. А.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель работы – исследовать роль и определить эффективность модификации способа жизни в динамике лечения больных с артериальной гипертензией (АГ) и сопутствующим остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы. Для решения поставленной цели были проанализированы и исследованы общеклинические данные и определенны показатели качества жизни у 47 больных с АГ в сочетании с ОА. Больные принимали стандартную терапию согласно протокола и рекомендаций Ассоциации кардиологов Украины.

Результаты. При анализе клинических данных было установлено, что у пациентов наблюдается умеренный и высокий уровень артериального давления (САД – (174,5 ± 11,8) мм рт. ст.; ДАД – (108,1 ± 8,7) мм рт. ст.). У 33 больных было выявлено алиментарное ожирение I-II стадии (ИМТ составлял (33,7 ± 3,21) кг/м^2, окружность талии у женщин – (95,4 ± 4,8) см, а у мужчин – (107,3 ± 5,2) см). У 39 пациентов наблюдался выраженный болевой синдром при ходьбе – (76,1 ± 3,8) мм по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Все пациенты были разделены на основную группу и группу сравнения. Пациенты основной группы вместе с медикаментозной терапией тщательно соблюдали рекомендации по модификации способа жизни: DASH-диета, комплексы упражнений лечебной физкультуры, ежедневная ходьба 20-30 минут в день, отказ от употребления алкоголя и никотина. При заключительном обследования было установлено, что соблюдение данных рекомендаций привело к снижению ИМТ на (3,8 ± 1,4) кг/м², а окружности талии на (4,9 ± 0,7) см ($p < 0,05$). У 91,18 % больных удалось достичь целевых показателей артериального давления, уровни САД и ДАД были ниже на (13,8 ± 1,6) мм рт. ст. и (7,4 ± 1,2) мм рт. ст., соответственно, относительно группы сравнения, так же наблюдалось достоверное снижение болевого синдрома при ходьбе – (48,7 ± 1,9) мм по ВАШ ($p < 0,05$). Анализ показателей качества жизни с помощью опросника SF-36 у больных основной группы было определенно достоверное улучшение показателей физического здоровья. Физическая активность улучшилась на 29,4 %, ролевое физические функционирование – на 31,2 %, телесная боль – на 33,2 %, общее состояние здоровья – на 16,8 % ($p < 0,05$).

Выводы. Модификация образа жизни является крайне важным фактором в лечении пациентов с АГ и сопутствующим ОА. Соблюдение рекомендаций совместно с медикаментозными препаратами позволяет улучшить качество жизни пациентов и уменьшить риск развития сердечно-сосудистых осложнений, а в дальнейшим может позволить уменьшить дозу антигипертензивных препаратов.

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ГИПОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА СПЕКТР ПОЛИПЕПТИДНЫХ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ

Шило А. В., Ломако В. В., Семенченко А. Ю.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Нарушения метаболизма, вызванные влиянием различных факторов на организм, приводят к повышению в крови концентрации отдельных фракций полипептидных молекул средней массы (МСМ) с М.м. 300-5000 Да, обладающих выраженной биологической активностью, в частности, проявляющейся в угнетении синтеза ДНК, изменении проницаемости мембран, цитотоксическом действии, нарушении тканевого дыхания и микроциркуляции, развитии полинейропатии.

Цель работы – изучить спектр полипептидных МСМ в сыворотке крови крыс при входе и выходе из искусственного гипометаболического состояния (ИГМС).

Эксперименты проведены на 7-8 месячных белых беспородных крысах самцах с соблюдением всех биоэтических норм. ИГМС достигали с помощью модели «закрытого сосуда» (гипоксически-гиперкапнический гипометаболизм). Для оценки спектра полипептидных МСМ проводили хроматографию сыворотки крови на колонке, заполненной поливиниловым гелем.

После гель-фильтрации образцов сыворотки контрольной группы крыс полипептидные МСМ разделились на 15 фракций, площадь под пиками которых позволяла количественно оценить их содержание: слабое увеличение пиков во фракциях 6530, 5280, 5100, 3400, 3300, 1880, 1290, 750, 640 и более выраженное – во фракциях 1520, 1287, 1140, 945 и 530 Да. При ИГМС обнаружено, что во фракциях 5100, 3400, 950, 820 и 750 Да образовалось незначительное количество пиков, отсутствующих в контроле. Наиболее выраженное увеличение площади отмечено под пиком 1140 Да (в 7-8 раз), через 2 ч после ИГМС оно оставалось в 2 раза выше контроля, а через 24 ч возвращалось к исходному уровню.

Окислительный стресс, проявляющийся при действии холода, гипоксии и гиперкапнии, может способствовать деградации определенных групп пептидов либо образованию соединений, играющих регуляторную или антиоксидантную роль, на что может указывать увеличение/снижение уровня отдельных фракций МСМ.

Таким образом, резкое увеличение площади под пиком фракции 1140 Да, происходящее при ГМС и на раннем этапе восстановления, возможно, является компенсаторной реакцией в ответ на сочетанное действие гипоксии-гиперкапнии и гипотермии, подтверждением чему служит полное восстановление уровня полипептидных МСМ этой фракции через 24 ч после выхода из ИГМС.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТОНІЮ З КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ В ДИНАМІЦІ ТЕРАПІЇ

Шкапо В. Л., Несен А. О., Бабенко О. В., Ярина Н. А.

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

Мета – оцінити якість життя (ЯЖ) у пацієнтів на артеріальну гіпертонію (АГ) з такими коморбідними захворюваннями, як цукровий діабет 2 типу (ЦД 2) та ішемічна хвороба серця (ІХС) в динаміці лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 120 хворих на АГ з супутньою патологією – ІХС та ЦД 2. Серед них 42 (35,0 %) чоловіків та 78 (65,0 %) жінок, середній вік яких склав – (60,5 ± 0,4) років. ЯЖ вивчалась за результатами заповнення анкети SF-36. Кількісно оцінювали вісім показників, які формують два загальних показники: «фізичний компонент здоров'я» (ФКЗ) та «психологічний компонент здоров'я» (ПКЗ). Статистична обробка результатів виконана з використанням пакету програм «SPSS 21 for Windows» та критерію Манна-Уітні.

Результати. Було проведено вивчення ЯЖ при поєднанні таких коморбідних станів, як АГ та ЦД 2 типу в залежності від наявності ІХС. Пацієнти з АГ та ЦД 2 типу у яких також була діагностовано ІХС мали статистично гірші такі показники, як фізичне функціонування, рольове функціонування, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я, фізичний компонент здоров'я ніж пацієнти без ІХС. Загальні показники склали відповідно – 38,20 [32,95; 44,25] (ФКЗ) та 40,30 [32,05; 49,00] (ПКЗ) у пацієнтів з наявністю ІХС та 51,00 [40,90; 57,00] (ФКЗ) і 49,20 [37,70; 50,80] (ПКЗ) без ІХС ($p < 0,05$). У пацієнтів з АГ та ІХС також була простежена динаміка показників ЯЖ на тлі антигіпертензивної терапії (АГТ) на протязі 1 року. В групі пацієнтів з АГ II стадії і ІХС достовірно покращилися показники фізичного функціонування, загального стану здоров'я, психічного здоров'я, які зросли на 30,8 %, 10,0 %, 7,1 % відповідно ($p < 0,05$). Найбільш позитивні зміни відбулись із показниками інтенсивність болю, життєва активність, соціальне функціонування та рольове емоційне функціонування, які зросли на 33,3 %, 22,2 % 20,0 % та 100,0 %, відповідно. Вірогідно покращились загальні показники – ФКЗ та ПКЗ, що свідчить про суттєвий вплив АГТ на фізичний та психологічний стан пацієнтів.

Висновки. Таким чином, ЯЖ у хворих на АГ та ЦД 2 типу у яких також була діагностовано ІХС мали статистично гірші показники, ніж пацієнти без ІХС. Терапія АГ та коморбідних станів сприяла поліпшенню ЯЖ – достовірно зросли показники, що покращують адаптацію пацієнтів у суспільстві, їх фізичний та психологічний стан.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ТА СИНДРОМУ РЕЙНО ЗА ДОПОМОГОЮ АНТИТІЛ ДО МОДИФІКОВАНОГО ЦИТРУЛІНОВАНОГО ВІМЕНТИНУ

Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Штефюк Т. І., Сандурська Я. В., Дрогомерецька О. І., Дельва Ю. В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи: оцінити доцільність використання антитіл до модифікованого цитрулінованого віментину у прогнозуванні перебігу та ефективності проведеного лікування у хворих на ревматоїдний артрит та синдромом Рейно.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети було обстежено 40 хворих на РА: 30 (75 %) жінок і 10 (25 %) чоловіків. Вік хворих коливався від 20 до 62 років (середній вік – (52 ± 6,7) р.), з тривалістю хвороби від 1 до 22 років (в середньому (7,9 ± 1,8) р). Усіх хворих було розділено на 2 групи: I група (20 чоловік) отримували базисну терапію РА (метотрексат по 10-15 мг/тиж.), а II група (20 чоловік – РА у поєднанні з синдромом Рейно) – базисну терапію РА, антиагреганти та судиннорозширюючі препарати. Обстеження проводили при поступленні пацієнта у стаціонар та через 3 міс. після виписки. Визначали так звану ендотелій залежну вазодилятацію плечової артерії (ЕЗВПА), рівень ендотеліну-1, аMCV, TNF-α, ревматоїдного фактору (РФ), С-реактивного білка (СРБ), індекс DAS-28 до і після проведеного лікування.

Результати. Провівши моніторинг отриманих даних було встановлено, що у всіх хворих було виявлено ознаки ендотеліальної дисфункції. Встановлено, що у групі хворих з РА у поєднанні з синдромом Рейно ознаки ендотеліальної дисфункції більш виразніші на відміну від I групи. Встановлено прямо пропорційні кореляційні зв'язки між титром аCMV, СРБ, РФ, TNF-α, ендотеліну-1 та індексом DAS-28. Цікавим є те, що у II групі 15 пацієнтів мають серопозитивний РА (РФ+), а у I групі – тільки 8 пацієнтів серопозитивні за РФ. Це свідчить про більший ризик розвитку синдрому Рейно у РФ+ хворих на РА. У хворих з синдромом Рейно титр аCMV вищий чим у I групі. Після проведеного лікування у 2-ох групах пацієнтів зменшувалися ознаки ендотеліальної дисфункції, рівні аCMV, TNF-α, ендотеліну-1, СРБ, РФ, покращувалася якість життя. У II групі зменшувалася частота та тривалість приступів синдрому Рейно.

Висновки. 1. У хворих на РА має місце недостатня ендотелійзалежна вазорегуляція у ПА, що може вказувати на порушення ендотеліальної функції.

2. У хворих з РА та вторинним синдромом Рейно спостерігаються більш виразніші ознаки ендотеліальної дисфункції по відношенню I групи хворих, що є свідченням більшого ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

3. Підвищення титрів аCMV можна використовувати в якості прогностично несприятливої ознаки РА.

ВЛИЯНИЕ ПРЕСТАРИУМА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И., Севастьянова Т. В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

Цель исследования – изучить влияние престариума на уровень артериального давления и функциональное состояние эндотелия сосудов у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое контролируемое исследование, в которое были включены 46 больных с артериальной гипертензией II стадии в возрасте от 35 до 50 лет, из них 28 женщин и 18 мужчин. Первичное обследование больных включало общеклинические методы, электрокардиографию, эхокардиографию, суточное мониторирование артериального давления (АД). О функциональном состоянии эндотелия сосудов судили по концентрации метаболитов NO^- в сыворотке крови и в суточной моче, которые определяли колориметрическим методом по совокупности NO_3 и NO_2 с помощью реактива Грисса («BIOVISION», США). Престариум (периндоприла аргинин, фирма Servier, Франция) назначали утром за час до завтрака в дозе 10 мг на протяжении 24 недель. В лечении больных АГ не использовали нитросодержащих препаратов.

Результаты. Установлено, что у больных артериальной гипертензией уменьшается образование сосудистым эндотелием вазодилятатора оксида азота, о чем свидетельствует снижение концентрации метаболитов оксида азота в сыворотке крови и их суточной экскреции с мочой ($p < 0,001$, $p < 0,001$), что сопровождается повышением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС) ($p < 0,001$), систолического и диастолического АД ($p < 0,001$).

После проведенного 24-недельного курса лечения престариумом у 85 % больных достоверно снизилось систолическое и диастолическое АД ($p < 0,001$), ОПСС, уменьшалась исходно повышенная вариабельность систолического АД и диастолического АД ($p < 0,001$), что сопровождалось повышением в сыворотке крови метаболитов NO и их мочевой экскреции ($p < 0,001$).

Проведенное нами исследование показало, что терапия престариумом способствует нормализации NO-синтетической функции эндотелия сосудов, суточного профиля АД, ОПСС, уменьшает величину и скорость утреннего подъема АД, улучшает показатели качества жизни, параметры центральной и периферической гемодинамики, а также коронарное кровообращение.

УРОВНИ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Щербань Т. Д., Топчий И. И., Гальчинская В. Ю., Семеновых П. С.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Цель исследования – определение содержания альдостерона в периферической крови больных сахарным диабетом 2-го типа с нефропатией в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Объект исследования: 94 больных сахарным диабетом 2-го типа с различными стадиями диабетической нефропатии (ДН) в сочетании с ГБ и 20 практически здоровых лиц (контрольная группа). Больные были разделены на группы в зависимости от степени поражения почек. Группа 1 – 58 человек с начальными доклиническими стадиями заболевания, группа 2 – 36 больных с выраженными клиническими проявлениями поражения почек протеинурией и нарушением азотовыделительной функции. Группа сравнения – 30 больных ГБ II стадии без сахарного диабета. Концентрацию альбумина в моче определяли иммуноферментным методом. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) вычисляли по формуле CKF-EPI. Уровень альдостерона в плазме крови определяли иммуноферментным методом с использованием тест-системы производства «DRG».

Результаты. По сравнению с контролем (69,1 ± 1,5) пг/мл и больными с изолированной ГБ (142,1 ± 2,2) пг/мл в группе с сочетанной патологией уровень альдостерона в плазме крови существенно повышался уже на начальных этапах заболевания (1 группа) и достигал (186,7 ± 1,9) пг/мл ($p < 0,05$). Дальнейшее развитие заболевания сопровождалось более выраженным ростом показателя. У больных с клиническими проявлениями поражения почек - протеинурией и почечной недостаточностью (2 группа) уровень альдостерона составил – (199,4 ± 3,3) пг/мл, ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ выявил ассоциацию уровня альдостерона со снижением СКФ: 1 группа ($r = -0,798$; $p = 0,001$), 2 группа ($r = -0,773$; $p = 0,001$) и с уровнем МАУ и протеинурии: 1 группа ($r = +0,866$; $p = 0,001$), 2 группа ($r = +0,764$; $p = 0,001$).

Выводы. Существенное увеличение альдостерона в зависимости от стадии ДН свидетельствует о том, что нарушения его содержания при сахарном диабете 2-го типа в определенной степени связано с поражением почек. Изменение уровней альдостерона является важным звеном в патогенезе таких коморбидных состояний, как сочетание ДН и ГБ.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Юшко К. О., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Корнійчук І. А.

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

Мета. Оцінити прогностичну значимість клініко-метаболічних факторів, зокрема рівнів апеліну крові, та розробити математичну модель прогнозування розвитку гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) серця у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих на ГХ з ЦД 2 типу (21 жінка, 22 чоловіків), середній вік (57 ± 4,6) років та 20 хворих на ГХ без ЦД 2 типу (11 жінок, 9 чоловіків), середній вік (56 ± 4,2) років. Оцінювали наступні дані пацієнтів: вік, стать, наявність ЦД 2 типу, індекс маси тіла, наявність абдомінального ожиріння, глікемія натще, інсулін крові, індекс інсулінорезистентності, рівні та відхилення від норми загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцерідів, рівні апеліну, котрі були відібрані як незалежні змінні. В якості залежної змінної виступала змінна, яка приймала значення 0 (немає ГЛШ) та 1 (є ГЛШ). Використовувався багатофакторний регресійний аналіз зі створенням моделі бінарної логістичної регресії.

Результати. Метод покрокової логістичної регресії виділив 5 найбільш значущих показників, що використовувалися як прогностичні фактори для оцінки вірогідності віднесення кожного пацієнта до прогнозованого стану. На підставі найбільш значущих чинників було отримано рівняння для визначення вірогідності розвитку ГЛШ:

ПІглш = [1+exp-(a1• x1+a2•x2+a3•x3+a4•x4+a5•x5+18,609)]-¹, де:

ПІглш – прогностичний індекс; x1 – стать; x2 - наявність ЦД 2 типу; x3 – концентрація апеліну крові (нг/мл); x4 – ЛПНЩ (ммоль/л), x5 – відхилення від норми ЛПВЩ; a1(-4,180), a2(4,384), a3 (-23,863), a4(2,060), a5(2,212) – визначені коефіцієнти значимості.

ПІглш можна інтерпретувати як вірогідність ризику розвитку ГЛШ. Якщо розраховане значення ПІглш більше, ніж 0,5, то прогнозують ризик розвитку у хворого ГЛШ серця.

Вказана математична модель була перевірена в клінічній практиці при прогнозуванні ризику розвитку ГЛШ у хворих на ГХ з ЦД 2 типу та без такого. Ступінь відтворюваності математичної моделі прогнозу при використанні у медичній практиці склала 93 %.

Висновки. У хворих ГХ незалежно від наявності або відсутності ЦД розвиток ГЛШ може бути прогнозовано методом математичного моделювання з використанням рівнів апеліну крові і таких факторів ризику серцево-судинних ускладнень як стать, наявність ЦД 2 типу, рівні ЛПНЩ і відхилення від норми рівнів ЛПВЩ.

ТЕХНОЛОГІЯ БІОЛОГІЧНОГО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ НА ПІДҐРУНТІ КЕРОВАНОГО МЕТРОНОМІЗОВАНОГО ДИХАННЯ ЗА ДАНИМИ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ НА ВСІ ВИПАДКИ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Яблучанський М. І., Мартиненко О. В., Бєлал С. А. С., Тимошенко О. С.

Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна, Україна

Мета: довести до лікарської спільноти діагностичні можливості технології біологічного зворотного зв'язку на підґрунті керованого метрономізованого дихання за даними показників варіабельності серцевого ритму.

Складові технології:

1) пристрій у складі сучасного комп'ютера на рівні від смартфона з платформою WINDOWS, комп'ютерний електрокардіограф, програмне забезпечення;

2) сама технологія, що пропонує пацієнту дихати за частотою метронома, яка послідовно та безперервно змінюється у напрямі, який забезпечує вихід потужності спектрів варіабельності серцевого ритму на фізіологічний рівень.

Підґрунтя технології: варіабельність серцевого ритму є похідною нервово-гуморальної регуляції кровообігу, в першу чергу парасимпатичної ланки, яка знаходиться під впливом частоти дихання завдяки структурному (дихальні та ядра блукаючого нерва розташовані у безпосередній близькості одні від інших) та функціональному (метрономізоване дихання збуджує ядра блукаючого нерва, чим підвищує його функціональну активність) зв'язку між ними.

Процедура застосування технології: проводяться сеанси біологічного зворотного зв'язку, під час яких оцінюється (діагностується) якісний стан регуляторних систем організму пацієнта, та з кожним сеансом поліпшується цей стан; кількість сеансів з метою лікування складає від 7 до 9; під час проведення сеансів пацієнт навчається метрономізованому диханню на частоті найкращих показників потужності спектрів варіабельності серцевого ритму; на майбутнє пацієнту рекомендуються самостійно проводити сеанси метрономізованого дихання на встановленій частоті без застосування приладу.

Досвід: маємо досвід застосування технології біологічного зворотного зв'язку на підґрунті керованого метрономізованого дихання за даними показників варіабельності серцевого ритму у пацієнтів з артеріальної гіпертензією різних ступенів та стадій під час лікування антигіпертензивними засобами різних фармакологічних класів.

Переваги: з використанням технології зменшується потреба в частоті та дозах призначення антигіпертензивних засобів.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ АОРТЫ, КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Яковцова И. И., [*]Топчий И. И., Данилюк С. В., [*]Кириенко А. Н., [*]Гридасова Л. Н., [**]Кириенко Д. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
[*]ДУ «Национальный институт терапии имени Л. Т. Малой НАМН Украины, г. Харьков,
[**]Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Важнейшими функциями эндотелия являются: регуляция гемостаза, модуляция воспаления, коррекция сосудистого тонуса, регуляция проницаемости сосудов. Хроническая болезнь почек (ХБП) нарушает этот баланс и предрасполагает сосуды к вазоконстрикции, адгезии лейкоцитов, активации тромбоцитов, митогенезу, воспалению. Целью работы было изучение морфологических изменений стенки сосудов сердца и аорты у пациентов с ХБП и оценить возможности их эндотелия к репарации.

Материалы и методы. Был исследован аутопсийный материала 18 умерших в возрасте от 45 до 55 лет. Все умершие имели клинико-анамнестические признаки хронической болезни почек (ХБП).

Для выявления особенностей иммунных клеточных реакций в зонах воспалительного процесса использовались первичные моноклональные анитела (МКАТ) фирмы DAKO (Дания), Rady-to-Use.

Исследование проводилось на микроскопе Primo Star (Carl Zeiss) с использованием программы AxioCam (ERc 5s).

Результаты и их обсуждение. Изменения эндотелия коронарных сосудов сердца и аорты проявлялись разной степенью дезорганизации. Эти патологические процессы имели черты сходные с развитием иммунного воспаления. Косвенным признаком низкой способности к восстановлению структуры стенки сосудов и эндотелиальной выстилки может служить слабая экспрессия фактора роста эндотелия сосудов VEGF и bcl-2, т. к. в условиях их недостатка создаются предпосылки к активации апоптоза.

Выводы. Проведенные морфологические исследования показали, что:

- патологические процессы в сосудистой стенке во всех наблюдениях имели черты иммунного воспаления с преобладанием в клеточном составе макрофагов, тучных клеток, плазматических клеток, способных усугублять повреждения эндотелиоцитов;
- в образцах ткани миокарда обследуемых выявлялись признаки острой сердечной смерти с наличием очаговых повреждений кардиомиоцитов;
- нарушение функции почек и биохимические изменения, как следствие иммуновоспалительной патологии, могут быть одной из основных причин развития сердечно-сосудистых осложнений.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Яновская С. Я.

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», г. Днепропетровск

Цель: изучить особенности влияния артериального давления на когнитивные функции больных в отдаленном периоде после перенесенного ишемического инсульта.

Материалы и методы. Открытое контролируемое исследование включало 39 больных АГ III стадии (с давностью перенесенного инсульта не менее 6 мес.). Всем обследованным проводили суточное мониторирование АД (СМАД) на аппарате АВРМ-04 фирмы «Meditech».Когнитивные нарушения определяли при помощи тестов: «Корректурные таблицы Бентона», «Таблицы Шульте», методика Мюнстерберга; «Запоминание 10 слов по А. Р. Лурии», «Образная память».

Результаты. У обследованных пациентов достоверно ухудшались избирательность внимания (на 94,0 %); повышался индекс утомляемости (на 0,93 %), коэффициент асимметрии (на 45,6 %), снижался объем динамического внимания (на 14,8 %) и его адаптация (на 6,1 %), существенно изменялись эффективность работы (на 24,0%) и психическая устойчивость (на 3,0 %). У них ухудшались: слуховая память (непосредственное запоминание (на 3,8 %), кратковременная (на 8,0 %) и долговременная (на 3,8 %); образная (на 3,7 %), зрительная (на 27,6 %), смысловая (на 55,5 %) и объем кратковременной (на 5,8 %) памяти.

Суточное максимальное САД сопряжено с непосредственным запоминанием (r = -0,492) и кратковременной памятью (r = -0,384), объемом кратковременной памяти (r = -0,451). Дневное САД коррелирует с непосредственным запоминанием (r = -0,416), индексом утомляемости внимания (r = 0,359), интегральным показателем общих умственных способностей (r = -0,356); а его вариабельность (ВСАДд) – с объемом кратковременной памяти (r = -0,369). Ночное САД сопряжено с непосредственным запоминанием (r = -0,386), индексом утомляемости внимания (r = 0,384); а его вариабельность (ВСАДн) – со зрительной (r = 0,472) и смысловой памятью (r = 0,441).Суточное минимальное диастолическое артериальное давление (ДАД) ассоциировано с индексом утомляемости внимания (r = 0,437), пониманием логических связей и отношений между понятиями (r = -0,383). Суточное среднее ДАД сопряжено с непосредственным запоминанием (r = -0,435), индексом утомляемости внимания (r = 0,521), пониманием логических связей и отношений между понятиями (r = -0,36). Суточное максимальное ДАД связано с объемом кратковременной памяти (r = -0,424).

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ -634 G / C (rs 2010963) ГЕНА VEGF-A У РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ОЖИРІННЯ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ

Яресько М. В., Колеснікова О. В., [*]Зайченко О. Є.

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

[*]*Харківський національний медичний університет*

В останні роки велика увага дослідників прикута до генетичних залежностей розвитку серцево-судинних захворювань та факторів ендотеліальної дисфункції, в тому числі у жінок. Одним з основних факторів, що впливають на ангіогенез, є васкулоендотеліальний фактор росту (VEGF). Ген VEGF-A є дуже поліморфним, мутації його промоторної області, в тому числі -634 G / C і -2578 C / A, здатні впливати на ступінь експресії VEGF.

Мета: оцінити взаємозв'язок поліморфізму -634G/C (rs2010963) гена VEGF-A з формуванням АГ в поєднанні з ожирінням у жінок в пременопаузі.

Матеріали і методи: обстежено 115 жінок з ГХ II стадії, 1-2 ступеня та ожирінням I-II ст., 45-60 років. В залежності від менопаузального статусу: 45 жінок в пременопаузі, 50 жінок в менопаузі, період якої не перевищував 3 роки, та 20 практично здорових жінок в пременопаузі, як групу контролю. Концентрацію VEGF визначали методом імуноферментного аналізу. Дослідження аллельного поліморфізму -634 C > G (rs 2010963) гена VEGF-A проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичною схемою детекції результату за допомогою стандартної тест-системи «VEGF-ІФА-Бест» (Росія). Виділення ДНК з цільної крові проводили за допомогою набору реактивів для виділення ДНК з клінічного матеріалу "ДНК-сорб-В" (Амплісенс, РФ).

Результати: в групі пременопаузи рівень VEGF був достовірно вище у жінок з генотипом GG при порівнянні з генотипом CG ($p = 0,040$) і генотипом CC ($p = 0,005$), у жінок з генотипом CG і CC достовірних відмінностей не спостерігалося ($p = 0,156$). Рівень VEGF був достовірно вище у жінок в менопаузі з генотипом GG в порівнянні з генотипом CG ($p = 0,003$) і генотипом CC ($p = 0,001$). При порівнянні рівня VEGF у жінок з генотипом CG і CC достовірних відмінностей не спостерігалося ($p = 0,148$). В групі контролю рівень VEGF був достовірно вище у жінок з генотипом GG в порівнянні з CC ($p = 0,010$), у жінок з генотипами GG і CG ($p = 0,078$) і CG і CC ($p = 0,059$) достовірних відмінностей не було.

Висновки: виявлено, що рівень VEGF був достовірно вище у жінок як в пременопаузі так і в менопаузі з генотипом GG поліморфізму -634 C / G (rs 2010963) гена VEGF-A в порівнянні з пацієнтками з генотипами CC і CG ($p < 0,05$).

ЧАСТОТА ЗУСТРІЧАЛЬНОСТІ ГЕНОТИПІВ ПОЛІМОРФІЗМУ -634 G/C (RS 2010963) ГЕНА VEGF-A У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

Яресько М. В., Колеснікова О. В., [*]Зайченко О. Є., [*]Панченко Г. Ю.

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

[*]Харківський національний медичний університет

Ендотеліальна дисфункція (ЕД) є основним фактором розвитку серцево-судинних захворювань, в тому числі у жінок. Одним з основних ендотеліальних факторів, що стимулюють ангіогенез є васкулоендотеліальний фактор росту (VEGF). Припущено, що різні алельні варіанти гена VEGF-A можуть виступати як фактори ризику гіпертонічної хвороби в поєднанні з ожирінням і грають самостійну роль в прогресуванні коморбідних захворювань вже на стадії пре менопаузи.

Мета: визначити частоту зустрічальності генотипів поліморфізму -634 C/G (rs 2010963) гена VEGF-A у жінок з гіпертонічною хворобою та ожирінням в перименопаузі.

Результати: було встановлено, що в групах пременопаузи і менопаузи домінував генотип GG поліморфізму -634 C/G (rs 2010963) гена VEGF-A. Так в групі пременопаузи генотип GG був визначений у 57,8 % обстежуваних, генотип CG у 31,1 %, генотип CC у 11,1 % жінок. У групі пацієнток в менопаузі генотип GG спостерігався у 53,1 %, генотип CG у 26,5 %, генотип CC у 11,1 % обстежуваних пацієнток. Однак в групі контролю переважали жінки з генотипом CC – 40 %, генотип GG у 30 %, генотип CG також у 30 % жінок.

Висновки: встановлено, що генотип GG поліморфізму -634 C / G (rs 2010963) гена VEGF-A зустрічався частіше у жінок з гіпертонічною хворобою і ожирінням в пременопузе, ніж в менопаузі, що може свідчити про те, що алельні варіанти гена VEGF-A, переважно за рахунок гомозиготного носійства GG поліморфізму -634 C/G, можуть вважатися факторами ризику гіпертонічної хвороби в поєднанні з ожирінням у жінок в перименопаузі.

ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2015 РІК

Ярина Н. А.

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

Підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей по терапії з проблем сучасної профілактики, діагностики і лікування неінфекційних захворювань та коморбідної патології є одним з важливих напрямків діяльності ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України». Ця робота проводиться шляхом проведення науково-практичних конференцій, симпозіумів, виїзних науково-практичних конференцій «Школи терапевтів імені академіка Л. Т. Малої», «Днів терапевта», «Днів кардіолога», засідань Харківського наукового медичного товариства на базі Інституту та наукових семінарів і вебінарів.

У 2015 році співробітниками установи організовано і проведено 17 науково-практичних конференцій (з них 9 вебінарів), 7 «Днів терапевта», 8 «Днів кардіолога», 8 засідань Харківського медичного товариства гастроентерологів, 1 наукову сесію, 6 «Шкіл здоров'я» (3 на базі інституту і 3 виїзних), 1 науково-практичну школу Української Асоціації фахівців з серцевої недостатності «Сучасна фармакотерапія серцевої недостатності», а також проведено 4 виїзні науково-практичні конференції «Школи терапевтів імені академіка Л. Т. Малої» в Закарпатській, Херсонській, Хмельницькій та Чернігівській областях за темами: «Лікувально-діагностичні проблеми збереження та відновлення здоров'я населення, шляхи їх вирішення»; «Проблеми коморбідної патології в клініці внутрішніх хвороб»; «Неінфекційні хвороби: стратегії діагностики, лікування і профілактики»; «Нові досягнення в діагностиці, лікуванні і профілактиці терапевтичних захворювань», відповідно .

У роботі наукових конференцій на базі інститут терапії прийняли участь 1034 наукових співробітників і лікарів практичної охорони здоров'я, у роботі виїзних конференцій – 718 лікарів практичної охорони здоров'я. У роботі «Днів терапевта», «Днів кардіолога» прийняли участь 1342 лікаря, на засіданнях Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів – 407, у роботі Шкіл здоров'я – 214 лікарів (з них 122 – на базі інституту, 92 – в 3-х районах Харківської області).

Усього у 2015 р .підвищили кваліфікацію 3875 науковців і лікарів, що значно перебільшує показники минулих років. Високий професійний рівень доповідей науковців інституту сприяв підвищенню якості знань слухачів.

Вищевикладене свідчить про те, що враховуючи реалії сьогодення, лікарі первинної ланки прагнуть до нових знань щодо профілактики, діагностики і лікування неінфекційних захворювань.

СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Ярош В. А., Тихонова Л. В., Тесленко О. О.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: вивчити стан оксидантної та антиоксидантної системи у хворих на церебральний ішемічний інсульт у гострому періоді.

Проблема церебрального ішемічного інсульту є однією з центральних в клінічній неврології. Поглиблення уяви о формуванні ішемічного ураження дає нові погляди на стратегії патогенетичного лікування ішемічного інсульту.

Обстежено 67 хворих на 1 та 7 добу захворювання (45 чоловіків, 22 жінки, у віці 33-85 років). У сироватці крові хворих визначався рівень дієнових кон'югатів, малонового діальдегіду (с використанням стандартних методик), SH-груп, глутатіону (за методом амперометричного титрування), активність каталази та пероксидази (за методом Баха та Зубкової). Враховуючи стан хворих, вони були розподілені на 4 клінічні групи: 1 група – хворі у задовільному стані (10 чоловік), 2 група – хворі у стані середньої важкості (31 чоловік), 3 група – хворі у тяжкому стані (17 чоловік), 4 група – хворі у край тяжкому стані (померлі) – 9 чоловік.

Нами було отримано стійке порушення компенсаторних механізмів оксидантно – антиоксидантної системи та дисбаланс окислювального гомеостазу. Рівень ДК був підвищеним у хворих 2-4 груп (на 13,5 %, 25,0 %, відповідно вище контролю на 1 та 7 добу), концентрація SH-групп була низькою у хворих усіх груп (на 8,2 %, 9 %), в усі періоди спостереження відмічалось підвищення вмісту глутатіону (на 89 %, 70,8 %), активність каталази в усіх групах хворих не різнилось із контрольною групою, а активність пероксидази була декілька збільшена.

Таким чином, у гострому періоді ішемічного інсульту нами була виявлена стимуляція вільнорадикального окислювання ліпідів та накопичення продуктів перекісного окислення ліпідів у організмі, яке веде до пригнічення антиоксидантної системи та розвитку цитотоксичного ефекту з порушенням клітинних мембран.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН АПОПТОЗУ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Яцишин Р. І., Герич П. Р.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна, Кафедра внутрішньої медицини № 1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Є. М. Нейка

Проаналізовано вміст імунокомпетентних клітин в стані апоптозу крові хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Нами виявлено збільшення в 1,6 рази ($p < 0,05$) у хворих на ХОЗЛ II стадії і в 1,82 рази ($p < 0,05$) у хворих на ХОЗЛ III стадії, експресії CD95+(Fas/APO-I) – маркерів на лімфоцитах периферійної крові у хворих на ХОЗЛ у фазі загострення порівняно із даними в групі практично здорових осіб (ПЗО), де даний показник склав – $(7,62 \pm 0,72)$ %. Отримані дані свідчать про існування надмірної антигенної стимуляції при ХОЗЛ в фазі загострення, яка сприяє активації лімфоцитів і підвищує їх готовність до Fas-залежного апоптозу. Аналіз співвідношення експресії CD95+ - рецепторів і інших маркерів субпопуляцій лімфоцитів свідчить про кореляційний зв’язок змін вмісту CD95+ і CD8+ - лімфоцитів, CD95+ і CD150+(ІПО3+) - лімфоцитів ($r = 0,38$ vs $r = 0,40$), ($p < 0,05$) відповідно, особливе значення має показник кореляції по відношенню до фенотипів ХОЗЛ, оскільки його зростання вказує на посилену активацію ІКК в цілому та розвиток вторинної імунологічної недостатності.

ВПЛИВ АВТО-CPAP ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ПОЛІСОМНОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЕ СНУ

Яшина Л. О., Ігнатьєва В. І., Опімах С. Г., Зволь І. В.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета дослідження – дослідити вплив авто-CPAP терапії на показники полісомнографії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з синдромом обструктивного апное-гіпопное сну (СОАГС).

Матеріали дослідження. Обстежено 20 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з СОАГС (16 чоловіків та 4 жінки, середній вік (53,7 ± 3,0) років, FEV_1 – (61,6 ± 3,2) %, FEV_1/FVC – (63,2 ± 3,1) %), індекс апное-гіпопное (ІАГ) – (25,7 ± 6,4) /год. Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

Методи дослідження: анкетування, загально-клінічне обстеження, функціональні (спірометрія, полісомнографія), статистичні.

Результати. До початку лікування усі хворі відмічали надмірну денну сонливість, короткочасні засипання при монотонній роботі, підвищену денну втомлюваність, гучний нічний храп та зупинки дихання уві сні, на які скаржилися рідні, неспокійний сон з частими пробудженнями, моторні реакції уві сні (неспокійні рухи кінцівок, крутіння уві сні), нічні пробудження у зв'язку з позовами до сечовипускання, ранковий головний біль. Денна сонливість за шкалою Епворта складала (15,1 ± 0,9) балів.

Додаткове призначення до інгаляційної базисної терапії ХОЗЛ 14-добого курсу авто-CPAP терапії сприяло покращенню перебігу як клінічних симптомів ХОЗЛ, так і СОАГС, про що свідчило зменшення показників ХОЗЛ-тесту з (20,0 ± 1,3) балів до (16,0 ± 1,0) балів ($p < 0,05$) та модифікованого опитувальника Британської медичної дослідницької ради з (2,2 ± 0,2) балів до (1,9 ± 0,1) балів ($p < 0,05$), рівня денної сонливості за шкалою Епворта – з (15,1 ± 0,9) балів до (9,8 ± 0,9) балів, ($p < 0,05$).

За даними полісомнографії ІАГ знизився з (25,7 ± 6,4) /год. до (9,4 ± 2,1) /год. ($p < 0,05$), підвищився середній рівень SpO_2 за ніч, % – з (86,5 ± 2,4) % до (99,2 ± 1,0) % ($p < 0,05$), мінімальний рівень SpO_2 за ніч – з (71,5 ± 3,3) % до (82,6 ± 2,0) % ($p < 0,05$).

Відбувалось статистично достовірне покращення показників якості життя хворих за даними опитувальника якості життя госпіталю святого Георгія.

Висновки: додаткове призначення 14-добого курсу авто-CPAP терапії до базисної терапії ХОЗЛ позитивно впливало на клінічні показники захворювання, показники полісомнографії та підвищення якості життя хворих на ХОЗЛ у поєднанні з СОАГС.

ВПЛИВ АВТО-CPAP ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЕ СНУ

Яшина Л. О., Ігнатьєва В. І., Опімах С. Г., Москаленко С. М., Крамарська Н. В.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета дослідження – дослідити вплив авто-CPAP терапії на показники фізичної активності та якість життя хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з синдромом обструктивного апное-гіпопное сну (СОАГС).

Обстежено 20 хворих на ХОЗЛ у поєднанні з СОАГС (16 чоловіків та 4 жінки, середній вік (53,7 ± 3,0) років, FEV_1 – (61,6 ± 3,2) %, FEV_1/ FVC – (63,2 ± 3,1) %), індекс апное-гіпопное (ІАГ) – (25,7 ± 6,4) /год.

Методи дослідження: анкетування, загально-клінічне обстеження, функціональні (спірометрія, полісомнографія), статистичні.

Результати. Додаткове призначення до інгаляційної базисної терапії ХОЗЛ 2-х тижневого курсу авто-CPAP терапії сприяло покращенню перебігу як клінічних симптомів ХОЗЛ, так і СОАГС, про що свідчило зменшення показників ХОЗЛ-тесту з (20,0 ± 1,3) балів до (16,0 ± 1,0) балів ($p < 0,05$) та рівня денної сонливості за шкалою Епворта – з (15,1 ± 0,9) балів до (9,8 ± 0,9) балів, ($p < 0,05$).

За даними полісомнографії ІАГ знизився з (25,7 ± 6,4) /год. до (9,4 ± 2,1) /год. ($p < 0,05$). Комплексна терапія із застосуванням CPAP-терапії сприяла покращенню переносимості фізичного навантаження у хворих на ХОЗЛ за рахунок достовірного збільшення кількості пройдених метрів з (347,6 ± 15,7) м до (370,2 ± 19,7) м, $p < 0,05$ в тесті із 6-хвилинною ходою.

Відбувалось статистично достовірне покращення показників якості життя пацієнтів за даними опитувальника якості життя госпіталю святого Георгія. Зменшувались: рахунок симптомів з (63,0 ± 4,4) балів до (54,2 ± 3,1) балів, $p < 0,05$; обмеження активності з (52,3 ± 3,7) балів до (48,5 ± 4,4) балів, $p < 0,05$; обмеження діяльності з (42,0 ± 3,1) балів до (32,0 ± 3,5) балів, $p < 0,05$; загальний рахунок з (48,6 ± 2,8) балів до (40,7 ± 2,9) балів, $p < 0,05$.

Висновки: додаткове призначення 2-х тижневого курсу авто-CPAP терапії до базисної терапії ХОЗЛ позитивно впливало на клінічні симптоми захворювання, підвищення толерантності до фізичного навантаження та якість життя хворих на ХОЗЛ у поєднанні з СОАГС.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

ЗМІСТ

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Исхаков Ш. А., Турдикулова Ш. У. 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОХЕЛП В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Абдуллаев А. Х., Садыкова Г. А., Арипов Б. С., Каримов М. М. 4

КРЫСЫ ЛИНИИ SHR СО СПОНТАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КАК МОДЕЛЬ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ
Айдарова В. С., Ломакин И. И., Кудокоцева О. В. 5

ТЕРАПІЯ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАЖУ ПАЛІННЯ
Александрова М. Я., Александров О. Ю. 6

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Аляви А. Л., Рахимова Д. А., Сабирджанова З. Т. 7

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ПРОТЕЇНАЗО-ІНГІБІТОРНОЇ ТА ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМ КРОВІ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ДЕСТАБІЛІЗАЦІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
Амеліна Т. М. 8

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ СПОРТСМЕНІВ..... 9
Амеліна Т. М., Мойса В. К. 9

ВПЛИВ КАРВЕДИЛОЛУ НА ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНИЙ ГЕМОСТАЗ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ
Амеліна Т. М., Тащук В. К., Полянська О. С. 10

УРОВЕНЬ ВИСФАТИНА И ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С И БЕЗ ОЖИРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЩИНЫ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ
Андреева А. А. 11

ЕФЕКТИВНІСТЬ СКРИНІНГОВОГО АНКЕТУВАННЯ У ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ ОБСТУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ
Андреєва Я. О. 12

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА «ГИПОТРОН-М» У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ
Асанов Э. О., Полягушко Л. Г., Осьмак Е. Д., Дыба И. А. 13

LEVEL OF TNF-A, STNF-RI AND 8-ISOPROSTANE IN THE COMBINED THERAPY OF BISOPROLOL AND INDAPAMID AT OVERWEIGHT HYPERTENSIVE PATIENTS
Ashcheulova T. V., Kovalyova O. N., Gerasimchuk N. N. 14

ОСОБЛИВОСТІ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ПОБУТОВИХ АЛЕРГЕНІВ У ХВОРИХ НА ЦІЛОРІЧНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНІТ
Бабаджан В. Д., Кузнецова Л. В., Шуляк М. А., Амер Л. Б., Москаленко Л. А., Грішина І. А., Мороз А. М. 15

РОЛЬ И МЕСТО Р-СЕЛЕКТИНА И ГАЛЕКТИНА-3 У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Бабак О. Я., Бильченко А. А. 16

ЛІПІДНИЙ СПЕКТР ТА АМІНОТРАНСФЕРАЗИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА
Бабак О. Я., Лапшина К. А. 17

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ КОМОРБИДНОСТИ У ЛИЦ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
Бабенко О. В., Несен А. А., Грунченко М. Н., Шкапо В. Л., Валентинова И. А.....18

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА МОЛОДЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Бабийчук Л. В., Коваль С. Н., Бабийчук В. Г. 19

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ХВОРИХ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ, ПОЄДНАНОЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ
Бачук-Понич Н. В., Зайцева В. Л. 20

РІВЕНЬ КОРТИЗОЛУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОГНОЗ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЛІМФОБЛАСТНИХ ЛЕЙКЕМІЙ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС
Бебешко В. Г., Бруслова К. М., Цвєткова Н. М., Пушкарьова Т. І., Кузнєцова О. Є., Гончар Л. О., Яцемирський С. М., Самсон Ю. М. 21

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНИХ УСЛОВИЯХ
Бездетко Н. В., Чинуш И. В. 22

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Бездетко Т. В., Оспанова Т. С., Еременко Г. В. 23

ОСОБЕННОСТИ ФЕНОТИПА ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
Бездетко Т. В., Химич Т. Ю., Новикова И. Н., Мижирицкая Т. В., Еременко Г. В. 24

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА УМОВ РІЗНОГО РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ
Бек Н. С. 25

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А. 26

РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А. 27

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ У БЕЗСИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ
Беловол А. Н., Бобронникова Л. Р., Ильченко И. А., Шапошникова Ю. Н. 28

НАУКОМЕТРИЯ В МОНИТОРИНГЕ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УКРАИНСКОГО УЧЕНОГО
Бенько Е. Г., Кулешова Е. М., Гридасова Л. Н. 29

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА
Березуцкий В. И., Кравченко А. И. 30

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИЙ
Березуцкий В. И., Кравченко А. И. 31

СУЧАСНИЙ СТАН У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ В УКРАЇНІ
Беседіна А. С. 32

СТАН ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА ОСТЕОАРТРОЗ
Бичков О. А., Бичкова Н. Г. 33

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ГЕОМЕТРІЇ ТА ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
Бичков О. А., Ютовець О. В., Джунь Я. Ю. 34

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
Бичкова Н. Г., Новосад Д. І., Таха Салах Ахмад 35

ЗНАЧЕННЯ ПРО- ТА АНТИАТЕРОГЕННИХ ЦИТОКІНІВ В РОЗВИТКУ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
Бичкова Н. Г., Швечикова В. П., Таран Г. А. 36

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Бычкова Н. Г., Таран А. А. 37

РОЛЬ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ
Бичкова С. А. 38

БАГАТОФАКТОРНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ З ГІПОТЕНЗИВНИМ ТИПОМ КРОВООБІГУ
Блецкан М. М., Фатула М. І., Петрик І. М. 39

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
Бобкович К. О. 40

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСЬ ПРОКАЛЬЦИТОНІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАНКРЕАТИЧНИМИ ПСЕВДОКІСТАМИ
Бобро В. В. 41

ВІДНОСНИЙ РИЗИК ОСТЕОПОРЕТИЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ХВОРИХ НА ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ
Бобро Л. М. 42

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НАРУШЕНИЕМ ОБМЕНА ПУРИНОВ
Божко В. В., Снегурская И. А., Мысниченко О. В., Цыганков А. И., Корнейчук И. А., Дунаевская М. М. 43

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION AND ITS TRENDS IN UKRAINE
Boyko V., Dubrovina N., Zamyatin P., Gerrard R. 44

ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION AND ITS TRENDS IN UKRAINE
Boyko V., Dubrovina N., Zamyatin P., Gerrard R. 45

TENDENCIES OF CIRCULATORY SYSTEM DISEASES AND PREVENTION PROGRAMS IN SLOVAKIA
Boyko V., Zamyatin P., Zamyatin D., Kolesnikova O., Habdakova G., Hovorkovicova E., Dubrovina N. 46

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
Болтабоев С. А., Азизов С. В. 47

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
Болтабоев С. А., Азизов С. В. 48

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОСНА В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
Бондаренко С. В. 49

КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БРОНХИТОВ
Бондаренко С. В., Амелин А. Ф., Додонова Л. А. 50

МІСЦЕ РОЗУВОСТАТИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ
Борзова О. Ю., Кожин М. І., Борзова-Коссе С. І. 51

ВИВЧЕННЯ ОСТЕОПОНТИНУ ЯК МАРКЕРА ФОРМУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ТИПУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З КОМОРБІДНІСТЮ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ
Борзова-Коссе С. І. 52

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТІВ ВІТРОНЕКТИНУ НА РОЗВИТОК ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ
Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г. 53

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТІВ ГАЛЕКТИНУ-3 НА РОЗВИТОК ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ
Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г. 54

РОЛЬ ВІТРОНЕКТИНУ ТА ГАЛЕКТИНУ-3 У РОЗВИТКУ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ
Боровик К. М., Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г. 55

ХРОНИЧЕСКИЙ СВЕТОВОЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ
Бочарова Т. В. 56

РОЛЬ РОСТОВОГО ФАКТОРА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ 15 В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
Вишневская И. Р., Опарин А. Л., Копица Н. П., Петенёва Л. Л., Петюнина О. В., Гилева Я. В. 57

СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ
Вінник Н. В., Стойкевич М. В., Сорочан О. В. 58

ОСОБЕННОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ
Волков В. И., Рябуха В. В., Запровальная О. Е., Ченчик Т. А., Бондарь Т. Н. 59

MYOCARDIAL CHANGES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND OBESITY
Gabisoniia T. N. 60

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА С: ЛИПИДНЫЕ ВКЛЮЧЕНИЯ ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТИ В ГЕПАТОЦИТАХ
Гайдар Ю. А., Аржанова Г. Ю. 61

МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ РОЗВИТКУ ЕРОЗИВНОГО ТА НЕЕРОЗИВНОГО ЕЗОФАГІТУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
Гайдар Ю. А., Мосійчук Л. М. 62

МІКРОСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ГЕПАТОЦИТІВ ПРИ ФІБРОЗУВАННІ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ С
Галенко О. П., Діденко В. І. 63

ВПЛИВ НЕФРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІТИННІ МЕХАНІЗМИ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ
Гальчінська В. Ю., Топчій І. І., Щербань Т. Д., Семенових П. С. 64

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ТА ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДИНАМІЦІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ
Гасанов Ю. Ч., Рудик Ю. С. 65

НАРУШЕНИЕ СТЕПЕНИ ПРОИЗВОЛЬНОГО СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭМГ У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КАРОТИДНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
Гелетка А. А., Лещенко К. А. 66

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ОСТЕОПЕНІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ДИФУЗНОМУ ТОКСИЧНОМУ ЗОБІ
Герасименко Л. В. 67

ПЕРИПОРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ
Гнатковская Д. В., Молодан В. И., Парфёнова А. А. 68

ЗВ'ЯЗОК ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ З ВІДДАЛЕНИМ ПРОГНОЗОМ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА
Гончарь О. В., Титаренко Н. В., Юхновський О. Ю., Петюніна О. В., Вишневська І. Р., Копиця М. П., Аболмасов О. М. 69

LEVEL OF TNF-A DEPENDING ON THE PRESENSE OF INSULIN RESISTANCE IN PATIENTS WITH ARTERIALHYPERTENION AND OBSITY
Goptsii O. V., Buryakovska O. O., Reznik L. A., Vovchenko M. M. 70

ОСОБЛИВОСТІ ДІАСТОЛІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З БЕЗСИМПТОМНОЮ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ
Гребеник М. В., Коцюба О. І., Левчик О. І., Степанчук Б. І., Садлій О. Г. 71

ЗАХВОРЮВАННЯ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ – ОДНА З ВАГОМИХ ЧИННИКІВ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
Григоров М. М., Григорова І. А., Тесленко О. О. 72

ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЮ ТРАВМОЮ
Григоров С. М., Тихонова О. О., Григорова А. О., Копітько М. С. 73

МЕТАБОЛІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНІ ТРАНЗИТОРНІ ІШЕМІЧНІ НАПАДИ
Григорова І. А., Єскін О. Р., Григоров С. М., Тесленко О. О., Ярош В. А. 74

СИРОВАТКОВІ РІВНІ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1В У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ ІЗ ХРОНІЧНИМ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИМ ГЕПАТИТОМ
Гриджук Т. І., Глушко Н. Л., Сарапук О. Р., Сарапук І. В. 75

СТАЦИОНАРНЫЙ ПАЦИЕНТ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА: АКЦЕНТ НА КОМОРБИДНУЮ ПАТОЛОГИЮ
Грунченко М. Н., Несен А. А., Бабенко О. В., Валентинова И. А., Тверетинов А. Б. 76

РІВЕНЬ ОКСИДУ АЗОТУ У ВИДИХУВАНОМУ ПОВІТРІ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ТА СУПУТНІМ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ
Гряділь Т. І., Дебрецені К. О. 77

БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА
Гуйда П. П. 78

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
Гуйда П. П. 79

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭКССУДАТИВНОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ
Гуйда П. П. 80

ОЦІНКА МЕТОДА ДИСПЕРСНОГО КАРТУВАННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
Данченко О. П. 81

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НИЗКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ
Дегтярь Н. И., Герасименко Н. Д., Савченко Л. В., Расин М. С. 82

ОСОБЛИВОСТІ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗА НАЯВНОСТІ УРАЖЕНЬ В ПОРОЖНИНІ РОТА В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА
Дігтяр Н. І., Герасименко Н. Д., Стасюк О. А. 83

IMMUNE ASPECTS OF RIGHT HEART REMODELING IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND ARTERIAL HYPERTENSION
Dielievska V. Yu. 84

PATHOGENETIC MECHANISMS OF CHRONIC HEART FAILURE IN ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
Dielievska V. Yu., Kravchun P. G. 85

АРТРОМЕГА ЯК ЗАСІБ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОКОМОТОРНОГО АПАРАТУ
Дельва Ю. В., Яцишин Р. І., Сандурська Я. В., Дрогомерецька О. І., Федорович Х. М. ..86

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАССЫ ТЕЛА
Денисенко В. П., Топчий И. И., Кириенко А. Н., Семеновых П. С., Корнейчук И. А. ...87

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С
Дербак М. А., *Лазур Я. В. 88

СИРОВАТКОВІ ПОКАЗНИКИ ЦИТОКІНІВ ФІБРОГЕНЕЗУ
Дербак М. А., *Поляк-Товт В. М., *Поляк М. А. 89

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Дериенко Т. А., Яблучанский Н. И. 90

ЧАСТОТА ТИПІВ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ БОЙОВОЇ ТРАВМИ
Деркач З. В., Радченко О. М., Жакун І. Б., Комариця О. Й. 91

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ФІБРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ, ЯКІ АСОЦІЙОВАНІ З ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ С
Діденко В. І., Кленіна І. А. 92

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ АКТИВНОСТІ АЛЬДОСТЕРОНУ З ПАРАМЕТРАМИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ
Доценко М. Я., Герасименко Л. В., Боєв С. С., Шехунова І. О. 93

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ СИСТЕМНОЮ СКЛЕРОДЕРМІЄЮ
Дрогомерецька О. І., Яцишин Р. І., Дельва Ю. В., Сандурська Я. В., Федорович Х. М., Курилів Г. М. 94

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПЕРВИЧНАЯ, СКРЫТАЯ, ПРОГНОЗИРУЕМАЯ)
Дроздова И. В., *Бабец А. А. 95

АНАЛИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА
Дубоносова Д. Г., Голивец Т. П. 96

SEXUAL DIMORPHISM OF THE LUNG CANCER'S MODERN COURSE
Dumanskiy Yu. V., Stolyarova O. Yu., Syniachenko O. V., Stepko V. A., Syniachenko T. Yu. 97

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Еременко Г. В. 98

ДИНАМІКА КОПЕПТИНУ, MRPROADM ТА ТРОПОНІНУ І У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ОЖИРІННЯ
Єрмак О. С., Майналі Пракаш 99

ОСОБЛИВІСТЬ ДИНАМІКИ КОПЕПТИНУ І MRPROADMУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ
Єрмак О. С., Сміт Таше 100

КОПЕПТИН І ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ
Єрмак О. С., Теклебран Мосай 101

GONARTHRITIS AND COXARTHRITIS IN THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS
Iermolaeva M. V., Geiko I. A., Sokrut O. P., Verzilov S. N., Potapov Yu. A. 102

ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ
Єскін О. Р., Григоров М. М., Тихонова Л. В., Тесленко О. О. 103

ОСОБЛИВОСТІ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ІНСУЛЬТУ
Єскін О. Р., Григорова І. А., Ярош В. А., Тихонова Л. В., Копитько Ж. В. 104

ЧАСТОТА РЕАКЦІЙ АДАПТАЦІЇ ТА ВИРАЖЕНІСТЬ ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ ЗА УМОВ ЗАСТОСУВАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ
Жакун І. Б., *Жакун В. М. 105

ОСОБЛИВОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
Ждан В. М., Лебідь В. Г. 106

ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ
Ждан В. М., Штомпель В. Ю., Іваницький І. В. 107

АУТОІМУННІ МЕХАНІЗМИ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ
Железнякова Н. М., Зелена І. І., Пасієшвілі Т. М., Супрун І. О. 108

ІНСУЛІНОПОДІБНИЙ ФАКТОР РОСТУ-1 У ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
Журавльова Л. В., Пивоваров О. В. 109

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ESR1 У ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Журавльова Л. В., Бутова Т. С. 110

ДІСЛІПІДЕМІЯ ТА ВИРАЗНІСТЬ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТА ПРИ ПОЄДНАННІ ЙОГО З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Журавльова Л. В., Олійник М. О. 111

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ СТЕАТОЗУ
Завгородня Н. Ю., Лук'яненко О. Ю., Ягмур В. Б., Косенко І. С., Петішко О. П. 112

ANEMIA OF CHRONIC DISEASE IN PATIENTS WITH BECHTEREW'S DISEASE AS A MARKER OF SYSTEMIC INFLAMMATION
Zazdravnov A. A. 113

ІНСУЛЬТ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
Зазикіна Д. С., Флегантова Б. Л. 114

МАРКЕРИ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Заїкіна Т. С., Бабаджан В. Д. 115

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МЕЖДУ АТОРВАСТАТИНОМ И РОЗУВАСТАТИНОМ
Залюбовская Е. И., Кондратьева А. Ю., Бурочко О. С. 116

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА TBXA2R И ГЕНА ГЛИКОПРОТЕИНА IA И ИХ СВЯЗЬ С АГРЕГАЦИЕЙ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Запровальная О. Е., Бондарь Т. Н., Ченчик Т. А., Рябуха В. В. 117

CROSSTALK BETWEEN THE HEART AND LIVER DISEASES. A MODERN APPROACH TO THE PROBLEM
Zelena I. I., Zhelezniakova N. M.,Suprun I. O., Panchenko G. Y. 118

ЗАСТОСУВАННЯ КСАНТЕНОВИХ БАРВНИКІВ ДЛЯ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНТНОГО КОНТРОЛЮ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСУ КРОВІ
Зінченко В. Д., Горяча І. П., Головіна К. М., Топчій І. І., Кірієнко О. М. 119

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ІНФРАЧЕРВОНОГО ЛАЗЕРНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА КОНЦЕНТРАЦІЮ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ ТА ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ ПРИ ЇХ СУМІСНОМУ ВИКОРИСТАННІ
Зупанець І. А., Маколінець В. І., Брунь Л. В. 120

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ ХОЛЕДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ
Иванова Л. Н., Луговсков Е. А., Сидоренко Ю. В. 121

ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ
Иванова Л. Н., Сидоренко Ю. В., Луговсков Е. А. 122

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРОВОТОКА В ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ВЕТВЯХ БРЮШНОЙ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ГЭРБ И В СОЧЕТАНИИ С ИБС
Измайлова Е. В., Фадеенко Г. Д. 123

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
Ісаєва Г. С., Буряковська О. О., Вовченко М. М. 124

ВПЛИВ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ НА ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК У ПЕРИМЕНОПАУЗІ
Ісаєва Г. С., Рєзнік Л. А., Вовченко М. М., Буряковська О. О., Гопцій О. В. 125

ЕФЕКТИВНІСТЬ АТОРВАСТАТИНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ЛОКУСУ ХВАІ ГЕНА РЕЦЕПТОРІВ ДО ЕСТРАДІОЛУ У ЖІНОК
Ісаєва Г. С., Рєзнік Л. А., Вовченко М. М., Буряковська О. О., Клименко Т. І. 126

УРАЖЕННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ ЗУБЦЕМ Q
Іваньо Н. В., Росул М. М. Корабельщикова М. О., Іваньо Т. В., Свистак В. В. 127

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ
Ілащук Т. О., Окіпняк І. В. 128

МОРФОЛОГІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Ілляш М. Г., Довганич Н. В., Базика О. Є., Яринкіна О. А., Стартова О. С., Тхор Н. В., Шевченко Т. Л., Деяк С. І. 129

УРАЖЕННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Ілляш М. Г., Яринкіна О. А., Базика О. Є., Довганич Н. В., Стартова О. С., Тхор Н. В., Деяк С. І., Шевченко Т. Л. 130

ДИНАМІКА МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Ільюк І. А., Коробко О. А., Степанюк Т. В. 131

ОЦІНКА ДИНАМІКИ МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ
Ільюк І. А., Токарчук О. О. 132

ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА
Кадыкова О. И. 133

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА GLN27GLU ГЕНА B_2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ
Кадыкова О. И., Бутеец И. Ф. 134

ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ/ГІПОПНОЕ СНУ
Калашник Д. М., Колеснікова О. М., Харченко Ю. Є., Шторх В. В., Грідасова Л. М. .135

ЛИПИДОГРАММА У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Камышникова Л. А., Аласаад И., Дубовцова Е. Ю. 136

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЗАРТАНОМ И ЭНАЛАПРИЛОМ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
Капустник В. А., Брек В. В., Телегина Н. Д., Погорелов В. Н. 137

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ КАТЕХОЛАМИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Капустник В. А., Истомина О. В. 138

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ СТУДЕНТІВ ХНПУ ІМ. Г. С. СКОВОРОДИ
Карабан О. М., Попова Т. М., *Циганкова Т. І., Багмут І. Ю. 139

ОСОБЛИВОСТІ НУТРІЄНТНОЇ КОРЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
Караченцев Ю. І., Дунаєва І. П., Кравчун Н. О., Дорош О. Г. 140

АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ
Кармазіна О. М. 141

ПОДАГРИЧНА НЕФРОПАТІЯ
Кармазіна О. М., Кармазін Я. О. 142

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АНЕМІЇ У ХВОРИХ З УРАЖЕННЯМ НИРОК
Карпенко О. В. 143

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ АНАЛІЗУ ФАЗОВИХ ПОРТРЕТІВ ЕКГ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ
Катеренчук О. І. 144

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКОМ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШИХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ
Квасницька О. Б. 145

ПРИНЦИПИ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХРОНІЧНИХ ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ
Квасницька О. Б. 146

СУЧАСНІ ЕКСПРЕС-МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В. 147

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
Коблянська А. В., Скляренко К. А. 148

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Ковалева О. Н., Сытина И. В. 149

ЦИТОКИНОВАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ
Ковалёва Ю. А., Шелест Б. А., Ломакина О. В., Шелест А. Н., Кожин М. И. 150

ЗАСТОСУВАННЯ ЗОВАНТИ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ ГАСТРОПАТІЇ
Коваль В. Ю. 151

ЕНДОТЕЛІЙ СУДИН ТА ХРОНІЧНИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ПАНКРЕАТИТ
Коваль В. Ю., Архій Е. Й. 152

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І ХВОРОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ТА ХВОРОБ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ЗАКАРПАТТІ
Коваль В. Ю., *Ізай Е. О. 153

КЛІНІКО-МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАМЕТРИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ДИНАМІЦІ 12-ТИ МІСЯЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ
Коваль С. М., Снігурська І. А., Мисниченко О. В., Висоцька О. В., Пенькова М. Ю., Корнійчук І. А., Циганков О. І., Божко В. В. 154

РІВНІ АПЕЛІНУ ТА МАЛОНОВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ
Коваль С. М., Старченко Т. Г., Юшко К. О., Милославський Д. К. 155

КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНФЕЦИРОВАННОСТИ H. PYLORI
Колесникова Е. В., Козырева Т. Е., Шуть И. В. 156

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ КЛАС СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІМПЛАНТОВАНИМИ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРАМИ НА РІЧНОМУ ЕТАПІ АПАРАТНОЇ І МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ОПТИМІЗАЦІЇ
Коломицева І. М. 157

УЛЬТРАСТРУКТУРА И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ НЕФРИТЕ ХЕЙМАННА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Кондаков И. И., Репин Н. В., Марченко Л. Н., Топчий И. И., Кириенко А. Н., Кулешова Е. М. 158

РЕМОДЕЛЮВАННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ТА ЛІВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ ТА СТАН СИСТЕМНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ
Кондратюк В. Є., Фролова А. М., Коржук В. О. 159

РОЛЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Копица Н. П., Родионова Ю. В., Титаренко Н. В. 160

РОЗРОБКА СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ
Копиця М. П., Титаренко Н. В., Біла Н. В., Гільова Я. В., Родіонова Ю. В. Петеньова Л. Л., Опарін О. Л. 161

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ
Корабельщикова М. О., Росул М. М. 162

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ
Корнієнко Д. О. 163

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Костюк И. Ф., Стеблина Н. П., Бязрова В. В., Прохоренко В. Л. 164

ДО ПИТАННЯ ПРО ЧАСТІ ВИПАДКИ ПОЄДНАННЯ САРКОЇДОЗУ ЛЕГЕНІВ І ПИЛОВОЇ ПАТОЛОГІЇ
Костюк І. Ф., Бязрова В. В., Стебліна Н. П., Мельник О. Г. 165

ВПЛИВ ТЕНАСЦИНУ С НА РОЗВИТОК ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Котелюх М. Ю. 166

РОЛЬ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-13 ТА ТКАНИННОГО ІНГІБІТОРУ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-4 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Котелюх М. Ю. 167

ЗМІНИ КОМПОНЕНТІВ МІЖКЛІТИННОГО МАТРИКСУ ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Котелюх М. Ю., Кравчун П. Г. 168

СТАН СТІНКИ СУДИН У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ
Кравченко О. І., Березуцький В. І. 169

СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ФОНЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Кравченко А. И., Березуцкий В. И. 170

ЗНАЧЕННЯ НЕОПТЕРИНУ У РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗМІН У СУДИНАХ ПРИ СТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ
Кравчун П. Г., Габісонія Т. Н. 171

РОЛЬ НЕОПТЕРИНУ ЯК МАРКЕРА ІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ
Кравчун П. Г., Габісонія Т. Н. 172

СОСТОЯНИЕ КОНСТИТУЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА
Кравчун П. Г., Кадыкова О. И. 173

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ГЕМОГРАМИ ТА МЕТАБОЛІЗМУ ЗАЛІЗА У ХВОРИХ З АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ
Кравчун П. Г., Риндіна Н. Г., Едубіо Орук 174

АДИПОЦИТАРНЫЕ МАРКЕРЫ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Кравчун П. П. 175

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С АДИПОЦИТАРНЫМ ДИСБАЛАНСОМ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Кравчун П. П. 176

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ
Кравчун П. П. 177

ВПЛИВ МАГНІЮ ОРОТАТУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Крапівко С. О., Кравчун П. Г., Паштіані Р. В. 178

КОРЕКЦІЯ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ МАГНІЄМ ОРОТАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Крапівко С. О., Кравчун П. Г., Паштіані Р. В. 179

РОЛЬ ПРОФИБРОТИЧЕСКИХ ЦИТОКИНОВ – ИЛ-2 И ОСТЕОПОНТИНА – В ФОРМИРОВАНИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Крахмалова Е. О., Гетман Е. А., Гридасова Л. Н., Шторх В. В. 180

СИНДРОМ НОЧНОГО АПНОЭ ВО ВРЕМЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: АКЦЕНТ НА ТРОФОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС
Крахмалова Е. О., Гетман Е. А., Калашник Д. Н., Колесникова Е. Н., Шторх В. В., Харченко Ю. Е. 181

СПОСОБ КОНТРОЛЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА К ПУЛЬМОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Крахмалова Е. О., Харченко Ю. Е., Колесникова Е. Н. 182

ВЛИЯНИЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА КОРДОВОЙ КРОВИ НА ПРОЦЕСС ТРАНСФОРМАЦИИ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ ПОСЛЕ ХИМИОТЕРАПИИ
Кудокоцева О. В., Ломакин И. И. 183

РІВЕНЬ ЦИТОКІНІВ В ДІАГНОСТИЦІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ
Кудрявцева В. Є., Татарчук О. М., Ягмур В. Б., Меланіч С. Л. 184

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СУДИННОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ
Кузьмінова Н. В., Шмалій В. І., Супрун В. І., Грібенюк О. В. 185

НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКЕ ИНСТИТУТА – 35 ЛЕТ
Кулешова Е. М., Кужель У. Н. 186

ХРОНІЧНІ ГЕРПЕТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ІМУННУ ТРОМБОЦИТОПЕНІЧНУ ПУРПУРУ
Курилів Г. М., Глушко Н. Л., Попадинець І. Р., Драгомирецька О. І., Павлюк Г. Л., Столярчук Г. Р., Андрішак І. Я., Аксентійчук І. І. 187

ЗМІНИ РІВНЯ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ЦИТОКІНУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
Курилів Г. М., Якубовська І. О., Попадинець І. Р., Драгомирецька О. І. 188

ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА РІЗНИМ ГЕНОТИПОМ ГЕНУ ФОСФОДІЕСТЕРАЗИ 4D
Курсіна Н. В., Плескач Г. В., Абраменко І. В., Білий Д. О. 189

СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МІОКАРДА НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ
Литвин Е. И., Аболмасов А. Н. 190

ВЛИЯНИЕ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ НА АКТИВНОСТЬ ПРОТЕИНАЗ И А-1-ИНГИБИТОРА ПРОТЕИНАЗ
Ломако В. В., *Самохина Л. М. 191

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА В НЕОКОРТЕКСЕ ГОМОЙО- И ГЕТЕРОТЕРМНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ СОЧЕТАННОМ ДЕЙСТВИИ ГИПОКСИИ, ГИПЕРКАПНИИ И ГИПОТЕРМИИ
Ломако В. В., Шило А. В. 192

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНУ У ХВОРИХ НА СЕАТОГЕПАТОЗ
Лукашевич І. В., Харина П. П. 193

ФРАКТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА КРЫС ПОСЛЕ ХОЛОДОВОЙ АККЛИМАЦИИ
Луценко Д. Г. 194

СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ НА ТЛІ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ АМІОДАРОНУ
Лучко О. Р. 195

РЕАКЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НА СЕАНСЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С КОНТУРОМ МЕТРОНОМИЗИРОВАННОГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ
Лютая Е. А., Белал С. А. С. 196

REAL-TIME ЭЛАСТОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФИБРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Майкова Т. В. 197

ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПЕНІЧНИХ СТАНІВ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ПОСТАВИ (за даними ультразвукової денситометрії)
Майкова Т. В., Афанасьєв С. М. 198

ЕФЕКТИ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ
Майлян Д. Е., Голівець Т. П., Гагаріна Д. О. 199

РЕГУЛЯРНІ ФІЗИЧНІ НАВАНТАЖЕНННЯ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
Майлян Д. Е., Коломієць В. В., *Майлян А. І. 200

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ: АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ
Маковійчук І. О., Тащук В. К., Трутяк В. Я., Хребтій Г. І., Назарчук М. С., Білецький С. С. .201

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ПЕЧІНКИ
Маркозова Л. М. 202

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ КЛІНІКО-БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ
Маркозова Л. М. 203

АПРОКСИМАЦІЯ ДАНИХ ЩОДО ПОШИРЕНОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА ІНШИХ ПАР НА ТЕРИТОРІЯХ ТИМЧАСОВО НЕПІДКОНТРОЛЬНИХ УКРАЇНІ
Маркозова Л. М., Бараненко О. В. 204

ОРТОСТАТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ГРУППАХ ОБЩЕГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА
Мартимьянова Л. А., Яблучанский Н. И. 205

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА
Мартовицкий Д. В. 206

ЧАСТОТА ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Мартовицкий Д. В. 207

ОСОБЛИВОСТІ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ З АДИКТИВНИМИ ФОРМАМИ ПОВЕДІНКИ
Марута Н. О., Колядко С. П., Каленська Г. Ю. 208

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ОРГАНІЧНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ
Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Каленська Г. Ю. 209

РОЛЬ НАДМІРНОГО ВЖИВАННЯ ХЛОРИДУ НАТРІЮ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ
Машура Г. Ю., Ганич Т. М., Рішко О. А., Блецкан М. М., Свистак В. В. 210

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Меденцева Е. А., Рудык Ю. С. 211

РОЛЬ ЦИТОКІНІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У СПОЛУЧЕННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ
Меленевич А. Я. 212

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2015 РОЦІ
Мельник О. Г., *Боровик І. Г., Дюльдєва Т. А., Рябоконь А. І., Моргун Т. М. 213

ЕВОЛЮЦІЯ ПОГЛЯДІВ НА ЛІКУВАЛЬНЕ ХАРЧУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ
Милославський Д. К. 214

ХИБНІ ЗВИЧКИ У ХАРЧУВАННІ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ДУЖЕ ВИСОКОГО РИЗИКУ ТА ЗАХОДИ З ЇХ МОДИФІКАЦІЇ
Милославський Д. К., Снігурська І. О., Божко В. В., Мисниченко О. В., Пенькова М. Ю., Дунаєвська М. М., Щенявська О. М. 215

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ
Минухина Д. В., Габисония Т. Н. 216

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН РІВНІВ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ В КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ
Мисниченко О. В., Снігурська І. А., Пенькова М. Ю., Висоцька О. В., Божко В. В., Печерська Г. І., Щенявська О. М. 217

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ
Мікулець Л. В., Ілащук Т. О. 218

ОКРЕМІ ПІДХОДИ ДО ДОЗУВАННЯ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ В ОСІБ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ
Мойса В. К., *Амеліна Т. М. 219

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ ОБМІНУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ
Мойсеєнко В. О., Никула Т. Д., Пасько І. В. 220

ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С УМЕРЕННЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ ПО ШКАЛЕ SCORE
Молотягин Д. Г. 221

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКСОМАТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА
Молотягин Д. Г. 222

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ТИТЦЕ
Молотягина С. П., *Гуйда П. П. 223

СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКАЯ ГРУППА БОЛЕЗНЕЙ
Молотягина С. П., *Гуйда П. П. 224

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ
Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Буренко А. М., Зав'ялова І. Ю. 225

СТАН СИСТЕМИ ОКИСЛЮВАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ
Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Васильєва І. О., Ярош В. М. 226

МОЖЛИВОСТІ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО АТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ
Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Кудрявцева В. Є. 227

МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ФУНКЦІЯ КИШКІВНИКА У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА
Нагієва С. А., Свінціцький А. С., Долгая Н. Є., Корендович І. В. 228

ВПЛИВ ЗНИЖЕНОЇ МАСИ ТІЛА НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
Нагородний О. В., Хребтій Г. І., Панчишин В. В., Панчишин О. С. 229

МАРКЕР ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
Наріжна А. В. 230

ПРОЗАПАЛЬНИЙ ЦИТОКІН ТА ФАКТОР ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО КЛАСУ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
Наріжна А. В. 231

ПОКАЗНИКИ ФІБРОЗУ Й ІМУНОЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
Наріжна А. В., Кравчун П. Г. 232

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ 30 РОКІВ ПОТОМУ
Настіна О. М., Білий Д. О. 233

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА
Несен А. А., Грунченко М. Н., Шкапо В. Л., Валентинова И. А., Бабенко О. В., Резникова О. И., Зоренко Н. В., Трибушкина И. Н. 234

ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ У ХВОРИХ НА ПРОФЕСІЙНО ОБУМОВЛЕНІ ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Ніколенко Є. Я., Захаров О. Г., Боровик І. Г., Пилипенко Н. О., Мумджі З. Ф. 235

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
Новак А. С. 236

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ И СТРЕССХЕЛП У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Нурмухамедов А. И., Абдуллаев А. Х., Аляви Б. А., Югай Л. А. 237

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИВАБРАДИНА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Овчаренко Л. И. 238

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
Оленич Л. В., Радченко О. М. 239

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНЫХ ИНДЕКСОВ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Опарин А. А., Опарин А. Г., Ермоленко И. Н., Яранцева Н.А. 240

КОРЕКЦІЯ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ ЯК ФАКТОРА ЗМЕНШЕННЯ ПРОГРЕСУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ
Оринчак М. А., Гаман І. О., Човганюк О. С. 241

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ У РІЗНИХ ФЕНОТИПІВ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Оспанова Т. С., Більченко О. С., Болокадзе Є. О., Піонова О. М., Трифонова Н. С. 242

FATE OF ENDOCRINE CELLS DURING CHRONIC PANCREATITIS
Oshmyanska N. Y., Gaidar Y. A. 243

ЦИТОЛОГІЧНА ДІАГНОСТКА ГЕРХ-АСОЦІЙОВАНОГО ЕЗОФАГІТУ
Ошмянська Н. Ю., Мосійчук Л. М. 244

ОФТАЛЬМОПАТИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ, РЕАКТИВНОМ И ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТАХ
Павлюченко А. К., Ермолаева М. В., Перепада А. В., Кетинг Е. В., Синяченко О. В. 245

ДЕЯКІ ВІДМІННОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ В ФАЗІ РЕМІСІЇ
Панасюкова О. Р., Рекалова О. М., Матвієнко Ю. О., Ясирь С. Г., Сінгаєвський М. Б. 246

ЧАСТОТА УТВОРЕННЯ КІСТ ІРИДОЦИЛІАРНОЇ ЗОНИ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ІНТЕРМЕДІАРНИХ УВЕЇТІВ
Панченко М. В., Литвищенко А. В., Храмова Т. О., Гончарь О. М. 247

ФНО-А ПРИ УВЕИТАХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА
Панченко Н. В., Самофалова М. Н., Арустамова Г. С., Павлий Т. А. 248

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ ТА СУДИН У ХВОРИХ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ
Панчишин В. В., Хребтій Г. І., Панчишин О. С., Стасій О. О. 249

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНОГО С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ
Парфёнова А. А., Молодан В. И., Просоленко К. А. 250

ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МАРКЕРІВ КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БЕЗКАМ'ЯНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ
Пасієшвілі Л. М., Супрун І. О. 251

РОЛЬ ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ В РАЗВИТИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Пасиешвили Н. М. 252

MATRIX METALLOPROTEASE-9 AND LUNG FUNCTION DECLINE IN ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
Pashtiani R. V., Kravchun P. G., Dielievska V. Yu. 253

ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ МЕТАБОЛІТІВ ОКСИДУ АЗОТУ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА З РІЗНИМ НУТРИТИВНИМ СТАТУСОМ
Петрова К. В., Кленіна І. А., Стойкевич М. В., Сорочан О. В. 254

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ
Петюніна О. В., Копиця М. П., Вишневська І. Р., Гільова Я. В. 255

ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА
Петюнина О. В., Титаренко Н. В., Кутя И. Н., Копица Н. П., Кульшенко Т. А. 256

ФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ У ПАЦІЄНТІВ З КАРДІОВАСКУЛЯРНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ
Півторак К. В. 257

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА АДАПТАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Пилипів Л. І., Радченко О. М. 258

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОЖИРІННЯ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ
Питецька Н. І. 259

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ НЕДОСТАТНОСТІ КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ
Погорєлов В. М., Телегіна Н. Д., Брек В. В., Маслова Є. П., Балагова Л. П. 260

SOME ASPECTS OF TREATMENT OF CIRCULATORY FAILURE IN PATIENTS WITH CHRONIC PULMONARY HEART
Pogorelov V. M., Brek, V. V., Telegina N. D. 261

БЕЗБОЛЬОВА ІШЕМІЯ МІОКАРДА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ
Полянська О. С., Амеліна Т. М., Гулага О. І., Москалюк І. І. 262

ВИКОРИСТАННЯ 24-ГОДИННОГО ВНУТРІШНЬО СТРАВОХІДНОГО РН-МОНІТОРИНГУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ПОЄДНАНУ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ
Попадинець І. Р., Яцишин Р. І., Шаповал О. А., Вишиванок В. Ю., Романів О. П. ..263

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ ЛОР-ОРГАНІВ У РОБІТНИКІВ ТЮТЮНОВОГО ВИРОБНИЦТВА
Попова Т. М., *Мельник О. Г., *Рябоконь А. І. 264

ЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ІЗ T894G ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
Присяжнюк І. В. 265

КОРЕКЦІЯ ГІПЕРЛЕПТИНЕМІЇ ЯК НОВА МІШЕНЬ ЛІКУВАННЯ
Радченко О. М. 266

ГЕНДЕРНІ РОЗБІЖНОСТІ У ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
Радченко О. М., Слаба О. Р. 267

СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ
Распутіна Л. В., Распутіна А. В., Бронюк Я. І. 268

ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ ІЗ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНИМ РЕФЛЮКСОМ
Рева Т. В., Рева В. Б., Войткевич Ю. І. 269

PECULIARITIES OF THE ENDOTHELIUM FUNCTIONAL STATE IN PATIENTS WITH COMORBID COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND HYPOTHYROIDISM
Reva T. V., Voytkevich Y. I., Reva V. B. 270

ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ПРЕПАРАТАМИ ЦИНКА
Резниченко Е. К., Каширина А. В. 271

ЗМІНИ ПАРАМЕТРІВ ГЕМОГРАМИ, ФЕРОКІНЕЗУ, ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ
Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Аянтунджи Флоренс 272

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПАРАМЕТРІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИАНЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНІЙ ХВОРОБІ НИРОК
Риндіна Н. Г., Кравчун П. Г., Аянтунджи Флоренс 273

ВАРІАНТИ ЗМІН КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З РАННЬОЮ ПІСЛЯІНФАРКТНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ, ЇХ ЗВ'ЯЗОК З МАРКЕРАМИ ЗАПАЛЕННЯ І ФУНКЦІЄЮ ЕНДОТЕЛІЮ
Рокита О. І., *Лисак З. В., Ткаченко Л. О. 274

ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ІНОЗЕМЦІВ, ПЕРЕМІЩЕНИХ ІЗ ЗОНИ АТО
Ромаш І. Б. 275

НЕВРОТИЗАЦІЯ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
Ромаш І. Б., Ромаш Н. І. 276

МОЖЛИВОСТІ ОПТИМІЗАЦІЇ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ПРЕПАРАТІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ
Росул М. М. 277

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК ОБТЯЖУЮЧИЙ ЧИННИК ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
Росул М. М., Бугір І. В. 278

ФАКТОРИ АГРЕСІЇ ТА ЗАХИСТУ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ З РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТОМ
Руденко А. І., Марчук А. А., Петішко О. П. 279

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК З КЛІНІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ
Руденко М. І. 280

ГІПОНАТРІЄМІЯ І ПРОГНОЗ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ: ЧИ ІСНУЄ ЗВ'ЯЗОК?
Рудик Ю. С., Лазіді К. Л. 281

АНАЛІЗ ВИЖИВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ І БЕЗ НЬОГО В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІЗНИХ ТИПІВ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ
Рудик Ю. С., Удовиченко М. М., Лозік Т. В. 282

ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я: МІКРОЕЛЕМЕНТИ ДЛЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
Руснак І. Т., Тащук В. К., Кулачек Я. В., Солов'янчик О. В. 283

CARDIOVASCULAR SYSTEM: INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY
Rusnak I., Ahir A., Mervinska I., Kobilnyk M. 284

NUTRITIONAL RECOMMENDATIONS FOR PREVENTING CORONARY HEART DISEASE
Rusnak I., Alizada J., Slabitska T., Krul I. 285

HEALTH AND ITS FACTORS
Rusnak I., Taschuk V., Kulachek Y., Kulachek V. 286

ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
Рынчак П. И., Ложко Н. В., Кравчун П. Г. 287

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЁГКИХ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Садыкова Г. А., Рахматуллаев Х. У., Рахимова Д. А., Таджиходжаева Ю. Х., Завялова З. С. 288

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ
Салижин Т. І. 289

КАЛЬЦИЙ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С. 290

ФОСФОР В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Самохина Л. М., Топчий И. И., Якименко Ю. С. 291

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
Селезнева С. В., Перепада А. В., Сокрут О. П., Гейко И. А., Пилипенко В. В. 292

ВМІСТ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ ТА ФІБРОЗУ В КРОВІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ
Семенових П. С., Топчій І. І., Гальчінська В. Ю., Якименко Ю. С., Щербань Т. Д. 293

XXI ВЕК И ИНТЕГРАТИВНАЯ НЕФРОЛОГИЯ
Семидоцкая Ж. Д., Чернякова И. А. 294

АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
Серик С. А., Оврах Т. Г., Ченчик Т. Н., Клименко Т. И. 295

ЕНДОТЕЛІЙЗАЛЕЖНА ВАЗОДИЛАТАЦІЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ І СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ
Серік С. А., Сердобінська-Канівець Е. М., Циганков О. І. 296

ВИЗНАЧЕННЯ І ОЦІНКА ВПЛИВУ ГІПЕРСИМПАТИКОТОНІЇ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС
Сидоренко Г. В., Білий Д. О. 297

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ
Синяченко О. В., *Егудина Е. Д., Седая Л. В., Помазан Д. В., Суярко В. И. 298

КОМОРБІДНІСТЬ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ІХ ВПЛИВ НА ПРОГРЕСУВАННЯ ТА РОЗВИТОК ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ
Сипало А. О. 299

СОРТИЛІН – ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Сипало А. О. 300

ОЖИРІННЯ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: РЕГІОНАЛЬНИЙ АСПЕКТ В УКРАЇНІ
Скирда І. Ю., Петішко О. П., Завгородня Н. Ю., Пантелєєва Т. І. 301

ДИНАМІКА КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ У ХВОРИХ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУ АЛЕРГІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РІЗНИХ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ
Сорокопуд О. О., Радченко О. М. 302

КОМПОНЕНТНИЙ СКЛАД ТІЛА ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА (ХЗЗК)
Сорочан О. В., Стойкевич М. В., Мосалова Н. М., Шевцова З. І. 303

ПРЕДИКТОРИ РИЗИКУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ТА ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ПОЛІМОРФНИХ ДІЛЯНОК ГЕНА РЕЦЕПТОРІВ 2А СЕРОТОНІНУ HTR2A
Станіславчук М. А., Процюк Л. О. 304

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА РІВНІВ МАЛОНОВОГО ДІАЛЬДЕГІДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ НАТЩЕ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Старченко Т. Г., Юшко К. О., Щенявська О. М., Конькова В. С., Грідасова Л. М. 305

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЗАПЗАНДРА» У ЛІКУВАННІ КОНСТИПАЦІЙНОГО СИНДРОМУ
Стойкевич М. В., Сорочан О. В., Мосалова Н. М., Верхолаз Н. І. 306

ОЦІНКА ВМІСТУ ЛЕПТИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКА
Стойкевич М. В., Татарчук О. М., Сорочан Е. В., Мосалова Н. М. 307

ЕХОГЕННІСТЬ ПЕЧІНКИ ТА ЇЇ АСОЦІАЦІЇ З КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИМИ ПАРАМЕТРАМИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
Стрільчук Л. М., Радченко О. М., Макаренко Т. М. 308

ДЕФІЦИТ МАСИ ТІЛА ЯК ФАКТОР РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ
Суворик В. А., *Хребтій Г. І. 309

ВПЛИВ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА НА ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ
Суворик В. А., *Хребтій Г. І., Семененко А. І. 310

ПАРАМЕТРИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ З УРАХУВАННЯМ РІВНЯ АПЕЛІНУ-12 У ХВОРИХ З АРТЕРИАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Табаченко О. С., Кравчун П. Г. 311

ПОКАЗНИКИ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Табаченко О. С., Кравчун П. Г. 312

ТИПИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ АПЕЛІНУ-12 У ХВОРИХ З АРТЕРИАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Табаченко О. С., Кравчун П. Г. 313

РЕСПИРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Такташов Г. С. 314

ГЕОГРАФІЧНІ ВІДМІННОСТІ У ПОШИРЕНОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС
Татаренко О. М. 315

ОЦІНКА РІВНЯ ЦИТОКІНІВ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА КІСТОЗНОМУ ВМІСТІ У ХВОРИХ З ПСЕВДОКІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Татарчук О. М., Бабій О. М., Шевченко Б. Ф., Кудрявцева В. Є., Пролом Н. В., Петішко О. П. 316

ЕРГОМЕТРИЧНА РОБОТА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
Тащук В. К., Гречко С. І., Трефаненко І. В., Хребтій Г. І. 317

КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ – ЗМІНИ СЕГМЕНТА ST, ІНТЕРВАЛУ QT, ЗУБЦЯ Т, ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ
Тащук В. К., Іванчук П. Р., Хребтій Г. І., Тащук М. В., Савчук О. В. 318

С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТРОФІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА
Тащук В. К., Руснак І. Т., Хребтій Г. І., Бойко Т. Я. 319

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУДИННИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ
Тащук В. К., Хребтій Г. І., Гречко С. І., Аль салама Мухамед Васек 320

РОЗРОБКА СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ПОЗИТИВНИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ
Копиця М. П., Титаренко Н. В., Біла Н. В., Гільова Я. В., Родіонова Ю. В., Петеньова Л. Л., Опарін О. Л. 321

ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ
Титкова А. В. 322

БИОИМПЕДАНСНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ТЕЛА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ
Ткаченко О. В., Серик С. А., Строна В. И., Смолкин И. М. 323

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
Толстикова Т. Н. 324

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
Топчий И. И., Гальчинська В. Ю., Якименко Ю. С., Семеновых П. С., Самохина Л. М. 325

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ
Топчий И. И., Кириенко А. Н., Щенявская Е. Н., Корнечук И. А., Денисенко В. П., Бенько Е. Г. 326

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
Трефаненко І. В., Гречко С. І., Рева Т. В., Горбатюк І. Б. 327

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАСОБІВ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
Трохимович А. А., Блецкан М. М. 328

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ДОДАТКОВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ПОВ'ЯЗАНИХ З НЕЮ КОМОРБІДНИХ ПАТОЛОГІЙ
Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В. 329

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ГЕРХ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Фадєєнко Г. Д., *Панченко Г. Ю., *Фролова-Романюк Е. Ю. 330

ХРОНІЧНЕ СОЛЬОВЕ ОТОЧЕННЯ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ
Фатула М. І., Рішко О. А., Свистак В. В., Блецкан М. М. 331

ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОЭЗОФАГОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА
Фещенко С. И., Скирда И. Ю., Петишко О. П. 332

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ І ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ
Філіппова О. Ю. 333

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПІВ ДИСЛІПІДЕМІЙ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА
Філіппова О. Ю. 334

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА СТЕАТОЗ ПЕЧІНКИ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ І ПАТОЛОГІЄЮ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ
Філіппова О. Ю. 335

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Хомазюк Т. А., Кротова В. Ю., Лаштаева С. Н. 336

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ САРКОИДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ В СВЕРХВЫСОКИХ ДОЗАХ
Хорошун Д. А., Молодан В. И. 337

ДЕЯКІ АСПЕКТИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ У ОСІБ З ОЖИРІННЯМ
Хребтій Г. І., Суворик В. А., Стасій О. О., Нагородний О. В., Злонікова К. М. 338

ТОРАСЕМІД ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ
Хребтій Г. І., Тащук В. К., Руснак І. Т., Злонікова К. М. 339

ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
Хребтій Г. І., Трутяк В. Я., Назарчук М. С., Білецький С. С., Злонікова К. М. 340

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ТА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ
Хухліна О. С., Віщак Н. В. 341

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА УРОВНИ БОЛИ И СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ
Черкасова А. В., Курята А. В. 342

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА
Черкасова О. Г., *Данилова А. В. 343

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕЛМІСАРТАНУ ТА ЛІЗИНОПРИЛУ ЩОДО ВПЛИВУ НА РІВЕНЬ СПІВВІДНОШЕННЯ МІКРОАЛЬБУМІН/КРЕАТИНІН У ОСІБ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ІІІ СТАДІЇ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Чернацька О. М. 344

СЕРЦЕВО-СУДИННЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА AGTR1
Шалімова А. С. 345

ХАРАКТЕР ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ SCD40L, ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ЛІПІДНИМ ПРОФІЛЕМ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Шапаренко О. В. 346

ВИКОРИСТАННЯ ОФІЦИНАЛЬНОГО ФІТОКОМПЛЕКСУ РАВІСОЛ У ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ НА ТЛІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ
Шапкін В. Є. 347

ВПЛИВ ОМЕГА-3-ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА БІОХІМІЧНІ ПАРАМЕТРИ КРОВІ ТА ВМІСТ АДИПОКІНІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ОСТЕОАРТРОЗ І ЇХ ПОЄДНАННЯ ПРИ НОРМАЛЬНОМУ ТА ПІДВИЩЕНОМУ ІНДЕКСІ МАСИ ТІЛА
Швець Н. В. 348

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ЖИЗНИ И ЕЕ РОЛЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОСТЕАРТРОЗА
Швечикова В. П., Бычков О. А. 349

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ГИПОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ НА СПЕКТР ПОЛИПЕПТИДНЫХ МОЛЕКУЛ СРЕДНЕЙ МАССЫ
Шило А. В., Ломако В. В., Семенченко А. Ю. 350

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТОНІЮ З КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ В ДИНАМІЦІ ТЕРАПІЇ
Шкапо В. Л., Несен А. О., Бабенко О. В., Ярина Н. А. 351

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ТА СИНДРОМУ РЕЙНО ЗА ДОПОМОГОЮ АНТИТІЛ ДО МОДИФІКОВАНОГО ЦИТРУЛІНОВАНОГО ВІМЕНТИНУ
Штефюк О. В., Яцишин Р. І., Штефюк Т. І., Сандурська Я. В., Дрогомерецька О. І., Дельва Ю. В. 352

ВЛИЯНИЕ ПРЕСТАРИУМА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Шустваль Н. Ф., Волобуева О. В., Лядова Т. И., Севастьянова Т. В. 353

УРОВНИ АЛЬДОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Щербань Т. Д., Топчий И. И., Гальчинская В. Ю., Семеновых П. С. 354

НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Юшко К. О., Коваль С. М., Старченко Т. Г., Корнійчук І. А. 355

ТЕХНОЛОГІЯ БІОЛОГІЧНОГО ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ НА ПІДҐРУНТІ КЕРОВАНОГО МЕТРОНОМІЗОВАНОГО ДИХАННЯ ЗА ДАНИМИ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ НА ВСІ ВИПАДКИ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ
Яблучанський М. І., Мартиненко О. В., Бєлал С. А. С., Тимошенко О. С. 356

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ АОРТЫ, КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК
Яковцова И. И., Топчий И. И., Данилюк С. В., Кириенко А. Н., Гридасова Л. Н., Кириенко Д. А. 357

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
Яновская С. Я. 358

РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ -634 G / C (RS 2010963) ГЕНА VEGF-A У РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ОЖИРІННЯ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ
Яресько М. В., Колеснікова О. В., *Зайченко О. Є. 359

ЧАСТОТА ЗУСТРІЧАЛЬНОСТІ ГЕНОТИПІВ ПОЛІМОРФІЗМУ -634 G/C (RS 2010963) ГЕНА VEGF-A У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ
Яресько М. В., Колеснікова О. В., *Зайченко О. Є., *Панченко Г. Ю. 360

ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2015 РІК
Ярина Н. А. 361

СТАН ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ
Ярош В. А., Тихонова Л. В., Тесленко О. О. 362

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН АПОПТОЗУ ІМУНОКОМПЕТЕНТНИХ КЛІТИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Яцишин Р. І., Герич П. Р. 363

ВПЛИВ АВТО-СРАР ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ПОЛІСОМНОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЕ СНУ
Яшина Л. О., Ігнатьєва В. І., Опімах С. Г., Зволь І. В. 364

ВПЛИВ АВТО-СРАР ТЕРАПІЇ НА ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЕ СНУ
Яшина Л. О., Ігнатьєва В. І., Опімах С. Г., Москаленко С. М., Крамарська Н. В. 365

Комп’ютерна верстка: Грідасова Л. М.

Адреса редколегії:
ДУ “Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”
просп. Любові Малої, 2-а, м. Харків, 61039, Україна
E-mail**:** info@therapy.gov.ua
www.therapy.org.ua

Підписано до друку 14.04.2016 р. Формат 60х84 1/16.
Ум. друк. друк. арк. 23,07. Замовлення № 0414-2
Гарнітура Times New Roman. Наклад 80 прим.
Видавництво ТОВ «Дім Реклами»
61010, м. Харків, пр. Гагаріна 10/1
Свідоцтво про реєстрацію суб’єкта видавничої справи ДК № 4822 від 19.12.2014 р.