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

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

НАУКОВІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЗАЦІЇ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

6 листопада 2014 року

Харків
2014

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

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

НАУКОВІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЗАЦІЇ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

6 листопада 2014 року

Харків
2014

УДК: 616.1/.4:616-036.12
Н 33

Відповідальний редактор
Г.Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:
Гальчінська В.Ю., Гріднєв О.Є., Денисенко В.П., Коваль С.М., 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.

Н 33 “Наукові та практичні аспекти хронізації неінфекційних захворювань внутрішніх органів”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 6 листопада 2014 р. /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2014. – 464 с.

У збірнику представлені основні аспекти хронізації захворювань внутрішніх органів, первинна та вторинна профілактика в клініці внутрішніх хвороб, нові технології лікування та їх реалізація у практиці терапевта, особливості ведення хворих із коморбідною патологією, ефективність мультидисциплінарного підходу в лікуванні.

Матеріали конференції призначаються висококваліфікованим спеціалістам різних медичних спеціальностей, а також лікарям загальної практики – сімейним лікарям, науковцям, студентам медичних закладів.

© ГУ “Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, 2014

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ОБРАЗОВАНИЕ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Абдуллаев А.Х., Касимова Г.М., Мирталипова Т.Д., Туляганова Д.К., Турсунбаев А.К.

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

Профилактика и лечение атеросклероза и сопряженных с ним заболеваний (ишемической болезни сердца, церебральных инсультов) остаются крайне важной проблемой кардиологии. В основе метода ударно-волновой терапии лежит кратковременное воздействие высокоэнергетической вибрации на пораженный участок, благодаря чему улучшается кровообращение за счет образования новых капилляров.

Цель исследования – выявление молекулярных механизмов образования ангиогенных факторов под влиянием ударно-волнового воздействия при атеросклерозе.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 45 больных атеросклерозом. Изучали показатели крови (методом твердофазного иммуноферментного анализа и биохимические исследования). Для получения высокоэффективного ударно-волнового воздействия были применены специальные экспериментальные насадки генерирующие ударные волны плотностью энергии 0,1 Вт/см^2.

Результаты. Как показали полученные данные, ударная акустическая волна стимулирует выработку ангиогенных факторов, таких как интерлейкин-8 (IL-8), NO-синтазу, а так же ряд других факторов, что вызывает заживление тканей и «терапевтический ангиогенез». Влияние ударных волн на эндотелиальную синтазу окиси азота в эпителиальных клетках вен показали, что наблюдаемый положительный эффект ударно-волновой терапии может быть приписан способности ударных волн к поддержанию нужного количества окиси азота (NO). Отмечено, что низко-интенсивная ударно-волновая терапия приводит к увеличению продукции суммы нитритов и нитратов за счет активации эндотелиальной NO-синтазы (eNOS). Подобный механизм действия ударно-волновой терапии так же может быть реализован через влияние ударно-волновой терапии на неферментативный синтез NO из переоксида водорода и L- аргинина.

Выводы. Выявленное повышение в крови ангиогенных факторов IL-8, NO-синтазы, свидетельствует о формировании новых кровеносных сосудов в ишемизированных участках миокарда больных. Под воздействием звуковой вибрирующей волны на участке ткани расширяются кровеносные сосуды, ткани получают дополнительное питание, что способствует активизации обменных процессов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ И L-АРГИНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Тургунова М.Ш., Туляганова Д.К.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Развитие атеросклероза, повышение риска ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии(АГ) и цереброваскулярных заболеваний у женщин в постменопаузе коррелирует с дефицитом эстрогенов. Заместительная гормонотерапия(ЗГТ) может иметь благоприятный эффект если начата вовремя. Известно, что эндотелиальная дисфункция, при развитии которой синтез и биодоступность оксида азота(NO) снижены, нарушается равновесие между вазоконстрикцией вазодилатацией, является важным этапом развития и прогрессирования атеросклеротического процесса и сопряженных с ним заболеваний.

Цель – изучение сравнительной эффективности ЗГТ в комплексе с L-аргинином и без него у женщин в перименопаузальном периоде, с проявлениями климактерического синдрома (КС).

Материал и методы. В исследование включили 22 женщин с КС, получавших ЗГТ (фемостон 2/10) в постоянном режиме. 1 группа(12) – только ЗГТ, 2 группа(10) – ЗГТ + Тивортин (Юрия-фарм) в состав которого входит аргинина гидрохлорид (на курс 5 в/в вливаний, 1 раз в квартал). Обе группы по основным терапевтическим диагнозам, давностью заболевания, возрасту были идентичными. До и после лечения проводили необходимые клинико-инструментальные и лабораторные исследования.

Результаты. КС протекал с явлениями нервоза, плаксивости, чувства страха, снижения памяти, кардиалгий и АГ. Пациентки отмечали приливы жара и повышенную потливость. Через 3 и 6 месяцев после проведённой терапии значительно улучшилось общее состояние, повысилось качество жизни пациенток и их трудоспособность. У больных, принимавших ЗГТ и Тивортин, отмечен более ранний благоприятный эффект, который проявился в уменьшении или исчезновении не только климактерических проявлений, но и в нормализации АГ, биохимических показателей, данных инструментальных исследований (электрокардиограмма, ультразвуковое исследование, липиды, показатели свертываемости, эндотелий-зависимая дилатация и др.).

Вывод. Применение в комплексном лечении Тивортина приводило к более раннему положительному эффекту, как клинического состояния, так и лабораторных показателей, что позволяет рекомендовать его в сочетании с ЗГТ у женщин в перименопаузальном периоде курсами по 1 недели в квартале на более ранних этапах климактерии.

ГЛИЦИРРИЗИНОВАЯ КИСЛОТА: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОЧЕТАННОГО С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Абрамова Т.Г., Базь М.А., Козырева И.Н.

Государственное учреждение "Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского", г. Симферополь

Сахарный диабет (СД) по заболеваемости достиг масштабов глобальной эпидемии, повлекшей огромные человеческие, социальные и экономические потери. На сегодняшний день в Украине насчитывается более 1 млн. 300 тыс. больных, 90 % из которых больны СД 2 типа. При этом у 34-74 % этих пациентов СД 2 типа сочетается с неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП), что усугубляет течение самого СД и требует своевременного лечения.

Целью нашего исследования было изучить влияние препарата Фосфоглив®, содержащего в своем составе глицирризин и эссенциальные фосфолипиды, на течение СД 2 типа, сочетанного с НЖБП.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 36 пациентов с СД второго типа, сочетанным с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ) в возрасте от 45 до 65 лет. У всех больных были диагностированы ожирение или избыточная масса тела. Наряду с базисной терапией СД все больные получали Фосфоглив® по 2,5 г один раз в день в виде внутривенных инфузий в течение 10 дней с последующим переводом на пероральный прием по 1 капсуле 2 раза в день в течение месяца. Функциональное состояние печени оценивали по активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, щелочной фосфатазы (ЩФ), содержанию общего билирубина и его фракций.

Результаты и их обсуждение. В результате лечения у 29 (80,6 %) пациентов нормализовался уровень трансаминаз, у 7 (19,4 %) снизился, но не достиг нормальных значений. Уровень ЩФ, общего билирубина и его фракций изначально был повышен у 12 (33,3 %) пациентов, к концу лечения нормализовался у 9 (75 %) пациентов и снизился у 3 (25 %) пациентов. У всех обследованных больных была отмечена положительная динамика клинических симптомов, как СД, так и НАСГ. Побочных эффектов, требующих отмены препарата, отмечено не было.

Выводы. Включение препарата Фосфоглив® в комплексную терапию СД в сочетании с НАСГ улучшает клиническое течение основного заболевания, нормализует функциональное состояние печени, что позволяет оптимизировать лечение данной патологии и улучшить качество жизни пациентов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Абрамова Т.Г., Щербак В.Г.

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,

г. Симферополь

Лечение сахарного диабета (СД) до сих пор остается актуальной нерешенной проблемой медицины, возможно в силу того, что прогрессирование заболевания сопровождается развитием ряда серьезных осложнений: нефропатии, ангиопатии, полинейропатии и вовлечением в процесс практически всех органов и систем. Эту проблему успешно помогает решить L-аргинин, который является единственным субстратом для синтеза NO, обладает вазопротекторными функциями, улучшает функцию эндотелия сосудов и уменьшает уровень суточной протеинурии, одновременно обладает гепатопротективным и дезинтоксикационным действием, снижает выраженность гипераммониемии.

Целью нашего исследования было: изучить влияние L-аргинина на течение СД, сочетанного с различной патологией печени (неалкогольным стеатогепатитом, хроническим гепатитом, циррозом печени).

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 20 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 45 до 65 лет, у 12 (60 %) из них выявлен неалкогольный стеатогепатит, у 4 (20 %) – хронический гепатит, у 4 (20 %) – цирроз печени. Наряду с базисной терапией СД все больные получали аргинина гидрохлорид (тивортин, «Юрия-Фарм», Украина) в виде 4,2 % раствора внутривенно по 100 мл 1 раз в сутки, одновременно перорально тивортин аспартат 10 мл в сутки в течение 10 дней. Функциональное состояние печени оценивали по активности трансаминаз, щелочной фосфатазы (ЩФ), содержанию общего белка и белковых фракций, общего билирубина и его фракций.

Результаты и их обсуждение. В результате лечения у 16 (80 %) пациентов нормализовался уровень трансаминаз, у 4 (20 %) снизился, но не достиг нормальных значений. Общий белок и белковые фракции нормализовались у 18 (90 %) пациентов, у 2 (10 %) положительно изменились, но не достигли нормальных значений. Уровень ЩФ, общего билирубина и его фракций изначально был повышен у 8 (40 %) пациентов, к концу лечения нормализовался у 6 (75 %) и снизился у 2 (25 %) пациентов. Кроме того, у всех пациентов отмечена положительная динамика клинических симптомов как СД, так и патологии печени. Побочных эффектов, требующих отмены препарата отмечено не было.

Выводы. Включение тивортина и тивортина аспартат в комплексную терапию СД в сочетании с патологией печени хорошо переносится больными и может быть использовано для лечения и профилактики патологии печени, сочетанной с СД.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Аляви А.Л., Рахимова Д.А.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: исследовать состояние вегетативной нервной системы (ВНС) и адаптационный потенциал периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем (ЛС) в динамике комплексного лечения с озонотерапией.

Материалы и методы. Обследовано 28 больных тяжелой БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц. По показателям допплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию, дилатацию правого желудочка. Больных разделили на 2 группы: 1-ая – 16 больных БА с легочной гипертензией, 2-ая – 12 больных БА с гипертрофией/ дилатацией правого желудочка сердца. Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2006) и озонотерапию. Функциональное состояние периферической гемодинамики изучалось методом кардиоинтервалографии (КИГ). При обработке вычислялись следующие показатели: мода, амплитуда моды, вариационный размах, основной интегральный показатель регуляции сердечного ритма – индекс напряжения. Эндотелий-зависимую вазодилатацию оценивали с помощью допплерографии плечевой артерии по методике S. Solomon. Измеряли максимальную систолическую скорость кровотока и индекс циркуляторного сопротивления сосудов в ответ на компрессионную пробу с помощью метода L. Laurent.

Результаты. КИГ-исследование выявило уменьшение показателей мода ($0{,}70 \pm 0{,}02$), увеличение показателей амплитуда мода ($36{,}1 \pm 0{,}03$), что свидетельствует об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела ВНС. При анализе индекса напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации, которые у большинства больных коррелировали со степенью максимальной систолической скорости кровотока и индексом циркуляторного сопротивления сосудов. При повторном исследовании состояния периферической ВНС установили уменьшение симпатикотонии ($p < 0{,}05$). Также выявлена тенденция к улучшению адаптационного потенциала эндотелий-зависимой вазодилатации у больных 1 и 2 групп: максимальная систолическая скорость кровотока увеличилась, соответственно, на 5,9 % и 5,2 % и индекс циркуляторного сопротивления сосудов уменьшился, соответственно, на 6,2 % и 5,9 % ($p < 0{,}05$).

Заключение. В основе возникновения и развития БА, осложненной ЛС, лежат дезадаптивные состояния в сфере ВНС, что проявляется в виде симпатикотонии как результат снижения адаптивных возможностей из-за имеющейся длительной гипоксии головного мозга и интоксикации ЦНС. Озонотерапия на фоне базисного лечения приводит к улучшению адаптивных возможностей организма больных и способствует активной вазодилатации сосудов плечевой артерии.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Аляви А.Л., Рахимова Д.А.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучить состояние легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка (ПЖ) сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной хроническим легочным сердцем (ЛС), в динамике комплексного лечения с амлодипином (А).

Материалы и методы. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст – (49,7 ± 2,8) лет, стаж заболевания – (10,7 ± 2,9) лет), у которых заболевание осложнилось развитием ЛС с уровнем среднего легочного артериального давления (ЛАДср) более 25 мм рт. ст. Больные были рандомизированы и разделены на 3 группы: 1-я – 11 больных, которые получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2-я – 11 больных ХОБЛ на фоне БТ получали А в дозе 5-10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3-я – 12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ. Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношение раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (ВИР, м/с), время замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения (ВЗ, м/с), фракция предсердного наполнения (ФПН, %) и уровень среднего легочного артериального давления (ЛАДср, мм рт. ст).

Результаты. Установлено, что до лечения снижение показателей наполнения в раннюю диастолу связано с нарушением расслабления гипертрофированного миокарда ПЖ, вследствие чего замедляется снижение внутрижелудочкового наполнения и увеличивается фракция предсердного наполнения. При лечении А и ОТ у больных ХОБЛ, осложненной ЛС, отмечено достоверное снижение показателей: ВИР на 10,5 %, времени замедления максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 7,3%, ФПН – на 13,9 %, ЛАДср – на 15,7% . На фоне проводимой терапии возросло отношение Е/А на 12,4 %, ($p < 0,05$). Озонотерапия на фоне БТ у больных приводила к снижению показателей: ВИР на 5,1 %, ВЗ максимальной скорости раннего диастолического наполнения – на 4,1 %, ФПН – на 9,9 %, ЛАДср – на 9,5 % ($p < 0,05$). Возросло отношение Е/А, соответственно, на 8,3 % ($p < 0,05$). Режимы БТ не имели достоверного влияния на изменения в показателях диастолической функции ПЖ сердца и уровня ЛАДср.

Выводы. Установлен вазодилатирующий эффект ОТ и А, что проявлялся снижением легочного артериального давления и улучшением показателей диастолической функции ПЖ сердца. ОТ и А улучшают вазодилатацию и диастолическую функцию ПЖ сердца. Лечебные эффекты у больных ХОБЛ, осложненной ЛС, более выражены во 2-ой группе по сравнению с 3-ей.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аляви А.Л., Рахимова Д.А.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучение состояние эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), бронхиальной астмой (БА) осложненной легочной гипертензией (ЛГ), и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я гр.) и 12 больных БА (2-я гр.), осложненной формированием ЛС. У всех больных определялась ЛГ (легочное артериальное давление ср. >25 мм рт. ст.). На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки амлодипина (А) в дозе 5-10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапию (ОТ) (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л). Проводилось допплерэхокардиографическое исследование сердца больных по методике Hatle L., Angelsen B. (1985). Спектрофотометрическим методом с использованием реакции Грисса оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмNO) – нитритов и нитратов в плазме крови.

Результаты. До лечения выявлено нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении общего синтеза СмNO. У пациентов 2-й гр. по сравнению с 1-ой подобная гиперпродукция меньше на 14 %. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка (ПЖ) и уменьшения отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии (достоверно выше у больных 1 группы). При применении А на фоне стандартной терапии и ОТ нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гиперпродукции оксида азота отмечается ограничение 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 систолического давления в легочной артерии как в 1-й группе на 7,3 %, так и во 2-й – на 8,8 % и увеличивается отношение 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 ПЖ 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.

Выводы. У больных БА, осложненной ЛС, с ЛГ гиперпродукция стабильных метаболитов NO выражена умереннее, чем у больных ХОБЛ, осложненной ЛС с ЛГ. Амлодипин коррегирует показатели СмNO в плазме крови и, соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Амеліна Т.М., Тащук В.К., Полянська О.С.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою дослідження впливу β-адреноблокатора карведилолу на стан легеневої вентиляції у хворих із поєднаним перебігом стабільної стенокардії (СС) напруження II-III функціонального класу та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) обстежено 111 хворих, які утворили чотири групи: 1-ша група складалася з 30 хворих на СС без супутньої патології з боку органів дихання, яким проводили основну терапію (антитромбоцитарну, ліпідзнижувальну) і метопрололу сукцинат у середній добовій дозі 50 мг; 2-га – 33 хворих на СС без ХОЗЛ, у комплексне лікування яких на тлі основної терапії включено карведілол у дозі 12,5 мг на добу замість метопрололу сукцинат; 3-тя – 20 хворих на СС у поєднанні з ХОЗЛ, котрі отримували основну терапію та метопрололу сукцинат; 4-та група - 28 хворих на СС із супутнім ХОЗЛ, яким на тлі основної терапії замість метопрололу сукцинат включено карведилол. Тип і ступінь вираженості порушень функції зовнішнього дихання (ФЗД) оцінювали за показниками життєвої ємності легень вдиху (ЖЄЛвд), форсованої ЖЄЛ (ФЖЄЛ), об'єму форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$), середньої (СОШ 25-75 %) та максимальних об'ємних швидкостей видиху 25 % ЖЄЛ (МОШ 25 %), 50 % ЖЄЛ (МОШ 50 %), 75 % ЖЄЛ (МОШ 75 %), максимальної вентиляції легень (МВЛ). У обстежених пацієнтів діагностовано ХОЗЛ I-II стадії, яке на момент обстеження відповідало повній ремісії.

У групах пацієнтів зі СС без супутньої патології показники ФЗД до та після запропонованих схем лікування відповідали належним величинам і не зазнали вірогідних змін. У результаті проведеного лікування в пацієнтів 3-ї групи відмічено статистично недостовірне покращення показників ФЗД. Так, ЖЄЛвд зросла на 2,6 %, МВЛ – на 2,8 %, ФЖЄЛ – на 3,1 %, ОФВ1 – на 2,7 %, СОШ25-75 - на 2,9 %. МОШ на рівні великих бронхів збільшилась на 3,6 %, на рівні середніх бронхів – на 2,2 % та рівні дрібних бронхів – на 6,2 %. На фоні терапії карведілолом встановлено покращання показників спірограми. Так, показник ЖЄЛвд збільшився на 2,0 %, ФЖЄЛ – на 6,5 %, МВЛ – на 2,6 %. Внаслідок проведеного лікування зростання показників ОФВ1, СОШ25-75, МОШ25 ($p < 0,05$), МОШ50, МОШ75 вказує на незначне покращання бронхіальної прохідності на 1,5 %; 1,5 %; 6,4 %; 3,5 % та 4,5 %, відповідно.

Покращання легеневої вентиляції у хворих на стабільну стенокардію із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень I-II стадії в період стійкої ремісії дозволяє використовувати в комплексній терапії бета-адреноблокатор карведілол.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НОВИХ ПОХІДНИХ ТІОНІВ 4Н-ПІРИДО[4´,3´:5,6]ПІРАНО[2,3-d]ПІРИМІДИНУ

Андреєва І.Д ., Щербак О.М., Казмірчук В.В., Погоріла М.С.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України», м. Харків

Експериментальні дослідження значною мірою дозволяють передбачити більшість небажаних ефектів та гарантувати безпечність подальших клінічних випробувань нових лікарських засобів.

Мета роботи – дослідження впливу нових похідних тіонів 4*H*-піридо [4`,3`:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину на тканини внутрішніх органів тварин при первинному токсикологічному вивченні параметрів їх гострої токсичності.

Матеріали та методи. Проведено патоморфологічне дослідження впливу найактивнішої за нашими попередніми даними похідної тіонів 4*H*-піридо[4`,3`:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину сполуки **2***{133}* на внутрішні органи тварин (серце, печінку, селезінку, нирки). Досліджувану речовину розчиняли у 50 % диметилсульфоксиді (ДМСО) та вводили тваринам одноразово вранці натщесерце внутрішньоочеревинно в об'ємі 0,5 мл у дозах 320,0; 400,0; 500,0; 630,0; 800,0 мг/кг маси тіла 36 нелінійним білим мишам обох статей, масою тіла 18,0-22,0 г, віком 2,0-2,5 місяці, які знаходились у стандартних санітарних умовах віварію ДУ «ІМІ ім. І.І. Мечникова НАМН України». У якості контролю застосовано інтактних тварин. Тварин, що вижили, виводили з досліду шляхом передозування ефіру для наркозу. Також були вилучені органи тварин, які загинули в ході експерименту. Огляд морфологічного матеріалу проводили під мікроскопом Olympus BX-41. Фотографування мікроскопічних зображень виконано цифровим фотоапаратом NIKON COL PIX 4500. Фотознімки оброблені на комп'ютері PENTIUM 2,4GHz за допомогою програми NIKON VIEW 5.

Результати та їх обговорення. При гістологічному дослідженні будова вивчених органів після одноразового внутрішньоочеревинного введення похідної тіонів сполуки **2***{133}* у дозах 320,0; 400,0 мг/кг маси тіла відповідала такій у контрольній групі. Виявлені після одноразового внутрішньоочеревинного введення похідної тіонів **2***{133}* у дозах 500,0 мг/кг, 630,0 мг/кг маси тіла морфологічні зміни полягали у комбінації двох загальнопатологічних процесів – альтерації і захисної запальної реакції. У дозі 800,0 мг/кг в цитоплазмі багатьох кардіоміоцитів відзначаються явища гіаліново-крапельної дистрофії і жирової дистрофії, у ядрах цих клітин виявляються ознаки каріорексису і каріолізису. При введенні максимальної дози речовини **2***{133}* 800,0 мг/кг у клітинах печінки виявлено ознаки жирової дистрофії та некробіотичні зміни, а у нирках – посилення явищ в епітелії звитих канальців, ознак гіаліново-крапельної дистрофії і некробіозу.

Висновок. Результати дослідження нової похідної тіонів 4*H*-піридо [4`,3`:5,6] пірано[2,3-*d*]піримідину довели дозозалежний характер встановлених змін.

МІНЕРАЛЬНИЙ ОБМІН ТА РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ – ВПЛИВ ВІКУ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЇ

Андруша А.Б.

Харківський національний медичний університет, Україна

Подагра – гетерогенне за походженням хронічне захворювання, пов'язане з порушенням обміну сечової кислоти (СК), що характеризується відкладенням у різних тканинах кристалів уратів і клінічно проявляється рецидивуючим артритом, утворенням тофусів і ушкодженням внутрішніх органів.

Мета – дослідження стану мінерального обміну та ремоделювання кісткової тканини у хворих на подагру похилого віку.

Матеріали і методи. Для діагностики подагри використовували критерії SL Wallace і співавторів (1997), рекомендовані ВООЗ у 2000 році. Стан мінерального гомеостазу досліджували за визначенням рівнів загального фосфору і кальцію в сироватці крові, кісткового метаболізму – за активністю маркера кісткового формування (кісткової фракції лужної фосфатази – КФЛФ) і маркера кісткової резорбції (ТРКФ – тартратрезістентної кислої фосфатази). Для вивчення даних показників використовували біохімічний метод.

Результати. Обстежено 38 хворих на подагру віком 60-72 років (20 чоловіків і 18 жінок). У 7 пацієнтів виявлені тофуси. Всі пацієнти в залежності від ступеня гіперурикемії були розділені на 2 групи: I група (16 пацієнтів) з гіперурикемією, що перевищувала 600 мкмоль/л; II група (22 хворих) з гіперурикемією до 600 мкмоль/л. У ході дослідження ми виявили однотипні зміни: нормокальціємію та гіперфосфатемію, але ступінь підвищення даних показників відрізнявся в сформованих групах. Середній показник рівню фосфору сироватки крові мав вищі значення в першій групі хворих (1,89 ± 0,06), ніж у другій групі хворих (1,64 ± 0,05) при значенні в контрольній групі (1,44 ± 0,07 ммоль/л). Нами виявлений дисбаланс процесів кісткового ремоделювання за рахунок активації кісткової резорбції та недостатнього кісткового формування. Активність КФЛФ була знижена на 30,1 % в першій групі хворих і в другій – на 15,8 %, порівняно з групою практично здорових осіб ((70,25 ± 4,32) Од /л). Значення показника ТРКФ перевищували такі в першій групі на 34,2 %, у другій – на 18,5 % в порівнянні зі значеннями в групі практично здорових пацієнтів (12,98 ± 0,46) нмоль/(с•л). Ми виявили наявність прямого кореляційного (r = 0,31) зв'язку між рівнем СК і значенням ТРКФ.

Висновки. Стан кісткового ремоделювання та мінерального обміну хворих на подагру похилого віку змінюються в залежності від ступеня гіперурикемії. Найсуттєвіші зміни в гомеостазі спостерігаються при гіперурикемії , що перевищує значення 600 мкмол/л.

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ОКРАСКИ ПОЛУТОНКИХ СРЕЗОВ ТОЛУИДИНОВЫМ СИНИМ

Аржанова Г.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Использование техники полутонких срезов применяется при высокоразрешающей световой микроскопии для уточнения деталей, сложно дифференцируемых при обычной микроскопии. Наиболее распространенным красителем для полутонких срезов является толуидиновый синий. Проблемы, связанные с использованием данного метода окраски, могут заключаться в длительном времени проведения процедуры и необходимости приготовления раствора ex tempore.

Цель работы: модифицировать методику окраски полутонких срезов, чтобы сократить время окраски и одновременно обрабатывать большее количество стекол при удовлетворительном качестве препаратов.

Материалы и методы: исследования проведены на 20 препаратах полутонких срезов печени крыс. Биопсионный материал фиксировался в 1,25 % растворе глютарового альдегида в течение 2 часов при комнатной температуре, после чего производилась постфиксация осмиевой кислотой. Дегидратация производилась в спиртах восходящей концентрации (включая абсолютный спирт) и с использованием ацетона. В дальнейшем срезы заключали в эпон-аралдитную смолу. Полутонкие срезы получали при помощи ультратома УМПТ-7. Полученные препараты аккуратно переносились в каплю воды на предметное стекло, после чего высушивались над пламенем горелки.

Результаты и их обсуждение: разработана методика нанесения краски на препарат и помещения в водяную камеру, которую оставляли в термостате при 37^{o} С на протяжении от пяти минут до получаса. Было установлено оптимальное время окрашивания в пределах десяти минут. В некоторых случаях при необходимости проводилась дифференцировка в 96о спирте в течении 5-10 секунд. После полного высыхания препарата его монтировали на предметное стекло.

Выводы: окрашивание препаратов, полученных методикой полутонких срезов, путем помещения в термостат при 37^{o} С в водяной бане позволяет в краткие сроки производить качественную окраску значительного количества стекол (до 20) одновременно.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ И УСКОРЕННЫМ СТАРЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК С ПОЗИТИВНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ВЫДОХЕ

Асанов Э.О., Дыба И.А.

ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев

Изменения сердечно-сосудистой системы при старении (особенно при ускоренном) приводят к развитию гипоксических сдвигов. Это обуславливает поиск подходов к коррекции состояния сердечно-сосудистой системы при ускоренном старении. В этой связи представляют интерес дыхательные тренировки с созданием позитивного давления в конце выдоха – PEEP (Positive End Expiratory Pressure).

Цель работы – оценить влияние дыхательных тренировок с PEEP на состояние сердечно-сосудистой системы у пожилых людей с физиологическим и ускоренным старением дыхательной системы.

Обследуемые и методы. Обследованы пожилые люди с физиологическим (32 чел.) и ускоренным (45 чел.) старением дыхательной системы. До и после курса дыхательных тренировок с PEEP определяли частоту сердечных сокращений, систолическое артериальное давление (САД) на аппарате “ЮМ-300” (“ЮТАС”, Украина), минутный объём кровообращения (МОК), общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) на аппарате “Медиана-1”. Дыхательные тренировки с PEEP проводили с помощью дыхательного тренажера “Threshold PEP” (Германия).

Результаты и их обсуждение. Дыхательные тренировки с PEEP приводили к снижению САД, увеличению МОК – интегрального показателя центральной гемодинамики, отражающего деятельность сердечно-сосудистой системы, а также к улучшению периферического сосудистого кровообращения у пожилых людей с физиологическим, и с ускоренным старением дыхательной системы. Об этом свидетельствовало достоверное снижение у них ОПСС после курса дыхательных тренировок с PEEP.

Выводы:

1. Дыхательные тренировки с PEEP приводят к улучшению деятельности сердечно-сосудистой системы у пожилых людей с физиологическим и ускоренным старением дыхательной системы.

Применение дыхательных тренировок с PEEP может быть рекомендовано для коррекции состояния сердечно-сосудистой системы у пожилых людей с физиологическим и ускоренным старением дыхательной системы.

ВИЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ ТА ТРИПТАЗИ ЯК ЗАСІБ ДІАГНОСТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ

Бабаджан В.Д., Шумова Н.В., Амер Л.Б., Сидоров О.П.
Харківський національний медичний університет, Україна

Алергічні реакції на ліки зустрічаються в практиці лікарів різних спеціальностей. Ризик виникнення медикаментозної алергії в цілому складає 1 % у амбулаторній практиці і 5-10 % у клінічних умовах. Переважна більшість алергічних реакцій реєструються на антибіотики, місцеві аналгетики, нестероїдні протизапальні препарати, сироватки, рентгенконтрастні засоби, однак зустрічаються повідомлення про виникнення алергії на протидіабетичні, психотропні препарати, інгібітори АПФ, антиаритмічні засоби. З метою виявлення гіперчутливості негайного типу використовують in vitro тести: визначення концентрації специфічних імуноглобулінів Е, активності триптази у сироватці крові та інші.

Методи виявлення специфічних імуноглобулінів Е у сироватці крові є високо специфічними та точними, однак їх використання можливо у випадках, коли потенційний алерген входить до тих, набори для визначення яких існують у лабораторії. В сучасних умовах є доступними визначення специфічних IgE до бета-лактамів (пеніциллоіл, ампіциллоіл, амоксициллоіл), АКТГ, деяких цефалоспоринів, міорелаксантів, хлоргексидину, желатину, інсуліну, столбнячному анатоксину.

Цих недоліків є позбавлений триптазний тест. Нині розроблені набори реактивів для кількісного визначення триптази в сироватці крові імуноферментним методом.

Таким чином, лабораторні методи, що засновані на визначенні специфічних до лікарських препаратів імуноглобулінів та медіаторів (триптаза) з безпеки і можливості використання в будь-який період захворювання залишаються переважними.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА СИНТЕТАЗА ОКСИДУ АЗОТУ ЯК МАРКЕР СУДИННОГО УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Бабак О.Я., Андрєєва А.О., Башкірова А.Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: підвищення діагностики хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) завдяки вивченню рівня ендотеліальної синтази оксиду азоту (eNos) та ендотелій-залежної вазодилятації (ЕЗВД) плечової артерії (ПА).

Матеріали та методи. Нами було обстежено 88 хворих на ГХ та сформовано три групи: 1-а хворі на ГХ (n = 25), 2-а ГХ з АО (n = 49), 3-я практично здорові особи (n = 25). Усі хворі були порівнюваних за віком і статтю. Середній вік яких склав (63,1 ± 4,8) років. Наявність АО діагностували при об'ємі талії у чоловіків більше 112 см, а у жінок більше 88 см. Рівень eNos в сироватці крові визначали імуноферментним методом («Uscscn Life Inc. Wuhan», Китай). Також були розраховані показники ЕЗВД ПА методом Celermajer O. за допомогою ультразвукової системи («General Electric», США).

Результати. Встановлені найбільш низькі рівні eNos у хворих на ГХ без АО, які склали (295,6 ± 26,7) нг/мл ($p < 0,05$). При цьому у хворих на ГХ з АО вірогідної різниці вмісту eNos у порівнянні з контрольною групою не було встановлено: (323,7 ± 24,6) нг/мл та (431,5 ± 34,2) нг/мл відповідно. Встановлені прямі парні кореляції зв'язки між рівнем eNos та показниками ЕЗВД ПА на різних стадіях вазодилатації у хворих на ГХ з АО: ($r = 0,69$; $p < 0,05$) на вихідній стадії d ПА; ($r = 0,66$; $p < 0,05$) на 1-й хвилині декомпресії d ПА; ($r = 0,75$; $p < 0,05$) в період максимальної вазодилатації d ПА. У хворих на ГХ без АО парні кореляції склали: ($r = 0,78$; $p < 0,05$) на вихідній стадії d ПА; ($r = 0,87$; $p < 0,05$) на 1-й хвилині декомпресії d ПА; ($r = 0,69$; $p < 0,05$) в період максимальної вазодилатації d ПА.

Висновки. Таким чином, рівень eNos напряму залежить від ЕЗВД ПА, що спростовує та може підвищувати діагностику хворих на ГХ. Але залежність цих показників від поєднання АО з ГХ потребує подальшого вивчення.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИЕТРЕССА» У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА И ОЖИРЕНИИ

Бабак О.Я., Просоленко К.А., *Куринная Е.Г., *Сытник К.А.

Харьковский национальный медицинский университет,

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

Доказано влияние избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения (ОЖ) на возникновение и течение ГЭРБ. При ожирении особенно характерно отсутствие четкой связи между клиническими, эндоскопическими, морфологическими изменениями в пищеводе и высокой частотой осложнений ГЭРБ. Без коррекции массы тела у таких пациентов ремиссия ГЭРБ практически недостижима. В настоящее время интенсивно изучаются физиологические механизмы регулирования потребления пищи и массы тела, доказано важное значение системы эндоканнобиоидов.

Цель исследования – оценить эффективность приема препарата «Диетресса» («Материа Медика Холдинг» Россия), который содержит афинно очищенные антитела к каннабиноидному рецептору I типа 6 мг, у пациентов с коморбидной патологией: ИМТ, ОЖ и ГЭРБ.

Материалы и методы. Обследовано 15 пациентов с ИМТ или ОЖ 1-2 степени и ГЭРБ без эзофагита. Мужчин – 13 (43,3 %) и женщин – 17 человек (56,7 %). Возраст пациентов 18-42 лет. Средний возраст составил (30,5 ± 6,5) лет. Оценивали выраженность чувства голода, динамику массы тела и основные клинические проявления: изжогу и регургитацию по 3-х бальной шкале на 4, 8 и 12 неделе. Все включенные в исследование пациенты не соблюдали гипокалорийную диету и не выполняли специальную программу физических нагрузок. Препарат «Диетресса» назначался по 1 таблетке 3 раза в сутки на протяжении 90 дней. Все пациенты, после проведения основного курса лечения, получали ингибиторы протонной помпы в режиме «по требованию».

Результаты. По данным проведенного исследования, Диетресса эффективно снижала чувство голода у пациентов. Прием Диетрессы способствовал снижению выраженности чувства голода у пациентов по 10-бальной ВАШ, в первую очередь в вечернее время, с (7,1 ± 0,65) баллов до (5,1 ± 0,68) баллов, $p < 0,05$. Назначение препарата приводило к статистически достоверному снижению массы тела с (94,3 ± 2,33) кг до (80,1 ± 2,5) кг ($p < 0,05$). До начала приема Диетрессы частота периодической изжоги составляла 86,7 %, регургитации – 93,3 %. Нами отмечено достоверное уменьшение показателей всех диспепсических симптомов, в первую очередь у пациентов максимально снизивших массу тела. На 12-й неделе лечения изгожа фиксировалась у 26,7 %, а регургитация у 13,3 % пациентов.

Вывод: применение препарата «Диетресса» снижает чувство голода и массу тела у пациентов с ГЭРБ, ИМТ и ОЖ, оказывает благоприятное влияние на течение ГЭРБ, достоверно снижая частоту и выраженность основных симптомов заболевания.

ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОЛИМОРФИЗМАХ ГЕНА *PPARG* У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Бабак О.Я., Ярмыш Н.В., Молодан В.И., Просоленко К.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: изучить изменения толщины комплекса интима медиа (КИМ) общих сонных артерий при различных генотипах гена *PPARG* у больных гипертонической болезнью, ассоциированной с ожирением.

Материалы и методы: обследовано 102 пациента с гипертонической болезнью I-II стадии, 1-2 степени и ожирением (индекс массы тела ≥ 30,0 кг/м^2), находившихся на стационарном лечении в клинике «Национального института терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» г. Харьков. В исследовании использовались: молекулярно-генетические, иммуноферментные, клинико-биохимические и инструментальные методы. В процессе исследования определялась толщина КИМ (ультразвуковым методом), иммуноферментным методом определялся уровень высокочувствительного С-рективного протеина (вчСРП), ПОЛ оценивалось исходя из баланса между уровнем малонового диальдегида и SH-групп, которые отражают прооксидантные и антиоксидантные свойства крови, соответственно.

Результаты: у больных с гипертонической болезнью и ожирением частота различных вариантов генотипа Pro12Ala гена *PPARG* была представлена следующим образом: генотип Pro12Pro в 78,5 % случаев, генотип Pro12Ala в 17,6 %, генотип Ala12Ala в 3,9 %. Учитывая небольшое количество пациентов содержащих алель Ala (Pro12Ala и Ala12Ala) мы объединили их в одну группу – X/Ala генотип. У обследованных больных было выявлено утолщение КИМ, оно несколько отличалось при различных генотипах. Так у носителей ProPro генотипа толщина КИМ была ((1,02 ± 0,04) мм), у носителей Ala аллели ((0,94 ± 0,03) мм) при генотипе ProPro ((0,90 ± 0,03) мм) и у носителей X/Ala ((0,78 ± 0,02) мм). В ходе исследования было установлено, что у пациентов – носителей Ala аллели, отмечалась достоверно более низкая концентрация вчСРП ((5,75 ± 0,6) мг/л) по сравнению с носителями, имевшими генотип (7,7 ± 0,97) мг/л)). Оксидантная активность была выше у пациентов с генотипом PгoPгo, уровень малонового диальдегида у этих больных составил (54,4 ± 9,7) мкмоль/л, а у больных с аллелью Ala – (45,4 ± 7,1) мкмоль/л, соответственно концентрация SH-групп была (203,0 ± 16,2) мкмоль/л при PгoPгo генотипе и (196,0 ± 20,2) мкмоль/л у носителей аллели Ala.

Заключение: в нашем исследовании, было установлено, что у больных с гипертонической болезнью и ожирением наличие генотипа X/Ala гена *PPARG* сопровождалось меньшей толщиной КИМ и более низкой активностью вчСРП и ПОЛ по сравнению с носителями генотипа Pro12Pro.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СТАРЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Артериальная гипертензия (АГ) — одно из наиболее широко распространенных, клинически и социально значимых заболеваний в мире.

Одним из этиологических факторов возникновения артериальной гипертензии имеют длительные, постоянные отрицательные эмоции, вызывающие нервное перенапряжение. Количество больных АГ во многих странах мира неуклонно возрастает и в настоящее время составляет в среднем 44% от общей популяции. Прогноз больных АГ в значительной степени определяется наличием дополнительных факторов риска, среди которых большую роль играет дислипидемия. Установлена прямая связь между уровнем общего холестерина (ОХ) и смертностью от сердечно – сосудистой патологии у больных АГ.

Цель исследования: изучить динамику изменений состояния липидного гомеостаза в сыворотке крови старых животных на фоне неврогенной стресс-индуцированной АГ.

Исследования проводили на белых старых беспородных крысах-самцах (возраст 24-28 месяцев). Все животные были разделены на две группы: первая группа – контроль; вторая группа – животные, со стресс-индуцированной неврогенной артериальной гипертензией.

На третьи сутки после развития стресс-индуцированной АГ у старых животных отмечались достоверные изменения липидного состава сыворотки крови. Наблюдалось повышение уровня триглицеридов (ТГ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), что может свидетельствовать об активации организма при стрессе. Показатели общего холестерина (ОХ) и коэффициента атерогенности (КА) достоверно не изменялись, однако превышали контрольные значения. Уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) достоверно был ниже, чем у интактных животных.

Через семь дней после развития АГ уровень ТГ остается достоверно высоким, так же происходит повышение общего холестерина, КА и ЛПОНП, т.е. увеличивается количество тех фракции липидов, которые участвуют в переносе холестерина и ТГ от печени к периферическим тканям. Повышение уровня этих липидов может приводить к возникновению атеросклеротических изменений в сосудах организма.

Через месяц после развития АГ достоверно высоким остается уровень ТГ, общего холестерина, ЛПОНП и ЛПНП, что подтверждает наличие и прогрессирование у животных артериальной гипертензии.

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ РОБІТНИКІВ ПАЛІТУРНИХ ЦЕХІВ ДРУКАРЕНЬ

Багмут В.В., Нікуліна Г.Л.,[*] Марюха Ю.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти,
[*]НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ

Мета: розробити заходи первинної профілактики дії шкідливих виробничих факторів на організм працюючих в палітурних цехах друкарень на підставі санітарно-гігієнічних досліджень фізичних факторів, важкості та напруженості трудового процесу.

Результати власних досліджень: на прикладі палітурного цеху Харківського університету повітряних сил ім. І. Кожедуба було досліджено умови праці робітників палітурних цехів, оскільки розташування, обладнання приміщень і склад трудових операцій є типовими для аналогічних друкарень. В палітурних цехах друкарень працюють, як правило, робітники наступних професій – палітурники та брошурувальники. Склад інших професій може варіювати в залежності від особливостей друкарні.

Досліджували наступні фактори: параметри мікроклімату виробничих приміщень, еквівалентний рівень шуму, виробниче освітлення, важкість і напруженість праці.

Встановлено, що на палітурників і брошурувальників діє комплекс шкідливих виробничих факторів. Так, у всіх випадках було зареєстровано підвищений рівень виробничого шуму (III клас, 1 ступінь), робота була важкою за показником робочої пози – перебування в нахиленому положенні (III клас, 1 ступінь). При цьому показники мікроклімату не перевищували допустимі нормативи (II клас), освітлення на робочих місцях було достатнім (II клас).

За результатами досліджень були надані рекомендації щодо поліпшення умов праці та первинної профілактики професійних захворювань обстеженого контингенту. Для попередження розвитку професійних порушень слуху рекомендовано застосування відповідних засобів індивідуального захисту органів слуху. Для профілактики професійних захворювань опорно-рухового апарату – організація робочого місця з можливістю зміни робочої пози, індивідуальний підбір вправ лікувально-фізкультурного комплексу.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Балтабаев С.А., Искандерова С.Дж., Кулдашев Т.А., Азизов С.В.
Наманганский государственный университет, Республика Узбекистан

Цель исследование. Изучить механизмы влияния лечебной физической культуры (ЛФК) на показатели клеточного и гуморального иммунологического статуса больных хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 100 больных в возрасте 18-83 лет. Из них 56 мужчин и 44 женщин. Давность заболевания от 1 года до 10 лет.

Состояние больных до и после лечение оценивалось по состоянию иммунной защиты организма: 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 (по методу радиальной иммунодиффузии по Манчини).

С целью решения поставленной задачи разработана поэтапная (5-ти этапная) комплексная лечебно-реабилитационная программа больных ХГ, рассчитанная на 2 года. Все исследуемые больные анализировались в 2 группах (в каждой группе по 40 человек). В базисную терапию включали следующие процедуры: уроантисептики; иммунокорректор-тимоптин; ловастатин; витамин-Е; ЭПО-β; рекармон; фитотерапия. Больные 1 группы на занятиях ЛФК танцевали (Андижанская полька и др.), нагрузку увеличивали ежедневно постепенно, учитывая индивидуальные особенности и здоровье больных в течение 2 лет.

Полученные результаты. До начала лечения у всех больных выявлено Т- и В-иммунодефицитное состояние в виде снижения клеточной и повышения гуморальной иммунной защиты организма. Исследование показало, что, чем тяжелее общее состояние больных, тем глубже у них выражено нарушение иммунной защиты организма.

После лечение отмечалось достоверное повышение средних показателей клеточной [1 группа: СД3 – 22,5 % ($P < 0,01$), СД4 – 27,6 %, СД8 – 50,8 %, СД19 – 79,4 % ($P < 0,001$); 2 группа: СД3 – 16,5 % ($P < 0,01$), СД4 – 22,1 % ($P < 0,05$), СД8 – 41,3 %, СД19 – 72,6 % ($P < 0,001$)] и достоверное снижение средних показателей гуморальной [1 группа: IgA – 33,4 %, IgM – 22,5 %, IgG – 28,6 % ($P < 0,05$); 2 группf IgA – 23,7 %, IgM – 17,5 %, IgG – 21,5 % ($P < 0,05$)] иммунной защиты организма.

Выводы. Таким образом, проводимая в комплексе лечебно-реабилитационная программа с включением ЛФК в виде танцев, оказывает иммунокоррегирующий эффект. На фоне чего выявлена достоверная положительная динамика в 1 группе 92 % ($P < 0,001$), а во 2 группе – 80 % ($P < 0,01$).

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИМВАСТАТИНОМ В УСЛОВИЯХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС

Бардаченко Н.И., Курята А.В., *Бардаченко Л.А., *Тимченко Е.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

**КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепропетровск*

Цель исследования: оценить гиполипидемическую эффективность применения симвастатина в средней дозе 40 мг в сутки у пациентов с ишемической болезнью (ИБС) на фоне гиперхолестеринемии.

Материалы и методы. В исследование были включены 26 человек (20 женщин и 6 мужчин) в возрасте от 45 до 76 лет (средний возраст – (58,69 ± 1,64) лет) с ИБС и подтвержденной гиперхолестеринемией. Всем пациентам определяли содержание в сыворотке крови общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). Содержание холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) вычисляли по формуле W.T. Friedewald (ХС ЛПНП = ОХС – (ХС ЛПВП + ТГ/2,2), где ТГ/2,2 – содержание холестерина в составе липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП).

Результаты и их обсуждение. Средний уровень ОХС уже через 2 недели лечения достоверно снизился на 22,1 % ($p = 0,000001$), а к концу 6 недели – на 30,8 % ($p = 0,000001$), а уровень ХС ЛПНП, соответственно, на 28,3 % ($p = 0,000001$) и 42,2 % ($p = 0,000001$). Достоверного снижения уровня ТГ через 2 недели приема препарата не было зарегистрировано (средний уровень ТГ снизился на 25,2 % ($p = 0,326$)), а к 6 недели этот показатель достоверно снизился на 46,0 % ($p = 0,005$). Динамика содержания ХС ЛПВП через 2 и 6 недель составила 2,2 % ($p = 0,845$) и 5,2 % ($p = 0,424$), соответственно. Существует доказательная база, что уровень ХС не-ЛПВП (ХС не-ЛПВП = ОХС – ХС ЛПВП) может рассматриваться как более сильный предиктор сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), чем ХС ЛПНП. Так средние уровни ХС не-ЛПВП через 2 недели снизились на 28,8 % ($p = 0,000001$)) и на 40,8 % ($p = 0,000001$)) в конце терапии. Для оценки риска развития сердечно-сосудистой патологии более информативным является показатель соотношения ТГ/ЛПВП, чем изолированное определение уровня общего холестерина. В результате проводимой терапии через 2 недели нормального уровня (2 условные единицы) отношения ТГ/ЛПВП достигли 23 (88,5 %), через 6 недель – 25 (96,2 %) пациентов.

Выводы: под влиянием терапии симвастатином в дозе 40 мг в сутки в течение короткого промежутка времени (2 недели) средний уровень липидов достоверно снижался: ОХС – на 22,1 %, ХС ЛПНП – 28,3 %, ТГ – на 24,6 %. К 6 неделе исследования эти показатели достигали уровня 30,8 %, 42,2 % и 46,0 %, соответственно.

К ПРОБЛЕМЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бездетко Т.В., Еременко Г.В., Шмидт А.В., Хохуда О.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования: изучить особенности течения тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмы (терапиерезистентной) на материалах аллергологического отделения Харьковской областной клинической больницы.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 89 больных бронхиальной астмой (БА) Диагноз основывался на общеклинических методах исследования, спирографии с анализом петли «поток-объем» форсированного выдоха, пикфлоуметрии с фармакологическими пробами, исследовании бронхиальной гиперреактивности, провокационных проб, физической нагрузкой. Исследованы также иммунологический гомеостаз тестами I и II уровней, содержание общего и специфического IgE. У части больных проведена фибробронхоскопия с оценкой результатов бронхоальвеолярного лаважа. В соответствии со ступенчатым подходом к лечению использовались ингаляционные кортикостероиды, пролонгированные β_2-агонисты, холинолитики.

Лечение больных с терапиерезистентной БА представляет большие трудности и включает системные кортикостероиды, применяемые внутривенно и перорально, небулайзерную – терапию высоких доз ингаляционных кортикостероидов (флютиказон пропионат), β_2-агонисты короткого действия. Объем и продолжительность лечения определяются титрованием, начиная с высоких доз с последующим максимально возможным их снижением.

При ведении больных с тяжелым обострением БА является целесообразным использование небулайзерной терапии в сочетании с инфузией системных кортикостероидов, что позволит улучшить качество жизни больных, уменьшить экономический груз лечения, оптимизировать терапию.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПАРАМЕТРІВ ЗА УМОВ РІЗНОГО ВМІСТУ АДИПОНЕКТИНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Бек Н.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Мета роботи: вивчити значення деяких клініко-лабораторних параметрів для прогнозування несприятливих кардіоваскулярних подій залежно від вмісту адипонектину (АН) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з надлишковою масою тіла (НМТ) та ожирінням (ОЖ).

Матеріал і методи. Обстежено за протоколами, згідно Наказу МОЗ України № 436 від 3.07.2006 року, 43 пацієнти з ГХ II стадії, 1 та 2 ступеня, з НМТ чи ОЖ I ступеня, 20 чоловіків та 23 жінки, віком (51,8 ± 1,8) років, з індексом маси тіла (ІМТ) (31,3 ± 0,8) кг/м^2, віком (47,0 ± 1,6) років. Рівень АН визначали ферментозв'язаним імуносорбентним аналізом. Сечову кислоту (СК) сироватки крові визначали колориметричним ензиматичним методом з уриказою та пероксидазою. Дані опрацьовані за програмою “Statistica for Windows 6.0”. Показники порівнювали за допомогою непараметричного U- критерію Манн-Вітні. Кінцевою точкою спостереження вважали гіпертензивний криз (ГК), ускладнений інфарктом міокарда чи гострим порушенням мозкового кровообігу або повторну госпіталізацію з приводу неускладненого ГК. Прогнозування несприятливих подій проводили за методом Каплана-Мейера з оцінкою кумулятивної частки виживання.

Результати дослідження. Вміст АН склав 147,2 [87,2; 216,5] нг/мл; гендерні відмінності не виявлені. Проведене проспективне спостереження встановило, що серед 43 обстежених пацієнтів, що знаходились під спостереженням впродовж 36 місяців, 23,3 % хворих були повторно госпіталізовані з неускладненим ГК, 18,6 % пацієнтів мали ускладнений ГК. В групі з рівнем АН вище медіани на прогноз впливав рівень холестерину (вище оптимального 5 ммоль/л) – кумулятивна частка виживання склала 85 % проти 15 % (F-критерій Кокса p = 0,01) та рівень пульсового АТ (ПАТ) (вище 55 мм рт. ст.) – кумулятивна частка виживання склала 85 % проти 15 % (F-критерій Кокса p = 0,01). У групі з вмістом АН нижче медіани на прогноз впливав ІМТ (30-34,9 кг/м^2) – кумулятивна частка виживання склала 66,7 % проти 33,3 % (F-критерій Кокса p = 0,02) та вміст СК (вище 335,25 [253,3; 426,85] мкмоль/л) – кумулятивна частка виживання склала 66,7 % проти 33,3 % (F-критерій Кокса p = 0,02, критерій Гехана-Вілкоксона p = 0,07).

Висновки. У хворих на ГХ з НМТ чи ОЖ за умов вмісту АН вище медіани факторами несприятливого прогнозу були вміст холестерину та ПАТ, що відбиває артеріальну жорсткість, а за умов вмісту АН нижче медіани – ІМТ, що відповідає 1 ступеню ОЖ, та рівень урикемії.

ПОЛИМОРФИЗМ RS966221 ГЕНА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 4D У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Белый Д.А., Плескач Г.В., Настина Е.М., Чумак А.А., Абраменко И.В.

ГУ "Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины", г. Киев

Помимо хорошо известных факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС), таких как артериальная гипертензия, дислипидемии, курение и др., в настоящее время большое внимание уделяется изучению генетических маркеров, которые позволяют определить группу лиц, имеющих врожденную предрасположенность к развитию данного заболевания.

Цель исследования заключалась в определении полиморфизма rs966221 гена PDE4D у участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на Чернобыльской АЭС и изучении его связи с ИБС и перенесенным ИМ.

Объект и методы исследования. Обследовано 39 пациентов с ИБС, из них 28 УЛПА и 11 лиц контрольной группы (КГ), не подвергшихся воздействию ионизирующего излучения. Возраст обследованных составил (69,2 ± 8,3) лет и (64,2 ± 8,8) лет, соответственно.

Результаты. В основной группе число носителей генотипов CC и CT составляло по 39,3 %, а TT – 21,4 %, тогда как их соотношение в КГ было 27,3 %, 45,4 % и 27,3 %. Среди обследованных пациентов ИМ перенесли 9 УЛПА (32,1 %) и 6 лиц КГ (54,5 %), повторный ИМ – 4 УЛПА и 1 пациент КГ. Из всех УЛПА и лиц КГ с ИМ относительное число носителей генотипа TT было достоверно выше (55,6 %) по сравнению с носителями генотипов CT (31,1 %) и CC (28,6 %). Для носителей генотипа TT также была характерна более высокая частота повторного ИМ (50 %). При анализ соотношения шансов было выявлено, что риск развития ИМ и повторного ИМ при генотипе TT был в 2,5 и 7 раз выше, чем у носителей других генотипов.

Статистический показал, что у УЛПА ИБС развивалась в более раннем возрасте ((50,6 ± 8,9) лет), чем в КГ ((60,9 ± 14,7) лет, $P < 0,05$). Средний возраст пациентов основной группы на момент ИМ также был меньше ((53,3 ± 10,5) лет) по сравнению с КГ ((62,4 ± 8,8) лет, $P > 0,05$). Не было выявлено зависимости частоты ИБС и ИМ от дозы внешнего облучения.

Выводы. Проведенный анализ показал, что среди пациентов с ИБС носители генотипа TT имеются более высокий риск развития первичного и повторного ИМ по сравнению с носителями генотипом CC и CT. Для оценки связи полиморфизма rs966221 гена PDE4D с факторами риска радиационной и нерадиационной природы необходимы дальнейшие исследования.

РОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оценить влияние дислипидемии на формирование метаболического синдрома у пациентов с НАСГ.

Материалы и методы исследований. 35 пациентов (13 мужчин и 22 женщины) с НАСГ. Средний возраст пациентов составил (48,2 ± 3,2) лет. Контрольная группа (n = 20) была максимально сопоставима по возрасту и полу к обследуемым больным. Диагноз устанавливали с помощью ультразвуковых признаков жировой инфильтрации печени в сочетании с биохимическими маркерами (повышение уровня аминотрансфераз (АсАТ, АлАТ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП). Изучали особенности нарушений углеводного обмена (уровень инсулина, С-пептида, индекс инсулинорезистентности HOMA-IR (HOMA-IR), а также ультразвукового исследования общих сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА).

Результаты исследований. Окружность талии (ОТ) у пациентов составила (106,8 ± 8,2) см, индекс массы тела (ИМТ) – (33,4 ± 4,9) кг/м^2. У 53,4 % пациентов выявлена артериальная гипертензия (средние значения АД – (159,4 ± 19,3) мм рт. ст. и (97,1 ± 9,6) мм рт. ст.; $p < 0,05$), в 16 % случаев – СД типа 2. У 92 % пациентов установлено повышение уровня АсАТ и АлАТ: в 85 % случаев не более чем в 3 раза, в 7 % – более 3-х норм. Соотношение АСТ/АЛТ составило (1,01 ± 0,3) ($p < 0,05$). Содержание ОХ было в среднем на 22 % выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$), ТГ – на 26 % ($p < 0,05$), ХС ЛПНП – на 28 % ($p < 0,05$), а уровень ХС ЛПВП на 26 % ниже ($p < 0,05$). Соотношение ТГ/ХС ЛПВП было на 32 % выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$). Показатель HOMA-IR составил (6,1 ± 3,8) и коррелировал с ИМТ ($r = 0,64$; $p < 0,05$), с соотношением ТГ/ХС ЛПВП ($r = 0,44$; $p < 0,01$), содержанием ХС ЛПНП ($r = 0,47$; $p < 0,001$), уровнем ТГ ($r = 0,34$; $p < 0,01$), АсАТ и АлАТ ($r = 0,31$ и $r = 0,44$; $p < 0,05$). Уровень инсулина был в 1,2 раза выше в сравнении с контролем (22,4 ± 10,7 мкМЕ/мл; $p < 0,05$), С-пептида – в 1,3 раза, $p < 0,05$) и коррелировал с АсАТ ($r = 0,28$; $p < 0,05$) и АлАТ ($r = 0,31$; $p < 0,05$). ТИМ ОСА у больных с НАСГ была в 1,2 раза больше, чем в группе контроля ((1,01 ± 0,04) мм и (0,76 ± 0,02) мм, соответственно; $p < 0,01$) и коррелировала с уровнем ХСЛПНП ($r = 0,36$; $p < 0,01$), индексом HOMA-ИР ($r = 0,34$; $p < 0,01$).

Выводы. Атерогенная дислипидемия у пациентов с НАСГ способствует формированию метаболического синдрома, обусловленному инсулинорезистентностью, ожирением, нарушениями углеводного обмена и субклинических признаков атеросклероза, что способствует повышению кардиометаболического риска у данной категории больных.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ РЕЗИСТИНА И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Беловол А.Н., Школьник В.В., НемцоваВ.Д., Шапошникова Ю.Н., [*]Дунаевская М.М., [*]Клименко Т.И., Погорелова О.А.

Харьковский национальный медицинский университет,

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

Цель: изучить изменения концентрации фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и резистина (РЗ) у больных с гипертонической болезнью (ГБ) и инсулинорезистентностью (ИР) на различных этапах прогрессирования заболевания – от стадии нарушенной регуляции глюкозы до СД2Т.

Материалы и методы исследований. В исследование включено 123 пациента (57 мужчин и 66 женщин) в возрасте (54,9 ± 9,2) года с ГБ II стадии, 2 и 3 степени с ИР и СД2Т, которых разделили на 3 группы: 1 гр. – пациенты с ГБ (n = 38), 2 гр. – пациенты с ИР и ГБ (n = 45), 3 гр. – пациенты с СД2Т и ГБ (n = 40). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев. Для определения ИР использовали индекс HOMA-IR. Концентрации инсулина натощак в сыворотке крови, уровень ФНО-α и резистина в плазме крови определяли иммуноферментным методом.

Результаты и их обсуждения: Анализ даных показал, что уровень инсулина натощак оказался в 1,4 раза выше во 2 группе пациентов (13,7 ± 3,8) мк МЕ/мл и почти в 2 раза в 3 группе (18,3 ± 6,2) мк МЕ/мл по сравнению с контрольной группой ((9,8 ± 2,3) мк МЕ/мл; $p < 0,05$). HOMA-IR во 2 и 3 группах был значительно выше, чем в контрольной группе и группе больных с АГ ((3,35 ± 0,38) и (4,69 ± 2,7), соответственно, по сравнению с (2,23 ± 0,38) и (2,3 ± 0,39); $p < 0,05$), тогда как этот индекс между 2 и 3 группами также достоверно отличался ($p < 0,05$). Резистин крови значительно повышался параллельно с концентрациями инсулина натощак, глюкозы натощак и липидов (ОХС и ТГ), подтверждая, что этиология резистина относится к увеличению адипозности. Однако уровни резистина между группами 2 и 3 достоверно не отличались ($p > 0,05$). Концентрация ФНО-α возрастала с прогрессированием основных компонентов МС, но статистические различия наблюдались только между 1 и 2 группами и 1 и 3 группами пациентов((12,24 ± 2,60) и (19,23 ± 1,02); (12,24 ± 2,60) и (27,36 ± 1,74) соответственно, $p < 0,05$), между группами пациентов с АГ и ИР и АГ и СД2 достоверных различий не было.

Выводы. ИР и гиперинсулинемия являются характеристиками СД2Т и нарушения глюкозотолерантности. В сочетании с АГ и дислипидемией они являются общими компонентами СД2Т, повышая кардиоваскулярный риск. Выявленная ассоциация увеличенной продукции ФНО и резистина у больных ИР, СД2Т и ГБ позволяет предположить, что резистентность к инсулину может играть определенную роль в развитии у них гипертензии.

ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС І СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ ТА СУДИН ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ – ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ І ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Біловол О.М., [*]Шалімова А.С., [*]Кочуєва М.М.

Харківський національний медичний університет,

[*]Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Гіпертонічна хвороба (ГХ) – одне з найпоширеніших захворювань в Європі, складає близько 30 % у загальній популяції і діагностується у 50-80 % хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД 2т). Патогенетичні механізми, що обумовлюють розвиток ГХ і ЦД 2т, багато в чому перекликаються, призводять до прогресування захворювань і розвитку ускладнень. **Мета роботи** полягала в оцінці структурно-функціонального стану серця і судин, про- і антиоксидантної систем і рівнів прозапальних цитокінів при ГХ та ЦД 2т. Обстежено 120 пацієнтів з коморбідною патологією: ГХ II стадії, 2 ступеня і ЦД 2т, середньої тяжкості в стані субкомпенсації. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Усім пацієнтам проводилися одно- і двовимірна ехокардіографія, спектральна і тканинна допплерехокардіографія. Функціональний стан ендотелію оцінювався при визначенні ступеня ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) у пробі з реактивною гіперемією. Швидкість пульсової хвилі (ШПХ) у СА визначалася W-Track-методом. Шляхом проведення імуноферментного аналізу визначали концентрації прозапальних цитокінів: фактора некрозу пухлин-α (ФНП-α) та інтерлейкіну-6 (ІЛ-6); оцінювався стан прооксидантної системи за рівнями молекулярних продуктів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) – дієнових кон'югатів (ДК) і малонового діальдегіду (МДА), стан ферментативної системи антиоксидантного захисту оцінювалося за активністю супероксиддисмутази (СОД) і каталази (Кат). Встановлено статистично значущі кореляції різної сили і спрямованості: прямі кореляції індексу відносної товщини стінки (ІВТС) лівого шлуночка (ЛШ) з ТІМ ($r = 0,43$; $p < 0,05$); прямі кореляції ФНП-α з інтегральним показником діастолічної функції ЛШ – співвідношенням піків Е і е на мітральному клапані при спектральному і тканинному допплерівських режимах (Е/е) ($r = 0,36$; $p < 0,05$), ТІМ ($r = 0,41$; $p < 0,05$), ШПХ СА ($r = 0,74$; $p < 0,001$), ШПХ ЧА ($r = 0,72$; $p < 0,001$), продуктами ПОЛ: ДК і МДА ($r = 0,41$; $p < 0,05$); зворотні кореляції ФНП-α зі ступенем ЕЗВД ($r = -0,43$; $p < 0,05$) та показниками антиоксидантного захисту: Кат ($r = -0,36$; $p < 0,05$) і СОД ($r = -0,41$ $p < 0,05$); прямі кореляції ІЛ-6 з Е/е ($r = 0,36$; $p < 0,05$), показниками кровотоку в магістральних судинах: ТІМ ($r = 0,38$; $p < 0,05$) ШПХ СА і ШПХ ЧА ($r = 0,72$; $p < 0,001$), ДК ($r = 0,46$; $p < 0,05$) і МДА ($r = 0,42$; $p < 0,05$); зворотні кореляції ІЛ-6 зі ступенем ЕЗВД ($r = -0,44$; $p < 0,05$), Кат ($r = -0,37$; $p < 0,05$) і СОД ($r = -0,39$; $p < 0,05$). Таким чином, проведений кореляційний аналіз продемонстрував участь прозапальних цитокінів, продуктів ПОЛ та факторів антиоксидантного захисту у розвитку структурно-функціональних змін серця і судин при коморбідній патології – ГХ і ЦД 2т.

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ ТА РІВНІ B_2-МІКРОГЛОБУЛІНУ КРОВІ ТА СЕЧІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Березова М.С., Безрук Т.О., Попадюк І.М., Кушнір Л.Д.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Дисліпідемія – один із чинників ризику розвитку діабетичної нефропатії (ДН), що особливо є актуальним у пацієнтів з супутнім ожирінням.

Наукова новизна. Вперше досліджено вплив аторвастатину на показники прогресування діабетичної нефропатії.

Мета дослідження. Визначити ефективність впливу аторвастатину на рівень β_2-мікроглобуліну (МГ) крові та сечі та показники ліпідного спектра крові у хворих на діабетичну нефропатію із супутнім ожирінням.

Методи та результати. Для дослідження було відібрано 54 хворих на діабетичну нефропатію з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу та супутнім ожирінням. Крім загальноклінічних методів обстеження, всім пацієнтам визначали вміст β_2-МГ крові та сечі. Дослідження проводили в динаміці. Вірогідними визнавалися відмінності між групами за рівня значимості при $p < 0,05$. Проведене дослідження виконане відповідно до етичних норм Гельсінської декларації перегляду 2008 року.

Результати дослідження. Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів показав порушення ліпідного обміну сироватки крові у вигляді вірогідного збільшення рівнів загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів і ХС ліпопротеїдів низької щільності на тлі зниження ХС ліпопротеїдів високої щільності порівняно з показниками в практично здорових осіб ($p < 0,05$). Найвищим цей показник був у групі хворих на ДН IV стадії з ожирінням II ступеня ($p < 0,05$). Виявлено підвищення рівнів β2-МГ крові та сечі в пацієнтів з ДН ($p < 0,05$). Після проведеного лікування аторвастатином у всіх пацієнтів нормалізувалися чи наближалися до норми показники ліпідного спектра. Рівні β2-МГ крові та сечі нормалізувалися у хворих на ДН III ст. та вірогідно знизилися в пацієнтів із ДН IV ст.

Висновки.

1. У хворих на діабетичну нефропатію спостерігається значне підвищення β_2-мікроглобуліну крові та сечі, а також дисліпідемія зі зниженням ліпопротеїдів високої щільності.

2. У результаті тримісячної терапії аторвастатином виявлено вагоме зниження вмісту β_2-мікроглобуліну крові та сечі та нормалізація показників ліпідного спектру крові порівняно з визначеними показниками до проведеного лікування ($p < 0,05$).

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ДИНАМІКУ ІНДЕКСУ ДЕФОРМАБЕЛЬНОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ III-IV СТАДІЇ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Березова М.С., Зуб Л.О.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,Україна

Актуальність. При цукровому діабеті ушкодження нирок, що виникає, постійно прогресує та призводить до розвитку ниркової недостатності. Зміни морфо-функціонального стану еритроцитів впливають на реологічні властивості крові, що може усугубити перебіг патологічного процесу в нирках.

Наукова новизна. Вивчено вплив аторвастатину на показники індексу деформабельності еритроцитів у хворих на діабетичну нефропатію (ДН).

Мета. Вивчити особливості індексу деформабельності еритроцитів (ІДЕ) у хворих на ДН III-IV ст. з супутнім ожирінням під впливом аторвастатину.

Методи та результати. Обстежено 89 хворих на цукровий діабет (ЦД) 1-го та ЦД 2-го типів віком від 40 до 65 років із тривалістю захворювання 10-15 років. Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів виявив вірогідну різницю між показниками практично здорових осіб та всіх хворих на ДН III-IV ст. до проведення лікування. У пацієнтів без наявності супутнього ожиріння, порівняно зі здоровими, спостерігалося вірогідне зниження ІДЕ ($p < 0,05$). У хворих з ДН за наявності супутнього ожиріння також спостерігалося вірогідне зниження даного показника ($p < 0,05$). У даних пацієнтів із супутнім ожирінням показники ІДЕ були вірогідно нижчими, ніж у хворих, які не мали супутнього ожиріння ($p < 0,05$). Проведений аналіз динаміки морфо-функціональних властивостей еритроцитів у хворих на ДН III-IV ст. із супутнім ожирінням під впливом аторвастатину показав вірогідне покращення показників у результаті тримісячної терапії ($p < 0,05$).

Висновки.

1. Діабетична нефропатія із супутнім ожирінням у пацієнтівіз цукровим діабетом 1-го та 2-го типів характеризується зменшенням показників індексу деформабельності еритроцитів.

Застосування аторвастатину позитивно впливає на динаміку показників мікроциркуляторних порушень у хворих із даною патологією та супроводжується корекцією показників індексу деформабельності еритроцитів порівняно з визначеними показниками до проведеного лікування ($p < 0,05$).

ВПЛИВ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКУВАННЯ

Беш О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Протягом останніх років відбувся значний прогрес у лікуванні бронхіальної астми (БА), що сприяло суттєвому покращенню прогнозу та підвищенню якості життя пацієнтів. Однак, базовими в лікуванні даної патології залишаються модифікація способу життя та медикаментозна терапія. Водночас сьогодні є достатньо даних, які дозволяють припустити, що застосування алерген-специфічної імунотерапії (АСІТ) може мати позитивний влив на прихильність пацієнтів до лікування. Проте досліджень, які б підтверджували або спростовували таку гіпотезу бракує.

Мета: вивчити вплив АСІТ БА на прихильність пацієнтів до лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 104 пацієнти віком від 18 до 50 років, які хворіють на БА, усім було призначене оптимальне базисне медикаментозне лікування, яке відповідало діючим протокольним рекомендаціям. Основну групу склали 52 пацієнти, які поруч із фармакотерапією отримували АСІТ. Групу порівняння склали 52 хворих з аналогічною патологією, які відмовилися від проведення АСІТ. Пацієнти були ідентичними за віком, статтю, тривалістю і важкістю перебігу БА. Для оцінки прихильності до лікування створений власний опитувальник, який включав 7 запитань. Відповіді давалися у форматі так/ні. За кожне «ні» пацієнт отримував 1 бал. Високою вважали прихильність до лікування в пацієнтів, які отримали 7 балів, середньою – 6-4 бали, низькою – < 4 балів. Окрім опитувальника, для вивчення прихильності до лікування визначали показники астма-контроль тесту (АКТ). Усі показники оцінювалися на початку дослідження, через 6 та 12 місяців.

Результати та їх обговорення. Протягом дослідження було втрачено зв'язок із 2-ма пацієнтами з основної та 4-ма – з порівняльної групи. Таким чином в представлений аналіз увійшли дані 50 пацієнтів основної і 48 – порівняльної групи. Згідно даних опитувальника на початку дослідження висока і середня прихильність до лікування реєструвалася в обох групах з приблизно однаковою частотою (19 (38,0 %) пацієнтів основної групи, та 17 (35,4 %) порівняльної). Через 6 місяців цей показник також достовірно не відрізнявся поміж групами (70,0 % проти 66,7 %), однак встановлено достовірне зростання числа пацієнтів з високою прихильністю до лікування в обох групах. Вже в кінці 12 місяця висока і середня прихильність до лікування відмічалася значно частіше пацієнтів, що застосовували АСІТ (відповідно, 84 % і 66,7 %). Оцінка БА на підставі АСТ дозволила отримати достовірно кращі показники в основній групі на 12 місяць спостереження.

Висновок. Серед пацієнтів, хворих на БА, які отримують АСІТ достовірно покращується прихильність до лікування. Це підтверджується не лише результатами аналізу спеціального опитувальника, але й об'єктивними показниками АКТ.

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ, ПОЄДНАНОГО З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Бикадоров В.І.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

На даний момент як в Україні, так і в усьому світі синдром подразненого кишечника (СПК) є однією з найбільш розповсюджених хвороб органів травлення, це характеризує вагу даного синдрому для лікаря будь-якої спеціальності. Обтяжує перебіг цього захворювання хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ).

Метою дослідження було вивчення показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) в комплексі лікування хворих з СПК, поєднаного з ХНХ. Під нашим наглядом знаходилося 63 хворих із встановленим діагнозом СПК, поєднаного з ХНХ віком від 20 до 58 років, в тому числі 28 чоловіків та 35 жінок. Усім хворим проводилося загальноприйняте лікування у відповідності до «Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення».

Для реалізації мети роботи вивчали активність процесів ПОЛ, вираженість яких оцінювали за вмістом у крові проміжних продуктів ліпопероксидації – дієнових кон'югат (ДК) та кінцевого продукту ПОЛ – малонового диальдегіду (МДА) спектрофотометрично. Вивчали також рівень перекисної резистентності еритроцитів за показником їх перекисного гемолізу (ПГЕ).

До початку лікування у хворих з СПК, поєднаного з ХНХ виявлені суттєві порушення з боку метаболічного гомеостазу, які характеризувалися посиленням процесів ПОЛ, що в лабораторному плані проявлялося підвищенням концентрації продуктів ліпопероксидації у сироватці крові: проміжних ДК до (16,9 ± 0,28) мкмоль/л та кінцевого МДА до (8,7 ± 0,15) мкмоль/л; показника ПГЕ до (9,6 ± 0,14) мкмоль/л.

З вищевикладеного можна зробити висновок про активацію процесів ліпопероксидації біомембран у хворих з СПК, поєднаного з ХНХ та потребу проведення відповідного лікування з використанням антиоксидантних препаратів.

О КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бильченко О.С., Жарко К. П., Красовская Е.А., Бильченко А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, КЗОЗ «ОКБ-центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков, Украина

Первичная легочная гипертензия (ПЛГ) – редкое тяжелое заболевание, характеризующееся повышением легочного сосудистого сопротивления и давления в легочной артерии. ПЛГ является самостоятельным заболеванием, в отличие от вторичной легочной гипертензии, возникающей как осложнение различных болезней органов дыхания и кровообращения. ПЛГ может быть диагностирована путем исключения симптоматической легочной гипертензии (врожденные пороки сердца, митральный стеноз, паренхиматозные заболевания легких, тромбоэмболическая болезнь, легочные васкулиты и др.). Диагностика ПЛГ в развернутой стадии возможна на основании клинико-инструментальных исследований и неинвазивного ультразвукового определения давления в легочной артерии и правом желудочке.

Мы наблюдали 3 больных с ПЛГ (средний возраст – (45 ± 1,5) лет), которые были направлены в клинику с диагнозом ХОЗЛ, легочным сердцем, тяжелой правожелудочковой недостаточностью. При поступлении больные жаловались на выраженную инспираторную одышку, постоянные давящие боли за грудиной, синкопальные приступы, отеки на ногах.

Клинически и с помощью дополнительных методов исследования (ЭКГ, рентгенологического, ультразвукового с определением давления в легочной артерии, правом желудочке), была исключена вторичная легочная гипертензия. На ЭКГ у всех больных выявлены «P-pulmonale», гипертрофия и выраженная перегрузка правого желудочка. При УЗИ исследовании сердца обнаружены значительная дилатация правых отделов сердца и расширение ствола легочной артерии с выраженными признаками легочной гипертензии и недостаточностью полулунного клапана легочной артерии, признаки относительной недостаточности трехстворчатого клапана. Давление в правом желудочке достигало высоких цифр – 125 мм рт. ст. (норма 15-20 мм рт. ст). Данные компьютерной спирографии: значительное нарушение функции легких по смешанному типу (ЖЕЛ – 42 %, $ОФВ_1$ 35 %).

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ С АТИПИЧНОЙ (МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ) ИНФЕКЦИЕЙ

Бильченко О.С., Красовская Е.А., Бильченко А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, КЗОЗ «ОКБ-центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков, Украина

Цель исследования: совершенствование диагностики внебольничной пневмонии (ВП) атипичной (микоплазменной – Mp и хламидийной – Chp) этиологии.

Материалы и методы. В исследование включены 68 больных. Наряду с общеклиническими исследованиями у больных методами иммуноферментного анализа (ИФА) и посева мокроты определяли наличие возбудителя инфекции.

Результаты. Методом ИФА выявлены Mp у 20 %, Chp у 14 %, их сочетание у 7 % обследованных. При посеве мокроты у 32 больных наличие возбудителей получено у 40 % больных, ассоциация атипичной инфекции с бактериальной у 42 % , причем у больных с Chp в 1,5 раза чаще, чем у пациентов с Mp. Данная пневмония возникает преимущественно в осенний и зимний сезоны и находится в прямой корреляционной зависимости от частоты распространения среди населения ОРЗ. Заболевание начиналось с трахеобронхиальной дискинезии. На догоспитальном этапе был диагностирован бронхит и больные, как правило, госпитализированы в клинику на 3-4 неделю болезни. Диагноз был поставлен при рентгенологическом исследовании, при котором был установлен двухсторонний процесс в легких в виде мелкоочаговых теней. При микробиологическом исследовании были выявлены Streptococcus pneumonia, Klebsiella pneumonia, Staphylococcus aureus.

Заключение. Для больных ВП с атипичной инфекцией характерно наличие продромального периода, обращение за врачебной помощью и госпитализация в более поздние сроки, позднее рентгенологическое подтверждение диагноза. У больных с атипичной инфекцией ВП в связи с наличием продромального периода своевременно не диагностируется, и врачи ошибочно констатируют ОРВИ (42 %) или обострение хронических бронхолегочных заболеваний. Установлена диссоциация признаков: нормальная лейкоцитарная формула при высокой лихорадке, тяжелые признаки интоксикации при субфебрильной или нормальной температуре тела. Тяжесть течения атипичной пневмонии обусловлена факторами риска: пожилым возрастом, наличием сопутствующей патологии, 2 или более патогенами.

ВМІСТ АКТИВОВАНИХ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Бичкова Н.Г., Бичков О.А.

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

Мета дослідження – вивчити вміст активованих субпопуляцій лімфоцитів у хворих із артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Методи дослідження. Обстежено 117 хворих із АГ I-II стадії та супутнім ЦД 2 типу. Контрольну групу склали 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю. Діагноз ЦД встановлювався за рекомендаціями Міжнародної Діабетологічної Федерації (IDF), 2005.

Результати. Встановлено, що у хворих на АГ із ЦД 2 типу в імунній системі спостерігаються зміни, характерні для аутоімунних процесів – підвищення кількості активованих лімфоцитів. Рівень $CD25^+$ лімфоцитів перевищував значення контрольної групи у 2,18 рази, 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, перевищуючи рівень контрольної групи в 1,74 рази. Встановлено високий (в 4,21 рази більший за показник у здорових осіб) 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.

Відомо про активну участь у процесах міжклітинної кооперації та розвитку запалення молекул клітинної адгезії. Відносна кількість $CD54^+$ лімфоцитів у пацієнтів із поєднанням АГ та ЦД 2 типу була вірогідно вищою на 76,7 % від значень контрольної групи.

Виходячи з отриманих даних, можна констатувати, що причиною активації Т- і В-лімфоцитів периферичної крові є ЦД 2 типу, основним чинником якого є феномен інсулінорезистентності, в патогенезі якого велику роль відіграють імунологічні порушення, а по мірі його прогресування, активація клітин імунної системи підсилюється з найбільшою ймовірністю за рахунок появи в крові аутоантигенів при порушенні природних бар'єрів.

Висновки. У хворих на АГ із ЦД 2 типу спостерігаються виражені зміни в імунній системі, які характеризуються аутоімунними порушеннями. Найбільш уразливими точками імунної системи у хворих є підвищення вмісту активованих лімфоцитів. Крім аутоімунних та активаційних процесів в імунній системі даних пацієнтів суттєву роль відіграють також проапоптичні впливи, які можуть бути наслідком, з найбільшою ймовірністю, гіперпродукції прозапальних цитокінів.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Бичкова Н.Г., Бичкова С.А.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета роботи – визначити клініко-імунологічну ефективність комплексної терапії рецидивуючої герпетичної інфекції (РГІ) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) ІІІ стадії, поєднане із метаболічним синдромом (МС).

Було обстежено в динаміці комплексного лікування 27 осіб чоловічої статі із поєднанням ХОЗЛ ІІІ стадії та МС, які були інфіковані вірусами Herpesviridae. Усім хворим було проведено визначення антигенів ВПГ І типу та ЦМВ у крові та слині, титру специфічних IgG- та IgM-антитіл до ВПГ І типу та ЦМВ, комплексне імунологічне обстеження до початку лікування та через 1 місяць. Для лікування рецидивів ГІ було застосовано ацикловір по 200 мг 5 разів на день у поєднанні із тилороном курсом 2,5 г та імунофан по 1 мл підшкірно курсом 10 ін'єкцій.

Застосування комплексної терапії рецидивів хронічної ГІ у хворих із тяжкою поєднаною соматичною патологією сприяло відновленню змінених показників клітинної та гуморальної ланок імунної системи та факторів неспецифічного захисту, що супроводжувалося елімінацією вірусу із крові та слини. В динаміці комплексного лікування відбулося відновлення до нормативних значень відносного вмісту CD3+, CD4+ та NK-клітин, нормалізація показників функціональної активності імунокомпетентних клітин, зменшення проявів імунотоксикозу та системного запалення із відновленням вмісту у сироватці крові концентрації про- та протизапальних цитокінів.

Висновки. Застосування ацикловіру у поєднанні із тилороном та імунофаном в комплексній терапії рецидивів ГІ у хворих на ХОЗЛ ІІІ стадії, поєднане із МС, сприяє підвищенню відносного вмісту Т-лімфоцитів периферичної крові та NK-клітин, зменшує прояви дисбалансу концентрації ЦІК та має протизапальну дію із відновленням співвідношення про- та протизапальних цитокінів, не чинить негативного впливу на перебіг поєднаної патології та не викликає загострень ХОЗЛ. Завдяки поєднанню у комплексі лікарських засобів противірусного препарату із індуктором інтерферону та імунокоректором вдалося досягти майже повного відновлення змінених показників клітинної ланки імунної системи, специфічного противірусного захисту, що, безумовно, сприяло зменшенню тяжкості перебігу ГІ та попереджувало розвиток ускладнень, в т.ч. інфекційних загострень ХОЗЛ, летальність від яких навіть на сучасному етапі залишається надзвичайно високою.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕЦИДИВУЮЧОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Бичкова Н.Г., Степаненко В.І., Бичкова С.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Українська військово-медична академія, м. Київ

Мета роботи – визначити особливості клітинної та гуморальної ланок імунної системи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) ІІІ стадії, поєднане із метаболічним синдромом (МС), із наявністю ознак інфікування вірусами групи Herpesviridae.

Було обстежено 52 хворих на ХОЗЛ ІІІ стадії, поєднане із МС, із яких 27 осіб – із поєднанням ХОЗЛ та МС та інфікованих вірусами Herpesviridae із рецидивуючою герпетичною інфекцією (РГІ). У групу порівняння ввійшли 25 пацієнтів із ХОЗЛ та МС без РГІ. Всім хворим було проведено визначення антигенів ВПГ І типу та ЦМВ у крові та слині, титру специфічних IgG- та IgM-антитіл до ВПГ І типу та ЦМВ, комплексне імунологічне обстеження із дослідженням показників клітинної та гуморальної ланок імунної системи, цитокінового статусу.

При дослідженні активності вірусів родини герпесу у крові пацієнтів основної групи не було виявлено активної реплікації вірусів ВПГ 1 типу та ЦМВ, а в слині у 15 хворих (83,3 %) була виявлена активна реплікація ВПГ 1 типу, а у 12 осіб (66,7 %) – ЦМВ. Дослідження рівня IgG-антитіл до ВПГ 1 типу виявило, що у хворих в більшості випадків були наявні високі рівні антитіл IgG до ВПГ 1 типу та ЦМВ у титрі 1:6400. У всіх пацієнтів основної групи мав місце важкий перебіг РГІ із частотою загострень більше 6 разів на рік. В імунологічному статусі хворих основної групи спостерігалися: імунодефіцит переважно Т-клітинної ланки імунної системи та NK-клітин, значне підвищення відносної кількості Т- та В-лімфоцитів із раннім та пізнім маркерами активації на тлі аутоімунних проявів та запальних змін у периферичній крові. В той же час, нами не було виявлено вірогідної різниці у кількості CD54+клітин, які експресують молекулу адгезії ICAM-1.

У пацієнтів, хворих на ХОЗЛ, поєднане із МС, тривала персистенція та антигенна стимуляція грамнегативними та внутрішньоклітинними бактеріями призводила до значного посилення метаболічної активності нейтрофілів, а у пацієнтів із персистенцією ВПГ та ЦМВ внаслідок специфічної супресивної дії вірусу даний показник знижувався до значень у здорових, що свідчить про значне виснаження механізмів неспецифічного захисту імунної системи.

Висновки. Наявність РГІ обумовлює тяжкий перебіг ХОЗЛ, поєднаного із МС, індукує розвиток інфекційних загострень ХОЗЛ та більш виражені прояви системного запалення при атеросклерозі, як морфологічному субстраті МС.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Бичкова С.А., Бичкова Н.Г.

Українська військово-медична академія,

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

Мета роботи – визначити особливості клітинної та гуморальної ланок імунної системи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) ІІІ стадії, поєднане із метаболічним синдромом (МС) та хронічною хворобою нирок (ХХН) І-ІІ стадії.

Обстежено 52 хворих на ХОЗЛ ІІІ стадії, поєднане із МС, середній вік яких становив (51,3 ± 4,2) роки. Основну групу склали 23 особи із поєднанням ХОЗЛ та МС, які мали ХХН І-ІІ стадії. У групу порівняння ввійшли 29 пацієнтів із ХОЗЛ та МС без ХХН. Контрольну групу склали 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Наявність ХХН у хворих на ХОЗЛ ІІІ стадії, поєднане із МС, проявляється наступними порушеннями в клітинній ланці імунної системи – дефіцитом Т-лімфоцитів, зокрема Т-цитотоксичних лімфоцитів/супресорів, В-лімфоцитозом та підвищеним рівнем Т-лімфоцитів із раннім маркером активації, CD54+клітин, які експресують молекулу адгезії ICAM-1, та CD 95+ клітин. Дослідження функціональної активності імунокомпетентних клітин у хворих показало підвищення показників спонтанної проліферативної активності лімфоцитів відносно даних контрольної групи ($p < 0,05$) та зниження стимульованої ФГА проліферативної активності лімфоцитів ($p < 0,05$), що свідчить про виснаження функціонального потенціалу лімфоцитів і обумовлено сумарним постійним впливом бактеріальних агентів, які є індукторами загострень ХОЗЛ, антигенів ушкодженого ендотелію судин та високим вмістом патогенних фракцій ліпідів. Також у даної категорії пацієнтів незалежно від наявності ХХН спостерігалося значне зниження фагоцитарної активності нейтрофілів, що, вочевидь, є первинним патогенетичним дефектом, який саме і сприяє розвитку та прогресуванню ХОЗЛ і обумовлює наявність важких загострень бактеріальної природи. Нами встановлено, що наявність у пацієнтів основної групи ХХН І-ІІ стадії призводить до надлишкового утворення патогенних ЦІК середнього та малого розміру при вірогідному зменшенні рівня фізіологічних ЦІК великого розміру.

Отже, порушення в клітинній ланці імунної системи із дефіцитом Т-супресорів та підвищеним вмістом активованих Т- та В- лімфоцитів, дисбаланс у сироватковому рівні про- та протизапальних цитокінів, поєднані із достовірно підвищеним рівнем патогенних ЦІК малого та середнього розміру, сприяє подальшому прогресуванню ураження нирок у хворих із поєднаною патологією.

МІСЦЕ ФІТОЗБОРІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ІЗ СЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Блецкан М.М., Ганич Т.М., Свистак В.В., Ганич О.Т.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Хронічний гастрит – хронічне запалення слизової оболонки шлунка з процесами її структурної перебудови (клітинною регенерацією та прогресуючою атрофією залозистого епітелію), що супроводжується, як правило, функціональною недостатністю шлунка, порушенням секреторної, моторної та інкреторної функції. Лікування даної нозології повинне бути комплексним і диференційованим.

Метою дослідження було покращення ефективності лікування хворих на хронічний гастрит із секреторною недостатністю за допомогою спеціально розробленого для даного типу нозології фітозбору.

Матеріали та методи. При хронічному гастриті із секреторною недостатністю в комплексне лікування рекомендовано включати фітозбір у вигляді відвару наступного складу: трава деревію звичайного (Achillea millefolius), трава звіробою звичайного (Hypericum perforatum), трава золототисячника звичайного (Centaurium erythraea), квітки ромашки лікарської (Chamomilla recutita), листя подорожника великого (Plantago major). Проведено аналіз хімічного складу окремих компонентів зазначеного фітозбору.

Результати дослідження та їх обговорення. Протизапальні властивості деревію звичайного пов’язані з дією ефірних олій, до складу яких входить хамазулен, відомий як активний протизапальний засіб. Звіробій звичайний володіє вираженою протизапальною дією на слизові оболонки травного тракту (дія дубильних речовин), легкою в’яжучою та бактеріостатичною дією, обмежує ріст патогенної флори (в основному грампозитивної), сприяє нормалізації секреторної функції шлунку – у випадках зниженої кислотності збільшується секреція шлункового соку. Додатково флавоноїди звіробою звичайного (особливо гіперозид) володіють спазмолітичною дією на гладку мускулатуру жовчних протоків, сприяють відтоку жовчі, попереджують її застій в жовчному міхурі та утворення каменів, володіють в’яжучою та бактеріостатичною дією. Золототисячник застосовують для збудження апетиту, покращення травлення та посилення перистальтики кишок. Хамазулен та продукти його редукції (постазулен та бісаболол) ромашки лікарської діють протизапально. Флавоноїди (апігенін, апіїн) та кумарин (герніарин) даної рослини володіють вираженим спазмолітичним ефектом. Листя подорожника великого виявляють багатосторонню терапевтичну дію: секретолітичну, протизапальну, знеболюючу, бактеріостатичну.

Висновки. Запропонований фітозбір можна застосовувати для оптимізації базисних схем лікування хронічного гастриту із секреторною недостатністю.

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДЛЕННОДЕЙСТВУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Бобро Л.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования: оценить функциональное состояние печени у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и остеоартрозом (ОА) на фоне антиартрозной терапии алфлутопом.

Материалы и методы. В исследование были включены 59 пациентов с ультразвуковыми признаками НАЖБП в сочетании с верифицированным на догоспитальном этапе гонартрозом. В исследование не включали пациентов с гонартрозом III-IY степени. Средний возраст больных составил ((52,8 ± 2,32) года. Пациенты были разделены на две репрезентативные группы: основную (30 человек) и сравнения (29 человек). Всем пациентам была рекомендована традиционная для НАЖБП терапия. Дополнительно больным основной группы назначался алфлутоп по 1 мл в/м 1 раз в сутки № 20. Больным группы сравнения при болях в суставах разрешалось дополнительно принимать только парацетамол. Средний срок наблюдения в стационаре составлял (20 ± 1,2) дня, амбулаторно – 3 месяца после завершения лечения в стационаре.

Результаты и их обсуждение. После курса лечения в стационаре в обеих группах увеличилось количество больных с отсутствием абдоминальных жалоб, при этом в основной группе это увеличение было статистически достоверным ($p < 0,05$). Как в основной, так и в контрольной группе, снижение показателей цитолиза и холестаза было достоверным в сравнении с показателями до лечения и показателями доноров ($p < 0,05$). Межгрупповых различий сравниваемых показателей после окончания курса лечения в стационаре не было выявлено ($p > 0,05$). По данным ФиброМакс-теста, до лечения показатели Неш – теста указывали на степень выраженности гепатоза = N_1 у 7 (46,7 %), N_2 – у 8 (54,3 %), при этом по результатам стеато-теста среди обследованных достоверно преобладали пациенты с S_2 стадией стеатоза (60 %, $p < 0,05$). На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика по всем показателям, однако статистическая достоверность была получена только для Акти-теста ($p < 0,05$). Отмечена положительную динамика показателей шкалы Лекена при выписке в блоке «боль и дискомфорт» ($p < 0,05$), через 3 месяца – сохранение эффекта последействия в основной группе пациентов ($p < 0,05$).

Выводы. При применении алфлутопа в комплексном лечении больных с ОА на фоне НАЖБП отрицательного влияния на структурно-функциональные показатели печени не отмечено, что указывает на целесообразность его использования в качестве антиартрозной терапии у данной категории больных.

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Бобро Л.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Панкреатична ферментативна недостатність значною мірою визначає якість життя хворих на хронічний панкреатит (ХП). До мальабсорбції жирів і білків в подальшому приєднується і мальабсорбція кальцію. Формується хибне коло: гіпокальціємія призводить до екскреторної недостатності підшлункової залози (ПЗ), а екскреторна недостатність ПЗ – до мальабсорбції кальцію, що підвищує ризик остеодистрофії.

Мета роботи: підвищення ефективності терапії ХП та профілактики остеопенічного синдрому шляхом корекції кальцієвого балансу.

Матеріали і методи. Обстежено 69 хворих на ХП. Група порівняння – 27 хворих, які отримували загальновизнану «базисну» терапію. Основна група – 34 особи, які додатково отримували препарати кальцію. Корекцію дози кальцію і вітаміну D3 здійснювали з урахуванням статі та віку пацієнта. Наявність ферментативної недостатності ПЗ встановлювали за допомогою фекального еластазного тесту та копрологічного дослідження. Хворих з тяжким ступенем екзокринної недостатності в дослідження включено не було. Середній вік хворих склав (56,4 ± 1,2) роки, жінок було 41 (59,4 %), чоловіків 28 (40,5 %). Термін амбулаторного спостереження – 1 рік.

Результати. До лікування легкий ступінь ферментативної недостатності ПЗ зареєстровано у 27 (44,3 %) пацієнтів; середній ступінь – у 34 (55,1 %) осіб. Також у хворих обох груп було встановлено статистично достовірне ($p < 0,05$) зменшення медіанних показників як загальної фракції кальцію, так й іонізованої. В динаміці лікування у хворих основної групи нормалізація частоти та характеру випорожнень наставала на (6,6 ± 0,2) дні ($p < 0,01$) раніше відносно групи порівняння, зменшення оссалгій – на (10 ± 4,4) днів ($p < 0,01$). В основній групі була достовірно більша, ніж в групі контролю, кількість хворих, у яких наприкінці курсу лікування були усунуті прояви екскреторної недостатності ПЗ ($\chi 2 = 6,74$, $p < 0,05$) та кальцієвого дисбалансу ($\chi 2 = 4,14$, $p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, досягнуто покращення не тільки клінічних, а й біохімічних показників мінерального обміну та екскреторної функції ПЗ. У пацієнтів із хронічним панкреатитом призначення препаратів кальцію додатково до загальновизнаної терапії сприяє статистично достовірній позитивній динаміці перебігу захворювання.

ПРЕДИКТОРИ ОСТЕОПЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З БІЛІАРНИМ СЛАДЖЕМ

Бобро Л.М., Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічні захворювання жовчного міхура, які призводять до патологічних змін кількісних та якісних характеристик жовчі, супроводжуються вагомими порушеннями мінерального обміну, кальцій–регулюючих гормонів, що створює передумови для дисбалансу процесу ремоделювання кісткової тканини.

Мета роботи: дослідити частоту та характер клініко – інструментальних ознак ураження кісткової тканини у хворих на хронічний безкам'яний холецистит із наявністю біліарного сладжу.

Матеріали і методи. Піддано аналізу результати обстеження 62 хворих на хронічний безкам'яний холецистит (ХБХ). Середній вік хворих на ХБХ склав (46,4 ± 3,2 роки, жінок було 36 (58,1 %), чоловіків 26 (41,9 %). Для діагностики стану кісткової тканини застосовувалось анкетування за допомогою хвилинного тесту оцінки ризику остеопорозу, УЗД денситометрія. Досліджували швидкість поширення ультразвуку (ШПУ, м/с), широкосмугове ослаблення ультразвуку (ШОУ, дБ/МГц), індекс міцності кісткової тканини (ІМ КТ, %), показники Т і Z. Статистична обробка отриманих даних виконувалася на персональному комп'ютері з використанням стандартних пакетів програм «Microsoft Excel» та «SPSS Statistiks 17,0».

Результати. Анкетування дозволило виокремити 35 (56,4 %) хворих з високим ризиком наявності остеопорозу. Згідно з результатами УЗД денситометрії, наявність остеопенії виявлено у 19 (63,3 %) таких пацієнтів, у 11 (36,6 %) – остеопороз. Серед пацієнтів, що мали ознаки остеодистрофії, переважали жінки (63,3 % – 19 осіб) проти чоловіків (36,7 % – 11 осіб). За допомогою кореляційного аналізу встановлено достовірний негативний зв′язок між показниками УЗД денситометрії та віком жінок: r Спірмена для ШПУ склав – 0,83 ($p < 0,05$), r Спірмена для ШОУ – 0,76 ($p < 0,05$), ІМ КТ – 0,69 ($p < 0,05$). Проведення кореляційного аналізу у пацієнтів з остеопорозом виявило достовірний зв'язок між показником ШОУ, який відображає якість кісткової тканини, і тривалістю хронічної біліарної патології (r Спірмена – 0,77, $p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів із хронічним холециститом предикторами остеопорозу є тривалість терміну захворювання, наявність біліарного сладжу та жіноча стать, що необхідно враховувати при здійсненні диспансерного нагляду.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Богослав Т.В., Кузнецова Л.Ф., Решетилов Ю.И., Медведев В.В.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Витацентр, г. Запорожье

Множественность сопутствующих заболеваний – важнейшая особенность современного «кардиологического» больного. Частая клиническая ситуация – сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Целью работы было изучение особенностей процессов реполяризации и показателей суточного мониторирования ЭКГ (СМ ЭКГ) у пациентов с сочетанием ИБС и ГЭРБ.

Материал и методы исследования. Обследованы 29 больных: 14 – с сочетанием ИБС и ГЭРБ составили основную группу, и группу сравнения составили 15 пациентов с ИБС. По половому и возрастному составу группы были сопоставимы: средний возраст составил, соответственно, (59 ± 11,4) лет и (59 ± 11,0) лет, женщин было 8 (57,1 %) и 9 (60,0 %), мужчин 6 (42,9 %) и 6 (40,0 %). Верификация ГЭРБ осуществлялась посредством фиброэзофагогастро-дуоденоскопии. Всем проведено СМ ЭКГ, проводилась оценка интервала QT (корригированный – QTc и анализ дисперсии – QTd). Различия считали достоверными при $p < 0.05$.

Результаты. При анализе интервала QT установлено, что средние значения QTc, QTd в группе больных с сочетанной патологией были достоверно большими, чем у пациентов с ИБС ($p < 0,05$).

В группе пациентов с ИБС по сравнению с больными, страдающими сочетанной патологией, несколько реже возникали ишемические изменения и желудочковая экстрасистолия. При использовании условного критерия «желудочковая экстрасистолия и/или депрессия сегмента ST» различия между больными были достоверными ($p < 0,05$) и свидетельствовали о большей частоте встречаемости потенциально опасных изменений на ЭКГ в группе ГЭРБ в сочетании с ИБС, особенно в ночное время. Это требует в терапии этих больных использовать препараты блокирующие желудочное кислотообразование (ингибиторы протонной помпы) и нормализующие моторику.

Выводы.

1. У больных с сочетанием ишемической болезни сердца и ГЭРБ длительность и асинхронность процессов реполяризации миокарда существенно выше, чем у больных с изолированно протекающей ИБС.

2. Гастроэзофагеальный рефлюкс у больных с ишемической болезнью сердца провоцирует потенциально опасные изменения ЭКГ: депрессию сегмента ST и желудочковую экстрасистолию.

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DISABILITY OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Bodryagina E.S., Abdulganieva D.I.
Kazan State Medical University, Russia

The aim of our study was to assess the social, demographic and psychological characteristics of patients with disability IBD.

Materials and methods. The study included 36 patients with IBD on disability, 20 with UC, 16 – to CD. We assessed socio-demographic characteristics of the patients, evaluated quality of his life (QoL) using inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ), assessed prevalence of patients mental health by Hospital anxiety and depression scale (HAD).

Results. Sex distribution showed that in the case of UC 10 were male (50,0 %), 10 (50,0 %) – female, in the case of CD men – 4 (25,0 %), women – 12 (75,0 %) patients. Depending on the place of residence of patients 10 UC patients were urban (50,0 %), 10 (50,0 %) –rural; with CD urban patients were 10 (62,5 %), rural – 6 (37,5 %). The mean age of patients with UC was (40,2 ± 1,4) years, CD – (34,2 ± 1,2) years.

Analysis of marital status showed that among patients with UC unmarried/divorced patients was 13 (65,0 %), 12 of 17 (70,6 %) had a conflictual relationship with their partner, 5 of 9 (55,6 %) – conflicts with children, 6 (30,0 %) had stressful circumstances in childhood. Among patients CD unmarried/divorced were 11 (68,8 %) patients, 4 of 8 (50,0 %) had a conflictual relationship with partner, 9 of 11 (81,8 %) –conflicts with children, 7 (43,8 %) –stressful circumstances in childhood.

Assessment of QoL showed that patients with UC disability had a reduced level of QoL (by IBDQ) – (115,4 ± 9,3) points. Anxiety level was (8,5 ± 1,2) points, the level of depression – (8,5 ± 0,9) (borderline disorder). Patients with CD also had reduced level QoL – (130,1 ± 6,7) points, but it was significantly higher compared to UC patients ($p < 0,05$). Anxiety CD patients was (11,2 ± 0,7) points (clinically significant disorder), depression – (7,0 ± 0,6) points, there was higher levels of anxiety in patients CD compared to UC ($p < 0,05$).

Conclusions. Disability occurs both in male and female patients, somewhat higher percentage of disability among women with CD. In CD cases observed earlier accessions of disability that may be associated with a late diagnosis and the occurrence of various complications. In the analysis of social and family status was determined that most of the patients have an unsatisfactory social status and conflict family relationships. QoL of patients with UC was significantly lower compared with CD, but anxiety was more pronounced among patients with CD. Thus, patients with IBD with disabilities have conflicting family relationships, decreased quality of life and severity of mental disorders – anxiety and depression that affect their social functioning.

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО ІНСУЛІНУ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ПРОГРЕСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Божко В.В., Снігурська І.О., Пенькова М.Ю, Дунаєвська М.М., Островський В.В.

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

Мета роботи – вивчити вплив інсулінорезистентості (ІР) на стан ліпідного, вуглеводного, пуринового обмінів і стан процесів запалювання, товщину комплексу інтима-медіа (ТІМ) у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО)

Матеріали и методи. Були обстежені 102 хворих на АГ 2-3 ступенів (згідно Рекомендацій Асоціації кардіологів України 2011 р.) з АО (ОТ > 102 см у чоловіків та > 88 см – у жінок). У хворих окрім загальноклінічних досліджень, визначення антропометричних показників, в крові визначали розгорнутий ліпідний спектр; рівні глюкози натще і після проведення перорального глюкозотолерантного тесту, інсуліну з розрахунком індексу ІР (HOMA); сечової кислоти (СК); розраховували швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). Товщину ТІМ вимірювали на ультразвуковому діагностичному сканері “VIVID 3” (США). Хворі були розподілені на 2 групи: I група – з наявністю ІР (індекс HOMA > 2,9) – 43 хворих; II група – без ІР (індекс HOMA < 2,9) – 59 хворих.

Результати. Хворі на АГ з АО та ІР, на відміну від хворих без ІР, характеризувались більшими показниками ОТ – (110,9 ± 1,4) см проти (104,8 ± 1,2) см, p = 0,002), вищими рівнями тригліцеридів – (2,31 ± 0,08) ммоль/л проти (1,69 ± 0,01), p = 0,002); холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності: (1,13 ± 0,15) ммоль/л проти (0,66 ± 0,05) ммоль/л, p = 0,001); СК (403,6 ± 12,7) мкмоль/л проти (333,9 ± 12,4) мкмоль/л, p = 0,002). У хворих на АГ з АО з ІР виявлені більш суттєві порушення вуглеводного обміну, в порівнянні з хворими без ІР: вищі рівні глікемії натще (p = 0,002); інсуліну (p < 0,001); показників індексу HOMA (p < 0,001). Наявність у хворих ІР призвело до підвищення ШКФ до (123,3 ± 8,2) мл/мин/1,73 м^2 (у хворих без ІР ШКФ (101,3 ± 6,2) мл/мин/1,73 м^2, p = 0,03). У хворих на АГ з АО та ІР виявлені достовірно більші показники ТІМ, ніж у хворих з нормальною чутливістю тканин до інсуліну (p = 0,01).

Висновки. Розвиток резистентності тканин до інсуліну у хворих на АГ з АО є вкрай несприятливим чинником, який призводить до суттєвого погіршання стану вуглеводного та ліпідного метаболізму, розвитку порушень пуринового обміну та сприяє прогресуванню атеросклеротичного ураження судин, зокрема сонних артерій.

ПРОБЛЕМИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

Бойко А.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Еволюційно-екологічний аналіз свідчить, що характер взаємодії людини з інфекційним чинником на сьогодні зазнав суттєвих змін, і проблема його ренесансу в патології людини є важливою в практичній медицині.

На сьогодні ми спостерігаємо кризу антибактеріальної терапії. За оцінками експертів, у кожному другому випадку антибіотик хворий приймає невиправдано або без рекомендації лікаря. Злий жарт зіграла з нами звичка самостійно вживати антибіотики з будь-якої причини, у разі найменшого натяку на інфекцію. Наприклад, більшість так званих застуд (гострих респіраторних вірусних інфекцій — ГРВІ) не потребують призначення антибактеріальних препаратів, тому що спричинені вірусами, на які ці засоби не діють. Вірусами викликані такі захворювання як грип, кір, вітряна віспа, епідемічний паротит, інфекційний мононуклеоз, гепатити А, В, С та багато інших. При цих захворюваннях так само, як і при ГРВІ, антибіотики слід призначати тільки з появою бактеріальних ускладнень, тобто в разі приєднання вторинної інфекції, а основне лікування потрібно проводити препаратами інших груп (імуноглобуліни, противірусні засоби). Часте й неправильне застосування антибіотиків призвело до прискорення мутацій і виникнення стійких бактерій у небачених масштабах. А на сьогодні не існує жодного принципово нового класу антибіотиків, прийнятого для клінічного застосування найближчим часом.

Боротьба з традиційними бактеріальними збудниками інфекційних захворювань зумовила на сьогодні переважання серед цієї групи екзогенних факторів вірусів, умовно-патогенної та сапрофітної флори. Їхній вплив на діяльність людського організму реалізується принципово іншими механізмами. Вірусна інфекція з її тропністю до епітелію дихальних шляхів, ендотелію судин і лімфоцитів призводить до розладу діяльності імунної системи, місцевих клітинних і гуморальних механізмів. Антигенна близькість умовно-патогенної та сапрофітної флори сприяє реалізації еволюційно сформованого механізму елімінації паразитів, що полягає в альтернативній активації комплементу і мобілізації еозинофілів. Сукупний вплив цих чинників призводить до формування імунодефіциту (виснаження і зриву адаптивно-компенсаторних механізмів імунної системи), до порушення еволюційно сформованих механізмів взаємодії органів та систем організму і його загального стану.

СТАТЬ ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Бойко Т.В., Лихацька Г.В., Лихацька В.О., Бойко В.І., Дончак С.В.

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачовського МОЗ України"

У хворих на поєднану патологію органів травлення часто розвивається остеодефіцит, що значно зростає внаслідок збільшення в популяції кількості людей літнього та старечого віку, у тому числі жінок постменопаузального періоду. Однак, повністю не з'ясовані механізми формування остеодефіциту, роль чинників ризику.

Мета роботи вивчити стать як предиктор розвитку структурно-функціональних змін кісткової тканини у хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД) у поєднанні з хронічним панкреатитом (ХП).

Обстежено 44 хворих на ХГД у поєднанні з ХП. Серед обстежених було 24 чоловіки (54,6 %) та 20 жінок (45,4 %), причому 50,0 % осіб жіночої статі знаходились у доменопаузальному періоді та 50,0 % жінок – у постменопаузальному. Середній вік хворих становив (47,43 ± 2,28) років. Поміж обстежених переважали хворі зрілого віку – 15 осіб (34,1 %). Для подальшої характеристики гетерогенності змін мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) хворі були розділені, згідно з рекомендаціями ВООЗ, на три групи: I групу становили 12 (27,3 %) пацієнтів з нормальною МЩКТ, II групу – 23 (52,3 %) обстежених з остеопенією, III групу – 9 (20,4 %) осіб з ОП. У кожній групі проводили детальну оцінку основних денситометричних показників та аналізували їх для встановлення чинників ризику розвитку остеодефіцитних станів за наявності ХГД у поєднанні з ХП. Аналіз змін КТ у чоловіків і жінок показав, що ОП частіше розвивається в жінок постменопаузального періоду (55,6 % від загальної кількості діагностованого ОП); серед чоловіків та жінок доменопаузального періоду відмічена однакова частота виявлення ОП Порівняльний аналіз кількісних показників в осіб жіночої та чоловічої статей виявив, що в жінок, які знаходились в постменопаузальному періоді, нижчі показники, порівняно з чоловіками та фертильними жінками ($p < 0,01$).

Таким чином, велика частота виявлення остеодефіцитних станів (у 72,7 % обстежених) ще раз вказує на важливість проведення денситометричних досліджень. Виявлено, що стать є важливим детермінантом, що визначає ступінь остеодефіциту, вразливість КТ, поширення та швидкість розвитку ОП.

Висновок. Глибина змін мінеральної щільності кісткової тканини за умов хронічного гастродуоденіту в поєднанні з хронічним панкреатитом залежить від статі хворих, наявності менопаузи у жінок.

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

Болотських Г.В., Рудик Ю.С., Удовиченко М.М.

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

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

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

Матеріали дослідження: Обстежено 71 пацієнт з СНзСФ I-III ФК ішемічного генезу, фракцією викиду лівого шлуночка > 45 %; (42 чоловіка і 38 жінки, середній вік – (60,1 ± 10,4) роки): 42 пацієнта з ЦД 2 типу та 31 – без діабету. Контрольну групу склали 11 практично здорових осіб. У сироватці крові методом ІФА визначали вміст галектіна-3 (Bender MedSystems, Австрія) та інсуліну «Insulin ELISA («DRG Instruments GmbH», Німеччина). Для оцінки ступеня інсулінорезистентності (IP) використовувався гомеостатический індекс IP (HOMA-IR), що розраховувався за формулою: HOMA-IR = глюкоза натще (ммоль/л) х інсулін натще (мкЕД/мл)/22,5). Статистична обробка проводилася за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0. Статистично значущими вважалися відмінності даних і кореляція між даними при $p < 0,05$.

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

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

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В РЕАБИЛАТИЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

[1,2]Болтабоев С.А., [2]Қулдашев Т.А., [3]Искандерова С.Дж.

[1]Наманганский государственный университет,

[2]Наманганское городское медицинское объединение,

[3]Ташкентский институт усовершенствование врачей,

Республика Узбекистан

Цель. Изучение изменений показателей иммунологического статуса в реабилитации больных хронической болезнью почек.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 100 больных в возрасте 16-60 лет. Давность заболевания от 1 года до 5 лет.

До и после лечение изучалось содержание в сыворотки 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 радиальной иммунодиффузии по Манчини).

Исследование проводилось в 2 группах (в каждой группе по 50 человек) в течении 2 лет с применением базисной терапии, которая включала в себя: уроантисептики; иммунокорректор - тимоптин; антисклеротическую фитотерапию, процедуры по увеличению содержания углекислоты в артериальной крови; Кроме того, больные первой группы занимались лечебными танцевальными физическими упражнениями, например: андижанская полька – утром после сна и вечером около 16:00 - 17:00 под музыку. При этом нагрузку увеличивали каждый день постепенно, не забывая о продолжительности и постоянности лечебных танцевальных физических упражнений, индивидуальных особенностей, подготовленности и здоровья больных.

Результаты: до проведения лечебно-реабилитационных процедур выявлено снижение клеточной и повышение гуморальной иммунной защиты.

После окончания лечебно-реабилитационных процедур отмечалось достоверное повышение средних показателей клеточной [в 1-й группе: СД3 -30,6 % ($P < 0,05$); СД4 - 33,2 % ($P < 0,01$); СД8 - 58,6 % ($P < 0,01$); СД19 - 109,2 % ($P < 0,001$); во2-й группе: СД3 - 27,4 % ($P < 0,05$); СД4 - 30,4 % ($P < 0,05$); СД8 - 43,9 % ($P < 0,01$); СД19 - 76,6 % ($P < 0,001$).] и достоверное снижение средних показателей гуморальной [в 1-й группе: IgA - 23,8 % ($P < 0,05$); IgM - 19,8 % ($P < 0,05$); IgG – 58 % ($P < 0,01$); во 2-й группе: IgA - 23,4 % ($P < 0,05$); IgM - 11,9 % ($P < 0,05$); IgG – 41 % ($P < 0,01$)] иммунной защиты организма.

Вывод: полученные положительные эффекты применяемых нами комплексов лечения и реабилитации больных хроническими болезнями почек связаны с синергическим или одинаковым влиянием всех физических факторов, особенно влиянием лечебных музыкально-танцевальных физических упражнений.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ

Бондаренко С.В., Кас И.В., [*]Амелин А.Ф., [*]Додонова Л.А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования,
[*]КУОЗ «Городская поликлиника № 9», г. Харьков, Украина

Реакция личности на соматическую болезнь у ряда больных большей частью бывает отрицательной, но иногда и положительной. Важно, чтобы врач знал о таком отношении пациента к болезни и избирал соответствующий психологический подход к больному и тем самым предупреждал возможность ятрогении. От хирургического вмешательства до гомеопатии психотерапевтическая подготовка пациента в значительной мере определяет положительный результат лечения.

Если речь идёт о фармакотерапии, то достаточно большое воздействие на сознание больных оказывает реклама в средствах массовой информации, пояснения лечащего врача относительно механизма действия и правил приёма данного лекарства. Несколько по-другому выглядит ситуация в отношении физиотерапии. В СМИ крайне редко можно встретить рекламу немедикаментозных методов лечения, да и то касается она преимущественно питьевых минеральных вод, а также аппаратов, применяемых в домашних условиях или в частных клиниках.

Сегодня больной, которому назначены физиопроцедуры, например, в поликлинике, к сожалению, не имеет ни малейшего понятия о том, какова цель данного назначения. Это должен объяснить лечащий врач, отправивший пациента на лечение в физиотерапевтическое отделение, но в реальной жизни этого не происходит. В связи с этим, психотерапевтическое потенцирование действия физических факторов целиком и полностью ложится на плечи медицинского персонала отделения восстановительного лечения.

В идеале же, врач любой специальности обязан уметь использовать методы психотерапевтического воздействия для обоснования назначенной им физиотерапии, показывая ее преимущества. А самое главное преимущество физического лечения в том, что оно, являясь безопасным и не имея побочных эффектов, помогает организму самому справляться с патологическим процессом, направляет механизмы саморегуляции в сторону выздоровления, действенно ведет организм по пути «исцелю себя сам».

Взаимоотношения врача и больного, основанные на доверии, уважении и взаимопонимании, несомненно, способствуют повышению удовлетворенности пациента, приверженности физиотерапии и быстрому восстановлению после болезни.

С развитием медицинских технологий появляются все новые виды физиотерапетических процедур, совершенствуется оборудование, что означает, что у каждого пациента появляются возможности излечения от тех заболеваний, которые раньше лечились крайне сложно и дорого.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА В ПОЗДНЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Борзова О.Ю., Кудрик С.А., Борзова-Коссе С.И.

Харьковский национальный медицинский университет, ХГКБ 27, Украина

Одной из серьезных проблем, влияющих на состояние и трудоспособность пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда, является формирование у них хронической сердечной недостаточности (ХСН), что тесно связано с процессами постинфарктного ремоделирования.

При позднем постинфарктном ремоделировании в процесс вовлекается преимущественно оставшийся непораженным сократительный миокард с дополнительным увеличением объема и расстройством геометрии левого желудочка (ЛЖ). Согласно современным представлениям процессы постинфарктного ремоделирования миокарда и формирования ХСН тесно связаны между собой.

Целью работы явилось изучение морфо-функционального состояния миокарда в позднем постинфарктном периоде.

Нами было обследовано 59 больных (33 мужчины и 26 женщин) в возрасте от 44 до 72 лет с постинфарктным кардиосклерозом.

При эхокардиографическом исследовании определяли конечно-диастолический размер (КДР) и объем (КДО), конечно-систолический размер (КСР) и объем (КСО), фракцию выброса (ФВ), массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс относительной толщины стенки левого желудочка (2 H/D). У всех больных было зарегистрировано снижение фракции выброса: у 39 больных отмечена систолическая дисфункция миокарда (ФВ менее 40 %), у 50 – же пациентов систолическая функция была сохранена (ФВ более 40 %). Обращало на себя внимание увеличение показателей объемов и размеров левого желудочка в систолу и диастолу и ММЛЖ, при чем в группе больных с ФВ менее 40 % значительно более выраженное. В тоже время 2H/D у больных с явлениями систолической дисфункции оказался достоверно ниже, чем у пациентов с ФВ более 40 %. Эти различия позволяют сделать заключение о том, что у больных с ФВ более 40 % процесс постинфарктного ремоделирования носит адаптивный характер, в то время, как у больных с ФВ менее 40 % явно отмечаются признаки дезадаптации, о чем свидетельствуют более выраженная дилатация и гипертрофия левого желудочка. Об этом же говорит и значительное истончение стенки левого желудочка, происходящее параллельно с увеличением ММЛЖ.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У РОБІТНИКІВ МАШИНОБУДІВНОГО ПІДПРИЄМСТВА

[1]Боровик І.Г., [1]Ніколенко Є.Я., [2]Захаров О.Г., [3]Бірючевська Н.Є.

[1]Харківська медична академія післядипломної освіти,

[2]Харківський національний уніерситет імені В.Н. Каразіна,

[3]Херсонська ОКЛ, Україна

Важливою складовою первинної та вторинної профілактики захворювань внутрішніх органів є визначення та керування ризиками хвороб, їхнього прогресування та ускладнень.

Мета роботи – дослідити епідеміологічні аспекти щодо факторів ризику артеріальної гіпертензії (АГ) в організованій популяції працівників підприємства галузі машинобудування (ОППППГМ) та визначити ризики серцево-судинних захворювань (ССЗ) у працюючих.

Обсяг ОППППГМ: 468 працівників, у тому числі 6,62 % жінок та 93,38 % чоловіків, середній вік – (43,8 ± 9,3) років. Обстеження проводилось згідно з наказом МОЗ України від 21.05.2007 №246. Щодо визначення епідеміологічних аспектів АГ та ССЗ застосовували результати медичного обстеження та опитування із застосуванням спеціально розробленої анкети. Підвищений рівень артеріального тиску (АТ) зареєстровано у 29,70 % робітників. Поширеність АГ складала 11,84 % серед працівників зі стажем роботи до 10 років і відповідно – 37,61 % – зі стажем понад 20 років. За рівнем артеріального тиску хворі на АГ були розподілені наступним чином: АГ I ступеня – 77,87 %, АГ II ступеня – 17,21 %, АГ III ступеня – 4,92 %.

Поширеність модифікованих факторів ризику АГ: кількість осіб з надлишковою масою тіла в ОППППГМ становила 6,20 %, у тому числі 5,78 % серед здорових осіб та 7,20 – серед працівників з підвищеним рівнем АТ. Поширеність тютюнокуріння становила 57,05 % в ОППППГМ, у тому числі 56,53 % серед здорових осіб та 58,27 – серед працівників з підвищеним рівнем АТ. Результати опитування щодо обтяженої спадковості стосовно гіпертонічної хвороби суттєво відрізнялися серед здорових та працівників з АГ, в цілому в ОППППГМ було 37,18 % осіб з обтяженою спадковістю, серед здорових – 23,10 % та 70,50 % – серед хворих на АГ. За результатами електрокардіографії ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) було виявлено у 27,05 хворих на АГ, з них за ознакою Соколова-Лайона в 54,54 %, за Корнельською ознакою – в 33,33 %, за амплітудою зубця RaVL – в 21,21 % випадків.

Розподіл працівників з підвищеним рівнем АТ стосовно ризику щодо ССЗ: низький – 10,07 %, середній – 57,56 %, високий – 27,34 %, дуже високий – 5,03 %.

Таким чином, серед працівників ОППППГМ є такі, що потребують проведення заходів первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань, причому вторинну профілактику варто проводити з урахуванням індивідуального ризику ССЗ.

ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Боровик І.Г., Ніколенко Є.Я., Ткач С.І., *Захаров О.Г., Багмут В.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

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

Мета: визначити пріоритетні напрями роботи щодо зниження професійної захворюваності (ПЗ) працюючих.

Матеріали: чинні нормативні документи щодо медико-санітарної допомоги працюючим в шкідливих та небезпечних умовах, статистичні дані державної санітарно-епідеміологічної служби (СЕС), фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань України (Фонд).

Рівень ПЗ в Україні є досить високим і нестабільним: за даними державної СЕС, у 2008 році він досягнув максимуму за 2006-2010 рр. Статистичні дані Фонду свідчать про збільшення кількості постраждалих до 5396 у 2011, 5612 – у 2012, 5861 – у 2013 році. На сьогодні заходи санітарних лікарів державної СЕС не забезпечують попереджувального впливу на стан ПЗ. Ефективна профілактика ПЗ є можливою за умови зниження рівня шкідливих виробничих факторів (ШВФ) на робочих місцях чи впровадження методики захисту часом працюючих (МЗЧП), тобто тривалості дії на робітників ШВФ. Підставою щодо запровадження МЗЧП є доведений дозо-залежний вплив ШВФ фізичного, хімічного походження на стан здоров'я працюючих. В Україні на законодавчому рівні створено передумови для впровадження в практику методології керування ризиками ПЗ: з 2006 р. запроваджено державний соціально-гігієнічний моніторинг.

Заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), що проводять попередні та періодичні медичні огляди згідно з наказом МОЗ № 246, фактично констатують наявність чи відсутність у працюючих проявів професійних захворювань, роблять певний внесок у попередження їхнього розвитку шляхом прийняття рішення про непридатність до роботи робітників з захворюваннями, що сприяють більшій уразливості працівників щодо ПЗ.

Клініко-епідеміологічні дослідження за участю фахівців державної СЕС, НДІ гігієнічного профілю, ЗОЗ створюють підстави для визначення граничних термінів роботи в умовах дії ШВФ з прийнятним ризиком щодо розвитку професійних захворювань. У свою чергу, це створює передумови стосовно керування ризиками ПЗ. Для впровадження результатів цих досліджень у практику необхідно запровадити в Україні контрактну системи найму працюючих в умовах дії ШВФ, що потребує внесення змін до законодавства України про працю, залучення до робіт фахівців Міністерства соціальної політики, Міністерства юстиції тощо.

Таким чином, профілактика професійної захворюваності працюючих є можливою за умови вирішення завдань на законодавчому рівні та перебудови стратегії профілактичної роботи державної СЕС та ЗОЗ щодо надання медико-санітарної допомоги робітникам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРСОСАНА ПРИ АЛКОГОЛЬНО- ВИРУСНОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

Бочкова Л.П., Вахидова С.Б., Курбанова Ф.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан

Проблема алкогольно-вирусных поражений печени является весьма актуальной. Сочетание токсического влияния на печень алкоголя и вирусоносительства приводит к более раннему развитию и прогрессированию фиброза печени. Частота HBV-инфекции и HCV-носительства среди людей, злоупотребляющих алкоголем, составляет 30-40 % (Звягинцева Т.Д. и др. 2009 г.).

Цель исследования: изучение влияния урсосана на некоторые биохимические показатели печени у больных при алкогольном поражении печени в сочетании с HBV-инфекцией.

Материалы и методы: было обследовано 20 больных с алкогольным поражением печени. Всем больным проведено серологическое исследование (полимеразно- епная реакция) с целью определения стадии вирусного поражения печени HBV-вируса; биохимические исследования – содержание общего билирубина, уровень ферментов (АЛТ, АСТ), общего белка в сыворотке крови.

При клиническом обследовании у 15 больных (75 %) доминировали диспептические нарушения – тошнота, отсутствие аппетита, непереносимость жирной пищи, отрыжка, горечь во рту, субъиктеричность склер отмечалось у 10 больных (50 %). Отклонения в биохимических показателях были незначительные: небольшая ферментемия (АЛТ – (1,25 ± 0,01)) у12 больных (60 %), содержание общего билирубина (25,92 ± 0,02) у 14 больных (70 %), некоторое снижение общего белка у 16 больных (80 %). При УЗИ обследовании у всех больных выявлена повышенная эхогенность ткани печени, некоторое увеличение размеров печени. Обследуемой группе больных был назначен препарат урсосан в дозе 10 мг/кг в течении месяца.

Результаты исследования показали улучшение общего самочувствия больных, значительное уменьшение диспептических симптомов у всех больных, субъиктеричности склер у 50 % больных, положительная динамика в биохимических показателях – нормализация уровня АЛТ у 10 больных (50 %), билирубина – у 12 больных (60 %), повышение содержания общего белка у 10 больных (50 %). У 30 % больных HBV-вирус в крови не определялся.

Таким образом, включение в терапию больным с алкогольным поражением печени на фоне вирусоносительства (HBV) урсосана оказывает положительное влияние как на клинические проявления заболевания, так и на биохимические показатели печени, свидетельствующие об улучшении внутрипечёночного холестаза, синтетической функции печени.

КОРЕКЦІЯ СТАНУ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ РІВНОВАГИ ПРИ СИЛІКОЗІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Братусь В.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити ефективність застосування тіотриазоліну і кверцетину на тлі традиційної схеми лікування силікозу з ішемічною хворобою серця (ІХС) для корекції стану оксидантно-антиоксидантної рівноваги.

У хворих на силікоз з ІХС до лікування виявлено суттєвий зсув оксидантно-антиоксидантної рівноваги у бік оксидантів, що підтверджується підвищенням ТБК-реактантів на тлі зниження активності антиоксидантних ферментів супероксиддисмутази (СОД) та каталази (КТ).

На 30-ту добу застосування традиційної схеми лікування хворими на силікоз I стадії з ІХС спостерігалося, порівняно з контролем, підвищення ($p < 0,01$) вмісту ТБК-реактантів (на 11 %) на тлі зниження ($p < 0,001$) активності СОД (на 35 %) і КТ (на 49 %). Такі зміни є менш виразними, ніж у відсутності лікування, мають тенденцію наближення до контрольних значень. При порівнянні показників при традиційному лікуванні з показниками до його використання спостерігався статистично значуще ($p < 0,002$) зменшений вміст ТБК-реактантів (на 29 %) при підвищеній активності СОД (на 100 %). При традиційній схемі лікування активність КТ практично не відрізнялася від значень до проведення терапевтичних заходів ($p = 0,36$). У разі додавання до традиційної схеми тіотриазоліну та кверцетину не виявлено статистично значущої різниці при порівнянні з контролем вмісту ТБК-реактантів ($p = 0,99$), активності СОД ($p = 0,83$) і КТ ($p = 0,857$). Відносно традиційної схеми лікування виявлялося статистично значуще ($p < 0,024$) зменшення рівня ТБК-реактантів (на 16 %) на тлі підвищення активності СОД (на 90 %) і КТ (на 82 %).

На 30-ту добу застосування традиційної схеми лікування хворими на силікоз II стадії з ІХС підвищеним ($p < 0,001$), порівняно з контролем, залишався вміст ТБК-реактантів (на 36 %) на тлі зниження ($p < 0,001$) СОД (на 29 %) і КТ (на 42 %). Збільшеною ($p < 0,001$), порівняно з показниками до лікування, виявилася активність СОД (на 120 %) при зниженні ($p < 0,008$) вмісту ТБК-реактантів (на 20 %). Додавання тіотриазоліну та кверцетину до традиційної терапевтичної схеми не виявило статистично значущої різниці при порівнянні з контролем вмісту ТБК-реактантів ($p = 0,596$), активності СОД ($p = 0,413$) і КТ ($p = 0,478$). Відносно показників до лікування виявлялося статистично значуще ($p < 0,015$) збільшення активності СОД (на 220 %), КТ (на 86 %); але при цьому статистично значуще зменшеним ($p < 0,001$) був рівень ТБК-реактантів (на 42 %).

Таким чином, тіотриазолін і кверцетин доцільно використовувати паралельно з основною схемою терапії, що значно підвищує ефективність останньої та зменшує ризик розвитку побічних ефектів і медикаментозних ускладнень.

РОЛЬ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ В РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ІІ СТУПЕНЯ

Бутікова О.О., Власенко О.М., Власенко М.А., Ромаданова О.І.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Стратегічні напрямки лікування захворювань нирок полягають в усуненні механізмів прогресуючого зниження їх функції з обґрунтуванням терапевтичних підходів до переривання патологічного процесу. Дисфункція ендотелію у вигляді переважання вазоспастичних реакцій як результат дисбалансу між вазоконстрикцією і вазодилатацією призводить до підвищення рівня АТ. Наявність артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих хронічною хворобою нирок (ХХН) є причиною розвитку ускладнень з боку серцево-судинної системи: інфаркту міокарда та мозкового інсульту.

Матеріали і методи. Судинні механізми патогенезу АГ у хворих ХХН вивчали у 73 пацієнтів віком (54,2 ± 6,2) роки, які відповідали критеріям ХХН ІІ ступеня, встановленими за отриманими результатами швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), діагноз передбачав наявність неускладненої АГ ІІ-ІІІ ступеня. Статистична обробка результатів проводилася методами непараметричної статистики, порівняння дискретних величин між групами проводили за допомогою критерію x^2, величин незалежних вибірок з використанням критерію Манна-Уїтні. Вивчення функціонального стану судинного ендотелію проводили за допомогою допплерографії плечових артерій (ПА) з визначенням судинорухової і вазодилататорної функції ендотелію при проведенні проб з оклюзією («манжеткова» проба) і з периферичним вазодилататором нітрогліцерином (апарат «Logiq»-500 МО, лінійний датчик 6,5-13,0 МГц, США). Ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД) розраховували як співвідношення зміни діаметра ПА у фазу реактивної гіперемії по відношенню до його значення в стані спокою, визначену у відсотках.

Результати досліджень. У хворих в 60 % випадків зустрічалась знижена вазодилататорна реакція та вазоконстрікція у 12,6 %. Нормальний характер вазодилатації склав 27,4 %, при цьому ендотелійнезалежна вазодилатація (ЕНВД) ПА на декомпресію була знижена на 51,1 % ($p > 0,05$), патологічна констрікторна реакція мала місце у 72,6 % хворих ($p > 0,05$). Зменшення приросту діаметра ПА на декомпресію в загальній групі хворих ХХН з АГ склала 51,1 %: при АГ ІІ ст. – на 48,8 % і АГ ІІІ ст. на 52,2 % ($p > 0,01$). Приріст ЕНВД при АГ ІІІ ст. був знижений на 16,5 % і ЕЗВД на 19,4 %? відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. Ендотеліальна дисфункція при АГ ниркового походження проявляється в зниженні ЕЗВД і ЕНВД, що сприяє підвищенню АТ, розвитку АГ і може бути визначальною мішенню фармакологічної корекції.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Васильев А.Г., Абдулганиева Д.И., Садриева А.А., Мясоутова Л.И.
ГБОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет", Российская Федерация

Цель – определить и сравнить характер изменений минеральной плотности кости (МПК) у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и анкилозирующим спондилитом (АС).

Материалы и методы. Проведено обследование 52 пациентов с достоверным диагнозом РА (критерии 1987г.): женщин – 28 (53,8 %), мужчин – 24 (46,2 %), в возрасте от 25 до 67 лет (средний возраст – (42,5 ± 11,3)), с длительностью заболевания – (8,2 ± 6,7) лет. Также было обследовано 58 пациентов с достоверным диагнозом АС по критериям ASAS (мужчины – 33 (56,9 %), женщины – 25 (43,1 %), средний возраст – (44,1 ± 8,2) лет, средняя длительность заболевания – (6,9 ± 3,9) лет. Достоверных отличий по полу и возрасту в этих группах не выявлено.

Результаты и обсуждения. В соответствии с критериями ВОЗ при оценке МПК в поясничном отделе позвоночника у пациентов с РА нормальная МПК отмечалась у 8 (15,4 %) пациентов, остеопения – у 29 (55,8 %) и ОП – у 15 (28,8 %) человек. В шейке бедра нормальная МПК наблюдалась у 15 (28,8 %) пациентов с РА, остеопения – у 24 (46,2 %) и ОП – у 13 (25,0 %) пациентов. Среди пациентов с АС нормальная МПК отмечалась у 10 (17,2 %) пациентов, остеопения – у 33 (56,9 %) и ОП – у 15 (25,8 %) человек. В проксимальном отделе бедра нормальная МПК наблюдалась у 12 (20,7 %) пациентов с РА, остеопения – у 32 (55,2 %) и ОП – у 14 (24,1 %) пациентов. При сравнении МПК в 3 точках оказалось, что у пациентов с РА МПК достоверно ниже ($p < 0,01$) в шейке бедра (0,87 ± 0,18) и дистальном отделе предплечья (0,81 ± 0,32), чем у пациентов с АС (МПК в шейке бедра (0,90 ± 0,18); в дистальном отделе предплечья (0,85 ± 0,29)). Для поясничного отдела позвоночника подобные различия МПК в обеих группах были установлены, но оказались не достоверны. При оценке функционального статуса оказалось, что у пациентов с РА высокий индекс HAQ, число болезненных и припухших суставов достоверно ($p < 0,05$) коррелируют с более выраженным снижением МПК как в позвоночнике, так и в шейке бедра. При АС подобная корреляция наблюдалась в позвоночнике, но оказалась не достоверной.

Выводы. В данном исследовании было показано, что снижение МПК наблюдается у значительного числа пациентов с РА и АС. При РА снижение МПК в позвоночнике достоверно коррелирует со сниженным функциональным статусом и повышенным числом болезненных и припухших суставов. При АС эта связь оказалась не достоверной.

ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ЭКТОПИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ватутин Н.Т., Христиченко М.А., Кетинг Е.В., Картамышева Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: оценить влияние буспирона гидрохлорида на эктопическую активность миокарда у больных с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Методы исследования. В исследование включены 102 пациента (65 мужчин и 37 женщины, средний возраст – (67,4 ± 9,5) года) с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA, которым в связи с выявленными ТДР был назначен буспирона гидрохлорид в дозе 10 мг 3 раза в день. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II-III ФК, 67 из них (65,7 %) перенесли инфаркт миокарда. Обследованные получали стандартную терапию ХСН и ишемической болезни сердца. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие другие психотропные препараты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Исходно и через 3 месяца приема буспирона гидрохлорида проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы с помощью комплекса “Кардиотехника 4000” («ИНКАРТ», Россия). Оценивались распространенность экстрасистолической аритмии (ЭА), среднее суммарное количество желудочковых и суправентрикулярных экстрасистол за сутки у одного пациента.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0. Данные представлялись в виде среднее ± стандартное отклонение. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Исходно ЭА встречалась у 96 (94,1 %) обследованных, при этом у 42 (43,8 %) – суправентрикулярная, у 29 (30,2 %) – желудочковая, а у 25 (26,0 %) – политопная; среднее количество экстрасистол у одного пациента составило (1538,7 ± 406,1) за сутки. При повторном обследовании ЭА зарегистрирована у 83 (81,4 %) больных ($p < 0,01$), причем у 33 (39,8 %) – суправентрикулярная, 28 (33,7 %) – желудочковая, 22 (26,5 %) – политопная; среднее количество экстрасистол у одного пациента составило (921,3 ± 211,9) за сутки ($p < 0,05$).

Выводы. Прием буспирона гидрохлорида позволяет снизить эктопическую активность миокарда у пациентов с ТДР и ХСН ишемической этиологии.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ КАТАСТРОФЫ

Вахидова С.Б., Бочкова Л.П., Курбанова Ф.Р.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан

Известно, что метаболический синдром (МС) является фактором риска развития ишемической болезни сердца. В основе ускоренного развития ИБС лежат эндотелиальная дисфункция коронарных артерий, дислипидемия, приводящие к развитию раннего атеросклероза, который является ключевым фактором риска формирования острой коронарной недостаточности (И.Е. Чазова, В.Б. Мычка). Именно поэтому оптимизация лечения острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов с метаболическим синдромом является актуальной проблемой в кардиологии.

Цель работы. Изучение особенностей течения ОКС у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Исследования проводились у 50 больных ОКС, которые были разделены на 2 группы: 30 больных с МС, 20 больных без МС. В основной группе у 12 больных (40 %) – диагностирован ОКС с подъемом сегмента S-T, у 18 больных (60 %) – ОКС без подъема S-T. Аналогичные показатели в контрольной группе были – 12 (60 %) и 8 (40 %).Средний возраст пациентов I группы составил (43,4 ± 3,7), II группы – (64,8 ± 4,3) лет.

Диагноз метаболического синдрома ставился на основании нарушение толерантности к углеводам (изучение гипергликемии через 1 час после нагрузки), абдоминального ожирения, артериальной гипертонии, дислипидемии. В контрольной группе АГ была диагностирована у 8 (40 %) пациентов, ожирение у 4 (20 %), умеренная дислипидемия у 3 (15 %) больных. Все больные получали базисную терапию, включающую антикоагулянты прямого действия, антиагреганты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Больные тромболитическую терапию не получали, из-за позднего поступления от начала болевого синдрома.

Результаты. Установлено, что ОКС на фоне МС возникает в более ранней возрастной группе, сопровождается повышением ЛПНП, ТГ.

Клиническая картина течения ОКС в I группе отличалась замедленной эволюцией изменений ЭКГ, более частыми проявлениями сердечной недостаточности (25 %), аритмиями(28 %). В контрольной группе эти показатели составили – соответственно, 17 % и 22 %. Летальность в I группе отмечена у 4 (13,3 %) больных, во II группе – у 1 (5 %) пациента.

Выводы. Таким образом, метаболический синдром утяжеляет течение ОКС, замедляет восстановление нарушенного коронарного кровотока. Это требует раннего выявления пациентов с метаболическим синдромом и коррекции основных его факторов для предупреждения сердечно-сосудистой катастрофы.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З УРАХУВАННЯМ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ

Вацеба М.О.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета дослідження. Вивчення особливостей ендотеліальної дисфункції (ЕД) та артеріальної жорсткості у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) ІІ ступеня з супутньою подагрою, в залежності від ступеня ожиріння.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 хворих, з яких 42 з есенціальною АГ (ЕАГ) ІІ ступеня, ожирінням та подагрою та 18 з ЕАГ ІІ ступеня, без ожиріння та подагри. Хворі поділені в 4 групи. І група – 18 хворих на АГ ІІ ступеня, без ожиріння та подагри; ІІ група – 20 хворих з ожирінням І ступеня, АГ ІІ ступеня та подагрою, ІІІ група – 12 хворих з ожирінням ІІ ступеня, АГ ІІ ступеня та подагрою та IV група – 10 хворих з ожирінням ІІІ ступеня, АГ ІІ ступеня, та подагрою. Аналізували динаміку індексу жорсткості аорти (ІЖА, мм. рт. ст./мл.), товщину інтимо-медійного комплексу (ТІМК, мм), значення ендотелій-залежної вазодилатації (ЕЗВД), ендотелій-незалежної вазодилатації (ЕНЗВД)та CAVI-маркера.

Результати дослідження. Прогресування погіршення пружно-еластичних властивостей судин за достовірним збільшенням показників ТІМК, ШППХ, CAVI та ІЖА, були відповідними до збільшення ступеня ожиріння. Рівень ЕТ-1 найвищий у хворих з ожирінням ІІІ ступеня, більший ніж у контрольній групі на 102,3 % ($p < 0,001$), а у хворих на АГ на 31,4 % ($p < 0,001$). Значення ЕЗВД та ЕНЗВД були найнизькими у хворих з ожирінням ІІІ ступеня. ЕЗВД на 68,7 % ($p < 0,05$) меншою у порівнянні з контрольною групою, на 49,8 % ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими на АГ. ЕНЗВД на 38,8 % ($p < 0,05$) порівняно з групою контролю і – 20,7 % ($p < 0,001$) з групою хворих на АГ. ТІМК у хворих з ожирінням ІІІ ступеня була вищою на 21,0 % ($p < 0,001$) порівняно з групою контролю і на 7,8 % ($p < 0,001$) порівняно з групою хворих на АГ. Рівень CAVI у хворих з ожирінням ІІІ ступеня був більшим на 78,4 % ($p < 0,001$) порівняно з групою контролю та на 30,1 % ($p < 0,001$) порівняно з хворими на АГ. Рівень ШППХ у хворих на АГ з ожирінням ІІІ ступеня та подагрою перевищував рівень в контрольній групі на 49,4 % ($p < 0,001$), а в групі хворих на АГ – на 30,9 % ($p < 0,001$). Наявність ожиріння та подагри суттєво погіршують перебіг АГ та впливають на жорсткість артеріальної стінки і сприяють ЕД. Слід відмітити, що прояви ЕД та артеріальної жорсткості погіршувались зі збільшенням ступеня ожиріння. Розвиток такої коморбідної патології супроводжується більш вираженим зниженням пружно-еластичних властивостей артерій та порушенням функції ендотелію, внаслідок чого погіршується перебіг захворювання в цілому.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

Вдовіченко Н.І., Коляда Т.І., Тупотілов О.В.

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

Мета: дослідити динаміку імунологічних показників в періоди загострення та реконвалесценції у хворих на різні форми хронічного тонзиліту (ХТ), в тому числі у поєднанні з ревматоїдним артритом (РА).

Матеріал і методи дослідження: об'єктом дослідження були 19 осіб із компенсованою формою ХТ (ХТк), 15 осіб – з декомпенсованою формою ХТ (ХТд), 9 осіб із ХТд у поєднанні з РА у стадії ремісії (ХТд+РА). Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб. Середній вік обстежених дорівнював (34,4 ± 0,8) рокам. В периферичній крові визначали відносний рівень CD_3+, CD_4+, CD_8+, CD_{16}+, CD_{19}+-клітин за допомогою моноклональних антитіл до диференціювальних антигенів лімфоцитів непрямим імунофлуоресцентним методом. Консервативне лікування виконувалося згідно протоколу надання медичної допомоги хворим з хронічним тонзилітом.

Результати та їх обговорення: аналіз вмісту субпопуляцій циркулюючих лімфоцитів в порівнянні з контролем, продемонстрував, що для хворих ХТд характерним було достовірне зниження кількості CD_4+-клітин і тенденція до зниження CD_3+-клітин. В групі хворих ХТд+РА напроти, спостерігалось достовірне підвищення рівня CD_4+-клітин то зростання співвідношення CD_4+/CD_8+. Кількість CD_8+-клітин у хворих з ХТд достовірно нижче за норму. У зв'язку з цим співвідношення CD_4+/CD_8+ зросло порівняно з нормою і найбільше значення коефіцієнту спостерігалось в групах ХТд+РА та ХТд. Також при ХТд спостерігали зменшення вмісту CD_{16}+-клітин, рівень якого був достовірно нижче контролю в групах ХТд та ХТд+РА. Рівень CD_{19}+- клітин вірогідно не відрізнявся від контролю у всіх групах, крім групи ХТд. В крові пацієнтів групи ХТд спостерігали збільшення відсотку CD_{19}+-клітин в 2 рази відносно контролю, та, навпаки, зниження кількості лімфоцитів із цитотоксичними функціями (CD_8+- та CD_{16}+-клітин). Після консервативного лікування, що виконувалося згідно протоколу надання медичної допомоги хворим з ХТ, в групі ХТк вміст всіх субпопуляцій циркулюючих лімфоцитів не відрізнявся від контрольних значень. У групі хворих з ХТд показники вмісту субпопуляцій CD8+-клітин та CD16+-клітин залишилися знижені. У групі ХТд+РА – всі показники не відрізнялися від контрольних, крім CD_{16}+-клітин, що були достовірно знижені. Співвідношення CD_4+/CD_8+ після проведеного лікування нормалізується в усіх групах.

GROWTH DIFFERENTIATION FACTOR 15 В РАЗВИТИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Вишневская И.Р., Копица Н.П., Литвин Е.И., Гилева Я.В., Дегтярева О.В.

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

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

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

Материалы и методы: было обследовано 70 больных с ОКС, 77 % мужчин и 23 % женщин, средний возраст составил (61,8 ± 1,3) года. Среди них 54 % больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q (ОИМ с Q), 20 % больных острым инфарктом миокарда без зубца Q (ОИМ без Q), 26 % больных нестабильной стенокардией (НС). Всем больным было проведено стандартное обследование. Для стратификации риска развития осложнений ОКС была использовна шкала GRACE. Была рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по методу Modification of Diet in Renal Disease (MDRD). Все больные были разделены на группы в зависимости от уровня СКФ: > 90мл/мин, 60-90 мл/мин, 45-60 мл/мин, 30-45 мл/мин и <30 мл/мин. Дополнительно, в первые сутки был определен уровень GDF 15 с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты: статистичекий анализ результатов показал, что средний уровень СКФ в группе обследованных больных составил (57,4 ± 2,28) мл/мин, GDF 15 (4277 ± 536,2) пг/мл. Анализ исследуемых параметров показал, что корреляционная взаимосвязь между СКФ и GDF 15 увеличивалась по мере снижения СКФ. Наиболее значимая взаимосвязь ($r = -0,5$; $p < 0,05$) установлена в группе, где СКФ составила ≤ 45 мл/мин и ≤ 30 мл/мин ($r = -0,7$; $p < 0,05$).

Выводы: проведенное исследование показало наличие выраженной взаимосвязи между уровнем GDF 15, кретинином сыворотки крови и СКФ, что дает нам основания говорить о возможном использовании данного биомаркера в диагностике КРС.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Волков В.И., Сердобинская-Канивец Э.Н., Серик С.А., Крахмалова Е.О.

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

Цель: изучить особенности ремоделирования общих сонных артерий (ОСА) у пациентов с сахарный диабетом 2 типа (СД) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследованиевключили 59 пациентов. Среди обследованных у 50 человек была ИБС, из них у 23диагностирован СД 2 типа. Группу контроля (отсутствие ИБС иСД)составили9 человек. Группы больных с диабетом и без диабета были сопоставимы по возрасту и полу. Всем участникам проводили исследование ОСА методом ультразвукового сканирования на аппарате "LOGIC–5" (GE, США) линейным частотным датчиком 5-10 МГц. Определяли толщину комплекса интима-медия (ТИМ), интерадвентициальный диаметр (ИАД). Диаметр просвета (ДП) вычисляли по формуле ДП=ИАД-(2 × ТИМ) в сантиметрах. Статистические данные обрабатывали с использованием программы Statistika 10.0 (StatSoftInc, США).

Результаты. Наиболее выраженные изменения сосудистой стенки отмечались в группе диабета. Так, ТИМ справа и слева при СД ((0,097 ± 0,004) и (0,101 ± 0,006)) была выше, чем в группе без СД ((0,090 ± 0,002) и (0,090 ± 0,003)) и выше, чем в группе контроля ((0,060 ± 0,004) и (0,067 ± 0,004)) ($p < 0,05$). Показатели ИАД справа и слева у больных с СД ((0,778 ± 0,01) и (0,793 ± 0,01)) также оказались выше, чем в группе без СД ((0,749 ± 0,01) и (0,742 ± 0,001)) и в группе контроля ((0,676 ± 0,02) и (0,690 ± 0,01)) ($p < 0,05$). Аналогичная ситуация прослеживалась и по ДП справа и слева, которая при СД составила ((0,589 ± 0,01) и (0,591 ± 0,01)), без СД ((0,569 ± 0,01) и (0,561 ± 0,01)) и в группе контроля ((0,556 ± 0,02) и (0,556 ± 0,01)) ($p < 0,05$). В группе без СД показатели ИАД и ТИМ также оказались выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$). ДП в группе без СД был выше, чем в группе контроля, но разница оказалась незначимой ($p < 0,05$).

Учитывая имеющуюся в обеих группах тенденцию к увеличению ДП и ИАД, мы получили модель наружного компенсаторного ремоделирования.

Выводы. В обследованных группах ИБС с СД и без СД отмечено наружное ремоделирование ОСА. У больных с СД изменения сосудистой стенки более выражены, чем без СД. При СД ремоделирование обусловлено увеличением просвета сосуда, его толщины и ИАД. У лиц без СД изменение сосудов происходит преимущественно за счет увеличения толщины стенки и ИАД.

ЛІПОПРОТЕЇНВМІСНІ ІМУННІ КОМПЛЕКСИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ПОСТІНФАРКТНОМУ КАРДІОСКЛЕРОЗІ

Волков В.І., Серік С.А., Сердобінська-Канівець Е.М., Ткаченко В.І., Ченчик Т.О.

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

Метою роботи стало дослідження рівнів ліпопротеїнвмісних імунних комплексів у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу при прогресуванні серцевої недостатності (СН) у залежності від наявності в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали і методи. Обстежено 90 хворих на ІХС та цукровий діабет 2 типу з СН II-IV функціональних класів (ФК), у тому числі 44 – з СН II ФК і 46 – з СН III-IV ФК. Серед пацієнтів з СН II ФК 18 мали постінфарктний кардіосклероз (ПІКС). В групі хворих з СН III-IV ФК інфаркт в минулому перенесли 28 пацієнтів. Даність перенесеного інфаркту становила не менш 3 місяців. Групу контролю склали 19 практично здорових осіб. Ліпопротеїнвмісні імунні комплекси з антитілами IgA, IgM, IgG ізотипів (ЛП-IgA, ЛП-IgM, ЛП-IgG) визначали імуноферментним методом.

Результати. При СН II ФК з ПІКС встановлено зростання відносно контролю рівнів ЛП-IgG ((1,29 ± 0,13) ст. о. vs (0,99 ± 0,09) ст. о., $p < 0,05$), у той же час у хворих без ПІКС вміст ЛП-IgG ((1,25 ± 0,11) ст. о.) був трохи меншим і достовірно від контрольної групи не відрізнявся. Рівні ЛП-IgA в обох підгрупах ((1,45 ± 0,11) ст. о. та (1,51 ± 0,12) ст. о., відповідно) були вище, ніж в контрольній групі ((0,97 ± 0,10) ст. о.) ($p < 0,05$), а між собою не відрізнялись. У хворих з ПІКС підвищувались у порівнянні з контрольною групою рівні ЛП-IgM ((1,24 ± 0,11) ст. о. vs (1,00 ±0,11) ст. о., $p < 0,05$), а їх приріст відносно пацієнтів без ПІКС ((1,04 ± 0,11) ст. о.) був статистично незначущим. При СН III-IV ФК рівні ЛП-IgG та ЛП-IgA зростали у більшому ступені і у пацієнтів як з ПІКС ((1,66 ± 0,15) ст. о., (1,80 ± 0,13) ст. о., відповідно), так і без нього ((1,58 ± 0,13) ст. о., (1,84±0,15) ст. о., відповідно) однаково достовірно перевищували показники контрольної групи ($p < 0,05$). Але тільки у хворих з ПІКС рівні ЛП-IgG при СН III-IV ФК були більшими, ніж при СН II ФК ($p < 0,05$). Збільшення вмісту ЛП-IgM при СН III-IV ФК як у хворих з ПІКС ((1,22 ± 0,13) ст. о.), так і без нього ((1,23 ± 0,15) ст. о.) у порівнянні з контролем було незначущим.

Висновки. У хворих на ІХС з цукровим діабетом 2 типу при початковій СН при постінфарктному кардіосклерозі на відміну від пацієнтів без інфаркту міокарда в анамнезі відзначалось істотне зростання не тільки ЛП-IgA, але й ЛП-IgG та ЛП-IgM. При вираженій СН у порівнянні з початковою СН лише у хворих з постінфарктним кардіосклерозом виявлено збільшення рівнів ЛП-IgG, а відносно контролю у всіх хворих зростали як ЛП-IgG, так ЛП-IgA, при відсутності значущих змін ЛП-IgM.

ОСОБЛИВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНЬ

Волошин Я.М.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", м. Київ

Мета. Уточнити особливості та результати хірургічного лікування раку легень.

Матеріали і методи. За 20 років прооперовано 2215 хворих з приводу торакальної патології: 373 (16,83 %) з раком легень (чоловіків – 291 (16,83 %), жінок – 82 (21,99 %)) у віці від 18 до 70 років. Давність захворювання була від 2-ох тижнів до 2,5 років.

Дотримувалися особливостей і принципів оперування: абластики, антибластики, роздільної обробки елементів кореня, дисекції медіастінальної клітковини з лімфатичними вузлами, хірургічної профілактики неспроможності кукси бронху, в т. ч. із застосуванням тахокомбу, нової кріохірургічної і лазерної техніки.

Виконали операції: розширену пневмонектомію у 132 хворих (35,39 %), білобектомію – у 15 (4,02 %), лобектомію – у 186 (49,87 %), комбіновану резекцію – у 7(1,87 %) і експлоративну торакотомію – у 33 (8,85 %). Прооперовано з приводу центрального раку – 241 хворий (64,61 %), периферичного – 132 (35,39 %), в т. ч. рака Панкоста – 5 осіб.

З раком легень I стадії ($T_{1-2}N_0M_O$) прооперували 39 хворих (10,46 %), II стадії ($T_{1-2}N_{0-1}M_O$) – 72 (19,3 %), III^A стадії ($T_{1-3}N_2M_O$), $T_3N_1M_O$ – 229 (61,39 %) і III^B ($T_4N_{1-2}M_O$) – 33 (8,85 %). Частіше зустрічався плоскоклітинний рак – у 198 (53,08 %) і аденокарцинома – у 95 (25,47 %).

Ускладнення після операції виникли у 54 хворих (14,47 %). Летальність наступила у – 22 хворих (3,73 %).

Результати та їх обговорення. Клінічний ефект на госпітальному етапі досягнуто у 96,27 % хворих. Тривалість життя хворих після експлоративної торакотомії була від 5 до 11 місяців. П’ятилітнє виживання прооперованих пацієнтів при I стадії раку легень склало 29 (74,35 %), при II стадії – 32 (44,44 %), при III^A стадії – 37 (16,15 %).

Дослідження останніх років показало, що радикальні операції з розширеною лімфодисекцією при пухлинах $T_{1-1}N_{1-2}M_O$ із застосуванням нових технологій дозволили покращити найближчі і віддалені результати на 7-14 %.

Висновки. Результати хірургічного лікування раку легень прямо залежали від поширеності процесу, гістологічної форми і віку хворих, адекватної передопераційної підготовки, радикальності операцій, впроваджених нових технологій і правильно проведеного лікування після операції дозволили значно підвищити ефективність в найближчому і віддаленому періоді спостереження.

ЧАСТОТА, ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ, РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Волошин Я.М.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського НАМН України", м. Київ

Мета. Вивчити частоту, особливості діагностики, результати лікування та профілактику туберкульозу легень у хворих на цукровий діабет.

Матеріали і методи. Робота обґрунтована на 372 хворих на цукровий діабет і туберкульоз легень (основна група) і 218 аналогічних хворих без діабету (контрольна група). Чоловіки і жінки у віці від 14 до 75 років.

Число хворих, які страждають одночасно цукровим діабетом і туберкульозом росте (4,88-11,54 %). Це пояснюється такими основними факторами:

1) збільшенням осіб, які досягають “діабетичного віку” (13,47-27,39 %);

2) зростає число осіб з ожирінням аліментарного характеру (12,5-24,39 %);

3) туберкульоз легень у хворих на цукровий діабет перебігає безсимпомно (9,93-19,12 %) і малосимптомно (23,16 %), тому виявляють нерідко (30,51 %) поширений процес, який тяжко піддається лікуванню.

Труднощі лікування зумовлені:

1) несприятливим взаємним впливом цих двох захворювань;

2) перевагою хворих похилого і старечого віку з частими супутніми захворюваннями (80,14-93,75 %);

3) різними ускладненнями: мікроангіопатіями (44,49-83,37 %).

Тому важливе значення повинно приділятися правильним організаційним формам профілактики, ранньому виявленню туберкульозу і цукрового діабету, адекватному лікуванню. Повинна проводитися активна санітарно-виховна робота, підвищення кваліфікації медичного персоналу, лекції, семінари, телебачення, інтернет тощо. При рентгенологічному виявленні неактивних змін в легенях у хворих на цукровий діабет проводять профілактичні курси хіміотерапії.

Результати. У хворих на цукровий діабет репаративні процеси туберкульозу перебігають повільно, легше виникає загострення (5,51 %) і рецидиви (8,82-14,33 %) і тому довше хіміотерапія проводиться в стаціонарі і в групах диспансерного обліку; триваліші і профілактичні курси хіміотерапії весною і восени по 2 місяці 2-3 роки.

Висновки. У зв’язку із значним збільшенням кількості хворих на цукровий діабет і туберкульоз повинна активно проводитися профілактична комплексна робота по виявленню цукрового діабету і туберкульозних змін у хворих та населення, особливо в групах ризику, що значно покращить епідеміологічну ситуацію. Впровадження нових технологій підвищить ефективність лікування у цієї тяжкої категорії хворих.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ПРИЧИНИ ПІЗНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ЛЕГЕНЬ

Волошин Я.М., Калабуха І.А., Маєтний В.Є., Палівода М.Г., Іващенко В.Є.

ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", м. Київ

Актуальність. В Україні захворюваність раком легень: чоловіків – 77,6-100,1 на 100 тисяч населення, жінок – 13,8-15,5 на 100 тисяч населення. Рак займає перше місце в структурі онкозахворювань 11-15 % від загальної кількості новоутворень.

Мета. Вивчити особливості клініки раку легень, причини пізньої діагностики, уточнити групи ризику та розробити алгоритм своєчасної діагностики.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб, рентгенограм 428 пацієнтів з раком легень, прооперованих в торакальному відділенні. Чоловіків – 331 (77,34 %), жінок – 97 (22,66%) у віці від 18 до 70 років. Давність захворювання була від 2-ох тижнів до 2,5 років.

Скаржилися на сухий, надсадний або приступоподібний кашель – 279 хворих (65,19 %), болі в грудній клітці – 145 (33,88 %), підвищення температури тіла від 37,5 до 39 ^{o}C – 142 (33,18 %), кровохаркання – 97 (22,66 %). На рентгенограмах (КТ) округлі утворення з нерівними, горбистими, нечіткими контурами від 1,5 см до 15 см діаметрі, ателектаз долі легені – у 57. У 312 хворих (72,89 %) виявлено рак легені з поширеним процесом: III$^{\underline{A}}$ стадія ($T_{1-3}N_2M_O$; $T_3N_1M_O$) – у 263 (61,45 %) і в III$^{\underline{B}}$ стадія ($T_4N_{1-2}M_O$ – у 49 (11,45 %).

Результати. Відсутність онкологічної настороженості серед лікарів – одна із причин пізньої діагностики. Мали значення і такі чинники:

1) лікарські помилки у 248 хворих (57,94 %);
2) прихований перебіг захворювання – у 95 (22,20 %);
3) несвоєчасне звернення хворого за медичною допомогою – у 85 (19,86 %).

На основі клінічного матеріалу виділили групи ризику, розробили алгоритм своєчасної діагностики раку легень, який включає комплекс мір: рентгенографія грудної клітки в 2-ох проекціях, комп'ютерна томографія, фібробронхоскопія, нові лабораторні, імунологічні, інструментальні методики. Впровадження розробленого алгоритму в практику дозволило покращити діагностику раку легень на 8-15 %.

Висновки. Зростає захворюваність раком легень. Переважали скарги: кашель, немотивоване підвищення температури тіла, кровохаркання. У 72,89 % хворих рак легень діагностовано як поширений процес.

Основні причини пізньої діагностики раку: відсутність онкологічної настороженості серед лікарів, помилки діагностики, прихований перебіг захворювання. Розроблений алгоритм своєчасної діагностики покращив ситуацію з раком легень в системі охорони здоров'я.

АДИПОКИНИ У РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА ОЖИРІННЯ

Габісонія Т.Н., Кравчунг П.Г., Паштіані Р.В.
Харківський національний медичний університет, Україна

Ожиріння об'єднує декілька атерогенних чинників, які прискорюють атерогенез, що є наслідком синтезу в адипоцитах великої кількості гормонально активних речовин.

Мета – з'ясувати роль адипокинів (адипонектину та вісфатину) у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння.

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

У результаті досліджень були отримані наступні результати: у хворих усіх груп визначались достовірні зміни показників гормонів жирової тканини, а саме відбувалося зниження рівню адипонектину та підвищення рівнів вісфатину у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Ожиріння ускладнювало перебіг стабільної стенокардії, про що свідчить ще більше зниження рівня адипонектину (1 групи в 4,8 разів у порівнянні с контрольною групою) та підвищення рівнів вісфатину (у 1-й групі на 20 %) ($p < 0,05$).

Висновки: у хворих зі стабільною стенокардією та супутнім ожирінням відзначається достовірне підвищення рівню вісфатину та зниження адипонектину.

САРКОИДОЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Гаврисюк В.К., Меренкова Е.А., Гуменюк Г.Л., Шадрина О.В., Беренда Е.А., Ячник А.И., Дзюблик Я.А., Морская Н.Д., Ломтева Л.Ф.

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев

На основе результатов корреляционно-регрессионного анализа получены статистические доказательства прямой зависимости заболеваемости саркоидозом в различных странах Евроазиатского региона от их географической широты ($r = 0,827$; $p = 6,295 \times 10^{-6}$) – заболеваемость возрастает по направлению с юга на север.

По данным сравнительного изучения эпидемиологии саркоидоза органов дыхания в южном (АР Крым) и северном (Житомирская область) регионах Украины, показатель заболеваемости в Житомирской области (2,62 на 100 000 населения) превышает аналогичный в АР Крым (1,08 на 100 000) в 2,4 раза, показатель распространенности – в 1,7 раза (соответственно, 7,86 и 4,59 на 100 000).

В связи с тем, что климатический фактор является одним из определяющих в эпидемиологии саркоидоза, показатели заболеваемости и распространенности в южном и северном регионах с большой долей вероятности можно считать крайними для областей Украины. Это дает основание заключить, что в целом по Украине заболеваемость саркоидозом органов дыхания составляет в среднем от 1,1 до 2,6 на 100 000 взрослого населения, а распространенность – от 4,6 до 7,9 на 100 000, что соответствует уровню южноевропейских стран. Если учесть, что взрослое население страны составляет около 38 млн. человек, то можно предположить, что ежегодно в Украине регистрируется около 700 новых случаев саркоидоза, а общее количество больных с активным саркоидозом составляет около 2500 тыс.

По данным анализа амбулаторных карт и историй болезни 1776 больных саркоидозом, среди обследованных преобладают женщины (56,5 %); среди мужчин наибольшее число случаев саркоидоза наблюдается в возрастном диапазоне от 20 до 39 лет, у женщин – в более старшем возрасте – от 40 до 59 лет. У лиц в возрасте до 20 лет и старше 60 лет саркоидоз встречается редко.

У больных с синдромом Лефгрена и с саркоидозом I стадии неудовлетворительные результаты лечения наблюдаются в единичных случаях. Наибольшая частота неудовлетворительных результатов лечения (прогрессирование, отсутствие положительной динамики через 6 месяцев лечения, рецидивы, формирование интерстициального фиброза в легких после лечения) наблюдается в группе больных саркоидозом III стадии.

КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З ДИСБІОЗОМ КИШЕЧНИКА

Гавриш І.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Цироз печінки (ЦП) часто супроводжуються розвитком синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ), що клінічно проявляється загальною слабістю, нездужанням, підвищеною втомлюваністю, зниженням працездатності та апетиту.

Мета роботи: вивчення впливу препарату лакто- та біфідобактерій (ПЛБ) та гідрогелю метилкремнієвої кислоти (ГМК) на рівень середньо-молекулярних пептидів (СМП) у хворих на ЦП у поєднанні з дисбіозом кишечника (ДК).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 65 хворих на ЦП різного ґенезу та 15 практично здорових осіб (контрольна група). Середній вік хворих – (47,7 ± 0,82) роки. Тривалість захворювання – від 1 до 10 років (середня тривалість – (4,38 ± 2,38)). Діагноз ЦП верифіковано за даними клінічного та лабораторно-інструментального обстеження згідно з наказом МОЗ України № 271 від 13.06.2005р. Бактеріологічне дослідження калу проводили за загальноприйнятим мікробіологічним методом. Рівень СМП в сироватці крові визначали за методом Н.І. Габрієлян (1981). Хворі були розподілені на 2 групи: пацієнти 1-ї групи (33 чоловіки) отримували базове лікування, а пацієнти 2-ї групи (32 чоловіки) на фоні базової терапії отримувала ПЛБ та ГМК.

Результати дослідження. Після проведеного лікування прояви астено-вегетативного синдрому спостерігали у 41 % хворих, що отримували базове лікування та у 13,2 % хворих, які на фоні базової терапії отримувала ПЛБ та ГМК. У хворих 1-ї групи рівень $СМП_{254}$ знизився на 13,48 %, а $СМП_{280}$ – на 9,01 %, ($p < 0,05$) відносно їх рівня до лікування. У хворих 1-ї групи спостерігали зростання нуклеотидно-пептидного індексу (НПІ) до 1,29. Враховуючи ці дані можна говорити лише про тенденцію до зниження кількості ендогенних токсинів в організмі під впливом базового лікування. Після проведеного курсу лікування із застосуванням в комплексній терапії ПЛБ та ГМК було відмічено достовірне зниження рівня $СМП_{254}$ на 32,57 %, а $СМП_{280}$ – 26,37 % ($p < 0,05$). У 2-ї групі спостерігається зростання НПІ до 1,38. Це вказує на вищу ефективність схеми лікування із застосуванням ПЛБ та ГМК, ніж базової терапії.

Висновки. У хворих на ЦП у поєднанні з ДБ мають місце суттєві зміни біохімічних показників, а саме підвищення рівня обох фракцій СМП на фоні зниження НПІ в сироватці крові, що свідчить про наявність СЕІ у досліджуваних хворих. Включення до комплексного лікування обстежених хворих на ЦП у поєднанні з ДБ ПЛБ та ГМК призводило до нормалізації рівня даних показників, ліквідації СЕІ.

ОСОБЛИВОСТІ КАСПАЗНОГО ТА НЕКАСПАЗНОГО МЕХАНІЗМІВ АПОПТОЗУ КЛІТИН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Гайдар Ю.А., Галенко О.П.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: Вивчити особливості розподілу каспазного та некаспазного механізмів апоптозу клітин, а також фактора ініціації апоптозу (AIF) в підшлунковій залозі (ПЗ) при хронічному панкреатиті (ХП).

Матеріали та методи: Обстежено 11 хворих, що проходили лікування у відділенні хірургії ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» з приводу ХП. Біоптати ПЗ забирали під час планових операцій на органі. Матеріал фіксували в 10 % формаліні, проводили через ряд спиртів, заключили в парафін. Гістологічні зрізи товщиною 3-5 мкм фарбували гематоксиліном і еозином, а також за Маллорі в модифікації Слінченко. Імуногістохімічне виявлення Caspase-3, ендонуклеази-G, CAD (каспазний проапоптичний фермент), ДНК-ази I, ДНК-ази II (некаспазний проапоптичний фермент), AIF (фактор ініціації апоптозу) проводили на депарафінірованих гістологічних зрізах ПЗ.

Результати: При гістологічному дослідженні біоптатів у всіх пацієнтів спостерігалася виражена реакція на DNA II (із них з III 42,8 %, та з IV стадією фіброзу – 57,2 %) та на DNA I у 33,4 % (100,0 % з III стадією фіброзу) в цитоплазмі ацинарних клітин. Також було виявлено виражену дифузну реакцію в цитоплазмі поодиноких клітин, які містять каспазу-3 (50,0 %), в протоках та в острівцях. Серед цих пацієнтів у 33,3 % була IV стадія фіброзу, а у 66,7 % III стадія. Відмічалась у всіх хворих виражена дифузна реакція на ендонуклеазу G (50,0 % з III, та 50,0 % з IV стадією фіброзу) в цитоплазмі клітин протоків і острівців, в ядрах поодиноких ацинарних клітин (на одне поле зору приходиться близько 30,0 % клітин). У 100,0 % досліджених виявлена дифузна реакція поодиноких клітин с CAD та підвищення експресії AIF у клітин протоків та острівців, із них 33,3 % з III стадією фіброзу та 66,7 % з IV стадією фіброзу.

Висновки. У тканині ПЗ існує розвинена проапоптична система каспазного та некаспазного механізмів апоптозу, яка суворо прив'язана до різних структур залози. Неказпазний механізм представлений ДНК I та ДНК II. ДНК I локалізований в цитоплазмі ацинарних клітин часточок, ДНК II – в цитоплазмі епітеліоцитів проток і ендокринних клітин острівців. Каспазний механізм апоптозу закладений у всіх структурах ПЗ: в епітеліоцитах проток, ацинарних клітинах і острівцях. Локалізація ендонукліази G збігається з ДНК II. Розподіл CAD ідентичний такому для ендонукліази G і ДНК II. Сверхекспресія AIF спостерігається в частини клітин проток і острівців. Такий розподіл механізмів апоптозу в клітинах екзокринної і ендокринної системи пов'язаний із забезпеченням механізму фізіологічної смерті клітин ПЗ та запобігає самоперевареванню (аутолізу) ПЗ при запаленні органу.

ВМІСТ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТРАКТАНТНОГО ПРОТЕЇНУ-1 ТА ПРОЗАПАЛЬНИХ МОНОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Гальчінська В.Ю., Топчій І.І., Єфімова Н.В., Семенових П.С., Борисова О.Л.

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

Моноцитарна активація і системне запалення є маркерами несприятливого прогнозу і високого ризику розвитку хронічної ниркової недостатності у хворих на діабетичну нефропатію (ДН). Моноцити, що за своїми характеристиками відповідають тканинним макрофагам, експресують рецептори до FcγIII та мають поверхневий маркер CD16. Надходженню моноцитів з кровоносного русла в ниркову тканину та їх акумуляції в першу чергу сприяє моноцитарний хемоатрактантний протеїн-1 (МХП-1).

Мета дослідження – визначення вмісту МХП-1 та кількість CD16-позитивних мононуклеарів в периферичній крові хворих на цукровий діабет 2-го типу з різними стадіями ДН.

Матеріали та методи. Було обстежено 58 хворих на ДН (45 хворих без порушення азотовидільної функції нирок і 13 хворих із протеїнурією). Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб відповідного віку. Моноцити виділяли шляхом градієнтного центрифугування з периферичної крові хворих на ДН та здорових донорів. Кількість CD16-позитивних клітин оцінювали непрямим імуноцитохімічним методом. Концентрацію МХП-1 визначали методом імуноферментного аналізу.

Результати дослідження. У хворих на ДН вже на початкових стадіях хвороби відзначається суттєве підвищення рівня МХП-1 в плазмі крові – на 76 % у порівнянні з контролем. Прогресування захворювання (хворі на ДН з вираженими клінічними проявами ураження нирок та протеїнурією) супроводжується більш виразним зростанням концентрації МХП-1 – на 99 % порівняно з контролем. Виявлено істотне превалювання CD16-позитивних моноцитів у хворих на ДН у порівнянні з контрольною групою. Збільшення процентного вмісту CD16+моноцитів не пов'язане із супутньою вірусною або неспецифічною бактеріальною інфекцією та свідчить про активацію клітинних механізмів запалення при ДН. Додатково до прозапальних властивостей CD16-позитивні моноцити можуть брати участь у патогенезі цукрового діабету та його ускладнень, зокрема, сприяючи пошкодженню нирок і розвитку ДН.

Висновки. У хворих на ДН відзначається значне підвищення процентного вмісту CD16+клітин та збільшення концентрації МХП-1 в плазмі крові. Виявлені порушення мають прогностичне значення і можуть служити критерієм ефективності терапії та обумовлюють більш активне застосування у хворих на ДН специфічної протизапальної терапії.

ВПЛИВ ТІВОРТІНУ НА ЕКСПРЕСІЮ NO-СИНТАЗ ЛЕЙКОЦИТАМИ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

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

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

Дефективність продукції найважливішого вазодиляторного медіатора – оксиду азоту (NO) є суттєвим фактором розвитку та прогресування діабетичної нефропатії (ДН). В зв'язку з цим перспективними препаратами вважаються лікарські засоби, які можуть сприяти відновленню продукції NO. До цієї групи належить препарат тівортін, донатор L-аргініну (амінокислоти, з якої утворюється NO).

Мета дослідження – вивчення впливу тівортіну на стан системи NO синтаз у хворих на ДН.

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на діабетичну нефропатію (34 жінки, 30 чоловіків) віком від 36 до 68 років. До контрольної групи включено 15 практично здорових осіб (8 жінок, 7 чоловіків) відповідного віку. У рамках базової комбінованої терапії хворим призначали тівортін внутрішньовенно крапельно у дозі 400 мг 1 раз на добу протягом 14 діб Визначали експресію ендотеліальної (eNOS) та індуцибельної (iNOS) NO-синтаз на ізольованих з периферичної крові лейкоцитах непрямим імуноцитохімічним методом.

Результати дослідження. У хворих на ДН з порушенням азотовидільної функції експресія eNOS та iNOS становила (19,3 ± 1,5) % та (32,4 ± 2,9) %, відповідно. В контрольній групі відсоток eNOS позитивних клітин склав (23,8 ± 2,7) %, а кількість лейкоцитів, що експресували iNOS сягала (16,7 ± 1,8) %. Отримані дані свідчать про порушення продукції оксиду азоту при ДН, яке виражається дисбалансом NO-синтаз. Під впливом тівортіну відзначали вірогідне підвищення експресії eNOS на фоні зниження експресії iNOS ($p < 0,05$).

Висновки. Розвиток ДН супроводжується порушенням функціонування системи NO-синтаз в лейкоцитах. Використання комплексної терапії із застосуванням тівортіну сприяє відновленню балансу NO-синтаз та корекції порушень продукції оксиду азоту тим самим забезпечуючи додаткові ангіо- та нефропротекторні ефекти.

КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ЗА УМОВИ ТРИВАЛОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Галюк Н.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

У структурі захворюваності і смертності населення як України, так і в світу чільне місце займають захворювання серцево-судинної системи. Провідне місце серед останніх займає артеріальна гіпертензія. Згідно прогнозів експертів ВООЗ в наступні роки у зв'язку глобалізацію суспільства очікується ріст захворюваності на артеріальну гіпертензію. Одним із органів-мішеней, які уражаються при артеріальній гіпертензії є нирки. Вони відіграють важливу роль у біотрансформації та елімінації лікарських засобів.

Виходячи з вище зазначеного, метою нашої роботи було дослідження функціонального стану нирок у хворих, які отримують лікування антигіпертенезивною терапією препаратами першої лінії довше п'яти років та можливості корекції їх функції.

Під нашим спостереженням було 58 хворих на артеріальну гіпертензію II ступеня. Середній вік пацієнті в – (51,5 ± 3,5) років. Серед обстежених хворих чоловіків – 27 (46,6 %) і жінок – 31 (53,4 %).

Усім хворим проводили загальноклінічні дослідження, добовий моніторинг артеріального тиску, УЗД нирок, аналіз сечі на мікроальбінурію, визначення швидкості клубочкової фільтрації (за методом Cocroft-Goult).

Усіх хворих було поділено на 2 групи. Перша (основна) склала 42 пацієнта, які на фоні загальноприйнятої антигіпертензивної терапії препаратами першої лінії отримували нефропротектор Канефрон-Н (Bionorika) по 1 таблетці 3 рази на день протягом 1.5 місяця.

Другу групу (контрольну) склали 16 пацієнтів.

У процесі дослідження нами виявлено, що в основній групі достовірно знижувався рівень креатиніну та сечовини крові, підвищувалась швидкість клубочкової фільтрації. Відмічалася нормалізація показників мікроальбінурії в порівняні з контрольною групою.

Таким чином застосування рослинного препарату Канефрон-Н в комплексі із загальноприйнятою антигіпертензивною терапією у хворих на артеріальну гіпертензію II ступеня є доцільним та обґрунтованим, оскільки при цьому зменшується рівень гіперкреатинінемії та мікроальбінурії і зростає швидкість клубочкової фільтрації

ПРЕДИКТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ДИСПЕПСІЮ

Гапонова О.Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: оцінити ефективність стандартної терапії функціональної диспепсії (ФД) та доцільність призначення екзогенного мелатоніну у подібних хворих.

Матеріали і методи: обстежено 62 хворих на ФД з надлишковою МТ, що отримували стандартне лікування (інгібітори протонної помпи, домперидон, ентеросорбенти, амітриптилін в малих дозах). У хворих оцінювали інтенсивність клінічної симптоматики за шкалою Gastrointestinal symptom rating scale (GSRS) до та після лікування. В якості предикторів аналізували бал за GSRS до лікування, показники алекситимії, депресії і тривожності, (використані Торонтська алекситимічна шкала, опитувальник Бека та опитувальник Спілбергера-Ханіна відповідно) та добову екскрецію 6-сульфатоксимелатоніну (6-СОМ) в ранковій сечі, визначену імуноферментним методом, до і після лікування.

Результати: Для загальної групи хворих вірогідними предикторами ефективності лікування виявились рівень екскреції 6-СОМ після лікування ($R^2 = 0{,}261$, $P < 0{,}001$), показник алекситимії після лікування ($R^2 = 0{,}143$, $P < 0{,}01$) і загальний бал за GSRS до лікування ($R^2 = 0{,}270$, $P < 0{,}001$). При розподілі на групи було виявлено, що у хворих як з достатньою, так і з недостатньою ефективністю лікування вірогідними предикторами ефективності залишались низький показник алекситимії ($R^2 = 0{,}093$, $P < 0{,}05$ та $R^2 = 0{,}174$, $P < 0{,}01$, відповідно) і високий рівень екскреції 6-СОМ до початку лікування ($R^2 = 0{,}102$, $P < 0{,}05$ та $R^2 = 0{,}175$, $P < 0{,}05$, відповідно).

Висновки: недостатню ефективність стандартної терапії ФД до початку лікування можна прогнозувати на підставі низької екскреції 6-СОМ та високого рівня алекситимії.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ПАНЕЛЬ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ

Гарагуля А.А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Цель: определить уровень женских половых гормонов у женщин страдающих хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы: Обследовано 54 женщины в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст – (44,0 $\pm$ 3,7) лет), страдающие ХОЗЛ. Пациенткам проводилось общеклиническое обследование, исследование функции внешнего дыхания (ФВД). Уровень женских половых гормонов (эстроген, прогестерон, фоликуло стимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ)) определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) реактивами фирмы DRJ (США). Контрольная группа – 20 здоровых женщин без бронхообструктивной патологии. Из них 10 женщин детородного возраста с сохраненным менструальным циклом и 10 женщин менопаузального возраста.

Результаты: пациенток с ХОЗЛ разделили на две группы. Первая группа:10 женщин детородного возраста (средний возраст – (39 $\pm$ 1,2) лет). Из них 6 пациенток с ХОЗЛ I стадии (средний уровень $ОФВ_1$ составил 91,2 %) и 4 с ХОЗЛ II ст. – 66,6 % соответственно. Вторую группу составили 17 женщин менопаузального возраста (средний возраст – (53 $\pm$ 1,2 лет). В нее вошли 9 пациенток с ХОЗЛ II ст. средний уровень $ОФВ_1$ – 87,3 %, 5 женщин с – ХОЗЛ II ст. – $ОФВ_1$ 64,5 %, 3 – ХОЗЛ III ст. – $ОФВ_1$ – 45,7 %. Другие пациентки с ХОЗЛ в исследование включены не были в связи с отказом от обследования или наличием тяжелой сопутствующей патологии. Средние показатели эстрадиола в обеих группах соответствуют нормальным (для I группы 70-250 пг/мл и для II группы 15-60 пг/мл) и не отличаются от показателей в контрольных группах. Средние цифры прогестерона у женщин 1 группы снижены по сравнению с нормой (15-33 нмоль/л) и показателем в контрольной группе в 1,9 раза. Во второй группе средний уровень прогестерона не отличается от показателя во второй контрольной группе. Средний уровень ФСГ и ЛГ в двух основных группах и двух контрольных соответствует норме. При оценке показателя уровня прогестерона среди женщин детородного возраста страдающих ХОЗЛ I ст., эта цифра в среднем составила – 9,2 нмоль/л, а у пациенток с ХОЗЛ II ст. – 6,5 нмоль/л.

Выводы. У женщин детородного возраста, страдающих ХОЗЛ, отмечается снижение уровня прогестерона, по сравнению с контрольной группой. Показатель уровня прогестерона у женщин детородного возраста с ХОЗЛ II ст., значительно ниже, чем у женщин с ХОЗЛ I ст. Это может быть одним из факторов отягощающим состояние пациенток страдающих ХОЗЛ.

МЕТФОРМИН – МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ СЛЕДСТВИЯ

Герасименко Н.Д., Дегтярь Н.И., Расин М.С.
Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Метформин (МФ) – средство первой линии для лечения сахарного диабета 2 типа (СД 2). МФ снижает васкулярные осложнения СД 2, риск развития онкозаболеваний и общую смертность на 30 %.

Установлено, что масса тела больных, принимавших МФ, за 10 лет не отличалась от группы диетической терапии, а у принимавших препараты сульфанилмочевины увеличилась на 3 кг, инсулинотерапию – на 6 кг, 50 % больных отказываются от приема данного препарата вследствие появления диареи, тошноты, рвоты. Существует также потенциальная угроза возникновения лактацидоза при передозировке МФ, наличии почечной недостаточности или употреблении алкоголя.

Исследованиями последних лет подтверждено, что основным молекулярным механизмом действия МФ является подавление митохондриального респираторного комплекса 1, что приводит к изменению баланса АТФ/АДФ/АМФ клетки в сторону увеличения АДФ и АМФ и активации основного внутриклеточного регулятора энергетического метаболизма: 5’АМФ зависимой протеинкиназы (АМПК) и улучшение процессов липидного обмена, нарушенных при СД2.

В гипогликемизирующем действии МФ основную роль играет его ингибиция сигнальных путей глюкагона в печени, почках и кишечнике, осуществляемого как непосредственно МФ, так и увеличением внутриклеточной АМФ. Отсюда одно из направлений новых исследований – модификация сигнальных путей глюкагона – изучение антагонистов глюкагонового рецептора.

Важная роль транспортеров органических катионов ОКТ1 и 2 и значительное количество полиморфизмов их генов является областью перспективных исследований. Идентифицированы ряд полиморфизмов ОКТ1, отличающихся сниженной реакцией на метформин.

Альтернативный подход базируется на способности МФ связывать медь. Изучаются возможности воздействия на транспорт и обмен меди. Показано, что снижение уровня меди независимо от гликемии снижает сердечно-сосудистые осложнения СД2.

Активация АМПК может играть ключевую роль в длительном эффекте МФ в коррекции липидного обмена. Обнаружены локусы на 15 хромосоме, имеющие отношение к эффекту МФ. Проводятся поиски генов-кандидатов среди генов, кодирующих транспорт меди, окислительное фосфорилирование и глюкагон/АМФ сигнальный путь.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯК «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ДІАГНОСТИКИ» ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Гладун В.М., Скирда І.Ю., Закревська О.В.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

У теперішній час початковим методом діагностики при підозрі на гострий холецистит (ГХ) вважають ультразвукове дослідження (УЗД). До найбільш типових ультразвукових ознак ГХ відносять збільшення розмірів жовчного міхура, потовщення його стінки (більш 0,4 см), подвоєння її контуру за рахунок набряку, позитивний ультразвуковий симптом Мерфі, наявність в просвіті гіперехогенної завіси («сладж-феномен»), наявність периміхурового накопичення рідини та шаруватості стінки жовчного міхура. Специфічним симптомом захворювання вважають присутність фіксованого каменя у гирлі протоки міхура.

Мета дослідження: визначення чутливості та специфічності УЗД для ГХ на підставі вивчення світового та вітчизняного досвіду.

Методи. Інформаційний пошук результатів клінічних досліджень, систематичних оглядів, мета-аналізів стосовно чутливості та специфічності УЗД проводився в базі Cochrane library, Medline/PubMed та в інших пошукових системах до лютого 2013 р.

Результати. На початковому етапі були доступні 96 посилань, далі резюме 67 посилань були піддані первинному реферативному аналізу. У результаті 22 інформаційних джерела були використані для подальшого аналізу.

УЗД оцінювали в дослідженнях, які загалом включали 9369 пацієнтів. Доведено, що УЗД має меншу діагностичну точність для виявлення ГХ в порівнянні з холесцинтіграфією ($P < 0,001$), але більшу в порівнянні з комп'ютерною томографією. Суттєвої різниці між сумарними показниками УЗД та магнітно-резонансної томографії виявлено не було (чутливість, $P = 0,61$, специфічність, $P = 0,84$). Дослідження показало, що УЗД має чутливість 81 % (95 % ДІ: 75 %, 87 %), специфічність – 83 % (95 % ДІ: 74 %, 89 %). Перевагами УЗД методу діагностики ГХ є: низька вартість дослідження, доступність, більша доказовість по відношенню до його точності стосовно ГХ.

Висновок: УЗД є методом, який найчастіше використовується в сучасній практиці для виявлення ГХ, але його точність має значну погрішність.

МІКРОБІОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ПОДРАЗНЕННЯ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ ІЗ ПЕРЕВАЖАННЯМ ЗАКРЕПІВ

Глушко Л.В., Кулаєць В.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мікробіоценоз кишечнику – це важлива захисна система організму, яка нейтралізує токсичні субстрати, захищаючи клітини кишечнику, органи й системи від дії пошкоджуючих факторів і канцерогенів. Довготривала наявність дисбіотичних змін в кишечнику призводить до надлишкового виділення продуктів метаболізму умовно-патогенної мікрофлори, підвищенню проникливості судинної стінки, що супроводжується порушенням рухової активності, сенсорної чутливості кишечнику і лежить в основі формування симптоматики синдрому подразнення кишечнику (СПК).

Мета дослідження. Вивчити стан мікрофлори кишечнику у хворих на синдром подразнення товстого кишечнику із переважанням закрепів.

Матеріал та методи. Досліджено мікрофлору кишкового вмісту у 15 хворих (6 чоловіків і 9 жінок) у віці 18-35 років із діагнозом «СПК із переважанням закрепів». Контрольна група склала 10 практично здорових осіб. Діагноз виставляли на основі Римських критеріїв III (Rome III Symposium, May 23, 2006). Пацієнтам проводили мікробіологічне дослідження калу: вивчення видового та кількісного складу мікрофлори вмісту товстого кишечнику методом посіву десятиразових розведень (10^{-1}-10^{-9}) на стандартний набір поживних середовищ. Вірогідність різниці показників визначали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження. Пацієнти пред'являли скарги на періодичне відчуття дискомфорту по ходу кишечнику – у 7 (46,7 %), грудкуваті/тверді випорожнення – у 10 (66,7 %), відчуття неповного випорожнення –11 (73,3 %), здуття живота – 12 (80,0 %). Скарги відмічались протягом останніх трьох місяців на протязі останнього пів року. Дисбіотичні порушення були зумовлені зниженням рівня біфідобактерій (< Ig 8,0 КУО / г) – у 53,3 %, лактобактерій (< Ig 6,0 КУО / г) – у 60,0 %, зростанням вмісту умовно-патогенних ентеробактерій (УПЕ) – у 46,7 %, грибків роду Candida (≥ Ig 4,0 КУО/г) – у 40,0 %, що вірогідно відрізнялось від показника контрольної групи ($P < 0,05$). У 9 (60,0 %) пацієнтів на «СПК із переважанням закрепів» відмітили дисбактеріоз I ступеня, у 6 (40,0 %) – дисбактеріоз II ступеня. Проведене мікробіологічне дослідження підтверджувало наявність дисбіотичних розладів у 13 (86,6 %) хворих, що відповідало дисбактеріозу I та II ступенів.

Отже, отримані дані свідчать, що стан кишкової мікрофлори служить ключовим предиктором розвитку симптоматики синдрому подразнення товстого кишечнику, а виявлені дисбіотичні зміни вимагають швидкої та ефективної корекції на ранніх етапах виявлення цього функціонального захворювання.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НАЛИЧИИ ДИССИНХРОНИИ СЕРДЦА И БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

Годлевская О.М., Власенко М.А., Родионова Ю.В

Харьковская медицинская академия последипломного образования,Украина

Целью нашего исследования было определение влияния диссинхронии (ДС) и ремоделирования сердца у больных ИБС с блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛПНГ) ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) на гемодинамические возможности миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 29 больных с ХСН II-IV функционального класса (ФК) (NYHA) с ДС (n = 15) и 14 пациентов с ДС и БЛНПГ у всех больных было установлено наличие СД 2 типа. Контрольную группу составили 19 практически здоровых лиц.

Результаты. Пациенты с наличием ДС и ХСН характеризовались увеличением КДО на 85,3 % ($p < 0,001$), КСО на 153,1 % ($p < 0,0001$) и повышением индекса массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) на 141,7 % ($p < 0,0001$). Фракция выброса была уменьшена на 20 ,4% ($p < 0,001$), ударный объем на 4,7 % ($p > 0,05$) при увеличении сердечного индекса за счет увеличения частоты сердечных сокращений. Изменения диастолической функции миокарда левого желудочка проявлялись уменьшением скорости раннего диастолического наполнения (Е) на 16,2 % ($p < 0,001$) и увеличением предсердного диастолического наполнения (А) на 22,3 % ($p < 0,01$), что находило свое отражение в снижении коэффициента Е/А на 37,0 % ($p < 0,001$). Отмечалось также снижение времени изоволюмического расслабления (IVRT) на 5,1 % и времени замедления диастолического наполнения (DT) на 10,8 % ($p > 0,05$). Достоверно увеличились размеры левого предсердия на 30,6 % ($p < 0,01$).

Наиболее значимые изменения имели место у больных с ХСН в сочетании с ДС и БЛНПГ. КДО увеличился на 97,8 % ($p < 0,001$), КСО – в 2,8 раза. Снизились показатели сократительной функции миокарда ЛЖ: ΔS на 10,1 % ($p < 0,05$), а также ударный объем на 11 % ($p < 0,05$). Был существенно повышен ИММ ЛЖ - почти в 3 раза ($p<0,0001$) по сравнению с контролем. Значительные изменения были присущи и диастолической функции. Была снижена Е на 10,5 % ($p < 0,05$), IVRT – на 12,8 % ($p < 0,05$) и DT – на 18,9 % ($p < 0,01$). Имело место увеличение А на 18,8 % ($p < 0,01$) за счет усиления сократимости миокарда левого предсердия. При этом было отмечено увеличение размеров левого предсердия на 38,9 % ($p < 0,01$).

Выводы. Наличие СД 2 типа и особенно ДС сопровождается увеличением КДО и КСО, достигающие своего максимального развития у больных с БЛНПГ. Эти изменения сочетаются с увеличением ММ ЛЖ при снижении сократительных свойств миокарда, снижением процессов диастолического расслабления миокарда ЛЖ и увеличением нагрузки на миокард левого предсердия.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Голояд О.Є.

Буковинський державний медичний університет, Україна

Протягом останнього десятиліття зріс інтерес до дослідження поєднаної патології органів дихання і травлення, і в зв'язку з цим предметом особливого вивчення стала гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Наявність ГЕРХ у хворих пульмонологічного профілю зустрічається приблизно в три рази частіше, ніж в загальній популяції. Гастроезофагеальний рефлюкс погіршує перебіг бронхолегеневих захворювань приблизно у 20 % випадків як за рахунок прямої аспірації шлункового вмісту, так і за рахунок механізму рефлекторних зв'язків.

Мета: виявити поширеність ГЕРХ, структуру її стравохідних та позастравохідних проявів у хворих на негоспітальну пневмонію (НП).

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 49 хворих на НП віком від 18 до 57 років (середній вік – (25,3 ± 2,5)), яке включало опитування за допомогою спеціально розробленої анкети на основі відомого опитувальника "GERD Screener". Респондентів просили відповісти на запитання, що стосувалися симптомів захворювання, вказати частоту їх виникнення, інтенсивність. В опитувальнику також були запитання направлені на виявлення можливих позастравохідних проявів захворювання: охриплість голосу, відчуття комка в горлі та ін.

Результати. Згідно з даними опитування, pH-моніторування і езофагогастродуоденофіброскопії ГЕРХ була виявлена у 32 (65,3 %) пацієнтів з НП. У 14 (26,8 %) хворих діагностована ендоскопічно позитивна (ЕП) ерозивна ГЕРХ, серед них у 3(6,1) хворих з частою печією, у 11 (22,4 %) – з поодинокими епізодами печії; у 18 (36,7 %) – ендоскопічно негативна ГЕРХ (ЕН ГЕРХ). Серед хворих з ЕП ГЕРХ в 7 (14,3 %) діагностовано ендоскопічно позитивну неерозивну ГЕРХ, яка відповідала першій стадії ГЕРХ по класифікації Ю.В.Васильєва (2004), серед яких у 1 (2,0 %) з частою печією, у 9 (18,4 %) – з рідкими епізодами печії і у 1 (2,0 %) з відсутністю печії. Аналіз клінічної картини показав, що хворі на НП, як правило, не акцентують свою увагу на гастроентерологічних проблемах.

Висновок. У 65,3 % випадків НП поєднується з ГЕРХ. Ендоскопія стравоходу виступає головним методом діагностики ГЕРХ, у тому числі і у хворих з відсутністю її клінічних проявів.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЗА СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Гонцарюк Д.О., Федів О.І., Телекі Я.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У патогенезі атеросклерозу і хронічного панкреатиту (ХП) загальним об'єднуючим фактором є провокування активності оксидативного стресу, що сприяє порушенню ліпідного обміну, який відіграє певну роль і в інших складових атеросклеротичного процесу та його прогресуванні, в тому числі коронарогенного, з розвитком хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Мета дослідження – дослідити зміни ліпідограми у хворих на ХП за ХСН ІІА-Б функціонального класу (ФК) ІІ-ІІІ (за класифікацією Нью-Йоркської Асоціації Кардіологів NYHA).

Методи дослідження. Ліпідний спектр крові (рівні загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ), тригліцериди (ТГ) визначали фотоколориметричним способом за допомогою реактивів фірми «Lachema» (Чехія) методом Златікс-Зака. Рівень холестерину ліпопротеїдів дуже низької густини (ХС ЛПДНГ) вираховували за формулою ТГх2,29)/5 за умови, що концентрація ТГ не перевищувала 4,5 ммоль/л; визначення холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ) проводили розрахунковим способом, використовуючи формулу: ХСЛПНГ = ЗХС – (ХС ЛПДНГ + ХС ЛПДВГ). Індекс атерогенності (ІА) вираховували за формулою ІА= (ЗХС – ХС ЛПВГ)/ХС ЛПВГ.

Дослідження проведені у 75 пацієнтів, які були розподілені на відповідні групи. Контрольну групу, склали 10 практично здорових осіб (чоловіків – 5 (50 %), жінок – 5 (50 %). Першу групу склали 38 хворих на ХП (чоловіків – 25 (65,8 %), жінок – 13 (34,2 %). Другу групу склали 37 хворих на ХП за ХСН ІІА-Б стадії ІІ-ІІІ ФК (за NYHA) (чоловіків – 19 (51,3 %), жінок – 18 (48,7 %)). Вік пацієнтів обох груп коливався в межах від 31 до 69 років.

Результати. Встановлено суттєве збільшення показників ЗХ крові у хворих на ХП за ХСН. ((6,24 ± 0,24) ммоль/л проти (5,28 ± 0,22) ммоль/л у пацієнтів із ХП) Також вірогідно ($p < 0,05$) був збільшений рівень ТГ у крові, що може засвідчувати не тільки вираженість атеросклеротичних змін, але й підкреслювати значення гіпертригліцеридемії у розвитку ХП, особливо за ліпогенного. Паралельно відбувалося збільшення показників ЛПНГ ((4,33 ± 0,29) ммоль/л проти (3,29 ± 0,11) ммоль/л у пацієнтів із ХП) при зниженні показників ЛПВГ ((0,97 ± 0,08) ммоль/л проти (1,06 ± 0,02) ммоль/л у пацієнтів без ХСН). Ці зміни можуть свідчити про підвищений ризик розвитку атеросклерозу і можливість його ускладнень, в тому числі в групі хворих за поєднаного перебігу з ХП.

Висновок. Коморбідність ХП із ХСН ІІА-Б ФК ІІ-ІІІ сприяє персистуванню атеросклеротичного процесу й прогресуванню ХСН, що є небезпечним фактором кардіоваскулярних подій.

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

Гончарь А.В., Ковалёва О.Н., Иванченко С.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

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

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

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

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

ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА КОРЕЛЯЦІЮ ТОВЩИНИ ШАРУ ПЕРИПАПІЛЯРНИХ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН В НИЖНЬОМУ КВАДРАНТІ І В СЕКТОРІ 19/17 ГОДИН У ХВОРИХ З ПЕРВИННОЮ ВІДКРИТОКУТОВОЮ ГЛАУКОМОЮ

Гончарь О.М.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Актуальність. На сьогодні глаукома займає одне з перших місць серед причин сліпоти та є однією з найбільш важких форм офтальмопатології. Сліпота та інвалідність внаслідок глаукоми визначається прогресуванням глаукомной оптичної нейропатії. Основним завданням є виявлення початкових змін, для того щоб внести відповідні корективи в терапію, і запобігти падінню зорових функцій. Товщина шару періпапілярних нервових волокон є важливим критерієм не тільки в ранній діагностиці первинної глаукоми, а й у визначенні прогресування глаукомної оптичної нейропатії Даних про вплив L-аргініну на кореляцію показників оптичної когерентної томографії у пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою в доступній літературі ми не зустріли.

Метою цієї роботи було вивчення впливу L-аргініну на кореляцію товщини шару перипапілярних нервових волокон в нижньому квадранті і в секторі 19/17 годин у хворих з первинною відкритокутовою глаукомою.

Матеріал і методи: У дослідженні брало участь 82 пацієнта з первинною відкритокутовою глаукомою (всього 146 очей). З них 54 жінки і 28 чоловіків, з першою, другою і третьою стадією первинної відкритокутової глаукоми. Вік пацієнтів коливався від 40 до 87 років. Всі пацієнти отримували в лікуванні L-аргінін. Обстеження включало загальноприйняті офтальмологічні методи дослідження, статичну комп'ютерну периметрію і оптичну когерентну томографію.

Результати. У хворих, що отримували L-аргінін, до лікування відзначався сильний прямий кореляційний зв'язок між середньою товщиною перипапілярних нервових волокон в нижньому квадранті і товщиною нервових волокон в секторі 19/17 годин. Після проведеного лікування L-аргініном пацієнтів с первинною відкритокутовою глаукомою відмічалось підвищення коефіцієнту кореляції між товщиною нервових волокон в нижньому квадранті і в секторі 19/17 годин (з $r = 0{,}4511$ до $r = 0{,}81$; $p < 0{,}05$) при третій стадії глаукоми, також визначався сильний прямий кореляційний зв’язок після лікування L-аргініном між досліджуваними параметрами оптичної когерентної томографії у пацієнтів всіх стадій захворювання.

Висновки. Встановлено, що L-аргінін підсилює силу кореляційного взаємозв'язку між середньою товщиною перипапілярних нервових волокон в нижньому квадранті і товщиною нервових волокон в секторі 19/17 годин у пацієнтів з первинною відкритокутовою глаукомою.

ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ФНП-α

Гопцій О.В., Зелена І.І., Железнякова Н.М., Степанова О.В., [*]Аболмасов О.М.

Харківський національний медичний університет,

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

Інсулінорезистентність (ІР) розглядається як незалежний чинник ризику розвитку низки захворювань, серед яких провідне місце займає артеріальна гіпертензія (АГ). Показано, що фактор некрозу пухлин-α (ФНП-α) здатен впливати на інсуліновий рецептор і транспортери глюкози, індукуючи ІР. Але точні механізми взаємозв'язку ФНП-α та ІР залишаються ще не до кінця вивченими.

Мета: вивчення рівня інсуліну, індексу інсулінорезистентності залежно від рівня ФНП-α у хворих на артеріальну гіпертензію з підвищеною масою тіла.

Матеріали і методи. Обстежено 123 хворих на АГ з підвищеною масою тіла. Рівень ФНП-α та інсуліну визначали імуноферментним методом. Індекс інсулінорезистентності (індекс HOMA) обчислювали за формулою: індекс HOMA = глюкоза крові натще (ммоль/л)×інсулін крові натще (МОД) / 22,5. Індекс HOMA > 2,77 ум. од. розцінювався як наявність ІР.

Результати. Усіх хворих на АГ розділили на тертілі залежно від вмісту ФНП-α в крові натще: 1-ий (n=41) – рівень ФНП-α становив від 1,23 до 5,41 пг/мл; 2-ий (n = 41) – рівень ФНП-α становив від 5,41 до 8,56 пг/мл; 3-ій (n = 41) – рівень ФНП-α становив від 8,56 до 19,12 пг/мл.

При порівнянні антропометричних показників встановлено, що величина індексу маси тіла та об'єму талії достовірно підвищується паралельно збільшенню рівня ФНП-α. Середні значення рівня інсуліну та індексу HOMA у сироватці крові характеризувались чітким достовірним підвищенням у всіх групах паралельно збільшенню рівня ФНП-α: 1 тертіль – рівень інсуліну ((8,54 ± 1,34) мкОд/мл), індекс ІР ((1,69 ± 0,27) ум. Од.); 2 тертіль – рівень інсуліну ((14,22 ± 1,60) мкОд/мл), індекс ІР ((2,97 ± 0,38) ум. Од.); 3 тертіль – рівень інсуліну ((24,93 ± 3,03) мкОд/мл), індекс ІР ((5,78 ± 0,80) ум. Од.), ($p < 0,05$).

При вивченні взаємозв'язків виявлено позитивну кореляцію в групі 3-го тертіля між ФНП-α та рівнем інсуліну ($R = 0,57$; $p = 0,0001$), індексом HOMA ($R = 0,58$; $p = 0,00001$).

Висновки. Встановлено, що антропометричні показники достовірно збільшуються паралельно підвищенню ФНП-α в крові. Порушення вуглеводного обміну спостерігалось зі збільшенням рівня ФНП-α в крові хворих на АГ з підвищеною масою тіла.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИТОКІНОВОЇ ТА НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Горбатюк І.Б., Хухліна О.С., Трефаненко І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою даного дослідження було встановлення особливостей цитокінової та нейрогуморальної регуляції скоротливої здатності жовчного міхура (ЖМ) у хворих на хронічний холецистит (ХХ) та холестероз ЖМ (ХЗ ЖМ) із супровідним ожирінням.

Матеріал і методи. Проведені дослідження у 136 хворих, серед яких було 88 хворих на ХХ у фазі загострення: у 28 пацієнтів (1 група) ХХ мав ізольований перебіг, у 30 пацієнтів ХХ перебігав на тлі ІХС, кардіосклерозу із СН І-ІІА стадії (2 група), у 30 пацієнтів з ХХ супровідними захворюваннями були ІХС, кардіосклероз із СН І-ІІА стадії та ожиріння І-ІІ ступеня (3 група); 48 хворих ХХ у фазі загострення супроводжувався холестерозом ЖМ. Супровідними захворюваннями у цій групі хворих у 30 осіб була ІХС, кардіосклероз із СН І-ІІА стадії та ожиріння І-ІІ ступеня (4 група), у 18 осіб із нормальною масою тіла (5 група), хворих на ХХ та ХЗ ЖМ, супровідної патології серцево-судинної та ендокринної систем встановлено не було. Для оцінки скоротливої здатності ЖМ виконували динамічне ультрасонографічне дослідження. Вміст серотоніну, лептину, вазоінтестинального пептиду (ВІП) та фактора росту фібробластів (ФРФ) у крові визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА).

Результати досліджень. Аналіз отриманих результатів показав, що вміст серотоніну в сироватці крові у хворих із ХХ та ХЗ ЖМ 4-ї та 5-ї груп був вірогідно нижчим як від показників у ПЗО – відповідно на 43,0 % та 26,0 % ($p < 0,05$), так і від показників у хворих 1-3-х груп порівняння ($p < 0,05$). При дослідженні лептину максимальні значення його вмісту були встановлені у хворих 3-ї та 4-ї груп – хворих на ХХ та ожиріння – відповідно перевищення значення у ПЗО у 4,0 та 5,4 рази ($p < 0,05$), що вказувало на його безпосередню роль у процесах розвитку ожиріння та ХЗ ЖМ. Виходячи з даних результатів дослідження вмісту у сироватці крові ВІП та ФРФ, у хворих 4-5-ї груп до лікування спостерігалося вірогідне перевищення показників як у ПЗО, так і у хворих 1-3-х груп порівняння, відповідно у 2,1 та 1,6 рази ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено у ході проведених досліджень дефіцит у крові серотоніну, гіперпродукція ВІП, ФРФ та лептину знаходяться у щільній кореляційній залежності із показниками скоротливої здатності ЖМ як при хронічному холециститі із коморбідною патологією, так і при холестерозі ЖМ на тлі ожиріння, тобто зазначені гормони сприяють релаксації непосмугованих м’язів ЖМ і ослабляють силу його скорочень за умов фонового ожиріння, причому ця залежність зростає за умов приєднання холестерозу ЖМ та зростання індексу маси тіла.

ПЕРЕКИСНЫЙ ГОМЕОСТАЗ И УСТОЙЧИВОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА К НИЗКИМ ТЕМПЕРАТУРАМ

Горячая И.П., Зинченко В.Д., *Топчий И.И., *Кириенко А.Н., Головина К.Н.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины,
**ГУ "Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков*

Трансфузия эритроцитов предполагает их хранение при температурах вблизи 0°С. Интенсивно разрабатываются методы хранения эритроцитов в замороженном состоянии при температуре жидкого азота (-196°С). При этом степень сохранности эритроцитов является важным показателем их пригодности к дальнейшему использованию.. Известен ряд исследований, в которых было показано, что исходное состояние эритроцитов перед их хранением играет важную роль в их сохранности. Например предварительное обезвоживание эритроцитов перед их замораживанием, позволяет увеличит их сохранность при последующем отогреве [1]. Также известно, что слабый оксидативный стресс повышает устойчивость различных клеток, в том числе и эритроцитов, к низкотемпературным воздействиям [2].

Целью настоящей работы явилось исследование возможности использования слабого оксидативного стресса для повышения устойчивости эритроцитов человека к гипотермическому хранению и замораживанию-отогреву в экспериментах *in vivo* и *in vitro.*

Оксидативный стресс, т.е нарушение перекисного гомеостаза клеток вызывали введением дозированных количеств озона. Для исследований *in vivo* использовали эритроциты доноров до и после процедуры озонотерапии. Процедура озонотерапии состоит в барботировании крови, взятой у пациента с последующим её возвращением в кровяное русло. В эксперименте *in vitro* эритроциты здорового донора обрабатывали в пробирке. Эритроциты замораживали в присутствии криопротектора ДМСО (12,5 %) погружением в жидкий азот и отогревали на водяной бане (30°С).

Установлено, что гемолиз замороженных – отогретых эритроцитов донора перед процедурой озонотерапии составлял (9,6 ± 0,5) %, а после озонотерапии (6,4 ± 0,5) %.

Эритроциты, обработанные *in vitro* озоном, в дозе 0,16 мг O_3/л повышали свою осмотическую устойчивость при гипотермическом хранении. Наблюдаемые эффекты мы объясняем активацией водной проводимости аквапоринов при изменении перекисного гомеостаза эритроцитов в сторону процессов окисления. Эти эффекты могут найти практическое применение при разработке протоколов трансфузии эритроцитов, подвергавшихся гипотермическому хранению или криоконсервированию.

АНТИГІПЕРГЛІКЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Граніна О.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Цукровий діабет (ЦД) 2 типу є неінфекційною епідемією у сучасності. Експерти прогнозують, що до 2025 р. кількість хворих на ЦД зростатиме, із них 80-90 % складатимуть хворі на ЦД 2 типу. Частота розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на ЦД у 4 рази вище. Метаболічні порушення виникають раніше перших клінічних проявів ЦД і до моменту постановки діагнозу призводять до незворотних судинних змін. Метаболічний синдром (МС) являє собою сукупність абдомінального ожиріння (АО), артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії (ДС), інсулінорезистентності (ІР), порушення системи гемостазу та порушення толерантності до глюкози (ПТГ).

Матеріали та методи. Аналізувались результати лікування метформіном 100 хворих ЦД 2 типу з МС. Діагноз ЦД формулювався у відповідності з класифікацією ВООЗ (1999). Для верифікації діагнозу МС при ЦД 2 типу визначали у хворих вуглеводний обмін: глюкозу натще (ГКН), середню постпрандіальну глікемію (ГКП), середню амплітуду коливань глікемії протягом доби (ГКА), глікозильований гемоглобін (HbA1C). МС діагностували за допомогою визначення показників ДС: тригліцеридів (ТГ), атерогенних типів гіперліпідемії (АТ ГЛП): IIа, IIв, IV; загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), ІР та ПТГ у сироватці крові. До факторів ризику МС віднесені також збільшення індексу маси тіла (ІМТ), показників АО, АГ. Також хворим з базисною терапією назначали одночасно метформін у дозі 800мг 2 р/добу.

Мета. Покращення стану пацієнтів ЦД 2 типу з МС під впливом терапії антигіперглікемічного препарату (АГГ П): бігуаніду - метформіну.

Результати досліджень. Факторами прогресування МС є ДС: збільшення вмісту ТГ, ХС ЛПНЩ, ІР, ПТГ і АГ та генетичні фактори. Як результат дослідження у хворих визначалось підвищення рівнів ГКН (8,27 ± 0,18), ГКП (11,1 ± 0,15), ГКА (7,8 ± 0,34) та HbA1C (8,9 ± 0,16). Також визначалось підвищення рівнів: ТГ (2,1 ± 0,11), ЗХС (6,0 ± 0,17), ХС ЛПНЩ (3,96 ± 0,11), але знизився вміст ХС ЛПВЩ (1,12 ± 0,04). Встановлено, що кількість АТ ГЛП зустрічалися у 70 % випадків. Встановлено, що АГГ П (метформін) відрізняється від гіпоглікемічних (препарати сульфонілсечовини) насамперед тим, що вони впливають на ІР; а також для попередження ризику розвитку ЦД та ССЗ важливо нормалізувати АТ і спосіб життя.

Висновок. Метформін не знижує вміст глюкози у крові нижче нормального рівня і не визиває гіпоглікемії, так як не впливає на β-клітини підшлункової залози, а також необхідний для раннього виявлення МС.

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР, ГЛИКОЗИЛИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН, СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ

Гречаник М.М., Курята А.В., *Трунова Л.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,

**КУ «Днепропетровская областная больница имени И.И.Мечникова»*

Цель: оценить взаимосвязь липидного спектра, уровня гликозилированного гемоглобина (HbA 1c) и состояние магистральных артерий головы у больных стабильными формами ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с неалкогольным стеатозом печени.

Материалы и методы: обследовано 13 мужчин с стабильными формами ИБС в сочетании с неалкогольным стеатозом печени (группа А), средний возраст – (63 ± 4) и 10 пациентов без неалкогольного стеатоза печени (группа В), средний возраст – (59 ± 3). Все пациенты находились на обследовании и лечении в кардиологическом отделении КУ: «Областная Клиническая больница им. И.И.Мечникова г.Днепропетровска». Острый инфаркт миокарда в анамнезе в группе А у 23 % пациентов, в группе В – 20 %. Среднее систолическое артериальное давление (САД) в группе А (145 ± 2) мм рт. мт., в группе В – (136 ± 3) мм рт. ст. Изучались уровень общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), HbA 1c. Всем пациентам поводилось ультразвуковое сканирования сонных артерий на аппарате Logiq 3 Expert с использованием линейного датчика 10 МГц.

Полученные результаты. Атеросклеротические поражения сонных артерий в группе А в 89 %, в группе В – в 70 %; степень стеноза сонных артерий >70 % в группе А – в 7% случаев; степень стеноза < 30 % наблюдалась в 84 % случаев в группе А и в 40 % случаев в группе В. Среднее значение ТГ группе А (2,59 ± 0,22) мммоль/л, в группе В – (1,44 ± 0,22) ммоль/л ($p < 0,05$); общего ХС в группе А – (5,54 ± 0,18) ммоль/л, в группе В – (4,45 ± 0,1) 6ммоль/л; ХС ЛПНП в группе А – (3,59 ± 0,32) ммоль/л, в группе В – (3,09 ± 0,2) ммоль/л ($p < 0,05$); HbA 1c в группе А – (5,8 ± 0,23) %, в группе В – (5,2 ± 0,16) %. Выявлена корреляционная связь между уровнем ХС ЛПНП и степенью стеноза магистральных артерий головы ($r = -0,65$, $p < 0,05$), уровнем HbA 1c ($r = -0,73$, $p < 0,05$), САД ($r = 0,28$, $p < 0,05$) в группе А.

Выводы: таким образом выявлена ассоциация между повышением уровня ХС ЛПНП и степенью стеноза магистральных артерий головы, уровнем HbA 1c, САД в группе А, что играет немаловажную роль в определении тактики вторичной профилактики у данной группы больных.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ТА СТАН ВАЗОРЕГУЛЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Грібенюк О.В., Кузьмінова Н.В., Романова В.О.

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

Мета: виявити наявність та оцінити ступінь змін показників неспецифічного системного запалення та порушень вазорегулюючої функції судинного ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії.

Обстежено 110 хворих на ГХ ІІ стадії (46 чоловіків та 64 жінки, середній вік – (49,1 ± 8,7) років) без ознак хронічної серцевої недостатності (ХСН). Тривалість АГ – (10,1 ± 0,32) роки. Діагноз встановлено за рекомендаціями Української Асоціації Кардіологів (2008). Створені група порівняння – 23 практично здорові особи без артеріальної гіпертензії (АГ) або ІХС, але з обтяженою спадковістю по АГ (близькі родичі (першої лінії) мали ускладнення ГХ – доведений інфаркт міокарду внаслідок ГХ або мозковий інсульт в анамнезі) та контрольна група – 30 здорових донорів відповідного віку та статі. Усім учасникам визначали судиннорухливу функцію ендотелію (проба з декомпресією (манжеткова проба) та з периферичним вазодилятатором нітрогліцерином (Celermajer D. S. et al., 1992) ультразвуковим методом за допомогою лінійного датчика 7,5 мГц на апараті Logic-5); кількісні показники рівнів ендотеліну-1 (ЕТ-1) (ІФА, набір «Endotelin-1», «DRG» (США)), тумор-некротичного фактору-α (TNFα) (ІФА, набір «TNFα ELISA test kit», «Diaclone» (Франція)), С-реактивного протеїну (СРП) («Тест-система ІФА для кількісного визначення С-реактивного протеїну», ТОВ «Укрмедсервіс» (Україна)). Статистичні розрахунки виконані на базі Microsoft Excel, Statistica for Windows 6.0.

Не виявлено суттєвої різниці між показниками СРП у групі хворих на ГХ ІІ ст. та в осіб із обтяженою спадковістю: 2,40 (1,65; 3,31) мг/л проти 2,28 (1,03; 3,80) мг/л, відповідно ($p = 0,34$), хоча рівень даному маркера у хворих на ГХ ІІ ст. достовірно перевищував показник у групі контролю ($p < 0,0001$). Проте рівень TNF-α у хворих на ГХ ІІ стадії був достовірно вищим за показники як в групі порівняння ($p = 0,015$), так і в контрольній групі ($p = 0,012$). Рівень ендотеліну-1 в осіб з обтяженою спадковістю достовірно перевищував показник в контрольній групі: 9,15 (7,15; 11,92) пг/мл проти 4,01 (3,42; 4,69) пг/мл відповідно ($p = 0,0003$), та прогресивно зростав у хворих на ГХ – 13,18 (9,74; 21,49) пг/мл ($p = 0,016$).

Таким чином, збільшення рівня TNF-α, який є маркером імунно-запальної реактивності організму та прозапального метаболічного стану – при асоціації з підвищенням рівня ендотеліального вазоконстриктора ЕТ-1, свідчить про можливий вражаючий вплив неспецифічного системного запалення на розвитку ендотеліальної дисфункції, що, в свою чергу, може сприяти прогресуванню ГХ та підвищувати кардіоваскулярний ризик.

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ

Гриджук Т.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Медикаментозно-індуковані ураження печінки (МІУП) займають важливе місце в загальній структурі захворювань внутрішніх органів. На сьогодні до Фармакопеї входить декілька тисяч препаратів, що мають гепатотоксичну дію. Засоби протипухлинної терапії займають лідируючі позиції по частоті і важкості викликаних ними гепатотоксичних реакцій.

Мета: оцінити вплив урсосану на тлі базисної терапії на клініко-функціональний стан печінки у хворих на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ) з холестатичним типом МІУП.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 хворих на ХЛЛ з холестатичним типом МІУП. Серед них було 18 (60 %) чоловіків та 12 (40 %) жінок віком від 38 до 64 років. Середній вік хворих становив (52,4 ± 1,42) роки. Контрольну групу склало 20 здорових донорів. Усі хворі були рандомізовані на 2 групи: I) основну – хворі, які на фоні базисного лікування додатково приймали гепатопротектор урсосан в дозі 10 мг на кілограм ваги тіла два рази на добу (n = 16); II) контрольну – хворі, які отримували тільки базисне лікування (n = 14). Діагноз верифікували згідно прийнятих в Україні стандартів обстеження хворих даної категорії. Для оцінки функціонального стану печінки визначали рівень загального білірубіну і його фракцій, активність сироваткових амінотрансфераз – аланінамінотрансферази (АлАТ) і аспартатамінотрансферази (АсАТ), активність екскреторних ферментів – лужної фосфатази (ЛФ) і гамаглутамілтранспептидази (ГГТП) та показник тимолової проби.

Аналіз отриманих даних показав, що під впливом лікування в обох групах спостерігалась позитивна динаміка клінічних проявів, більш виражена у пацієнтів, яким призначали досліджуваний препарат. Після лікування в основній групі рівень загального білірубіну знизився відносно початкового показника на 44,92 %, досягнувши (20,6 ± 1,5) мкмоль/л. Концентрація ГГТП знизилась відносно вихідного значення в середньому в 1,7 рази ($p < 0,001$), лужної фосфатази – в 1,9 рази ($p < 0,001$), активність АсАТ – на 19,67 % ($p < 0,05$), АлАТ – на 20,83 % ($p < 0,01$), а рівень тимолової проби на 21,31 % ($p < 0,01$). В контрольній групі тенденція до нормалізації функціональних проб печінки була суттєво менш виражена, ніж у хворих основної групи. Після завершення курсу лікування МІУП в основній групі хворих в більшості випадків – у 12 хворих (75 %) досягнута стійка клінічна ремісія, а у 4 (25 %) – значне покращення стану здоров'я. У групі зіставлення стійка клінічна ремісія досягнута у 8 хворих (57,14 %), покращення стану здоров'я – у 6 (42,86 %). Результати проведених досліджень показали, що призначення препарату урсосану значно збільшує терапевтичний ефект базисного лікування у хворих на холестатичний тип МІУП.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ПРОГНОЗУ У ХВОРИХ ЗІ ШВИДКОПРОГРЕСУЮЧИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

[1,2]Гриневич Я.П., [2]Коробова Н.В., [1]Молодан В. І.

[1]Харківський національний медичний університет,
[2]Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна

Швидкопрогресуючий гломерулонефрит (ШПГН) характеризується полісиндромністю клінічних проявів, невпинним, неухильно прогресуючим перебігом. На перебіг ШПГН впливають різноманітні фактори, в тому числі і стать хворих. При ШПГН переважають гострий початок, тяжкий перебіг захворювання, що призводить до інвалідизації, навіть до смертельного випадку. ШПГН, який виникає в молодому віці, відзначається значною гостротою перебігу та швидким прогресуванням захворювання. Частіше спостерігаються швидконаростаючі набряки всього тіла, високі цифри артеріального тиску, почервоніння сечі. Лабораторні показники свідчать про високу запальну та імунологічну активність процесу, сечовий синдром, протеїнурію (2-3 г/л). Окрім того, для людей молодого віку характерна резистентність до загальноприйнятої терапії, в зв'язку з чим виникає необхідність у призначенні глюкокортикостероїдів, цитостатиків, проведення пульс-терапії, гемодіалізу, пересадка нирки. Таким чином, перебіг ШПГН у молодому віці має свої особливості, що необхідно враховувати при виборі тактики лікування цього захворювання ШПГН та визначення подальшого прогнозу. Важливе значення має те, що ШПГН – важке захворювання, що може призвести за короткий час до смертельного випадку чи до інвалідності.

На основі вище вказаних клінічних проявів лікар-терапевт повинен своєчасно виявляти хворих зі швидкопрогресуючим гломерулонефритом та направляти у нефрологічне відділення для надання кваліфікованої допомоги.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕБІКАРУ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ІІ СТАДІЇ

Гринів О.І., Глушко Л.В., Позур Н.З., Федоров С.В.

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Дисбаланс ланок вегетативної нервової системи (ВНС) є одним з патогенетичних механізмів становлення артеріальної гіпертензії (АГ). Фармакологічна модуляція вегетативної активності та нормалізація впливу ВНС на діяльність серця може допомогти знизити рівень стресу у хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Мета дослідження – оцінити показники варіабельності ритму (ВРС) серця та ефективність мебікару у хворих АГ ІІ стадії.

Добову ВРС досліджували за допомогою комп'ютерної системи "Diacard" ("Сольвейг", Київ). Для оцінки вегетативного балансу розраховували тимчасові і спектральні показники ВРС: SDNN, SDANN, rMSSD, SDNIDX. Розраховували симпато-парасимпатичний індекс LF/HF. За результатами аналізу ВРС з урахуванням фону вегетативної регуляції 70 хворих склали дві групи лікування. У 1-у включено 35 хворих, яким, окрім базової антигіпертензивної терапії, призначали мебікар 500 мг тричі на добу протягом 1 міс., 2-у групу склали 35 пацієнтів, які отримували тільки базову антигіпертензивну терапію.

При аналізі вихідних параметрів ВРС у хворих з АГ ІІ стадії відзначено зниження загальної активності ВНС (значень показника SDNN), підвищення ІН і переважання тонусу симпатичної нервової системи (збільшення значень показника LF/HF). Через 1 міс. прийому мебікару у більшості хворих 1-ї групи усувалися або значно послаблювалися почуття тривоги, страху, емоційної напруги, підвищена стомлюваність і дратівливість, поліпшувався сон. Третина хворих відзначили підвищення психічної і фізичної стійкості, зменшення коливання настрою. Показник LF/HF в обох групах на початку дослідження був високим, що характеризувало зміщення симпато-парасимпатичного балансу у бік превалювання симпатичного відділу ВНС. Виявлено достовірні позитивні зміни часових і спектральних показників ВРС через 1 міс у хворих, які брали мебікар, на відміну від пацієнтів, які отримували плацебо. Так, у хворих 1-ї групи вірогідно збільшувалася загальна варіабельність інтервалів RR (SDNN збільшувався в середньому на 30 % у порівнянні з вихідним, SDANN – в середньому на 37 %, SDNIDX – на 30 %). Позитивна динаміка показників ВРС на тлі лікування мебікаром свідчила про сприятливий вплив препарату на відновлення автономного балансу регуляції серцевої діяльності. Підвищення активності парасимпатичного відділу ВНС підтверджувалося достовірним збільшенням показника rMSSD (в середньому на 37 %, $p < 0,05$). Співвідношення LF/HF достовірно зменшилося на 30 %, що свідчило про зміщення вегетативного балансу в бік збільшення тонусу парасимпатичного відділу ВНС.

Призначення мебікару в комплексній терапії у хворих з АГ ІІ стадії сприяло корекції нейрогуморальних порушень, збільшення параметрів ВРС, зменшення активності симпатичного відділу ВНС, відновлення балансу ВНС та нормалізації вегетативної регуляції серцевої діяльності.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК И РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА

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

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

Осуществлен ретроспективный анализ динамики и выявления коморбидности у больных повышенного кардиоваскулярного риска (КВР) для прогнозирования выживаемости и определения эффективной терапевтической стратегии по модификации всех факторов риска (ФР).

Материал и методы. Методом случайной выборки ретроспективно отобраны истории болезней (n = 168) пациентов высокого КВР и обследовано (n = 122) пациентов повышенного КВР с коморбидной патологией. Проведена рутинная оценка КВР и ретроспективный анализ динамики и выявление коморбидности с помощью индекса Чарлсон (Charlson index, Riskcalculator CV-Risk and Prevention) с выбором одного из 5 предустановленных профилей риска.

Результаты. Оценка КВР у пациента Х. по шкале SCORE – высокий; PROCAM – 7,4 %; Framingham – 8 %, что позволил сориентировать профилактические мероприятия на целевые уровни - общий холестерин (ОХС) < 4,5 ммоль/л, по возможности ОХС < 4,0 ммоль/л; ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) < 2,5 ммоль/л и ХС ЛПНП < 2,0 ммоль/л. При этом проводится мониторинг гликемического профиля, артериального давления, скорости клубочковой фильтрации, уровней протеинурии и креатинина. Интенсивность профилактических мероприятий определяется и включает модификацию всех ФР: изменение стиля жизни, модификацию кардиоваскулярных ФР и систематический мониторинг КВР. У пациентов с высоким КВР – 5 % ≤ SCORE < 10 % и очень высоким – SCORE ≥ 10 %) наблюдается сочетание двух или более патологий, у 22 (18,0 %) – двух, у 100 (82,0 %) больных – сочетание трех и более патологий. Среднее значение взвешенного индекса коморбидности Charlson составило (4,53 ± 0,47). Расчетный результат 10-летней выживаемости по Charlson index – 21 % для этого больного с учетом наличия повышенного КВР дает возможность применения интегрального, мультидисциплинарного, терапевтического подхода, с учетом коморбидности и всех возможных ФР.

Выводы. Рутинная оценка КВР позволяет установить вероятность фатальных или нефатальных кардиоваскулярных событий у больных повышенного КВР с коморбидностью и определить эффективную терапевтическую стратегию, направленную на модификацию кардиоваскулярных ФР.

ОЦІНКА РІВНЯ ЦИТОКІНІВ ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ МЕНІНГІТИ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ТА ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Гужва Н.Ю., Нартов П.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета – дослідження цитокінового профілю цереброспінальної рідини (ЦСР) (IL-1, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, TNF-α у пацієнтів з гострими менінгітами (ГМ) різної етіології.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 54 пацієнти з ГМ, які поступили в екстреному порядку в обласну клінічну інфекційну лікарню м. Харкова. Хворі були розділені на 2 групи: 28 чоловік з гнійним менінгітом (перша група) і 26 чоловік з серозним менінгітом (друга група). У хворих на гнійний бактеріальний менінгіт (ГБМ) була встановлена менінгококова, пневмококова етіологія захворювання. При серозному вірусному менінгіті (СВМ) у хворих були діагностовані герпесвірусні менінгіти (HSV-1/2, CMV, EBV, HHV-6). Діагноз був веріфікований на підставі клініко-ліквородогічних, бактеріологічних, серологічних і молекулярно-генетичних досліджень. Бактеріальна етіологія недиференційованих ГБМ була підтверджена, а СВМ виключена за допомогою SLP-тесту (silkworm larvae plasma), заснованого на каскаді реакцій в гемолімфі личинок тутового шовкопряда. Вік хворих коливався в межах від 17 до 65 років, переважали особи молодше 40 років. Концентрацію інтерлейкінів визначали в ЦСР твердофазним імуноферментним методом з використанням комерційних тест-систем «Протеиновый контур» Санкт-Петербург, Росія. Зразки ЦСР відбирали в об'ємі 0,5 мл в гострий період хвороби (під час вступу) і період одужання (10-14 день хвороби). При проведенні спинномозкової пункції використовували одноразові пункційні голки і пробірки типу «Еппендорф». Контрольну групу склали 11 осіб з інтактною ЦСР.

Результати. У хворих з ГБМ було встановлено наявність значущих відмінностей в гострому періоді і періоді одужання для IL-1, IL-2, IL-10, TNF-α, а у хворих з СВМ для IL-1, IL-2, TNF-α. Рівень інтерлейкінів в порівнюваних групах був достовірно вище за контрольні показники впродовж всього захворювання. Концентрації IL-1, IL-2, IL-6, IL-10, TNF-α в ЦСР в першій групі була достовірно вище ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів другої групи, як під час вступу, так і в період ранньої реконвалесценції.

Висновок. При ГМ бактеріальної і вірусної етіології відзначалася підвищена концентрація як прозапальних (IL-1, IL-2, IL-6, TNF-α), так і протизапальних (IL-4, IL-10) цитокінів. Ці зміни є необхідною умовою для захисту від інфекційного патогена і в той же час направлені на захист ЦНС від локальної ушкоджувальної дії високих концентрацій прозапальних цитокінів. Визначення інтерлейкінів IL-1, IL-2, IL-6, IL-10, TNF-α в ЦСР перспективно для диференціальної діагностики ГБМ і СВМ.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Гузь А.Г., Сипливый В.А., Петренко Г, Д., Петюнин А.Г., Доценко В.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Введение. Основной причиной острой обтурационной толстокишечной непроходимости (ООТКН) является рак ободочной кишки (РОК), в 15-20 % диагностируемый при поступлении впервые. Хирургическое лечение пациентов пожилого и старческого возраста, составляющих 2/3 оперированных, остается наиболее сложной и до конца не решенной проблемой.

Цель работы. На основании проанализированных результатов лечения ООТКН пациентов пожилого и старческого возраста, уточнить тактику лечения согласно клинического протокола оказания помощи при данной патологии.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения ООТКН 126 пациентов пожилого и старческого возраста. Мужчин было 80 (63,5 %), женщин – 46 (36,5 %). У 4 (3,2 %) – больных первичная опухоль обнаруживалась в слепой кишке, у 8 (6,3 %) – восходящей, у 4 (3,2 %) – печеночном углу поперечно-ободочной кишки, у 4 (3,2 %) – поперечно-ободочной кишки, у 13 (10,3 %) – селезеночном углу кишки, у 65 (51,6 %) – сигмовидной кишке, у 28 (22,2 %) – прямой кишке. У 47 (37,3 %) больных диагностированы метастазы в печени. Распад опухоли с развитием калового перитонита был у 38 (30,2 %) больных. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале APACH I-II и прогностической шкале J. Ranson. Оптимальный объем операции при ООТКН РОК обеспечивал надежное устранение ООТКН с удалением раковой опухоли согласно онкологических принципов, адекватную санацию и дренирование брюшной полости с предпочтительным восстановлением пассажа кишечного содержимого, основная причина неудовлетворительных результатов 13 (10,3 %) продолжающийся перитонит, полиорганная недостаточность на фоне выраженной сопутствующей патологии, характерной для пациентов пожилого и старческого возраста.**Выводы.** Существующие основные принципы хирургической тактики при ООТКН при РОК у пациентов пожилого и старческого возраста оправдываются результатами их практического применения в ургентной хирургии толстой кишки.

ІРИДОЦИКЛІТ ЯК ПОЧАТКОВИЙ ПРОЯВ АНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ

Гуйда П.П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Клінічна картина анкілозуючого спондилоартриту (АС) відзначається значним поліморфізмом. Окрім ураження суглобів хребта та кінцівок, крижово-клубових зчленувань, до патологічного процесу залучаються очі, нервова система та внутрішні органи, зокрема серце, нирки, легені.

АС розпочинається, як правило, поступово, іноді йому передують за декілька місяців і навіть років продромальні явища – загальна слабкість, схуднення, артралгії, міалгії. У 70 % пацієнтів захворювання дебютує поліартралгіями у великих і дрібних суглобах. При цьому ураження суглобів може бути ізольованим або поєднуватись з проявами сакроілеїту (біль в сідниці чи в крижі). Ізольоване початкове ураження крижово-клубового зчленування спостерігається в 15 % випадків. За даними М.Г. Астапенко (1989), у 10 % хворих першою ознакою АС може бути патологія очей (ірит, іридоцикліт), яка може передувати іншим проявам захворювання за декілька років.

Така різноманітність початкових проявів і мала їх вираженість в ранньому періоді значно утруднюють своєчасну діагностику АС. В розгорнутій стадії хвороби ураження очей у вигляді іриту, іридоцикліту, увеїту, епісклериту реєструється у 10-30 % пацієнтів. Можливі також вторинні (постзапальні) процеси – кератит, катаракта. Ураження нервової системи характеризується явищами вторинного радикуліту – шийного, грудного або поперекового. Патологія серцево-судинної системи зустрічається у 20-22 % пацієнтів частіше у вигляді аортиту, перикардиту, міокардиту. У третини хворих виявляється ураження нирок, головним чином амілоїдоз з розвитком прогресуючої ниркової недостатності. Можуть також спостерігатись сечокам’яна хвороба та медикаментозна нефропатія. Ураження легенів розвивається дуже рідко, АС може сприяти виникненню респіраторних захворювань, туберкульозу легенів, прогресуючого фіброзу верхівок.

Під нашим наглядом знаходиться хворий А., 52 років, який протягом 4 років лікувався у окулістів з приводу рецидивуючого іридоцикліту. Через неефективність терапії у хворого було запідозрено системне захворювання. Після обстеження в нашій клініці було діагностовано АС, який і став причиною іридоцикліту. Призначення відповідної терапії, в тому числі метипреду в невеликих дозах, сприяло досягненню стабільної ремісії, яка триває протягом 1,5 років.

Таким чином, при АС досить часто розвивається патологія очей, особливо іридоцикліт, яка може задовго передувати іншим клінічним проявам захворювання, що необхідно ураховувати при діагностиці та лікуванні АС.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА БЕХЧЕТА

Гуйда П.П., Молотягина С.П.

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

Синдром Бехчета (СБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся поражением многих органов и систем, прежде всего язвенным поражением слизистых оболочек полости рта и наружных половых органов.

Обычно первый и наиболее частый клинический признак – рецидивирующий афтозный стоматит с локализацией афт на слизистой оболочке губ, щек, языка, глотки. Болезненные, чаще множественные, язвы заживают в течение нескольких дней или недель без грубых рубцовых изменений. Второй по частоте признак СБ – язвенно-некротические изменения наружных половых органов, напоминающие афтозные язвы полости рта. На фоне афтозного стоматита и/или язвенно-некротического процесса в области наружных половых органов у 2/3 больных поражаются глаза, чаще с развитием увеита. Таким же частым является поражение кожи. У 20% пациентов отмечается поражение центральной нервной системы в виде менингоэнцефалита, являющегося одним из наиболее тяжелых проявлений СБ и частой причиной смерти больных.

Из других проявлений СБ следует отметить суставную патологию, поражение желудочно-кишечного тракта (язвенный эзофагит, энтерит, колит) и сосудов (васкулиты различной локализации).

Специфических лабораторных тестов для диагностики СБ нет, что во многом объясняет причины и частоту диагностических ошибок при этом заболевании. Так, из наблюдавшихся нами 4 больных с типичными клиническими проявлениями СБ правильный диагноз при первичном обращении к врачу не был установлен ни в одном случае.

Диагноз СБ базируется на характерных клинических проявлениях. Для постановки диагноза необходимо наличие любых трех из следующих признаков: 1) рецидивирующий афтозный стоматит; 2) рецидивирующие афты наружных половых органов; 3) увеит; 4) синовит; 5) кожный васкулит; 6) менингоэнцефалит. При этом обязательным считается наличие афтозного стоматита.

Дифференциальная диагностика предусматривает исключение заболеваний, сходных по клинической картине с СБ, прежде всего системной красной волчанки, герпетической инфекции, болезни Крона, других заболеваний, протекающих с узловатой эритемой и асептическим менингитом.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Гуйда П.П., Молотягина С.П.

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

В основе системной склеродермии (ССД) лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и сосудистая патология в виде облитерирующего эндартериолита, что обусловливает большой полиморфизм клинических проявлений – в патологический процесс могут вовлекаться практически все органы и системы.

Из эндокринных желез при ССД чаще других поражаются надпочечники и щитовидная железа. К признакам поражения надпочечников относятся гиперпигментация кожи, гипотензия и общая слабость. Гиперпигментация кожи наблюдается у большинства больных, иногда она настолько выражена, что ошибочно трактуется врачами как болезнь Аддисона (у 6 из 275 наблюдаемых нами больных).

Изменения щитовидной железы регистрируются почти у четверти больных ССД. При ультразвуковом исследовании обнаруживаются гиперплазия щитовидной железы, у отдельных больных – зоб. Наряду с этим отмечаются признаки гипер-, гипо- или дисфункции железы. У 3 больных, наблюдаемых нами, имели место выраженные признаки тиреотоксикоза, в связи с чем хирургами ставился вопрос об оперативном лечении. В одном случае больная И., 46 лет, с типичными проявлениями ССД (диффузное уплотнение кожи, синдром Рейно, артропатии, базальный пневмосклероз, склеродермический кардиосклероз, дисфагия) консультирована нами накануне ее перевода в хирургическое отделение для оперативного вмешательства по поводу тиреотоксикоза. Нами впервые диагностирована ССД, в связи с чем больная была переведена в нашу клинику для дальнейшего лечения. Проводимая нами базисная терапия унитиолом в сочетании с другими общепринятыми средствами способствовала нормализации функций щитовидной железы.

У женщин, страдающих ССД, наблюдается патология половых желез с нарушением менструального цикла, развитием раннего климакса. Н.Г. Гусева (1993) описала 6 случаев мертворождения у больных ССД. Нами наблюдалась больная С., 35 лет, страдающая ССД в течение 13 лет, у которой за время болезни имели место 5 беременностей, закончившихся самопроизвольным выкидышем в сроках от 7 до 25 недель, и одна беременность с внутриутробной гибелью плода в сроке 32 недели.

Таким образом, у больных ССД нередко наблюдается патология эндокринных желез, чаще надпочечников и щитовидной железы, не требующая, как правило, специального лечения.

СЛУЧАЙ РЕДКОГО СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

Гуйда П.П., Молотягина С.П.

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

Поражение кожи – один из наиболее частых (встречается в 90-95 % случаев) и характерных периферических признаков системной склеродермии (ССД). Вследствие частоты и своеобразия изменений кожный синдром относится к основным диагностическим критериям ССД, позволяющим поставить правильный диагноз в типичных случаях уже при первом взгляде на больного.

Поражение кожи как первое проявление ССД нами наблюдалось у 47 из 275 больных (17 %), в том числе очаговое – у 7 пациентов. Чаще отмечается диффузное склеродермическое поражение кожи, которое характеризуется ее уплотнением, изменением окраски, наличием телеангиэктазий и трофических нарушений. Быстро меняется внешний вид больных: лицо амимичное, маскообразное, губы узкие с радиальными складками вокруг в виде «кисета».

Преобладающей локализацией (у 64 % наблюдаемых нами больных) характерных для ССД кожных изменений являются лицо и руки (пальцы, тыльные поверхности кистей, предплечья). У части больных (10 %) наблюдается тотальное поражение кожи. Нередким также (5 %) является очаговое поражение кожи с наличием участков уплотнения, гиперпигментации и/или депигментации в различных областях.

Малая выраженность кожных изменений при наличии других характерных симптомов ССД нами зарегистрированы у 7 % пациентов.

Кроме очагового и диффузного поражения кожи у больных ССД возможно развитие дерматита, нейродермита, узловатой эритемы, псориаза, папуллезных и папуллезно-некротических высыпаний.

Под нашим наблюдением находится больная С., 35 лет, у которой одним из начальных проявлений ССД были псориатические бляшки на коже волосистой части головы, появившиеся одновременно с синдромом Рейно в 2000 г. В дальнейшем появились характерные артропатии, висцеропатии, лихорадка. В последние 3 года развивается типичное поражение кожи с ее уплотнением, гиперпигментацией, формированием «кисета» вокруг рта, однако у больной по-прежнему диагностировали псориатический артрит. ССД впервые установлена на консультативном приеме в нашей клинике в январе 2013 г.

В данном наблюдении атипичные кожные изменения, появившиеся уже в раннем периоде, значительно затруднили правильную диагностику ССД.

ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ІДІОПАТИЧНОГО ФІБРОЗУЮЧОГО АЛЬВЕОЛІТУ

Гуйда П.П., Молотягіна С.П.

Харківський національний медичний університет,
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Мало НАМН України»,
м. Харків

Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт (ІФА) – дифузний прогресуючий інтерстиціальний пневмофіброз, який супроводжується наростаючою дихальною недостатністю.

Останнім часом спостерігається збільшення захворюваності на ІФА, яка досягає 3 % серед пацієнтів с патологією пульмонологічного профілю. Разом з тим діагностика ІФА залишається утрудненою, що обумовлено різноманітністю клінічних проявів, відсутністю специфічних лабораторних тестів, можливим поєднанням ІФА з ревматичними хворобами (РХ), зокрема з системною склеродермією, ревматоїдним артритом, системним червоним вовчаком. Особливо слід відзначити випадки розвитку паранеопластичного ІФА при злоякісних пухлинах.

Діагностика захворювання має базуватись в першу чергу на клінічних проявах. Важливе значення мають рентгенологічне дослідження легенів, в тому числі комп'ютерна томографія, та дослідження функцій зовнішнього дихання (рестриктивний тип порушення вентиляції). Певну діагностичну значимість мають клінічний аналіз крові (підвищення ШОЕ), білковий спектр сироватки крові (гіпергаммаглобулінемія), імунологічні показники (наявність антинуклеарного і ревматоїдного факторів, підвищення рівня імуноглобулінів А і G, титру антитіл до ДНК).

Диференційна діагностика ІФА передбачає виключення запальних процесів в легенях, РХ і паранеопластичного синдрому.

Нами спостерігались 7 хворих (жінок – 6, чоловіків – 1) віком від 18 до 65 років з тривалістю захворювання від 4 місяців до 2 років. В усіх хворих ІФА було вперше діагностовано в нашій клініці, для чого проводились ретельне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження, в тому числі комп'ютерна томографія органів грудної клітки і бронхоскопія (у 2 хворих з підозрою на туберкульоз і карциноматоз легенів).

У хворої П., 50 років, в зв'язку із рецидивуючим перебігом ІФА з частими загостреннями та малою ефективністю метипреду нами було запідозрено онкопатологію, яка була виключена після обстеження в Харківському обласному клінічному онкологічному центрі. Однак у подальшому захворювання швидко прогресувало, і через 2 місяці пацієнтка померла. При патолого-анатомічному дослідженні було підтверджено наявність ІФА, але причиною смерті стала злоякісна пухлина шлунка.

Таким чином, в даному випадку у хворої мав місце паранеопластичний синдром з характерними клінічними проявами ІФА.

АРИТМОГЕННА АКТИВНІСТЬ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Гулага О.І., Полянська О.С, Москалюк І.І., Біньовська В.І., Шкварковська Н.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою вивчення особливостей частоти виникнення ШЕ в окремі періоди доби у хворих на стабільну стенокардію (С). Проведено комплексно-інструментальне обстеження 512 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Серед них у 61 пацієнта діагностовано стенокардію І функціонального класу (СІ), у 128-СІІ, у 85-СІІІ, нестабільну стенокардію (НС) у 156 хворих, післяінфарктний кардіосклероз (ПІК) у – 92. Холтерівське моніторування (ХМ) електрокардіограми (ЕКГ) проводили на апараті Siretape – 824 фірми "Siemens" впродовж 24 годин. Математичний аналіз отриманих результатів проведений на ЕОМ типу IBM PC 486 за допомогою баз даних "Fox Pro" та "DBase" із розрахунком середніх величин, середньоквадратичного відхилення, t-критерію Стьюдента.

При аналізі імовірності виникнення ШЕ виявлена певна добова циклічність при С. Так, встановлено, що у хворих на СІ найчастіше зустрічались ШЕ в періоді доби з 18 год. до 24 год., як і у хворих з ПІК. У хворих на С ІІ найвищий аналогічний показник зустрічався в періоді з 6 до 12 год., при СІІІ – з 12 год. до 18 год., при НС – в періоді з 0 год. до 6 год. Найнижчий показник імовірності виникнення ШЕ виявлено при СІ, ПІК та НС в періоді з 6 год. до 12 год., при СІІ- 12-18 год., при СІІІ – 18-24 год., що дає можливість адекватно призначати анти ішемічну терапію. Найбільша кількість ШЕ зафіксована при СІ та НС в період з 6 год. до 12 год. доби, при СІІ та ПІК – в період з 12 год. до 18 год., при С ІІІ – з 18 год. до 24 год. Найнижча кількість ШЕ зафіксована при С І в періоді з 12 год. до18 год., при СІІ – в періодах 0-6 год. та 6-12 год, при СІІ – в 6-12 год, при ПІК та НС – в періоді 0-6 год. Найвища кількість ШЕ в усі періоді доби зафіксовано у хворих з ПІК, а найнижча – при СІІ в періоді 0-6 год. та 6-12 год., при СІ – в періоді 12-18 год., при НС – з 18год. до 24 год. Звертає на себе увагу той факт, що і найбільша частота імовірності виникнення ШЕ і кількість ШЕ зафіксовані у хворих з ПІК у другій половині дня – з 12 год. до 24 год.

Надзвичайно важливо мати можливість виділяти групу пацієнтів для попередження виникнення життєвонебезпечних аритмій і раптової серцевої смерті (РСС). Поширеність РСС складає 1,1 на 1000 чоловіків і 0,4 на 1000 жінок. Згідно з даними ВООЗ, частота РСС в рік серед чоловіків віком 20-64 роки коливається від 0,26 до 1,59 на 1000. В Україні 80-97 % всіх випадків РСС припадає на ІХС, 5-8 % – на мозкові інсульти, 3-5 % – на хвороби артерій, артеріол і капілярів, до 4 % – на артеріальну гіпертензію, 1 % – на ревматизм. Отже, виявлена добова циклічність аритмогенності міокарда при С дасть змогу оптимізувати час прийому антиішемічних і антиаритмічних препаратів для попередження РСС.

ВПЛИВ ЕПЛЕРЕНОНУ НА ПРОЦЕСИ ПРОТЕОЛІЗУ

Гулага О.І., Полянська О.С., Тащук В.К., Шевчук В.А.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

З метою вивчення впливу антагоністів альдостерону на процеси протеолізу у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) проведено дослідження протеолітичної активності плазми крові, яку визначали за азоальбуміном (лізисом низькомолекулярних білків), азоказеїном (лізисом високомолекулярних білків) та азоколом (лізисом колагену). Клінічний матеріал склали 37 хворих віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав (51,5 ± 3,94) роки. Діагноз ГІМ верифіковано згідно стандартів Європейської організації кардіологів. Всім хворим (група І) проводилось стандартне лікування, яке включало: ацетилсаліцилову кислоту, клопідогрель, еноксапарин, гепарин, нітрати, ß-адреноблокатори, інгібітори ангіотензин перетворювального фактору, діуретики та метаболічну терапію. Окремо виділена група (група ІІ) з 8 хворих, яким у комплексне лікування включено антагоніст альдостерону еплеренон в дозі 25 мг на добу впродовж 10 діб. Також було проведене обстеження 10 практично здорових осіб. Протеолітичну активність визначали за показниками лізису за азоальбуміном, азоказеїном та азоколагеном за допомогою наборів реактивів фірми "Simko Ltd." (Львів). Статистична обробка результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel.

Встановлено, що у хворих на ГІМ протеолітична активність за азоальбуміном була майже в 1,5 рази нижчою, ніж у контролі, проте зростала майже до контрольних величин в обох групах після проведеного лікування (з (0,17 ± 0,003) Е440/мл/год до (0,27 ± 0,005) Е440/мл/год; $p < 0,01$ в групі І та з (0,16 ± 0,01) Е440/мл/год до (0,28 ± 0,005) Е440/мл/год; $p < 0,01$ в групі ІІ). Це свідчить про те, що активність протеаз, які гідролізують низькомолекулярні білки, в тому числі кініни, при розвитку ГІМ явно недостатня, що проявляється порушенням рівноваги між вазоактивними та вазодилятуючими речовинами. Зміни процесів протеолітичної деградації кінінів можуть бути одним з факторів, що сприяють порушенню життєздатності органів і тканин. Протеолітична активність за азоказеїном у обстежених хворих була нижчою за контрольні показники в 1,6 рази, проте відновилась в процесі лікування (І група – з (0,18 ± 0,003) Е440/мл/год до (0,29 ± 0,008) Е440/мл/год; $p < 0,01$, ІІ група з (0,17 ± 0,01) Е440/мл/год до (0,29 ± 0,004) Е440/мл/год; $p < 0,01$). Протеолітична активність за азоколагеном у всіх обстежених хворих була в 2,4 рази меншою за контрольні показники. Це є доказом активного формування сполучної тканини, яке відбувається не тільки у зоні ураження міокарда, а й у інших тканинах і структурах. Проте після проведеного лікування показники лізису за азоколагеном зросли в обох дослідних групах (І група – з (0,01 ± 0,005) Е440/мл/год до (0,02 ± 0,001) Е440/мл/год; $p < 0,01$), особливо у групі із застосуванням антагоністу альдостерону еплеренону (ІІ група – з (0,02 ± 0,002) Е440/мл/год до (0,03 ± 0,001) Е440/мл/год; $p < 0,01$). Використання антагоністу альдостерону еплеренону призводить до нормалізації процесів протеолізу з покращенням клінічного перебігу захворювання.

ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Гуменюк М.І., Ігнатьєва В.І., Гуменюк Г.Л., Линник М.І., Марченко-Севрюкова Г.С.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета дослідження – дослідити частоту виявлення остеопорозу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

І група – 63 хворих на ХОЗЛ (41 чоловік і 22 жінки, середній вік – (63,8 ± 1,1) роки. $ОФВ_1$ після проби з бронхолітиком – (48,8 ± 2,1) %; $ОФВ_1$/ЖЄЛ – (51,6 ± 1,6). Контрольна (ІІ група) – 30 практично здорових осіб (18 чоловіків і 12 жінок), середній вік – (59,6 ± 1,3) року. $ОФВ_1$ – (111,0 ± 3,3) %; $ОФВ_1$/ЖЄЛ – (78,0 ± 0,6), які добровільно погодилися взяти участь у дослідженні.

Методи дослідження: анкетування, клінічні, функціональні методи досліджень – спірометрія на апараті “Master Screen PFT” фірми "Cardinal Health" (Німеччина), кількісна комп'ютерна денситометрія (3D QCT), яка проводилась на КТ сканері Aquilion TSX-101A "Tochiba" (Японія), статистичні.

Результати дослідження. У 18 (28,6 ± 5,7) % хворих із 63 було виявлено остеопенію, а у 44 (63,8 ± 5,8) % – остеопороз, що в 6 разів перевищувало частоту діагностики остеопорозу в контрольній групі – у 3 (10,0 ± 5,5) % пацієнтів, $p < 0,01$. Частота діагностики остеопорозу відрізнялась в клінічних групах.

Таблиця – Виявлення супутньої патології у хворих на ХОЗЛ за клінічними групами

Супутня патологія	Клінічні групи (n = 63)					
	B (n = 22)		C (n = 12)		D (n = 29)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Остеопенія	9	14,3 ± 4,4	3	4,8 ± 2,7	6	9,5 ± 3,7
Остеопороз	12	19,0 ± 4,9	9	14,3 ± 4,4	23	36,5 ± 6,1 #
Без патології	1	1,6 ± 1,6	-	-	-	-

Примітка. # – різниця з групами B і C статистично значима ($p < 0,05$).

Висновки. Доведено, що остеопороз у хворих на ХОЗЛ виявляється в 6 разів частіше, ніж у практично здорових осіб того самого віку і статті, що дозволяє вважати наявність ХОЗЛ вагомим фактором ризику розвитку вторинного системного остеопорозу. Найбільш чисельною групою, де спостерігаються структурно-функціональні порушення кісткової системи є клінічна група D.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

ПОШИРЕНІСТЬ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТОЗУ У ХВОРХ НА ПОДАГРУ

Даньчак С.В.

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет", Україна

Актуальність. Відомим є факт, що у хворих на подагру часто виявляється надлишкова маса тіла, що розвивається в більшості випадків внаслідок незбалансованого харчування. А це в свою чергу може сприяти розвитку жирової дистрофії печінки.

Мета роботи. Дослідити поширеність неалкогольного стеатогепатозу у хворих на подагру.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 50 хворих на подагру, що знаходились на лікуванні в ревматологічному відділенні КЗ ТОР "ТУЛ". Первинна подагра без супутнього ураження печінки виявлена у 18 хворих (36 %), супутнє ураження печінки у вигляді стеатогепатозу виявлено у 32 хворих (64 %). Неалкогольний стеатогепатоз діагностували за допомогою ультразвукової еластографії хвилі зсуву. ІМТ визначали за допомогою формули: ІМТ = маса (кг)/зріст ($м^2$). Отримані дані в межах 18-25 свідчили про нормальну масу тіла, результат в межах 26-30 говорив про її надлишок, і лише показник 31 і більше розцінювали як ожиріння.

Результати та обговорення. При оцінці трофологічного статусу виявлено, що нормальна маса тіла у хворих з супутнім ураженням печінки присутня у 5,6 %, а надлишкова маса тіла спостерігалось у 39,8 % пацієнтів. Без супутнього ураження печінки нормальна маса тіла присутня у 73,6 %, а надлишкова маса тіла спостерігалось у 17,7 % пацієнтів. За умови супутнього ураження печінки ожиріння виявлено у 54,6% хворих, зокрема ожиріння I ст. – 41,4 %, ожиріння II ст. – 4,8 %, ожиріння III ст. – 3,0 % . У хворих на подагру без супутнього ураження печінки ожиріння I ст. виявлено у 8,8 % хворих, ожиріння II і III ст. не виявлено.

Висновки. Неалкогольний стеатогепатоз виявлено у 64 % хворих на подагру і він поєднується з високим відсотком ожиріння та надлишкової маси тіла, що в свою чергу погіршує перебіг захворювання.

МІСЦЕ МІЛЬДОНІЮ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Денисенко В.П., Топчій І.І., Кірієнко О.М., Семенових П.С.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України, м. Харків

Мета роботи: визначення впливу мельдонію на обмін оксиду азоту (NO) та кардіальну гемодинаміку хворих на діабетичну нефропатію (ДН) на тлі базисної органопротекторної терапії.

Було обстежено 360 хворих на ДН I-IV стадії по класифікації C.E. Mogensen (1983), група порівняння – 80 хворих на гіпертонічну хворобу, група контролю – 20 практично здорових людей. Серцева гемодинаміка вивчалася методом кількісної ехокардіографії. Вміст нітриту та суми метаболітів оксиду азоту у плазмі венозної крові визначали фотометричним методом за реакцією Гриса.

При призначенні препаратів базисної терапії хворим на ДН був одержаний позитивний вплив на ендотеліальну функцію, що виражалося в збільшенні вмісту нітриту до (2,85 $\pm$ 0,24) мкмоль/л (на 16,3 %, $p < 0,05$) та зменшенні вмісту суми (нітрит+нітрат) до (27,11 $\pm$ 2,40) мкмоль/л (на 23,1 %, $p < 0,05$). Комплексна схема лікування хворих на ДН, яка включала мельдоній, забезпечила додаткове зростання вмісту нітриту та зменшення вмісту суми (нітрит+нітрат). Найвиразніший ефект відзначено у хворих на ДН без протеїнурії навіть через 1 рік: зростання вмісту нітриту на 26,3 % ($p < 0,05$) та зниження вмісту суми метаболітів NO на 41,6 % ($p < 0,01$).

При аналізі даних по впливу на кардіокінетику препаратів базисної терапії виявлено суттєвий кардіопротекторний ефект терапії на протязі 1 року нагляду за хворими. Встановлена здатність препаратів визивати регресію ГЛШ, а також, виходячи з параметрів трансмітрального кровоплину у більшості пацієнтів (48 %) відмічається тенденція до нормалізації діастолічної функції міокарду. Так у обстежених хворих вірогідно збільшується співвідношення Ve:Va, суттєво зменшується тривалість часу зменшення ранньодіастолічного потоку та періоду ізоволемічного розслаблення.

При додаванні до схеми лікування мельдонію ми одержали суттєвий приріст ефективної кардіопротекції: у хворих додатково зменшувалися КДО та КСО, в результаті чого ФВ зросла майже на 5 %. Ці зміни проходили на тлі подальшого покращення діастолічної функції ЛШ (невірогідно збільшилося співвідношення Ve:Va).

Отже, мельдоній в комплексній терапії хворих на ДН значно зменшує ендотеліальну дисфункції. Тим самим препарат, діючи на механізми енергетичного обміну та сприяючи артеріальній вазодилатації, покращує морфологічні параметри серця та серцеву кінетику, що дає можливість запобігти прогресуванню серцевої недостатності у хворих на ДН.

ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

Дігтяр Н.І., Герасименко Н.Д., Стасюк О.А.
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Діабет є одним з найбільш розповсюджених захворювань людства і являє собою важливу медико-соціальну проблему. За даними ВООЗ більше 80 % населення планети страждає на захворювання пародонта. Дуже часто запалення пародонту супроводжує цукровий діабет (ЦД), поширеність становить 5-6 % (за даними Американської діабетичної асоціації АДА – 8-15 %) і має тенденцію до подальшого збільшення, в першу чергу у вікових групах старше 40 років (М.І. Балаболкін, 2000). Кожні 10-15 років кількість хворих на ЦД подвоюється. Це відбувається в основному за рахунок приросту хворих, що страждають на цукровий діабет 2 типу, на частку якого припадає близько 7 % загальної популяції.

Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення стоматологічного статусу хворих на ЦД 2 типу у порівнянні з показниками, які отримали у пацієнтів без соматичної патології.

Нами було обстежено 25 осіб з наявністю в анамнезі ЦД 2-го типу. Було проведено визначення гігієнічних індексів OHI-S, Green-Vermillion(1964), Федорова-Володкіної (1971), папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (PMA) в модифікації C. Parma (1960), ПІ за Russel (1956), індекс кровоточивості ясен по Мюлеману (1958). Проведена проба Шиллера-Писєва, змив за М.О. Ясиновським (1931) та термометрія ясенних сосочків. За В.Г. Дорофейчук (1968) вивчена активність лізоциму ротової рідини. При обстеженні хворих на ЦД 2 типу встановлений діагноз: пародонтальний синдром при ЦД. Було відзначено зниження активності лізоциму ротової рідини до (23,3 ± 0,42) % ($p < 0,01$) порівняно з контрольною групою – (39,2 ± 0,49) %. Також дослідження показали наявність змін у яснах: індекс PMA склав (70,6 ± 1,96) %; ПІ – (4,95 ± 0,28) балів; індекс кровоточивості ясен за Мюлеманом (3,5 ± 0,13) балів; проба Шиллера – Писарєва мала помірне та середнє за інтенсивністю забарвлення. Гігієнічні індекси мали наступні показники: OHI-S, Green-Vermillion – (4,34 ± 0,26) балів; за Федоровим-Володкіною – (3,1 ± 0,19) балів. Змив за М.О. Ясиновським показав, що міграція лейкоцитів та кількість епітеліальних клітин у межах норми.

Пародонтальний синдром хворих з цукровим діабетом 2 типу супроводжується незадовільним або поганим станом гігієни порожнини рота, проявами генералізованого пародонтиту II або III ступеня тяжкості, симптоматичним катаральним гінгівітом з вираженою кровоточивістю ясен, зниженням активності лізоциму ротової рідини. Усе це свідчить про незворотні зміни у тканинах пародонтах, викликані цукровим діабетом 2 типу.

УРАЖЕННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ОЗНАК ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Дєдова В.О., Доценко М.Я, Шехунова І.О., Боєв С.С.

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

Мета дослідження. Визначити частоту ураження органів-мішеней на прикладі лівого шлуночку (ЛШ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) різних вікових груп в залежності від вираженості ознак дисплазії сполучної тканини (ДСТ).

Матеріали і методи. Обстежено 147 хворих на АГ II стадії з підвищенням артеріального тиску 2-3-го ступенів, високим і дуже високим додатковим ризиком серцево-судинних ускладнень (101 жінка, 46 чоловіків) з ознаками ДСТ (74 пацієнти) і без таких (73 пацієнти), середній вік (48,3 ± 7,7) років. Структури серця, внутрішньосерцеву гемодинаміку досліджували ультразвуковим методом за загальноприйнятою методикою.

Результати дослідження. З боку показників структурно-функціональної характеристики ЛШ в обох групах хворих спостерігались характерні для АГ зміни основних показників. Проте, в групі хворих на АГ без ознак ДСТ товщина міжшлуночкової перегородки (ТМШП) та товщина задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) були достовірно вищими – (1,20 ± 0,02) см і (1,14 ± 0,02) см, ($p < 0,01$) та (1,10 ± 0,01) см і (1,05 ± 0,02) см ($p < 0,02$), відповідно. Подібні зміни спостерігались при порівнянні показників в групі хворих на АГ без та з ознаками ДСТ: діаметр лівого передсердя – (3,46 ± 0,06) см і (3,26 ± 0,04) см ($p < 0,01$), відповідно, кінцево-систолічний розмір ЛШ – (2,99 ± 0,04) см і (2,89 ± 0,04) см ($p = 0,05$) відповідно, ступінь скорочення передньо-заднього розміру ЛШ – (35,29 ± 0,60) % і (37,41 ± 0,61) % ($p < 0,02$), відповідно, відносна товщина стінок ЛШ (0,50 ± 0,01) ум. од. і (0,48 ± 0,01) ум. од. ($p = 0,05$), відповідно. Частота виявлення гіпертрофії ЛШ (ГЛШ) у обстежених хворих з віком збільшувалась, проте у пацієнтів з ознаками ДСТ всіх вікових груп вона залишалась нижчою ніж без ознак ДСТ: у віці 40-49 років 51,6 % й 57,1 %, 50-59 років – 58,6 % й 64,1 %, відповідно.

Висновки.

1. У пацієнтів з ознаками ДСТ частота ГЛШ є меншою, ніж у пацієнтів без ознак ДСТ: у віці 40-49 років 51,6 % й 57,1 %, 50-59 років – 58,6 % й 64,1 %, відповідно.

2. Частка пацієнтів з ГЛШ з віком збільшувалась, проте у пацієнтів з ознаками ДСТ всіх вікових груп вона залишалась нижчою, ніж у пацієнтів без ознак ДСТ.

3. В обох групах хворих визначено характерні для АГ зміни показників ТМШП, ТЗСЛШ та ІММЛШ, але в групі хворих без ознак ДСТ ТМШП, ТЗСЛШ були достовірно вищими ($p < 0,01$ та $p< 0,02$, відповідно).

РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСИ ПРИ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

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

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

Загострення бронхіальної астми (БА) пов'язують з епізодами гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ). Цей зв'язок встановлено за результатами багатьох епідеміологічних досліджень. Чітко відстежується зв'язок між сезонним підйомом рівня захворюваності на ГРВІ та частотою госпіталізації у зв'язку із загостренням БА. ГРВІ не тільки являє собою тригер загострення астми, але і впливає на перебіг, значно ускладнює і пролонгує його.

Мета дослідження – встановити частоту і спектр вірусних збудників при загостренні БА.

У дослідження включили 167 хворих із загостренням БА: 77 (46,1 %) чоловіків і 90 (53,9 %) жінок віком 19–76 років (середній вік – (48,2 ± 1,3) року), які обстежувалися і лікувалися в амбулаторних або стаціонарних умовах в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України». Оцінку загального стану та клініко-інструментальних ознак загострення астми проводили на початку спостереження (візит 1), через 2-3 дні (візит 2), на 7-10 (візит 3) і 20-22 день (візит 4). Робота виконувалась за кошти держбюджету. Для вивчення спектру вірусних збудників ми використовували метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), у тому числі ПЛР з гібридизацією, мультиплексную ПЛР, а також полімеразну ланцюгову реакцію в режимі реального часу (PCR-FRT).

За результатами обстеження 116 дорослих пацієнтів у 60 ((51,7 ± 4,6) %) з них ідентифікували вірусні збудники. Найбільшу етіологічну значимість серед вірусних збудників інфекційного загострення БА мав риновірус – в 55,0 % випадків, бокавірус – в 10,0 %; метапневмовірус – в 8,3 %; респіраторно-синцитіальних вірус – в 6,7 %; вірус грипу А і Б – в 5,0 % кожний; коронавірус – в 3,4 %; аденовірус і вірус парагрипу – в 3,3 % випадків кожен.

Частота виявлення вірусних збудників істотно залежала від терміну обстеження хворих. У перші три дні від початку загострення, частота виявлення вірусних збудників склала (64,4 ± 5,6) % ($p < 0,05$), на 4-7 добу загострення – (40,6 ± 8,7) %, на 8 добу і пізніше вірусні збудники не були виявлені. У хворих із загостренням БА вірусні збудники виявляли переважно в зимово-весняний період: у грудні-лютому – у 32,7 % обстежених пацієнтів, у березні-травні – у 45,5 %, що в цілому співпадало з сезонністю захворювання ГРВІ, зумовленими цими збудниками.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Дзяк Г.В., Симонова Т.А., Гетман М.Г.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Актуальность обусловлена широкой распространенностью остеоартроза (ОА) и ранней инвалидизацией больных. Наиболее часто ОА сочетается с артериальной гипертензией, атеросклерозом, ИБС, что приводит к возрастанию вероятности развития нежелательных эффектов терапии в результате нерационально назначенного лечения.

Цель исследования: изучить сравнительную эффективность и безопасность схемы лечения комбинации высоких доз витаминов группы В (тиамина мононитрат (vit B_1) 200 мг, пиридоксина гидрохлорид (vit B_6) 50 мг, цианкобаламина (vit B_{12}) 1 мг) и пластыря с действующим веществом диклофенак в сравнении с монотерапией пластырем, содержащим диклофенак у пациентов с ОА и сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материалы и методы исследования. В исследование включено 70 пациентов в возрасте 50-75 лет, разделенных на группы: I группа – (n = 34) применяли пластырь с действующим веществом диклофенак по схеме 1 пластырь 1 раз в день в течение 20 дней; II группа – (n = 36) применяли пластырь, содержащий диклофенак по 1 пластырю 1 раз в день в комбинации с препаратом, содержащим высокие дозы витаминов группы В (тиамина мононитрат (vit B_1) 200 мг, пиридоксина гидрохлорид (vit B_6) 50 мг, цианкобаламина (vit B_{12}) 1 мг) по 1 таблетке 2 раза в день в течение 20 дней. Использовалась стабильная медикаментозная терапия ССЗ. Критерии эффективности лечения: общее клиническое обследование, общий анализ крови, креатинин, общий билирубин, АлТ, АсТ, Рó-графия коленных суставов, объем движений в коленных суставах (сгибание), индекс Лекена, шкала WOMAC, ВАШ, тест 6-минутной ходьбы.

Результаты исследования. Отмечена положительная динамика функционального состояния опорно-двигательного аппарата в обеих группах пациентов: I группа – 76,6 %, II группа – 86,7 %. За период лечения снизилась потребность в приеме НПВП. Ухудшение кардио-васкулярного статуса не наблюдалось.

Выводы. Исследование выявило эффективное влияние комбинации трансдермального пластыря, содержащего диклофенак, с высокими дозами витаминов группы В на течение ОА у пациентов с ССЗ. Местное применение НПВП предполагает преимущество в виде местной доставки препарата к тканям с более низким количеством системных побочных действий.

БІОМАРКЕРИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ПЕРЕБІГОМ

Дріянська В.Є., Король Л.В., Мигаль Л.Я., Степанова Н.М., Гайсенюк Ф.З.

Державна установа „Інститут нефрології НАМН України", м. Київ

Пієлонефрит (ПН) є одним з найпоширеніших інфекційних захворювань. Доведено, що недостатність місцевого та загального імунітету у хворих на ПН є важливою складовою розвитку рецидивуючого (більше 3 епізодів за рік) перебігу захворювання. Саме тому застосування препаратів імуномодулюючої дії з метою корекції патологічних зсувів за рахунок підвищення резистентності організму у цієї категорії хворих набувають надзвичайної актуальності.

Мета – оцінити ефект корекції імунологічних та біохімічних порушень у хворих на хронічний ПН (ХрПН) з рецидивуючим перебігом за даними визначення вмісту фактору некрозу пухлин-α (ФНП-α), моноцитарного хемоатрактантного протеїну-1 (МСР-1) та активності реноспецифічних ферментів L-канаванін:орнітин амідинотрансферази (КОАТ) та β-галактозидази (β-Гал).

Обстежено 55 жінок віком від 17 до 65 років, хворих на ХрПН з рецидивуючим перебігом, з них 30 пацієнток крім антибактеріального лікування (згідно зі встановленою чутливість до виявлених збудників) отримували імуномодулюючий препарат Нуклеїнат у дозі 0,25 г 4 рази на добу протягом 14 днів (дослідна група) та 25 жінок отримували тільки антибактеріальну терапію (груп порівняння). Контрольна група – 25 умовно здорових осіб. Вміст цитокінів (у сироватці крові) та активність ферментів визначали до та після лікування.

Встановлено, що у хворих з дослідної групи при зниженні у крові рівнів ФНП-α на 30 % та МСР-1 на 40 %, зниженні рівня активності КОАТ на 35 % в сироватці крові від вихідних даних, при коливанні активності β-Гал сечі у межах від 4,5 мкмоль/год/ммоль до 14,6 мкмоль/год/ммоль креатиніну та відсутності реєстрації активності КОАТ у сечі ефект корекції імунологічних та біохімічних порушень вважається досягнутим.

Таким чином, доповнення традиційної антибактеріальної терапії препаратом Нуклеїнат, що сприяє стимуляції фагоцитарної ланки імунітету, та достатній корекції імунологічних та біохімічних показників у хворих на ПН з рецидивуючим перебігом дозволить підвищити ефективність їх лікування шляхом зниження рівнів прозапальних цитокінів крові у бік їх нормалізації та більш ефективній ерадикації збудників запалення, а також позитивним змінам реноспецифічної ферментурії, наслідком чого є гальмування процесів прогресування хвороби та запобігання її рецидивування.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ПРЕПАРАТУ ОСТЕОАРТІЗІ АКТИВ ПЛЮС У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Дрогомерецька О.І., Шаповал О.А.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Ринок лікарських засобів для лікування пацієнтів з остеоартрозом (ОА) за останні роки поповнився великою кількістю нових препаратів, що володіють протизапальними та аналгетичними властивостями, а також здатністю позитивно впливати на метаболізм хрящової тканини суглобів.

Мета: оцінити вплив комплексного хондропротектора остеоартізі актив плюс на перебіг ОА за даними клініко-функціональних характеристик уражених суглобів.

Під нашим спостереженням знаходилося 30 хворих на ОА великих суглобів (коксартроз, гонартроз) I-III рентгенологічних стадій за Kellqren і Lawrence у віці від 45 до 65 років, що склали основну групу (ОГ) і упродовж 1 місяця вживали остеоартізі актив плюс по 1 табсулі двічі на добу під час їжі з наступним переходом на 1 табсулу в день упродовж 2 місяців. Лікування досліджуваним препаратом проводили на тлі традиційної комплексної терапії ОА. Контрольну групу (КГ) склали 18 хворих на ОА, що отримували аналогічне лікування за виключенням хондропротекції. Всі хворі обстежені клінічно із застосуванням стандартного суглобового протоколу, що включав індекс Лекена, об'єм рухів в уражених суглобах, оцінку больового синдрому, рухомості та повсякденної активності за шкалою WOMAC. Лабораторне обстеження включало загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові з визначенням креатиніну, АлАТ, АсАТ, С-реактивного білка.

Аналіз отриманих даних показав, що під впливом лікування в обох групах спостерігалась позитивна динаміка клінічних проявів, більш виражена у пацієнтів, яким призначали досліджуваний препарат. В ОГ вже через 1 місяць лікування відмічали статистично достовірне зниження альгофункціонального індексу Лекена, збільшення і нормалізацію об'єму рухів в уражених суглобах. У той же час у КГ спостерігали лише тенденцію до зниження індексу Лекена і покращення об'єму рухів в суглобах як через 1, так і через 3 місяці від початку дослідження. При аналізі показників больового синдрому за шкалою WOMAC відмічено достовірне їх зниження через 3 місяці застосування остеоартізі актив плюс. Гострофазові реактанти в ОГ зазнали позитивної динаміки ($p < 0,05$), при чому у хворих із вихідним рівнем СРБ > 10 мг/л до кінця лікування – зниження і нормалізацію показника, чого не було досягнуто в КГ. Впливу досліджуваного препарату на інші біохімічні показники крові не відмічено, що вказує на його безпечність у застосуванні.

Таким чином, терапія ОА препаратом остеоартізі актив плюс ефективна, безпечна, що вказує на доцільність його використання.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СИСТЕМИ КРОВІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МЕДИЧНОГО МОНІТОРИНГУ КОНТИНГЕНТУ, ЩО ПРАЦЮЄ В РАМКАХ ПРОЕКТУ ПЕРЕБУДОВИ ОБ'ЄКТУ «УКРИТТЯ» НА БЕЗПЕЧНИЙ КОНФАЙНМЕНТ

Дроздова В.Д.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМНУ», м. Київ

На протязі 2004-2013 рр. Експертна комісія ННЦРМ НАМНУ проводить моніторинг стану здоров'я контингенту робітників, що працюють в особливо шкідливих умовах дії низьких доз іонізуючого випромінювання. За весь термін медичного спостереження оглянуто 19996 осіб, з них на первинному «вхідному контролі» (ВК) допущено до роботи 46-62 % кандидатів, під час моніторингу на «періодичному медичному контролі» (ПК) допуск до роботи отримали 54-74 % працівників.

Вагомий відсоток не допусків обумовлені різноплановими відхиленнями з боку системи гемопоезу: 17 % не допусків на ВК, 10 % – на ПК. До цієї категорії протипоказань (Наказ № 246 МОЗУ від 21.05.2007; пп.5.1./1;2;5; Дод.6/7) для кандидатів на ВК віднесені: у 2 % осіб – анемії, у 2 % – вторинні еритроцитози, у 4 % осіб – лейкопенічні стани, у 3,5 % – симптоматичні тромбоцитопенії, у 5,5 % осіб спостерігалися лейкемоїдні реакції, лімфопенічні стани (абсолютний вміст лімфоцитів менше $1{,}4x10^9$/л); еозинофілії (понад 15 %). На ПК у працюючих на об'єкті «Укриття» гематологічні розлади складалися: 2 % – анемії I ст., 1,5 % – вторинні еритроцитози, 1,5 % – лейкопенічні стани, 1 % – тромбоцитопенії та 4 % – реактивні лейкоцитарні зсуви. Найбільшої відповідальності експертизи потребує диференційна діагностика лейкемоїдних реакцій із злоякісними клональними гематологічними захворюваннями. В числі яких реакції крові гранулоцитарного типу (лейкоцитози заввишки $13{,}0x10^9$/л, абсолютні нейтрофільози понад $6{,}5x10^9$/л, паличкоядерні зсуви, наявність мієлоцитів/метамієлоцитів та мієлодиспластичних ознак (макроцитоз, гіперхромія еритроцитів, пойкілоцитоз гранулоцитів, гіпо/гіперсегментація нейтрофілів, агрануляція та гіпергрануляція нейтрофілів, каріорексис, неструктурний ядерний хроматин, дистрофічна вакуолізація цитоплазми), великі еозинофілії (понад 30 %), базофілії (більше 3 %), базофільно-еозинофільна асоціація, реакції лімфоцитарного (вміст лімфоцитів вище $4{,}5x10^9$/л та лімфо-моноцитарного типу (моноцитози понад 20 %). Вказані реактивні стани системи крові спостерігаються щонайменше у 5-10 % обстежених як на первинному, так і на моніторингових контролях, що передбачає спеціалізоване спостереження гематолога.

КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ УЛЬТРАСТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ

Дудка П.Ф., Добрянський Д.В., Бодарецька О.І., Соколова Л.І., Тарченко І.П.

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

Мета роботи – дослідити особливості ультраструктурної організації клітин слизової оболонки бронхів при загостренні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) ІІ стадії.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 14 хворих та ХОЗЛ ІІ стадії у фазі загострення. Середній вік пацієнтів склав (54 ± 2,2) роки. Ультраструктурну організацію клітин слизової оболонки бронхів оцінювали шляхом проведення електронномікроскопічного дослідження біоптату власної пластинки з використанням ЕМБ-100БР.

Результати і їх обговорення. При дослідженні біоптатів слизової оболонки бронхів виявлені морфологічні зміни на плазматичних мембран клітин власної пластинки. Так, на поверхні епітеліоцитів відзначено суттєве зменшення кількості війок. Внаслідок розходження латеральних поверхнів, втрачені міжклітинні зв’язки. В інтерстиції виявлена велика кількість клітинного детриту, що є свідченням порушення цілісності плазматичної мембрани. Кількість органел біосинтетичного походження зменшена, тоді як кількість лізосом підвищена. Мітохондрії гіпертрофовані з ділянками локального лізису матриксу.

В ендотеліальних клітинах визначається локальний лізис плазматичної мембрани. В цих клітинах патологічно розширені канальні ендоплазматичної сітки, мітохондрії збільшені в розмірі та містять дозований матрикс. Відзначені деструктивні зміни з боку плазматичної мембрани формених елементів в крові.

Після проведення стандартної терапії та досягнення ремісії захворювання відзначено відновлення міжклітинних зв’язків та війок на поверхні епітеліоцитів. В цитоплазмі виявленні чисельні іоні мітохондрії, що може свідчити про посилення енергетичного потенціалу клітин. В інтерстиції відсутній клітинний детрит, у власній пластинці переважають функціонально активні β-лімфоцити. Плазматична мембрана ендотеліальних клітин без ділянок лізису, в цитоплазмі добре структуровані полісоми та мітохондрії.

Висновок. При загостренні ХОЗЛ ІІ стадії спостерігається посилення цитолітичних процесів на рівні субклітинних структур, що негативно впливає на функціональну активність структурних одиниць слизової оболонки бронхів. Проведення базисної терапії позитивно впливає на процес відновлення ультраструктурної організації біомембран та внутрішньоклітинних органел у хворих на ХОЗЛ ІІ стадії.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ СИСТЕМНОГО ІМУННІТЕТУ ПІД ЧАС ЗАГОСТРЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Дудка П.Ф., Добрянський Д.В., Ільницький Р.І., Іорданова Н.Х.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: оцінити зміни системного імунітету у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) I-II стадії у фазі загострення.

Об'єкт дослідження: обстежено 99 хворих на ХОЗЛ I-II стадії у фазі загострення чоловічої статі віком від 38 до 65 років.

Методи дослідження: загальноклінічні, спірографія, імунологічні.

Результати. Нами встановлено, що у хворих на ХОЗЛ, під час загострення, спостерігаються ознаки вторинного імунодефіцитного стану, пов'язаного із запальними реакціями, що супроводжується вірогідним зменшенням у крові абсолютної кількості Т-лімфоцитів ($CD3^+$) на 20,1 %, природних кілерних клітин ($CD16^+$) на 34,8 %, а також пригніченням функціональної активності Т- і В-лімфоцитів, що відповідно проявляється у зниженні РБТЛ з ФГА на 23,5 % і сироваткових рівнів Ig A на 31,7 % й Ig G на 39 %. Це супроводжується зростанням концентрації запальних (ФНП-α в 1,5 рази) та протизапальних (ІЛ-4 у 5,3) цитокінів у крові, що свідчить про активність запалення.

Відзначено вірогідне підвищення ЦІК середнього розміру на 17,4 %.

Зважаючи на те що між вихідними рівнями показників імунного статусу спостерігалась різновекторна направленість, нами був проведений додатковий аналіз з умовним виділенням 3 типів реакцій системного імунітету: гіперергічний (5 та більше показників збільшені на ≥ 20 %), гіпоергічний (5 та більше показників зменшені на ≥ 20 %), окремі імунні порушення (від 1 до 4 показників зменшені на ≥ 20 %), що дозволило розробити диференційований підхід до призначення в подальшому імуномодулюючої терапії.

Висновки:

1. У хворих на ХОЗЛ виявлено 3 типи реакцій системного імунітету: гіперергічний (5 та більше показників збільшені на ≥ 20 %), гіпоергічний (5 та більше показників зменшені на ≥ 20 %), окремі імунні порушення (від 1 до 4 показників зменшені на ≥ 20 %), що дозволяє диференційовано проводити медикаментозну терапію.

Виявлене підвищення у крові рівнів цитокінів – прозапального (ФНП-α) у 1,5 разу та протизапального (ІЛ-4) у 5,3 разу – є свідченням активності запального процесу у хворих на ХОЗЛ.

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

Дудка Т.В., Хухліна О.С., Дудка І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дихальні шляхи є основним джерелом синтезу цитокінів і ростових факторів, що сприяють міграції фібробластів, проліферації та диференціації міофібробластів у легенях. В епітеліальних клітинах легень синтезується фактор росту тромбоцитів, трансформуючий фактор росту фібробластів-b (ФРФ) та туморнекротичний фактор. Усі ці фактори відіграють суттєву роль у фіброзі легеневої тканини. В експериментальних дослідженнях доведено: підвищена кількість жовчних кислот, за рахунок мікроаспірації в дихальні шляхи стимулюють синтез ФРФ та проліферацію фібробластів, які роблять суттєвий внесок у патогенез фіброзу бронхолегеневої системи.

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

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

Результати дослідження. Дослідження вмісту ФРФ у сироватці крові у обстежених хворих показало, що він перевищував показники у ПЗО відповідно у 1-й групі – у 1,4 рази, 2-й групі – у 2,4 рази, 3-й групі – у 2,6 рази ($p < 0,05$), тобто вірогідно зростав у хворих із коморбідним перебігом ХНХ та ХОЗЛ у порівнянні з ізольованим перебігом ХОЗЛ. ФРФ синтезується багатьма імунокомпетентними клітинами переважно в зоні запалення, сприяє підвищенню процесів репарації, регенерації та загоєння. Гіпоксія, запалення у стінці бронхів та жовчного міхура (ЖМ) сприяли істотному зростанню вмісту в крові ФРФ, що, по-перше, сприяло релаксації ЖМ та зниженню його скоротливої здатності, а по-друге, стимулювало активацію синтезу фібробластами елементів сполучної тканини з прогресуванням пневмосклерозу у хворих при ХОЗЛ. Локальний персистуючий запальний процес в респіраторному тракті при ХОЗЛ за рахунок змін мікробіоценозу та метаболічної активності флори бронхів та жовчного міхура при супутньому ХНХ, що сприяють виділенню великої кількості бактеріальних токсинів та ендогенній інтоксикації з активацією ПОЛ та системи АОЗ призводить до активації імунної системи та виходу факторів росту з бронхолегеневої системи в системну циркуляцію. Встановлені кореляційні зв'язки вказують на те, що ФРФ бере участь у регуляції тонусу бронхів, розвитку обструктивного та рестриктивного типів дихальної недостатності у хворих на ХОЗЛ, водночас, ймовірно негативно впливаючи на скоротливу здатність ЖМ, сприяючи розвитку його гіпокінетичної дисфункції.

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

ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІТЕЛІЮ ЯСЕН У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ

Ємельянова Н.Ю., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В., Шапкін А.С.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ

Еременко Г.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: оценить эффективность комбинированной противовоспалительной фармакотерапии аспириновой бронхиальной астмы (АБА) тяжёлого неконтролируемого течения.

Материалы и методы: в исследование включено 11 пациентов: 6 мужчин и 5 женщин в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст 39,2) с неконтролируемым тяжелым течением АБА. На момент начала исследования все пациенты длительно (не менее 6 месяцев) получали ингаляционные глюкокортикостероиды (иГКС) в высоких суточных дозах в составе комбинации с длительно действующими β2-агонистами (ДДБА). К данной базисной терапии был добавлен антилейкотриеновый препарат в дозе 10 мг (1 раз в день). Пациенты наблюдались в течение 8 недель. Была проведена оценка эффективности терапии путём исследования динамики клинических симптомов и потребности в скоропомощных препаратах по дневникам самоконтроля пациентов, показателям пикфлоуметрии, спирометрии и АСТ-теста. Контроль безопасности терапии осуществлялся путём выявления нежелательных побочных явлений с помощью очного опроса пациентов. В результате наблюдения показано значительное улучшение ($p < 0,05$) по некоторым параметрам контроля астмы, включая дневные симптомы астмы (кашель, свистящие хрипы, затруднённое дыхание, ограничение активности), ночные симптомы астмы (кашель, приступы удушья), процент дней без симптомов астмы, необходимость в скоропомощных препаратах. В результате проведенной терапии достигнуто достоверное улучшение всех клинико-функциональных параметров ($p < 0,05$): увеличилась утренняя ПСВ и ОФВ1. По результатам АСТ-теста вырос уровень контроля астмы (до лечения 11,3 баллов, после-17,2 балла). Нежелательных побочных эффектов в ходе терапии не отмечено.

Выводы: использование комбинированного подхода (иГКС/ДДБА+антилейкотриены в дозе 10 мг) в терапии неконтролируемой АБА тяжёлого течения за период 8 недель позволило значительно улучшить клинико-функциональный контроль заболевания.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХСН НА ФОНЕ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ермак А.С., Цивенко В.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одним из самых распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы в мире. ХСН отмечают как сопутствующий диагноз у 25-40 % всех пациентов с документированным сахарным диабетом (СД). Исследования последних лет убедительно показали важную и самостоятельную роль эндотелия в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Было доказано, что эндотелин имеет прогностическое значение при нарушении сердечной деятельности, является маркером коронарного атеросклероза и коронарной эндотелиальной дисфункции. Нарушение продукции эндотелием оксида азота (NO) способствует прогрессированию атеросклеротического процесса.

Цель работы – сравнить выраженность показателей эндотелиальной дисфункции у больных ХСН на фоне ИБС с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа и без него и установить их влияние на течение ХСН.

Материалы и методы: было обследовано 60 больных ишемической болезнью сердца с ХСН I-III ФК по NYHA. У 40 пациентов ИБС сочеталась с СД 2 типа (n = 40), у 20 больных ИБС СД 2 типа отсутствовал (n = 20). Контрольная группа составила 20 практически здоровых лиц.

Полученные результаты: При анализе полученных результатов выявлено, что эндотелин-1 в плазме крови больных страдающих ХСН и СД 2 типа, выше (на 3,5 %), чем в группе больных с ХСН без СД 2 типа и на 32 % выше, чем в группе контроля. Было установлено, что уровни NO2 и NO3 достоверно выше у больных с ХСН без СД 2 типа на 26 % и 34 % соответственно. Наивысший уровень эндотелина – (3,50 ± 0,34) отмечается в группе больных с ХСН III стадии, в этой же группе больных отмечается самый низкий уровень NO2 и NO3 ((8,73 ± 0,57) и (18,46 ± 0,78), соответственно).

Выводы: Эндотелин, являясь маркером ХСН и выраженным вазоконстриктором, на 32 % выше у больных с ХСН, по сравнению с группой контроля, и на 3,5 % выше в сравнении с больными с ХСН без СД 2 типа. Было установлено негативное влияние гипергликемии на продукцию метаболитов оксида азота. NO прямо пропорционален стадии тяжести ХСН. Так, у больных с ХСН I ст. на 14 % выше уровень нитритов и на 13 % выше уровень нитратов, чем в группе больных с ХСН III ст.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Бондаренко В.М., Нестеренко С.І., Шепитько В.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) на даний час є найбільш розповсюдженим порушенням функції печінки та найчастішою причиною вперше діагностованих випадків хронічного захворювання печінки серед населення України. При встановленні діагнозу НАЖХП часто єдиним симптомом є підвищення АЛТ, АСТ. Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) є варіантом прояву НАЖХП, представляє собою прогресуюче захворювання, яке може трасформуватися у цироз печінки та гепатоцелюлярну карценому. У багатьох хворих НАЖХП пов'язана з ожирінням, сахарним діабетом ІІ типу та гіперліпідемією. Ведення хворих з НАЖХП в основному пов'язане з лікуванням супутніх патологічних станів та відміною гепатотоксичних препаратів. Ефективних методів лікування цієї патології на сьогоднішній день не існує. Сучасні медичні дослідження свідчать про ефективність препаратів урсодезоксихолевої кислоти (УДХК), бетаіну, вітаміну Е. Імуномодулюючі та антиапоптичні властивості УДХК, а також зниження проникливості мітохондріальної мембрани та вивільнення гідролітичних ферментів із пошкоджених клітин печінки уповільнюють розвиток НАЖХП. Також препарати УДХК знижують синтез прозапальних факторів некрозу пухлин-α, можуть призупинити прогресування фіброзу у пацієнтів на НАСГ.

Метою дослідження було вивчення ефективності лікування та своєчасної діагностики НАЖХП в практиці сімейного лікаря.

У дослідженні приймало участь 20 хворих на НАЖХП, які були під спостереженням сімейного лікаря. Для верифікації діагнозу НАЖХП і визначення функціонального стану печінки застосовували комплекс клініко-лабораторних, біохімічних та інструментальних методів дослідження. Хворі приймали УДХК у дозі 20 мг/кг ваги протягом 12 місяців. Після лікування у 66 % хворих рівень АЛТ, АСТ нормалізувався, в інших хворих значно знизився, покращився стан хворих, зменшились скарги на важкість у правому підребер'ї, слабкість, гіркоту у роті.

Таким чином, використання урсодезоксихолевої кислоти у дозі 20 мг/кг ваги при лікуванні хворих на НАЖХП є безпечним, добре переноситься пацієнтами, сприяє значному та стійкому зниженню рівня АЛТ, АСТ, зниженню біохімічних маркерів фіброзу печінки, нормалізації клінічного стану пацієнтів. Стійко підвищений рівень трансаміназ може бути ознакою НАЖХП, що потребує подальшого обстеження сімейним лікарем.

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Остеоартроз (ОА) – одне з самих розповсюджених та найбільш частих захворювань суглобів. ОА складає 80 % усієї патології суглобів, викликає погіршення якості життя пацієнтів, значні фінансові витрати, часто приводить до тимчасової непрацездатності, а в подальшому до інвалідизації. У популяції досить частим є поєднання ОА і АГ, яке спостерігається в 48-65 % хворих. На даний час не існує єдиної думки про вплив комплексної терапії на рівень АТ у хворих на ОА у поєднанні з АГ.

У дослідженні взяли участь 32 пацієнти, чоловіків і жінок у віці 48-72 роки з ОА I-II стадії в поєднанні з АГ I-II ст. та атеросклерозом Контрольна група – 20 здорових осіб. Основній групі призначалася традиційна патогенетична терапія, яка включала: хондропротектор глюкозаміну сульфат 200 мг, який щоденно вводили внутрішньом'язово, за відсутністю алергічних реакцій після проведення шкірної проби, курс лікування дорівнював 15 ін'єкцій; іАПФ (лізиноприл 5-10 мг на добу, 6 міс.), препарати кальцію (кальцемін адванс (сільвер) або кальцій $Д_3$ нікомед по 2 таблетки на добу по 4 міс. в весняний і осінній періоди), статин (розувастатин 20 мг на ніч, постійно).

Ефект лікування оцінювали за індексами Lequesne, Річі, оцінку болю при ходьбі, наявність труднощів у повсякденному житті, обсяг рухів, аналіз больового та запального індексу показники візуальної аналогової шкали болю пацієнта, ранкову скутість, проводили моніторування АТ до лікування та через 1 міс. ЕхоКГ виконували при поступленні та через 1 міс., УЗД колінних суглобів та оцінку якості життя по EuroQol-5D проводили при поступленні та через 6 міс. Проведено загальноклінічні, біохімічні та імунологічні обстеження. Результати оцінювання динаміки тяжкості ОА за індексом Lequesne свідчать, що у хворих вираженість болю при рухах зменшилася після лікування на 54 %, ранкова скутість на 28 %, вираженість болю після стояння протягом 30 хв. – 34 %, після подолання певної дистанції – на 57 %, зменшення вираженості болю та дискомфорту при підйомі з положення сидячи – на 37 %. Якість життя за критеріями EuroQol-5D – зменшилися на 56 % труднощі під час ходьби, також при виконанні повсякденної роботи – на 46 %, помірний біль та дискомфорт зменшилися на 34 %, покращився настрій хворих про це свідчить зменшення помірної тривоги і помірних депресій.

Отже, клінічна ефективність проведеної комплексної терапії свідчить про її позитивний вплив на прояви суглобового синдрому, артеріальний тиск та якість життя у хворих на ОА в поєднанні з АГ та атеросклерозом.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

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

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) набирає особливого медичного і соціального значення. Ці захворювання є найбільш поширеними в розвинених країнах світу, маніфестують в одному і тому ж віці, мають спільні фактори ризику та патогенетичні ланки. Одночасний перебіг ІХС та ХОЗЛ підвищує ризик і тяжкість загострень, ускладнень, і є загрозою для життя (Ю.І. Фещенко, 2010). Це потребує дослідження аспектів взаємного обтяження перебігу та прогресування цих захворювань.

Мета дослідження – вивчення особливостей клініко-функціонального стану серцево-судинної системи у хворих на ІХС та ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Обстежено 15 хворих на ІХС (стабільну стенокардію напруги) із супутнім ХОЗЛ та 12 хворих на ХОЗЛ без ІХС. Середній вік пацієнтів становив (59,2 ± 2,7) років. Обстеження хворих проводили із використанням загальноклінічних методів дослідження, рентгенографії грудної клітини, ЕКГ, спірографії. Функціональний стан вегетативної нервової системи вивчали за показниками вегетативного тонусу, вегетативної реактивності, вегетативного забезпечення діяльності за А.М.Вейном та спектральними і часовими параметрами варіабельності серцевого ритму при добовому моніторуванні ЕКГ за Холтером.

Результати. Виявлено клінічні особливості перебігу ІХС у хворих на ХОЗЛ. 71 % зареєстрованих при добовому моніторуванні ЕКГ епізодів ішемії міокарда були «німими» і частіше спостерігалися при легкому та помірному перебігу ХОЗЛ. У хворих на ІХС і ХОЗЛ частіше зареєстрована тахікардія, ніж у хворих на ХОЗЛ без ІХС ((98,3 ± 2,1) уд./хв. та (88,1 ± 0,9) уд./хв., відповідно, $p < 0,001$). Показники варіабельності серцевого ритму (ВСР) у хворих на ХОЗЛ без ІХС були зниженими. Зі ступенем збільшення тяжкості ХОЗЛ зареєстровано зниження потужності високочастотного спектру, що свідчить про ослаблення парасимпатичних впливів на серцево-судинну систему. Спостерігалося зниження реакції кардіореспіраторної системи на зміну положення тіла близько до повної ареактивності. Це порушує адаптаційні реакції серця та судин, адекватність кровопостачання міокарда в різних умовах діяльності.

Отже, поєднаний перебіг ІХС та ХОЗЛ ускладнюється порушеннями вегетативної регуляції серцево-судинної системи. Це потребує відповідної корекції та підвищує вимоги до безпечності комбінованої терапії.

ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРОГРАММНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ «АРМ-КАРДИОЛОГ»

Железнова Е.А., Ефремова О.А., Никитин В.М., Липунова Е.А., Камышникова Л.А., Анохин Д.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

Ишемическая болезнь сердца – мультифакториальное заболевание, при котором чем больше факторов риска учитывается, тем точнее можно спрогнозировать течение болезни и провести более индивидуальное лечение. Привлечение современных математических методов интеллектуальных информационных способствует ранней диагностике возможных осложнений, индивидуальному подходу к лечению в рамках утвержденных рекомендаций, а также возможной дистанционной помощи и коллегиальному решению спорных вопросов. **Цель:** оценить эффективность работы программы «АРМ-Кардиолог» при постановке первичного электронного диагноза ИБС на основе метода матрицы ошибок, построенной по результатам клинических испытаний. Объектом исследования явился контингент больных, проходивших лечение в МБУЗ «Городская поликлиника № 2» г. Белгород. Оценка адекватности постановки диагноза осуществлялась программным обеспечением «АРМ-Кардиолог», в основе которого метод матрицы ошибок, который позволяет оценить степень соответствия результатов генерации программой электронного диагноза ИБС результатам эталонной диагностики (ЭД). При этом в качестве результатов ЭД, считались результаты диагностики, осуществляемые врачом-кардиологом, в отношении одной и той же группы пациентов. Осмотрено 107 пациентов. Выборка носила случайный характер. В качестве расчетных показателей качества генерации электронных проектов диагнозов ИБС использовались: диагностическая чувствительность, диагностическая специфичность, прогностическая значимость положительных результатов, прогностическая значимость отрицательных результатов, диагностическая эффективность решающего правила электронной диагностики. Вероятность правильного диагноза наличия ИБС у больного, поставленного при помощи программного обеспечения «АРМ-Кардиолог» равна 88,8 % случаев. Вероятность некорректного электронного диагноза о наличии ИБС у пациента соответствует 11,2 %. Также вероятность гипердиагностики с программным обеспечением составляет 14 %. Вероятность ложноотрицательного диагноза равна 8 %.

Заключение: проведенная работа показала возможность диагностики ИБС при помощи программного обеспечения «АРМ-кардиолог». Подтверждена работоспособность программы. Проведена оценка эффективности электронной диагностики по результатам клинических испытаний.

ФАКТОРЫ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Железнова Е.А., Ефремова О.А., Никитин В.М., Липунова Е.А., Камышникова Л.А., Анохин Д.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

В наше время основной причиной заболеваемости и смертности населения в развитых странах являются сердечно сосудистые заболевания (ССЗ). По данным ВОЗ около 29 % от всех случаев смерти в мире связаны с сердечно-сосудистой патологией. «Фремингемское исследование» положило основу для первичной и вторичной профилактики ССЗ, выделив основные факторы риска (ФР) атеросклероза. Факторы риска ИБС по S.Garas, A.Zafari, 2006 делят на модифицируемые и немодифицируемые. К модифицируемым относят табакокурение, артериальную гипертензию, дислипопротеинемию, сахарный диабет, гиподинамию, ожирение, гипергомоцистеинемию и др. К немодифицируемым относят пол, возраст и наследственность. Особенностью ФР является то, что они усиливают друг друга. Если у пациента имеется два фактора риска, то вероятность ишемической болезни сердца (ИБС) возрастает в 3-4 раза. Появление факторов риска во многих случаях зависит от образа жизни. Риск смерти от ИБС и инсульта у курящих мужчин увеличивается соответственно в 2,4 и 1,7 раза, а у женщин – в 2,1 и 1,4 раза. Курение ускоряет развитие атеросклероза, развивается устойчивость к инсулину. В крови увеличивается концентрация продуктов перекисного окисления липидов и аутоантител к ЛПНП, утолщается интима–медиа каротидных артерий. На фоне хронического стресса наблюдается активация процессов воспаления. Об этом свидетельствуют результаты проспективного 6-летнего наблюдения за пожилыми американцами, находящимися в состоянии хронического стресса (уход за супругом(ой), страдающим деменцией). Оказалось, что у них усредненные показатели интерлейкинов (IL-6) на протяжении всех 6 лет наблюдения были в 4 раза выше в сравнении с сопоставимой контрольной группой пожилых лиц, у которых в семье не было тяжелобольных людей. Одним из прогностически значимых ФР является нарушения липидного обмена. Один и тот же уровень холестерина при отсутствии или при наличии других ФР требует различного подхода к ведению больных с учетом всех данных. Установлено, что около 20-25 % взрослых лиц во всем мире страдают метаболическим синдромом. Факторы риска являются значимыми при постановке диагноза, выбора дальнейшего лечения и ведения пациента. Для облегчения учета всех данных, которые может собрать врач за ограниченный период времени, создано программное обеспечение «АРМ кардиолог». Использование программных обеспечений на рабочем месте врача будет способствовать качественной высокотехнологичной помощи больным.

БІЛКИ ГОСТРОЇ ФАЗИ ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Железнякова Н.М., Гопцій О.В., Зелена І.І., Фролова-Романюк Е.Ю., Степанова О.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи. Встановити особливості імунної відповіді при розвитку запального процесу у хворих з коморбідністю хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали і методи. Обстежено 72 хворих з ХОЗЛ I і II. У 35 спостереженнях (48,6 %) ХОЗЛ поєднувалося з ХП (основна група), у 37 – спостерігалося ізольоване ХОЗЛ (група порівняння). Показники норми були отримані у 20 практично здорових осіб аналогічного віку та статі (група контролю). Вміст С-реактивного білку (С-РБ) у сироватці крові досліджували імуноферментним методом. Рівні прозапальних цитокінів - інтерлейкіну-1β (ІЛ-1β) та фактору некрозу пухлини-α (ФНП-α) визначали за допомогою наборів ProCon ТОВ «Протеїновий контур», Росія. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою ліцензійних програм «Microsoft Excel» і «Statistica 6.0».

Результати. У хворих з ізольованим ХОЗЛ було відзначено достовірне підвищення вмісту С-РБ до (4,1 ± 0,12) мг/л, що було в 2,9 рази вище показників контролю (1,43 ± 0,06) мг/л ($p < 0,05$). Наявність супутньої патології збільшувало глибину даних змін – рівень С-РБ у хворих основної групи склав (6,2 ± 0,17) мг/л, що перевищувало показники контролю в 4,3 рази ($p < 0,05$), а групи порівняння – в 1,5 рази ($p < 0,05$). Рівень ІЛ-1β в основній групі склав (71,1 ± 4,7) нг/л, що було достовірно вище показників як групи контролю – (26,0 ± 1,6) нг/л ($p < 0,05$), так і групи порівняння – (42,9 ± 3,4) нг/л ($p < 0,05$). Аналогічні девіації спостерігалися і при аналізі ФНП-α: у групі з коморбідністю даний показник склав (91,7 ± 3,8) нг/л, при ізольованому ХОЗЛ – (38,9 ± 2,9) нг/л, у групі контролю – (24,2 ± 1,5) нг/л. При цьому відмінності в групах обстежених хворих були достовірні ($p < 0,05$) як при зіставленні з нормативними показниками так і між собою.

Висновки. Білки як ранньої (прозапальні цитокіни ІЛ-1β і ФНП-α), так і пізньої (С-РБ) гострофазової відповіді адекватно реагували на розвиток запалення в бронхолегеневій системі. При цьому, наявність супутнього ХП вносила істотні зміни в картину запальної відповіді, що проявлялося значним достовірним посиленням експресії як прозапального цитокінового каскаду, так і білків пізньої острофазової реакції. Що, в умовах хронічного запалення, шляхом гіперактивації системи комплементу та ініціації аутоімунних реакцій, може сприяти вторинному пошкодженню як органів-мішенів, так і залученням до патологічного процесу «відносно інтактних» органів і систем.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И АДИПОНЕКТИН В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Журавлёва А.К., Бобронникова Л.Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – изучить маркеры воспаления и их роль в прогрессировании метаболических нарушений у пациентов с сочетанным течением сахарного диабета 2-го типа (СД-2) и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследовано 85 пациентов с СД-2 в сочетании с НАЖБП и 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Средний возраст больных составил (52,1 ± 4,6) лет. Пациентам проводилось исследование концентрации адипонектина (АН), провоспалительных цитокинов и факторов системного воспалительного ответа (СВО) иммуноферментным методом.

Результаты. При оценке трофологического статуса нарушения массы тела наблюдалось у 94,5 % пациентов, в том числе, в 50,0 % – ожирение, преимущественно 1-й степени. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил (32,28 ± 1,12) кг/м^2; индекс объем талии/объем бедер (ОТ/ОБ) – (0,92 ± 0,001). Течение СД 2 и НАЖБП сопровождалось активацией провоспалительных цитокинов и факторов СВО, что подтверждалось ростом уровня интерлейкина-6 в 4,1 раза, ФНО-α – в 4,5 раза, уровнем триглицеридов (ТГ) ($r = 0,34$; $p < 0,04$), С-реактивного протеина (СРП) – в 1,5 раза ($p < 0,001$), фибриногена – в 1,9 раза ($p < 0,001$). Уровень СРП коррелировал с ИМТ ($r = 0,47$; $p < 0,001$), уровнем глюкозы ($r = 0,44$; $p < 0,001$), индексом ОТ/ОБ ($r = 0,48$; $p < 0,01$), уровнем инсулина ($r = 0,36$; $p < 0,001$), индексом HOMA-IR ($r = 0,48$; $p < 0,001$). Уровень АН был снижен в сравнении с контролем ($p < 0,001$) и коррелировал с ИМТ ($p < 0,05$). Выявлены отрицательные связи между уровнем АН и ИМТ ($r = -0,36$; $p < 0,01$), ОТ ($r = -0,34$; $p < 0,01$), соотношением ОТ/ОБ ($r = -0,32$; $p < 0,001$), СРП ($r = -0,38$; $p < 0,001$), а также положительные связи между уровнем АН и содержанием липопротеинов высокой плотности ($r = 0,44$; $p < 0,001$). Установлена обратная связь между уровнем АН и инсулина ($r = -0,34$; $p < 0,05$), глюкозы ($r = -0,36$; $p < 0,05$), индексом HOMA-IR ($r = -0,46$; $p < 0,001$).

Выводы. Установлено, что провоспалительные цитокины, адипонектин и маркеры острой фазы воспаления вовлечены в патогенез ИР при СД 2 и НАЖБП. Секреция этих субстанций коррелирует с ожирением и является дополнительным фактором прогрессирования апоптоза печени, что обуславливает поиск методов воздействия на ИР путем влияния на воспаление.

ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Журавлева Л.В., Ильченко И.А.

Харьковский национальный медицинский університет, Украина

Цель: изучить нарушения кардиогемодинамики у пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) и установить их взаимосвязь с суточным профилем артериального давления (АД).

Материал и методы. Обследовано 45 больных (из них 24 мужчины; возраст (46,8 ± 4,2) года; индекс массы тела (23,7 ± 3,4) кг/м² с впервые выявленной АГ. Оценивались эхокардиографические (ЭхоКГ) параметры структурно-функционального состояния миокарда, показатели суточного мониторирования АД (СМАД) и электрокардиограммы (СМЭКГ) в сравнении с данными 12 практически здоровых человек. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программ Statistica for Windows 5.0.

Результаты. Показатели среднесуточного систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД были: (152,9 ± 3,8) мм рт. ст. (контроль – (118,6 ± 3,5) мм рт. ст.; $p < 0,05$) и (88,4 ± 4,2) мм рт. ст. (контроль – (64,2 ± 5,3) мм рт. ст.; $p < 0,05$), соответственно. Отмечена тенденция к повышению индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ): (126,6 ± 3,8) г/м²; контроль – (116,2 ± 2,7) г/м²; $p > 0,05$); конечного диастолического (КДРлж) и систолического (КСРлж) размера левого желудочка (соответственно: (4,92 ± 0,42) см (контроль – (4,48 ± 0,22) см; $p > 0,05$) и (3,35 ± 0,39) см (контроль – (2,84 ± 0,22) см; $p > 0,05$). Достоверно снижалось отношение пиковых скоростей кровотока (Е/А): (1,02 ± 0,04) (контроль (1,34 ± 0,09); $p < 0,05$), показателя жесткости миокарда (отношение конечно-диастолического давления в ЛЖ к ударному объему): (1,43 ± 0,08) (контроль – (1,72 ± 0,06); $p < 0,05$). У больных с повышенной вариабельностью АД (индексом времени гипертензии САД > 50 %) достоверно увеличивался ИММЛЖ: (134,6 ± 3,2) г/м^2 (контроль – (118,5 ± 1,4) г/м²; $p < 0,05$)

Выводы. Уже на ранних этапах развития АГ отмечается тенденция к формированию гипертрофии ЛЖ, нарушение диастолической релаксации миокарда. Выявлены достоверные изменения между структурно-функциональными параметрами сердца и показателями СМАД у больных с повышенной вариабельностью АД.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Журавлева Л.В., Ильченко И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования. Установить взаимосвязь между изменением пульсового давления (ПД) и функциональным состоянием почек у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 47 больных с АГ II стадии без сахарного диабета и ожирения (25 мужчин и 22 женщины; возраст – (52,5 ± 4,3) года; длительность АГ – (8,7 ± 3,5) года; индекс массы тела (24,3 ± 3,7) кг/м²). Оценивались показатели липидограммы, гликемии, креатинина крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле исследования MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл/мин/м² и стандартизованной по площади поверхности тела – 1,73 м²; суточное мониторирование артериального давления.

Результаты. Показатели среднесуточного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления составили соответственно: (159,4 ± 8,3) мм рт. ст.; (96,8 ± 5,4) мм рт. ст. Изменение циркадного ритма отмечалось у 94 % пациентов, из них: 73 % тип «non-dipper»; 19 % – «night-peaker», 8 % – «diper». Установлена прямая корреляционная связь между уровнем ПД и САД ($\tau = 0{,}788$; $p < 0{,}001$); ПД и ДАД ($\tau = 0{,}316$; $p < 0{,}005$). В большей мере увеличение ПД зависело от повышения САД, чем ДАД. Установлена прямая корреляционная связь между ПД и уровнем креатинина крови ($\tau = 0{,}36$; $p < 0{,}001$), а также обратная корреляционная связь между ПД и СКФ ($\tau = -0{,}284$; $p < 0{,}005$), что подтверждает взаимосвязь между увеличением уровня ПД и снижением фильтрационной способности почек.

Выводы. У пациентов с АГ увеличение ПД в большей мере зависело от повышения САД, чем ДАД. Установлена взаимосвязь между увеличением ПД и снижением функциональной способности почек. Проведение гипотензивной терапии с учетом динамики ПД может предотвратить развитие и прогрессирование тяжелого поражения почек и развития почечной недостаточности.

ОСОБЕНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Журавлёва Л.В., Лопина Н.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель: изучить влияние коррекции диабетической дислипидемии у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД-2) на липидный обмен, эндотелиальную дисфункцию, артериальную жесткость (АЖ) и толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА).

Материал и методы. Обследовали 60 пациентов с ИБС и СД-2 (30 мужчин, (60,5 ± 4,7) лет). Стаж ИБС (7,2 ± 2,3) года, СД-2 – (4,7 ± 0,5) лет. Уровень HbA1c составлял менее 7,5 %. Все пациенты получали 20 мг аторвастатина один раз в сутки, подгруппа больных (n = 27) с гипертриглицеридемией (ГТГ) в дополнении к стандартной терапии получала фенофибрат 145 мг один раз в день. У всех пациентов определяли уровень общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), провоспалительных медиаторов (ФНО-α, СРБ) с помощью ELISA, АЖ сосудов оценивали путём определения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям эластического типа методом сфигмографии, ТИМ ОСА оценивали с помощью проведения УЗ-допплерографии ОСА перед началом терапии и через 6 месяцев.

Результаты. Установлено, что СРПВ, ТИМ ОСА были достоверно выше в подгруппе больных СД-2 с ГТГ. ТИМ ОСА коррелировала с возрастом пациента (r = 0,43, p < 0,05). Также у больных с ИБС и СД-2 была установлена связь между ТИМ ОСА и СРПВ (r = 0,52, p < 0,05), ТИМ ОСА и длительностью диабета (r = 0,41, p < 0,05). Не были установлены корреляционные связи между СРПВ, ТИМ ОСА и уровнями липидов сыворотки крови. В то же время, ТИМ ОСА была достоверно выше у пациентов с СД-2 и ГТГ по сравнению с больными диабетом без ГТГ (p < 0,05). Не было статистически значимых различий между показателями ТИМ ОСА до начала терапии и через 6 месяцев после лечения. У всех пациентов в процессе терапии наблюдалось снижение ЛПНП на (19 ± 5,2) %, ЛПОНП на (15 ± 3,4) %, а в подгруппе с ГТГ – снижение ТГ на (16 ± 2,1) % (p < 0,05) и повышение уровня ЛПВП на (18 ± 4,2) % после 6 месяцев лечения. После лечения уровень ФНО-α снижался на (6,0 ± 1,5) % (p < 0,05) и СРБ от (1,56 ± 0,13)) мг/л до (0,97 ± 0,11) мг/л (p < 0,05). В процессе терапии достоверно снижалась СРПВ с (18,31 ± 1,54) м/с. до (16,58 ± 0,97) м/с.

Выводы. Коррекция диабетической дислипидемии у больных ИБС в сочетании с СД-2 улучшала липидный баланс, уменьшала явления эндотелиальной дисфункции, что проявлялось в снижении продукции провоспалительных цитокинов, уменьшала АЖ.

СИРОВАТКОВИЙ ВМІСТ ЕСЕНЦІЙНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ БЕХТЄРЄВА

Заздравнов А.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

В останній час значна увага приділяється ролі есенційних мікроелементів в патогенезі ревматичних хвороб. До таких мікроелементів відносяться, поряд з іншими, мідь (Cu) та цинк (Zn). Zn є компонентом більш ніж 300 ферментів, що відповідають за обмін білків, ліпідів, вуглеводів та нуклеїнових кислот; він бере участь в остеогенезі, лінійному рості людини. Cu проявляє активність в процесах синтезу колагену та еластину. При хворобі Бехтєрєва (ХБ) виявлено регресійний зв'язок між концентрацією Cu в грунті та захворюваністю на ХБ. Також є відомості про негативну кореляцію між рівнем Zn та активністю ХБ.

Мета роботи: дослідити вміст Zn та Cu в сироватці крові хворих на ХБ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 30 хворих на ХБ з 1-2 ступенем активності. Вміст Zn та Cu досліджували колориметричним методом. Отримані результати порівнювали з аналогічними показниками 20 практично здорових осіб.

Результати та їх обговорення. Зміни сироваткового вмісту досліджуваних мікроелементів у хворих на ХБ проявлялись гіпоцинкемією та гіперкупремією порівняно із показниками здорових осіб.

Вміст цинку та міді в сироватці крові обстежених осіб, M± m

Показник	Хворі на ХБ, n = 30	Здорові особи, n = 20
- Zn, мг/л	5,09 ± 0,050 ^{x}	5,32 ± 0,102
- Cu, мг/л	1,44 ± 0,035 $^{\bullet}$	1,14 ±0,046

Примітки: розбіжності вірогідні: ^{x} - порівняно з аналогічним показником здорових осіб ($t = 2,194$, $p = 0,033$); $^{\bullet}$ - порівняно з аналогічним показником здорових осіб ($t = 5,218$, $p < 0,001$).

Гіпоцинкемія при ХБ є реакцію організму на системний запальний процес, адже Zn регулює баланс між клітинним і гуморальним імунітетом, а дефіцит Zn супроводжує аутоімунну патологію. Гіперкупремію у хворих на ХБ слід розцінювати, перш за все, як гострофазову відповідь на запальний процес, адже основний пул Cu в організмі знаходиться в складі білка церулоплазміна – потужного ендогенного антиоксиданту. Крім того, існують конкурентні взаємовідносини між даними мікроелементами – надлишок Cu призводить до дефіциту Zn та навпаки.

Висновок. У хворих на ХБ спостерігається мікроелементний дисбаланс у вигляді гіпоцинкемії та гіперкупремії.

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Зазикіна Д.С., *Флегантова Б.Л.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,
**Полтавська державна аграрна академія*

У зв'язку з реформуванням медичної галузі в Україні відбулося створення центрів первинної медичної допомоги, невідкладною задачею яких є впровадження методів лікування і профілактики внутрішніх хвороб. У сімейній медицині актуальним питанням є широке розповсюдження остеоартрозу колінних суглобів (гонартроз), який зменшує працездатність, погіршує якість життя хворих людей і потребує тривалого медикаментозного лікування.

Нами виділено 72 хворих, у яких діагностовано гонартроз, із них жінок – 49, чоловіків – 23 у віці 50 років і старше. Діагностика гонартрозу базувалась відповідно до критеріїв Американського коледжу ревматологів, а саме:

– наявність щоденного болю у колінних суглобах впродовж попереднього місяця;

– інтенсивність болю у колінних суглобах оцінювали по візуально-аналоговій шкалі (ВАШ) ≥ 40 мм (діапазон шкали від 0 до 100 мм);

– наявністю не менше 3 із наступних 6 критеріїв: вік хворого ≥ 50 років, скованість < 30 хвилин, наявність крепітації і болючості при пальпації, збільшення розміру суглоба, пальпаторна відсутність гіперемії суглоба.

Характерною ознакою хворих на гонартроз осіб у віці 50 років і старше є малорухомий спосіб життя особливо в несприятливих погодних умовах. Задля вторинної профілактики загострення гонартрозу ми розробили методику поетапного виконання динамічної лікувальної гімнастики у домашніх умовах, без стаціонарного лікування і без будь-яких матеріальних витрат, що є особливо важливим для хворих старшого віку.

Комплекс вправ доступний для виконання, нескладний, проводиться під контролем самовідчуття хворої людини, тривалістю 15-20 хвилин двічі на день, або 30 хвилин 1 раз на день. За нашим досвідом медична сестра успішно навчає хворих проведенню лікувальної гімнастики.

Висновки.

1. У хворих на гонартроз використання лікувальної гімнастики створює мотивацію на формування поліпшення якості життя і допомагає зменшити обсяг медикаментозного лікування.

Запропонована методика лікувальної гімнастики хворим на гонартроз, особам старше 50 років дає змогу мати щоденне фізичне навантаження, як компенсаторний механізм малорухомого способу життя, забезпечує вторинну профілактику загострень остеоартрозу колінних суглобів.

ВПЛИВ РІВНЯ sCD40L НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Заїкіна Т.С, Бабаджан В.Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Незважаючи на успіхи сучасної медицини, частота розвитку тромботичних ускладень у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу досі залишається високою.

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

Матеріали і методи. Контингент дослідження склав 52 хворих: I група – 20 хворих з гострим інфарктом міокарда без ЦД 2 типу, II група – 32 хворих на гострий інфаркт міокарда у поєднанні з ЦД 2 типу. Рівень sCD40L визначався імуноферментним методом. Порівнювали частоту розвитку тромботичних ускладнень у хворих на гострий період інфаркту міокарда з ЦД 2 типу та без нього в залежності від рівня sCD40L.

Результати. У хворих з високим рівнем sCD40L > 4 нг/мл була достовірно вищою частота розвитку тромботичних ускладнень ($r = 0,72$, $p = 0,02$), таких як тромбоемболія гілок легеневої артерії, повторний інфаркт міокарда протягом 3 місяців спостережень.

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда з цукровим діабетом 2 типу необхідно досліджувати рівень sCD40L з метою стратифікації ризику розвитку тромботичних ускладнень.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Заїкіна Т.С., Бабаджан В.Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. На сьогоднішній день проблема прогнозування наслідків гострого інфаркту міокарда стоїть надзвичайно гостро, особливо з огляду на зростаючий рівень захворюваності цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

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

Матеріали і методи. Контингент дослідження склав 112 хворих: I група – 50 хворих з гострим інфарктом міокарда без ЦД 2 типу, II група – 50 хворих на гострий інфаркт міокарда у поєднанні з ЦД 2 типу. Рівень інгібітору тканинного активатора плазміногену визначався імуноферментним методом. Порівнювали частоту розвитку тромботичних ускладнень у хворих в гострий період інфаркту міокарда у хворих з ЦД 2 типу та без нього в залежності від рівня інгібітору тканинного активатора плазміногена.

Результати. У хворих з низьким рівнем інгібітору тканинного активатора плазміногену була достовірно вищою частота розвитку тромботичних ускладнень ($r = 0,72$, $p = 0,02$), таких як тромбоемболія гілок легеневої артерії, повторного інфаркту міокарда.

Висновки. У хворих з гострим інфарктом міокарда необхідно досліджувати рівень інгібітору тканинного активатора плазміногену PAI-1 з метою обрання адекватної антикоагулянтної терапії для попередження фатальних та нефатальних ускладнень гострого інфаркту міокарда у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

РОЛЬ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ 2 ТИПУ В РОЗВИТКУ СУГЛОБОВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Зайцев П.В., Терешкін К.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Ураження хрящової тканини при запально-дегенеративних захворюваннях суглобів опосередковано посиленим руйнуванням хрящового матриксу за участі тканинних металопротеїназ. Матриксні металопротеїнази (ММР) уявляють собою групу цинк-залежних ензимів, що відіграють центральну роль у фізіологічних та патологічних процесах багатьох тканин, в тому числі і хрящової.

На даний час доведено, що відповідальними за цей процес є колагенази (ММР-1, -8, -13), стромелізини (ММР-3), мартилізини (ММР-7), агреканази (ADAMTS-4, ADAMTS-5). Та значно менше робіт присвячено впливу желатиназ (ММР-2, -9) на процеси хондродеструкції. Важливість ММР-2 (желатинази А) в обміні хрящової тканини обумовлена її участю у деградації колагену I, IV, V, VII та X типів, еластину, ламініну, фібронектину та протеогліканів. Це підтверджується суттєвим підвищенням її активності при захворюваннях суглобів (ревматоїдному артриті, остеоартрозі, остеохондрозі, ювенільному артриті та ін.). Посилена експресія ММР-2 та її активаторів (МТ-ММР 1, протеїну С) були виявлені в хрящовій тканині суглобів при остеоартрозі (ОА). Рівень експресії ММР-2 при деградації хряща та змінах субхондральної кістки у хворих на ОА більш значний, в порівнянні з ММР-9. Активність ММР-2 при ревматоїдному артриті, в свою чергу, значно перевищує відповідний рівень при ОА, виявляючи дещо більші значення у синовіальній рідині, ніж у синовіальній тканині.

Активність ММР-2 в хрящовому матриксі є генетично зумовленою та залежить від експресії кодуючих генів і генетичного поліморфізму. Підтверджується роль поліморфних варіантів гену ММР-2 при ревматоїдному артриті, остеохондрозі, анкілозуючому спондилоартриті, синдромі Торга-Вінчестера. Визначено, що у таких хворих частота деяких генотипів гену ММР-2 (-735CC, -760TT, -1306CC) значно вища, ніж у здоровій популяції та асоційована з появою захворювань, що супроводжуються хрящовою деструкцією. В той же час, посилення експресії ММР-2 при ОА, на відміну від ММР-9, не спричинене дією механічного чинника, тобто ген ММР-2 не є механочутливим та має інші механізми активації в умовах патології суглобів.

Таким чином, активація ММР-2 є важливою ланкою патогенезу суглобової патології, однак, деякі дані стосовно її ролі та впливу генетичного поліморфізму на експресію ММР-2 при ряді захворювань залишаються суперечливими та вимагають подальшого дослідження та конкретизації.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ АСКАРИДОЗУ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Зайченко О.Є., Яресько М.В., Лапшина Є.А., Панченко Г.Ю.
Харківський національний медичний університет, Україна

Одним з найпоширеніших антропонозних геогельмінтозів в популяції людини є аскаридоз. В даний час на це захворювання страждає не менше 25 % всього населення Землі. Перебіг аскаридозу підрозділяється на дві стадії:міграційну та кишкову, що обумовлює різноманітну клінічну картину цього паразитозу, довготривалу наявність гельмінтів в організмі господаря та є причиною пізньої діагностики аскаридозу.

Метою було вивчення сучасних особливостей клінічних проявів аскаридозу для своєчасної діагностики та лікування в терапевтичній практиці.

Хвора К., 1957 р.н. потрапила до стаціонару зі скаргами на загальну слабкість, зниження маси тіла на 12 кг за 4 роки, задишку, приступоподібну задуху, сильний кашель без відділення мокротиння, звучну перистальтику в животі, періодично виникаючі запори. З анамнезу захворювання хворіє впродовж 4-х років, коли вперше виникли кашель та задуха, був виставлений діагноз: Хронічний бронхіт з астматичним компонентом. При повторному з'явленні подібних симптомів через рік влітку в клінічному аналізі крові – еозінофілія, на спірографії - різко виражений обструктивний тип вентиляційних порушень, був встановлений діагноз: Бронхіальна астма, інфекційно-алергічна форма, стадія загострення. Однак приєднались скарги на схильність до закрепів із затримками випорожнень на 4-5 днів, посилена перистальтика кишківника. При пальпації живіт роздутий, над лівими відділами - виражений тимпаніт; справа і в мезогастрії виявляється «шум плескоту»; вихідний відділ ободової кишки щільний, слабо болючий. В клінічному аналізі крові: Hb – 95 г/л; еозінофілія – 30 %, ШОЕ – 26 мм/год. На рентгенографії ОГП: неінтенсивні «вуалеподібні» зони інфільтрації. Механічна перешкода в кишківнику, анемія, висока ШОЕ та виражена астенізація мали привід для підозри онкологічного процесу. Проведена колоноскопія: виявлений клубок живих круглих черв'яків, що повністю перекривав просвіт кишки. Діагноз: Аскаридоз, генералізована форма (легеневий, біліарний нематодоз) на тлі повторних інвазій. Часткова кишкова непрохідність.

Таким чином, цей приклад свідчить, що клінічна картина аскаридозу складається зі складно переплетених факторів довготривалої дії гельмінтів на організм господаря і з особливостей його відповідних реакцій, що слід враховувати у диференційній діагностиці захворювань внутрішніх органів.

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Залюбовская Е.И., Воскобойников Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. Сегодня эндотелиальная дисфункция (ЭД) рассматривается, как наиболее ранний этап развития атеросклеротического поражения сосудов, в связи с чем контроль и лечение ИБС без коррекции ЭД не может быть удачно решенной клинической задачей.

Цель: изучение степени динамики показателей ЭД на фоне терапии лизиноприлом у больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к.

Материалы и методы: в исследование включено 53 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. в возрасте 44-62 лет, контрольная группа представлена 23 здоровыми лицами. Состояние функции эндотелия оценивали в сыворотке крови иммуноферментным методом по уровню циркулирующего эндотелина-1 (ЭТ-1) методом сосудодвигательной активности плечевых артерий. Все больные с ИБС получали плановую терапию лизиноприлом в дозе 10,0 мг/сутки.

Результаты. В результате исследования установлено снижение относительного расширения плечевой артерии у больных с ИБС, составившее (5,5 ± 1,5) % в сравнении с (12,5 ± 2,5) % в группе контроля. Все пациенты по результатам манжетной пробы были разделены на 4 группы, критерием рандомизации была степень тяжести ЭД, определявшейся по уровню эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии: 0 > 10,5 %, I ст. – 10,5-8,0 %, II ст. – 8,0-3,5 %, III ст. – 3,5-2,5 % и IV < 2,5 %. В исследовании преобладали пациенты с I-II ст. ЭД (31 человек). Определение уровня ЭТ-1 показало повышение его концентрации у больных ИБС ((7,52 ± 0,94) нг/л, $p < 0,06$), в сравнении со здоровыми ((4,24 ± 0,52) нг/л). Отметим, что наибольшая концентрация ЭТ-1 ((12,0 ± 1,2) нг/л) выявлена у больных III-IV ст. ЭД. Отмечена прямая корреляционная зависимость между степенью дилатации плечевой артерии и содержанием ЭТ-1 ($r = 0,84$, $p < 0,001$) в сыворотке крови больных ИБС. Терапия лизиноприлом в течение 4 месяцев приводила к коррекции эндотелиальной дисфункции у больных I-II ст. тяжести, что характеризовалось нормализацией дилатации плечевой артерии (Δd % – (9,46 ± 0,32), $p < 0,01$) до уровня контрольной группы. При III-IV степени ЭД был достигнут значительный прирост диаметра плечевой артерии в манжетной пробе (3,14 ± 0,22), также достигнуто достоверное уменьшение концентрации ЭТ-1 ((9,3 ± 1,6) нг/л) в сыворотке крови.

Выводы. Проведенные исследования показали, что терапия лизиноприлом обладает достаточно высокой вазопротективной активностью у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. независимо от тяжести ЭД.

A DIAGNOSTIC VALUE OF INVESTIGATION OF IL-1β, IL-4, IL-6, IF-γ, TNF-α AND IL-1Ra CONTENT IN THE BLOOD SERUM IN REACTIVE ARTHRITIS PATIENTS OF DIFFERENT ETIOLOGY

Zaliavska O.V., Khukhlina O.S.
Bukovina State Medical University, Chernivts, Ukraine

The aim of research. To study levels of IL-1β, IL-4, IL-6, IF-γ, TNF-α and IL-1Ra in the blood serum in reactive arthritis patients of different etiology and their effects on the activity and clinical course of the disease.

Methods. 38 patients with reactive arthritis (ReA) have been examined against a background of chronic pyelonephritis (CP) in the exacerbation phase of urogenital infection (group 1). 12 ReA patients with earlier enterocolitis (group 2) and ReA of unknown etiology (11 people – group 3) were also examined. IL-1β, IL-4, IL-6, IF-γ, TNF-α and IL-1Ra content in the blood serum was determined in patients under study by solid-phase enzyme immunoassay method of using monoclonal antibodies ("Diaclone" reagents set, France).

Results. An increase of IL-1β, IF-γ and TNF-α levels as well as diminution of IL-6 and IL-1Ra blood count indices in comparison with healthy patients that denotes the implication of a cytokine, imbalance in ReA progression has been revealed in patients under study when investigating cytokine status. The direct correlative dependence relation of IL-4, IL-6 and TNF-α blood cytokine count upon ReA activity degree and reverse correlative dependence of medium strength according to IF-γ blood count has been defined. Group 1 patients had the highest IL-6 and IF-γ blood count according to the indexes of other groups, as well as the maximum expression suppression of anti-inflammatory IL-4 and IL-1Ra activity.

Conclusion. The usage of the enzyme immunoassay diagnostic test-systems allows to get the information about functional activity of different types of immunocompetent cells; about the complexity of the inflammatory process, its migration from the local to systemic level, and it is one of the most prospective methods of evaluating immune system condition in the clinical experience in order to control the inflammation activity and prognosis.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА С50Т ГЕНА ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-1 НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Запровальная О.Е., Бондарь Т.Н., Попович А.С.

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

Цель исследования – определить частоту встречаемости аллельных вариантов С50Т гена PTGS1 и связь полиморфизма с клинической, биохимической и функциональной аспиринорезистентностью у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 173 пациента с хроническими формами ИБС (стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз) на фоне стандартной терапии АСК в дозе 75-100 мг. При ретроспективном анализе 20 пациентов, у которых в течение всего периода наблюдения ((34,5 ± 1,2) месяцев) были зарегистрированы неблагоприятные сердечно-сосудистые события (НССС), составили группу клинически аспиринорезистентных, а 153 пациента, у которых заболевание протекало без осложнений – клинически чувствительных. Группу контроля составили 28 практически здоровых лиц соответствующей возрастной категории. В качестве критерия биохимической АР определяли уровень 11-дегидро-тромбоксана B_2, функциональной АР – суммарный индекс (СИАТ) арахидонат- и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов (АТ). Генотипирование полиморфного участка С50Т гена PTGS1 (rs3842787) осуществляли методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом длин рестрикционных фрагментов.

Результати. Среди 173 больных с ИБС у 86,7 % был выявлен дикий СС-генотип, у 12,7 % – гетерозиготный СТ-генотип, и у 1 пациента(0,6 %) – мутантный ТТ-генотип. Распределение генотипов в группе контроля составило: СС – 85,7 %, СТ – 14,3 %. Частота встречаемости С и Т аллелей у больных с ИБС и в группе контроля достоверно не различались ($p > 0,05$). СИАТ арахидонат-индуцированной АТ у носителей Т-аллеля не только был существенно выше, чем у носителей С-аллеля ($p = 0,001$), но и превышал 20 %, что является критерием функциональной аспиринорезистентности. Сравнение групп с СС- и СТ-генотипами по показателям АДФ-индуцированной агрегации и по уровню 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче не выявило достоверных различий. В то же время анализ генотипов между клинически аспиринорезистентными и клинически чувствительными группами пациентов установил, что у носителей мутантного Т-аллеля вероятность развития НССС в 3,39 раза выше (95 % ДИ [1,39-8,77], $p = 0,019$), чем у носителей С-аллеля.

Выводы. Наличие мутантного Т-аллеля полиморфизма С50Т гена PTGS1 ассоциируется с функциональной аспиринорезистентностью и повышает риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при ИБС.

СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АТЕРОТРОМБОТИЧНИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Запровальна О.Є., Бондар Т.М., Попович А.С., Бесединa А.С.

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

Мета дослідження: підвищити вірогідність прогнозу ризику розвитку серцево-судинних подій при ішемічній хворобі серця (ІХС) шляхом оцінки стану тромбоцитарної ланки тромбоутворення на молекулярно-генетичному рівні.

Характеристика пацієнтів і методи. Обстежено 173 хворих (84,6 % чоловіків і 15,4 % жінок у віці від 35 до 75 років (середній вік – (58,2 ± 0,7) років) на хронічні форми ІХС, що постійно приймали ацетилсаліцилову кислоту (АСК) у складі комплексної терапії. Контрольну групу склали 28 осіб співставимих з основною групою за віком та статтю. Протягом періоду спостереження, який тривав (34,52 ± 1,16) місяців, проводили оцінку кількості кінцевих серцево-судинних точок (смертність + нефатальний інфаркт міокарда/нестабільна стенокардія). Усім досліджуваним пацієнтам визначали поліморфізм С50Т гена циклооксигенази 1 (ЦОГ1) методом полімеразної ланцюгової реакції з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів (ПЛР-ПДРФ).

Результати. Визначено, що ймовірність розвитку несприятливих серцево-судинних подій у носіїв мутантного Т-алеля поліморфізма С50Т гена PTGS1 була в 3,39 рази вище (95 % CI [1,39-8,77], p = 0,019), ніж у носіїв С-алеля. За даними власних оригінальних досліджень розроблений та запатентований в Україні (заявка на корисну модель № u2014 09409; пріоритет 26.08.2014 р.) спосіб прогнозу, у якому проводять молекулярно-генетичне дослідження крові з ідентифікацією поліморфізму ЦОГ1 як фактору ризику розвитку серцево-судинної патології.

Новим є те, що визначають фактор ризику розвитку серцево-судинної патології, пов'язаної з атеротромбозом. Для цього ідентифікують поліморфний локус С50Т (референтний SNP (rs) 3842787) гена ЦОГ-1 (PTGS1). І якщо в зазначеному поліморфному локусі наявний хоча б один мутантний Т-алель, прогнозують ризик розвитку атеротромботичних серцево-судинних подій (смертність, нефатальний інфаркт міокарда / нестабільна стенокардія).

Висновки. Використання запатентованого способу прогнозу у медичній практиці забезпечить можливість на генетичному рівні здійснити вірогідну оцінку ризику розвитку серцево-судинної патології, пов'язаної з атеротромбозом. А це дозволить своєчасно призначати адекватну терапію у конкретного пацієнта, що сприятиме зниженню захворюваності та смертності.

PIA1/A2 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИНТЕГРИНА β3 ТРОМБОЦИТАРНОГО РЕЦЕПТОРА ФИБРИНОГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ

Запровальная О.Е., Бондарь Т.Н., Попович А.С., Рябуха В.В.

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

Цель – изучить распределение полиморфных вариантов PIA1/A2 гена ITGB3 и возможную связь PIA2-варианта с клинической, биохимической и функциональной аспиринорезистентностью у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 173 пациента с хроническими формами ИБС (стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз) на фоне, стандартной терапии, вкючающей ингибиторы АПФ, статины, бета-блокаторы и ацетилсалициловую кислоту (АСК) в дозе 75-100 мг. Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия за период наблюдения ((34,5 ± 1,2) месяцев) неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (НССС): 1 группу составили 20 пациентов, имевших события, 2 группу – 153 пациента, у которых заболевание протекало без осложнений. Группу контроля составили 28 практически здоровых лиц, достоверно не отличавшихся по возрасту от основной группы. В качестве критерия биохимической АР определяли уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче (нг/мг креатинина) иммуноферментным методом с использованием набора реактивов производства Assay Designs, Inc.(США). Функциональную АР оценивали по агрегационной активности тромбоцитов турбидиметрическим методом с использованием в качестве индукторов агрегации АДФ (концентрация в кювете 10 мкМ) и арахидонат (0,5 мМ). Генотипирование полиморфного участка PIA1/A2 гена ITGB3 (rs5918) проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим анализом длин рестрикционных фрагментов.

Результати. Анализ полиморфизма PIA1/A2 гена ITGB3 показал следующее распределение PIA1/A1-, PIA1/A2- и PIA2/A2-генотипов среди пациентов с ИБС: 67,6 %, 30,0 % и 2,3 % и в группе контроля: 78,6 %, 21,4 % и 0 %, соответственно. Частота встречаемости PIA1- и PIA2 аллелей у больных с ИБС (0,826 и 0,173, соответственно) и в группе контроля (0,893 и 0,107, соответственно) также не отличалась ($p > 0,05$). По показателям АА- и АДФ-индуцированной агрегации, а также по уровню 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче группы с PIA1/A1 и (PIA1/A2+ PIA2/A2) генотипами достоверно не различались. Однако при сравнении распределения генотипов в 1 (клинически аспиринорезистентные) и 2 (клинически чувствительные) группах пациентов с ИБС установлено, что при наличии мутантного PIA2-аллеля гена ITGB3 вероятность развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий была существенно выше, чем у носителей дикого генотипа (ОШ 2,42; 95 % ДИ [1,18-5,12], $p = 0,03$).

Выводы. Наличие мутантного PIA2-аллеля гена ITGB3 не влияет на биохимическую и агрегационную чувствительность к АСК у больных ИБС. В то же время у PIA2-носителей отмечается повышенный риск развития НССС на фоне длительной антитромбоцитарной терапии АСК.

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА РАКА ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Захаренко В.В., Борзенкова И.В., Мирошниченко М.С., Плитень О.Н.

КУОЗ «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков, Украина

В Украине ежегодно рак желудка (РЖ) диагностируется у 13 тыс. пациентов, в большинстве случаев – на III и IV стадиях. Проблема совершенствования диагностики и лечения РЖ остается актуальной.

Цель: представить редкое наблюдение из практики РЖ с метастазами, маскирующегося под клиникой хронического бронхита (ХБ).

Больная М., 53 лет, поступила в больницу г. Харькова с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, слабость, потливость, повышение температуры до 38ºС, головные боли, головокружение, боли в сердце при повышенных цифрах артериального давления, плохой аппетит, снижение веса тела на 3 кг за последний месяц. Анамнез болезни: в 2014 г. находилась на лечении в одной из больниц г. Харькова по поводу пневмонии и ХБ. После выписки продолжал беспокоить кашель. При настоящем поступлении: кожа бледная, в легких на фоне жесткого дыхания рассеянные сухие хрипы. Поставлен диагноз: «Гипертоническая болезнь. ИБС. ХБ. Анемия». Состояние больной прогрессивно ухудшалось, и на пятые сутки пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: труп женщины пониженного питания; легкие объемные, пушистые, серовато-розоватые, сухие, с малокровными сосудами; в области тела желудка по большой кривизне с переходом на переднюю и заднюю стенки определялся участок размером 15,0×5,0 см, на котором стенка желудка утолщена до 1,3 см, ригидная, с грубоскладчатой слизистой оболочкой серовато-красноватого цвета; левый надпочечник слегка утолщен, с беловатым узелком в мозговом слое. Гистологически в желудке в измененном участке стенки – строение недифференцированного аденогенного рака, прорастающего все слои стенки; в левом надпочечнике – метастаз аденокарциномы; в легких – в множественных мелких артериальных и венозных сосудах обтурирующие тромбы, содержащие комплексы опухолевых клеток, в большей части сосудов – начальная организация тромбов и прорастание сосудистой стенки опухолевыми клетками, что преимущественно наблюдалось в стенках мелких бронхов и сопровождалось выраженной круглоклеточной реакцией вокруг.

Таким образом, результаты вскрытия и гистологического исследования внутренних органов позволили считать основным заболеванием РЖ с метастазами в легкие и надпочечник. Опухолевые эмболы и тромбы в просветах легочных сосудов, врастание опухолевых клеток из просветов сосудов в стенки бронхов клинически давали картину ХБ, который не поддавался соответствующей терапии. Причиной смерти явилась интоксикация. При сличении диагнозов имело место расхождение.

ВПЛИВ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТУ НА КІНЦЕВИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Зелена І.І., Степанова О.В., Гопцій О.В., Железнякова Н.М., [*]Сьомова О.В.

Харківський національний медичний університет

[*]ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків

В останні роки з'являється все більше наукових робіт, присвячених діагностиці та лікуванню залізодефіциту незалежно від наявності анемії у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями. У кардіологічну практику цей підхід прийшов з області нефрології, т. к. багато діагностичні та лікувальні підходи до анемії або залізодефіциту вивчалися у хворих хронічною нирковою недостатністю і часто супутньої хронічної серцевою недостатністю. Результатом останніх досліджень стала постановка питання про визнання залізодефіциту незалежним фактором ризику погіршення прогнозу хворих серцево-судинними захворюваннями і, відповідно, не залежною від анемії терапевтичною мішенню.

Мета: визначення розповсюдженості, клінічних особливостей та прогностичного значення анемії (А) серед хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН).

Матеріали та методи: проаналізовано базу реєстру амбулаторних хворих дорослих пацієнтів із ХСН і виконаним загальним аналізом крові (ЗАК) (n = 520) з 2009 р. по березень 2013 року. ЗАК було виконано при включенні в реєстр, через 3 та 6 місяців.

Результати: при включенні в реєстр А була виявлена у 19,2 %. У 75 % вона була нормоцитарною. Хворі з А мали більш високий рівень мозкового натрійуретичного пептиду і сечовини, менший рівень швидкості клубочкової фільтрації і більш важкий ступінь діастолічної дисфункції лівого шлуночку. При 6-місячному спостереженні А була виявлена у 20 % пацієнтів, які не мали її при включенні в реєстр, в 45 % осіб з вихідною А вона компінсувалась, в 58 % – А персистувала. При тривалому спостереженні ((3,2 $\pm$ 2,1) роки) 26 % пацієнтів померли. Хворі з вихідною А мали значно гірший 3-х річний прогноз, ніж особи без А: загальна смертність склала 45 % і 23 % відповідно. У підгрупі учасників із повторним аналізом крові протягом 6 місяців пацієнти з персистуючою або знову виявленою анемією, але не з компенсованою анемією, також мали гірший прогноз. Загальна смертність за 3 роки склала 56 % при персистуючій та 44 % при знову виявленій А проти 31 % при відсутності А.

Висновки: персистуюча та знов виявлена А супроводжується значно гіршою трьох річною виживаністю, при транзисторній А довгостроковий прогноз у порівнянні з особами без А не погіршувався. Отримані дані, можуть вказувати на те, що хворі на ХСН часто не обстежуються на наявність А, а при її виявленні це недооцінюється.

ДОБОВЕ МОНІТОРУВАННЯ АТ У ХВОРИХ НА ГХ З МІТРАЛЬНОЮ РЕГУРГІТАЦІЄЮ ТА ГІПЕРТРОФІЄЮ ЛШ

Зелененька Л.І., Ілляш М.Г., Базика О.Є.

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

Мета дослідження – встановити особливості добового моніторування артеріального тиску у хворих на ГХ II ст. та різними типами гіпертрофії ЛШ з мітральною регургітацією (МР) I та II ступеню.

Досліджували 42 хворих на ГХ II стадії, з них 30 осіб склали пацієнти з МР I ст, а 12 – з МР II ст. Групи хворих з різними ступенями МР розподілено за типами геометрії гіпертрофії ЛШ. В I гр. пацієнтів МР I ст. частка хворих з нормальною геометрією (НГЛШ) – 40 %, з концентричними типами ремоделювання ЛШ (концентрична гіпертрофія та концентричне ремоделювання ЛШ) (КГЛШ+КРЛШ) – 33,3 %, та з ексцентричною гіпертрофією (ЕГЛШ) – 26,6 %. В II групі з МР II ст. – 16,6 %, 58,3 % та 25 %, відповідно.

Таблиця. Показники у групах хворих

ПОКАЗНИКИ	Величина показника в групах (M±m)		
	МР I ст. при КГЛШ, n = 10	МР I ст. при ЕГЛШ, n = 8	МР II ст., при КГЛШ, n = 7
САТ оф., мм рт. ст.	148,4 ± 10,5	155,5 ± 4,6	174,3 ± 11,7*
ДАТ оф., мм рт. ст.	92,8 ± 6,4	96,0 ± 1,5	100,6 ± 2,8
ЧСС, уд./хв.	81,6 ± 3,8	70,4 ± 3,07	85,0 ± 3,8

* – $p < 0,05$ – достовірність показників, САТоф. – систолічний артеріальний тиск офісний, ДАТ - діастолічний артеріальний тиск офісний

Значення показників САТ оф. у групі хворих з МР II ст та КГЛШ були достовірно більші в порівнянні з аналогічними показниками у групах хворих на ГХ II ст. та МР I ст. при КГЛШ та ЕГЛШ. Нами спостерігалась тенденція до більших значень показників ДАТ оф. та ЧСС у всіх групах хворих на ГХ з МР II ст., зокрема, у хворих з МР II ст. та КГЛШ.

Проведений детальний аналіз добового профілю артеріального тиску у кожній групі хворих з МР I та II ст. в залежності від типу ремоделювання лівого шлуночка.. Так, у групі пацієнтів МР I ст. з добовим профілем артеріального тиску – “dipper” найбільшу частку склали особи з НГЛШ, а “non-dipper” хворих було в 2,5 рази більше у групі хворих з концентричними типами гіпертрофії лівого шлуночка (КГЛШ+КРЛШ) – 23,3 %. У хворих з МР II ст. спостерігалась така ж тенденція з добовим профілем артеріального тиску - “non-dipper” особи були в основному з КГЛШ.

Таким чином, у 2-ій групі хворих з МР II ст. частіше зустрічались пацієнти з найбільш прогностично несприятливим добовим профілем артеріального тиску щодо розвитку фатальних та нефатальних серцево-судинних ускладнень – “night-peaker”: 16,7 % – у хворих з ЕГЛШ та 2 рази менше у хворих з КГЛШ.

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ СТІЙКОЇ/ПІЗНЬОЇ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Іорданова Н.Х., Яременко О.Б., Дудка П.Ф., Бодарецька О.І., Добрянський Д.В.

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

Мета: вивчити фактори ризику розвитку стійкої/пізньої (після третьої доби госпітального періоду) лівошлуночкової недостатності (стЛШН) у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (Q-ГІМ) з фракцією викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) > 4 0% та виявити в плазмі крові хворих на момент госпіталізації амінокислотні (АК) маркери ризику розвитку стЛШН, незалежні від інших демографічних, анамнестичних і клінічних факторів ризику.

Для оцінки значущості демографічних та клініко-анамнестичних показників щодо прогнозування розвитку стЛШН у хворих на Q-ГІМ з ФВЛШ > 40 % було використано логістичний регресійний аналіз з визначенням співвідношення ризику з 95 % довірчим інтервалом (OR; 95 % CI) для кожного з показників. Найвищий ризик виникнення стЛШН асоціювався з жіночою статтю (OR 8,7; 95 % CI 2,8-27,2; $p < 0,0001$), ожирінням (OR 3,6; 95 % CI 1,2-10,8; $p < 0,026$), наявністю хронічної недостатності кровообігу (OR 4,2; 95 % CI 1,4-12,3; $p < 0,006$) та цукрового діабету в анамнезі (OR 11,3; 95 % CI 2,0-64,1; $p < 0,004$), а також з гострою ЛШН (OR 9,3; 95 % CI 3,0-28,6; $p < 0,0001$) та фібриляцією передсердь на момент госпіталізації (OR 17,3; 95 % CI 1,8-164,9; $p < 0,004$). Для виявлення незалежного АК маркера розвитку стЛШН було проаналізовано багатофакторні логістичні регресійні моделі, які включали кожну амінокислоту та зазначені вище демографічні та клініко-анамнестичні фактори ризику, з наступним покроковим виключенням факторів, вірогідність яких була $p > 0,1$. Було виявлено, що лише гіпергліцинемія асоціювалась з вірогідним зростанням ризику розвитку стЛШН (OR 2,5; 95 % CI 1,5-4,1; $p < 0,0001$), незалежно від наявності інших демографічних та клініко-анамнестичних факторів ризику.

Наступне проведення ROC-аналізу дозволило встановити, що логістична регресійна модель з урахуванням концентрації гліцину в плазмі крові на момент госпіталізації характеризувалась дуже доброю предикторною якістю (площа під ROC-кривою 0,839; 95 % CI 0,731-0,916; $p < 0,0001$), а рівень гліцину > 2,582 (95 % CI 2,158-3,335) мг/100мл як незалежний прогностичний маркер стЛШН у хворих на Q-ГІМ з ФВЛШ > 40 % був високочутливим (86,67 %) та специфічним (77,78 %).

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ГРУДИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Исаева А.С., Вовченко М.Н.

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

Целью настоящего исследования было оценить особенности болевого синдрома у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы: в исследование были включены 111 женщин в периоде перименопаузы и не более 5 лет после менопаузы. Все пациентки были разделены на 3 группы: с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (группа 1), ишемической болезнью сердца (группа 2) и сочетанным течением обоих заболеваний (группа 3). Группу 1 составили 36 пациенток, группу 2 – 37 в группу 3 вошло 38 пациенток. Средний возраст в группах составил (54,97 ± 0,99) года, (56,58 ± 1,27) лет и (55,45 ± 0,92) лет.

Результаты: типичный ангинозный болевой синдром преобладал у пациенток с изолированной ИБС – группа 2. Боль, не имеющая связи с физической нагрузкой преобладала среди пациенток 1 группы. Связь боли с эмоциональными переживаниями отмечали большое количество пациенток во всех трех группах, но в группах 1 и 3 количество таких пациенток было наибольшим и превышало 50 % обследованных. Боли в прекардиальной области в большом количестве наблюдений отмечали пациентки из групп 1 и 3. Боли ноющего характера также достоверно преобладали в группе 1 и 3. Следует отметить, что такой патогномоничный признак ИБС как одышка достаточно часто отмечали пациентки в группе 1, хотя достоверных различий по данному показателю между группами не было. В наибольшем количестве наблюдений тошноту отмечали пациентки из группы 1. Боли в эпигастрии отмечали пациентки во всех группах. Жалобы на тошноту отсутствовали в группе 2. При сравнении групп 1 и 3, в последней пациентки достоверно более часто жаловались на ощущение тошноты. Сравниваемые группы достоверно отличались по гормональному статусу. Так, уровень прогестерона и ингибина был достоверно выше у пациенток с ФСГ менее 30 МЕ/л ($p = 0,05$ и $p = 0,048$, соответственно). При оценке болевых ощущений было выявлено, что тип болевого синдрома (типичный/атипичный) связан с гормональным статусом женщины. У пациенток с уровнем ФСГ менее 30 МЕ/л достоверно чаще встречался атипичный болевой синдром.

Выводы: выявлен высокий полиморфизм жалоб у пациенток в перименопаузе, обратившихся за медицинской помощью в связи с болью в груди. Показана связь между клиническими проявлениями заболевания, а именно типом болевого синдрома, и гормональным статусом женщины. Полученные данные позволяют рекомендовать оценивать болевой синдром у женщин не изолированно, а его сочетание с факторами риска.

ВПЛИВ БІСОПРОЛОЛУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК У ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Ісаєва Г.С., Рєзнік Л.А., Вовченко М.М., Кліменко Т.І.

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

Мета роботи – вивчити вплив бісопрололу на динаміку показників якості життя (ЯЖ) та симптомів перименопаузи.

Матеріали та методи. Обстежено 50 жінок у віці від 40 до 59 років, у яких менструальний цикл був або відсутній, або спостерігались періоди аменореї протягом більш ніж 60 днів. Артеріальна гіпертензія I-II стадії, 2 ступеня встановлена у всіх обстежених жінок; ішемічна хвороба серця (стабільна стенокардія I-II ф.кл. та/або аритмія (передсердна та шлуночкова екстрасистолія)) – у 11 жінок (22 %), хронічна серцева недостатність I-II ф. кл. – у 17 жінок (34 %). Оцінка якості життя проводилася за допомогою шкали Ferrance and Power. Даний опитувальник дозволяє визначити як загальний індекс ЯЖ (ЗІЯЖ), так і його окремі складові: індекси соматичного та психічного здоров'я, соціально-економічного та сімейного благополуччя. Для визначення важкості перебігу менопаузи використовували опитувальник «Менопаузальний індекс Куппермана». Оцінювали як загальний менопаузальний індекс (ЗМІ), так і його окремі складові, а саме – показники нейро-вегетативних та обмінно-ендокринних порушень та психоемоціональних розладів.

Результати. Встановлено позитивний вплив бісопрололу на ЯЖ пацієнток у перименопаузі. Так терапія бісопрололом викликала збільшення ЗІЯЖ (17,3 (0,5) – до лікування, 18,9 (0,6) – у динаміці терапії, $p < 0,05$). При цьому відмічалось підвищення індексу як соматичного (16,5 (0,5) та 18,3 (0,7), відповідно, $p < 0,05$), так і психічного (17,5 (0,6) та 19,9 (0,7), відповідно, $p < 0,05$) здоров’я пацієнток та їх сімейного благополуччя (17,4 (0,7) та 20,5 (0,8), відповідно, $p < 0,01$). У той же час бісопролол суттєво не впливав на важкість перебігу менопаузи. Так ЗМІ під впливом терапії бісопрололом вірогідно не змінювався, $p > 0,05$. Але при розгляді динаміки окремих складових МІ встановлено, що бісопролол вірогідно зменшує прояви нейро-вегетативних порушень у цієї категорії жінок (22,8 (1,2) – до лікування та 19,7 (1,2) – у динаміці терапії, $p < 0,05$). При цьому індекси, що характеризують обмінно-ендокринні порушення та психоемоціональні розлади, у динаміці терапії суттєво не змінювались.

Висновки. Терапія бісопрололом суттєво підвищує ЯЖ жінок у періоді перименопаузи. У динаміці терапії спостерігається підвищення ЗІЯЖ. Позитивні зміни жінки відчувають у сфері як соматичного, так і психічного здоров’я та сімейного благополуччя. Прийом бісопрололу суттєво не впливає на важкість перебігу менопаузи за даними вивчення динаміки ЗМІ, проте прояви нейро-вегетативної дисфункції у жінок у періоді перименопаузи суттєво зменшуються.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Іщейкін К.Є., Потяженко М.М., Настрога Т.В.
ДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Значне зростання захворюваності на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) серед населення України і за її межами є важливою медико-соціальною проблемою. Одним з основних завдань у лікуванні ХОЗЛ є зменшення частоти та вираженості загострень.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування хворих на ХОЗЛ з використанням у комплексному лікуванні небулайзерного застосування препарату «Декасан» (0,02 % розчин декаметоксину) і галотерапії.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 80 хворих на ХОЗЛ I-II ст. в період інфекційного загострення, які були розділені на три групи. Середній вік пацієнтів становив (60,3 ± 2,9) років. Пацієнтам I-ої групи (n = 20) призначали комплексну базову терапію (азитроміцин 0,5 г 1 раз на день, ацетилцистеїн 0,2 г 2 рази на день, доксофіллін 0,4 г 2 рази на день), пацієнтам II групи (n = 25) додатково призначалася терапія 0,02 % розчином декаметоксину в дозі 5 мл два рази на добу за допомогою компрессорного інгалятора NEB-10 "Microlife". Пацієнтам III групи (n = 25) додатково до базисної і небулайзерної терапії 0,02 % розчином декаметоксину, з 3-ї доби призначався курс галотерапії № 10 з використанням галогенератора «IONNA» в режимі (іонізатор (30 ± 50) % потужності, об´єм потоку повітря (15 ± 20) $м^3$/год, температура в камері (40 ± 50)ºС, тривалість (40 ± 60) хв.).

Результати дослідження. У пацієнтів III групи зменшення кашлю спостерігалось на (2,8 ± 0,38) днів раніше, задишки на (2,4 ± 0,43) ніж у хворих I групи ($p < 0,05$), поліпшувалась якість життя пацієнтів, збільшувалась толерантність до фізичних навантажень. Відмічено достовірно значне зменшення ступеню обструкції бронхів у хворих 3-ї групи, у порівнянні з відповідними показниками хворих I групи ($p < 0,05$), про що свідчить збільшення $ОФВ_1$ на 19,6 %, а також модифікованого індексу Тифно на 18,6 %, зниження рівню загального IgE у сироватці крові в середньому у 3 рази відносно вихідного показника. У 66 % хворих III групи протягом року рецидиви захворювання не спостерігалися.

Висновки: комплексна терапія хворих на ХОЗЛ з використанням небулайзерного застосування 0,02 % розчину декаметоксину та курсу галотерапії сприяє покращенню клініко-лабораторних показників, поліпшенню якості життя пацієнтів, попередженню рецидивів захворювання.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ НА РЕПАРАЦИЮ КОЖИ ПРИ ЕЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ищенко И.О., Ковалёв Г.А., Абрафикова Л.Г., Высеканцев И.П., *Олефиренко А.А., Сандомирский Б.П.

*Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков, *ГУ "Дорожная клиническая больница" ст. Харьков*

Репарация – естественный гомеостатический процесс, возникающий в ответ на повреждение и направленный на восстановление анатомической и функциональной целостности. Поиск методов воздействия на процессы репарации кожи – одна из важнейших проблем клинической медицины, что делает актуальным изучение терапевтических возможностей регуляторов метаболических процессов, одним из которых является медицинский препарат «экстракт плаценты» (ЭП).

Целью работы явилось изучение микробной обсемененности (МО) и скорости заживления холодовых ран при лечении ЭП.

Работу выполняли на крысах «Сфинкс» в соответствии с требованиями комитета по биоэтике ИПКиК НАН Украины. Применяли криоинструмент с диаметром апликатора 8,0 мм ($t = -195°C$, время экспозиции – 60 сек). Животные были разделены на экспериментальную (введение ЭП) и контрольную (введение физиологического раствора) группы. Контроль МО и площади ран осуществляли на 7-е, 14-е и 21-е сутки эксперимента.

Установлено, что у крыс контрольной группы на 7-е сутки наблюдения количество колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 г биоптата раны составляло $5,7\times10^9$. У животных, получавших ЭП, МО составляла $3,02\times10^9$ КОЕ/г, что в 1,9 раза меньше чем в контрольной группе. Площадь ран у не леченных животных составила $(137,8 \pm 19,1)$, а у крыс экспериментальной группы – $(89,3 \pm 13,1)$ мм^2, то есть была меньше в 1,5 раза. На 14-е сутки эксперимента МО ран у животных контрольной группы составляла $6,3\times10^7$ КОЕ/г, у крыс экспериментальной группы – $3,76\times10^7$ КОЕ/г. То есть, по сравнению с данными в контрольной группе МО снижалась в 1,7 раза. При этом площадь ран в контрольной и экспериментальной группах различалась в 2,1 раза и равнялась, соответственно, $(87,1 \pm 14,2)$ мм^2 и $(42,3 \pm 7,1)$ мм^2. На 21-е сутки МО ран у крыс контрольной группы составляла $1,95\times10^5$, экспериментальной группы – $2,32\times10^4$ КОЕ/г. Площадь ран составляла, соответственно, $(45,8 \pm 6,9)$ мм^2 и $(13,9 \pm 1,7)$ мм^2.

Таким образом, введение ЭП способствует стимуляции репаративных процессов при низкотемпературном повреждении кожи, что проявляется снижением МО и ускорением заживления ран.

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ: РОЛЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА, СИСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗА ДАНИМИ РЕЄСТРУ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ

Іванчук П.Р., Тащук В.К., Гречко С.І., Руснак І.Т.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є однією з основних причин розвитку серцевої недостатності (СН), багаторазово збільшуючи ризик її виникнення та істотно впливає на вихід захворювання.

Для зручності аналізу в подальшому пацієнти без клінічних ознак ХСН (СН І класу) були об'єднані в групу А, а пацієнти з клінічними та ехокардіографічними ознаками ХСН (СН ІІ, СН ІІІ та IV класів), що виявлені через 1 рік спостереження, були об'єднані в групу В.

Віковий аналіз груп показав, що група А характеризувалась молодшим віком пацієнтів ((58,24 $\pm$ 0,96) року) порівняно з групою В – ((64,46 $\pm$ 0,87) року. Гендерний розподіл пацієнтів показав, що в обох групах кількісно переважали чоловіки, але співвідношення чоловіків та жінок було наступним: у групі А – 68,42 % чоловіків та 31,58 % жінок, а в групі В – 69,27 % чоловіків та 30,73 % жінок. Окрім того виявлено, що пацієнти групи В характеризувалися більш частим анамнезом стенокардії, що виникла більше року до розвитку ІМ та артеріальної гіпертензії, а також більш частою передньою локалізацією ІМ та розвитком ознак гострої лівошлуночкової недостатності (ГЛШН). Усі ці ознаки носили несприятливий прогностичний характер у плані розвитку СН у віддаленому післяінфарктному періоді.

Аналіз даних ехокардіографії, проведеної на 1-2, 14, 28 добу та через 1 рік після перенесеного ІМ, а також даних регіонарної скоротливості лівого шлуночка (ЛШ) свідчив про більш оптимальні гемодинамічні умови та більш сприятливий вихідний характер регіонарної скоротливості у пацієнтів групи А порівняно з групою В. Поряд з цим аналіз наявності та сили кореляційного зв'язку між показниками, що характеризують систолічну дисфункцію ЛШ, і наявністю та вираженістю СН в післяінфарктному періоді через 1 рік спостереження показав, що найбільш тісна кореляція існувала між величинами кінцево-систолічного об'єму та кінцево-діастолічного об'єму, а починаючи з 14-ї доби ІМ, і загальної фракції викиду (ЗФВ) та важкістю СН в післяінфарктному періоді. На 28 добу ГІМ кореляція всіх указаних показників ставала вірогідною.

Таким чином, можна зробити висновок, що найбільш прогностично несприятливою для розвитку СН у післяінфарктному періоді (через 1 рік після виникнення ІМ) є сукупність наступних анамнестичних та клінічних ознак: стенокардія, що передувала ІМ, артеріальна гіпертензія, передня локалізація ІМ, повторний ІМ, наявність будь-яких ознак ГЛШН й початкове та поетапне зменшення ЗФВ у пацієнтів з ГІМ, перебіг якого ускладнився ГЛШН.

МОРФОЛОГІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ПРИ НАЯВНОСТІ МІТРАЛЬНОЇ РЕГУРГІТАЦІЇ

Ілляш М.Г., Довганич Н.В., Базика О.Є., Зелененька Л.І., Старшова О.С., Тхор Н.В.

ДУ ННЦ "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска", м. Київ

Доведено, що основним проявом ураження серця при гіпертонічній хворобі (ГХ) є гіпертрофія шлуночка (ГЛШ). Недостатньо вивченими є міни лівих відділів серця у хворих на ГХ за умов наявності ГЛШ та мітральної регургітації (МР).

Мета – вивчити особливості морфологічно-функціональних змін лівих відділів серця у пацієнтів з ГХ та КГЛШ без МР та при наявності МР I і II ступеня.

Обстежено 44 хворих з ГХ II стадії, середній вік хворих становив (54,0 ± 2,5) років. Контрольну групу склали 10 осіб відповідного віку без серцево-судинних захворювань. Пацієнтам проводили ехокардіографію в М-, В-режимах, обчислювали індексовані показники об'ємів ЛШ та ЛП як відношення їх абсолютних значень до площі поверхні тіла – індекс кінцево-діастолічного, кінцево-систолічного та ударного об'ємів ЛШ (іКДО, іКСО, іУО), максимальний (Vmax) та мінімальний (Vmin) об'єми та площу ЛП, фракцію викиду (ФВ) ЛШ та ЛП. МР оцінювали за допомогою кольорової допплерографії та об'ємом МР. Хворі були розподілені на групи за ступенем МР: група 1 (15 хворих) – без МР, група 2 (16 хворих) – з МР I ступеня (об'єм МР (16,8 ± 2,1) мл), група 3 (13 хворих) – з МР II ступеня (об'єм МР (41,5 ± 3,2) мл). Аналіз показників структурно-функціонального стану ЛШ виявив достовірно більші показники іММ ЛШ та ВТС у пацієнтів 1, 2, та 3 груп ($p < 0,01$) порівняно з такими у пацієнтів контрольної групи (див. табл. 1). У пацієнтів 2 та 3 груп було виявлено достовірно більші величини іММ ЛШ ((150,7 ± 6,1) г/м^2 та (157,2 ± 8,8) г/м^2 проти (135,8 ± 3,0) г/м^2, відповідно), а також іКСР, іКДО, іКСО та іУО ЛШ порівняно з такими у хворих 1 гр. ($p < 0,05$), при цьому ФВ ЛШ в 3 гр була достовірно меншою ніж така у пацієнтів контрольної групи ((60,5 ± 1,8) % проти (65,1 ± 1,9) %, $p < 0,05$), залишаючись в межах нормальних величин. У пацієнтів 3 групи об'єми ЛП мали найбільші величини та були достовірно більшими порівняно з такими у пацієнтів 1 та 2 гр. за показником iVmax (на 19,7 % та 22 %, відповідно); при цьому величини iVmin та Smin ЛП були достовірно більшими порівняно з такими у хворих в 1 та 2 гр (iVmin – у середньому на 30 % та 30,7 %, відповідно; Smin – на 32,8 та 22,3 %), а ФВ ЛП була достовірно меншою (на 8,5 % та 5,6 %, відповідно), що вказувало на зниження скоротливої функції ЛП у хворих на ГХ та МР 2 ст. Отримані дані вказують на те, що у хворих з ГХ та КГЛШ наявність МР асоціювалась із більшими показниками індексу ММЛШ, іКДО ЛШ, при цьому величини ФВ ЛШ достовірно не відрізнялись. Крім того, у хворих на ГХ з концентричною ГЛШ та МР II ст. відмічено більшу величину ЛП за показником його максимального об'єму, меншу скоротливість ЛП, внаслідок навантаження його додатковим об'ємом, про що свідчили більші величини мінімального об'єму та площі ЛП, а також менша величина ФВ ЛП.

ПРОЯВИ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ МЕДИЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ІБУПРОФЕНУ ТА АЦЕТАМІНОФЕНУ В ПЕДІАТРІЇ

Ілляш М.Г., Шевченко Т.Л., Базика О.Є., Деяк С.І., *Матвєєва О.В., *Логвіна І.О., *Яйченя В.П., *Кашуба О.В.

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

**ДП «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ*

Особливим напрямком в фармакотерапії сучасними анальгетиками – антипіретиками є їх застосування в педіатричній практиці. Різні дослідники показали, що ібупрофен (ІБ) та ацетамінофен (А) є ефективними засобами симптоматичного лікування лихоманки при простудних та інфекційних захворюваннях у дітей.

Авторами проведений аналізу випадків побічних реакцій (ПР), що сталися при медичному застосуванні ІБ та А в Україні за 2011-2013 рр., які мали місце в кожній з областей України, в Автономній Республіці Крим, в містах Києві та Севастополі шляхом аналізу спонтанних повідомлень та моніторування. Характерно, що 60 % від загальної кількості ПР було виявлено у дітей віком від (0-27) днів до 14 років. Причому 339 ПР спричинені ІБ, та 166 ПР А. Аналіз динаміки надходження спонтанних повідомлень про ПР при медичному застосуванні ІБ та А виявив як спільні риси так і незначні відмінності між цими ЛЗ. Згідно з даним аналізом кількість спонтанних повідомлень про ПР зростає при прийомі обох згаданих ЛЗ, що пояснюється тим, що вони були, залишаються і будуть препаратами вибору при анальгетичній та протизапальній терапії, яким надавали, надають і надаватимуть перевагу лікарі-педіатри.

Клінічні прояви алергічних реакцій на ІБ та А дуже різноманітні за симптоматикою, важкістю перебігу та системними розладами у дітей. Найпоширенішою є маніфестація симптомів з боку шкіри у вигляді алергічних реакцій, таких як макулопапульозні, геморагічні висипи, кропивниця та свербіж. Також реєструвалися порушення з боку системи ШКТ (нудота, блювання, біль в животі, зниження апетиту, діарея) та з боку органів дихання (задишка, бронхоспазм). За типом усі ПР, що виникли при медичному застосуванні ІБ та А у дітей були передбачуваними, тобто про ймовірність їх виникнення було зазначено в інструкціях для медичного застосування цих ЛЗ. Співвідношення серйозних ПР до несерйозних ПР склало 1:2,7.

Серед проаналізованих випадків системних проявів ПР при медичному застосуванні ІБ та А домінували алергічні реакції, які за чинною робочою класифікацією належать до ПР типу В – незалежних від дози.

Таким чином, зазначені ускладнення фармакотерапії не були наслідками порушення дозового режиму.

ДИНАМІКА sCD40L НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ В УМОВАХ ПОЄДНАННОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Кадикова О.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

sCD40L розглядається як універсальна ланка патогенезу, що об'єднує аутоімунні порушення, гіперглікемію і судинні ускладнення цукрового діабету (ЦД) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). Вивчення можливостей фармакологічної корекції системи CD40-CD40L може стати основою для розробки нових терапевтичних підходів до лікування ЦД та його ускладнень у хворих АГ.

У зв'язку з цим **метою** нашого дослідження стало вивчення впливу терапії раміприлом на sCD40L у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети та задач дослідження нами проведено комплексне обстеження 105 хворих на АГ. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 типу (n = 75), другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n = 30). Середній вік хворих на АГ з ЦД 2 типу склав (65,45 ± 1,08) років, а другої групи – (64,87 ± 1,98) років. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

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

Хворі на АГ та ЦД 2 типу з метою терапії отримували раміприл. Терапія тривала протягом 12 тижнів. Початкова доза раміприлу склала 2,5 мг. Титрування дози препарату відбувалося кожні 2 тижні за стандартною схемою.

Дослідження показників проводилося до і після лікування.

Результати. При вивченні динаміки sCD40L у хворих на АГ у поєднанні з ЦД 2 типу було виявлено достовірне зниження досліджуваного показника після лікування з використанням раміприлу в дозі 10 мг на добу на 29,5 % ($p < 0,05$), що підтверджує позитивні метаболічні та протизапальні властивості цього препарату.

Висновки. Таким чином, раміприл відповідає всім вимогам, що пред'являються до антигіпертензивних препаратів і забезпечує не тільки адекватний добовий контроль артеріального тиску, але і має метаболічну та протизапальну дії, що призводить до значного зниження ризику розвитку та прогресування серцево-судинних ускладнень у хворих в умовах поєднаного перебігу АГ та ЦД 2 типу.

ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кадикова О.І., Дунаєва І.П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Необхідність проведення добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ) у хворих на цукровий діабет (ЦД) визначається можливістю діагностувати артеріальну гіпертензію (АГ), оцінити сумарний серцево-судинний ризик, підібрати індивідуальну тактику ведення пацієнта та проводити ефективний контроль АТ.

Мета дослідження – оцінити показники добового моніторування артеріального тиску в умовах поєднаного перебігу артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети та задач дослідження нами проведено комплексне обстеження 105 хворих на АГ. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 типу (n = 75), другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n = 30). Середній вік хворих на АГ з ЦД 2 типу склав (65,45 ± 1,08) років, а другої групи – (64,87 ± 1,98) років. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

ДМАТ проводили з використанням апарату АВРМ–02М фірми «Meditech» (Угорщина). АТ визначали та реєстрували за стандартним протоколом через кожні 15 хв. у денний час (6-22 год.) та через кожні 30 хв. – у нічний (22-6 год.). Аналіз отриманих даних проводили за допомогою програмного забезпечення апарата за стандартними формулами. Визначали добові показники: середньодобові, денні, нічні, систолічний АТ (САТ), діастолічний АТ (ДАТ), пульсовий АТ, індекс варіабельності для САТ, ДАТ, частоту серцевих скорочень, добовий індекс САТ, ДАТ, індекс навантаження часом для САТ, ДАТ.

За результатами проведеного дослідження встановлено достовірні підвищення показників ДМАТ у хворих на АГ з ЦД 2 типу на відміну від хворих без діабету, а саме: середній ДАТ денний був вищий на 11,44 %, середній ДАТ нічний − на 9,8 %, варіабельність САТ нічна − на 11,86 %, варіабельність САТ денна − на 14,23 %, варіабельність ДАТ нічна − на 15,59 %, варіабельність ДАТ денна − на 15,88 % ($p < 0,05$). Зміни показників ДМАТ у хворих на АГ без ознак ЦД 2 типу мали зміни аналогічного характеру, але носили менш виразний характер ніж у пацієнтів першої групи.

Висновки. ЦД 2 типу, наявний у хворих на АГ, істотно обтяжує її перебіг за рахунок: недостатнього зниження ДАТ вночі; збільшення індексу часу АГ в нічні години; збільшення варіабельності ДАТ в нічні години; підвищеного ранкового піку АТ.

АДИПОНЕКТИН И РЕЗИСТИН КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кадыкова О.И., Боровик Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии

С каждым годом частота сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) во всем мире растет, несмотря на значительный прогресс в области профилактики и лечения. Артериальная гипертензия (АГ), особенно в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа, по-прежнему занимает первое место среди факторов развития ССЗ, поскольку сочетание этих патологий имеет общие звенья патогенеза и потенцирует кардиоваскулярный риск.

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

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

Результаты и их обсуждение. По результатам нашего исследования было выявлено, что у больных с коморбидным течением АГ и СД 2 типа уровень адипонектина составил (4,52 ± 0,12) мг/мл, а резистина (19,00 ± 0,42) мг/мл, по сравнению с группой больных АГ без СД 2 типа, у которых значения этих показателей составили: 6,83±0,10 мг/мл и 14,90±0,29 мг/мл соответственно.

Выводы. По нашим данным уровень адипонектина достоверно был ниже у больных с сочетанной патологией АГ и СД 2 типа на 29,15 % по сравнению с больными АГ без СД 2 типа и на 62,55 % с контрольной группой ($p<0,001$). Тогда как уровень резистина, наоборот, достоверно был выше на 21,58 % у больных АГ и СД 2 типа по сравнению с больными с АГ без диабета и на 48% с контрольной группой ($p<0,001$). Данные результаты свидетельствуют о том, что адипоцитокины являются факторами формирования инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Камышникова Л.А.[1,2], КовальскаяЕ.А.[2] , Ефремова О.А.[1], Вихрева А.В.[2]

[1]НИУ «БелГУ», [2]МБУЗ «Городская поликлиника №2», г. Белгород, Россия

Во всех странах мира отмечается увеличение заболеваемости бронхиальной астмой (БА). Отмечено увеличение тяжести бронхиальной астмы и рост смертности от этого заболевания. Одной из ведущих причин высокой летальности в этой популяции больных является вовлечение в патологический процесс сердца и сосудов.

Цель работы – оценить зависимость показателей функции внешнего дыхания, клинических проявлений, показателей липидного обмена у пациентов с БА.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 54 пациента с верифицированным диагнозом бронхиальной астмы, проходивших лечение в МБУЗ «Городская поликлиника № 2» г. Белгород. Возраст пациентов колебался от 48 до 65 лет. 85 % составили пациенты среднетяжёлым течением БА. Среди них мужчин было 20 человек (37 %), женщин – 34 (63 %). В зависимости от показателей липидного спектра все пациенты были распределены на две группы. В первую группу вошли 15 пациентов (28 %) с БА, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) которых не превышали 2,5 моль/л. Вторую группу составили 39 пациентов (72 %) с БА у которых ЛПНП были выше 2,5 моль/л. Пациентам проводился объективный осмотр; спирометрия: определение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), индекс Тиффно; определение ОХС (моль/л), ХС ЛПНП (ммоль/л), ХС ЛПВП (ммоль/л), ТГ (моль/л), расчет коэффициент атерогенности (КА),

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что повышение содержания в крови ЛПНП, ЛПОНП, ТГ, сочеталось у больных с БА большей частотой ночных приступов удушья и большей выраженностью одышки при физической нагрузке, и необходимостью использования бета-агонистов. Выявлено, что у больных с БА преобладающим был IIa фенотип гиперлипидемий, характеризующийся высокой степенью атерогенности. Между показателями спирометрии, показателями липидного обмена и клиническими проявлениями у больных бронхиальной астмой установлена чёткая корреляционная взаимосвязь. Индекс Тиффно коррелировал с степенью одышки ($r = 0,54$), ЛПНП и частота ночных приступов удушья ($r = 0,43$), степенью одышки и КА ($r = 0,48$), ОФВ1 и ТГ ($r = 0,32$).

Таким образом, при бронхиальной астме следует учитывать данные липидного спектра не только для того, чтобы выявлять на ранних этапах сосудистые осложнения, но и для улучшения контроля над БА.

КОРРЕЛЯЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С НАЛИЧИЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АЛЛЕЛИ ГЕНА PNPLA3

Каримов М.М., Собирова Г.Н., Салихова С.Б., Саатов З.З.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Целью нашего исследования явилось изучение нарушений эндотелиальной дисфункции (ЭД) у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в зависимости от полиморфизма гена PNPLA3.

Материалы и методы. С целью диагностики ЭД у больных НАЖБП было обследовано 53 человека, средний возраст которых составил (51,4 ± 1,27) лет. Изучение ЭД проводилось методикой определения NO_2 и NO_3 в сыворотке крови. У всех пациентов изучался полиморфизм гена PNPLA3 rs738409.

Результаты исследований выявили, что при НАЖБП отмечается достоверное увеличение содержания конечных метаболитов оксида азота в сыворотке крови. При этом также было отмечено, что увеличение метаболитов оксида азота коррелировало с аллелями гена. Так, при наличии полиморфизма гена CC количество метаболитов оксида азота (NO_2 и NO_3) по сравнению с аналогичными показателями здоровых лиц было увеличено на 32,3 % и 62,5 % ($p < 0, 05$). У пациентов с наличием полиморфизма C/G увеличение NO_2 составило 74,2% , а NO_3 был увеличен более, чем в 2 раза ($p < 0, 001$). Также было установлено, что при наличии полиморфизма GG количество NO_2 было на 93,5 % ($p < 0, 05$) больше, и NO_3 более, чем в 3 раза, по сравнению с показателями здоровых лиц. Проведенный анализ содержания метаболитов оксида азота в сыворотке крови больных НАЖБП в зависимости от давности заболевания, гендерных особенностей и возраста пациентов статистически достоверных различий не выявил.

Выводы. Проведенные исследования показали, что при НАЖБП у больных в сыворотке крови отмечается увеличение конечных метаболитов оксида азота. При наличии аллели G количество метаболитов оксида азота было выше.

БОРНАЯ КИСЛОТА В МЕДИЦИНЕ СЕГОДНЯ

Карнаух Э.В., Плугатарёва М.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

С древности известно природное соединения бора – минерал бура. Оно находило применение при выделке кож, для приготовления стекол, как флюс в ювелирном деле. Нагревая буру с серной кислотой, голландский алхимик Вильгельм Гомберг в начале XVIII века получил борную кислоту и борный ангидрид. В природе свободная борная кислота встречается в горячих источниках и минеральных водах в виде минерала соссалина.

В медицине борная кислота применяется с 60-х годов XIX века наружно в виде водных и спиртовых растворов, мазей, присыпок – фукорцин, молоко Видаля, паста Теймурова, борный спирт, борно-цинковый линимент – как антисептическое и противозудное (2-10 % мази, присыпки и 1-4 % водные растворы для примочек на мокнущие очаги при дерматитах, дерматозах, экземах, дерматомикозах и красных угрях; 5 % борная мазь – при сухости и трещинах кожи; 0,5-5 % спиртовые растворы для обтирания здоровых участков кожи вокруг очагов пиодермии и для лечения отрубевидного лишая; в виде порошка для вдувания в ухо или 3-5 % спиртовые растворы как ушные капли и для смягчения турунд при отитах; 2-4 % водный раствор применяется для полоскания полости рта, зева, глотки, промывания мочевыводящих путей), как антипедикулезное, противогрибковое (присыпка при грибковых поражениях стоп) и дезинфицирующее средство. На ранних стадиях гипергидроза применяются кожные ванночки из борной и лимонной кислот. Также борная кислота применяется как спермицидное контрацептивное средство (1 чайная ложка на 1 литр теплой воды для спринцевания).

При резорбтивном действии борная кислота токсична вследствие низкого почечного клиренса. У детей симптомы тяжелого отравления развиваются уже при дозах 8 мг/мл. Из-за высокой токсичности и малой клинической эффективности использование борной кислоты в качестве антисептического средства для детей, беременных и кормящих женщин было запрещено 2 февраля 1987 года.

При наружном местном применении из побочных эффектов в отношении борной кислоты могут отмечаться местные аллергические проявления (зуд, жжение и гиперемия кожи). Но уже более трех столетий с момента открытия борная кислота сохраняет свою актуальность и востребованность, даже в современных условиях внедрения в медицину высоких биотехнологических инноваций.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АКТИВАЦИИ ЦИТОКИНОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Касимова Г.М., Рахматуллаев Х.У., Шарипова Р.М.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

В настоящее время значительно уточнены фундаментальные механизмы развития аутоиммунных заболеваний. Установлено, что помимо основных иммунокомпонентных клеток-лимфоцитов и макрофагов, в них участвуют десятки цитокинов – гуморальных медиаторов, вырабатываемых клетками и ответственных за возникновение иммуновоспалительного процесса при ревматоидном артрите (РА).

В связи с этим проблема изучения функции медиаторов межклеточных взаимодействий, обеспечивающих кооперацию различных субпопуляций клеток, участвующих в развитии острого и хронического воспаления при РА, является актуальной.

Материал и методы. В исследовании была использована сыворотка крови 45 больных РА в активной фазе. Интерлейкины определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, используя наборы фирмы «Вектор Бест» (Россия).

Результаты. Иммуноферментный анализ в сыворотке крови больных РА выявил существенное превалирование уровня цитокинов – ФНО-α, ИЛ-1β, ИЛ-6 ((28,4 ± 3,2) пг/мл; (4,63 ± 0,3) пг/мл; (80,3 ± 11,2) пг/мл, соответственно) по сравнению со здоровыми лицами ((7,4 ± 0,8) пг/мл; (2,8 ± 1,2) пг/мл; (0,31 ± 0,4) пг/мл, соответственно). ИЛ-1β, являясь индуктором воспаления суставов с последующим разрушением хряща, способен оказывать стимулирующее действие на синтез ИЛ-6. В свою очередь гиперпродукция ИЛ-6, способствует развитию многих форм ассоциированных с РА синдромной патологией. Выявленное повышение ФНО-α доказывает существенную роль в развитии РА, так как данный медиатор также, как и ИЛ-1β, является цитокином макрофагального происхождения. Высокий уровень ФНО-α в сыворотке крови у больных РА коррелирует с активностью процесса, особенно на ранних стадиях заболевания. О важной роли данных интерлейкинов, свидетельствует тот факт, что принудительное ингибирование секреции макрофагальных цитокинов приводит к стойкому снижению объема патологической симптоматики.

Выводы: цитокины ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α, регулируя экспрессию многочисленных генов, играют определенную роль в индукции и поддержании воспаления и деструктивных процессов в суставах при РА.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Касимова Г.М., Шарипова Р.М., Шаюсупова М.У.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Использование новейших аппаратов ударно-волновой терапии явилось революционным прорывом в лечении и реабилитации больных ревматоидным артритом (РА). Возможности клеток регенерировать после воздействия ударной звуковой волны зависит от мощности генерируемой волны и степени поглощения ее тканями.

Нами исследован механизм действия ударно-волновой терапии для целенаправленного активизирования или ингибирования процессов синтеза в клеточных структурах при ревматоидном артрите.

Техническое решение, которое заложено в аппаратах ударно-волновой терапии, основывается на электрогидравлическом эффекте и позволяет проводить высокоэффективную ударно-волновую терапию.

Используемые ударные волны являются акустическими волновыми импульсами, похожими на ультразвук. Их характеризует очень высокое давление (до 100 МПа), малое время роста и низкие растягивающие волновые компоненты. Ударная волна оказывает эффект на достаточно фундаментальные процессы, «разрыхляя» ткани, она стимулирует процессы репарации и улучшает микроциркуляцию. Возможности клеток регенерировать после воздействия ударной звуковой волны зависит от мощности генерируемой волны и степени поглощения ее тканями. Ударная волна определенной частоты, воздействуя на пораженные ткани, разрыхляет микрокристаллы солей кальция и участки фиброза. Ткань, подвергшаяся воздействию ударных волн, начинает синтезировать VEGF (сосудистый эндотелиальный фактор роста). Под влиянием VEGF происходит разрастание микрокапилляров, что приводит к неоангиогенезу и реваскуляризации, восстановлению кровоснабжения ткани.

Таким образом, регулируемое ударно-волновое воздействие различной интенсивности является мощным инструментом по локальному управлению клеточным метаболизмом. Под воздействием звуковой вибрирующей волны на участке ткани, подвергающейся воздействию, расширяются кровеносные сосуды, ткани получают дополнительное питание и кислород, что способствует активизации обменных процессов.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНЫХ СКРИНИНГ-ТЕСТОВ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ НАСЕЛЕНИЯ

Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т., Зиямухамедова М.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан

Цель. Оценить роль и возможности опросных методов исследования при реализации программ в области профилактики внутренних болезней.

Материал и методы исследования. В настоящем сообщении приводятся результаты, полученные в ходе популяционных научных исследований среди 1445 мужчин 20-69 лет и 1503 женщин фертильного возраста и среди 664 учащихся медицинского колледжа. Были изучены возможности опросных методов выявления таких заболеваний как хронический пиелонефрит, ревматизм, артериальная гипертензия, избыточная и недостаточная масса тела, сахарный диабет и нарушенная толерантность к глюкозе, анемия, эндемический зоб и перенесенный вирусный гепатит. После проведения опроса проводилось дополнительное обследование с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Установлено, что опросные методы позволяют выделить группы лиц с повышенным риском наличия изучаемых заболеваний. У обследованных с положительными вариантами ответов на проведенные опросные методы, распространённость изучаемых заболеваний оказалась достоверно выше, чем среди лиц с отрицательными результатами опроса. Например, частота хронического пиелонефрита среди лиц с положительным вариантом опросника по пиелонефриту оказалась в среднем 2-4 раза выше, чем среди лиц с отрицательным вариантом ответа.

Следует отметить, что более половины из них (несмотря на наличие симптомов хронического пиелонефрита) к врачам не обращались, в связи с чем не были обследованы и лечения не получали. В группе лиц с положительным вариантом опросника на выявление гипергликемии, сахарный диабет впервые выявлялся в 6, а нарушенная толерантность к глюкозе в 2 раза чаще, чем при отрицательном варианте опросника. Аналогичная картина наблюдалась также и в отношении других изучаемых заболеваний. При положительном варианте опроса выявлена высокая частота заболеваний среди лиц, не обращающих внимания на имеющиеся у них симптомы и никогда не обращающихся к врачам.

Выводы.

1. При проведении массовых осмотров населения на первом этапе исследования следует использовать многоцелевой опросник, охватывающий вопросы по всем системам организма.

2. Целенаправленный опрос, учитывающий особенности отдельных симптомов хронических заболеваний, позволяет выделить группу повышенного риска.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИЗУЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каюмов У.К., Хатамова Х.Д., Хасанова Х.Д., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан

Цель. Дать оценку критериям выявления метаболического синдрома (МС) и его компонентов для местной популяции.

Материал и методы. В настоящем сообщении приведены результаты 28 летних исследований выполненных в трёх популяционных исследованиях, проведенных в Узбекистане. Из компонентов МС изучались: артериальная гипертония (АГ), избыточная масса тела, гиперлипидемия и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ), причём, НТГ выявлялась на основании гликемии натощак, а также через 1 и 2 часа после нагрузки глюкозой.

Результаты исследования. Установлено, что каждый третий мужчина в возрасте 20-69 лет имеет НТГ. По мере увеличения возраста происходит снижение частоты нарушения симпатоадреналовой и увеличение частоты вагоинсулярной фаз гликемической кривой. На материале проспективного исследования (на «сквозном» контингенте) показано, что имеет место положительная динамика распространённости таких компонентов МС как АГ и гиперлипидемия. При этом установлено достоверное увеличение, как частоты, так и средних значений отдедьных компонентов МС.

С целью совершенствования выявления МС в местных условиях были проанализированы различные критерии выявления и оценки компонентов МС. Анализ процентильного распределения уровней компонентов МС показал, что в изученной популяции показатели систолического АД, индекса Кетле и холестерина в верхних квинтилях изучаемых показателей, в целом, соответствуют критериям последних классификаций ВОЗ и IDF. Однако, показатели диастолического АД, гликемии натощак и через 2 часа после нагрузки глюкозой оказались ниже, чем общепринятые критерии.

Дальнейшее проспективное наблюдение по изучению распространённости и формирования новых случаев ИБС подтвердило целесообразность учёта этих различий в выявлении и мониторинге МС. адекватность разработанных критериев выявления компонентов МС.

Выводы.

1. Среди мужского населения Ташкента имеет место широкая распространённость различных компонентов МС. Частота МС и его компонентов быстро увеличивается.

2. Популяционные критерии компонентов МС среди изученного контингента несколько отличаются от критериев ВОЗ. Для адекватного выявления, мониторинга и коррекции компонентов МС следует учитывать эти различия.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТОРАСЕМІДУ В ЛІКУВАННІ НАБРЯКОВО-АСЦИТИЧНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ НА ДЕКОМПЕНСОВАНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Квасницька О.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,Україна

Асцит розвивається у 50 % хворих із цирозом печінки (ЦП), що є набагато частіше,ніж шлунково-кишкова кровотеча або печінкова енцефалопатія (ПЕ). Виходячи з механізмів розвитку асциту, в його лікуванні традиційно використовують блокатори альдостеронових рецепторів спіронолактон в дозі від 50 до 400 мг/ добу в комбінації з салуретиком фуросемідом (40-80 мг/добу). Через фармакологічні особливості спіронолактону максимум його діуретичної дії настає через 2-4 дні від початку терапії, клінічна ефективність досягає 70 % і терапія може ускладнитися розвитком гіперкаліемії. Клінічна ефективність фуросеміду навіть у високих дозах (до 300 мг/добу) становить лише 50-70 % і часто супроводжується розвитком преренальної азотемії, гіпонатріемії, гіпокаліемії та гіпохлоремічним алкалозом і може спровокувати розвиток ПЕ. Неефективність сечогінної терапії обумовлена також застійними явищами в шлунково-кишковому тракті, що погіршує всмоктування таблетованих форм препарату. При цій патології застосування торасеміду є більш доцільним, оскільки він має більшу біодоступність і тривалість дії, ніж фуросемід, а також антиальдостеронову активність. Біодоступність препарату при застійних проявах в системі кровообігу настільки ж висока, як у здорових людей. Висока клінічна ефективність комбінованої сечогінної терапії з використанням торасеміду була виявлена при лікуванні 11 пацієнтів з декомпенсованим ЦП. У дослідження були включені пацієнти, у яких на фоні сечогінної терапії протягом 5-7 днів (спіронолактон в дозі 200 мг/добу, фуросемід в дозі 200-400 мг та гідрохлортіазид в дозі 50 мг) збільшення добового діурезу відмічалось в межах 100-150 мл. Протягом 4-5 днів цім пацієнтам пероральний прийом фуросеміду замінили на його внутрішньовенну повільну інфузію в дозі 80 мг протягом 1,5 години та струминне введення торасеміду в дозі 10 мг. При цьому приріст діурезу досягав 300-500 мл на добу. У подальшому 9 пацієнтів отримували торасемід в таблетованій формі в дозі 10 мг, а 2 – в дозі 20 мг протягом 14 днів, що сприяло стабільному зменшенню маси тіла пацієнтів на 0,4-0,6 кг на добу при відсутності ознак гіпокаліемії у 8 пацієнтів.

Таким чином, використання торасеміду в комбінованій сечогінній терапії асцитичного синдрому у пацієнтів з декомпенсованим ЦП дозволяє досягти більш значущого та стабільного діуретичного ефекту з меншим ризиком розвитку гіпокаліемії, а також виявляє свою ефективність у хворих з асцитом, який є резистентним до комбінованої терапії фуросемідом і спіронолактоном.

ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ И ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «НЕФРОФИТ» У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кириенко А.Н., Топчий И.И., Цыганков А.И., Гридасова Л.Н.

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

Целью нашего исследования было изучение эффективности почечного сбора «Нефрофит», разработанного Научно-производственной фармацевтической компанией AIM, при лечении больных мочекаменной болезнью.

Обследовано 37 больных нефролитиазом, находившихся на лечении в отделении артериальной гипертонии и нефрологии ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» (из них 13 мужчин и 24 женщины, средний возраст которых составил (48 ± 5) лет). «Нефрофит» применялся при лечении 27 больных (73 %); 10 пациентов (27 %) получали «ависан» (группа сравнения). «Нефрофит» назначали в соответствии с инструкцией фирмы-изготовителя в течение двухмесячного курса. Для исключения побочного действия сбора изучали биохимические параметры функции печени.

В процессе лечения анализировали изменения клинических анализов крови, мочи, азотовыделительной функции почек,ехосонографических показателейна аппарате «UltimaPA».

При приеме как «нефрофита», так и «ависана» отмечалось некоторое увеличение диуреза (в среднем на (320 ± 20,5) мл за сутки (при $p < 0,05$), но достоверных изменения уровня клубочковой фильтрации не наблюдалось.

Статистически достоверное снижение концентрации мочевой кислоты в крови в процессе лечения отмечено у больных мочекислым диатезом.

В процессе лечения «нефрофитом» наблюдалась динамика сонографических показателей. У больных с наличием конкрементов диаметром от 5 до 12 мм изменений их размеров замечено не было. У лиц с наличием одиночных камней диаметром от 2 до 4 мм в лоханках почек наблюдалось уменьшение их размеров и даже полное исчезновение (в 2-х случаях).

«Нефрофит» хорошо переносился больными на протяжении курса лечения. Достоверных изменений биохимических показателей функции печени в динамике лечения не было. Препарат показал стойкие, достаточные антисептические свойства и может достоверно снижать лейкоцитурию до нормальных показателей в клиническом анализе мочи через 25-30 дней приема.

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кириенко А.Н., Топчий И.И., Щенявская Е.Н., Гридасова Л.Н.

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

Цель – определить активность параоксоназы 1 (PON1) и показателей перекисного окисления липидов в плазме крови пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы исследования. 52 больным ХБП (34 больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) и 18 – хроническим пиелонефритом (ХПН)) проведено комплексное обследование. Средний возраст составил (49 ± 7) лет. Отдельную группу составили больные ОКС – 12 лиц, в группу сравнения вошло 18 больных гипертонической болезнью (ГБ) соответствующего возраста. Липидный спектр крови – общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ) определяли ферментативным методом с использованием наборов реактивов Human (Германия). Активность PON1, уровни малонового диальдегида (МДА), SH-групп определяли спектрофотометрическим методом.

Результаты. Исследование липидного спектра крови показало, что у больных всех групп имеет место дислипидемия: уровень ОХС был повышен (5,4 ± 0,2) ммоль/л, уровень ТГ также был достоверно выше в сравнении с группой контроля (1,8 ± 0,2) ммоль/л, уровень ЛПОНП у больных всех групп превышал контрольный и составлял (0,8 ± 0,1) ммоль/л. Статистически достоверные отличие ($p < 0,05$) в активности PON1 имело место между группами больных ГБ и ХПН в сравнении с больными ОКС (129,70 ± 12,25) мкмоль/мин.·л, (108,45 ± 10,48) мкмоль/мин.·л и (79,35 ± 8,65) мкмоль/мин.·л, соответственно. Активность PON1 у больных ХГН составляла (93,96 ± 10,74) мкмоль/мин.·л и достоверно не отличалась от показателей больных ОКС. Уровень МДА в плазме крови больных ХГН и ХПН был достоверно выше в сравнении с больными ГБ.

Выводы. Наиболее низкая активность PON-1 выявлена у больных ОКС, что может быть связано с наличием дислипидемии и снижением активности в системе антиоксидантной защиты у этой категории больных. Активность PON-1 у больных ХГН достоверно не отличалась от показателей больных ОКС, что может свидетельствовать о наличии иммуновоспалительных изменений, нарушений функций эндотелия и липидного обмена. Максимальное содержание МДА в плазме крови наблюдалось у больных ХГН, что свидетельствует о более глубоком повреждении клеточных мембран почек в условиях избыточной активации аутоиммунных механизмов.

ULTRASOUND MONITORING OF ENTHESITIS OF SHOULDER

Kirillova E., Shamsutdinova N.
Kazan State Medical University, Russia

Pain in the shoulder joint associated with the pathology of periarticular tissues, – one of the most common complaints of the musculoskeletal system of the adult population. The prevalence of this disease in the adult population is 4-7 %, increasing with age from 4,3 % at age 40-44 years to 15-20 % at the age of 60-70 years. Enthesitis is an inflammatory lesion of the tendon, ligament and capsular insertions into the bone.

Objective: To assess the possibility of ultrasound investigation in the monitoring of enthesitis of shoulder.

Materials and Methods. Were investigated 40 patients with evidence of lesions of the rotator cuff tendon insertions of shoulder joint in routine outpatient practice. All patients underwent clinical and ultrasound investigation. Ultrasound criteria of enthesitis were decrease echogenicity in place of tendon to tubercle of the humerus, thickening of the attachment points, heterogeneity. Were evaluated three loci: insertions of the subscapularis, infraspinatus and supraspinatus muscles. During research data analysis was performed twice: before treatment and after 6 weeks of observation.

Results. After 6 weeks, there was significantly decreased tendon thickness at the attachment site to the tubercles of the humerus. Significantly decreased the number of affected loci. The ultrasound investigation correlated with clinical manifestations of enthesitis of the shoulder joint.

Conclusion. Ultrasound investigation is an effective method in the evaluation of monitoring of enthesitis of the shoulder.

ВИЯВЛЕННЯ ПРОГНОСТИЧНО ЗНАЧУЩИХ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Кіча Н.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна

Вступ. Формування серцево-судинних захворювань (ССЗ) передбачає безперервний розвиток патологічного процесу – від факторів ризику (ФР) до нозологічно окресленої патології. В Україні кількість пацієнтів без чинників ризику складає тільки 15,3 %, з одним ФР – 33,9 %, двома – 28,2 %, трьома та більше – 22,6 %. Наявність двох ФР збільшує ризик загальної смертності в 1,5 рази, летальності від ССЗ – в 1,9 рази, а поєднання трьох і більше чинників, відповідно, у 2 та 3 рази. Зростання смертності від ССЗ з позицій лише дії традиційних ФР пояснити неможливо.

Мета дослідження: встановити прогностичне значення факторів серцево-судинного ризику (ССР) у хворих на дисфункцію жовчного міхура (ДЖМ) при хронічному некалькульозному холециститі (ХНХ).

Матеріали та методи дослідження. Було досліджено 349 пацієнтів: 95 хворих на ХНХ в стадії ремісії (чоловіків – 47 (середній вік – (28,8 ± 1,1) років), жінок – 48 ((33,2 ± 1,2) років) та 254 особи молодого віку з ДЖМ: чоловіків – 90 ((24,2 ± 1,3) років), жінок – 164 ((23,6 ± 1,8) років). За кількістю наявних у пацієнтів ФР, групи були розподілені на підгрупи: з ДЖМ – перша ($^1n_2 = 143$) з підвищеним ССР (пССР), друга ($^2n_2 = 111$) з низьким ССР (нССР); на ХНХ – перша ($^1n_3 = 58$) з пССР, друга ($^2n_3 = 37$) з нССР. Контрольна група ($n_1 = 106$): без соматичних захворювань (I-II групи здоров'я). Проведена багатофакторна оцінка ССР серед пацієнтів та системно визначені основні характеристики конституційно-біологічних, клініко-анамнестичних та поведінкових ФР: їх частота, діагностичне та прогностичне значення.

Результати та їхнє обговорення. У хворих із ДЖМ і ХНХ найвагоміше прогностичне значення серед конституційно-біологічних факторів ССР мають: індексний показник «талія/стегно», зросто-ваговий індекс Кетлє (ІК) та обтяжена спадковість за ССЗ або хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Серед клініко-анамнестичних та поведінкових ФР – стаж та інтенсивність паління, низька фізична активність, зловживання алкоголем, зниження рівня активності, часті порушення нічного сну, підвищена збудливість, пітливість та прояви незадовільного загального самопочуття.

Висновки. Прогнозування ССР можливе при поєднанні таких факторів: індексний показник «талія/стегно» ($\eta^2 = 24,0$ %; $p < 0,05$), тривале та інтенсивне паління ($\eta^2 = 20,0$ %; $p < 0,05$), обтяжена спадковість ($\eta^2 = 14,0$ %; $p < 0,05$), підвищений ІК ($\eta^2 = 12,0$ %; $p < 0,05$); у ієрархії факторів ССР прогностичне значення мають психосоматичні особливості хворих.

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Кіча Н.В., С.В. Данилюк, Т.О. Ситюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна

Вступ. Сьогодні профілактика визнана пріоритетним напрямом у сфері охорони здоров'я і надання медичної допомоги. Багатофакторний вплив на організм людини формує проблему нозологічної синтропії відносно поширених та соціально значущих серцево-судинних (ССЗ) та шлунково-кишкових захворювань. Тривало існуючі функціональні біліарні розлади підтримують процеси формування органічної патології жовчного міхура та сприяють розвитку ССЗ.

Мета дослідження: обґрунтувати систему поліклінічного моніторингу серцево-судинного ризику (ССР) у пацієнтів з ДЖМ, на основі вивчення діагностичної цінності та прогностичного значення факторів (ФР).

Матеріали та методи дослідження. У дослідження було включено 254 пацієнта молодого віку (чоловіків - 90 (середній вік – (24,2 ± 1,3) років), жінок – 164 (середній вік – (23,6 ± 1,8) років). За кількістю наявних у пацієнтів ФР, групи були розподілені: з ДЖМ перша ($^1n_1 = 143$) з підвищеним ССР (пССР), друга ($^2n_2 = 111$) з низьким ССР (нССР). Контрольна група ($n_1 = 106$) – без соматичних захворювань (I-II групи здоров’я). Вивчалися діагностична цінність та прогностичне значення конституційно-біологічних (генеалогічних), клініко-анамнестичних та поведінкових ФР за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів.

Результати та їхнє обговорення. За даними вивчення окремих груп факторів, застосовуючи стандартизовану процедуру визначення діагностичної цінності та прогностичного значення кожного фактора, розроблено алгоритм прогнозування ССР у пацієнтів з ДЖМ. При цьому, критеріями прогнозу є найбільш інформативні та значущі з факторів. Структурно алгоритм має вигляд таблиці, яка включає індикатори оцінки та прогностичні коефіцієнти. По кожному індикатору визначають його наявність або відсутність, а відповідні патометричні коефіцієнти додають. По досягненню порогової суми коефіцієнтів визначають ССР з використанням шкали. Принцип прийняття прогностичного рішення в алгоритмі досить простий і зводиться до додавання коефіцієнтів.

Висновки. Практичне застосування табличних алгоритмів оцінки ССР для пацієнтів з ДЖМ системно реалізують моніторингові принципи динамічного спостереження хворих та в умовах амбулаторії первинної медико-санітарної допомоги дозволяють провести скринінг на предмет рівня ССР.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА

Клеткина А.С., Ефремова О.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

Цель исследования – проанализировать распространенность факторов риска развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий и пороками сердца и оценить выполнение стандартов и эффективность ведения больных в рутинной врачебной практике. Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в МБУЗ городская больница № 2 г. Белгород. Среди обследуемых пациентов с клапанной формой фибрилляции предсердий: было 8 (26,7 %) мужчин и 22 (73,3 %) женщин в возрасте от 47 до 83 лет. В результате исследования было выявлено, что наиболее часто фибрилляцией предсердий страдают женщины (73,3 %) в возрасте старше 65 лет (56,7 %). По данным коагулограммы высокий риск тромбообразования наблюдался у 73,3 % больных, причём международное нормализованное соотношение (МНО) определялось лишь у 6 больных, из них повышено было у 50 %. Таким образом, результаты проведенного анализа свидетельствуют, что больше половины пациентов с фибрилляцией предсердий и с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений имели абсолютные показания к применению антикоагулянтной терапии. С целью медикаментозного лечения исследуемым назначались антитромбоцитарные препараты – 73,3 % больным, сердечные гликозиды – 43,3 %, селективные бета-адреноблокаторы – 83,3 %, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 80 %, петлевые диуретики – 66,7 %, калийсберегающие диуретики – 50 % пациентов. Состояние улучшилось у 97 % обследуемых, большинство (80 %) пациентов выписано в удовлетворительном состоянии. В результате исследования было выявлено, что факторами риска тромбоэмболических осложнений фибрилляции предсердий являются: женский пол, возраст (старше 65 лет), в анамнезе пороки митрального клапана, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. В целом терапия оказалась эффективной, однако непрямые антикоагулянты применялись только у 6,7 % больных. Безусловно, ограниченные возможности определения МНО (определено лишь у 20 % исследуемых) при приеме варфарина обусловливают сложности в подборе дозы препарата, и решить эту проблему можно только при условии доступности метода или появления на рынке новых антикоагулянтов, которые доказали свою эффективность при ФП и не требуют лабораторного контроля.

АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ КОМБИНАЦИИ ФОЗИНОПРИЛА НАТРИЯ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ

Ковалева О.Н., Герасимчук Н.Н., Сафаргалина-Корнилова Н.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Частым спутником и лидирующим фактором риска артериальной гипертензии (АГ) является ожирение. Одним из проявлений патогенеза такой сочетанной патологии является развитие оксидативного стресса.

Цель работы. Определение содержания супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (К) у больных с АГ и ожирением на фоне терапии фозиноприлом натрия (20 мг) в сочетании с гидрохлортиазидом (12,5 мг).

Материалы и методы. В условиях стационара было обследовано 22 пациента с 1-3 степенью АГ в возрасте от 46 до 70 лет (средний возраст – (58,31 ± 7,35) года), которым ранее не проводили регулярную антигипертензивную терапию. Группу контроля составили 16 практически здоровых лиц. Состояние антиоксидантной системы оценивали по активности СОД и каталазы в сыворотке крови, определяемых спектрофотометрическим методом.

Результаты их обсуждения. Активность СОД, обеспечивающей инактивацию супероксидного анион-радикала, была снижена в 1,15 раза ((0,485 ± 0,11) мккатал/л по сравнению с группой контроля (0,547 ± 0,05) мккатал/л, где $p > 0,05$). Активность же каталазы, инактивирующая гидропероксид, не отличалась от группы контроля.

Анализ полученных результатов показал, что через 14 дней терапии фозиноприлом натрия (20мг) в сочетании с гидрохлортиазидом (12,5мг). повышается активность в сыворотке крови СОД на 17,5 % ((0,57 ± 0,11) мккатал/л в сравнении с уровнем до лечения (0,485 ± 0,11) мккатал/л) и каталазы на 30 % ((4,76 ± 1,01) мккатал/л в сравнении с уровнем до лечения (3,66 ± 1,2) мккатал/л), где $p < 0,05$. Через 2 месяца терапии ($n = 10$) продолжает повышаться активность СОД на 9,7 % ((0,572 ± 0,14) мккатал/л в сравнении с уровнем до лечения (0,521 ± 0,14) мккатал/л) и каталазы на 20,5 % ((4,7 ± 1,2) мккатал/л в сравнении с уровнем до лечения (3,9 ± 1,02) мккатал/л, где $p < 0,05$).

Выводы. 1. У больных АГ и ожирением снижается активность антиоксидантной системы.

2. Лечение фозиноприлом натрия в сочетании с гидрохлортиазидом сопровождается снижением напряженности оксидативного стресса, проявляющаяся повышением активности супероксиддисмутазы и каталазы.

3. Уровень активности как супероксиддисмутазы так и каталазы превышает соответственно их уровень контроля на фоне проводимой терапии.

ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ТА ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ З СИМВАСТАТИНОМ

Ковальова Ю.О., Шелест О.М., Котелюх М.Ю., Шелест Б.О., Шинкаренко О.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Відомо, що атеросклероз є невід'ємною частиною розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС). Встановлено, що запальна теорія атерогенезу набула велике значення в останні роки. Тому, вивчення запального процесу залишається актуальним на сьогоденні.

Мета нашої роботи: вивчення стану запального процесу та ліпідного обміну у хворих на стабільну стенокардію з надмірною масою тіла у динаміці лікування раміприлом з симвастатином.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 17 хворих на стабільну стенокардію напруги (ССН) з надмірною масою тіла (НМТ), 22 хворих на ССН з ожирінням. Контрольна група склала 20 осіб. Дослідження проводилося на базі КЗОЗ ХМКЛ №27. Основній групі було призначено препарат ІАПФ – раміприл в дозі 10 мг/добу та ліпіднормалізуючий препарат - симвастатин в дозі 20 мг/добу на протязі 12 тижнів. Визначення ліпідного спектру проводилося за допомогою набору реагентів фірми «ДИАКОН-ДС» (Росія). Маркер запального процесу – С-реактивний білок (С-РБ) визначали імуноферментний методом набором реагентів фірми «DRG International Inc., USA» за наданою інструкцією.

Результати дослідження. При застосуванні раміприла та симвастатину у хворих на ССН з НМТ відмічено зменшення рівня ЗХС в крові з $(6,14 \pm 0,17)$ ммоль/л до $(5,87 \pm 0,16)$ ммоль/л через 2-3 тижні ($p > 0,05$) і до $(5,52 \pm 0,15)$ моль/л через 12 тижнів лікування ($p < 0,01$). У хворих на ССН з ожирінням - ЗХС через 2-3 тижні лікування зменшився на 1,24 % ($p > 0,05$), а через 12 тижнів – на 6,15 % ($p < 0,01$). Через 2-3 тижні лікування рівень ТГ знижувався на 15,05 % ($p > 0,1$) з НМТ і на 11,75 % ($p > 0,1$) з ожирінням; через 3 місяці – на 19,47 % ($p < 0,05$) з НМТ і на 16,29 % ($p < 0,05$) з ожирінням. При лікуванні протягом 2-3 тижнів рівень С-РБ у хворих на ССН з НМТ зменшився на 21,06 % ($p< 0,05$) і дорівнював 2,6±0,3 мг/л, порівняно з вихідним рівнем – $(3,3 \pm 0,4)$ мг/л., а при лікуванні протягом 3 місяців – $(2,25 \pm 0,2)$ мг/л ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою. У хворих на ССН з ожирінням – $(4,5 \pm 0,4)$ мг/л через 2-3 тижні лікування вони знизились на 20,83 % до $(3,56 \pm 0,5)$ мг/л; а через 3 місяці до $(2,94 \pm 0,3)$ мг/л ($p < 0,05$).

Висновки. При лікуванні раміприлом з симвастатином відбувається зниження показників ліпідного обміну та запального процесу. Однак, їх патогенетичні механізми залишаються недостатньо вивченими і потребують більшої вибірки для дослідження.

ВІКОВІ ЗМІНИ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА І ОЖИРІННЯМ

Ковальова Ю.О., Шелест О.М., Кравчун П.П., Шелест Б.О., Леонідова В.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Відомо, що оксид азоту є локальним тканинним гормоном, що підтримує активну вазодилатацію і одним з основних факторів ризику у виникненні артеріальної гіпертензії (АГ). Однак вплив цього показника у хворих на вазодилатацію з надмірною масою тіла (НМТ) і ожирінням є недостатньо вивченим.

Мета: вивчення метаболітів оксиду азоту (МОА) S-нітрозотіолів у хворих на артеріальну гіпертензію з надмірною масою тіла і ожирінням.

Матеріали та методи дослідження. Були обстежені хворі на АГ з НМТ – 16 осіб і 46 на АГ з ожирінням. Контрольну групу склали 20 осіб аналогічного віку і без супутньої патології. Дослідження проводилося на базі ХМКЛ № 27. Визначення S-нітрозотіолів проводилося спектрофотометричним методом по методиці Marzinzing M., et al., (1997) в модифікації Ковальової О.М. і співавт. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми «Microsoft Exel», 2010 і Windows STATISTIKA 6.0.

Результати дослідження. У хворих на АГ з НМТ рівень МОА S-нітрозотіола становив (0,144 ± 0,051) ммоль/л порівняно з контрольною групою (0,22 ± 0,01) ммоль/л ($p < 0,05$). Рівень цього показника у хворих на АГ з ожирінням склав (0,136 ± 0,044) ммоль/л, що значно був знижений порівняно з контрольною групою та у хворих на АГ з НМТ ($p < 0,05$). Також у групі хворих 55-59 років рівень МОА S-нітрозотіолів був нижчим на 1,77 % у порівнянні з віковою категорією до 54 років ($p > 0,1$). У хворих на АГ також мало місце недостовірне зменшення рівня МОА S-нітрозотіолів з віком: з підвищеною масою тіла у середньому на 4,09 % ($p > 0,1$) і на 3,93 % ($p > 0,1$) без такої. У осіб різних груп у віці 60-74 роки на АГ з НМТ рівень МОА S-нітрозотіолів був меншим контрольної групи у середньому на 34,11 % ($p < 0,05$) і перевищував значення цього показника з підвищеною масою тіла на 5,6 % ($p > 0,1$).У віковій категорії старіше 75 років рівень S-нітрозотіолів був нижчим, чим у контрольній групі в середньому на 34,75 % ($p < 0,05$), у хворих на АГ з НМТ і у той же час переважав у групі з НМТ у середньому на 10,08 % ($p > 0,1$).

Висновки. Отримані результати свідчать про те, що в крові хворих на артеріальну гіпертензію з нормальною масою тіла відзначено зниження рівня метаболітів оксиду азоту S-нітрозотіолів у крові; приєднання ожиріння сприяло подальшому зниженню їх концентрації. Відмічено, що зниження рівня метаболітів оксиду азоту S-нітрозотіолів корелює із зниженням вікової категорії хворих.

ПРОФІЛАКТИКА КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Коваль С.М., Рєзнік Л.А., Старченко Т.Г.

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

Мета роботи – підвищення ефективності лікування хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 67 хворих на ГХ з супутнім ЦД 2 типу та 46 хворих на ГХ без ЦД. 39 хворих на ГХ з ЦД 2 типу були обстежені у динаміці 12-місячної комбінованої терапії з застосуванням периндоприлу в добовій дозі 10 мг, амлодипіну в добовій дозі 5-10 мг, аторвастатину в добовій дозі 10-20 мг. В залежності від виду антидіабетичного лікування хворі були розподілені на дві групи: 21 пацієнт отримував метформін в дозі 1000-2000 мг на добу та 18 пацієнтів – метформін у добовій дозі 1000 мг у комбінації з гліклазидом тривалої дії у добовій дозі 30-90 мг. Рівень ІФР-1 у крові визначали імуноферментним методом.

Результати. Встановлено зниження рівню ІФР-1 у крові хворих на ГХ з ЦД 2 типу нижче, у порівнянні з хворими на ГХ без ЦД (на 11 %, $p < 0,01$) та з практично здоровими особами (на 13 %, $p < 0,05$). Встановлені вірогідні кореляційні зв'язки між рівнем ІФР-1 в крові та наступними показниками: у чоловіків хворих на ГХ з ЦД 2 типу – з фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночку (ЛШ) ($r = +0,40$, $p < 0,05$), рівнем глюкози у крові ($r = -0,40$, $p < 0,05$), порожниною лівого передсердя ($r = -0,36$, $p<0,05$) та кінцевого діастолічного розміру ЛШ ($r = -0,44$, $p <0,01$); у чоловіків хворих на ГХ без ЦД – з рівнем загального холестерину ($r = -0,80$, $p < 0,01$) і холестерину ліпопротеїдів низької щільності ($r = -0,60$, $p < 0,01$); у жінок хворих на ГХ без ЦД – з ФВ ЛШ ($r = +0,44$, $p < 0,05$). У динаміці терапії в цілому по групі хворих рівень ІФР-1 вірогідно не змінився, $p > 0,05$. Але поглиблене вивчення динаміки рівня ІФР-1 дозволило встановити суттєві відмінності в динаміці цього показника в залежності від виду антидіабетичної терапії. Так, при застосуванні метформіну спостерігалось вірогідне зниження рівня ІФР-1: 166,8 (108,5÷170,6) нг/мл – до лікування та 124,0 (62,7÷103,6) нг/мл – наприкінці лікування, $p < 0,01$. В той же час при додаванні до метформіну гліклазиду рівень ІФР-1 вірогідно не знизився.

Висновки. Наявність відносного дефіциту ІФР-1 при поєднанні ГХ з ЦД 2 типу з урахуванням антиапоптотичних, антиатеросклеротичних і анаболічних властивостей цього фактору та його позитивного впливу на скорочувальну функцію серця обумовлює значне підвищення загального ризику кардіоваскулярних ускладнень у цих хворих. Підтримання продукції ІФР-1 у хворих з його низькими рівнями ІФР-1 при застосуванні комбінації метформіну та гліклазиду є прогностично сприятливим та може попереджувати розвиток кардіоваскулярних ускладнень у даної категорії хворих.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ І ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Коваль С.М., Снігурська І.А., Пенькова М.Ю., Мисниченко О.В., Божко В.В., Щенявська О.М.

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

Метою дослідження було вивчення впливу 12-тижневої комбінованої антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії на рівні васкулоендотеліального фактору росту (ВЕФР) хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО) і гіперурикеміею (ГУЕ).

Матеріали і методи. Було обстежено 270 хворих на АГ віком від 21 до 70 років (середній вік – (49,4 ± 3,5) років). У 172 пацієнтів було діагностовано АО. У 90 хворих на АГ з АО виявлена ГУЕ. Вміст ВЕФР в крові визначали методом імуноферментного аналізу. Лікування включало: а) блокатор ренінангіотензинової системи (РАС) – ІАПФ – раміприл в дозі 10-20 мг на добу) або БРАІІ – олмесартан (20-40 мг на добу) в поєднанні з антагоністом кальцію (АК) лерканидипіном (10-20 мг на добу одноразово) або б) бета-адреноблокатор небіволол у добової дозі 5-10 мг в поєднанні з АК. У разі наявності у хворих ішемічної хвороби серця у вигляді стабільної стенокардії напруги I-II функціональних класів або атеросклерозу аорти і сонних артерій до антигіпертензивної терапії додавали гіполіпідемічний засіб аторвастатин в дозі 20 мг на добу.

Результати. Встановлено, що під впливом антигіпертензивної терапії, яка включала небіволол спостерігалась виражена, але недостовірна, тенденція до зростання рівнів ВЕФР. Так, рівень ВЕФР змінився від (165,83 (107,29; 213,81) пг/мл до (183,15 (155,60; 276,39) пг/мл, $p > 0,05$. В той же час комбінація препаратів, які включали блокатори РАС, призвела до достовірного зниження рівнів ВЕФР: від (198,23 (156,19; 323,38) пг/мл до (151,30 (125,00; 192,87) пг/мл, $p < 0,05$. При аналізі результатів хворих на АГ в залежності від додавання статинів встановлено, що у хворих, яким призначався аторвастатин, рівні ВЕФР в крові достовірно знизились від (252,28 (158,06; 418,35) пг/мл до (152,33 (130,04; 170,36) пг/мл, $p < 0,01$. У той же час, як у хворих, які статинів не отримували, рівні ВЕФР в крові достовірно підвищились від (161,53 (105,44; 187,02) пг/мл до (209,43 (153,44; 278,58) пг/мл, $p < 0,01$.

Висновки. Виявлена різноспрямована динаміка рівнів ВЕФР в крові у хворих на АГ з АО та з ГУЕ: а) зниження після терапії з застосуванням статинів, б) підвищення після терапії без статинів. При цьому встановлено модулюючий вплив терапії на рівні ВЕФР – при вихідному підвищенні рівнів ВЕФР спостерігалося його зниження, а при вихідному зниженні – підвищення рівня фактору.

РІВНІ АПЕЛІНУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ТРИВАЛІСТЮ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ

Коваль С.М., Юшко К.О., Старченко Т.Г., Шуть І.В., Висоцька О.В., Страшненко Г.М.

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

Мета. Апелін – ендогенний пептид, функціональний антагоніст ренін-ангіотензинової системи, який володіє вираженими гіпотензивним та інотропним ефектами, покращує утилізацію глюкози, проявляє антиатерогенні властивості, що підкреслює його значення в патогенезі, як гіпертонічної хвороби (ГХ), так і цукрового діабету (ЦД).

Мета – вивчити рівні апеліну крові у хворих ГХ в поєднанні з ЦД 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 19 хворих ГХ 2-3 ступеня у поєднанні з ЦД 2 типу (8 чоловіків і 11 жінок) віком від 43 до 70 років. Комплекс обстеження включав вимірювання антропометричних показників, визначення рівня глюкози крові натще, ліпідного спектру, рівня інсуліну натщесерце з обчисленням індексу інсулінорезистентності (HOMA індексу). Рівень апеліну в крові визначали за допомогою імуноферментного методу. Групу контролю склало 10 практично здорових добровольців.

Результати. Рівні апеліну крові у хворих на ГХ з ЦД 2 типу були достовірно нижче порівняно з практично здоровими добровольцями - 0,866 (0,788; 0,992) нг/мл проти 1,087 (0,861; 1,318) нг/мл, $p < 0,05$. Кореляційний аналіз в цілому по групі хворих показав достовірний взаємозв'язок рівнів апеліну крові з тривалістю ГХ ($R = -0,56$, $p < 0,05$). Гендерних відмінностей рівнів апеліну в крові ні у практично здорових осіб, ні у обстежених хворих не виявлено. У чоловіків хворих на ГХ з ЦД 2 типу апелін крові достовірно позитивно корелював з масою тіла ($R = 0,92$, $p < 0,01$), індексом маси тіла ($R = 0,79$, $p < 0,05$), об'ємом талії ($R = 0,9$, $p < 0,01$) і об’ємом стегон ($R = 0,79$, $p < 0,05$).

Висновок. У хворих на ГХ в поєднанні з ЦД 2 типу в порівнянні з практично здоровими особами відмічається зниження рівнів апеліну в крові, ступінь якого корелює з тривалістю гіпертензії. Разом з тим отримані дані свідчать про те, що у чоловіків хворих на ГХ з ЦД 2 типу підвищені показники маси тіла можуть сприяти збереженню продукції даного пептиду, який в основному синтезується клітинами жирової тканини.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ADIPOR2 В РАЗВИТИИ РАННЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Колесникова Е.В., Никифорова Я.В.

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

Существенный вклад в развитие неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) вносят генетические и метаболические факторы, участвующие в атерогенезе и отложении жира. Это позволяет рассматривать печень в качестве медиатора развития атеросклероза.

Цель исследования: оценка ранних клинических проявлений сердечно-сосудистых событий у пациентов НАЖБП в зависимости от объема талии (ОТ) и от распределения частот аллелей rs 1044771 полиморфного маркера гена ADIPOR2.

Материалы и методы. Обследовано 256 пациентов с верифицированной НАЖБП. Пациенты были разделены на две группы в зависимости ОТ – группа I ≥ 102 и ≥ 88 см, группы II < 102 см и ОТ< 88 см). Ранее атеросклеротическое повреждение сосудов оценивали по толщине комплекса интима медиа (ТКИМ) сонной артерии, более тяжелые повреждения сосудов – по наличию бляшек. Для определения аллелей полиморфного гена ADIPOR2 rs1044471 проводили выделение геномной ДНК из венозной крови. Молекулярно-генетическое тестирование ДНК выполняли методом ПЦР.

Результаты: Пациенты I группы в сравнении со II были значительно старше, женского пола, имели более высокую распространенность диабета, артериальной гипертензий, метаболического синдрома, высокий HOMA- IR и преимущественно являлись носителями С алелля ADIPOR2 rs 1044471 (56 % и 44 %, p = 0,0001). ТКИМ была значительно выше ((0,90 ± 0,18) мм и (0,78 ± 0,2) мм, p < 0,0001) и чаще встречалась (74 % и 52 %, p = 0,001) у пациентов с повышенным ОТ, но распространенность бляшек (33 % и 29 %) не отличались в группах I и II. НАЖБП чаще встречалось у пациентов с повышенным ОТ (68 % и 40 %, p = 0,002). Многофакторный анализ показал связь увеличения ТКИМ с возрастом, наличием диабета, HOMA-IR, курения и носительством Т алелля. При сравнении отдельно I и II групп возраст и диабет оставался в значительной связи в группе I, возраст, курение и ТТ генотип в группе II. Переменными в значительной степени связанными с бляшками были возраст, гипертриглицеридемия, артериальная гипертензия у пациентов с повышенным ОТ и только возраст, и носительство ТТ генотипа ADIPOR2 rs 1044471 у пациентов НАЖБП с нормальным ОТ.

Выводы: Пациенты НАЖБП в отсутствии висцерального ожирения имеют высокий риск развития раннего атеросклероза, что генетически детерминировано и ассоциировано с традиционными факторами риска.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГІПЕРУРИКЕМІЇ З ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Коломієць М.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Безсимптомна гіперурикемія та її роль у розвитку та прогресуванні серцево-судинної патології в останні роки набуває все більшої актуальності. Недавні дослідження показали, що сечова кислота є біологічно активною речовиною і може стимулювати розвиток ендотеліальної дисфункції. Більшість експертів вважають, що відображенням глобальної ендотеліальної дисфункції є мікроальбумінурія (МАУ).

Метою нашого дослідження стало вивчення взаємозв’язку гіперурикемії з ендотеліальною дисфункцією у хворих хронічною серцевою недостатністю (ХСН) з супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН). У процесі виконання роботи обстежено 41 хворого, серед яких жінки – 58,5 % (24 особи), та 41,5 % (17 осіб) – чоловіки. Вік хворих знаходився в діапазоні від 49 до 89 років і в середньому склав (72 ± 9) років. Усі хворі залежно від наявності чи відсутності супутньої ХХН були розділені на 2 групи: основна група – 31 хворий з ХСН та супутньою ХХН II-V ст., група порівняння – 10 хворих з ХСН без ХХН.

Наявність гіперурикемії у хворих асоціювалася з ендотеліальною дисфункцією, яка в нашому дослідженні визначалася за рівнем МАУ як маркера ендотеліальної дисфункції. Так, середній рівень сечової кислоти в крові хворих без МАУ склав ((398,3 ± 29,6) мкмоль/л, а у хворих з МАУ – (429,9 ± 112,1) мкмоль/л. Рівень альбуміну сечі у них знаходився в діапазоні від 0,02 г/л до 0,23 г/л. При цьому у хворих з рівнем альбуміну сечі 0,02-0,03г/л середній рівень сечової кислоти крові склав 412,3 мкмоль/л, з рівнем 0,033-0,09 г/л - 427,4 мкмоль/л, а у хворих з МАУ в кількості 0,1-0,2 г/л – 450 мкмоль/л.

Таким чином, був виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем альбуміну сечі обстежуваних хворих і рівнем сечової кислоти сироватки крові (r = +0,2), який досяг максимуму у хворих з протеїнурією – (460,3 ± 46) мкмоль/л.

Отримані дані підтверджують роль гіперурикемії в появі МАУ, прогресуванні ендотеліальної дисфункції та пошкодження нирок, що збігається з даними проведених популяційних досліджень і доводить необхідність визначення рівня екскреції альбуміну з метою зниження кардіоваскулярного ризику і серцево-судинної смертності.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЁ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС И ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Коломыцева И.Н., Волков Д.Е., *Лопин Д.А., Яблучанский Н.И.

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина,
**ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины имени В.Т. Зайцева», г. Харьков, Украина*

Цель: оценить гемодинамические показатели до и в остром послеоперационном периоде после имплантации ЭКС в режимах CRT-P/CRT-D у пациентов с разными ФК ХСН.

Материалы и методы. На базе отделения ультразвуковой и инструментальной диагностики с малоинвазивными вмешательствами в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины» были обследованы 19 пациентов (12 мужчин и 7 женщин), в возрасте (65 ± 14) лет, которые подверглись постоянной кардиостимуляции в режимах CRT-P/CRT-D с такими показаниями, как ХСН II-IV классы по NYHA при ФВ ≤ 35 % и длительностью QRS ≥ 120 мс. До и в раннем послеоперационном периоде (3-5 дней) после выполнения CRT-P/CRT-D в зависимости от ФК ХСН оценивались систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС), конечный систолический (КСО ЛЖ) и диастолический (КДО ЛЖ) объемы, фракция выброса (ФВ ЛЖ) и толщина задней стенки левого желудочка (ТЗС ЛЖ), размеры левого (ЛП) и правого (ПП) предсердий, а также правого желудочка (ПЖ). Пациенты были разделены на 4 группы I, II, III и IV ФК ХСН в соответствии с рекомендациями Ассоциации Кардиологов Украины.

Выводы. Установлено, что степень нормализации САД, ДАД, ЧСС, КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, ФВ ЛЖ в раннем послеоперационном периоде после CRT соотносится с ФК ХСН, что более выражено в высоких ФК. ТЗС ЛЖ, размеры ЛП, ПП, ПЖ в раннем послеоперационном периоде после CRT вне зависимости от ФК ХСН не претерпевают изменений. CRT и ее медикаментозная поддержка должны соотноситься с ФК ХСН в зависимости от тяжести ФК.

ОБ'ЄМНА В'ЯЗКІСТЬ СИРОВАТКИ КРОВІ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Количева О.В.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) і цукровий діабет (ЦД) є найбільш розповсюдженою патологією людства. Мішенню обох захворювань є судини різного калібру. Наявність такої коморбідності в декілька разів збільшує ризик судинних ускладнень, які проявляються головним чином тромботичними або атеротромботичними процесами. Чисельні дослідження продемонстрували роль в'язкості крові в патогенетичних побудовах при ЦД. На в'язкість крові впливають чисельні фактори, серед яких вміст фібриногену і протромбіну, жорсткість судин, ліпіди та ліпопротеїди, фібронектин, властивості еритроцитів і тромбоцитів, тощо. З метою зменшення в'язкості крові і, відповідно, ризику тромботичних ускладнень, хворим на ЦД доцільно приймати профілактичні дози аспірину. Між тим, проблема корекції в'язкості крові при ЦД 2 типу, а, тим більше, при наявності супутньої АГ, залишається остаточно не визначеною. Одним з засобів корекції може виявитися сеанси інтервальної нормобаричної гіпокситерапії (ІНБГТ).

Мета дослідження полягала в аналізі впливу ІНБГТ на в'язкість крові у гіпертензивних хворих з ЦД 2-го типу.

До дослідження увійшли 48 гіпертензивні пацієнта з ЦД 2 типу віком від 40 до 60 років. Критерії включення до дослідження: АГ 1-2 стадії і 1-2 ступеня, ЦД 2 типу в стадії компенсації. Хворі розподілені в дві однорідні групи спостереження (по 24 в кожній). Перша група отримувала стандартну антигіпертензивну терапію, а друга додатково щоденні сеанси ІНБГТ тривалістю 50-60 хвилин протягом 20 днів за допомогою стаціонарних гіпоксикаторів «ГИП 10-1000-0», фірми Трейд Медікал (Росія) та «Тибет-4» фірми «Newlife» (США, Росія). Об'ємну в'язкість крові (ОВС) досліджували за допомогою віскозиметра «Low Shear-30» (Швейцарія).

Як виявилося, ОВС у здоровых становила (1,3 ± 0,02) мПа×сек. В 1-ій групі динаміки ОВС не відмічено у больных – (1,8 ± 0,04) мПа×сек до і (1,8 ± 0,08) мПа×сек після лікування. В 2-ій групі з'явилася тенденція до зменшення показника з (1,8 ± 0,09) мПа×сек до (1,7 ± 0,04) мПа×сек, відповідно.

Таким чином, у гіпертензивних хворих на ЦД 2-го типу встановлена гіперв'язкість крові, що зумовлює ризик тромботичних ускладнень. Включення в лікувальну програму ІНБГТ сприяло тенденції до зниження ОВС, але тривалість лікування (20 днів) для оцінювання впливу такого лікування на в'язкість крові виявилася за нашим міркуванням недостатньою. Доцільно дослідити результат через декілька тижнів або місяців підтримуючого режиму гіпокситерапії.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРКИНЕЗИИ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Комаревич Н.А.[1], **Абдуллаев Р.Р.**[2], **Гужва Н.Ю.**[3]

[1]*Киевский медицинский университет УАНМ,*

[2]*Харьковский национальный медицинский университет,*

[3]*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Изучение и анализ параметров эхокардиографии (Эхо-КГ) на сегодняшний день, является особо актуальным для оценки риска возможного развития ишемической кардиомиопатии у больных с метаболическим синдромом (МС).

Цель – изучить диагностическое значение эхокардиографического параметра локального гиперкинеза стенок левого желудочка (ГСЛЖ) в прогнозировании развития ишемической кардиомиопатии при инфаркте миокарда у больных с МС.

Материалы и методы. Проведено ЭхоКГ у 48 больных с МС, у которых развился острый передне-перегородочно-верхушечно-боковой инфаркт миокарда. Возраст пациентов варьировал от 41 до 62 лет. Длительность МС составляла 4-8 лет. ЭхоКГ проводилась на 10-е сутки и через 3 месяца с момента диагностирования острого инфаркта миокарда. Диагноз ишемической кардиомиопатии (ИКМП) устанавливался при сочетании трех из нижеперечисленных критериев: конечно-диастолический размер > 65 мм. фракция выброса левого желудочка < 45 %, индекс локальной сократимости > 1,27, наличие зон гипокинезии и/или акинезии более 3 сегментов, при отсутствии аневризмы левого желудочка.

Результаты. На 10-е сутки инфаркта миокарда локальный ГСЛЖ измеренный в области межжелудочковой перегородки 9-10 мм наблюдался у 6 из 48 (12,5 %) пациентов. 10-12 мм – у 5 (10,4 %) и более 12 мм – у 3 (6,25 %). У остальных 34 больных с МС компенсаторной гиперкинезии не было. Спустя 3 месяца с момента развития острого инфаркта миокарда ИКМП была диагностирована у 18 ((37,5 ± 3,2) %) пациентов с МС. При этом, у 17 ((94,4 ± 6,0) %) больных с ИКМП на 10-е сутки наблюдалось полное отсутствие компенсаторной гиперкинезии и только у 1 ((6,3 ± 0,5) %) был выявлен гиперкинез непораженного миокарда 10 мм. Как видно, при отсутствии компенсаторной гиперкинезии миокарда ИКМП развивается достоверно ($p < 0,001$) чаще.

Выводы. Наличие компенсаторной гиперкинезии стенок миокарда левого желудочка при остром инфаркте миокарда является прогностически благоприятным признаком, а отсутствие имеет достоверно высокую прогностическую значимость в развитии ишемической кардиомиопатии у больных с метаболическим синдромом.

ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ АЛЛОГЕННОЮ КРІОКОНСЕРВОВАНОЮ ПЛАЦЕНТОЮ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ

[*]Кондаков І.І., Топчій І.І., Кірієнко О.М.

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

Мета роботи – експериментальне вивчення на модельованій патології впливу кріоконсервованої плацентарної тканини на метаболічні показники цілісного організму.

Вивчення стану ліпідного обміну проводилось у п'ятнадцяти кроликів, які утримувались6 місяців на холестериновій дієті (холестерин давали в дозі 200 мг / кг маси тіла протягом 27 тижнів, 5 днів годування і 2 дні відпочинку). Контрольну групу (1) складали 5 тварин. Ще у 5 тварин досліджували можливість спонтанної регресії експериментального атеросклерозу (група 2). 10 кролям проводили лікування алло генною кріоконсервованою плацентою (група 3). Статистичний аналіз проводили з використанням STATGRAPH 2,0.

Дослідження показників ліпідного обміну після введення АКП виявило різке 5-кратне зниження рівня загального холестерину (ЗХС) вже на 1-му тижні у порівнянні з таким на піку атеросклерозу. Значення тригліцеридів (ТГ) і ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) були в 2 рази вище ($p < 0,05$), ніж при спонтанному регресі та склали ($3,55 \pm 0,34$) ммоль/л і ($1,63 \pm 0,16$) ммоль/л, відповідно, тобто вище в 2 рази. На 2-му тижні деяке зниження рівня ЗХС супроводжувалося зменшенням концентрації ТГ і ЛПДНЩ в 2 рази та приводило до 3-кратного зростання концентрації ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). До кінця 3-го тижня на тлі подальшого зниження ЗХС рівень ЛПВЩ досягав значень, встановлених у контрольних тварин. Вміст ТГ, ЛПДНЩ, ЛПНЩ знижувався, забезпечуючи КА ($3,83 \pm 041$). Це значення було навіть нижче, ніж у групі контрольних тварин.

Надалі до виведення тварин з експерименту параметри ліпідного обміну вірогідно не змінювалися й не перевищували показників контрольної групи.

Отримані дані свідчать про те, що введення АКП на тлі регресу стимулює нормалізацію показників ліпідного обміну в сироватці крові експериментальних тварин і, можливо, сприяє регресу атеросклеротичного процесу.

ЗМІНИ РІВНЮ ЕСТРАДІОЛУ КРОВІ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ АЛЛОГЕННОЮ КРІОКОНСЕРВОВАНОЮ ПЛАЦЕНТОЮ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ

[*]Кондаков І.І., Топчій І.І., Кірієнко О.М., Денисенко В.П.

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

Мета роботи – вивчити вплив терапії із застосуванням препарату аллогенной кріоконсервованой плаценти на динаміку рівню естрадіолу крові в експериментальному атеросклерозі у кролів.

Вивчення стану ліпідного обміну проводилось у п'ятнадцяти кроликів, які утримувались6 місяців на холестериновій дієті(холестерин давали в дозі 200 мг / кг маси тіла протягом 27 тижнів, 5 днів – годування, і 2 дні відпочинку). Контрольну групу (група 1) складали 5 тварин. Ще у 5 тварин досліджували можливість спонтанної регресії експериментального атеросклерозу (група 2). 10 кролям проводили лікування аллогенною кріоконсервованою плацентою (група 3). Статистичний аналіз проводили з використанням STATGRAPH 2,0.

Дослідження показало, що годування кролів холестерином протягом 180 діб призводить до зниження рівня естрадіолу у сироватці крові з $(42,4 \pm 5,92)$ пг/мл до $(21,86 \pm 6,48)$ пг/мл ($p < 0,05$). Після відміни холестеринової дієти вже на 1-му тижні регресу рівень естрадіолу знизився до $(9,65 \pm 0,75)$ пг/мл. Поступове невірогідне зменшення рівня естрадіолу продовжувалось до кінця 3-го тижня. У групі тварин після введення АКП також спостерігалось падіння рівня естрадіолу відносно показників на піку моделі ($(13,93 \pm 3,74)$ пг/мл), але рівень естрадіолу був вірогідно вищий ніж у підгрупі зі спонтанним регресом атеросклерозу в аналогічні терміни спостереження.

Отже, введення АКП на тлі регресу впливає на рівень естрадіолу в сироватці крові експериментальних тварин за рахунок дії естрадіолу та посилює захват ліпопротеінів низької щільності гепатоцитами через рецептор-обумовлений механізм.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ БІОХІМІЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

Копиця М.П., Титаренко Н.В., Біла Н.В., Гільова Я.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 вивчення ролі білка, зв'язуючого вільні жирні кислоти (БЗВЖК), у визначенні прогнозу у хворих з гострим інфарктом міокарду (ГІМ). **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 189 пацієнтів з гострим інфарктом міокарду. Хворих з ГКС поділили на 2 групи: 1 – інфаркт міокарду без зубця Q (n = 36); 2 – інфаркт міокарда с зубцем Q (n = 153). Визначали БЗВЖК в сироватці крови 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. На протязі 6 місяців періоду спостереження 17 пацієнтів (9 %) померли Після аналізу 60 клініко-біохімічних показників при порівнянні груп хворих, що вижили та померли, виявилося, що в групах достовірно відрізнялися наступні показники: рівень глюкози, рівень БЗВЖК, стать, частота серцевих скорочень, недостатність кровообігу за класифікацією Killip, рівень GDF15, кількість балів по шкалі GRACE для шестимісячного прогнозу, рівень креатиніну, вік пацієнта|, рівень гемоглобіну. Метод послідовної процедури Вальда-Генкина виявив 4 найбільш вагомі показники для побудови моделі, яка прогнозує летальний результат на протязі 6 міс від початку гострого стану: БЗВЖК, недостатність кровообігу за класифікацією Killip, вік, рівень глюкози. Були побудовані криві чутливості та специфічності методом ROC аналізу та обрані порогові значення для кожного параметру. Бальна оцінка була проведена для кожного параметру відносно порогового значення та запропонована шкала для розрахунку прогностичного коефіцієнту (ПК) за методом Гублера. Позитивне значення ПК асоціюється з летальнім результатом у хворих на ГІМ.

Висновок: побудова математичної моделі з урахуванням суми ознак - рівня БЗВЖК, віку, рівня глюкози, серцевої недостатності за класифікацією Killip дозволяє прогнозувати летальний результат у хворих на ГІМ з чутливістю 88,2 % і специфічністю 77,9 %.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКОЙ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПОМОЩИ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА

Копица Н.П., Юхновский А.Ю.

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

Цель исследования: оценить диагностическую ценность высокочувствительного тропонина у тропониннегативных пациентов в группе с нестабильной стенокардией без стойкой элевации сегмента ST.

Материалы и методы: обследовано 71 больной с острым коронарным синдромом без стойкой элевации сегмента ST с последующим развитием Q-негативного инфаркта миокарда. Среднее время от начало болевого синдрома до поступления в стационар составило (3,0 ± 0,5) часов. Всем пациентам определялся уровень стандартного тропонина I и высокочувствительного тропонина при поступлении, через 3 часа, 6 часов и 12 часов после поступления. Так же оценивались ЭКГ критерии.

Результаты и обсуждение. Из 71 пациента у 8 больных отмечалась депрессия сегмента ST по типу субэндокардиальной ишемии до 2 мм. У 45 больных с повышенным уровнем высокочувствительного тропонина, показатели уровня обычного тропонина I не превышали пороговых величин 0,5 нг\мл. У 5 больных с наиболее высоким уровнем тропонина 5,16 и 4,7нг/мл наблюдалась транзиторная нестойкая(до 30 мин) элевация сегмента ST до 2 мм в передних прекардиальных отведениях. У 13 пациентов не отмечалось девиации сегмента ST.

Использование высокочувствительного тропонина позволило диагностировать инфаркт миокарда в течении первых трех часов у 20 больных – 14,2 %, в то время как повышение стандартного тропонина отмечалось у 2 больных – 1,42 %. К 6 часовому периоду наблюдения повышение высокочувствительного тропонина отмечено у 30 пациентов – 21,3 %. Однако к данному периоду наблюдения нами отмечено и повышение стандартного тропонина I

Выводы. Применение высокочувствительного тропонина позволяет в ранние сроки (до 3 часов) выявлять некротические поражения миокарда с большей точностью и чувствительностью по сравнению с концентрацией тропонина I, что позволяет выбирать более агрессивную тактику лечения больных с ОКС без стойкой элевации сегмента ST.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Корж А.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Несмотря на то, что большинство врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь поддерживают концепцию превентивного сердечно-сосудистого воздействия, применение доказанных знаний в клинической практике неудовлетворительное. Другой важной проблемой является выполнение больным рекомендаций полученных от врача. Врач должен правильно подобрать адекватную терапию и при этом учитывать приверженность больных назначенному лечению.

Причины низкой приверженности к здоровому образу жизни и приёму лекарственных средств идентифицированы в многочисленных исследованиях. Они могут быть связаны с пациентом, медицинским работником или системным уровнем обеспечения помощи. Сложность проблемы состоит в трудности определения кто будет или не будет придерживаться данных ему рекомендаций. При этом выявлено около 200 переменных, влияющих на возможность индивидуумов изменить своё поведение.

Барьерами к изменению образа жизни и правильному приёму препаратов являются отсутствие знаний о пользе изменения, предыдущие неудачи связанные с изменением поведения, что повышает сомнения в их перспективности, отсутствие уверенности в своих способностях и социальной поддержки, а также сложность необходимых мероприятий.

Важность проблемы приверженности требует необходимой подготовки медицинских работников. Продемонстрирована способность различных воздействий улучшать приверженность к лечению путём использования коммуникативных стратегий, таких как мотивационное интервьюирование и инструктирование, а также улучшение качества на системном уровне. Необходимо предоставлять пациенту ясную, чёткую информацию о необходимом поведении, образе жизни, объясняя ему цели лечения и применяемые терапевтические подходы, обсуждая потенциальные барьеры на пути правильного выполнения рекомендаций с последующей работой по их преодолению совместно с пациентом.

Несколько тактических подходов могут рассматриваться для убеждения пациентов и врачей оптимизировать свои поведенческие стратегии касательно снижения риска. Экономические и другие виды вознаграждения могут иметь позитивные эффекты. Новые технологии для врачей и пациентов могли бы помочь в образовании, мониторинге и улучшении результатов.

ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКЛАД ІНДУКОВАНОГО ХАРКОТИННЯ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХОЗЛ

Коробко О. А., Ільюк І. А., Степанюк Т. В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна

Мета дослідження – вивчити цитологічний склад індукованого харкотиння у хворих із загостренням бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Всього обстежено 86 осіб. Середній вік пацієнтів складав (36,8 ± 1,4) роки. Обстежені хворі були розподілені на три групи, репрезентативні за віком та статтю. До першої групи були віднесені хворі на БА (29 осіб) персистуючого перебігу легкого та середнього ступеня тяжкості у фазі загострення, до другої групи увійшли 30 хворих на ХОЗЛ легкого та середнього ступеня тяжкості у фазі загострення. Третю групу склали 27 здорових осіб.

Для визначення цитологічного складу харкотиння використовували метод I. Pinetal.

Згідно отриманих нами даних, найбільша кількість макрофагів в харкотинні виявлялась у здорових осіб ((81,7 ± 2,7) %) та хворих на БА ((69,1 ± 2,3) %). Частка осіб з присутністю макрофагів в групі хворих на ХОЗЛ дорівнювала ((28,2 ± 2,8) %). Що стосується еозинофілії, то аналіз цитологічного складу показав, що в групі хворих з БА вона виявлялась у ((8,3 ± 2,4) %) обстежених, в осіб з ХОЗЛ у ((3,5 ± 1,9) %) випадків, і лише у ((2,1 ± 1,3) %) практично здорових осіб (різниця в показниках ($p < 0,05$). Найбільша кількість нейтрофілів спостерігалась у хворих з ХОЗЛ ((67,5 ± 1,3) %). В групі обстежених з бронхіальною астмою частка осіб з нейтрофілією дорівнювала ((22,3 ± 2,1) %). Останні в практично здорових осіб зустрічались у ((16,1 ± 1,7) %) випадків, (різниця в показниках ($p < 0,01$) у порівнянні з хворими на бронхіальну астму та здоровими особами).

Таким чином, аналіз цитологічного складу індукованого харкотиння за I. Pinetal у хворих із загостренням бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень дозволяє отримати інформацію про природу та вираженість запального процесу у дихальних шляхах пацієнта.

ГЛІКОВАНИЙ ГЕМОГЛОБІН ЯК ПРЕДИКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З УПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОМЕОСТАЗУ ГЛЮКОЗИ

Королюк О.Я.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Вступ. Глікований гемоглобін (HbA_{1c}) є не лише ідеальним тестом для оцінки глікемічного контролю за останні 2-3 місяці, а й тісно корелює з судинними діабетичними ускладненнями. Окрім того, у 2010 році Міжнародний Експертний Комітет і Американська Асоціація з вивчення діабету запропонували додати HbA_{1c} до глікемічних діагностичних критеріїв діабету і прediабету, вважаючи рівні $\geq 6,5$ % діабетичними, а значення в межах 5,7-6,4 % прediабетичними.

Мета роботи: оцінити ризик виникнення діабету залежно від вмісту HbA_{1c} у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із вперше виявленими порушеннями гомеостазу глюкози.

Матеріали і методи: обстежено 92 хворих на ІХС (39 жінок, 53 чоловіків) віком від 37 до 84 років (медіана 63 роки) із вперше виявленим рівнем глюкози в плазмі крові $\geq 6,1$ ммоль/л. Після проведення орального глюкозотолерантого тесту (ОГТТ) у 24 осіб встановлено нормальну регуляцію обміну глюкози, у 23 – порушення глікемії натще та 45 – порушення толерантності до глюкози. Концентрацію HbA_{1c} визначали у цільній венозній крові методом іонообмінної хроматографії (реактиви HUMAN, Німеччина). Виживання аналізували методом Каплана-Мейєра, оцінюючи кумулятивну частку виживання (КЧВ); групи порівнювали за критерієм χ^2 та F-критерієм Кокса, критичний рівень значимості приймали рівним 0,05. Загальний період спостереження складав 40 місяців (медіана 19 місяців), кінцевою точкою вважали трансформацію у діабет, підтверджену результатами ОГТТ.

Результати. Залежно від показників HbA_{1c} при першому обстеженні пацієнтів поділили на 3 групи: група 1 ($n = 69$) – значення $HbA_{1c} \leq 5,6$ %, група 2 ($n = 5$) – HbA_{1c} в межах 5,7-6,4 %, група 3 ($n = 18$) – рівень $HbA_{1c} \geq 6,5$ %. За час спостереження діабет виник у 23,3 % хворих, в тому числі по групах: 13 (18,8 %), 3 (60 %) та 11 (61,1 %), відповідно. Кумулятивні частки виживання за 40 місяців склали 72,7 % у групі 1, 0 у групі 2 та 37,1 % у групі 3 ($\chi^2 = 14,89$, $df = 2$, $p = 0,0006$; $p_{1-2} = 0,056$, $p_{1-3} = 0,0003$, $p_{2-3} > 0,05$).

Висновок: у хворих на ІХС із вперше виявленими порушеннями гомеостазу глюкози ризик діабету значно збільшується при значеннях $HbA_{1c} \geq 5,7$.

ДІАБЕТОГЕННІ ЗНАЧЕННЯ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПРЕДІАБЕТОМ

Королюк О.Я.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Вступ. За сучасними уявленнями глікозильований гемоглобін (HbA_{1c}) є ідеальним тестом для оцінки глікемії упродовж 120 днів, що тісно корелює з діабетичними ангіопатіями. У 2010 році Міжнародний Експертний Комітет і Американська Асоціація з вивчення діабету запропонували додати HbA_{1c} до глікемічних діагностичних критеріїв діабету і прediабету, вважаючи рівні $\geq 6,5$ % діабетичними, а значення в межах 5,7-6,4 % прediабетичними. Через рік Всесвітня Організація Охорони Здоров'я також включила HbA_{1c} до діагностичних критеріїв діабету.

Мета роботи: визначити ризик трансформації у діабет у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) із вперше виявленим прediабетом залежно від початкового вмісту HbA_{1c}.

Матеріали і методи: обстежено 92 хворих на ІХС (39 жінок, 53 чоловіків) віком від 37 до 84 років (медіана 63 роки) із уперше виявленою глікемією $\geq 6,1$ ммоль/л. Після проведення орального глюкозотолерантого тесту (ОГТТ) у 24 осіб встановлено нормальну регуляцію обміну глюкози, у 23 – порушення глікемії натще та у 45 – порушення толерантності до глюкози. Концентрацію глюкози визначали у плазмі крові глюкозооксидазним методом, HbA_{1c} – у цільній венозній крові методом іонообмінної хроматографії (реактиви HUMAN, Німеччина). Виживання аналізували методом Каплана-Мейєра, оцінюючи кумулятивну частку виживання; групи порівнювали за критерієм χ^2 та F-критерієм Кокса, критичний рівень значимості приймали рівним 0,05. Загальний період спостереження складав 40 місяців (медіана 19 місяців), кінцевою точкою вважали трансформацію у діабет за результатами ОГТТ.

Результати. Пацієнтів розподілено на три групи залежно від показників HbA_{1c} при першому обстеженні: група 1 ($n = 69$) – значення $HbA_{1c} \leq 5,6$ %, група 2 ($n = 5$) – HbA_{1c} в межах 5,7-6,4 %, група 3 ($n = 18$) – рівень $HbA_{1c} \geq 6,5$ %. За час спостереження діабет виник у 23,3 % хворих, у тому числі $n = 13$ (18,8 %), $n = 3$ (60 %) та $n = 11$ (61,1 %) у групах 1, 2 і 3, відповідно. Кумулятивні частки виживання за 40 місяців склали 72,7 %, 0 та 37,1 %, відповідно ($\chi^2 = 14,89$, $df = 2$, $p = 0,0006$; тест Кокса: $p_{1-2} = 0,056$, $p_{1-3} = 0,0003$, $p_{2-3} > 0,05$).

Висновок: у хворих на ІХС з прediабетом ризик діабетогенезу упродовж 40 місяців суттєво збільшується при значеннях $HbA_{1c} \geq 5,7$ %.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЕИНА С ПРИ ТЕРАПИИ НЕПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Костерина А.В.

Казанский государственный медицинский Университет, Россия

Цель: сравнить методы определения протеина С при терапии непрямыми антикоагулянтами.

Используются следующие тесты: иммуноферментный анализ (ELISA), хромогенный (колориметрический) метод и функциональный метод, базирующийся на определении активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). К сожалению, ни один тест не является 100% чувствительным или специфичным.

ELISA определяет протеин С с большой чувствительностью, но является недостаточно специфичными, особенно, при лечении антагонистами витамина К и не определяет функциональные дефекты. Некоторые виды ELISA распознают ингибиторы, связанные с протеином С.

Хромогенный метод обладает высокой чувствительностью и определяет большинство функциональных нарушений, кроме нарушения фосфолипидзависимого соединения и активации протеином S. Измеряется в процентах.

Метод, базирующийся на определении АЧТВ, дает ложно низкие значения протеина С в присутствии мутации Лейдена, повышенного уровня фактора VIII и гиперлипидемии. Также этот метод ложно завышает уровень протеина С при наличии волчаночного антикоагулянта и лечении прямыми ингибиторами тромбина.

Различная стоимость методов приводит к тому, что коммерческие лаборатории и клинические лаборатории в стационарах используют различные методы, не всегда дающие возможность сопоставления и интерпретации. При назначении непрямых антикоагулянтов, например, варфарина, происходит снижение синтеза витамина К, а значит и синтеза витамин-К зависимых факторов свертывания и протеина С. Поэтому у людей с исходно сниженным уровнем или качественным дефектом протеина С назначение варфарина может привести к обратному эффекту. Чтобы этого не случилось рекомендуется определять уровень протеина С перед проведением варфаринотерапии.

Опыт нашей клиники позволяет считать, что перед началом лечения непрямыми антикоагулянтами метод ELISA является наиболее универсальным. Наш опыт наблюдения в динамике за уровнем протеина С мы можем сказать о «неправильном» поведении протеина С у некоторых пациентов: несмотря на достигнутое целевое значение МНО отмечалось периодическое снижение протеина С до 40-50 % при исходно нормальных показателях (ни погрешностей в питании, ни медикаментозного воздействия не было), что в конечном итоге заставило нас отказаться от применения варфарина.

ЧАСТОТА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ (ПО ДАННЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ)

Костерина А.В.

Казанский государственный медицинский университет, Россия

Цель: оценить частоту лабораторных и клинических признаков перегрузки железом у больных с частыми гемотрансфузиями.

Перегрузка железом вследствие переливаний крови самая частая причина вторичного гемахроматоза и обычно рассматривается при зависимых от переливаний хронических заболеваниях, таких как апластическая анемия (АА), миелодиспластический синдром (МДС). Токсические эффекты свободного железа связано с его способностью катализировать образование реактивных свободных радикалов. У пациентов с тяжелыми формами гемохроматоза или перегрузки железом, когда общий уровень железа в организме превышает более чем в 5-10 раз нормальный, развивается распространенное повреждение органов. В первую очередь у больных с перегрузкой железа страдают такие жизненно важные органы, как печень, сердце, легкие и эндокринная система. Это происходит вследствие перегрузки железом клеток ретикулоэндотелиальной системы и появления в плазме лабильных форм железа, не связанных с трансферрином. В проведенных исследованиях было показано, что для развития токсического действия свободного железа достаточно свыше 20 переливаний крови. Самым ранним проявлением перегрузки организма железом, является повреждение сердца. Наиболее частыми симптомами поражения сердца являются сердечная недостаточность, дилатационная кардиомиопатия и гипертрофия миокарда левого желудочка. Среднее время развития данных симптомов составляет 7 лет. Печень вовлекается в патологический процесс не ранее чем через 10 лет. Наиболее ранними признаками поражения печени являются гепатомегалия, синдром цитолиза.

По данным гематологического отделения Республиканской клинической больницы Республики Татарстан больные с АА и МДС получают от 300 мл до 4300 мл эритроцитарной массы в год. Мы контролировали ферритин сыворотки 1 раз в год. Через год после начала трансфузий ферритин превышал нормальные значения в 2-4 раза. Хелатная терапия не проводилась ввиду отсутствия препарата в госпитале. Через 4 года у ряда больных (12 %) наблюдался синдром цитолиза (АЛТ превышал 2 нормы). Другие причины цитолиза, такие как вирусный, аутоиммунный, лекарственный гепатиты были исключены. За пять лет наблюдения клинических признаков поражения миокарда у пациентов зафиксировано не было.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИЙ РИЗИК

Кочубєй О.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Надмірна вага та ожиріння є розповсюдженими патологічними станами з суттєвим несприятливим впливом на якість життя, а також є основними факторами ризику цукрового діабету 2 типу, серцево-судинних захворювань, та інших хронічних порушень стану здоров'я людини. На цей патологічний зв'язок впливає не тільки загальна кількість жиру в організмі, а насамперед, його розподіл в організмі. Сучасні дослідження демонструють, що центральний розподіл підшкірного жиру або «андроїдроідний тип розподілу» має більш виражену асоціацію з підвищенням серцево-судинного ризику, ніж периферічно розподілений підшкірний жир або «гіноїдний тип розподілу». Це обґрунтовується тим, що саме абдомінальне ожиріння і призводить до збільшення серцево-судинного ризику за рахунок підвищення секреції адипоцитокінів, гіперінсулінемії, інсулінорезистентності, артеріальної гіпертензії і атерогенної дисліпідемії.

На сьогодні існують декілька антропометричних показників, що виконуються для діагностики надмірної ваги та ожиріння. Результати різноманітних досліджень показали, що індекс відношення окружності талії до росту (WHtR), окружність талії (ОТ) та індекс маси тіла (ІМТ) в змозі передбачити діабет та інші серцево-судинні ускладнення, однак, WHtR та ОТ є більш інформативними, через те, що базуються на визначенні окружності талії і визначають центральне ожиріння, в той час як ІМТ не враховує генез жирових відкладень. Інші антропометричні вимірювання, які були запропоновані в якості корисних інструментів для виявлення ожиріння - ОТ та індекс відношення окружності талії до окружності стегон (ОТ/ОС). Основним недоліком цих показників є те, що обидва можуть зменшуватися при зниженні ваги пацієнта, але ці зміни у співвідношенні часто невеликі. ОТ також тісно корегує з центральним ожирінням, тим не менш, може пере-або недооцінювати ризик для високих і низьких людей з однаковим показником ОТ.

У ряді проведених досліджень показник WHtR перевершив ІМТ у виявленні дисглікемії, цукрового діабету 2 типу, артеріальної гіпертензії, метаболічного синдрому і не залежав від етнічної приналежності обстежених, для яких притаманний різний тип розподілу жирових відкладень. Це є ще одним підтвердженням клінічного значення та універсальності даного показника та обґрунтовує його використані як рутинного скринінгу у виявленні ожиріння, цукрового діабету та загального серцево-судинного ризику у різних популяціях.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ МОЛЕКУЛИ АДГЕЗІЇ СУДИННИХ КЛІТИН-1 ТА L-СЕЛЕКТИНУ У ХВОРИХ НА ІХС У ПОЄДНАННІ З ПУХЛИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ

Кошля В.І., Кузмічов А.О.

Академія післядипломної медичної освіти, м. Запоріжжя, Україна

Як відомо, молекули адгезії судинних клітин-1 (sVCAM-1) та рівень розчинного L-селектину є біохімічними маркерами пошкодження та дисфункції ендотелію судин, що спостерігається не лише при ішемічній хворобі серця, але й при більшості пухлинних захворювань, особливо товстого кишечнику. Метою роботи було оцінити вміст молекули адгезії судинних клітин-1 (sVCAM-1) та розчинного L-селектину в крові у пацієнтів з стабільною стенокардією напруги та раком товстого кишечнику.

Під спостереженням знаходилось 25 пацієнтів З ІХС на тлі раку прямої (12 пацієнтів) і сигмовидної (13 хворих) кишки. З метою контролю було обстежено 12 хворих на ІХС без пухлин товстого кишечнику та 25 здорових добровольців відповідної статі та віку. Визначення вмісту L-селектину (sCD62L) та молекул адгезії судинних клітин-1 (sVCAM-1) у сироватці визначали імуноферментним методом з використанням тест-систем “QuantikineTM; R&D Systems” (Велика Британія).

Проведені дослідження показали, що вихідні дані вмісту L-селектину та молекул адгезії судинних клітин-1 як у пацієнтів з раком прямої, так і товстої кишки були вірогідно збільшені відносно контрольної групи здорових та хворих на ІХС без пухлин товстого кишечнику. При цьому s-ICAM-1 у сироватці крові у контрольній групі здорових становив (605,61 ± 28,33) пг/мл, а L-селектину – (1429,5 ± 98,3) нг/мл; у контрольній групі хворих на ІХС без пухлин кишечнику, відповідно (714,28 ± 21,12) пг/мл та (1622,19 ± 102,5) нг/мл, а у групах обстежених хворих зростав до (863,41 ± 18,36) пг/мл і (1844,5 ± 107,2) нг/мл (хворі з ССН II функціонального класу у поєднанні з пухлинами сигмовидної кишки) та до (909,55 ± 20,61) пг/мл і (1976,2 ± 112,6) нг/мл (хворі з ССН III функціонального класу у поєднанні з пухлинами товстої кишки). При аналізі вмісту s-ICAM-1 у сироватці крові після лікування ранолазином, який сприяє підвищенню утилізації кисню, відмічалось вірогідне зниження рівня s-ICAM-1 і L-селектину на тлі зниження кількості нападів стенокардії та збільшення толерантності до фізичного навантаження.

Таким чином, зростання вмісту молекул клітинної адгезії-1 та L-селектину у хворих на ІХС поєднану з раком товстого кишечнику може свідчити як про високий ступінь злоякісності пухлини, так і про ефективність лікування стенокардії.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-9, СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ ТА НІТРОГЕНУ ПРИ ІХС У ЖІНОК З ПУХЛИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

Кошля В.І., Шах Фероз

Академія післядипломної медичної освіти, м. Запоріжжя, Україна

Як відомо, пухлинні захворювання молочних залоз є однією з провідних причин смертності жінок в Україні, особливо у поєднанні з серцево-судинними захворюваннями і залишаються важливими факторами ризику виникнення інвалідності та летальних наслідків. Маючи вплив на судинну стінку та міокард, судиннний ендотеліальний фактор росту (VEGF) та матриксна металопротеїназа-9 (ММП-9) обумовлюють цілу низку несприятливих метаболічних ефектів, викликаючи дисфункцію ендотелію і є маркерами активності метастатичного процесу. У зв'язку з цим, вивчення їх активності у співставленні з рівнем естрадіолу є дуже актуальним. Під спостереженням знаходилось 28 жінок з стабільною стенокардією напруги II і III функціонального класу у середньому віці (44,8 ± 5,6) роки, 15 з яких мали вузлову та дифузну мастопатію, а у 13 був рак молочної залози.

Як показали проведені дослідження, вихідні показники судинного ендотеліального фактора росту достовірно зростали відносно здорових і у пацієнтів з вузловою мастопатією склали – 15,6 % ($p < 0,05$); у пацієнтів з дифузною мастопатією – 31,4 % ($p < 0,001$); у хворих з раком молочної залози без додаткової операції оаріоектомії – 33,7 % ($p < 0,001$) і у пацієнтів з раком молочної та з додатковою операцією оаріоектомії – 38,4 % ($p < 0,001$). Подібним чином змінювався і рівень матриксної металопротеїнази – 9, відповідно по групах: 24,9 % ($p < 0,001$), 68,3 % ($p < 0,001$), 77,4 % ($p < 0,001$) і 81,2 % ($p < 0,001$). При цьому рівень нітрогену був знижений відносно контрольної групи здорових у 1-й групі – на 12,5 %; у 2-й групі – на 30,4 %, у 3-й – на 30,6 % і у 4-й – на 31,6 %.

У процесі амбулаторного 6-місячного лікування стенокардії напруги бісопрололом у поєднанні з телмісартаном та розувастатином відмічалось вірогідне зниження вмісту VEGF і ММП-9, вірогідне зростання вмісту нітрогену, зменшення частоти та інтенсивності приступів стенокардії напруги, покращення ліпідного спектру крові і активності метастатичного процесу.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В СПОЛУЧЕННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кравчун П.Г., Дєлєвська В.Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), у зв'язку з високою інвалідизацією та смертністю, великими витратами на лікування, призводить до значного економічного збитку, що ставить це захворювання в ряд надзвичайно важливих медико-соціальних проблем. Сполучення ХОЗЛ та артеріальної гіпертензії (АГ) значно погіршує стан хворих, призводячи до значного погіршення якості життя та високої летальності. Визначення показників функції зовнішнього дихання при цій сполученій патології дозволить покращити діагностику, прогноз та підвищити ефективність лікування сполученої патології.

Мета дослідження: вивчення змін показників функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ та АГ.

Методи дослідження. Обстежено 30 хворих на АГ II стадії (1 група), 34 хворих на ХОЗЛ та АГ II стадії (2 група). Контроль склали 10 осіб без бронхолегеневої патології та АГ з середнім віком (60,2 ± 7,2) р. 59 % 2 групи склали чоловіки. Середній вік пацієнтів склав (63,4 ± 8,4) р. Усім пацієнтам проводилось клінічне і лабораторне обстеження. Для визначення стану функції зовнішнього дихання проводилась спірографія, що дало можливість оцінити вентиляційну функцію легень.

Результати та їх обговорення. За даними спірографії у досліджених хворих встановлено погіршення функції дихання у хворих з ізольованою АГ порівняно з контролем. Так, у хворих 1 групи погіршувались показники бронхіальної прохідності: знижувався $ОФВ_1$, індекс Тіффно, МОШ 25-75. При поєднанні АГ з бронхолегеневою патологією (2 група) достовірна та більш виражена різниця була відмічена як для $ОФВ_1$ (1,3 ±0,1 л), індекса Тіффно – ((6,2 ± 0,14) %), МОШ 25-75, так і для ЖЄЛ, що в середньому склав (2,1 ± 0,12) л порівняно з групою контролю – (3,7 ± 0,14) л, показників, що характеризують легеневі об’єми , порівняно з 1 групою та контролем.

Висновки. В результаті дослідження функції зовнішнього дихання у пацієнтів з ізольованою АГ та при сполученні АГ з ХОЗЛ було встановлено, що погіршення функції зовнішнього дихання пов’язано з наявністю серцево-судинної патології та при сполученні з ХОЗЛ. У хворих на АГ найбільш чутливими у цьому відношенні є показники, що відображають стан бронхіальної прохідності, про що свідчить зменшення швидкісних показників. Найбільші зміни за даними спірографії реєструвались у пацієнтів із ХОЗЛ та АГ.

ЦИСТАТИН С ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И БЕЗ НЕЕ

Кравчун П.Г., Михайлова Ю.А., Семерова Н.Р.

Харьковский национальный медицинский университет,
КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница № 27», Украина

Цель исследования – определить роль цистатина С для диагностики нарушения функции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП) и без нее в зависимости от скорости клубочковой фильтрации.

Обследовано 103 пациента с ишемической болезнью сердца, 58 больных ХСН в сочетании с ХБП, 45 – ХСН без ХБП. Уровень креатинина определяли методом Яффе, цистатина С – иммуноферментным методом, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

Нарушение функции почек (СКФ < 89 мл/мин/1,73м^2) найдено у 44,8 % пациентов с ХСН и ХБП и 28,9 % пациентов с ХСН без ХБП.

При ХСН в сочетании с ХБП и ХСН без ХБП со СКФ $\geq$ 90 мл/мин/1,73м^2 уровни цистатина С увеличивались на 54,3% ($p<0,01$) и 40,9 % ($p < 0,01$), уровни креатинина на 13,3 % ($p > 0,05$) и 15,6% ($p > 0,05$).

У пациентов ХСН с ХБП и ХСН без ХБП с СКФ < 89 мл/мин/1,73м^2 определено снижение СКФ на 42 % ($p < 0,01$) и 31,1 % ($p < 0,05$), увеличение показателей цистатина С на 91,3 % ($p < 0,001$) и 62,1 % ($p < 0,01$), креатинина на 29,8 % ($p < 0,5$) и 19,6 % ($p < 0,05$).

У пациентов с хронической сердечной недостаточностью в сочетании с хронической болезнью почек и без хронической болезни почек уровень цистатина С в крови изменяется в большей степени, чем креатинина и скорость клубочковой фильтрации, что указывает на возможность использования этого показателя для ранней диагностики дисфункции почек.

Дополнительное повышение цистатина С при хронической сердечной недостаточности в сочетании с хронической болезнью почек по сравнению с пациентами без хронической болезни почек свидетельствует, что хронический пиелонефрит в стадии клинико-лабораторной ремиссии является фактором, усиливающим почечную дисфункцию при ХСН.

СТАН КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ПРИ СИНТРОПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кравчун П.Г., Кадикова О.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Результати епідеміологічних досліджень підтвердили зростання захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань, зокрема, артеріальної гіпертензії (АГ). Досить часто АГ сполучається з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу і стає більш актуальною для сучасної медицини в силу схожості в патогенетичних механізмах розвитку цих захворювань та потенціювання структурно-функціональних змін міокарда.

Мета – оцінити показники кардіогемодинаміки у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети та задач дослідження нами проведено комплексне обстеження 105 хворих на АГ. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 типу ($n = 75$), другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу ($n = 30$). Середній вік хворих на АГ з ЦД 2 типу склав (65,45 ± 1,08) років, а другої групи – (64,87 ± 1,98) років. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

Ехокардіографічні дослідження проводили за стандартною методикою (Фейгенбаум Х., 1999) на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна).

Результати та їх обговорення. Співставлення показників кардіогемодинаміки в групах показало, що достовірних відмінностей не було виявлено ($p > 0,05$). Лише за двома показниками виявлена різниця, а саме за товщиною задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) та масою міокарда лівого шлуночка (ММЛШ). У першій групі ТЗСЛШ дорівнювала (1,44 ± 0,01) см, а у другій – (1,40 ± 0,02) см; а ММЛШ у хворих при поєднанні АГ та ЦД 2 типу складала (311,2 ± 8,8) см, тоді як у пацієнтів без діабету – (279,5 ± 12,9) см ($p > 0,05$).

Висновки. ТЗСЛШ у хворих з супутнім ЦД 2 типу перевищувала таку у хворих без діабету на 2,7 %, а ММЛШ – на 10,2 % ($p < 0,05$).

ТРОФОЛОГІЧНИЙ І ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУСИ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У АНЕМІЧНИХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Етіологія анемії на тлі хронічної серцевої недостатності (ХСН) і хронічної хвороби нирок (ХХН) включає порушення обміну заліза, синтезу еритропоетину, зміни трофологічного статусу (ТС) і системи цитокінів.

Мета – визначення особливостей системи цитокінів на підставі визначення інтерлейкіна-6 (ІЛ-6) і ІЛ-10, ТС на підставі визначення загального білка (ЗБ), альбуміну сироватки, функціонального стану нирок на підставі визначення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), альбуміну сечі у анемічних пацієнтів на ХСН з ХХН II і III стадії.

Матеріали та методи. Обстежено 100 хворих на ХСН II-IV функціонального класу (ФК) згідно класифікації Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA) з ХХН II-III стадії згідно (NKF) K/DOQ. Рівень Hb коливався в межах 80-93 г/л. У першу групу увійшли 50 хворих з ХХН II стадії, у другу 50 пацієнтів – з ХХН III стадії. Групу порівняння становили 58 хворих ХСН без ознак анемії і ХХН.

Результати дослідження. Дослідження цитокінів, показників ТС і функціонального стану нирок згідно стадії ХХН показало, що у хворих з анемією на фоні ХСН і ХХН II стадії спостерігається вірогідне зростання рівня ІЛ-6 на 164 % ($p < 0,001$), а у пацієнтів з ХХН III стадії на 365 % ($p < 0,001$), порівняно з групою зіставлення, альбуміну сечі на 123 % ($p < 0,001$) і 455 % ($p < 0,001$), відповідно. Що стосується рівня ШКФ, він знижувався на 25,4 % ($p < 0,001$) і 54,5 % ($p < 0,001$), відповідно, ІЛ-10 на 26,4 % ($p < 0,01$) і 46,2 % ($p < 0,05$) відповідно, ЗБ на 10,9 % ($p < 0,001$) і 13,3 % ($p < 0,001$), відповідно, альбуміну сироватки на 17,8 % ($p < 0,001$) і 21,7 % ($p < 0,001$). Порівняння вищезазначених параметрів у анемічних хворих на ХСН з ХХН II і III стадії показали, що у хворих з III стадією ХХН рівень ІЛ-6 був вище на 76,6 % ($p < 0,05$), альбуміну сечі на 148 % ($p < 0,001$), а ЗБ нижче на 2,6 % ($p < 0,001$), ШКФ на 39,1 % ($p < 0,001$), альбуміну сироватки на 4,6 % ($p < 0,001$). За показником ІЛ-10 у пацієнтів з ХХН II і III стадії вірогідних змін виявлено не було ($p > 0,05$).

Висновки. Тобто зростання ниркової дисфункції у анемічних пацієнтів на тлі ХСН коронарогенного генезу з додіалізною ХХН супроводжується зростанням порушень ТС, активацією системи цитокінів за рахунок прозапальної ланки, представленої ІЛ-6.

ТИП ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кравчун П.П., Кадикова О.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Зміни серцево-судинної системи у хворих при поєднанні артеріальної гіпертензії (АГ) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу послідовні і характеризуються прогресуючими порушеннями її структури і функції. Порушення діастолічної функції міокарда, втрата здатності стінок лівого шлуночка (ЛШ) до розслаблення під час діастоли в цьому випадку розглядається як одне з найбільш ранніх патологічних проявів.

Мета – оцінити тип діастолічної дисфункції у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети та задач дослідження нами проведено комплексне обстеження 105 хворих на АГ. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 типу (n = 75), другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу (n = 30). Середній вік хворих на АГ з ЦД 2 типу склав (65,45 ± 1,08) років, а другої групи – (64,87 ± 1,98) років. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб.

Ехокардіографічні дослідження проводили за стандартною методикою (Фейгенбаум Х., 1999) на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). Діастолічна функція ЛШ досліджувалася шляхом реєстрації доплерівського трансмітрального діастолічного потоку. Визначали максимальні швидкості раннього (Е) (см/с) і пізнього (А) (см/с) наповнення ЛШ, їх співвідношення (Е/А) (од), час ізоволюметричного розслаблення ЛШ (iVRT) (мс).

Результати та їх обговорення. Звертали увагу відмінності в показниках діастолічної функції ЛШ в залежності від наявності ЦД: Е у хворих з ЦД 2 типу склала (62,37 ± 2,9) см/с, без діабету − (58,54 ± 3,1) см/с у порівнянні з контролем ($p > 0,05$). А склала при ЦД 2 типу (69,96 ± 1,7) см/с, а в пацієнтів другої групи − (61,30 ± 1,6) см/с ($p < 0,05$). Співвідношення піків Е/А, що має важливе значення у визначенні діастолічної дисфункції ЛШ, у пацієнтів з АГ виявилося менше 1 ($p < 0,05$) та достовірно відрізнялося від норми, склавши 0,89±0,07 у хворих з ЦД 2 типу та (0,96 ± 0,03) у хворих без діабету, що вказує на уповільнене розслаблення ЛШ. iVRT вірогідно перевищував такий у всіх хворих на АГ порівняно з контрольною групою, проте найбільш високе його значення визначалося при поєднанні з ЦД 2 типу ((106,5 ± 2,3) мс), тоді як у хворих другої групи він дорівнював (104,8 ± 1,7) мс ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на АГ з ЦД 2 типу відмічалося зростання частоти діастолічної дисфункції у вигляді порушення релаксації у 37,3 % обстежених.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СИНДРОМОМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Крахмалова Е.О., Каменир В.М., Калашник Д.Н., Колесникова Е.Н.

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

Цель работы: изучить клинические и диагностические особенности сочетанного варианта течения хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия или отсутствия синдрома легочной гипертензии (ЛГ).

Материалы и методы: под наблюдением находились 42 пациента. Средний возраст (61,9 ± 9,17) лет, из них 29 мужчин и 13 женщин. Диагноз ИБС был верифицирован при наличии в анамнезе инфаркта миокарда, данных коронарографии или проведения нагрузочных тестов (велоэргометрия, стресс-ЕхоКГ). Диагноз ХОЗЛ верифицировали согласно национальных и международных стандартов (GOLD, 2013). ЛГ определялась при наличии среднего давления в легочной артерии по данным ЕхоКГ выше 25 мм. рт. ст.

Результаты исследования: исходя из полученных данных атипичное течение стенокардии на 57 % чаще встречалось у пациентов с сочетанным течением, по сравнению с пациентами с изолированной ИБС; нетипичная локализация и нетипичная иррадиация болевого синдрома на 16,9 % и 31 % соответственно, чаще регистрировались при сочетанном варианте течения заболевания; длительность приступа стенокардии на 1,71 мин была длительнее у пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС, чем у пациентов с изолированной ИБС. Синдром ЛГ на 31 % чаще диагностировался у пациентов с коморбидной патологией. Интенсивность кашля и одышки, а так же нарушение продукции и отхождения мокроты (на 0,58 балла, 0,6 балла и 0,74 балла, соответственно) были более интенсивными у пациентов ХОЗЛ и ИБС. У изучаемых пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС синдром ЛГ был диагностирован в 64,7 % случаев. Так же было определено, что у пациентов с наличием ЛГ сатурация кислорода в крови по данным пульсоксиметрии, на 5 % ниже, чем у больных без ЛГ.

Выводы: для пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС характерно достоверно более частое развитие ЛГ, увеличение правого желудочка, значимое снижение сатурации кислорода в крови в сравнении с пациентами без ЛГ, болем высокая оценка выраженности респираторных симптомов и частота встречаемости атипичного течения стенокардии.

ОСТЕОПОНТИН ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Крахмалова Е.О., Самохина Л.М., Калашник Д.Н.

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

Симвастатин может снижать содержание остеопонтина (ОП). Антифиброзный эффект симвастатина может быть связан с ослаблением экспрессии ОП. **Цель работы** – изучить эффективность традиционной терапии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) с использованием статинов, в частности симвастатина, по оценке содержания ОП.

Обследовано 43 больных, из них с ХОБЛ+ИБС (n = 19), ХОБЛ (n = 8), ИБС (n = 6) в возрасте (63,9 $\pm$ 2,3), (60,3 $\pm$ 2,1) и (64,5 $\pm$ 3,8) гг., соответственно. ХОБЛ диагностировали согласно критериев GOLD (2010) и Приказа МЗ Украины №128 от 19.03.2007 г. Не включали больных ХОБЛ в фазе обострения, с тяжелой сердечной патологией. Функцию внешнего дыхания оценивали утром натощак на аппарате «Спироком профессиональный» (Украина). Диагноз ИБС устанавливали согласно рекомендаций Европейского и Украинского обществ кардиологов. Для лечения ИБС назначали традиционную терапию: антиагреганты, статины, β-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего энзима или антагонисты к рецепторам ангиотензина II. При недостаточном антиангинальном эффекте – антагонисты кальция и/или нитраты. Для лечения ХОБЛ I-IV стадии назначали короткодействующие β-2-агонисты или β-2-агонисты+холинолитик, со II стадии – дополнительно пролонгированные β-2-агонист или холинолитик, с III – ингаляционный кортикостероид, с IV – длительную кислородотерапию. До и после 2-недельного курса лечения отбирали плазму крови. Содержание ОП определяли с использованием наборов "Osteopontin (human), ELISA kit" фирмы «Enzo Life Science» (Швейцария). Оптическую плотность измеряли с помощью полуавтоматического иммуноферментного микропланшетного анализатора «ImmunoChem-2010» фирмы «High technology INC» (США). Статистическую обработку проводили методом Стьюдента–Фишера.

Отмечено, что между группами больных отсутствуют различия достоверного характера. В каждой группе выявлены пациенты с положительной (+) и отрицательной (-) динамикой лечения, со снижением и повышением содержания ОП, соответственно: с ХОБЛ+ИБС у 11 (+) и 4 (-), ХОБЛ – 11 (+) и 3 (-), ИБС – 3 (-), у остальных - отсутствие изменений.

Для достижения большего фармакологического эффекта в снижении содержания ОП необходимо проведение дополнительных исследований с модификацией традиционной терапии, поиск более эффективной схемы лечения.

ОЦЕНКА КАРДИОБЕЗОПАСНОСТИ β_2-АГОНИСТОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ

Крахмалова Е.О., Харченко Ю.Е., Колесникова Е.Н.

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

Известно, что β2-агонисты длительного действия (БАДД), могут потенцировать увеличение частоты сердечных сокращений и индуцировать другие неблагоприятные события со стороны сердечно-сосудистой системы. Однако общепризнанным фактом является то, что β_2-агонисты короткого действия (БАКК) обладают более выраженными проаритмическими эффектами.

Цель: изучить кардиобезопасность БАДД при лечении хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ).

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 40 пациентов с ХОЗЛ I-II стадии. Больные были разделены на две группы: 1-я (19 чел.) – принимающие БАДД постоянно. Во 2-ю группу вошли пациенты (21 чел.) с низким комплайенсом к лечению, принимавшие БАДД эпизодически, бесконтрольно, что, в свою очередь, повлекло за собой необходимость частого дополнительного использования БАКК, а также приема препаратов ксантинового ряда в связи с учащением симптомов ХОЗЛ. Было проведено Холтеровское мониторирование (ХМ) с целью выявления у пациентов проаритмических факторов (удлинение интервала QT, увеличение среднесуточной ЧСС, выявление наджелудочковой, желудочковой экстрасистолии (ЭС), выявление коротких пробежек желудочковой, наджелудочковой тахикардии). ХМ было проведено в 1-й день визита пациентов, и через 6 месяцев. Было установлено, что у всех пациентов среднесуточная ЧСС на 1-м визите составляла, в среднем – (70,75 ± 8,2) уд./мин. Интервал QT/QTc был удлинен по сравнению с половозрастной нормой у 3-х пациентов (2 из 1-й группы, 1 из 2-й группы), наджелудочковая ЭС – у двоих (до 100-150 в сутки и не превышала нормальные показатели в соответствии с возрастом) (по 1 чел. из каждой группы). Коротких пробежек желудочковой (ЖТ), наджелудочковой тахикардии (НЖТ) не было. Через 6 месяцев в 1-й группе среднесуточная ЧСС составляла в среднем (72,2 ± 7,1) уд./мин. Интервал QT/QTc был удлинен по сравнению с половозрастной нормой у 2-х пациентов, наджелудочковая ЭС – у 3-х (количество ЭС за сутки в пределах нормы). Желудочковая ЭС – у 1 пациента (количество ЖЭ за сутки в пределах нормы). Во 2-й группе – среднесуточная ЧСС составила (76,6 ± 6,5) уд./мин. Интервал QT/QTc был удлинен по сравнению с половозрастной нормой у 4-х пациентов, наджелудочковая ЭС – у 5-ти (в пределах нормы). Желудочковая ЭС – у 2 пациентов (в пределах нормы). Пробежек ЖТ, НЖТ в обеих группах не отмечалось.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что неоправданное использование БАКК у больных ХОЗЛ сопровождается более частыми нарушениями сердечного ритма по сравнению контролируемым приемом БАДД.

HEAD-TO-HEAD COMPARISON OF THREE NATRIURETIC PEPTIDES IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ACUTE HEART FAILURE

L Krivoshei, F Stallone, T Herrmann, R Twerenbold, K Pershyna, C Schumacher, S Osswald, C Mueller

University Hospital Basel, Switzerland

Purpose: Three natriuretic peptides have become clinically available as diagnostic test for heart failure: B-type natriuretic peptide (BNP), N-terminal pro-B-type natriuretic peptide (NT-proBNP), and midregional pro-atrial natriuretic peptide (MR-proANP). We aimed to directly compare these three biomarkers in the early diagnosis of acute heart failure (AHF).

Methods: We enrolled 601 unselected patients presented with acute dyspnea to the emergency department (ED). Levels of MR-proANP and NT-proBNP were measured at presentation in a blinded fashion. The final diagnosis (AHF or other causes of acute dyspnea) was adjudicated by two independent cardiologists using all information pertaining to the individual patient including ECG, chest x-ray, echocardiography, lung function testing, and levels of BNP.

Results: The median values of all three natriuretic peptides were significantly higher in patients diagnosed with AHF (MR-proANP 442vs. 143pmol L-1; BNP 1078 vs 85pg mL-1 ; NT-proBNP 5819 vs 498 pg mL-1, $p<0.001$). Overall, the correlation of levels of MR-proANP with that of BNP and NT-proBNP was moderate-to-high ($r=0.71$ and $r=0.74$ $p<0.001$). When all 3 markers are compared, the area under the receiver operating characteristics curve (AUC) is highest for BNP (0.915, $p<0.001$). The areas under the curves for NT-proBNP and MR-proANP were, 0.859 ($p<0.001$) and 0.857 ($p<0.001$) respectively.

Combining the information provided by MR-proANP and NT-proBNP using logistic regression resulted in an AUC for the diagnosis of AHF of 0.865 (95% CI, 0.827-0.904), which was comparable to that of NT-proBNP alone ($p=0.53$) and significantly smaller in comparison to that of BNP alone ($p<0.001$).

Among various predefined subgroups including renal dysfunction, women, patients with atrial fibrillation, and elderly patients similar findings were obtained.

Conclusion: MR-proANP, NT-proBNP and BNP all have a very high accuracy for the diagnosis of AHF. The slightly higher accuracy of BNP may be related to unique properties of the marker or to the study design which made BNP levels available for the adjudication.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЛИЗОВОЇ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Крилова О.О., Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Демешкіна Л.В., Петішко О.П., Шантир Л.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Відомо, що в ряді спостережень гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) протікає безсимптомно, а у 20-50 % з них розвивається стравохід Баретта, що підкреслює значимість об'єктивних методів діагностики. При цьому у пацієнтів з рефлюкс-гастритом моторно-тонічні порушення біліарного тракту спостерігаються близько в 60 % випадках, однак дані ці поодинокі і потребують уточнення.

Мета – вивчити макроскопічний стан слизової оболонки (СО) езофагогастродуоденальної зони у пацієнтів з ГЕРХ, поєднаною з дисфункцією жовчного міхура.

Матеріал та методи. езофагогастродуоденоскопію з біопсією виконано 39 хворим (чоловіків – 56,4 %, жінок – 43,6 %), середній вік – (46,5 ± 2,5) років. Вираженість рефлюкс-езофагіту оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією, запалення (гіперемію, набряк) оцінювали за ступенями: 1 – мінімальний ступінь, 2 – помірний і 3 – виражений.

Результати. Запальні зміни СО стравоходу визначені у 20,5 % хворих, у більшості з них (87,1 %) вираженість запалення була 1 ступеня. Ерозування СО дистального відділу стравоходу виявлено у 16,1 % випадків, з них у 60,0 % встановлено ступінь езофагіту А та з однаковою частотою (20,0 %) – ступінь В та С. При співставленні з даними морфологічного дослідження гістологічні ознаки запалення виявлені в 72,9 % хворих. Ознаки дифузної гастропатії 1 ступеня вираженості виявлені в 23,1 % хворих, наявність антральної гастропатії встановлена у всіх хворих. Вираженість запальних змін СО антрального відділу шлунка була переважно 1 ступеня – у 89,7 % випадків, у 10,3 % – 2 ступеня, з них у 7,7 % хворих СО була ерозована. При співставленні з даними морфологічного дослідження наявність патологічних змін за даними обох методів визначено в переважній більшості випадків. Запальні зміни СО ДПК були виявлені в 15,4 % випадків, переважно 1 ступеня – 66,7 %. У хворих з однаковою частотою (2,6 %) виявлено ксантому антрального відділу шлунка, поліп нижнього стравохідного сфінктеру, стравохід Барретта. Запальним змінам СО стравоходу сприяло неповне змикання кардії, яке виявлено у більшості хворих (64,1 %). Обтяжували перебіг рефлюкс-езофагіту в 5,1 % випадках наявність кили стравохідного отвору діафрагми та дуодено-гастральний рефлюкс (в 25,6 % хворих).

Висновки. У всіх хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією жовчного міхура, встановлено запальні зміни СО, переважно 1 ступеня вираженості: стравоходу – 20,5 %, шлунка – 100 %, ДПК – 15,4 % випадків.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Крутиков Е.С., Польская Л.В., Полищук Т.Ф., Чистякова С.И.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Адекватная антигипертензивная терапия позволяет замедлить прогрессирование гипертензивной нефропатии.

Цель исследования – изучение нефропротекторных свойств комбинированной антигипертензивной терапии при субклинических проявлениях нефропатии у больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Обследовано 80 больных, имеющих субклинические признаки нефропатии на фоне артериальной гипертензии (АГ). Пациенты были рандомизированы в две группы. I группа (40 человек) получала алискирен 300 мг/сут. и лерканидипин 10 мг/сут., II группа (40 человек) – рамиприл 10 мг/сут. и амлодипин 5 мг/сут.

Результаты исследования. К 12-й неделе целевого АД достигли 77,5 % пациентов I группы и 65 % пациентов II группы (p = 0,04).

В обеих группах пациентов на фоне терапии к 12 неделе достоверно снизился уровень микроальбуминурии и гиперфильтрации (Рт = 0,005).

Прием I комбинации сопровождался снижением уровня ренина плазмы на 66,7 %, ангиотензина-I на 63 %, альдостерона на 32,5 %, а прием II комбинации приводил к повышению уровня ренина плазмы на 58,7 %, ангиотензина-I на 57,9 %, при этом уровень альдостерона снизился на 25 %.

К 12 неделе терапии во II группе отмечалось повышение максимальной систолической скорости кровотока (Vmax.), но диастолическая скорость кровотока (Vmin.) и индекс резистентности достоверно не изменились. При этом в I группе к 12 неделе терапии достоверно повысились скоростные показатели кровотока (Vmax., Vmin) и уменьшился индекс резистентности.

Таким образом, обе вышеуказанные комбинации обладают нефропротекторными возможностями. Однако комбинация алискирена и лерканидипина позволяет быстрее достичь целевых цифр АД и оказывает более благоприятное влияние на состояние внутрипочечной гемодинамики.

РІВНІ РОЗЧИННОГО ТРОМБОМОДУЛІНУ ЯК МАРКЕРА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АНТИФОСФОЛІПІДНИЙ СИНДРОМ

Кувікова І.П., Шевчук С.В.

НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Україна

За сучасними уявленнями, розвиток атеросклерозу у хворих на ревматичні захворювання значною мірою обумовлений раннім формуванням ендотеліальної дисфункції внаслідок персистуючої активації ендотелію на тлі аутоімунного запального процесу. У хворих з серцево-судиною патологією одним із біохімічних маркерів ураження судинного ендотелію і раннього атеросклерозу є зростання вмісту тромбомодуліну в крові. Проте, до сьогодні залишається невивченим питання чи можуть рівні даного ензиму слугувати предикторами судинних уражень у хворих на АФС (антифосфоліпідний синдром).

Метою роботи було дослідження вмісту розчинного тромбомодуліну в сироватці крові хворих на АФС в залежності від активності запального процесу та УЗД-показників ендотеліальної функції.

Обстежено 56 хворих на АФС та 24 здорових особи. Діагноз АФС встановлювали на основі міжнародних діагностичних критеріїв, прийнятих у 2006 році в Сіднеї [Myakis S. et al. 2006]. Вміст розчинного тромбомодуліну (sCD141), визначали імуноферментними методами за наборами «Human CD141 ELISA» (Diaclone, France). Ендотеліальна функція оцінювалась за ступенем дилятації плечової артерії при проведенні проб з реактивною гіперемією.

У хворих на АФС виявилось достовірне підвищення вмісту розчинного тромбомодуліну в крові порівняно з контролем, яке корелювало з активністю хвороби за рівнем С-реактивного білку, інтерлейкіну-6 та швидкості осідання еритроцитів. Порушення ендотелій-залежної дилятації плечової артерії у хворих на АФС асоціювалось зі зростанням вмісту тромбомодуліну в крові, особливо за умов високої активності запального процесу. Між здатністю судин до дилатації та вмістом тромбомодуліну у хворих на АФС виявлялась достовірна обернена кореляційна залежність.

Таким чином, досліджуваний рівень тромбомодуліну є чутливим лабораторним маркером порушення функції ендотелію у хворих на АФС.

ВЛИЯНИЕ ИММОБИЛИЗАЦИИ В ГЕЛЯХ И НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОГО КОНСЕРВИРОВАНИЯ НА АДГЕЗИВНЫЕ СВОЙСТВА ПРОБИОТИКА ESCHERICHIA COLI M-17

Кудокоцева Е.В., Дорофеева Т.В., Шатилова Л.Е.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков, Украина

Одним из достижений современной медицины является разработка и внедрение в общеклиническую практику препаратов, содержащих в своем составе живые микроорганизмы, относящиеся к представителям нормальной микрофлоры. Благодаря высокой биологической активности штамма scherichia coli M-17 (E. coli M-17) колисодержащие биопрепараты продолжают оставаться средствами выбора среди пробиотиков. Адгезия микроорганизмов на эпителиальных и слизистых оболочках являться необходимой предпосылкой для успешной колонизации. E. coli M-17 обладает высокой адгезивной активностью к эпителиальным клеткам толстого кишечника, а так же является источником витамина К. Целью работы было изучить жизнеспособность и адгезивную активность бактерий E. coli M-17 в ростовой среде М-9,в среде М-9 с 1 % альгинатом натрия и 1 % каррагинаном и М-9 с 5% диметилсульфоксидом (ДМСО) в норме и после замораживания.

Штамм E. coli M-17 был высеян из препарата «Колибактерин», произведенного ОАО «Биомед» им. И.И. Мечникова (Московская обл., красногорский р-н, с. Петрово-Дальнее). Бактерии выращивали на скошенном крилевом питательном агаре при температуре 37 °С на протяжении 24 часов.

Жизнеспособность клеток определяли «чашечным» методом Коха.

В результате исследований установлено,что при замораживании в ростовой среде М-9 сохраняется 51% жизнеспособных клеток. При добавлении в среду М-9 альгината натрия и каррагинана с конечными концентрациями 1 % происходит увеличение количества жизнеспособных клеток до 68 % и 70 %,соответственно. Результаты свидетельствуют о различиях в криоповреждениях структур клеток E. coli. M-17 замороженных в разных средах. В контрольных образцах повреждения пилей,изменения архитектоники белков и липополисахаридов наружной мембраны бактерий были максимальными, когда микроорганизмы находились в среде М 9 с 5 % ДМСО. В тоже время в этой среде после замораживания до – 196°С наблюдалосьмаксимальное сохранение жизнеспособных бактерий E. coli M-17 (75 %) и их адгезии к энтероцитам тонкого отдела кишечника мышей.Криозащитные свойства альгината натрия и каррагинана в указанных концентрациях обеспечивают относительно высокие показатели жизнеспособности и адгезивной активности бактерий после замораживания.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНЕГО КОНТУРА ЭРИТРОЦИТОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИМИОТЕРАПИИ И ВВЕДЕНИЯ КОРДОВОЙ КРОВИ

Кудокоцева О.В., Коваленко И.Ф., Ломакин И.И.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Одной из ярких реакций ответа системы крови на внутриклеточные яды, которыми и есть цитостатики, является изменение внешнего контура эритроцитов (Э). Характеристика изменений плазмалемм имеет свои особенности, которые сводятся к трансформации основной популяции эритроцитов – дискоцитов – в патологическую форму, которая, в свою очередь, приводит к развитию анемий. Клеточные препараты КК способны не только поддерживать гемопоэз реципиента за счет собственных клеток-предшественников и БАВ плазмы, но и, вероятно, влиять на ассоциацию химиопрепаратов (ХП) с мембранами Э.

В этой связи, целью данной работы было изучение влияния клеточного препарата КК на процессы трансформации Э периферической крови мышей в условиях цитостатической гемодепрессии, развивающейся в результате токсического действия ХП 5-фторурацила.

Работа выполнена на мышах линии СВА массой 18-20 г. ХП 5-фторурацил (5-ФУ) использовали в максимально переносимой дозе 228 мг/кг. Криоконсервированные (-196^0С) препараты КК вводили внутривенно в дозе $5x10^8$ жизнеспособных клеток КК/кг. Структурные перестройки в мембранах Э оценивали методом определения плотности распределения эритроцитов по индексу сферичности, который может также отражать и нарушения соотношения между кроветворной и кроверазрушающей системами.

Полученные данные свидетельствуют, что уже на 2 сутки после ХП (О1) достоверно изменяется, по сравнению с контролем, количество эритроцитов практически всех форм, достоверно падает количество «нормоцитов» (дискоцитов). Динамика изменения количества Э сфероидной формы в группе животных после применения 5-ФУ носила циклический характер вплоть до 16 суток наблюдения. Динамика изменения количества Э с патологической формой в группе животных, где на фоне ХП применяли КК (О2), была подобна аналогичным показателям группы О1 с тем лишь отличием, что во второй группе нормализация всех показателей эритроцитов наступала значительно раньше, на 9 сутки наблюдения, а не на 16, как в первой группе О1.

Если рассматривать мембрану эритроцита как универсальную регуляторную подсистему, обеспечивающую координированные изменения метаболизма не только отдельно взятых клеток, но и всех систем жизнедеятельности, то можно надеяться на получение иммунокоррегирующего эффекта от применения клеточных препаратов КК и на весь организм в целом.

ФАРМАКОКІНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕТАМБУТОЛУ ГІДРОХЛОРИДУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ЙОГО ВВЕДЕННЯ

Кужко М.М., Гульчук Н.М., Процик Л.М., Аврамчук О.В.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Досліджено фармакокінетичні характеристики етамбутолу гідрохлориду (Е) в залежності від способу введення препарату.

Матеріали та методи. Фармакокінетичні характеристики досліджувались у 12 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень протягом 5 годин після введення препаратів: 1,6 г етамбутолу гідрохлориду (10 % розчин для ин'єкцій (1 мл містить 100,0 мг етамбутолу гідрохлориду)), через декілька днів у цих же хворих досліджували фармакокінетичні характеристики пероральної форми Е у дозі 1,6 г (tab. 0,4 г).

Результати.

В кінці 1 години після внутрішньовенного введення Е був визначений на рівні (3,2 ± 0,2) мкг, що достовірно вище ніж при пероральному застосуванні препарату (1,5 ± 0,1) мкг, ($p < 0,05$). На 2 годині після внутрішньовенного введення концентрація визначалась на рівні (1,9 ± 0,2) мкг/мл, та (2,5 ± 0,3) мкг/мл при пероральному застосуванні ($p > 0,05$). На 3 години препарат був визначений на рівні (2,8 ± 0,4) мкг/мл при пероральному застосуванні та (1,0 ± 0,1) мкг/мл при інфузійному введенні препарату ($p < 0,05$). До 5 години концентрації становили (0,4 ± 0,1) мкг/мл при пероральному застосуванні та (1,1 ± 0,2) мкг/мл при інфузійному введенні препарату, $p < 0,05$.

При застосуванні Е перорально, у 5 хворих, в середньому (41,7 ± 14,2) % пацієнтів пікові концентрації визначали на 2 години після застосування препарату, та у 7 хворих, в середньому (58,3 ± 14,2) % на 3 години, тому при обчисленні середніх значень показника, що вивчався, у розрахунки брали максимальні концентрації препарату кожного хворого поза залежності від часу. При пероральному застосуванні Е середня його максимальних концентрацій становила (3,2 ± 0,4) мкг/мл. Пікові концентрації після внутрішньовенного введення визначались на 10 хвилині після проведення інфузії у 100 % хворих та становили в середньому (8,4 ± 0,3) мкг/мл ($p < 0,05$).

Висновки: встановлено, що середнє значення максимальної концентрації етамбутолу гідрохлориду після внутрішньовенного введення в 2,5 рази перевищує концентрацію етамбутолу гідрохлориду при прийомі препарату перорально, ($p < 0,05$).

ВИЗНАЧЕННЯ ФАРМАКОКІНЕТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК МОКСИФЛОКСАЦИНУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ЙОГО ВВЕДЕННЯ

Кужко М.М., Процик Л.М., Гульчук Н.М., Гуменюк М.І., Аврамчук О.В., [*]Гречаник Л.І.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ,

[*]Головний військовий клінічний госпіталь департаменту охорони здоров'я міністерства оборони України, м. Київ

З метою визначення фармакокінетичних характеристик моксифлоксацину у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень в залежності від способу його введення було обстежено 10 пацієнтів.

Серед хворих, які одержували моксифлоксацин, переважали чоловіки – 8 осіб, середній вік – (37,8 ± 3,5) роки, середня вага – (65,0 ± 3,1) кг, середня доза левофлоксацину – (6,2 ± 0,4) мг/кг. Для формування однорідних груп, кожен пацієнт виступав суб'єктом дослідження як в основній так і в контрольній групах, які відрізнялись лише за лікарською формою препарату. Доза моксифлоксацину – 400 мг як per os, так і внутрішньовенно. Концентрацію моксифлоксацину у сироватці крові визначалася: до застосування, через 1, 2, 4, 8 та 24 години після прийому.

На протязі 1-ої години після в/в введення моксифлоксацин створює у крові достовірно вищі концентрації препарату, ніж застосування per os – (5,8 ± 0,3) мкг/мл і (2,5 ± 0,2) мкг/мл, відповідно, $p < 0,05$. На протязі 2-ої години після інфузії продовжували зберігатися високі середні концентрації моксифлоксацину – (5,1 ± 0,3) мкг/мл, які були вищими ніж при пероральному застосуванні – (4,9 ± 0,3) мкг/мл, $p < 0,05$. Тільки після 4-ої години в/в введення відбулося зниження середньої концентрації препарату на 1,5 мкг/мл до (4,3 ± 0,3) мкг/мл, яка стала нижчою, ніж при застосуванні per os – (4,5 ± 0,3) мкг/мл, $p > 0,05$.

Після 8-ої години середні концентрації моксифлоксацину в сироватці крові пацієнтів залишалися високими незалежно від способу введення – (3,2 ± 0,3) мкг/мл і (3,4 ± 0,2) мкг/мл, $p > 0,05$. По завершені доби середні концентрації моксифлоксацину в сироватці крові пацієнтів були нижчими, ніж 1,0 мкг/мл, незалежно від способу застосування. Після перорального застосування моксифлоксацину концентрація препарату була вищою – (0,8 ± 0,1) мкг/мл, ніж після в/в введення – (0,6 ± 0,1) мкг/мл, $p > 0,05$.

Отже, після прийому моксифлоксацину у дозі 400 мг у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, його середні концентрації у сироватці крові досягають пікових значень за короткий період часу (протягом 1-2 годин) і зберігаються на високому рівні протягом доби, незалежно від способу введення.

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПОВИХ ОЗНАК СПОЛУЧНОТКАНИННОЇ ДИСПЛАЗІЇ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Кузнецова М. А.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Проблема дисплазії сполучної тканини серця заслуговує великої уваги в зв'язку з високою частотою цієї патології в популяції (від 2 % до 20,5 %), а також ризиком розвитку серйозних ускладнень. Найбільш грізними з них є пароксизмальні порушення ритму серця і раптова смерть, інфекційний ендокардит, тромбоемболічні ускладнення (Мартинов А.І. і співавт., 1996; Boudoulas H. et al., 1990). Найпоширенішим проявом синдрому дисплазії сполучної тканини серця є первинне пролабування мітрального клапану.

Метою роботи є вивчення фенотипових ознак сполучнотканинної дисплазії у молодих людей з пролапсом мітрального клапану.

Матеріали та методи: було обстежено 135 хворих з пролапсом мітрального клапану у віці від 16 до 25 років. Анамнестичні дані отримували шляхом анкетування пацієнтів, аналізу медичної документації. Збір анамнезу захворювання проводився і за суб'єктивними даними на підставі скарг та анамнезу життя.

Висновок: таким чином, поширеність фенотипових ознак дисплазії сполучної тканини мала істотні відмінності між пацієнтами з ПМК 1 ст. і ПМК 2 ст. Було виявлено, що в групі з ПМК 2 ст. прояви даного синдрому відзначалися значно частіше, ніж у групі з ПМК 1 ст. і групи порівняння.

Так, з пролапсом мітрального клапану 2 ст. порівняно з групою з пролапсом мітрального клапану 1 ст. значно переважали сполучнотканинні зміни очей (міопія, епікант, близько, чи далеко розташовані очі) – 62 %, а також такі краніоцефальні прояви, як викривлення носової перегородки, деформація вушних раковин – 54,5 %.

Слід зазначити, що всупереч очікуваному, астенічна конституція в обох групах ПМК виявлялися з відносно однаковою частотою 27,5 % та 32,7 %. Також з високою поширеністю виявлялися диспластичні зміни хребта (грудний та грудинно-поперековий сколіоз), деформації грудної клітки – 66,25 % та 87,3 %.

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗБІЛЬШЕННЯ ВАГИ ТІЛА

Кузьмінова Н.В., Грібенюк О.В., Романова В.О.

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

Мета: виявити та оцінити зміни показників ліпідного обміну та гуморальних маркерів дисфункції ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії в залежності від ступеня збільшення маси тіла.

Обстежено 72 хворих на ГХ ІІ стадії, АГ 2-3 ступеня (31 чоловік та 41 жінка), середній вік – (51,1 ± 1,4) роки. Тривалість АГ – (8,3 ± 1,8) роки. Надлишкова вага тіла (НВТ) (індекс маси тіла (ІМТ) – 25-29,9 кг/м^2) виявлена у 16 (51,6 %) чоловіків та 20 (48,8 %) жінок. Ожиріння І ст. (ІМТ – 30-34,9 кг/м^2) встановлено у 15 (49,4 %) чоловіків та 21 (51,2 %) жінки. Обхват талії (ОТ) > 94 см виявлено у 1 (6,3 %) чоловіка з групи з НВТ та у 7 (46,7 %) із ожирінням І ст. У жінок ОТ >80 см була у 3 (15,0 %) із групи з НВТ та у 18 (85,7 %) – з ожирінням І ст., що свідчить про перевагу абдомінального типу ожиріння. Усім хворим визначали показники ліпідного спектру: рівні загального холестерину (ЗХС), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ) (ензиматичний калориметричний метод з реагентами «Ольвекс диагностикум» (Росія)). Проведено кількісне визначення рівня ендотеліну-1 (ЕТ-1) (ІФА, набір «Endotelin-1», «DRG» (США)), малонового диальдегіду (МДА), загальної антиоксидантної активності сироватки крові (АОА), активності NO-синтаз (загальної NOSзаг., індуцибельної (і-NOS) та ендотеліальної NOS (е-NOS). У всіх пацієнтів зафіксовано збільшення рівняв ЗХС, переважно за рахунок ХС в ЛПНЩ, порівняно з контролем. Рівні ЗХС та ЛПНЩ у хворих на ГХ ІІ ст. з ожирінням І ст. були достовірно ($p < 0,05$) вище за відповідні показники у групі з НВТ. У жінок з ожирінням І ст. відмічено зростання рівнів ЗХС до 7,18 (5,48; 9,49) мМ/л та ЛПНЩ 4,87 (3,04; 7,29) мМ/л, що було достовірно вище за аналогічні показники у чоловіків з ожирінням І ст. Паралельно з цим, у пацієнтів з ожирінням І ст. спостерігалось подальше зростання рівня МДА на фоні зниження загальної АОА сироватки крові порівняно з пацієнтами з НВТ ($p < 0,05$). У хворих на ГХ ІІ ст. та з ожирінням І ст. зареєстровано підвищення рівнів ЕТ-1 порівняно з хворими з НВТ, причому рівень ЕТ-1 у чоловіків достовірно перевищував рівень ЕТ-1 у жінок і склав 15,25 пг/мл та 10,65 пг/мл, відповідно, $p < 0,05$. При збільшенні маси тіла до рівня ожиріння І ст. спостерігалось подальше порушення функції ендотелію, що проявлялось в чіткій тенденції до зростанні рівня NOSзаг. (2,10 (1,01; 3,24) нМ/мл×хв, переважно за рахунок індуцибельної і-NOS 1,15 (0,48; 1,99) нМ/мл×хв, $p < 0,1$ порівняно з хворими з НВТ. Отже, зростання маси тіла та розвиток переважно абдомінального типу ожиріння І ст. у хворих на ГХ ІІ ст. асоціюється з подальшим порушенням ліпідного профілю, особливо у жінок, активізацією процесів ПОЛ, гальмуванням системи антиоксидантного захисту та подальшим зростанням маркерів дисфункції ендотелію.

ЗАСТОСУВАННЯ В-БЛОКАТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗА НАЯВНОСТІ ПОРУШЕНЬ РИТМУ СЕРЦЯ

Кулаєць Н.М.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Мета: підвищити ефективність відновного лікування хворих, що перенесли Q-QS інфаркт міокарда (ІМ), на основі вивчення клінічних, інструментальних та біохімічних змін за наявності фібриляції передсердь (ФП) та шлуночкової екстрасистолії (ШЕ) і розробка на цій основі нових підходів до лікування.

Матеріал та методи. В основі дослідження – обстеження та лікування 150 хворих, що перенесли Q-QS ІМ, з яких у 75 хворих була наявна постійна форма ФП і у 75 хворих ШЕ. Включення хворих у дослідження та контрольоване спостереження проводили починаючи з 25-28 дня після гострої коронарної події за умови стабільного стану хворих. У дослідження включали хворих, в яких вказані порушення ритму були верифіковані за 1-2 роки до ІМ. Серед обстежених було 110 (73,3 %) чоловіків та 40 (26,6 %) жінок. Середній вік пацієнтів складав (56,55 ± 1,15) років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Усім хворим у процесі дослідження проводили клінічне, інструментальне та лабораторне обстеження.

Результати. Аналізуючи результати ефективності лікування хворих, що перенесли ІМ з ФП, відмічено, що застосування метопрололу, карведілолу і соталолу впродовж 3 місяців лікування сприяло зменшенню проявів ангінального больового синдрому, відчуттів серцебиття та перебоїв у роботі серця. Поряд із цим мало місце зменшення задишки, відчуття нестачі повітря та тривоги. Така позитивна динаміка мала місце у всіх групах хворих з ФП. У той же час найбільш значимою вона виявилася при застосування карведілолу, дещо меншою в групі хворих, яких лікували метопрололом. Використання соталолу, поряд із суттєвим зменшенням клінічних проявів антиаритмічного синдрому сприяло антиангінальному ефекту лікування. Так, якщо перебої в роботі серця зменшились в осіб, лікованих соталолом, із 80,0 % до 15,0 % випадків, то біль за грудиною – із 80,0 % до 10,0 % хворих ($p < 0,05$). Набряки на нижніх кінцівках як наслідок скоротливої дисфункції міокарда були констатовані до лікування відповідно у 60,0 %, 65,0 % і 35,0 % хворих, після 3 місяців терапії метопрололом, карведілолом та соталолом, відповідно, лише в 10 % хворих ($p < 0,05$). Більшість вказаних позитивних ефектів проявлялась вже з 3-го тижня терапії і посилювалася через 3 місяці лікування.

Висновки. Застосування карведілолу у відновному лікуванні хворих після перенесеного Q-QS інфаркту міокарда з фібриляцією передсердь впродовж 3 місяців лікування сприяє зменшенню частоти ангінального больового синдрому з 75 % до 20 % випадків ($p < 0,05$) та клінічних проявів серцевої недостатності з 65 % до 10 %, випадків ($p < 0,05$). Лікування соталолом забезпечує зменшення відсотка таких хворих з 80 % до 10 % ($p < 0,05$). Отримання антиангінального і антиаритмічного ефектів у хворих, що перенесли інфаркт міокарда з шлуночковою екстрасистолією констатується після лікування карведілолом у 75 % хворих і у 65 % хворих при застосуванні соталолу ($p < 0,05$).

ТАК ЛИ БЕЗОПАСНА АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ

Куница В.Н., Девятова Н.В., Воюцкий В.П., Ицкова Е.А., Новосельская Н.А., Цветков В.А., Останина Т.В., Куница В.В.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Цель: дать сравнительную оценку морфологического состояния и состава микрофлоры толстой кишки (ТК) у пациентов язвенной болезнью, лечившихся с применением антихеликобактерной терапии (АХ) и без неё.

Материал и методы: под нашим наблюдением было 80 больных язвенной болезнью, преимущественно 12-перстной кишки. Первая группа, (40 человек), получала АХ. Вторая группа (40 человек), в силу разных причин, получала противоязвенную терапию без применения АХ. Проводилось эндоскопическое исследование ТК с биопсией. Оценивалось состояние ТК, формировалось эндоскопическое заключение. Изучался видовой и количественный состав микрофлоры.

Результаты исследования: неоднократное применение АХ терапии приводит к значительным изменениям эндоскопической картины ТК. Только у 1/3 она имеет сохраненный тонус, в 2/3 случаев тонус изменен. Данные эндоскопии подтверждаются клиническими проявлениями. При этом у 62,5 % больных отмечались нарушения архитектоники толстой кишки, проявляющиеся нарушением гаустрации. Кроме функциональных нарушений, нами обнаружены признаки воспаления и атрофии. Наиболее частыми проявлениями были изменения сосудистого рисунка и цвета слизистой, её набухание или сглаживание, изменение секреции слизи. Явные воспалительные признаки со стороны слизистой нами отмечались у 80,0 % больных. Преобладание атрофических процессов было у 20,0 %. У 4 пациентов наблюдались эрозивно-язвенные поражения. В 40,0 % случаев отмечались процессы гиперсекреции и в 25,0 % гипосекреции. При изучении состава микробов содержимого ТК обнаружено, что у абсолютного большинства обследованных отмечалось снижение содержания анаэробной флоры до 10^7-10^8 и общего количества кишечной палочки, при этом повышалось до 10-20 % содержание эшерихий со слабо выраженными ферментативными свойствами. У части пациентов выявлено повышение уровня условно-патогенной флоры и грибковой флоры. Преобладала аэробной микрофлора над анаэробной. При лечении без АХ терапии эндоскопические нарушения отмечались у 25,0 % больных, атрофические процессы были у 7,5 %, язвенно-некротических поражений слизистой не наблюдали. Видовой состав микрофлоры соответствовал общепринятым нормам, снижение анаэробной флоры было не критичным и не имело клинических проявлений.

Выводы. Применение АХ терапии приводит к морфо-клиническим изменениям толстой кишки с развитием дисбиоза. Этот факт необходимо учитывать при назначении лечения язвенной болезни.

ВПЛИВ СТОВБУРОВОЇ ВАГОТОМІЇ НА ДОБОВІ КОЛИВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Куниця В.М., Чернуха С.М., Чистякова С.І., Турна Е.Ю., Кутузова Л.О., Глушко О.С., Цвєтков В.О.

ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

Артеріальні гіпертензії займають одне з провідних патологічних станів в клініці внутрішніх хвороб. Порушення співвідношення функцій симпатичної і парасимпатичної нервової систем з переважанням останньої називається парасимпатичної дисфункцією. Вона є одним з найважливіших факторів підвищення артеріального тиску (АТ), особливо в початкові стадії формування гіпертензії при розвитку гіперкінетичного типу кровообігу. Популярна в кінці минулого століття стовбурова ваготомія, вживана для лікування виразкової хвороби та її ускладнень, приводила до переважно парасимпатичної денервації.

Метою нашого дослідження стало вивчення добового коливання артеріального тиску у хворих, що перенесли цю операцію.

У клініці досліджували 20 хворих, яким була проведена стовбурова двостороння ваготомія. Термін після операції не менше 10 років. Для вимірювання АТ застосовувалася методика добового моніторування тиску за допомогою приладу Cardio Tens. Визначали показники середньодобового, середньоденного, середньонічного систолічного і діастолічного АТ, вираховували добовий індекс.

Отримані дані оброблялися методами варіаційної статистики за допомогою програмного забезпечення EXCEL.

Аналіз результатів моніторування виявив достовірно вищі показники середньонічного САТ і середнього АТ, порушення у пацієнтів добового профілю. Так, добові індекси САТ і середнього САД складають у них (4,9 ± 0,7) % і (8,8 ± 0,9) %, відповідно. Таким чином, має місце недостатнє зниження тиску вночі, так званий тип «non-dippers». При вивченні коливань ДАТ відзначається подібна тенденція, підвищення середньодобових показників за рахунок нічних цифр.

Таким чином, описані зміни свідчать про дисбаланс симпатичної і парасимпатичної іннервації, що наступає після ваготомії. Зменшення парасимпатичного впливу спричиняє зменшення нічного переважання цієї системи, відповідно, підвищення АТ. Крім того нами відзначено підвищення короткочасної варіабельності АТ, що є стимулюючим фактором ураження органів-мішеней. При спостереженні хворих, які перенесли ваготомії необхідно проводити контроль АТ і враховувати його нічні підйоми при призначенні гіпотензивної терапії.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОРОНАЛА У БОЛЬНЫХ АНГИНОЗНЫМИ ФОРМАМИ ИБС ПО ДАННЫМ АНКЕТНОГО ОПРОСНИКА

Курбанова Ф.Р., Бочкова Л.П., Вахидова С.Б

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республика Узбекистан

Блокаторы β-адренорецепторов нашли широкое распространение в лечении ИБС, особенно селективные β_1-блокаторы. Применение пролонгированного препарата бисопролола улучшает прогноз ИБС, качество жизни больных, повышает толерантность к физической нагрузке и имеет незначительное количество побочных эффектов. Однако, результаты целого ряда крупных эпидемиологических исследований показали, что терапию β-блокаторами получают всего от 21 % до 34 % больных, перенесших инфаркт миокарда. Исходя из этого**, целью исследования** явилась оценка эффективности и переносимости, селективного β_1-блокатора коронала у больных с ангинозными формами ИБС на основании результатов опросника.

Материалы и методы. Для оценки эффективности и переносимости коронала был составлен анкетный опросник, который применялся врачами двух поликлиник города Ташкента. Проведено анкетирование 150 больных.

Результаты. Изучение анкетного опросника показало, что у большинства пациентов действительно имели место ангинозные формы болезни – у 87,8 % больных, о чем свидетельствовало описание характера болей и характеристики болевого синдрома – продолжительность болевого синдрома в среднем (5,5 ± 0,20) минут и частота утренних приступов в неделю в среднем (4,2 ± 0,15). У 12,8 % пациентов, ответивших на вопросы анкеты, диагноз ангинозной формы ИБС не подтвердился. При изучении влияния коронала в дозе 5 мг в течение одного месяца на качество жизни пациентов получены следующие результаты: исходный общий показатель качества жизни в среднем составил (5,23 ± 0,5) балла, через месяц лечения отмечено увеличение его в среднем до ((7,25 ± 0,6) баллов или на 38,4 % ($p < 0,002$). На фоне терапии короналом частота приступов стенокардии уменьшилась у 62 % больных (1,5 ± 0,01), и у 12,8 % пациентов утренние приступы стенокардии прекратились. Существенно уменьшилась и продолжительность приступов стенокардии. Побочных действий, требующих отмены препарата, не отмечалось. Показана и высокая приверженность пациентов к данному препарату (прием один раз в день).

Таким образом, изучение эффективности и переносимости коронала и влияние его на качество жизни у 150 пациентов, страдающих ангинозной формой ИБС, показало высокую антиангинальную активность препарата, хорошую переносимость, приверженность пациентов к данному лекарству, низкий уровень побочных действий и терапия селективными β_1-блокаторами должна быть рекомендована всем больным с ИБС при отсутствии прямых противопоказаний.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО КОРЕКЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ L-АРГІНІНУ

Курята О.В., Сіренко О.Ю., Сіренко Ю.В., Скороходова О.В., Легкобит А.С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечнікова»

При артеріальній гіпертензії (АГ) в поєднанні з ревматоїдним артритом (РА) характерна висока частота порушення функції ендотелію. Тому пошук шляхів профілактики серцево-судинних ускладнень шляхом покращення ендотеліальної функції є актуальною задачею на сьогодні.

Мета роботи – оцінити ефективність перорального застосування L-аргініну аспартату в корекції ендотеліальної дисфункції у пацієнтів з АГ в поєднанні з РА та вплив цієї терапії на контроль артеріального тиску.

Матеріали та методи. Обстежено 20 хворих (17 жінок та 3 чоловіків) на АГ в поєднанні з РА віком від 45 до 65 років (середній вік (54,63 ± 5,64) роки), середня тривалість захворювання АГ – (8,8 ± 5,31) років, середня тривалість РА – (8,5 ± 6,23) років. Хворих було розподілено на 2 групи: 1-ша (n = 10) – пацієнти, яким у комплексну терапію було включено L-аргініну аспартат у вигляді перорального розчину по 15 мл 2 рази на добу протягом 4 тижнів; 2-га (n = 10) – пацієнти, яким не призначався L-аргініну аспартат. Усім хворим проводилось загальноклінічне обстеження, оцінка ризику фатальних серцево-судинних подій за шкалою mSCORE, визначення ліпідного спектру крові, ендотелій залежної вазодилятації (ЕЗВД) за результатами проби з реактивною гіперемією, проводилось УЗД магістральних артерій голови та шиї, статистичні методи.

Результати. Порушення ЕЗВД відмічалося у більшості хворих на АГ у поєднанні з РА – 19 (95,0 %). Порушення ендотеліальної функції асоціювалось із зниженням ШКФ ($r = 0,38, p = 0,015$), рівнем САТ ($r = 0,51$, $p = 0,02$), ДАТ ($r = 0,56$, $p = 0,01$). Включення в терапію L-аргініну зумовило поліпшення ЕЗВД на 58,8 % ($p < 0,05$), в порівнянні з стандартною терапією – на 24,1 % ($p < 0,05$). Рівні САТ та ДАТ наприкінці дослідження знизився на 35,8 % та 37,2 %, відповідно, ($p < 0,05$) серед хворих 1-ї групи та на 28,7 % та 26,4 % ($p < 0,05$) серед хворих 2-ї групи.

Висновки. Застосування L-аргініну аспартат у складі комплексної терапії сприяло покращенню функції ендотелію судин за показником ЕЗВД та поліпшенню контролю артеріального тиску.

АНТИАНГИНАЛЬНЫЕ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кучеренко О.Д., Брек В.В., Галагура Н.И., Кучеренко М.В., Сорокина О.Г., Цеменко М.И.

Харьковский национальный медицинский університет, Украина

Цель работы: изучить антиангинальное и антигипертензивное действие у больных с климактерическими расстройствами.

Материалы и методы: обследовано 23 женщины с климактерическим синдромом, страдающих стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса и мягкой формой артериальной гипертонии в возрасте от 48 до 56 лет в динамике 6-недельного лечения блокатором бета-адренергических рецепторов бетаксололом в суточной дозе 20-40 мг. Препарат назначали открытым способом без использования плацебо.

Клинические эффекты препарата оценивали с учетом его влияния на частоту и интенсивность приступов стенокардии, величину артериального давления, показатели сократительной функции миокарда по данным эхокардиографии и толерантность к физической нагрузке по результатам пробы на велоэргометре.

Результаты исследования. Лечение бетаксололом сопровождалось значимым снижением частоты ангинозных приступов с $(2,94 \pm 0,21)$ до $(1,03 \pm 0,14)$ за сутки ($p < 0,05$), увеличением толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии с $(62,5 \pm 2,8)$ вт до $(74,3 \pm 1,8)$ вт ($p < 0,05$), снижением числа принимаемых таблеток нитроглицерина с $(2,33 \pm 0,32)$ до $(1,11 \pm 0,09)$ за сутки ($p < 0,05$). Препарат оказывал выраженное антигипертензивное действие, о чем свидетельствовало снижение систолического артериального давления с $(161,5 \pm 4,1)$ мм рт. ст. до $(146,3 \pm 2,4)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) и диастолического артериального давления с $(99,3 \pm 3,9)$ мм рт. ст. до $(85,1 \pm 2,8)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Отмечалось снижение фракции выброса левого желудочка с $(56,4 \pm 1,6)$ % до $(46,9 \pm 1,4)$ % ($p < 0,05$), скорости циркулярного укорочения волокон миокарда с $(1,09 \pm 0,06)$ c^{-1} до $(0,91 \pm 0,03)$ c^{-1} ($p < 0,05$). У отдельных больных препарат вызывал зависимую от дозы синусовую брадикардию, преходящую утомляемость и головную боль.

Выводы. Лечение бетаксалолом больных стенокардией и АД с климактерическими нарушениями сопровождается антиангинальным, антигипертензивным эффектом и умеренным отрицательным инотропным действием.

РІВЕНЬ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ

Кушнір Ю.С., Курята О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Одним із факторів ризику розвитку та прогресування хронічної серцевої недостатності (ХСН) є ожиріння, тому останніми роками увагу привертають маркери гормональної активності жирової тканини та їх можлива участь у патогенетичних механізмах захворювань. Гормонально-активні речовини, що продукується адипоцитами, можуть розглядатися ланкою, що поєднують надлишкову масу тіла та розвиток серцево-судинної патології, в тому числі й ХСН. Одним із таких маркерів є лептин, але на сьогоднішній день дані щодо зв'язку рівня лептину з вірогідністю коронарного ризику є противоречивими.

Мета роботи: визначити рівень лептину та його взаємозв'язок з масою тіла у хворих на ХСН зі збереженою фракцією викиду, обумовлену ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали та методи: обстежено 34 хворих на ХСН II-III функціонального класу (згідно класифікації Нью-Йоркської асоціації кардіологів (NYHA)) із збереженою фракцією викиду (ФВ) (більше 45 %, середня – (56,8 ± 3,8) %) у віці від 47 до 75 років (середній вік – (67,4 ± 4,1) роки). Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за формулою як співвідношення маси (кг) до квадрату зросту ($м^2$). Групи дослідження хворих на ХСН: I група – хворі з нормальною масою тіла, ІМТ 18,5-24,9; II група – хворі з надлишковою масою тіла, ІМТ 25,0-29,9; III група – хворі з ожирінням I-II ступеня, ІМТ 30,0-39,9. Контрольну групу склали 14 хворих на ІХС без клінічних та об'єктивних даних за наявність ХСН. Кількісний рівень лептину визначали методом імуноферментного аналізу в сироватці крові. Статистична обробка отриманих даних здійснювалась за допомогою електронного пакету програми «Statistica 7.0».

Результати. Достовірної різниці рівня лептину у порівнюваних групах не встановлено. Так, середній рівень лептину у хворих на ХСН склав (15,8 ± 2,15) пг/мл, у хворих на ІХС без ХСН – (16,9 ± 4,02) пг/мл ($p > 0,05$). Встановлено, що рівень лептину достовірно зростав зі збільшенням маси тіла. Так, середній рівень лептину в групі з ожирінням в 4,2 рази вищий, ніж в групі з нормальною масою тіла ($p < 0,001$). Ці закономірності підтверджено і даними кореляційного аналізу: коефіцієнт кореляції між ІМТ і рівнем лептину становить $r = 0,54$ ($p < 0,001$).

Висновки. Кореляційних зв'язків між рівнем лептину та наявністю ХСН нами не виявлено. Проте підвищення маси тіла у хворих на ХСН зі збереженою ФВ асоціювалось зі збільшенням рівня лептину. Поставлені питання потребують подальшого аналізу та обговоренню.

ПОРУШЕННЯ КАНАЛЬЦЕВОЇ ТА КЛУБОЧКОВОЇ ФУНКЦІЙ НИРОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ТА БЕЗ НЕЇ

Лапшина Л.А., Михайлова Ю.О., Леонідова В.І.

Харківський національний медичний університет,
КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 27», Україна

Метою дослідження являється вивчення ступеню і характеру порушення клубочкової (швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), цистатін С, канальцевої (β_2-мікроглобулін сечі) функцій нирок при хронічній серцевій недостатності (ХСН) у поєднанні з хронічною хворобою нирок (ХХН) та ХСН без ХХН.

Було обстежено 103 пацієнти з ХСН II-IV функціонального класу. Перша група – 58 хворих з ХСН та супутньою ХХН, друга група – 45 пацієнтів на ХСН без ХХН. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Рівень цистатіну С, β_2-мікроглобуліну сечі визначали імуноферментним методом, швидкість клубочкової фільтрації розраховували за формулою MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

У першій групі рівень швидкості клубочкової фільтрації знижувалася на 48,5 % ($p < 0,01$), рівень цистатіну С підвищувався на 83,3 % ($p < 0,01$), β2-мікроглобуліну підвищувався на 113,9 % ($p < 0,01$) у порівнянні з контрольною групою.

У другій групі визначено достовірне зниження швидкості клубочкової фільтрації на 27,4 %, ($p < 0,05$), підвищення рівня цистатіну С на 48,3 %, ($p < 0,05$), збільшення β_2-мікроглобуліну на 56 % ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. Відмінності показників між першою та другою групами були достовірні ($p < 0,05$).

Встановлено підвищення рівню маркерів канальцевої та клубочкової функцій нирок у пацієнтів із ХСН у поєднанні з ХХН і без ХХН.

Враховуючи, що ступінь підвищення показника канальцевої функції нирок β_2-мікроглобуліну сечі більше, ніж відхилення від норми показників клубочкової функції, можна вважати, що канальцеві функції при ХСН порушуються раніше, ніж клубочкові.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА В г. КАЗАНИ

Лапшина С.А., Мясоутова Л.И.

ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет", Российская Федерация

На сегодняшний день временной интервал с момента появления первых признаков анкилозирующего спондилита (АС) до момента постановки правильного диагноза составляет, в среднем 7-8 лет, что обуславливает и позднее начало потенциально эффективной терапии.

Цель работы - оценить эффективность образовательных мероприятий для врачей первичного контакта по выявлению АС.

Материалы и методы. С января 2012 года проводятся школы по выявлению воспалительной боли в спине и диагностике и лечению АС для врачей первичного звена. Оценка результатов проводилась согласно анализу отчетов амбулаторного приема ревматолога Городского ревматологического центра г. Казани за 2011-2013 годы.

Результаты. После проведения школ в 2013 году среди всех пациентов, проконсультированных ревматологом, увеличилась доля больных АС до 6,3 % (575 человек) по сравнению с 2011 годом (4,5 %, 378 человек). Возросло количество больных АС, пришедших впервые, с 118 (31,2 %) до 190 (33,05 %) человек. В 2011 году первичные пациенты с АС направлялись врачами к ревматологу с другими диагнозами в 78 % случаев. В 2013 году снизился процент расхождения первичных диагнозов до 14 % .

Выводы. Образовательные программы для врачей первичного звена имеют огромное значение и способствуют ранней диагностике АС, своевременному назначению терапии, улучшению качества жизни больных. Опыт проведения образовательных мероприятий в Казани привел к улучшению выявления АС врачами первичного звена и своевременному направлению к ревматологу.

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ ЗМІН ЖИРНО-КИСЛОТНОГО СКЛАДУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПОСТІЙНОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Лизогуб В.Г., Богдан Т.В., Артемчук О.О., Меркулова І.О.

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

Мета: вивчити жирно-кислотний спектр (ЖКС) мембран еритроцитів крові хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з постійною формою фібриляцією передсердь (ФП).

Матеріали і методи. Методом газорідинної хроматографії було обстежено 10 практично здорових осіб (контрольна група (КГ)), 18 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження ІІ ФК (1 група), 37 хворих на ІХС з постійною формою ФП (2 група).

Результати. За отриманими даними в 1-й групі хворих в мембранах еритроцитів порівняно з КГ виявлено достовірне підвищення відносного вмісту міристинової кислоти на 40,83 % та зниження відносного вмісту ліноленової кислоти на 27,5 %, а також з'являються пентадеканова та маргаринова ЖК, що відсутні в осіб КГ. Порівняно з 1 групою в 2 групі хворих спостерігалось достовірне зниження відносного вмісту міристинової кислоти на 55,13 %, арахідонової кислоти на 88,12 %, підвищення відносного вмісту пентадеканової кислоти на 79,59 %, маргаринової кислоти на 149,21 %, ліноленової кислоти на 103,45 % у мембранах еритроцитів. Зростає вміст насичених ЖК (НЖК) на 27,77 % у мембранах еритроцитів та зниження вмісту ненасичених ЖК (ННЖК) та полі ненасичених ЖК (ПНЖК) на 34,97 % та 60,47 %, відповідно.

Висновки: ЖКС мембран еритроцитів у хворих на ІХС без ФП характеризується підвищенням відносного вмісту НЖК. ЖКС мембран еритроцитів у хворих на ІХС з ФП порівняно з хворими на ІХС без ФП характеризується більш вираженим дисбалансом зі зниженням відносного вмісту суми ННЖК та ПНЖК.

ОСОБЛИВОСТІ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Лизогуб В.Г., Богдан Т.В., Артемчук О.О., Меркулова І.О.

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

Мета: вивчити жирно-кислотний спектр (ЖКС) мембран еритроцитів крові хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з пароксизмальною формою фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи. Методом газорідинної хроматографії було обстежено 10 практично здорових осіб (контрольна група (КГ)), 18 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження ІІ ФК (1 група), 10 хворих на ІХС з пароксизмальною формою ФП (2 група).

Результати. За отриманими даними в 1-й групі хворих в мембранах еритроцитів порівняно з КГ виявлено достовірне підвищення відносного вмісту міристинової кислоти на 40,83 % та зниження відносного вмісту ліноленової кислоти на 27,5 %, а також з'являються пентадеканова та маргаринова ЖК, що відсутні в осіб КГ. Порівняно з 1 групою в 2 групі хворих спостерігалось достовірне підвищення відносного вмісту пентадеканової кислоти на 10,88 %, маргаринової кислоти на 161,9 %, ліноленової кислоти на 468,97 % та зниження відносного вмісту арахідонової кислоти на 86,18 % у мембранах еритроцитів крові.

Висновки: ЖКС мембран еритроцитів у хворих на ІХС без ФП характеризується підвищенням відносного вмісту НЖК. ЖКС мембран еритроцитів у хворих на ІХС з пароксизмальною формою ФП порівняно з хворими на ІХС без ФП характеризується більш вираженим дисбалансом зі зниженням відносного вмісту суми ННЖК та ПНЖК.

ВПЛИВ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ АЕРОКРІОТЕРАПІЇ ТА КОРДОВОЇ КРОВІ НА ПОКАЗНИКИ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

Ломакін І.І., Кудокоцева О.В., Пуришева В.Ю.

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Науково-дослідними роботами вчених Інституту проблем кріобіології і кріомедицини НАН України доведено, що проведення аерокріотерапії (АКТ) та введення ядровмісних клітин (ЯВК) кордової крові (КК) викликає взаємопотенціюючий ефект обох видів терапії, який призводить до корекції морфо-структурних змін в дермі, підвищення рівня тиреоїдних гормонів (ТГ) в крові при експериментальному гіпотиреозі (ЕГ), купірування порушень показників периферичної крові, що розвиваються в цих умовах, сприяючи редукції явищ анемії і лейкопенії (Пуришева В.Ю., 2012). Проте необхідно враховувати, що АКТ і КК можуть чинити дії не тільки на окремі ланки фізіологічних реакцій при розвитку патології, але і на органи и системи в цілому, які залучені в регуляції гомеостатичних процесів. Оцінити зміни в характері загальних регуляторних процесів на рівні цілісного організму дозволяє математичний аналіз кардіоінтервалів серцевого ритму.

Робота проведена на б/п щурах 4-міс. віку. Моделювання гіпотиреозу здійснювали за методом ретроградної тиреоїдектомії. АКТ проводили в кріокамері для експериментальних тварин (-120^{0}С). КК вводили в/в (2х10^7 ЯВК/кг маси). В якості індикатора адаптаційних вегетативних реакцій організму при ЕГ і впливу АКТ і КК використовували ряд показників, що характеризують стан серцево-судинної системи (ССС).

Показано, що АКТ і подальше введення КК викликають посилення активності підкоркових нервових центрів в регуляції ритму серця із зростаючим впливом симпатичної нервової системи і централізації управління. Проте, в подальшому відзначається тенденція до урівноваження симпатичних і парасимпатичних впливів на ритм серця при поєднаної дії АКТ і КК. Це відбувається на тлі домінуючого впливу центральної регуляції, що зберігається, з урівноваженим підвищенням активності вегетативної нервової регуляції в умовах ЕГ. Таким чином, при ЕГ і поєднаній дії АКТ і КК поліпшення гемоциркуляції, а саме, зростання формених елементів крові забезпечується зростанням центральних механізмів регуляції із спрямованою тенденцією до вегетативної ейтонії.

Проведене дослідження показало, що при поєднаній дії АКТ і КК в умовах ЕГ формуються терапевтичні механізми, що забезпечуються динамічними змінами вегетативної регуляції периферичних процесів, зростанням рівня ТГ, а відповідно, і посиленням обмінних процесів, що може потенціювати репаративні процеси в дермі в умовах ЕГ.

АКТИВНОСТЬ α-2-МАКРОГЛОБУЛИНА В ТКАНЯХ АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ КРЫС ПОСЛЕ РИТМИЧЕСКОГО ХОЛОДОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

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*

α-2-макроглобулин (МГ) – важный компонент иммунной системы организма, на все звенья которой алкоголь оказывает резко негативное влияние. Ритмические холодовые воздействия (РХВ) с частотой, близкой к эндогенным физиологическим ритмам, оказывают стимулирующий и саногенный эффект.

Цель работы – изучить активность α-2-МГ в тканях крыс с экспериментальной моделью алкоголизма после РХВ.

Работа выполнена на крысах самцах с соблюдением всех биоэтических норм. Алкоголизм моделировали «двухбутылочным» методом в течение 10 мес. (контроль – 17-18-мес. крысы). РХВ проводили с частотой 0,1 Гц 65 мин охлаждающим устройством, созданным в Институте проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, приспособленным для прерывистой подачи холодного воздуха $(5 \pm 1)\ ^{o}C$. Артериальное давление (АД) регистрировали тонометром, накладывая манжету на хвост животного. Активность α-2-МГ в сыворотке крови и безъядерных фракциях гомогенатов тканей коры мозга, гипоталамуса, сердца, легких, печени и почек определяли высокочувствительным ферментативным методом.

Статистическую обработку результатов проводили методом Стьюдента-Фишера с использованием программного обеспечения Excel.

Хроническая алкоголизация приводила к стойкой гипертензии ((176,7 ± 20,68) мм рт. ст., при контрольном уровне АД – (130,00 ± 12,25) мм рт. ст.). РХВ способствовали восстановлению АД до контрольного уровня ((125,0 ± 10,5) мм рт. ст.). Активность α-2-МГ при алкоголизме резко снижалась, особенно в гипоталамусе, легких, сердце и почках (на 2 порядка), в остальных образцах – в 6-10 раз, что подтверждается низким уровнем иммунитета при алкоголизме. РХВ на фоне алкоголизации приводили к достоверному повышению активности α-2-МГ во всех изученных тканях по сравнению с алкоголизированными крысами, однако она оставалась значительно ниже контрольного уровня.

Таким образом, РХВ способствует нормализации АД при индуцированной алкоголем гипертензии и, возможно, оказывает иммуностимулирующий эффект, на что указывает повышение во всех изученных тканях активности α-2-МГ, принимающего непосредственное участие в реализации иммунологических реакций организма.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ХОЛОДОВОЙ АККЛИМАЦИИ

Луценко Д.Г., Слета И.В., Марченко В.С.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Известно, что печень является одним из основных органов, обеспечивающих терморегуляторный гомеостаз организма. Она выступает в качестве емкостного депо, в котором холодная кровь, оттекающая от периферии, снова нагревается до температуры «ядра». Поэтому изучение микрогемоциркуляторного русла печени в процессе изучения адаптации организма к холоду является актуальным. Целью нашей работы было изучение микрогемоциркуляции в печени крыс после длительных режимов холодовой акклимации.

Эксперимент был проведен на взрослых белых крысах самцах, которые подвергались различным видам холодовой акклимации: непрерывной (НХА) (30 дней при 5^{o}C) и ритмической (РХА) (30 дней при 22 ^{o}C с периодическим обдувом холодным воздухом (10^{o}C) по специальному протоколу). В качестве контроля кроме интактных животных были взяты животные с острым холодовым стрессом (ОХС), вызванным вынужденным плаванием в холодной воде (температура воды 5^{o}C, время плавания 5 мин). У наркотизированных крыс in vivo наблюдалось микроциркуляторное русло в печени с фото- и видеорегистрацией. Затем, на фотографиях измеряли диаметры терминальных венул (Dv) и синусоидов (Ds) печени, а также относительную площадь (S), занимаемую микрососудами в поле зрения.

У интактных животных были получены следующие средние показатели (Dv = (17,87 ± 1,73) мкм, Ds = (7,10 ± 0,31) мкм, S = (28,29 ± 2,66) %). После ОХС показатели микроциркуляции в печени достоверно не отличались от интактных животных (Dv = (18,47 ± 7,83) мкм, Ds = (7,58 ± 1,49) мкм, S = (29,31 ± 4,71) %). После НХА у крыс наблюдались похожие на ОХС результаты (Dv = (19,97 ± 2,37) мкм, Ds = (8,88 ± 0,48) мкм, S = (29,44 ± 1,49) %.), но при этом диаметр синусоидов был достоверно выше, чем у интактных животных. После РХА (Dv = (22,64 ± 1,91) мкм, Ds = (8,23 ± 0,25) мкм, S = (33,3 ± 1,21) %) все измеряемые показатели достоверно имели более высокие значения, чем у интактных животных.

Таким образом, мы видим, что длительные режимы холодовой акклимации оказывают влияние на состояние микрогемоциркуляции в печени крыс, в отличие от острого холодового стресса. При этом сами режимы приводят к различным изменениям в микрогемоциркуляции в зависимости от вида холодового воздействия. РХА способствует более значительному увеличению как диаметров микрососудов, так и относительной площади, занимаемой ими, чем при НХА.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ДИСПЕПСІЮ

Ляховченко Н.А.

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

Пацієнти із функціональною диспепсією (ФД) є складною категорію хворих. У структурі захворювань травної системи ФД займає перше місце з частотою від 30 до 60 % за даними літератури. Статистичні показники свідчать про те, що ФД лікарями України діагностується у 10 разів рідше. Труднощі виявляються починаючи з обстеження хворого, встановлення діагнозу, призначення лікування. Значущою проблемою є оцінка ефективності різноманітних схем лікування, у тому числі і еридакаційної терапії.

Мета дослідження: оцінка якості життя у хворих на ФД.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 50 пацієнтів: 30 хворих на ФД (1 група) та 20 практично здорових (ІІ група). Вік хворих варіював від 18-58 років, середній вік хворих – (35,5 ± 2,6) років. Усіх пацієнтів обстежували відповіднод до адаптованої клінічної настанови, що побудована на доказах “Ведення диспепсії у дорослих” (Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. № 600). Оцінку якості життя (ЯЖ) проводили за допомогою української версії опитувальника Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36), визначаючи фізичне функціонування, рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, інтенсивність болю, загальний стан здоров’я (ЗЗ), життєву активність, соціальне функціонування, рольове функціонування (РФ), що зумовлене емоційним станом та психічне здоров’я.

Обговорення результатів. Під час вивчення характеристик ЯЖ виявлено, що у хворих на ФД сумарна оцінка фізичної компоненти здоров’я була нижчою на 40,5 % порівняно зі здоровими особами, психічної компоненти – на 34,7 %. Показники ЗЗ не відрізнялися у хворих обох груп, в той час коли психічної складова ФЖ була нижчою ($p < 0,05$) у хворих на ФД. Відзначається вірогідне зниження показника РФ, у хворих на ФД (44,3 ± 12,3) у порівнянні з практично здоровими особами (85,02 ± 4,6) бала; $p < 0,05$).

Висновок. У хворих на ФД установлений прямий кореляційний зв’язок між загального стану здоров’я на показниками ЯЖ. Надалі необхідно враховувати показники ЯЖ при веденні хворих із даною патологією та оцінці ефективності різних схем лікування.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Проблема лікування синдрому паркінсонізму (СП) залишається актуальною і потребує великих зусиль для адекватної корекції рухових розладів. Тому гостро постає проблема покращання медичної допомоги хворим на СП шляхом поглиблення знань лікарів первинної ланки.

Паркінсонізм – це прогресуюче нейродегенеративне захворювання нервової системи, основними проявами якого є рухові порушення, порушення вегетативної регуляції, когнітивних функцій, емоційної сфери, які можуть призвести до інвалідізації. Все це зумовлює необхідність розробки і впровадження в практику більш ефективної системи реабілітації хворих. Тому лікарю загальної практики необхідно відпрацювати комплексний підхід до реабілітаційних заходів цих пацієнтів, які повинні бути спрямовані на відновлення або збереження особистістного та соціального статусу хворого. В теперішній час виділяють наступні напрямки лікування пацієнтів із хворобою Паркінсона (ХП): нейропротекторна терапія, мета якої – уповільнити процес дегенерації дофамінергічних нейронів в нігростріарних структурах головного мозку; патогенетична та симптоматична терапія, мета якої – контроль основних симптомів ХП за рахунок корекції нейрохімічного та нейрофізиологічного дисбалансу, що виник у головному мозку; фізична та соціально-психологічна реабілітація, мета якої є підвищення якості життя хворих.

Реабілітація цих хворих повинна мати перманентний характер, передбачати психологічні заходи виховної дії з метою корекції змін в поведінці, а також консультування сімей, в яких мешкають ці хворі. Необхідно пам’ятати, що повністю позбавитись симптомів ХП неможливо, тому сімейному лікарю необхідно досягати стану, який дозволив би хворому обходитись без сторонньої допомоги. Лікування ХП не обмежується лише призначенням лікарських засобів. Оскільки захворювання порушує взаємодію хворого з родиною та друзями, сімейному лікарю необхідно давати їм поради, які зробили би життя хворого більш спокійнішим. Важливо знайти нове застосування інтелектуальних та фізичних можливостей хворого в домашніх умовах. Родина повинна встановити повне порозуміння з хворим. Суттєво, щоб сімейний лікар володів методами раціональної психотерапії.

Таким чином, створення психологічного настрою на видужання, боротьби з депресією, соціальною ізольованістю є запорукою успіху всіх напрямків реабілітації. Тільки такий комплексний підхід може забезпечити виконання як медико-біологічної задачі (відновлення порушених функцій), так і медико-соціальної задачі (пристосування хворих, які мають дефекти, до життя).

ВІТЧИЗНЯНА ЕФІРООЛІЙНА КОМПОЗИЦІЯ «ІНГАЛАР» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Малкович Н.М., *Малкович Я.І.

Буковинський державний медичний університет,

**КМУ «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці, Україна*

Препарати з вмістом ефірних олій здавна застосовуються в медицині завдяки широкій палітрі лікувальної дії. В клінічній пульмонології в основному використовуються ефірні олії евкаліпту та ялиці, їх комбінація застосовується як зовнішньо, так і всередину, володіючи зігрівальною, протизапальною, антисептичною, муколітичною, експекторальною активностями, здатністю нормалізувати муко-циліарний кліренс бронхів та назальної слизової.

Вітчиняний комплекс «Інгалар» (АТ «Галичфарм», корпорація «Артеріум») включає окрім евкаліптової та ялицевої олій ще олію м'яти, терпентинову олію та ментол, розчинені у вазеліновій олії. Зовнішнє використання «Інгалару» має кілька модифікацій. Це, насамперед, парові інгаляції, що спричиняють значну протинабрякову, протизапальну, муколітичну та антисептичну дії у пацієнтів, що страждають на риніт, риносинусіт, фарингіт, ларингіт, трахеобронхіт. Опосередковане, напряме інгалювання активних середників «Інгалару» реалізується при розтираннях, легкому масажі грудної клітки з кількома краплями цього препарату.

Засіб може з легкістю використовуватися для групової та індивідуальної профілактики гострих респіраторних інфекцій у трудових колективах. Для цього рекомендують розпилювання засобу за допомогою інгалятора або ж випаровування з бавовняної тканини. Індивідуальна профілактика респіраторних захворювань здійснюється за допомогою олійних ламп, що можна розміщувати на робочому столі або ж носити на шиї.

Застосування комплексного ефірооліного препарату «Інгалар» обмежене у пацієнтів з непереносимістю ефірних олій, в тому числі з алергічними реакціями на згадані середники. Обережно слід використовувати «Інгалар» у пацієнтів з підвищеною реактивністю периферійних бронхів, що найчастіше маніфестує у вигляді бронхіальної астми.

Перспективним є вивчення системних та локальних імуномоделювальних властивостей «Інгалару» у пацієнтів із затяжним та рецидивувальним перебігом гострого бронхіту та синусіту, оскільки з літературних джерел відомі рекомендації щодо тривалого використання ефірооліних засобів у осіб, що часто та тривало хворіють на гострі респіраторні інфекції.

APPLICATION OF PROTEFLAZIDUM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CONCOMITANT DIABETES MELLITUS

Malkovych N.M., Mykytyuk O.P.
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

The questions of immunorehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with accompanying pathological conditions and comorbidities are poorly resolved. The longer and severer periods of exacerbation of COPD are typical for patients suffering from diabetes mellitus type II (DM), caused that is by secondary immunosuppression, macro- and microangiopathies phenomena. Antibiotic therapy at purulent exacerbation of COPD is a highly effective etiological treatment, but does not solve the problems of pathogenetic correction of immune defect, prevention of long periods of respiratory tract mucous inflammation.

The research goal is to approve application of herbal remedy Proteflazidum (Екофарма, Ukraine) in complex treatment of patients with COPD and concomitant DM.

38 patients with COPD stage II (age 48 to 65 years) were involved in the research. The ratio male:female was 3:1. All subjects suffered from DM II type. Patients were divided into 2 groups. Patients of comparison group (9 patients) received standard therapy. 29 patients of principal group received Proteflazidum in addition to the standard therapy.

Estimation of cellular immunity in patients with COPD demonstrated that in 36 cases (94,7 %) in the period of disease exacerbation changes in the immune status were detected. The degree of violations of the T-lymphocytes quantity was heterogeneous – were changes medium degree in 55,5 % subjects, moderately changed reactivity occurred in 44,4 % cases. The results of the study showed that complex treatment of patients with COPD with the inclusion of Proteflazidum contributed to a more accurate normalization of T-lymphatic system in comparison with patients' immunity indexes in comparison group. In particular, T-lymphocytes level in patients treated with Proteflazidum increased by 1,4 times, while in comparison group - by 1,02 times. Number of active types of T-lymphocytes in the researching group increased in 1,5 times and in the comparison group – in 1,07 times. The levels of T-helpers and T-suppressors in the principal group increased correspondently by 1,57 and 1,35 times. A trade of improved of these indices was observed in the comparison group too, but dynamics was insignificant.

Patients were recommended to continue application of Proteflazidum preparation with prevention purpose following some schedule for 3 weeks in future.

КЛАСС ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QT И ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Мальцева М.С., *Волков Д.Е., *Лопин Д.А., Яблучанский Н.И.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина,

**ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков*

Обследованы 135 пациентов (68 мужчин и 67 женщин) в остром послеоперационном периоде (3-5 сутки) после имплантации электрокардиотимулятора (ЭКС): 89 пациентов с преимущественно правожелудочковой стимуляцией (RiV) (более 50 % стимуляции), 18 – бивентрикулярной стимуляцией (BiV) (более 50 % стимуляции обоих желудочков), 29 – преимущественно предсердная стимуляция (АР) (более 90 %). Медикаментозная терапия была представлена группами препаратов: антикоагулянты; антиагреганты; сердечными гликозиды; амиодарон; ивабрадин; диуретики; антагонисты альдостерона; блокаторы бета-адренорецепторов; антагонисты кальция (производные дигидропиридина и производные фенилалкиламина); ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ); блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА); ингибиторы гидроксиметилглютарил коэнзима А (КоА) (статины). Частота назначения групп лекарственных препаратов оценивалась по общей выборке в целом и группам RiV, BiV и АР режимов стимуляции в классах нормальной, (квалифицированной) удлиненной и (квалифицированной) укороченной продолжительности интервала QTc. Для обработки данных использовались стандартные статистические процедуры с помощью Microsoft Excel.

Результаты показали, что в остром послеоперационном периоде после имплантации ЭКС пациенты наиболее часто получали препараты блокаторов бета-адренорецепторов (58 %), антиагреганты (55 %) и ингибиторы АПФ (39 %) и более редко статины (22 %), диуретики (21 %), амиодарон (16 %), антикоагулянты (13 %), БРА (13 %), сердечные гликозиды (7 %), антагонисты альдостерона (4%), антагонисты кальция (4 %), ивабрадин (1 %). Удлинение интервала QTc при BiV ЭКС ассоциировалось с увеличением частоты назначения ингибиторов АПФ (на 31 %); при всех режимах ЭКС: БРА (на 8-13 %), антагонистов альдостерона (на 7-30 %) и антиагрегантов (на 8-69 %). Пациенты после имплантации ЭКС нуждаются в индивидуализированном подходе в назначении медикаментозных средств с учетом в числе иных факторов продолжительности интервала QTc.

ВІДМІННОСТІ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ТА ОЖИРІННЯМ ІЗ ТА БЕЗ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ З ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТОЧКИ ЗОРУ

Мандрик О.Є., Дрозд В. Ю.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою дослідження було з'ясування клінічних та патогенетичних особливостей перебігу НАСГ та метаболічної інтоксикації за коморбідності із ГХ II стадії у порівнянні з ізольованим перебігом НАСГ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 120 хворих на НАСГ: з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням I ступеня (1 група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому. Середній вік пацієнтів склав (43,2 ± 5,31) років, чоловіків було 50, жінок 70 осіб. Метаболічну інтоксикацію оцінювали за вмістом у крові малонового альдегіду (МА) – кінцевого продукту вільнорадикального окиснення ліпідів (ВРОЛ), за вмістом у крові стабільних метаболітів монооксиду нітрогену (NO) (нітритів, нітратів) за методом L.C. Green із співавт., дезінтоксикаційну функцію печінки вивчали за активністю аргінази та вмістом у еритроцитах глутатіону відновленого – основного чинника системи антиоксидантного захисту (АОЗ) за методикою І.Ф.Мещишена.

Результати дослідження. Встановлено суттєве зростання інтенсивності ПОЛ за зростанням вмісту МА в еритроцитах у хворих 2а та 2в груп – відповідно на 44,3 % та 66,5 % ($p < 0,05$) проти 18,1 % та 31,3 % ($p < 0,05$) у 1а та 1в групах із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). За коморбідності з ГХ також було встановлено вищу інтенсивність нітрозитивного стресу (за вмістом нітритів/нітратів), яка зростала із збільшенням ступеня активності цитолітичного синдрому. Водночас, система детоксикації та протиоксидантного захисту була пошкоджена у хворих на НАСГ із ГХ більш істотно: вміст ГВ у еритроцитах знижувався у напрямку 1а, 1в, 2а, 2в і був нижчий від нормативний показників відповідно у 1,2 рази, 1,5, 1,8 та 2,3 рази ($p < 0,05$). Отже, коморбідність з ГХ є потужним патогенетичним чинником взаємообтяження внаслідок наростаючої метаболічної інтоксикації.

Висновок: у хворих на НАСГ із МС встановлено значну інтенсивність метаболічної інтоксикації, причому усі показники були вищі за коморбідності з ГХ.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОЦЕССЕ ЛОНГИТУДИНАЛЬНОГО НАБЛЮБДЕНИЯ

Маркозова Л.М.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

В течение последних двух десятилетий изучение нарушений гепатобилиарной системы у лиц с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) остается актуальным (Л.М. Маркозова, 1996-2013гг).

Цель: провести сравнительный анализ биохимических показателей крови (БХПК) у лиц мужского пола с зависимостью от ПАВ в динамике.

Методы: клинико-биохимический, аналитический, статистический.

Обследование лиц мужского пола с АЗ (n = 7) проведено при первичном и повторном поступлении в стационар на базе отделения № 2 КЗОЗ «ХОКНБ», в среднем ремиссия между обследованиями у 72 % лиц составила (1,77 ± 0,42) лет. Средний возраст обследованных – (36,14 ± 1,96) лет.

Результаты. В результате исследований выявлено, что впервые ПАВ пациенты попробовали в (21,71 ± 2,59) г. Формирование синдрома отмены ПАВ происходило в течение (1,79 ± 1,04) г. Длительность течения болезни – (4,0 ± 0,31) г. Все пациенты употребляли кодтерпин (средняя суточная доза – (56,0 ± 12,88) таблеток). Амнестические нарушения отмечались в течение последних (4,14 ± 1,24) г в 86 % случаев. Впервые лечились 57 % лиц. При осмотре у пациентов имела место боль при пальпации печени, увеличение ее размеров до 12 см. В результате анализа БХПК выявлено, что у 100 % лиц имеет место воспалительный процесс в печени, что подтверждается высокими значениями трансаминаз. Так при первичном обследовании средние уровни трансаминаз соответствовали АлАТ – (1,77 ± 0,27) ммоль/ч-л, АсАТ – (1,02 ± 0,2) ммоль/ч-л, при повторном – (1,9 ± 0,31) ммоль/ч-л, АсАТ – (1,11 ± 0,16) ммоль/ч-л соответственно. Имела место положительная динамика со стороны поджелудочной железы (ПЖ). Так, средние первичные показатели альфа-амилазы – (7,72 ± 1,16) ммоль/г.ч.л, повторные – (5,5 ± 0,73) ммоль/г.ч.л. Показатели общего билирубина (ОБ) при первичном обследовании в пределах нормы ((15,13 ± 2,28) мкМ/л), при повторном имела место тенденция к увеличению уровня ОБ ((18,06 ± 4,37) мкМ/л). Следует отметить, что значения БХПК не являются статистически достоверными. Показатели тимоловой пробы, бета-липопротеидов и церулоплазмина в пределах нормальных величин в обоих случаях.

Вывод. Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о хроническом воспалительном процессе в печени у лиц с зависимостью от ПАВ с частичным вовлечением ПЖ на фоне неизмененной белоксинтезирующей функции при условии воздержания от приема ПАВ в течение двух лет.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ГРУПАХ ОСІБ З УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Маркозова Л.М.

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

Важливе значення у становленні та тривалості ремісії у осіб наркологічного профілю має показник якості життя (ЯЖ) не тільки хворих, але й родичів хворих. Попередніми дослідженнями (Маркозова Л.М., 2004-2013) встановлені особливості в оцінці показників ЯЖ родичів залежно від ступеню стану відміни хворого, виду психоактивної речовини (ПАВ).

Мета: зробити порівняльний аналіз якості життя (ЯЖ) в групах осіб з ураженням гепатобіліарної системи з різними видами хімічної залежності.

Методи: анкетний; статистичний; визначення ЯЖ за методикою Mezzich. Обстеження проведено на базі відділення №2 КЗОЗ«ХОКНЛ» (n = 24). Пацієнтів розподілено на групи: 1 група - залежні від алкоголю [А] (n = 12); 2 група – від опіоїдів (n = 12).

В результаті обстеження встановлено, що ЯЖ була оцінена особами залежними від А вище, ніж особами, залежними від наркотичних речовин (НР) за загальним сприйняттям ЯЖ. Так, в 1 групі цей показник складав (5,92 ± 0,77) балів, в 2 групі – (4,58 ± 0,0,51) балів відповідно. Розбіжності між групами залежних від А та залежних від НР були за показниками «Фізичне благополуччя» (6,0 ± 0,84) балів проти (3,67 ± 0,4) балів відповідно; «Працездатність» (6,08 ± 0,86) балів проти (3,92 ± 0,6) балів відповідно; «Соціо-емоційна підтримка» (7,33 ± 0,66) балів проти (4,75 ± 0,55) балів відповідно; «Духовна реалізація» (5,75 ± 0,78) балів проти (3,75 ± 0,54) балів відповідно ($p < 0,05$). Найбільша розбіжність між першою та другою групами обстежених спостерігалась за показником «Міжособистісна взаємодія» (7,67 ± 0,58) балів проти (4,17 ± 0,6), відповідно ($p < 0,01$). За рештою показників ЯЖ («Психологічне благополуччя» (5,92 ± 0,73) балів проти (4,08 ± 0,62), відповідно; «Самообслуговання» (6,33 ± 0,83) балів проти (5,0 ± 0,46),\ відповідно; «Підтримка суспільства» (6,5 ± 0,9) балів проти (4,5 ± 0,89), відповідно; «Власна реалізація» (5,92 ± 0,92) балів проти (4,42 ± 0,62) балів, відповідно) у залежних 1 та 2 групи розбіжності носили недостовірний характер.

Таким чином, найнижчі значення показників ЯЖ спостерігались серед залежних від НР за рахунок порушення міжособистісних відношень, зниження фізичного комфорту, працездатності, соціо-емоційної підтримки та низької духовної реалізації, ніж серед залежних від А. У зв'язку з отриманими результатами розроблені схеми купірування проявів синдрому відміни в залежності від виду психоактивної речовини та розроблені мери превентивного характеру щодо подовження ремісії.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Маркозова Л.М., Аборнева Л.И., Антонова О.А., Катаргина Г.М., Лопина Н.Г., *Бенько Е.Г.

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», *ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков*

В последние годы отмечается увеличение числа лиц, злоупотребляющих одним фармакологическим препаратом или их комбинацией. Наиболее часто пациенты употребляют препараты кодеина, производные гамма-аминомасляной кислоты (баклофен), аналгетик (налбуфин), а также препараты кустарного изготовления (ацетилированный опий – АО).

Цель работы: изучение клинико-биохимических данных у лиц с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ).

Методы: клинический, биохимический, статистический.

Обследование лиц мужского пола с АЗ (n = 12) проведено на базе отделения №2 КЗОЗ «ХОКНБ» (средний возраст – (31,92 ± 1,76) год).

В результате исследования выявлено, что начало приема ПАВ происходило в среднем в (23,67 ± 1,07) г; формирование синдрома отмены ПАВ – в течение (1,38 ± 0,34) г. Длительность болезни составила (7,01 ± 1,88) лет. В большинстве случаев суточные дозы были следующими: кодтерпин 40-100 таблеток/баклофен 150 мг по 4-10 таблеток/налбуфин по 10-20 мг 2 раза в/в или раствор АО как в/в, так и перорально в комбинации с препаратами кодеина. Амнестические нарушения в среднем отмечались в течение последних (4,26 ± 1,25) лет. В 17 % случаев имели место эпилептические припадки на фоне отмены ПАВ. При первичном осмотре обследованных отмечалась боль при пальпации печени, плотный край которой определялся на 3-12 см ниже края реберной дуги. Из жалоб указывали на тошноту, рвоту, горечь в ротовой области, метеоризм, боль в области печени, у 34 % лиц иррадиирующую в область правой лопатки/ подключичную область справа. В 84 % случаев имели место проявления токсического колита. При анализе биохимических показателей (БХП) крови - гиперферментемия (в среднем АлАТ (2,7 ± 0,35) мМ/ч-л, АсАТ (1,81 ± 0,24) мМ/ч-л); имела место тенденция стремления показателей билирубина и церулоплазмина к верхней границе нормы; остальные БХП крови не превышали нормы. Следует отметить, что у лиц, злоупотреблявших АО показатели нарушения ферментативной функции печени в 1.5-2 раза превышали средний показатель по группе ($p < 0,01$).

Вывод. Таким образом, у лиц с зависимостью от ПАВ с формированием в короткие сроки синдрома отмены ПАВ имеют место признаки хронического холецистита, выраженность которых коррелирует с дозой и видом ПАВ.

ФАКТОРИ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН З ОБ'ЄКТАМИ НЕХІМІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Маркозова Л.М., Бараненко О.В.

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

В останні роки спостерігається конкуренція різних психоактивних речовин (ПАР) та об'єктів нехімічного походження за споживача в Україні. Звісно, що за рівнем вживання тютюну Україна в світі посідає 4 місце, а за рівнем вживання алкоголю – 5 місце. Попередні дослідження довели наявність взаємовідносин поміж ПАР та об'єктами нехімічного походження.

Мета: визначення факторів, що впливають на взаємодію психоактивних речовин (алкоголь, тютюн) з об'єктами нехімічного походження.

Методи: анкетний, аналітичний, статистичний.

Проведено обстеження студентської молоді (n = 305, з котрих 95 – чоловічої статі, 210 – жіночої).

В результаті обстеження визначені фактори, які мають певну ступінь взаємовпливу та взаємодії психоактивних речовин (ПАР) з об'єктами нехімічного походження. Так, спадкова обтяженість знижує кооперацію, за звичай пацієнти вживають тютюн/тютюн та алкоголь, рідше – алкоголь. Фактор освіти сприяє конкуренції між вживанням тютюну та читанням. Матеріальна забезпеченість знижує ступінь кооперації алкоголю зі забороненими різновидами об'єктів нехімічного походження (азартні ігри, шопінг, ігрові автомати, інші). Фактор доступності до алкоголю, тютюну підвищує кооперацію поміж вживанням алкоголю та вживанням тютюну, а також об'єктами нехімічного походження, на котрі не треба витрачати гроші або необхідна невелика їх кількість (телебачення, інтернет, комп'ютер, інші). Наявність соматичної патології підвищує кооперацію між різними видами об'єктів хімічного (алкоголь, тютюн) та нехімічного походження (поширення спектру залежної поведінки). Наявність супутньої психопатології, зокрема афективного спектру, сприяє широкій кооперації алкоголю, тютюну з об'єктами нехімічного походження.

Вывод. Таким чином, встановлені фактори, які посилюють кооперацію поміж ПАР (алкоголь, тютюн) та об'єктами нехімічного походження (фактор доступності до алкоголю, тютюну, наявність соматичної патології, наявність психопатології) та фактори, які знижують кооперацію (спадкова обтяженість, матеріальне забезпечення). Виключена кооперація між вживанням табаку та читанням.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Марута Н.А., Колядко С.П., Каленская Г.Ю.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Основную группу составили 52 пациента с тревожно-фобическими расстройствами, группу сравнения – 36 человек из общей популяции. Были использованы следующие методы исследования: интегративный тест тревожности, Я-структурный тест G. Ammon, модификация методики определения копинг-стратегий E.Heim, методы статистического анализа данных. В структуре личности больных с невротическими расстройствами были выделены отличительные особенности, заключающиеся в преобладании деструктивной тревоги и агрессии (86 % и 63 % соответственно), дефицитарного внешнего и внутреннего Я-отграничения (75 % и 68 %, соответственно) и деструктивно-дефицитарного нарциссизма (62 %). Полученные данные свидетельствуют о невозможности пациентов самостоятельно совладать с тревогой, избегании контактов и решения новых жизненных задач, неспособности регулировать близость и дистанцию в отношениях с другими людьми, снижении продуктивности в результате наплыва тревоги как защиты от требований реальности, неспособности выносить критику окружающих, отказе от собственных интересов и потребностей ($t = 2{,}435$, $p \leq 0{,}05$). У больных с тревожно-фобическими расстройствами среди когнитивных копинг-стратегий преобладали «растерянность» и «смирение» (56 % и 72 %, соответсвенно), среди эмоциональных копинг-стратегий – «покорность» и «пассивная кооперация» (61 % и 45 %, соответсвенно), среди поведенченческих – активное избегание (83 %). Полученные данные свидетельствуют о преобладании дезадаптивных стратегий поведения данной категории больных в ситуации фрустрации ($t = 2{,}841$, $p \leq 0{,}01$). Структура тревоги у больных с тревожно-фобическими расстройствами отличалась высокими показателями как личностной (74,43 %), так и ситуационной тревоги (87,21 %), фобического компонента тревоги ($p \leq 0{,}001$), эмоционального дискомфорта ($p \leq 0{,}01$), социальной реакции защиты ($p \leq 0{,}025$) и тревожной оценки перспективы ($p \leq 0{,}05$), что может свидетельствовать о тотальной тревожной оценке происходящих событий в жизни пациентов, что, в свою очередь, приводит к нарушению социально-психологической адаптации и лежит в основе низких компенсаторных возможностей пациентов. В результате проведенного исследования было установлено, что у больных с тревожно-фобическими расстройствами наблюдается нарушение адаптивных процессов, в основе которых лежат особенности структуры личности, специфика проявлений тревоги и неадаптивные копинг-стратегии, влияющие на развитие тревожных расстройств, что необходимо учитывать при проведении психокоррекции и профилактических мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИЙ, КОМОРБИДНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Марута Н.А., Назарчук А.А., Денисенко М.М.

ДУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Проблема коморбидности депрессий является существенным препятствием в реализации их своевременной диагностики и эффективной терапии, что и определило цель данного исследования - изучить клинико-психопатологические особенности протекания депрессий, коморбидных с алкогольной зависимостью для дальнейшей разработки критериев их диагностики и принципов терапии.

Основную группу исследования составили 75 больных с депрессивным эпизодом (F32.0-F32.1), сопровождающимся коморбидной алкогольной зависимостью; группу контроля - 52 больных с депрессивным эпизодом (F32.0-F32.1) без коморбидной патологии.

В качестве методов исследования использовались: структурированное психопатологическое интервью, опросник выраженности психопатологической симптоматики (Simptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) и оценочная шкала депрессии Гамильтона (HDRS).

Установлено, что депрессии, коморбидные с алкогольной зависимостью характеризовались преобладанием астено-анергического (24,0 %) и апато-адинамического (21,3 %) синдромальных вариантов депрессивных расстройств умеренно-выраженной степени тяжести ((18,2 ± 3,1) балла) и проявлялись в виде межличностной сензитивности (в 52,0 % случаев, при $p < 0,05$) с высоким уровнем (в 64,0 % случаев, при $p < 0,05$) и интенсивностью (в 68,0 % случаев, при $p < 0,05$) психического дистресса.

В структуре депрессивной симптоматики у больных с коморбидной алкогольной зависимостью отмечалось преобладание среди двигательных расстройств умеренно-выраженной заторможенности ((3,1 ± 0,7) балла) и рудиментарных двигательных расстройств (58,7 %); среди расстройств мышления и когнитивных функций – ригидности мышления (61,3 %), снижения уровня концентрации внимания (44,0 %), умеренно-выраженного снижения работоспособности и активности ((2,9 ± 0,6) балла), быстрой истощаемости психической деятельности (29,3%) и постоянного ощущения усталости (24,0 %); среди эмоциональных расстройств – ангедонии (36,0 %) и безразличия (21,3 %); среди соматовегетативных расстройств – гипергидроза (24,0 %), поздней бессонницей ((3,1 ± 0,8) балла), тремора (42,7 %) и сексуальных нарушений (38,7 %).

Выделенные в ходе исследования клинико-психопатологические особенности депрессий, коморбидных с алкогольной зависимостью, могут служить критериями их диагностики и выступать в качестве основных мишеней терапии.

РИСК-ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У МУЖЧИН

Марута Н.А., Яцина А.Т., Марута О.С.

ДУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Цель исследования – изучить роль конституционально-биологических, экзогенно-органических, социальных и психотравмирующих факторов в формировании суицидального поведения при депрессивных расстройствах у мужчин.

В работе применялся клинико-психопатологический метод, включающий анализ жалоб, анамнестических данных, соматического и психического состояния больного, дополненный психодиагностическим опросником К. Леонгарда-Шмишека для определения характерологических особенностей обследованных.

В исследовании приняло участие 117 мужчин с депрессивными расстройствами, из которых 62 человека с депрессивной реакцией (F43.21) и 55 – с депрессивным эпизодом (F32.0, F32.1). Основную группу исследования составили 45 мужчин с признаками суицидального поведения в структуре депрессивных расстройств; контрольную - 72 мужчины с депрессиями без суицидального поведения.

В результате исследования выявлено, что факторами риска формирования суицидального поведения при депрессивном эпизоде у мужчин (F32.0-32.1) являются: средний возраст (54,8 ± 7,6) года; воспитание в неполной семье (44,8 %); наследственная отягощенность алкогольной зависимостью (31,0 %); акцентуированные дистимические ((22,0 ± 0,5) баллов) личностные особенности (75,9 %); наличие сопутствующих хронических заболеваний мочеполовой системы (48,3 %); хронических стрессовых воздействий (62,1 %), связанных с одиночеством и проблемами в личных отношениях (65,5 %).

К факторам риска формирования суицидального поведения у мужчин с пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21) относятся: средний возраст (61,6 ± 3,3) года; семейное положение вне брака (81,3 %); статус пенсионера (56,3 %); акцентуированные аффективно-ригидные ((21,1 ± 0,5) баллов) личностные особенности (62,5 %); плохие материально-бытовые условия жизни (56,3 %); сопутствующая алкогольная зависимость (50,0 %); острые стрессовые воздействия (75,0 %), связанные с уходом на пенсию или перспективой увольнения (81,3 %), угрозой или потерей социального статуса (75,0 %).

Полученные данные представляется целесообразным учитывать при разработке гендерно-ориентированных диагностических и терапевтических программ, направленных на профилактику суицидального поведения при депрессиях.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Марциник Е.Н., Чурсинова Т.В., Пастарус Л.Н., Крайняк Т.Л.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия»,
КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС»,
Украина

Согласно современным рекомендациям по лечению сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа), следует отдавать предпочтение комбинированной терапии с использованием различных классов пероральных сахароснижающих препаратов, а также препаратов инсулина, при этом базисной терапией является метформин.

Цель исследования – изучение влияния комбинированной сахароснижающей терапии, а именно метформина и ингибиторов дипептидилпептидазы-4, а также метформина и тиазолидиндионов на уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1C), индекс инсулинорезистентности (ИР) у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 45 до 63 лет (средний возраст – (54,58 ± 1,18) года), все пациенты в качестве базисной терапии принимали метформин в дозе 2000 мг/сут. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от вида проводимой терапии. Пациентам 1-й гр. (n = 14) к метформину добавлялся саксаглиптин в дозе 5 мг/сут., пациенты 2-й группы (n = 12) получали метформин и пиоглитазон в дозе 15 мг/сут. Всем больным определялся уровень HbA1C, иммунореактивного инсулина. Инсулинорезистентность (ИР) оценивали на основании индекса HOMA по формуле: концентрация инсулина (мкЕД/мл)×глюкоза крови натощак (ммоль/л)/22,5. ИР диагностировали на основании увеличения данного показателя более 2,77. Длительность наблюдения составила 6 месяцев.

Результаты исследования. Согласно полученным данным, через 6 месяцев комбинированной терапии у пациентов обоих групп выявлено достоверное снижение HbA1C – 0,65 % в 1-й группе, p = 0,002, и 0,59 % во 2-й группе больных, p = 0,012. Также выявлено достоверное снижение индекса HOMA, более выраженное у больных 2-й группы с (6,51 ± 0,83) до (3,36 ± 0,72), p = 0,009, у пациентов 1-й гр. индекс уменьшился с (5,63 ± 0,76) до (3,42 ± 0,65), p = 0,036.

Выводы. Комбинированная терапия метформином и саксаглиптином, а также метформином и пиоглитазоном была эффективна как в отношении влияния на гликозилированный гемоглобин, так и в отношении снижения инсулинорезистентности.

ПРОФІЛАКТИКА СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Масік Н.П.

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

Мета: оцінити вплив профілактичного прийому вітаміну D і препаратів кальцію у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) з діагностованою системною остеопенією.

Проведено комплексне обстеження 696 хворих на ХОЗЛ, які отримували базисну терапію, що включала бронхолітичні засоби пролонгованої дії та муколітичні препарати. У пацієнтів III і IV стадії ХОЗЛ з анамнезом частих загострень додатково призначали інгаляційні глюкокортикоїди (і-ГКС) (всього 10,49 % хворих). Середньодобова доза і-ГКС при цьому становила (537,2 ± 188,4) мкг еквівалентних беклометазону.

Структурно-функціональний стан кісткової тканини досліджували за допомогою ультразвукового денситометра «SONOST-2000», що вимірює час проходження ультразвукової хвилі через п'яткову кістку.

Згідно з рекомендаціями Робочої групи ВООЗ (1994 рік) для оцінки результатів остеометрії використовується T-score: норма - T-score від 0 до -1 SD. Залежно від ступеня втрати кісткової тканини розрізняють остеопороз і остеопенію. Згідно з Європейськими рекомендаціями з діагностики та ведення остеопорозу у жінок в постменопаузальному періоді (Kanis J.A. et al., 2013), знижена кісткова маса при значеннях мінеральної щільності кісткової тканини по T-score від -1,1 SD до -2,5 SD є діагностичним критерієм остеопенії.

В результаті проведеного дослідження діагноз системної остеопенії різного ступеня інтенсивності встановлено у 252 хворих на ХОЗЛ II, III та IV стадії. З них, не усі пацієнти вимагали лікування з використанням остеотропних препаратів. Таке лікування показане при III ступені остеопенії, а це 30 хворих на ХОЗЛ. Представникам цієї групи призначали препарати кальцію в дозі 1000 мг на добу в комбінації з вітаміном D в дозі 400 МО впродовж 12 місяців. Аналіз змін ультразвукових характеристик структурно-функціонального стану кісткової тканини через рік прийому препаратів кальцію з вітаміном D встановив тенденцію до покращення, що підтверджується підвищенням значень індексу міцності на 3,73 %, швидкості поширення ультразвуку на 30,54 %, T-score на 14,17 %, Z-score – на 22,2 % в порівнянні з вихідними даними. Цей факт, на нашу думку, свідчить про позитивний результат профілактичного лікування.

Таким чином, можна стверджувати, що застосування препаратів кальцію з вітаміном D у хворих на ХОЗЛ стабілізує метаболічні процеси кісткової тканини і унеможливлює розвиток такого ускладнення як остеопороз. Підвищення ефективності профілактики обумовлено синергізмом дії профілактично-лікувальних заходів та лікарських засобів.

ВЛИЯНИЕ Taq1B ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CETP НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ

Масляева Л.В., Хайсам Абдалла, Панченко Г.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – оценить течение постинфарктного периода у больных с разными генотипами полиморфного локуса Taq1B гена белка-переносчика эфиров холестерина – CETP, принимавших симвастатин (С) и аторвастатин (А) в составе общепринятой базисной терапии.

Изучались частота и характер неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, количество потребовавшихся по этому поводу госпитализаций за 6 месяцев наблюдения. Больные принимали С и А в суточных дозах 40 мг и 20 мг в составе базисной терапии. Всего в исследовании участвовало 110 человек. Генотип B1B1 имели 31 пациент, B1B2 – 58, B2B2 – 21 больной.

В течение 6 месяцев не было зафиксировано ни одного «большого» кардиоваскулярного эпизода, а именно: сердечно-сосудистой смерти, повторного инфаркта миокарда (ИМ), мозгового инсульта или транзиторной ишемической атаки. На фоне приема С у больных с генотипом B1B1 отмечено 2 случая повышения функционального класса (ФК) стабильной стенокардии и 2 случая ухудшения течения хронической сердечной недостаточности (СН), что составило 12,9 % и привело к 2 госпитализациям. У лиц с генотипом B1B2 отмечено 6 случаев неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (10,3 %), которые носили такой же характер, как и у больных с генотипом B1B1. Повторных госпитализаций было 4. При применении А в группе больных с генотипом B1B1 был зарегистрирован 1 случай ухудшения течения стабильной стенокардии и 1 случай прогрессирования хронической СН. При этом потребности в стационарном лечении в этой группе больных не возникло. Частота сердечно-сосудистых осложнений составила 6,7 %. У больных с генотипом B1B2 отмечено 2 случая повышения ФК стабильной стенокардии и 2 случая повышения ФК хронической СН, что составило 7,8 %. Была зафиксирована 1 госпитализация. Совсем иная ситуация в прогностическом плане отмечалась у больных с генотипом B2B2: у пациентов, принимавших С, был зафиксирован 1 случай нестабильной стенокардии и возникла потребность в проведении 1 операции реваскуляризации. Частота всех неблагоприятных кардиоваскулярных событий составила 23,8 %. У постинфарктных больных с генотипом B2B2, принимавших А, отмечалось 2 случая нестабильной стенокардии. Частота всех сердечно-сосудистых осложнений составила 20,0 %.

Таким образом, из всех больных, перенесших ИМ, самый худший прогноз в раннем постинфарктном периоде имели пациенты с генотипом B2B2, которые независимо от примененного статина характеризовались более высокой частотой кардиоваскулярных осложнений и более серьезным их характером. При этом больные с генотипом B2B2 отличались толерантностью (нечувствительностью) к статинам.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МОТИНОРМУ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ВИРАЗКОВОЇ ДИСПЕПСІЇ

Матковська Н.Р., Скрипник Л.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Метою дослідження було оцінити вплив Мотинорму на прояви диспепсії у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК).

Обстежено 42 хворих на ВХДПК, серед яких було 15 жінок та 27 чоловіків віком (36,5 ± 4,8) років. Всіх хворих було поділено на 2 групи: I – 22 хворих, що отримували традиційне противиразкове лікування згідно Маастрихтського консенсусу III, II – 20 хворих, що отримували на тлі традиційного лікування Мотинорм в дозі 1т. тричі на добу за 10 хвилин до прийому їжі протягом 2 тижнів. Обстеження хворих проводили до лікування і через 2 тижні після початку лікування.

До лікування хворі відзначали біль в епігастрії (88,1 %), здуття живота (19,0 %), нудоту (95,2 %), блювання (33,3 %), метеоризм (54,8 %). Відповідно до проведеної фіброезофагогастродуоденоскопії у всіх хворих виявлено виразку дванадцятипалої кишки розмірами (0,70 ± 0,16) см х (0,66 ± 0,17)см. Після лікування в обох групах біль зменшився на 2-3-й день лікування, блювання у хворих I групи припинилося на 3-й день у той час, як у II-й групі – в перший день лікування ($p < 0,05$). В I-й групі нудота зменшилась на 3-й день лікування, а зникла на 6-й день. В II-й групі цей показник статистично достовірно зменшився порівняно з I групою на 2-й день лікування, на 3-й день всі хворі відзначили її відсутність ($p < 0,05$). Необхідно відмітити, що 80 % хворих II групи вказали на відмінну та 20 % – на добру переносимість препарату.

Таким чином, застосування Мотинорму можна рекомендувати хворим із проявами синдрому виразкової диспепсії.

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2013 РОЦІ

Мельник О.Г., [*]Боровик І.Г., Дюльдєва Т.А., Моргун Т.М.

НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,

[*]Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета: визначити проблемні аспекти щодо надання медико-санітарної допомоги працюючим в Харківській області та напрями роботи стосовно профілактики професійної захворюваності (ПЗ).

Згідно зі статистичними даними клініки НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, в 2013 році кількість потерпілих (П) внаслідок професійних захворювань (ПрЗ) становила 97 осіб. Діагностовано 192 ПрЗ, тобто у переважної більшості П встановлено діагноз більш одного ПрЗ. Як і в попередні роки, найбільшу кількість П в 2013 році зареєстровано в машинобудуванні (М). Відсоток працівників цієї галузі серед потерпілих є досить стабільним (становив 82,47 % у 2013 р.) і в останні роки перевищує 80, адже М є провідною галуззю промисловості Харківщини. На підприємства з виробництва промбудматеріалів припадає 8,24 %, інші галузі – 9,27 %.

У структурі ПЗ найбільший відсоток припадає на пилову патологію – 44,27% (85 випадків з 192 вперше встановлених діагнозів), у тому числі хронічний пиловий бронхіт (29,68 %) та пневмоконіози (14,58 %). Наступні рангові місця в структурі ПЗ посідають нейросенсорна приглухуватість – 30,72 %, захворювання опорно-рухового апарата – 8,85 % та вібраційна хвороба – 5,2 %. Існуючий розподіл ПЗ щодо пилової патології, в першу чергу, обумовлений недосконалістю застосовуваних технологій на підприємствах М. Серед потерпілих переважають особи чоловічої статі (54,64 %), а відсоток жінок становить 45,36 %. Щодо віку хворих, переважають працівники вікових груп 50-59 та понад 60 років, на яких припадає відповідно 60,82 % та 20,62 %, разом – 81,44 %. Діагноз ПрЗ вперше встановлений 3,09 % працівникам зі стажем роботи в шкідливих та небезпечних умовах до 10 років, відповідно 34,02 % – 10-19 років, 37,11 % – 20-29 років, 25,77 % – понад 30 років. Рангові місця окремих підприємств машинобудування стосовно кількості потерпілих внаслідок ПЗ є такими: Відкрите акціонерне товариство «Харківський тракторний завод» – 1, Державне підприємство (ДП) «Завод ім. Малишева» – 2, Публічне акціонерне товариство (ПАТ) «Харківський плитковий завод» – 3, ДП «Завод Електроважмаш» – 4, ПАТ «Турбоатом – 5.

Встановлення діагнозу декількох профзахворювань у П та високий відсоток осіб пенсійного віку серед П свідчать про наявність певних недоліків щодо медичних оглядів працюючих та багатофакторний вплив шкідливих виробничих чинників на робітників машинобудування.

Таким чином, в Харківській області є потреба щодо удосконалення медико-санітарної допомоги працюючим. Структура ПЗ та вклад в неї окремих підприємств свідчать про необхідність впровадження заходів профілактичного спрямування, у тому числі із захисту часом працюючих.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Мельничук Н.О., [*]Матвієнко І.Н., [*]Левицька Н.П.

Державна наукова установа «Науково практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ,

[*]ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. академіка Л.І. Медведя МОЗ України»

Харчовий раціон хворих на метаболічний синдромом повинен забезпечувати організм цілим комплексом різноманітних складових, частина яких є незамінними. Найбільш поширеним підходом до зниження маси тіла при метаболічному синдромі є призначення низькокалорійної, збалансованої по основних харчових складовим дієти. У осіб з ІМТ 25-30 кг/м^2 ступінь редукції енергетичної цінності може бути зведена до 1700-2000 ккал / добу.

Мета: обґрунтувати необхідність комплексного підходу до раціону харчування при метаболічному синдромі.

Методи дослідження Дослідження фактичного харчування проведено в амбулаторних умовах на основі розроблених анкет методом 24-годинного відтворення харчування з розрахунком раціону за допомогою комп'ютерної програми «Тест раціонального харчування». Дослідна група включала 121 особу, середній вік пацієнтів – (54,4 ± 7,9) роки, ІМТ = (30,2 ± 1,4) кг/м^2.

Отримані результати. Енергетична цінність раціону харчування хворих дослідної групи становила (1909,12 ± 324,6) ккал, яка забезпечувалась за рахунок білків на (16,9 ± 1,9) %, жирів на (34,9 ± 2,4) %, вуглеводів на (48,2 ± 8,9) %. Однак не дивлячись на відповідність загальної енергетичної цінності раціону рекомендованим величинам, протягом останніх 6 місяців маса тіла у хворих даної групи не зменшувалась. Спостереження свідчить, що хворі не завжди дотримувалися рекомендацій щодо обов'язкового споживання окремих груп продуктів рослинного походження і навпаки, часто має місце надмірне споживання продуктів, що містять тваринні білки, легкозасвоювані вуглеводи. Одночасно традиційні харчові продукти не в повному обсязі забезпечували повноцінне надходження окремих вітамінів, мінеральних речовин, амінокислот, поліненасичених жирних кислот, складних вуглеводів.

Висновок. Для формування збалансованого раціону харчування при метаболічному синдромі є необхідність включати не тільки традиційні продукти харчування, але і харчові продукти для спеціального дієтичного споживання та дієтичні добавки. Доцільним є доповнення раціону в межах рекомендованих рівнів клітковиною, омега-3 жирними кислотами, включення цих компонентів до традиційних рецептур з врахування індивідуальних особливостей конкретного пацієнта.

РОЛЬ КВЕРЦЕТИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ II ТИПА

Михайлова Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью исследования явилось определить эффект кверцетина на показатели функционального состояния почек (креатинин, скорость клубочковой фильтрации, цистатин С, β_2-микроглобулин при лечении пациентов с ХСН и ХСН в сочетании с ХБП.

Было обследовано 103 пациента с ХСН ишемического генеза (66,8 ± 9,8 лет). Первую группу составили 58 больных с ХСН в сочетании с ХБП, вторую – 45 пациентов с ХСН без ХБП. Контрольная группа - 20 практически здоровых лиц. Среди пациентов с ХСН и ХБП лечение кверцетином проводилось у 35 больных (I подгруппа), без кверцетина – у 23 больных (II подгруппа); в группе ХСН без ХБП – у 25 (III подгруппа), и 20 больных (IV подгруппа), соответственно. Уровень креатинина сыворотки крови определяли методом Яффе, содержание цистатина С, β_2 – микроглобулина в моче – иммуноферментным методом, скорость клубочковой фильтрации – по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study).

У пациентов определялось недостоверное снижение уровеней креатинина и повышение скорости клубочковой фильтрации во всех подгруппах. У пациентов с ХСН и сопутствующей ХБП в I подгруппе уровни цистатина С понижались на 19,7 % ($p < 0,01$), β_2-микроглобулина мочи – на 20,8 % ($p < 0,05$). Во II подгруппе соответствующие показатели уменьшились на 10,7 % ($p < 0,05$), 12,5 % ($p < 0,05$). У больных с ХСН без ХБП в III подгруппе происходило понижение уровней цистатина С на 26,6 % ($p < 0,01$), β_2 – микроглобулина мочи – на 32,3 % ($p < 0,01$), в IV подгруппе соответствующие показатели уменьшились на 17,7 % ($p < 0,05$), 20,4 % ($p < 0,05$), соответственно.

Лечение кардиоренального синдрома при ХСН должно быть направлено на улучшение структуры и функции как миокарда, так и почек. Дополнение стандартной терапии ХСН с сопутствующей ХБП и ХСН без ХБП кверцетином сопровождается дополнительными нефропротекторными эффектами, что реализуется в улучшении функциональной активности канальцевой и клубочковой функций почек при лечении кардиоренального синдрома II типа.

ОЦІНКА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Міщук В.Г., Яцишин Р.І., Бойчук В.Б., Шаповал О.А.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

В патогенезі гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) значна роль належить порушенням евакуації шлункового вмісту, змінам акомодації шлунка та змінам характеру секреції. За останні роки для вивчення моторно-евакуаторної функції (МЕФ) верхнього відділу шлунково-кишкового тракту при різних його патологічних станах все ширше використовується ^{13}С-октаноєвий дихальний тест [G.Keller et al., 2009; О.М.Кожевников, 2006]. Разом з тим МЕФ шлунка при ГЕРХ вивчена недостатньо.

Мета: вивчити стан МЕФ шлунка за допомогою ^{13}С-октаноєвого дихального тесту у хворих з різними формами ГЕРХ.

Матеріали і методи: обстежено 58 хворих на ГЕРХ та 10 здорових осіб. Поряд з проведенням добового моніторування pH у нижній третині стравоходу досліджували МЕФ шлунка за допомогою ^{13}С-октаноєвого дихального тесту. Як тестовий сніданок використовували бутерброд з маслом, яєчню, до якої додавали 100 мг ^{13}С-октаноєвої кислоти та склянку апельсинового соку. Збір альвеолярного повітря здійснювали в пластикові мішечки. У перші 2 години дослідження повітря збирали кожні 15 хв., у наступні 2 год. – кожні 30 хв. Аналіз повітря здійснювали на інфрачервоному аналізаторі IRIS. Будували криву концентрації $^{13}CO_2$ та обчислювали період напіввиведення твердої їжі зі шлунка (T1/2) та коефіцієнт спорожнення (GEC).

Результати та їх обговорення. У практично здорових людей T1/2 тестового сніданку становив (64,69 ± 2,17), а GEC – (3,97 ± 0,2). Співставивши отримані показники у хворих на ГЕРХ з параметрами у здорових нами виділено пацієнтів зі сповільненою (26 хворих), прискореною (21 хв.) та нормальною МЕФ шлунка (11 хв.). У хворих зі сповільненою моторикою шлунка T1/2 становив (139 ± 11,87) (p = 0,047), а GEC – (2,12 ± 1,34) (p = 0,034). Про прискорену МЕФ свідчило зменшення T1/2 до (45,25 ± 1,34) (p = 0,029) та збільшення GEC до (5,67 ± 0,22) (p = 0,047). При нормальній моториці T1/2 була (63,5 ± 6,4) (p = 0,05), а GEC – (4,15 ± 0,18) (p = 0,049). До 1 групи в більшості входили пацієнти з неерозивною формою ГЕРХ, в яких переважали лужні рефлекси (pH > 6 за добу склало 42 % (p = 0,044)), у хворих 2 групи переважала ерозивна форма ГЕРХ (pH < 4 за добу становило 45 % (p = 0,036)). При нормальній МЕФ шлунка однаково часто виявлялись неерозивна та ерозивна форми ГЕРХ, при цьому pH < 4 становило 34 % загального часу моніторування, а pH > 6 рівнялось 26 % (p = 0,7).

Висновок. У пацієнтів з неерозивною формою ГЕРХ спостерігалась сповільнена МЕФ шлунка та переважали лужні рефлюкси, а у хворих з ерозивною формою ГЕРХ відмічалась прискорена моторика шлунка та переважали кислі рефлюкси.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ

Молодан В.И., Кудрявцев А.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Синдром гиперкортицизма объединяет группу заболеваний, при которых происходит длительное воздействие на организм избыточного количества гормонов коры надпочечников, который бывает, обусловлен повышенной выработкой адренокортикотропного гормона вследствие микроаденомы гипофиза или эктопированной кортикотропиномы.

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

Целью работы являлось рассмотреть определение особенностей клинических проявлений, диагностики и лечения гиперкортицизма.

В эндокринологическое отделение ОКБ поступила женщина 42 лет с жалобами на общую слабость, боли в нижних конечностях, головные боли, подъемы АД до 175/110 мм. рт. ст., ухудшение остроты зрения, сердцебиение при физической нагрузке, давящие боли за грудиной, отеки лица, боли в поясничной области, избыточный рост волос на лице, выпадение волос на голове. Была обследована, на основании малой дексаметазоновой пробы был установлен диагноз: гиперкортицизм, которому сопутствовали и другие заболевания: сахарный диабет, впервые выявленный. Первичный гипотиреоз, впервые выявленный. Сросшиеся переломы обеих голеней, вторичный остеопороз, компенсаторный гиперостоз медиальной поверхности диафизов голеней. Хронический остеомиелит левой большеберцовой кости, ст. ремиссии. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Гипертензивное сердце. СН Іст.

Больной было проведено лечение: клотримазол 200 мг/сутки, L-тироксин 50 мкг/сутки, диетотерапия, на фоне которого состояние улучшилось, перестали выпадать волосы на голове, уменьшились проявления гирсутизма и отеки, нормализовались артериальное давление.

Гиперкортицизм – тяжелое заболевание, которое может привести к большому количеству осложнений, поэтому врач-терапевт должен быть нацелен на своевременное выявление данной патологии с последующим консультированием больного и проведением лечения у эндокринолога.

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТКИ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Молодан В.И.[1], Черняк А.Н.[2], Паштиани Р.В.[3], Лапшина Е.А.[1], Кадыкова О.И.[1]

[1]Харьковский национальный медицинский университет,
[2]ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины»,
[3]Харьковская городская клиническая больница № 27

Миеломная болезнь относится к парапротеинемическим лейкозам и характеризуется опухолевой пролиферацией плазматических клеток. Распространенность составляет 3 на 100тыс. населения в год. Случаи заболевания в возрасте до 40лет редки. Манифестация заболевания часто связана с клиническими проявлениями поражения костной системы, нарушения функции иммунитета, изменений в почках, анемии. Однако, может быть представлена и другими симптомами. Больная И., 74 года поступила с ведущими жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, усиливающаяся в положении лежа, чувство нехватки воздуха, отек живота. В анамнезе – страдает гипертонической болезнью более 10 лет, сахарный диабет 2 типа, хроническая болезнь почек. Объективно кожа бледная, иктеричность склер, корочки и расчесы в стадии заживления на коже конечностей и туловища, дыхание ослабленное в нижних отделах, АД 160/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах за счет отека и асцита передней брюшной стенки, мягкий, безболезненный. Отеки голеней и стоп. Учитывая вышеперечисленные данные была предположена декомпенсация хронической сердечной недостаточности. Из проведенных методов исследования были зафиксированы следующие патологические изменения: анемия, лейкоцитоз, протеинурия, лейкоцитурия, повышение уровней мочевины и креатитнина, снижение скорости клубочковой фильтрации; гепатоспленомегалия, наличие свободной жидкости в брюшной полости; застойные явления в легких, очаги деструкции ребер по данным рентгенографии органов грудной клетки. Были проведены рентгенография желудочно-кишечного тракта, осмотр гинеколога - данных за онкопатологию не выявлено. На рентгенографии костей черепа - миеломная болезнь, внутричерепная ликворная гипертензия. После консультации гематолога, проведения стернальной пункции принято решение о переводе пациентки в гематологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения с диагнозом: Миеломная болезнь. Лейкоз? Таким образом, данный клинический случай свидетельствует о необходимости повышенного внимания к пожилым пациентам с полиморбидностью, нефропатии кардиологических и эндокринологических больных, синтропической патологии, которая характеризуя разные заболевания проявляется одним симптомокомплексом.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Мосійчук Л.М., Демешкіна Л.В., Кушніренко І.В., Сердюченко О.М., Зигало Е.В., Васильєва І.О.

ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України", м. Дніпропетровськ

Відомо, що будь-яке соматичне захворювання, особливо хронічне або з тривалим перебігом, супроводжується нервово-психічними змінами. Психологічні фактори і психічні розлади можуть суттєво впливати на перебіг такого поширеного захворювання, як гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Саме тому в останні роки даному питанню приділяється все більше уваги фахівців-гастроентерологів.

Матеріали та методи досліджень. Під спостереженням знаходилося 30 хворих на ГЕРХ, поєднану з дисфункцією жовчовивідних шляхів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ДУ «ІГ НАМН України». Середній вік обстежених пацієнтів склав (42,3 ± 2,2) років, серед них було 14 жінок та 16 чоловіків.

Психологічні особливості досліджували за допомогою Minnessota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), який дозволяє вивчити персональні особливості хворих.

Усі отримані дані статистично оброблялися в програмі Microsoft Office Excel та SPSS .

Отримані результати. За даними MMPI у 76,7 % обстежених хворих мали місце зміни особистості. Найбільш часто у обстежених хворих відмічалися іпохондрічні (63,3 %), депресивні (43,3 %), паранойяльні (20,0 %) та психастенічні (20,0 %) особливості.

Підвищення профілю хоча б за однією шкалою у 80-90 балів спостерігалося у 8 (26,7 %) хворих и лише у 2 (6,7 %) – вище 90 балів, що свідчить про виражені і різко виражені зміни особистості. У той же час у половини пацієнтів (50,0%) було зафіксовано патологічне підвищення зразу за декількома шкалами: у 7 (23,3 %) хворих – дві шкали, у 4 (13,3 %) – три, у 3 (10,0 %) – чотири і 1 (3,3 %) – навіть п'ять шкал.

Висновки. У 76,7 % хворих мали місце зміни особистості, причому переважали іпохондричні та депресивні, а у половини пацієнтів було зафіксовано патологічне підвищення зразу за декількома шкалами, що безумовно впливало на перебіг захворювання і в більшості випадків потребувало консультації психотерапевта з подальшою психокорекцією.

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З БІЛІАРНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Мосійчук Л.М., Майкова Т.В., Петішко О.П., Парамонова К.В., Васильєва І.О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

В останні роки проблема захворювань шлунково-кишкового тракту, пов'язаних з порушенням моторно-евакуаторної функції, набуває все більшої актуальності, що обумовлено поширеністю патології та істотним погіршенням якості життя пацієнтів. **Мета дослідження** – визначити клініко-біохімічні та функціональні залежності при поєднанні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) з дисфункціями жовчного міхура (ЖМ) і сфінктеру Одді (СфО).

Матеріал і методи. Обстежено 30 хворих на ГЕРХ (46,7 % – жінок, 53,3 % – чоловіків), середній вік – (40,2 ± 3,0) роки. Функціональний стан ЖМ та СфО визначали методом динамічної сонографії. Статистична обробка здійснювалася за допомогою SPSS 13.0 for Windows.

Результати. У 64,3 % хворих на ГЕРХ встановлено гіпотонус СфО. Із скороченням латентного періоду жовчного рефлюксу зростала тривалість печії ($r = -0,52$; $p = 0,003$). Переважна більшість пацієнтів мали щоденну печію (42,5 %) тривалістю 15-30 хв. (48,2 %). Із гіпотонусом СфО зворотно корелювала концентрація холевої кислоти у міхуровій порції жовчі ($r = -0,56$; $p = 0,04$), яка у 90,5 % хворих була знижена у 2,7 рази ($p < 0,001$).

У хворих з гіперкінетичною дисфункцією ЖМ, що встановлена в третині випадків, збільшувалася частота скарг на нудоту ($r = -0,40$; $p = 0,03$), яку відзначали 37,5 % пацієнтів. Також гіперкінетичні розлади ЖМ сприяли зниженню концентрації глікохолевої кислоти у печінковій порції жовчі до (23,65 ± 0,95) % ($p < 0,001$), що підтверджено кореляційним зв'язком ($r = -0,51$; $p = 0,04$).

Перистальтична діяльність шлунка була зміненою у 82,4 % хворих. При цьому амплітуда перистальтичної хвилі (ПХ) прямо корелювала з концентрацією тауроконюгованої фракції у міхуровій порції жовчі ($r = 0,61$; $p = 0,04$), а частота ПХ зростала з тяжкістю уражень слизової оболонки дистального відділу стравоходу ($r = 0,51$; $p = 0,05$). Зворотна залежність виявлена між концентрацією глікокон'югатів у порції В жовчі (зниження у 1,4 рази до (33,54 ± 1,25) %) та амплітудою ПХ ($r = -0,65$; $p = 0,02$) і її частотою ($r = -0,64$; $p = 0,03$). При аналізі характеру шлункової евакуації встановлено збільшення часу евакуації в 1,7 рази показниками ($p < 0,01$), що асоціювалося зі зниженням в 90,5 % випадків концентрації холевої кислоти у порції В жовчі ($r = -0,75$; $p = 0,02$).

Висновки. Розлади моторно-евакуаторної функції ЖМ, СфО та шлунка у хворих на ГЕРХ, поєднану з біліарними дисфункціями сприяли зростанню частоти диспепсичних проявів та порушенням процесів жовчоутворення.

ENDOTOXEMIA AND ANTIENDOTOXIN IMMUNITY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Mukhametova D.[1], Abdulganieva D.[1], Zinkevich O.[2], Saphina N.[2], Koporulina M.[2], Odintsova A.[3]

[1]Kazan State Medical University, [2]Kazan State Medical Academy, [3]Republican Clinical Hospital, Kazan, Russian Federation

Intestinal microbiota, intestinal permeability and impaired immune system play an important role in the pathogenesis of inflammatory bowel disease (IBD). The main representatives of the colon are gram-negative bacteria. The component of external wall of these bacteria is an endotoxin. Determination of the concentration of endotoxin in the blood and the level of antiendotoxin antibodies in patient with IBD is actual.

Aim: to evaluate the concentration of endotoxin in the blood and antiendotoxin immunity in patients with ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD).

Materials and Methods: We prospectively included 121 patients with IBD (81 patients with UC – 77 in exacerbation and 4 in remission, 40 patients with CD – 31 in exacerbation and 9 in remission) and 15 healthy controls. All endotoxin concentration was determined in serum using a LAL reagent. The level of antiendotoxin Ig A, M and G in 40 patients with IBD (20 patients with UC and 20 patients with CD) in exacerbation were evaluated by immunoassay. We used glycolipid (GLP) Re - mutant *Salmonella minnesota* and lipopolysaccharide (LPS) *E. coli* O14 as antigen of endotoxin.

Severity of UC was assessed by Mayo score: mild UC was in 23 (30 %), moderate – 42 (54,4 %), 12 (15,6 %), in CD by CDAI: mild – 13 (42 %), moderate – 10 (32 %), severe – 8 (26 %).

Results. The increase of endotoxin level was observed during in the exacerbation of UC [(0,0086 ± 0,0003) EU/ml] ($p < 0,05$), remission [(0,0014 ± 0,0014) EU/ml] ($p > 0,05$) and during in the exacerbation of CD [(0,064 ± 0,04) EU/ml] ($p < 0,05$), remission [(0,012 ± 0,01) EU/ml] ($p < 0,05$) comparing with the control group [(0,00038 ± 0,0003) EU/ml]. There was a trend of increasing of endotoxemia with the increasing of UC severity. In case of mild UC mean endotoxin concentration was (0,005 ± 0,002) EU/ml, in moderate UC – (0,016 ± 0,011) EU/ml, and severe – (0,018 ± 0,017) EU/ml ($p > 0,05$). In patients with CD similar trend not been noted. There was marked the dependence of endotoxemia level from the localization of involvement in CD. In the group of patients with ileal involvement endotoxemia was (0,009 ± 0,003) EU/ml, colonic – (0,045 ± 0,04) EU/ml and ileocolonic – (0,14 ± 0,1) EU/ml ($p>0,05$). There was showed a decrease Ig A and Ig M to GLP Re-mutant *Salmonella minnesota*, LPS *E. coli* O14 ($p < 0,05$) and an increase antiendotoxin Ig G in IBD.

Conclusion. In patients with active UC and CD the endotoxin level in the blood is increased ($p < 0,05$), antiendotoxin Ig A, Ig M is decreased ($p < 0,05$) and antiendotoxin Ig G is increased. Increased endotoxin in the blood may indicate increased permeability of the bowel and chronic antigenic stimulation in IBD.

INFLAMMATORY LOW BACK PAIN FEATURES IN PRIMARY CARE

Myasoutova L., Lapshina S.
Kazan state medical university, Russian Federation

Low back pain is among the most frequent reasons for seeking medical care. Low back pain (LBP) of inflammatory origin deserves special interest as it can be a manifestation of a spondyloarthropathy (SpA). If a patient presents with LBP, diagnostic algorithm is quite complex.

Objectives. To evaluate incidence and features of rheumatic diseases in patients with inflammatory LBP (ILBP).

Methods and materials. All patients (65 patients, male – 55, female – 10, mean age – (32 ± 8,1) years) without define diagnosis and with ILBP according to ASAS criteria, who were referred to rheumatologist in Kazan municipal rheumatology center from October 2010 to April 2011, were included in the study. Work-up included physical examination, medical history, HLA-B27 detection, laboratory finings (ESR, CRP), X-ray of lumbar spine and sacroiliac joints, magnetic resonance imaging (MRI) of lumbar spine and sacroiliac joints, (1,5T, T1 and STIR). The number of patients with established diagnosis of ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA), axial and peripheral spondyloartropathy (SpA) and reactive spondyloartropathy (ReSpA) were analysed.

Mean duration of LBP was (3,3 ± 1,4) years, mean VAS score of LBP was (54 ± 14), BASDAI score – (4,1 ± 1,2). HLA-B27 was detected in 42 patients, sacroiliitis (filfilling the radiologic criterion for AS) was found to be present in 17 patients. 35 patients had inflammatory lesions on MRI, 18 patients had peripheral arthritis.

Results. The following diagnoses were set up according to actual criteria: AS – 17 patients, PsA – 6 patients, ReSpA – 7 patients, axial SpA – 18, peripheral SpA – 2 patients. In 15 patients ILBP was the only clinical feature.

Conclusions. In 77 % of cases ILBP was a manifestation of a form of SpA (including AS, PsA, ReSpA), requiring appropriate use of those criteria by primary care doctors for a timely diagnosis. Still, in a number o cases it can be the only clinical manifestation and patients do not fulfill criteria for any form of SpA. Those patients should be monitored closely.

КОМБІНОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АЛІСКІРЕНУ І НЕБІВОЛОЛУ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ: НОВИЙ ШЛЯХ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ

Нальотова О.С.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Адекватна фармакотерапія гіпертонічної хвороби (ГХ) завжди була непростим завданням, що обумовлено чисельністю різних клініко-патогенетичних варіантів ГХ, великою кількістю антигіпертензивних лікарських засобів (АГЛЗ). Завдяки надзвичайному значенню ролі симпато-адреналової (САС) і ренін-ангіотензинової (РАС) систем у патогенезі ГХ, модулятори активності САС і РАС вже більше 40 років є одними з найбільш використовуваних АГЛЗ при ГХ. Тривале вживання інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту і блокаторів ангіотензинових рецепторів 1 типу призводить до розвитку «ефекту вислизання» – зниження ефективності антигіпертензивного та органопротективного ефектів. Поява прямих інгібіторів реніну (аліскірен) стало розглядатися як можливий спосіб досягнення більш повнішого контролю активності РАС і подолання «ефекту вислизання».

Контроль активності РАС може здійснюватися також при використанні бета-адреноблокаторів. У цьому плані представляє великий інтерес ефективний АГЛЗ – небіволол, котрий має виняткову селективність до бета1-адренорецепторів. До теперішнього часу не робилася спроба комбінованого вживання аліскірену та небівололу. Така комбінація може дати добрий результат у хворих на ГХ при вживанні цих ЛЗ в мінімальних дозах.

У дослідженні взяли участь 123 хворих на ГХ II стадії, які були розподілені на 3 групи, отримували 8 тижнів наступну антигіпертензивну фармакотерапію: аліскірен 150-300 мг/добу – 41 хворий (1-а група); небіволол 5-10 мг/добу – 40 хворих (2-а група); аліскірен 150+ небіволол 5 мг/добу – 43 хворих (3-я група). Початкова доза аліскірену складала 150 мг/добу, але в разі необхідності титрування до 300 мг/добу здійснювалось через 2 і 4 тижні лікування. Початкова доза небівололу була 5 мг/добу, а в разі недостатньої ефективності титрування до 10 мг/добу здійснювалось в той же період, що і 1-й групі. В 3-й групі доза аліскірену 150 мг/добу і небівололу 5 мг/добу була незміною на протязі 8 тижнів лікування.

Монотерапія аліскіреном і небівололом у хворих на ГХ II стадії забезпечувала ефективне зниження ($p < 0,001$) показників офісного систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) артеріального тиску до нормотонічних значень наприкінці 4 тижня лікування. Підвищення ефективності лікування хворих на ГХ II стадії забезпечувала комбінована терапія аліскірен + небіволол, яка ефективно знижувала ($p < 0,001$) показники офісного САТ і ДАТ до нормотонічних значень наприкінці 2 тижня лікування.

КОРЕКЦІЯ АДАПТИВНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ В МЕНОПАУЗІ

Насраллах А.Х., Глушко Л.В., Федоров С.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Метою дослідження було вивчення впливу біофлавоноїду кверцетину та препаратів ω-3 ПНЖК на окремі компоненти адаптивного імунітету при МС у жінок в менопаузі.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 80 жінок в менопаузі з діагностованим МС. З метою оцінки ефективності впливу кверцетину та препаратів ω-3 поліненасичених жирних кислот (ω-3 ПНЖК) на перебіг МС усі жінки в менопаузі (80 осіб) були рандомізовані наступним чином: I група – базова терапія (20 хворих); II група (19 хворих) – базова терапія + кверцетин; III група (21 хвора) – базова терапія + ω-3 ПНЖК; IV група (20 хворих) – базова терапія + кверцетин + ω-3. Проводили визначення рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) різної молекулярної маси в сироватці крові, концентрації сироваткових імуноглобулінів (IgG, IgA, IgM). Статистична обробка здійснена з використанням стандартного пакету програм Statistika 6.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані результати свідчать, що наявний дисбаланс гуморальної ланки імунітету усувався тільки за умови використання кверцетину. Зокрема, концентрація Ig G в сироватці крові жінок із МС в менопаузі, які до базової терапії додатково отримували кверцетин, зменшилась на 9,8 % ($p < 0,05$). Подібні зміни були також і в пацієнтів четвертої групи. Рівні сироваткового Ig A у пацієнток другої групи в динамці зменшились у 1,05 разів ($p < 0,05$); четвертої – у 1,04 рази ($p < 0,05$). Препарати базової терапії та ω-3 ПНЖК впливу на сироваткові рівні зазначених імуноглобулінів не чинили. Окрім того, жодна з терапевтичних схем не чинила впливу на рівні сироваткового Ig M. Найбільш вираженим впливом на рівні ЦІК, особливо, патологічних – дрібномолекулярних та середньомолекулярних, володів кверцетин. Так, вміст середньомолекулярних ЦІК зменшився у першій групі на 15,6 % ($p < 0,05$); у другій – на 29 % ($p < 0,001$); у третій – на 19 % ($p < 0,01$); у четвертій – на 26,1 % ($p < 0,001$). Показники дрібномолекулярних ЦІК знижувались в першій групі на 15,9 % ($p < 0,05$); у другій – у 1,61 разів ($p < 0,01$); у третій – в 1,22 рази ($p < 0,05$); у четвертій – у 1,74 рази ($p < 0,001$). На противагу цьому, жодна із використаних терапевтичних схем не впливала на концентрацію в сироватці крові жінок із менопаузальним МС великомолекулярних ЦІК.

Висновки. Таким чином, додаткове призначення кверцетину чинить найбільш виразний вплив на компоненти адаптивного імунітету при МС у жінок в менопаузі.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЇХ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ГЕНОТИПУ RS966221 (snp83) ГЕНА pde4d

Настіна О.М., Плескач Г.В., Чумак А.А., Білий Д.О.

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

Мета. Визначити особливості структурно-функціональних змін міокарда в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС з ішемічною хворобою серця (ІХС) та їх залежність від генотипу rs966221 (SNP83) гена PDE4D.

Об'єкт і методи. Обстежено 113 чоловіків з ІХС, у тому числі 88 УЛНА на Чорнобильській АЕС (ЧАЕС) 1986-1988 рр. (група 1) та 25 осіб, які не зазнали впливу іонізуючого випромінювання (група 2). Всім хворим проведено дослідження поліморфізму rs966221 (SNP83, T > C) гена PDE4D, ехо-допплеркардіографію за допомогою цифрової системи SA-8000Live MEDISON (KOREA). Результати опрацьовано за програмою Microsoft Excel.

Результати. Маса міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) в групі 1 склала (278,2 ± 78,4) г, її індекс (ІММ) – (138,2 ± 33,3) г/м^2, групі 2 – (273,6 ± 56,9) г і (136,4 ± 24,5) г/м^2 відповідно ($p > 0,05$). У хворих з генотипом СС ММЛШ переважала дані з генотипом СТ на 24,9 г, ТТ – 14,5 г, ІММ – на 6,9 і 2,5 г/м^2 відповідно ($p>0,05$). Розмір лівого передсердя (ЛП) в групі 1 склав (41,1 ± 7,5) мм, що відрізнялось від даних в групі 2 на 1,2 мм. ЛП > 40 мм було при генотипах СС і СТ. Різниця між середніми даними при СТ і ТТ склала 2,7 мм ($p < 0,05$). Середнє значення ЛП/КДР становило (0,76 ± 0,09) ум. од., і перевищувало 0,75 ум. од. у 56,4 % групи 1 і 47,8 % – групи 2 ($p > 0,05$). ЛП/КДР був більшим за 0,75 ум. од. при СТ і склав (0,80 ± 0,01) ум. од., що переважало дані при СС на 8,8 % ($p < 0,001$), ТТ – 7,5 % ($p < 0,001$). Середнє значення кінцевого діастолічного розміру (КДР) в групі 1 склало (54,8±5,5) мм, систолічного (КСР) – (36,8 ± 7,0) мм. У хворих з генотипом СС КДР перевищував дані з СТ на 6,8 мм ($p < 0,05$), ТТ – 1,5 мм ($p > 0,05$), КСР – на 2,1 мм в обох випадках ($p > 0,05$). Порушення систолічної функції встановлене в 26,7 % хворих групи 1 та 16,7 % – 2, діастолічної функції – у 74,7 % групи 1 та 73,9 % групи 2 відповідно. Різниця між даними систолічної і діастолічної функції в залежності від генотипу була мало значима. Хворі на ІХС з ТТ генотипом були на 4,2 роки молодші від хворих з генотипом СС ($p < 0,001$) і 3,2 роки – генотипом СТ ($p < 0,001$), а обстежені з перенесеним в минулому інфарктом міокарда – на 6,3 ($p < 0,001$) і 9 років ($p < 0,001$), відповідно.

Висновок. Отримані дані свідчать про більш ранній початок та тяжчий перебіг ішемічної хвороби серця в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС з ТТ генотипом.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА, АКЦЕНТ НА СУБКЛІНІЧНІ ЗМІНИ І ПІДХОДИ ДО ЇХ РЕГРЕСУВАННЯ

Настіна О.М., Хомазюк І.М., *Хомазюк В.А., Ковальов О.С.

*ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», *Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Мета. Визначити особливості ремоделювання серця в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на Чорнобильській АЕС, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ), підходи до покращення перебігу хвороби.

Об'єкт і методи. Обстежено 342 УЛНА у віці до 70 років, з них 215 – перенесли ІМ, 127 склали контрольну групу без ІМ. В динаміці тривалого лікування використано стандартизовану систему клініко-інструментального дослідження, що включала моніторування електрокардіограми, ехо-допплеркардіографію, велоергометрію, комп'ютерну оцінку результатів.

Результати. Частота ІМ в УЛНА у віці до 50 років у 2 рази перевищувала дані у хворих загальної популяції. В умовах взаємодії іонізуючого випромінювання ≥ 25 сЗв з традиційними факторами ризику частота ІМ зростала на 24 %. Для УЛНА закономірним був значний багатосудинний стеноз вінцевих артерій. Ремоделювання серця, що починалось в ранній період ІМ, тривало місяці і роки. У 93,9 % обстежених з ІМ встановлена гіпертрофія лівого шлуночка серця (ГЛШ), у половини – значна. У 66,2 % виявлено збільшення лівого передсердя > 40 мм і діастолічну дисфункцію лівого шлуночка. Закономірними були епізоди ішемії, загальна їх тривалість і частота епізодів у кілька разів перевищували дані у хворих без ІМ. За таких умов порогова потужність навантаження зменшувалась до 78,3 Вт при меншій ефективності гемодинамічного забезпечення. Встановлено пряму кореляцію між ГЛШ та серцевою недостатністю, порушеннями ритму серця (ПРС). Продовження лікування у постінфарктний період на основі комбінації антиагрегантних препаратів, бета-адреноблокаторів, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, метаболічних міокардіальних цитопротекторів забезпечувало стабільний стан структур і функцій серця, в жодному разі не зафіксовано прогресу ГЛШ. Тривалість ішемії за добу скоротилася з 40 хв. до 7,5 хв. (81,2 %), у кілька разів зменшилась кількість ПРС. Порогова потужність навантаження зросла на 12,7 %, тривалість – 18 %.

Висновок. У хворих, які перенесли ІМ, раннє призначення підтримуючої фармакологічної корекції, немедикаментозних засобів впливу на фактори ризику і формування усвідомленого ставлення до необхідності високої прихильності до постінфарктного лікування забезпечували достовірне регресування структурно-функціональних змін і покращення перебігу хвороби.

ОЦІНКА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ПРАЦІВНИКІВ ОБ'ЄКТА «УКРИТТЯ» ЧАЕС

Незговорова Г.А., Громадська В.М.

Державна установа "Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України", м. Київ

В рамках комплексної програми медичного супроводу осіб, що виконують роботи з перетворення об'єкта «Укриття» (ОУ) ЧАЕС на екологічно-безпечну систему та за результатами біодозиметричного контролю потребували проходження спеціального медичного обстеження (СпМО), проведена оцінка змін слизової оболонки (СО) шлунка. Ендоскопічне обстеження з морфологічним дослідженням біопсійного матеріалу проведено у 126 осіб чоловічої статі, віком від 20 до 59 років (середній вік 38,6 роки). Група була розподілена: підгрупа 1а - особи, які до початку робіт на ОУ, не мали контакту з радіаційним чинником (n = 84); підгрупа 1b – особи (n = 42), які мали попередні дозові навантаження (працювали на підприємствах ядерно-енергетичного комплексу та постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи). Діапазон доз загального опромінення в підгрупі 1а визначений в межах 0,3-82,1 мЗв, в підгрупі 1b – 3,1-131,8мЗв.

Порівняно з результатами первинного дослідження на СпМО в фундальному відділі шлунка виявлено: збільшення частоти ознак запального процесу та набряку СО помірного ступеня важкості - в 1а підгрупі на 14,4 % і на 9,5 %, в 1b підгрупі – на 16,7 % і на 16,6 % випадків; збільшення частоти виявлення атрофії помірного ступеня – в 1а підгрупі на 9,5 %, в 1b підгрупі – на 7,1 %, між тим, збільшення частоти атрофії важкого ступеня в обох підгрупах – на 7,1 %; в 1а підгрупі повна кишкова метаплазія – у 6 (7,1 %) осіб; збільшення змін склеротичного характеру – в 1а підгрупі на 11,4 %, в 1b підгрупі – на 7,1 %; зменшення лімфоїдної інфільтрації: в 1а підгрупі на 28,6 %, в 1b підгрупі – на 14,3 %. Відповідно, в антральному відділі шлунка виявлено: збільшення частоти ознак запального процесу СО помірного ступеня важкості – в 1а підгрупі на 28,5 %, в 1b підгрупі – на 14,4 % випадків; збільшення частоти виявлення атрофії помірного ступеня - в 1а підгрупі на 2,4 %, в 1b підгрупі – на 7,2 %, за відсутності атрофії важкого ступеня; повна кишкова метаплазія – вперше виявлена у 6 (7,1 %) осіб 1а підгрупи та у 2 (4,75 %) осіб1b підгрупи; збільшення змін склеротичного характеру – в 1а підгрупі на 38,6 %, в 1b підгрупі – на 14,3 %, збільшення лімфоїдної інфільтрації: в 1а підгрупі на 7,1 %, в 1b підгрупі – на 28,5 %.

Таким чином, має місце негативна тенденція що до розвитку патологічних процесів в СО шлунка у робітників ОУ ЧАЕС запального та дистрофічного характеру незалежно від попереднього впливу радіаційного фактору.

ТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПРОЦЕСІВ ТРАНСПОРТУ ЛІПІДІВ ЛЕЙКОЦИТАМИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ, АСОЦІЙОВАНОМУ З АТЕРОГЕННОЮ ДИСЛІПІДЕМІЄЮ

Несен А.О., Гальчінська В.Ю., Беседіна А.С., Ченчік Т.О.

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

Сьогодні визнано, що коморбідність кардинально впливає на визначення діагностично-лікувального підходу ведення хворого. Зокрема, цукровий діабет (ЦД) завжди супроводжується поліпатією (наявність артеріальної гіпертензії, дисліпідемії (ДЛП), атеросклерозу (АС), діабетичної нефропатії та ін.) і стратегія ведення цієї категорії пацієнтів є серйозною проблемою. Відомим клітинним елементом, що безпосередньо приймає участь у морфогенезі АС є лейкоцити крові і додаткове визначення кількості ліпіднавантажених лейкоцитів та сукупна оцінка факторів ризику дозволяє патогенетично обґрунтовано корегувати терапію.

Мета: проведення терапевтичної корекції процесів транспорту ліпідів лейкоцитами при ЦД, асоційованому з атерогенною ДЛП.

Матеріали і методи. В дослідженні прийняли участь (n = 32) хворих на ЦД 2-го типу, асоційованому з атерогенною ДЛП. Всім хворим проводилось клініко-інструментальне обстеження, визначення ступеню кардіоваскулярного ризику та індексу Charlson. Лейкоцити виділяли шляхом градієнтного центрифугування з периферичної крові; вміст визначали гістохімічним методом за Ліллі-Бартнером.

Результати. Хворим призначалась індивідуальна гіпоглікемічна терапія та дезагреганти, особливий акцент було зроблено на ренопротекцію і гіполіпідемічну терапію. В якості ренопротекторного антигіпертензивного засобу призначався комбінований препарат тарка (Abbott) в дозі 2/180 мг (або 4/240 мг) одноразово; за необхідністю призначався тіазідподібний діуретик. Гіполіпідемічна терапія: розувастатин (розуліп, Егіс) - 10 мг раз на добу; додатково призначався препарат омакор (Abbott) в дозі 1000 мг/добу. Враховуючи, що всі хворі були з наявністю протеїнурії - призначався сулодексид (Вессел Дуе Ф, Alfa Vasserman) – 600 ЛЕ внутрішньом'язово впродовж 10 діб, потім – 250 ЛЕ (1 капсула) 2 рази на добу впродовж 25 діб. В динаміці терапії у всіх хворих відзначено стабілізацію показників артеріального тиску, зниження добової протеїнурії, та визначено позитивний вплив на ліпідний спектр крові і процеси транспорту ліпідів лейкоцитами, що відзначалось зміною характеру і зменшенням кількості ліпідовмісних лейкоцитів (в середньому на 15 %-20 %).

Висновки. Проведена терапія не викликала негативних побічних ефектів, мала виражену антигіпертензивну та ренопротекторну дію і чинила позитивний вплив на процеси транспорту ліпідів лейкоцитами – що може бути рекомендовано при ЦД, асоційованому з атерогенною ДЛП.

КУРЕНИЕ КАК МОДИФИЦИРУЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

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

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

В мире насчитывается порядка 1 млрд. курильщиков (приблизительно 40 % мужчин и 10 % женщин). В США с курением связаны ежегодные затраты в 193 млрд. долларов в год, так как курение является причиной 443 млн. летальных исходов. В России и Украине из всех причин летальности, связанных с курением, половина приходится на сердечно-сосудистые заболевания. Дым сигарет содержит более 4 тысяч высокотоксичных компонентов, что способствует увеличению в крови продуктов перекисного окисления липидов и аутоантител к липопротеинам низкой плотности, развивается устойчивость к инсулину, утолщается интима-медия каротидных артерий, угнетается синтез азота и его доступность для сосудов, уменьшается просвет сосудов, вызывая их спазм. По данным Word Health Organization запрет на курение в общественных местах эффективно способствует повышению показателей здоровья населения.

Цель: аргументировать и провести разъяснительную беседу с пациентами о том, что курение - ведущий модифицируемый фактор быстрого развития и прогрессирования атеросклероза.

Материалы и методы. Обследовано 108 мужчин с гипертонической болезнью (ГБ): ГБ I стадии – 27 (25,0 %), II стадии – 81 (75,0 %); средний возраст (49,5 ± 7,4) лет. Больные были распределены на две группы (I гр. (n = 62) – не курящие; II гр. (n = 46) – курящие). Всем пациентам было проведено полное клинико-инструментальное обследование.

Результаты. Средние уровни систолического (158,7 ± 8,2) мм рт. ст. и диастолического (94,9 ± 7,2) мм рт. ст артериального давления. Уровень глюкозы натощак ниже 5,6 ммоль/л выявлен у 49 (45,4 %); нарушение толерантности к глюкозе – у 59 (54,6 %); средний уровень глюкозы (6,04 ± 0,02) ммоль/л. Во II гр. по сравнению с I гр. выявлена тенденция к увеличению индекса массы тела (ИМТ) на 5,1 % ($p > 0,05$); окружность талии (ОТ) у курильщиков достоверно превышала ОТ у лиц не курящих на 3,7 % ($p < 0,05$). С увеличением интенсивности курения уровень глюкозы больше зависел от ИМТ ($\rho = 0,857$; $p < 0,01$) и ОТ ($\rho = 0,853$; $p < 0,01$); с уменьшением интенсивности курения эта зависимость ослабевала ($\rho = 0,820$; $p < 0,01$) и ($\rho = 0,808$; $p < 0,01$). Во II гр. у всех больных выявлены серьезные нарушения липидного спектра крови и высокоатерогенные типы гиперлипопротеинемии (IIa, IIb, III).

Выводы. Сегодня борьба с курением является одним из приоритетных направлений охраны здоровья населения.

РЕЄСТР ПАЦІЄНТІВ ПІДВИЩЕНОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ

Несен А.О., Чернишов В.А., Грунченко М.М., Шкапо В.Л., Чирва О.В.
ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків

В епоху новітніх електронних технологій все більшої актуальності набуває створення різноманітних медичних регістрів, що дозволяє отримати реальне уявлення про існуючу медичну практику, її особливості в різних регіонах і медичних установах, а також можливість дослідження течії захворювань, порівняння діагностичних, інвазивних і медикаментозних методів лікування, визначення факторів ризику й ефективності профілактики розвитку нефатальних чи фатальних ускладнень, проведення оцінки якості життя хворих.

Мета: формування реєстру пацієнтів підвищеного кардіоваскулярного ризику (КВР) з урахуванням коморбідності (Харківський регіон).

Матеріали і методи. Розрахунок КВР здійснюється за допомогою електронного Riskcalculator (CV-Risk and Prevention), який охоплює шкали SCORE, Framingham, PROCAM, DRS. Шкала SCORE дозволяє розрахувати розвиток фатальної кардіоваскулярної події, шкала Framingham – розвиток кардіоваскулярних подій, шкала PROCAM – гострої коронарної події; шкала DRS – розвиток цукрового діабету (ЦД) 2 типу медикаментозно-залежного. Riskcalculator призначений для визначення ефективних методів профілактики і лікування пацієнтів КВР не тільки з вибором одного з 5 встановлених профілів ризику ("артеріальна гіпертензія+ожиріння"; "ЦД+діабетична нефропатія"; "ЦД+інфаркт міокарду+інсульт"; "дисліпідемія"; "середній ризик"), але й самостійного введення фахівцем14 необхідних параметрів пацієнта (My patients profile). Оцінка коморбідності здійснюється на підставі розрахунку індексу коморбідності Charlson. Проводиться аналіз якості життя пацієнтів за опитувальником "SF-36 Health Status Survey".

Результати. Науковими співробітниками відділу популяційних досліджень формується реєстр (електронний і на паперових носіях), до якого занотовуються необхідні дані пацієнтів підвищеного КВР з коморбідністю патологій. На підставі первинної документації (історії хвороб, амбулаторні карти, анкетування), створюються спеціальні форми, які максимально відсвічують необхідний інформаційний об'єм. Проводиться дослідження епідеміологічної ситуації щодо основних хронічних неінфекційних захворювань та факторів ризику в організованій та неорганізованій популяціях Харківського регіону; аналізується унікальна інформаційна база про стан здоров'я осіб; проводиться розрахунок середнього значення зваженого індексу Charlson (weighted index of comorbidity); оцінка комбінованих станів і вікова оцінка (combined condition and age-related score); оцінка 10-річної виживаності (estimated 10 year survival).

Висновки. Реєстр пацієнтів дозволяє отримати фактичне уявлення про існуючу медичну практику, що має вагоме значення для визначення ефективної діагностично-лікувальної стратегії.

ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИРОБНИЧОГО ТРАВМАТИЗМУ

Ніколенко Є.Я., Боровик І.Г., *Захаров О.Г., *Пилипенко Н.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

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

Мета: визначити напрями роботи щодо зниження зниження виробничого травматизму (ВТ) працюючих.

Матеріали: чинні нормативні документи (НД) щодо медичного обстеження працюючих, статистичні дані фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві і професійних захворювань України (Фонд), міжнародної організації праці (МОП).

За даними МОП, Україна посідає одне з перших місць у Європі щодо ВТ з летальним наслідком. ВТ переважає серед працівників, що виконують роботи підвищеної небезпеки (РПН). За даними Фонду, основними причинами ВТ є порушення інструкції з охорони праці, психофізіологічні та технологічні чинники. В Україні відсутній НД, що докладно регламентує психофізіологічне обстеження працюючих. Певна роль у ВТ серед працівників, що виконують РПН, належить синкопальним станам (СС), раптовій серцевій смерті (РСС) тощо. В наказі МОЗ від 21.05.2007 № 246, що регламентує обстеження працюючих в шкідливих та небезпечних умовах, не зазначені захворювання та синдроми, які асоційовані з ризиком розвитку СС чи РСС.

В наказі Міністерства інфраструктури від 30.11.2012 №733 щодо медичного обстеження працівників залізничного транспорту та метрополітену зазначені конкретні захворювання і синдроми, які можуть призвести до розвитку СС чи порушень ритму серця пароксизмального характеру (синдром Бругада, синдром передчасного збудження шлуночків, синдром подовженого інтервалу QT тощо). Цим наказом передбачено визначення рівня холестерину, що певном чином дозволяє оцінити ризик ішемічної хвороби серця (ІХС), яка у 25 % випадків дебютує раптовою серцевою смертю. Тобто доцільно розповсюджувати позитивний досвід надання медико-санітарної допомоги працюючим, що підпорядковані Міністерству інфраструктури, на всі галузі економіки України.

Передбачений чинними НД обсяг обстежень працівників, що виконують РПН, не дозволяє попередити розвиток СС, діагностувати ранні клінічні прояви ІХС, тобто не забезпечує керування ризиками ВТ внаслідок СС чи РСС. Для реалізації цих завдань в обсяг обстеження працівників, що виконують РПН, необхідно включати проведення тілт-тесту, велоергометричного чи тредміл-тесту тощо.

Отже, чинні НД щодо надання медико-санітарної допомоги працюючим в шкідливих та небезпечних умовах потребують конкретизації переліку захворювань і станів, що є асоційованими з високим ризиком СС чи РСС, затвердження порядку психофізіологічного обстеження працюючих, застосування високоінформативних методів обстеження тощо.

ПЕРСИСТУЮЧІ ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЙ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Носач О.В., Чумак А.А., Овсяннікова Л.М., Плескач О.Я., Альохіна С.М.

ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН", м. Київ

Дотепер конкретні механізми поступового прогресування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) з розвитком стеатогепатиту та фіброзу печінки лишаються нез'ясованими, зокрема щодо впливу персистуючої герпесвірусної інфекції (ГВІ) на перебіг патологічних процесів у хворих з коморбідною патологією.

З метою оцінки особливостей специфічного гуморального імунітету при маніфестації коморбідної патології у хворих на НАЖХП, які зазнали впливу іонізуючого випромінювання внаслідок Чорнобильської аварії, було проведено визначення маркерів хронічного перебігу ГВІ на різних стадіях розвитку захворювання (стеатогепатоз (СГ) і неалкогольний стеатогепатит (НАСГ)).

До основних груп включено 45 хворих чоловічої статі з НАЖХП, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, з дозами зовнішнього опромінення у діапазоні 10 – 580 мЗв: 14 хворих на СГ віком (56,7 ± 2,7) років і 31 хворого на НАСГ віком (54,5 ± 1,1) років. До груп нозологічного порівняння відібрано 20 хворих чоловічої статі, дози опромінення яких знаходяться в межах природного радіаційного фону та регламентованих доз медичного опромінення: 8 хворих на СГ віком (54,1 ± 2,5) років і 12 хворих на НАСГ віком (46,2 ± 4,0) років. Серед коморбідних нозологій реєструвалися хвороби серцево-судинної та бронхолегеневої систем, органів травлення та судинні захворювання головного мозку.

В якості маркерів ГВІ використовувався рівень вмісту в крові антитіл класу імуноглобулінів G до вірусів простого герпесу 1 та 2 типів (anti-HSV-1 / 2 IgG), цитомегаловірусу (anti-CMV IgG), вірусу Епштейна-Барр (anti-EBV IgG) – антитіла до ядерного антигену вірусу (anti-EBV NA IgG) та до раннього антигену вірусу (anti-EBV EA IgG), що визначалися імуноферментним методом.

Встановлено наявність тенденції щодо підвищення титрів anti-HSV-1 / 2 IgG, anti-CMV IgG, anti-EBV IgG у серопозитивних хворих основних груп порівняно груп нозологічного порівняння. Для вивченої персистуючої інфекції було притаманним поєднання ГВІ 1, 2 та 5 типів. Більш високі середні значення титрів anti-HSV-1/2 IgG і anti-CMV IgG спостерігалися в основних групах хворих порівняно груп нозологічного порівняння. Встановлено наявність позитивного кореляційного зв'язку ($r_s = 0,481$, $p = 0,001$) між anti-HSV-1/2 IgG і anti-CMV IgG у хворих з персистуючою мікст-інфекцією вірусів простого герпесу 1 та 2 типів та цитомегаловірусу.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К., Рузметова И.А., Бекмурова Р.

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

Цель – изучить влияние витаминно-минерального комплекса и заместительной гормональной терапии(ЗГТ) на течение климактерического синдрома.

Материал и методы. В исследование включили женщин с климактерическим синдромом(42-56 лет, с давностью от 1 до 5 лет), получавших индивидуально подобранные дозы ЗГТ. Пациентки I группы (27) получали только ЗГТ. II группы – на фоне ЗГТ принимали СертоВит (Dr. Sertus) по 1 таблетке 1 раз в день в течение 1 месяца. До и через 6 месяцев лечения у пациенток изучали содержание гормонов, липидов, показатели свертываемости крови, показатели ЭКГ, УЗ-исследования, необходимых функциональных проб, общеклинических исследований.

Результаты. До лечения у большинства пациенток выявлены изменения характерные для заболеваний сердечнососудистой, пищеваритльной и мочеполовой системы, общую слабость, снижение работоспособности, разлады в семье. После лечения состояние пациенток значительно улучшилось, восстановилась трудоспособность прошли или почти исчезли боли и перебои в области сердца, головные боли, головокружение, повышенная нервозность, бессонница, приливы жара, нормализовалось артериальное давление. Под влиянием витаминно-минерального комплекса СертоВит положительная динамика наблюдалась уже в конце 1-го месяца наблюдения, что, по-видимому, связано с благоприятным влиянием препарата на нарушенные метаболические процессы в организме женщин с эстрогендефицитом. СертоВит улучшает обменные процессы, устраняет явления гиповитаминоза, что приводит к повышению эффективности ЗГТ. ЗГТ+ СертоВит в более ранние сроки улучшает общеклинические и лабораторно-инструментальные показатели, по сравнению с таковыми у больных, принимавших только ЗГТ. Препарат побочных эффектов не показал, случаев отмены его не было.

Полученные данные показывают, что комбинированное лечение ЗГТ+СертоВит благоприятно влияет на основные патогенетические звенья патологических изменений у женщин с климактерическим синдромом и может предупреждать развитие у них различных заболеваний внутренних органов

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ.

Оврах Т.Г., Волков В.И., Ченчик Т.А., Клименко Т.И.

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

Цель исследования – оценить показатели тромбоцитарного гемостаза на фоне двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от пола.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов с ИБС – 14 мужчин и 12 женщин, получавших 3 месяца ДАТ (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут. и клопидогрель 75 мг/сут.). Группу контроля составили 12 мужчин и 12 женщин без ИБС, не принимающие антитромбоцитарных препаратов. Средний возраст пациентов с ИБС составил у мужчин (56,3 ± 3,73) лет, у женщин – (59,6 ± 2,70) лет, группы контроля – у мужчин (53,52 ± 3,00) лет, у женщин (57,87 ± 2,36) лет. Исследовались показатели АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов (АДФ-АТ) – суммарный индекс агрегации тромбоцитов (СИАТ, %). Поводилось гематологическое исследование с оценкой количества тромбоцитов (PLT), среднего объема тромбоцитов (MPV), и распределения тромбоцитов по объему (PDW).

Результаты. В контрольной группе СИАТ у мужчин ((76,92 ± 3,16) %) был достоверно выше, чем у женщин ((68,46 ± 3,2) %) ($p < 0,05$). А уровень PLT был достоверно выше у женщин, чем у мужчин – (218,82 ± 15,03) m/mm^3 vs (171,67 ± 11,4) m/mm^3 ($p < 0,02$). Показатели же MPV и PDW достоверно не различались.

При оценке агрегационной активности тромбоцитов у пациентов с ИБС после 3 месяцев приема ДАТ было выявлено, что СИАТ у мужчин ((53,63 ± 4,35) %) был также достоверно выше, чем у женщин ((40,34 ± 6,71) %) ($p < 0,05$). При сравнении результатов тромбоцитограммы у пациентов с ИБС отмечалось, что PLT было достоверно выше у мужчин ((217,57 ± 11,68) m/mm^3) в сравнении с женщинами ((180,65 ± 8,35) m/mm^3) ($p < 0,05$). MPV и PDW достоверно не различались.

При сравнении показателей тромбоцитарного гемостаза в контрольной группе и группе пациентов с ИБС установлено, что СИАТ и у мужчин, и, в большей степени, у женщин с ИБС был достоверно ниже. PLT у женщин с ИБС оказалось ниже, а у мужчин – выше, чем у женщин и, соответственно, мужчин контрольной группы.

Выводы. ДАТ эффективно блокирует АДФ-АТ и у мужчин, и у женщин с ИБС. Однако у женщин с ИБС на фоне ДАТ отмечается более выраженное снижение СИАТ по сравнению с мужчинами. Количество тромбоцитов у мужчин с ИБС, получающих ДАТ, было больше, чем у женщин, тогда как у мужчин без ИБС и ДАТ этот показатель оказался меньше, чем у женщин.

СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Оліник О.Ю., Федів О.І., Телекі Я.М., Гараздюк О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета дослідження: встановити особливості порушень стану перекисного окиснення ліпідів у хворих на пептичну виразку (ПВ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), поєднану з цукровим діабетом (ЦД).

Обстежено 115 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласному ендокринологічному диспансері та гастроентерологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівці. І група складалась з 39 хворих на ПВ шлунка та ДПК, Нр-асоційовану. До ІІ групи увійшли 39 хворих на ЦД. ІІІ групу склали 37 хворих на ПВ шлунка та ДПК, Нр-асоційовану, поєднану з ЦД. Контрольна група складалась з 20 практично здорових осіб (ПЗО) (без клінічно, біохімічно та інструментально підтверджених діагнозів ПВ та ЦД).

Досліджували вміст продуктів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) – малонового діальдегіду – в плазмі крові (МДАпл) та еритроцитах (МДАер) (Владимиров Ю.А., Арчаков А.І., 1972), ізольованих подвійних зв'язків (ІПЗ), дієнових кон'югатів (ДК), кетодієнів і спряжених трієнів (К/СТ) – у крові (Волчегорський І.А. та ін., 1989); вміст глутатіону відновленого (ГВ) (Мещишен І.Ф., Петрова І.В.,1983), активності глутатіонпероксидази (ГП) (Мещишен І.Ф., 1982), глутатіон-S-трансферази (ГТ) (Мещишен І.Ф., 1987), каталази (Кт) (Королюк М.А. та ін., 1988) у крові. Вміст церулоплазміну (ЦП) у сироватці крові визначали за методом Ревіна.

Аналізуючи стан процесів ПОЛ нами було відмічено вірогідне збільшення вмісту ІПЗ, ДК, К/СТ, МДА у всіх групах хворих порівняно з групою практично здорових осіб. Встановлено, що у хворих основної групи рівень ІПЗ складає $(6{,}04 \pm 0{,}12)$ E_{220}/мл крові, ДК – $(3{,}15 \pm 0{,}09)$ E_{232}/мл крові та КСТ – $(1{,}2 \pm 0{,}03)$ E_{278}/мл крові, що вірогідно ($p < 0{,}05$) вище, ніж відповідні показники в групах І та ІІ. Щодо кінцевого продукту ПОЛ МДА, то в основній групі ми отримали наступні показники: МДА плазми $(5{,}54 \pm 0{,}19)$ мкмоль/л та МДА еритроцитів $(9{,}99 \pm 0{,}1)$ мкмоль/л, що також є вищим, ніж у групах порівняння.

Встановлено, що у хворих на ПВ, поєднану з ЦД, відбувається виснаження системи антиоксидантного захисту (АОЗ). Про що свідчить менш виражене підвищення активності глутатіонової системи організму, активності каталази та вмісту ЦП порівняно з групами І та ІІ ($p < 0{,}05$).

Інтенсифікація процесів ПОЛ у хворих на ПВ, поєднану з ЦД, супроводжується виснаженням системи АОЗ та підсиленням процесів необмеженого протеолізу, що підтверджується неадекватним підвищенням показників глутатіонової системи, рівня церулоплазміну та активності каталази.

ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА СИНДРОМУ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ У ХВОРИХ ФТИЗІОПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Опанасенко М.С., Терешкович О.В., Демус Р.С., Калениченко М.І., Кшановський О.Е., Клименко В.І., Конік Б.М., Бичковський В.Б., Леванда Л.І., Обремська О.К., Климець Є.В.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета роботи. Метою нашого дослідження було вивчення етіологічної структури синдрому внутрішньогрудної лімфаденопатії (СВГЛ) серед хворих фтизіопульмонологічного профілю, що перебували на обстеженні та лікуванні з 2003 по 2012 рр.

Матеріали і методи. В рамках дослідження обстежено 665 хворих з СВГЛ, які були розділені на 5 груп залежно від етіологічного чинника, що призвів до появи гіперплазії внутрішньогрудних лімфовузлів (ВГЛ).

I група – хворі з саркоїдозом внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.

II група – хворі з ізольованим туберкульозом ВГЛ.

III група – хворі з онкогематологічним ураженням ВГЛ (найчастіше, прояви лімфоми Ходжкіна та неходжкінських лімфом).

IV група – хворі з метастатичним ураженням ВГЛ.

V група – хворі з іншою патологією ВГЛ, яка не увійшла до перших чотирьох груп. До цієї групи ми включали хворих з патологією ВГЛ, спричиненою різними інфекційними і неінфекційними чинниками.

Результати. При аналізі було виявлено, що в структурі СВГЛ найчастіше зустрічався саркоїдоз – 313 (47,1 ± 1,9) % випадків. Діагноз «туберкульоз внутрішньогрудних лімфовузлів» було встановлено у 119 (17,9 ± 1,5) % хворих. Метастази злоякісної пухлини (крім пухлин лімфатичної системи і гемобластозів) було діагностовано у 102 (15,3 ± 1,4) % пацієнтів. Враження ВГЛ внаслідок онкогематологічної патології спостерігалось у 66 (9,9 ± 1,2) % хворих. Інша патологія внутрішньогрудних лімфовузлів (включаючи недіагностовану етіологію СВГЛ) була зареєстрована у 65 (9,8 ± 1,2) % випадках.

Ми виявили, що частіше за все СВГЛ був діагностований у чоловіків – 404 (60,8 ± 1,9) % випадки, ніж у жінок – 261 (39,2 ± 1,9) % випадків. Звертає на себе увагу той факт, що туберкульоз ВГЛ був зафіксований в більшості випадків у чоловіків – 108 (16,2 ± 1,4) % випадків. Жінки частіше хворіли на онкогематологічні захворювання ВГЛ – 49 (7,4 ± 1,0) % випадків у порівнянні з 17 (2,6 ± 0,6) % випадками у чоловіків.

Висновки. В структурі етіологічних чинників, що викликали СВГЛ найчастіше зустрічався саркоїдоз, на другому місці – туберкульоз ВГЛ, онкологічне враження внутрішньогрудних лімфовузлів за частотою знаходиться на третьому місці. СВГЛ частіше зустрічається у чоловіків.

Робота виконана за кошти держбюджету.

ВИЗНАЧЕННЯ ВІДСОТКУ ПОМИЛКОВИХ КЛІНІЧНИХ ДІАГНОЗІВ СИНДРОМУ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ

Опанасенко М.С., Терешкович О.В., Демус Р.С., Конік Б.М., Клименко В.І., Калениченко М.І., Кшановський О.Е., Бичковський В.Б., Леванда Л.І., Обремська О.К., Климець Є.В.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета роботи. Метою даного дослідження було вивчення частоти помилкових діагнозів при проведенні консервативної терапії без гістологічної верифікації діагнозу хворим із синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії (СВГЛ), а також визначити доцільність такого лікування.

Матеріали і методи. Критерієм включення 98 пацієнтів у дослідження було виконання їм патогістологічного дослідження біоптатів внутрішньогрудних лімфовузлів (ВГЛ) з метою верифікації етіології СВГЛ. Всі ці пацієнти перебували на обстеженні та лікуванні в період з 2003 по 2012 рр. Біопсія ВГЛ здійснювалась на базі хірургічних відділень, а також − ендоскопічного відділення.

Пацієнти, включені у дослідження, були розділені на 2 клінічні групи в залежності того, чи співпадав діагноз при поступленні з остаточним діагнозом, встановленим після морфологічного дослідження біоптатів ВГЛ.

Результати. І група – 35 (35,7 ± 4,8) % хворих із СВГЛ, у яких діагноз при поступленні (встановлений на основі даних лабораторних і клініко-рентгенологічних методів обстеження) співпадав із заключним клінічним діагнозом (встановленим на основі даних морфологічного дослідження).

ІІ група – 63 (64,3 ± 4,8) % хворих із СВГЛ, у яких діагноз при поступленні не співпадав із заключним клінічним діагнозом.

Аналіз отриманих даних показав, що найчастіше розходження в доопераційному і післяопераційному діагнозах зустрічалися при саркоїдозі (зменшення частоти даного діагнозу після гістологічного дослідження біоптатів лімфатичних вузлів серед пацієнтів ІІ-ї клінічної групи дослідження з 41 (65,1 ± 6,0) % до 21 (33,3 ± 5,9) % випадків ($p < 0,01$) і лімфопроліферативних захворюваннях (збільшення частоти даного діагнозу після гістологічного дослідження біоптатів лімфатичних вузлів серед пацієнтів ІІ-ї клінічної групи дослідження з 5 (7,9 ± 3,4) % до 19 (30,2 ± 5,8) % випадків ($p < 0,01$).

Висновки. Рівень неспівпадіння клінічного і патогістологічного діагнозів при СВГЛ складав (64,3 ± 4,8) %. Дані показники свідчать про недоцільність проведення пробного лікування без верифікації етіології СВГЛ.

Робота виконана за кошти держбюджету.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Опарин А.А., Опарин А.Г., Двояшкина Ю.И., Крамаренко В.И., Гаручава Л.Н., Калина Т.С., Хоменко Л.А., Корниенко Д.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Цель. Изучить особенности качества жизни у больных гстроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с сопутствующим ожирением у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Для иследования взяты две группы больных. Первую составили 20 человек (11 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 18 до 30 лет с ГЭРБ без сопутствующей патологии. Во вторую группу входили 22 человека (14 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 17 до 30 лет, страдающие ГЭРБ с сочетанным ожирением I ст. Контролем служили 15 практически здоровых лиц того же возраста и пола. О состоянии качества жизни и психосоматического статуса судили по опросникам SF-45, Айзенка, Бека, Спилберга-Ханина, Личностного опросника Бехтеревского института, Шихана.

Результаты исследований. В ходе проведенных исследований было установлено, что в обеих лечебных группах отмечалось достоверное по сравнению с нормой снижение показателей качества жизни и ухудшение психосоматического статуса. Однако, в группе больных ГЭРБ без сочетанной патологии превалировало повышение реактивной и личностной тревожности, в то время как у больных ГЭРБ с сочетанным ожирением на передний план выходило снижение показателей работоспособности, активности, повышение показателей фобии и ипохондрии. Одновременно с этим была выявлена взаимосвязь между особенностями психосоматического статуса и клинической картиной заболевания. Так, наиболее низкие показатели качества жизни отмечались у больных ГЭРБ с эрозивной формой и с сопутствующим ожирением. В то время, как наиболее высокие показатели качества жизни были отмечены у больных ГЭРБ неэрозивной формой, без сочетанной патологии.

Выводы. 1. У больных ГЭРБ с сопутствующим ожирением отмечается достоверное по сравнению с нормой снижение показателей качества жизни и психосоматического статуса. 2. Выявлена четкая корреляционная зависимость между глубиной психосоматических нарушений, снижением показателей качества жизни, клинической картиной ГЭРБ и сопутствующим ожирением.

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Опарин А.А., Опарин А.Г, Яковенко Е.Л., Синельник В.П., Двояшкина Ю.И., Лаврова Н.В., Кореновский И.П., Чонка В.Ю., Хоменко Л.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Цель: изучить особенности возрастного и гендерного содержания мелатонина при гипертонической болезни (ГБ) с сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. Для исследования были взяты две группы больных ГБ с сопутствующей ГЭРБ. Критериями исключения являлись другие заболевания внутренних органов. Первую группу составили 28 человек (17 юношей и 11 девушек) в возрасте до 25 лет, во вторую группу вошли 25 человек (13 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 35 до 45 лет. Уровень мелатонина определяли в крови иммуноферментным методом с использованием стандартного набора реактивов фирмы IBL (производство Германия). Контролем служили 15 практически здоровых лиц того же возраста и пола.

Результаты исследований. В результате проведенных исследований было установлено, что у больных ГБ первой группы отмечается достоверное по сравнению с нормой снижение содержания мелатонина в среднем до (19,5 ± 1,4) пг/мл (при норме (28,78 ± 2,7) пг/мл), в то время как у пациентов второй группы отмечалось его среднее значение – (11,8 ± 1,1) пг/мл. При этом особо низкие показатели были отмечены у пациентов, страдающих ГЭРБ. Так же была установлена четкая корреляционная зависимость между уровнем мелатонина, клиническими формами ГЭРБ и возрастом пациентов. В то время, как у пациентов первой группы отмечалось превалирование эрозивной формы ГЭРБ, то у пациентов второй группы отмечалось превалирование неэрозивной формы ГЭРБ. Отмечено, что с увеличением возрастного барьера пациентов, особенно женского пола, уменьшалось содержание мелатонина. Одновременно с этим достоверных гендерных отличий выявлено не было, хотя отмечалось некоторое снижение мелатонина у лиц женского пола, особенно старшей возрастной группы.

Выводы: 1. Показано, что у больных ГБ с сопутствующей ГЭРБ, имеется достоверное по сравнению с нормой снижение уровня мелатонина, особенно выраженное у лиц старшей возрастной группы. 2. Установлена четкая корреляционная зависимость между возрастом пациентов, уровнем содержания мелатонина и клиническими формами ГЭРБ; 3. Отмечено, что у лиц женского пола старшей возрастной группы хотя показатели содержания мелатонина по сравнению с мужским полом, и были более низкие, но не носили достоверного характера.

БІОХІМІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІДІОПАТИЧНИМ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Осипенко І.П., Солєйко О.В., Солейко Л.П.

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

Серед патогенетичних підходів до лікування ідіопатичного пролапсу мітрального клапану (ПМК) недостатньо уваги приділяється корекції складу молекули колагену. На сьогодення активне застосування знайшли препарати магнію, аскорбінової кислоти, лізину у якості терапії, що гальмує процеси деградації колагену. У той час як амінокислота гліцин, посідаючи кожну третю позицію первинної структури колагену, впливає на подальший синтез молекули в цілому. Метою нашого дослідження було вивчення амінокислотного складу сироватки крові у пацієнтів із ідіопатичним ПМК та визначення клінічної ефективності комплексного біохімічного підходу до терапії таких хворих.

Нами було обстежено 60 пацієнтів чоловічої статі (середній вік – (25,4 ± 1,01) роки) із верифікованим ідіопатичним ПМК I-II ст. Всім пацієнтам було проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження, визначення рівня магнію та амінокислотного складу сироватки крові. Вибірковим методом пацієнти були розділені на 2 групи по 30 осіб, які підлягали клінічному спостереженню через 6 місяців. Пацієнти обох груп отримували терапію препаратом магнієвої солі оротової кислоти в дозі 3000 мг на добу протягом 6 місяців. Пацієнти другої групи на тлі терапії препаратами магнію отримували гліцин у дозі 300 мг на добу протягом 1 місяця.

Дослідження показало, що рівень магнію сироватки крові у пацієнтів обох груп достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$). Аналіз амінокислотного складу сироватки крові виявив, що найбільші зміни спостерігались в рівнях амінокислот, які у високому відсотку входять до складу молекули колагену. Так, зниження гліцину сироватки крові було виявлено у 86,6 % пацієнтів із ПМК, у інших 13,3 % він знаходився на нижній межі норми.

Через 6 місяців проведеної терапії за результатами допплер-ехокардіографічного дослідження в групі, що отримувала комплексну терапію, достовірно зменшився об’єм лівого передсердя, підвищився показник фракції викиду, знизилась ступінь мітральної регургітації в порівнянні з групою пацієнтів, що використовували виключно препарати магнію ($p < 0,05$). Дослідження амінокислотного складу сироватки крові у пацієнтів другої групи через 6 місяців лікування виявили підвищення гліцину сироватки крові, що свідчить про стійке утримання його рівня протягом даного терміну. Це дає змогу рекомендувати призначення гліцину двічі на рік, що може покращити якість життя пацієнтів із ідіопатичним ПМК.

«MEDICINE FOR PERSON» – ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ

Оспанова Т.С., Чернякова І.О.
Харківський національний медичний університет, Україна

Інтенсивне впровадження до практики сучасних медичних діагностичних і терапевтичних технологій супроводжується своєрідним парадоксом – відходом від особистості пацієнта. Противагою такій тенденції є розвиток нових парадигм індивідуалізації діагностики й лікування: персоналізована медицина, «personalisied medicine», яка ґрунтується на індивідуальних генетичних і молекулярних маркерах, й медицина для особистості, «medicine for person», що вивчає не тільки фізичні, але й психологічні, соціальні складові особистості людини для оптимізації лікування, профілактики. Велике значення надається при тому виділенню фенотипів хвороби. Важливим інструментом «медицини для особистості» є вивчення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖПЗ), за допомогою загальних і спеціальних опитувальників.

Нами досліджено ЯЖПЗ за допомогою загального міжнародного опитувальника MO SF-36 у 60 пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) і 30 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Опрацювання отриманих результатів показало існування 4 фенотипів БА – з високою і низькою ЯЖПЗ за показниками фізичного (PCS) і ментального (MCS) здоров'я. Виділення фенотипів дозволяє оптимізувати підходи до алгоритмів спостереження за пацієнтами в межах існуючих протоколів. Так, при фенотипі низького PCS (30,4-33,9 балів) необхідно переглянути об'єм базисної і гіпотензивної терапії, вжити заходи до зменшення гормонозалежності. Пацієнтам зі зниженими показниками MCS (33,9-37,7 балів) варто забезпечити консультації психолога, психотерапевта, оториноларинголога. Якщо пацієнт оцінює свою ЯЖПЗ так, що це не співпадає з виділеним фенотипом, необхідно провести аналіз причин розбіжності з метою корекції індивідуальної програми лікування і реабілітації. Таких пацієнтів слід залучати до участі у навчальних програмах, в астма-школі, групах взаємної підтримки, переконувати в необхідності терапії шляхом моніторингу показників спірографії, пікфлоуметрії, тощо. У пацієнтів з ХОЗЛ показники ЯЖПЗ, як PCS, так і MCS були найнижчими серед усіх досліджених пацієнтів, виділити фенотипи в залежності від них не вдається.

Моніторинг показників ЯЖПЗ у перспективі забезпечуватиме поєднання персоналізованої медицини і медицини для особистості для гармонізації потреб пацієнта, має бути невід'ємною ланкою спостереження за пацієнтами в стаціонарі і в амбулаторії сімейного лікаря, сприятиме поглибленню оцінки ефективності лікування, реабілітації, вторинної профілактики, підвищенню рівня контролю за перебігом хвороби.

НЕЗИДИОГЕНЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ошмянская Н.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украини», г. Днепропетровск

Эндокринные клетки поджелудочной железы (ПЖ) образуют островки Лангерганса, которые секретируют глюкагон, инсулин, соматостатин, панкреатический полипептид и другие гормоны. Считается, что все типы клеток островков развиваются из одного источника, и способность к регенерации зрелой ткани подразумевает наличие клеток с функцией предшественников. Последние исследования предполагают, что эпителий протоков ПЖ взрослого содержит латентные прогениторы клеток островков, которые дифференцируют в эндокринные клетки под воздействием соответствующих стимулов, подобно дифференцированным гепатоцитам при регенерации в печени. Многие исследования ранее указывали на процесс дедифференцировки ацинарных клеток с возникновением «протоковой метаплазии», в том числе с положительной реакцией на цитокератины, которая характерна для эпителия протоков. Согласно Phillips J.M. и соавт. при хроническом панкреатите также наблюдается увеличение инсулин-позитивных клеток в протоках.

Материалы и методы. Иммуногистохимическое исследование было проведено с использованием поликлональных антител к инсулину и PCNA (Abcam, USA). Тубулярные комплексы идентифицировались, как область со снижением эозиновой окраски, содержащая более четырех мелких протоков и центроацинарных клеток (без гранул). Анализ изображений проводили с помощью программного обеспечения ImageJ 1.45S («National Institutes of Health», USA), по методикам, подробно описанным в литературе. Результаты обрабатывались с использованием различных статистических методов, при этом достоверным считалось значение «p» меньше 0,05.

Результаты и обсуждение. На поздних стадиях хронического панкреатита, вследствие прогрессирующего фиброза структура протоковой системы железы заметно меняется. Достоверное ($p = 0{,}009$) увеличение соотношения площади протоков к общей площади железы объясняется активным формированием тубуло-островковых и тубулярных комплексов, содержащих PCNA-позитивные клетки, что отражает компенсаторную реакцию на хроническую гипоксию паренхимы. При многофакторном корреляционном анализе изучаемых показателей было зафиксировано наличие взаимосвязи между стадией фиброза и уменьшением общей площади β-клеток. При этом общее количество островков на мм² площади и количество крупных островков остается практически постоянным, в то время, как плотность средних достоверно снижается к IV стадии развития фиброза, а плотность малых – достоверно повышается. В области протоков обнаруживаются одиночные эндокринные клетки, которые могут быть конечным результатом трансформации. Эти клетки иммуногистохимически окрашиваются на инсулин, и морфологически представляют собой клетки с круглым ядром и обильной цитоплазмой, заполненной секреторными гранулами.

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА УРАЖЕННЯ ШЛУНКА: ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ

Паліброда Н.М., Патратій М.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В усьому світі хронічні дифузні захворювання печінки займають важливе місце серед причин втрати працездатності та смертності. Спостерігається тенденція до невпинного зростання показників поширеності та захворюваності, зокрема на цироз печінки (ЦП). Тісний анатомо-фізіологічний зв'язок печінки з іншими органами черевної порожнини зумовлює, зокрема ураження слизової оболонки шлунка у хворих на ЦП. Частота розвитку ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони у хворих на ЦП коливається від 5,5 % до 24 %, що перевищує поширеність власне виразкової хвороби в популяції. Ерозивно-виразкові ураження шлунка (ЕВУШ) обумовлюють розвиток кровотеч у 3,5-24 % хворих на ЦП, тобто є другою за частотою причиною кровотеч у таких пацієнтів (Губергриц Н.Б., 2013.).

У той же час, проблема порушень вуглеводного обміну є не менш важливою. Згідно даних ВООЗ число хворих з інсулінорезистентним синдромом в Європі сягає 40-60 млн., кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) – близько 4-7 % популяції, зростаючи до 10-15 % у віці старше 65 років. В Україні є понад 1 млн. хворих на ЦД (з них близько 800 тис. – хворі з ЦД 2 типу). Частота ЕВУШ у пацієнтів з ЦД перевищує 20 %. Темпи загоєння ерозій та виразок шлунка у хворих з порушенням вуглеводневого обміну подовжуються в 2 рази. Виразкові кровотечі розвиваються у 40 % хворих із супутнім ЦД 2 типу, а перфорація виразки – у 6 %. (Ткач С.М., 2010 р.). У виникненні уражень шлунка у пацієнтів з порушенням вуглеводневого обміну основна роль належить автономній нейропатії, безпосередньому токсичному впливу гіперглікемії та мікроангіопатії тканин шлунка. Зокрема, у хворих на ЦД І2типу ознаки мікроангіопатії підслизової оболонки наявні у 70 % випадків. Збільшення концентрації глюкози крові до 12-13 ммоль/л супроводжується сповільненням моторики антрального відділу шлунка, а зростання до 15 ммоль/л супроводжується зміною моторики майже всіх відділів травного каналу (Шишкин А.Н., 2009). Автономна нейропатія сприяє безсимптомному перебігу ЕВУШ у хворих на ЦД.

Таким чином, проблема коморбідності є особливо актуальною при одночасному перебігу ЦП та порушень вуглеводного обміну. Лікарі повинні пам'ятати, що у пацієнтів з ЦП та ЦД ураження слизової оболонки шлунка розвиваються досить часто. Клінічна картина ерозивно-виразкових уражень шлунка у таких хворих характеризується малосимптомністю, часто „ховається" за проявами основного захворювання. Це утруднює діагностику та сприяє розвитку ускладнень, які можуть призвести до декомпенсації основного захворювання та летального виходу.

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ГЛАУКОМЫ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Панченко Н.В., Мирошник Д.М., Саркисян Г.С., Гончарь Е.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Одно из лидирующих мест среди причин слепоты занимает глаукома. По современным представлениям она определяется как гетерогенная группа заболеваний, которая характеризуется прогрессирующим течением, развитием оптической нейропатии, постепенным нарушением поля зрения, которые чаще всего связаны с повышением внутриглазного давления (ВГД). В настоящее время стадии глаукомы определяются по характеру и количеству дефектов поля зрения при статической компьютерной периметрии. Выделяют 4 стадии глаукомы: начальную (I), развитую (II), далеко зашедшую (III) и терминальную (IV).

Цель. Изучение динамики распространенности различных стадий глаукомы среди населения Харьковской области за 5 лет.

Материал и методы. Проведен анализ распространенности различных стадий глаукомы по отчетам врачей-офтальмологов Харьковской области за 2007-2013 гг.

Результаты. По полученным данным наибольшая доля среди стоящих на учете пациентов с I стадией глаукомы наблюдалась в 2008 году – 25,08%, в последующие года показатель снижался и достиг минимума в 2012 году – 9,1 %, однако в 2013 году возрос до 17,05 %.

Наибольший процент пациентов со II стадией отмечался также в 2008 году (43,8 %), затем постепенно снизился и в 2013 году составляет 25 %. Доля больных с далекозашедшей и терминальной стадиями глаукомы постепенно увеличилась с 19,3 % и 11 % в 2008 г. до 44,4 % и 21 % в 2012 году, соответственно. К 2013 году данный показатель несколько снизился (до 37 % и 19,8 %), однако остается на 15 % и 15,5 % выше в сравнении с 2008 годом.

Также необходимо отметить что за истекший период количество больных глаукомой, состоящих на диспансерном учете увеличилось (с 13,5 тыс. в 2007 г. до 16,6 тыс. в 2013 г.).

Выводы. Исследованиями установлено**,** что за 5 лет по Харьковской области при увеличении больных, состоящих на диспансерном учете (на 15 %) доля I и II стадии глаукомы снизилась на 20,5 %.

Также отмечено увеличение среди больных глаукомой стоящих на диспансерном учете пациентов с далекозашедшей и терминальной стадией глаукомы (на 31,5 %) что свидетельствует о недостаточной эффективности диагностики и выявления ранних стадий глаукомы.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАДНЕГО СУБТЕНОНОВОГО ВВЕДЕНИЯ ТРИАМЦИНОЛОНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УВЕИТАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Панченко Н.В., Самофалова М.Н., Фрянцева М.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. Проблема поиска новых методов лечения больных с эндогенными увеитами и на сегодняшний день остается актуальной. Заднее субтеноновое введение триамцинолона нашло достаточно широкое применение в лечении пациентов с макулярным отеком различной этиотиги. Эффективность же данного метода лечения у пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, изучена недостаточно.

Цель. Изучение эффективности применения заднего субтенонового введения триамцинолона в лечении больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, с применением заднего субтенонового введения триамцинолона.

Офтальмологическое обследование пациентов наряду с общепринятыми методами включало статическую компьютерную периметрию, ультразвуковую биомикроскопию, В-сканирование и оптическую когерентную томографию.

Заднее субтеноновое введение триамцинолона применялось в составе комплексного лечения и выполнялось по стандартной методике в условиях операционной.

Результаты. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что после заднего субтенонового введения триамцинолона у больных с передними увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, наблюдалось увеличение прозрачности влаги передней камеры, во всех глазах уменьшался или исчезал болевой синдром, у пациентов с задними увеитами увеличилась прозрачность стекловидного тела. Во всех глазах диск зрительного нерва приобретал более четкие контуры.

Необходимо отметить, что у всех пациентов после заднего субтенонового введения триамцинолона отмечалась положительная динамика зрительных функций – повышалась острота зрения, уменьшались относительные скотомы.

Выводы. Установлено, что применение заднего субтенонового введения триамцинолона в лечении больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, позволяет сократить сроки купирования воспалительного процесса и улучшить функциональные результаты лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМИКРОСКОПИЯ – ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ БАЗИСА СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

Панченко Н.В., Храмова Т.А., Литвищенко А.В.

Харьковский национальный медицинский університет, Украина

Актуальность: совершенствование методов диагностики является неотъемлемой частью развития любой науки, и офтальмологии в частности.

В настоящее время использование ультразвука в офтальмологии стало важным и часто неотъемлемым методом диагностики внутриглазных и орбитальных болезней (Cathy W. Et al., 2006).

Метод ультразвуковой биомикроскопии был внедрен в офтальмологическую практику в 1989 году канадскими исследователями C. Pavlin и S. Foster.

Ультразвуковая биомикроскопия (УБМ), является высокоинформативным методом диагностики различной патологии переднего отдела глаза и представляет собой многофункциональную ультразвуковую систему позволяющую прижизненно визуализировать тончайшие структуры переднего сегмента глаза которые недоступны при осмотре общепринятыми методами обследования в реальном масштабе и времени (Pavlin C.J. с соавт., 1992; Kondo T. с соавт., 1997; Kobayashi H. с соавт., 1999; Ishikawa H. с соавт., 2000).

Высокая разрешающая способность метода позволяет получать акустические изображения, аналогичные морфологическим картинам, получаемых на гистологических срезах

Цель: Изучить особенности исследования базиса стекловидного тела с помощью ультразвуковой биомикроскопии.

Материалы и методы. Проведено обследование 28 пациентов (38 глаз) с периферическими увеитами, 6 пациентов (6 глаз) с авитрией (после витрэктомии с силиконовой тампонадой) и 6 здоровых лиц (12 глаз). Всем пациентам наряду с общепринятыми офтальмологическими методами диагностики была выполнена ультразвуковая биомикроскопия на аппарате ‘‘VuMax-II’’ (Sonomed) датчиком с частотой 50 МГц.

Результаты. Было отмечено, что базис стекловидного тела хорошо визуализируется с помощью УБМ при присутствии в нем патологических изменений (что было выявлено в глазах с периферическим увеитом).

Диагностирование с помощью УБМ остаточных фрагментов базиса стекловидного тела в глазах с авитрией после витреоретинальных хирургических вмешательств при наличии остатков введеного силикона может быть затруднено.

Вывод: ультразвуковая биомикроскопия является незаменимым методом диагностики патологических изменений базиса стекловидного тела.

СПІВІДНОШЕННЯ НЕЙТРОФІЛІВ І ЛІМФОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Панчишин Ю.М., Кондратюк М.О., *Юр'єва Н.Ю.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
**Військово-медичий клінічний центр Західного регіону, Україна*

Відзначають прогностичне значення співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (Н/Лф) крові для кардіоваскулярної патології. Серед пацієнтів з ішемічним інсультами коефіцієнт був достовірно вищий в групі з атеросклерозом великих артерій чи атеротромбозом порівняно з іншими групами (Gökhan S. et al., 2013). Показник Н/Лф більше 2,4 асоціюється зі збільшенням частоти кардіальних подій у пацієнтів з хронічною стабільною ішемічною хворобою серця (Sbrana F. et al., 2013), гіршим прогнозом та вищою частотою великих кардіальних подій впродовж трьох років спостереження (Arbel Y. et al., 2012, Gazi E. et al., 2013).

Мета роботи: визначити частоту різного індексу Н/Лф та клініко-лабораторні особливості перебігу стабільної стенокардії II-III функціонального класу та серцевою недостатністю (СН) I-II функціонального класу за NYHA у 223 чоловіків. Поділ пацієнтів на групи за величиною індексу Н/Лф здійснений за Y. Arbel et al. [3]: 1 – пацієнти з Н/Лф менше 2 (37 осіб), 2 – 64 хворих з індексом 2,1-3, 3 – 122 пацієнти з коефіцієнтом більше 3.

За показниками гемодинаміки пацієнти трьох груп не відрізнялися. Частота анемії за рівнем гемоглобіну в групі 1 склала 40 %, в другій – 47 % і в третій – 43 %. За частотою Нв менше 100 г/л пацієнти 1 і 3 груп практично не відрізнялися (20 % і 19 %, відповідно). Пацієнтів з гіпоХС в першій групі виявлено 51 % проти 64 % і 61 % в двох інших групах. За частотою гіперХС групи 1 і 3 були подібними (32 % і 33 %, відповідно). Частка коефіцієнта Н/Лф > 3 у пацієнтів з гіпо- та гіперХС була однаковою – 56 %. За критерієм $\chi^2 = 6,7227$, $P = 0,0103$ у пацієнтів з вищим індексом Н/Лф частіше зустрічається фракція викиду менше 40 % порівняно з групою з Н/Лф менше 2. Частіше в групі 2 і 3 порівняно з першою зустрічалося ожиріння ($\chi^2 = 8,9605$, $P = 0,004$ для групи 2 і $\chi^2 = 4,5005$, $P = 0,03$ для групи 3). Найменше осіб з коефіцієнтом Н/Лф менше 2 було в групі хворих з ожирінням (6 % проти 20 % у групі з надвагою, $\chi^2 = 7,4717$, $P = 0,007$ та 18 % у групі з нормальною масою тіла, $\chi^2 = 5,0090$, $P = 0,03$). Збережена клубочкова фільтрація зустрічалася з частотою 37,5 %, 24 % і 31 % в трьох групах відповідно. Ми виявили прямий кореляційний зв'язок між індексом Н/Лф та ФВЛШ, індексом адаптації та клубочковою фільтрацією в другій групі, індексами адаптації та Рітіса – в першій, що потребує подальшого вивчення.

Отже, кожна з трьох груп хворих за коефіцієнтом Н/Лф мала певні особливості перебігу стабільної стенокардії.

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ БІПОЛЯРНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ

Панько Т.В., Тахташова Д.Р., Чередніякова Е.С.

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

Висока суїцидогеність біполярних афективних розладів (БАР) обумовлює необхідність своєчасної діагностики та прогнозування розвитку суїцидальної поведінки у цих хворих.

Мета даної роботи – вивчити клініко-психопатологічні предиктори суїцидальної поведінки у хворих на біполярні афективні розлади (БАР).

Основну групу дослідження склали 117 хворих з суїцидальною поведінкою в структурі БАР (38 хворих з маніакальним епізодом, 45 – з депресивним епізодом та 34 – зі змішаним епізодом); контрольну – 110 хворих з БАР без суїцидальної поведінки (33 хворих з маніакальним епізодом, 41 – з депресивним епізодом та 36 - зі змішаним епізодом).

Використовувався клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою депресії Гамільтона (HDRS).

Встановлено, що клінічними предикторами суїцидальної поведінки при маніакальному епізоді БАР виступають: весела форма манії (47,4 %); наявність в клінічній картині рухового збудження (68,4 %); ідей самовихваляння (73,7 %); прискореного мислення (71,1 %); труднощів в прийнятті рішень (52,6 %); чутливості до критики (36,8 %); вираженого відчуття радості (55,3 %); емоційної лабільності (36,8 %); досади (31,6 %); образи (26,3 %); психалгій (26,3 %); порушень чутливості (60,5 %) та психосенсорних порушень (23,7 %).

В якості клінічних предикторів суїцидальної поведінки при депресивному епізоді БАР виділено: тужливий (37,8 %) та апато-адінамічний (22,2 %) варіант депресії виразного ступеню важкості ((34,7 ± 4,4) балів); наявність моторної загальмованості (20,0 %); почуття провини ((3,2 ± 0,4) бали); зниження інтересів (84,4 %); ідей малоцінності (71,1 %); чутливості до критики (31,1 %); помірних ((2,4 ± 0,2) бали) добових коливань настрою (68,9 %); ангедонії (66,7 %); туги (42,2 %); відчаю (22,2 %); зневіри (20,0 %); порушень засинання та пробудження (64,4 %); помірного ((2,8 ± 0,5) бали) зниження маси тіла (42,2 %) та запорів (28,9 %).

При змішаному епізоді БАР предикторами суїцидальної поведінки є: гнівлива форма манії (32,4 %) та тривожний (35,3 %) варіант депресії ((20,1 ± 2,4) балів); наявність рухового занепокоєння (41,2 %); зниження інтересів (64,7 %); зниження критики до хвороби (44,1 %); ідей малоцінності (41,2 %); ригідності мислення (38,2 %); незадоволеності собою (41,2 %); помірної ((2,6 ± 0,4) бали) тривоги (38,2 %); ажитації (1,5 ± 0,5) бали); гніву (35,3 %); емоційної лабільності (32,4 %); роздратування (29,4 %); обурення (29,4 %); частих або ранніх пробуджень (38,2 %).

Отримані результати дослідження можуть бути використані в якості діагностичних критеріїв суїцидальної поведінки при різних епізодах БАР.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ

Пасиешвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ревматическая полимиалгия (РП) – системное воспалительное заболевание, основными клиническими проявлениями которого являются боли и скованность в мышцах плечевого и/или тазового пояса в сочетании с лихорадкой и снижением массы тела. При этом не характерно поражение мышечной ткани, но отмечается вовлечение в патологический процесс периартикулярных синовиальных структур, таких как бурсы, синовиальные влагалища сухожилий мышц. Дебют заболевания возникает в возрасте 60-70 лет, чаще у женщин, возможно на фоне депрессивных состояний. Специфических диагностических критериев нет; при постановке диагноза учитывается возраст больных, отсутствие повреждений суставов (рентгенологически, при ЯМР), доброкачественность течения и эффективность терапии при назначении малых доз глюкокортикоидов (ГК).

Опыт ведения таких больных (7 наблюдений) показал, что началу заболевания довольно часто предшествует интеркуррентная инфекция; развитие основных клинических симптомов происходит в короткие сроки (до 5-7 дней), при этом обращаемость к врачу несколько запаздывает – в течение 1-2 месяцев и более пациенты лечатся самостоятельно. При этом назначение 15-30 мг преднизолона в сутки практически сразу оказывает клинический эффект. В тоже время было отмечено, что данные дозы препаратов необходимо использовать в течение месяца, с последующим снижением дозы не более чем на 5 мг в 4-6 недель. Длительность приема терапевтических доз ГК до 3-х месяцев наблюдалась у 3 больных и более 6 месяцев – у 4 пациентов. В среднем, курс лечения кортикостероидами составляет 1,5-2 года, при этом попытка больных прервать курс лечения на фоне удовлетворительного состояния приводила (2 пациентов) к возврату клинической симптоматики. Это и было основание к назначению поддерживающей дозы преднизолона (5мг) в течение длительного периода. Такой длительный прием преднизолона связывают с тем, что ГК у таких больных используются в качестве болезнь модифицирующих лекарственных препаратов: они не излечивают заболевание, а лишь подавляют его клинические проявления. Только прохождение РП своего естественного цикла приводит к ремиссии или выздоровлению больного. Следовательно, несмотря на невозможность использования этиологических препаратов в лечении РП, вторичная профилактика заболевание подразумевает длительный прием малых доз преднизолона под контролем клинической симптоматики.

РОЛЬ ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ В ФОРМИРОВАНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Пасиешвили Т.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

В настоящее время бронхиальную астму (БА) рассматривают как социально-значимое заболевание, распространенность которого, длительность нетрудоспособных дней больных с данной патологией и экономические затраты на их ведение значительно опережают аналогичные показатели по многим нозологиям. По данным ВОЗ в мире зарегистрировано более 300 млн. пациентов с БА, т.е. от 5 до 9 % населения планеты имеют данную патологию. При этом говорится, что в последние годы отмечается тенденция к увеличению заболеваемости, регистрации больных с тяжелыми и резистентными к терапии формами.

Цель работы: определение роли полиморфизма гена АПФ в формировании резистентных к терапии форм бронхиальной астмы, протекающей на фоне ожирения.

Материалы и методы исследования. Обследован 61 пациент с БА и ожирением в возрасте (43,7 ± 6,2) лет и длительностью заболевания от 1 до 23 лет; среди обследованных было 13 мужчин (21,3 %) и 48 женщин (78,7 %). Группа контроля – 50 практически здоровых лиц аналогичного возраста и пола. ДНК-диагностику проводили с использованием диагностической тест-системы «SNP-экспресс» для изучения полиморфизма (I/D) гена АПФ.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что у больных с БА и ожирением распределение нормальных гомозигот (I/I-генотип) наблюдалось в 8,2 % случаев (5 больных), гетерозиготы (генотип I/D) были зарегистрированы у 31,1 % (19) и мутантный генотип (D/D) – у 60,7 % (37 пациентов). В группе контроля данное соотношение соответствовало: 16,0 %, 54,0 % и 30,0 %. При определении влияния генотипа на степень тяжести заболевания было установлено, что лица с патологическим генотипом D/D имели короткий анамнез заболевания (до 6 лет – 32 больных), в большинстве случаев – IV ступень заболевания (31), 3-4 обострения бронхолегочной патологии в год (29), а период обострения сопровождался гемодинамическими нарушениями (34 пациентов).

Выводы. Быстрое развитие тяжелой резистентной к терапии формы БА у больных с ожирением было результатом наличия мутантного генотипа D/D гена АПФ. Исследование гена АПФ у больных бронхиальной астмой с ожирением позволяет оценить показатели функционального состояния эндотелия и, тем самым, прогнозировать течение патологического процесса.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ТРОМБОЦИТАРНО-ПЛАЗМОВОГО ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Пасько В.С.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ., Україна

Мета дослідження: комплексне вивчення та оцінка параметрів тромбоцитарно-плазмового гемостазу у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії залежно від добового ритму артеріального тиску (АТ).

Обстежено 220 хворих на ГХ ІІ стадії, серед яких 127 - середнього (45-59 років) і 93 хворих похилого (60-74 роки) віку.

У хворих похилого віку на ГХ ІІ стадії в структурі добового ритму АТ переважає група non-dipper (53,3 % проти 36,9 %) і достовірно до хворих середнього віку меншими є середній і максимальний діастолічний АТ відповідно на 28,7 % ($p < 0,001$) і 13,1 % ($p < 0,05$) на фоні стабільно підвищеного систолічного АТ. У хворих похилого віку групи non-dipper середній АТ на 11,1 % ($p < 0,05$) є меншим щодо хворих середнього віку.

Стан плазмово-тромбоцитарного гемостазу у хворих на ГХ ІІ стадії середнього і похилого віку вирізняється неоднорідністю змін. Вікова відмінність тромбоцитарного потенціалу, проявляючись збільшенням спонтанної агрегації тромбоцитів, супроводжується зростанням ступеня агрегації (СА) на 25,4 % та прискоренням агрегаційного процесу на 45 % ($p < 0,05$), відповідно у 60 % і 9 % хворих похилого віку. Істотне уповільнення часу максимальної агрегації (ЧМА) тромбоцитів, стимульованої адреналіном, в 1,6 рази ($p < 0,001$) у хворих похилого віку також підтверджує їх виражену тромбогенність. На фоні пригніченої фібринолітичної активності крові відмічено незначне виснаження антикоагулянтного потенціалу, зокрема, антитромбіну ІІІ на 6,5 % ($p < 0,05$) у 48 % осіб похилого віку.

При різних профілях АТ відмічено стирання вікових відмінностей за більшістю показників спонтанної агрегації тромбоцитів. Проте, у групі non-dipper похилого віку при аденозиндифосфат-індукованій агрегації тромбоцитів СА і при адреналін-індукованій агрегації тромбоцитів ЧМА в однаковому ступені були вищими відповідно на 31,1 % ($p < 0,05$) і 30,9 % ($p < 0,05$), що вказує на високу тромбоцитарну активність у групі хворих з недостатнім нічним зниженням АТ.

Серед різних вікових груп із різним профілем АТ відмінностей в плазмовому гемостазі не відмічено.

ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШКІВНИКА У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Патратій М.В., Паліброда Н.М., Олексюк С.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Остеоартроз (ОА) – є поширеною формою суглобової патології, спричиняючи виникненню больового синдрому та втрати працездатності й інвалідизації хворих. За статистичними даними, в Україні кожен третій мешканець страждає на ОА певних суглобів. Пацієнти з цією патологією вимушені протягом багатьох років регулярно приймати нестероїдні протизапальні препарати, які підвищують кишкову проникливість, що не може не вплинути на стан мікрофлори порожнини товстої кишки.

Мета дослідження: вивчити зміни мікрофлори порожнини товстої кишки у хворих на ОА, та підвищити ефективність лікування цих хворих шляхом корекції змін мікробіоценозу товстої кишки.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 62 хворих на ОА у віці від 38 до 65 років. Пацієнти були поділені на основну та контрольну групи. Хворим основної групи (42) на фоні стандартної схеми лікування ОА проводилась корекція дисбіотичних змін препаратами лактофільтрум або спазмолакт (в залежності від дисбіотичних змін) та препаратом про-симбіофлор, який є біологічним імуносупресором.

Контрольна група (n = 20) отримувала стандартну схему лікування без корекції змін кишкової мікрофлори. Всі хворі були обстежені до та після курсу лікування. Діагноз та стадію дисбактеріозу встановлювали за опублікованими критеріями (Харченко Н. В., 2000), мікроекологічний стан порожнини товстої кишки оцінювали за індексом сталості (С%) кожного виду.

Результати дослідження. У всіх обстежених хворих на ОА виявлені зміни мікрофлори товстої кишки, а саме зниження вмісту лактобактерій і біфідобактерій та збільшенням представників аеробної мікрофлори, що клінічно проявлялось ознаками кишкової диспепсії.У результаті стаціонарного лікування в у хворих основної групи значно покращився мікробний пейзаж за рахунок збільшенням лакто- та біфідобактерій та зменшенням умовно-патогенної флори у 68 % хворих основної групи, в той час як у хворих контрольної групи істотних змін мікрофлори не відбулося. Слід відмітити, що у хворих основної групи в порівнянні з контрольною групою значно скоріше (на 2-3 дні) зменшились клінічні прояви ОА (біль в суглобах, скутість), що можна пояснити імуносупресорною дією про-сімбіофлору. Крім того у 76,0 % хворих основної групи прояви кишкової диспепсії зникли на другому тижні лікування та значно зменшились у 25 %, чого не спостерігалося у хворих контрольної групи.

Висновок. У хворих з ОА ознаки порушення мікробного пейзажу товстої кишки зустрічається частіше ніж у осіб контрольної групи**.** Включення в комплекс лікування ОА пробіотиків та про-симбіофлору нормалізує показники мікрофлори товстої кишки та сприяє зменшенню клінічних проявів ОА, тим самим покращуючи якість життя хворих.

МІКРОБІОЦЕНОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Патратій М.В., Олексюк С.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Частота хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) при цукровому діабеті 2 типу (ЦД 2) коливається від 34 % до 74 %. У європейських країнах серед хворих ЦД II на момент встановлення діагнозу у 50 % пацієнтів діагностують неалкогольний стеатогепатит (НАСГ). НАСГ є найбільш поширеною формою хронічної патології печінки і розглядається як печінковий прояв ЦД 2.

Мета дослідження: виявити зміни мікрофлори товстої кишки у хворих на НАСГ на тлі ЦД II.

Матеріали та методи дослідження. Усього було обстежено 63 хворих віком 42-67 років з НАСГ на тлі ЦД 2 (IDF, 2005), які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні КУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці». Діагноз НАСГ встановлювали на основі клінічних, лабораторних та інструментальних критеріїв НАСГ (Ю.М. Степанов, А.Ю. Філіппова, 2004). Контрольна група (n = 25) склали хворі з НАСГ (IDF, 2005) без ЦД. Стан біоценозу товстої кишки оцінювали за комплексним бактеріологічним дослідженням калу. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась на персональному комп'ютері за допомогою програми Statistica 6,0. Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Хельсинської декларації перегляду 2008 року.

Результати. У 92 % хворих з НАСГ на тлі ЦД II мікробіоценоз товстої кишки характеризувався зниженням кількості біфідобактерій, у 84 % хворих також відмічалось зменшення вмісту лактобацил та підвищення активності аеробної протеолітичної мікрофлори. У групі контролю зниження кількості біфідобактерій виявлено у 46 %, а лактобацил – у 41 % хворих.

Висновки. Ознаки порушення видового складу мікрофлори товстої кишки у хворих на НАСГ на тлі ЦД II формуються достовірно частіше, ніж у осіб контрольної групи. У більшості хворих з НАСГ на тлі ЦД II виявлено різке зменшення біфідобактерій та лактобактерій, що свідчить про наявність вільних ніш для розселення патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів. Найчастіше на фоні зменшення кількості біфідобактерій та лактобактерій з'являється нефізіологічна аеробна умовно-патогенна мікрофлора. Це сприяє вираженій інтоксикації за рахунок продукції умовно-патогенними організмами токсинів, а також змінам імунного статусу товстої кишки. Даний перебіг захворювань потребує уваги клініцистів з метою розробки диференційованого підходу до профілактики та лікування можливих порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих з НАСГ на тлі ЦД 2.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НПВС У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Пахлеванян С.Г., Пахлеванян В.Г., Ефремова О.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

Цель – проанализировать частоту повышения АД на фоне приема НПВС у пациентов, входящих в группу риска возникновения артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Обследовано 115 больных. Возрастной контингент разделился следующим образом: старше 65 лет-50 %, от 30 до 65 лет – 25 %, менее 30 лет – 25 %. У 30 % имелась повышение АД в анамнезе. 50 % составили женщины, 50 % мужчины. Нами были исследованы случаи применения следующих НПВС: напроксена, целекоксиба, пироксикама, ибупрофена, мелоксикама, индометацина и диклофенака.

Результаты. повышение АД на фоне приёма НПВС наблюдалось в 30 % случаев. Повышение АД при приёме НПВС в зависимости от возрастной группы распределились следующим образом: 20 % – старше 65лет, 15 % – от 30 до 65 лет, 5% – до 30 лет. Разделение по полу составило 1:1. АД практически не было повышено при использовании напроксена – 1 %, целекоксиба – 2 %, пироксикама – 2 % и ибупрофена – 2 %, но существенно возрастал на фоне приема мелоксикама – 5 %, индометацина – 7 % и диклофенака – 11 %. При этом надо помнить, что целекоксиб существенно превосходит по желудочно-кишечной переносимости ибупрофен, напроксен и пироксикам. Выводы: уровень и частота повышения АД выше у пациентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, особенно ИБС. Также обнаружена связь изменения АД у разных возрастных групп, чаще наблюдается повышение АД на фоне длительного приёма НПВС у лиц старше 65 лет. Отмечается более частое повышение АД у женщин пре- и постменопаузального возраста, нежели у мужчин того же возраста. При применении НПВС различных групп и даже препаратов одной и той же группы наблюдаются различные побочные эффекты или различная выраженность одного и того же эффекта.

Выводы. Так, наиболее безопасными с точки зрения влияния на уровень АД, являются напроксен и целекоксиб. При АГ, ассоциированной с приемом НПВП, в качестве монотерапии предпочтительно использовать блокаторы кальциевых каналов, поскольку есть четкие доказательства того, что НПВП не снижают их антигипертензивного эффекта. Препаратами выбора для лечения АГ у больных, нуждающихся в длительной терапии НПВП, следует считать блокаторы кальциевых каналов (в частности, амлодипин).

COMPLEMENT FACTORS IN ACUTE HEART FAILURE: RESPONSE TO TREATMENT AND LONG-TERM SURVIVAL

K Pershyna, R Twerenbold, F Stallone, T Herrmann, C Puelacher, M Rubini Gimenez, C Jaeger, L Krivoshei, M Trendelenburg, C Mueller

University Hospital Basel,Department of Cardiology& Cardiovascular Research Institute Basel, Switzerland

Background: The pathogenesis of acute heart failure (AHF) is incompletely understood. Our **aim** was to gain first insights into a potential role of innate immunity and complement factors (CF) by exploring the response to treatment and long-term survival.

Methods and results: In a prospective study, 195 consecutive patients with an adjudicated diagnosis of AHF were enrolled. Levels of CF (C3a, C4d, SC5b-9) were measured within 24h of presentation and prior to discharge. The final diagnosis including the AHF phenotype was adjudicated by two independent cardiologists.

The median values of all three CF among all patients diagnosed with AHF were higher C3ac mg/dL median (IQR) 388 (235-704); C4d mg/dL median (IQR) 7.12 (3.78-11.33); Sc5b9 mg/dL median (IQR) 411 (301-567) compared to standardized reference values C3a median (IQR) 245 (3-326), C4d median (IQR) 0,54 (0.14-1.), Sc5b9 median (IQR) 411 (301-567). The blood levels of C4d and sC5b were increasing in the following days. Levels of C4d were significantly higher after 6 days as compared to the day 1, median (IQR) 7.85 (4.86-11.94) vs.8.64 (5.12-12.6), $p<0.001$. Levels of sC5b were significantly higher after 6 days as compared to the day 1, median (IQR) 410 (255-510) vs. 510 (308-620), $p<0.001$. Levels of C3a did not show any dynamic median (IQR) 420 (218-710) vs. 430 (240-760), ($p=0.133$). Diagnostic accuracy for AHF of all three CF, assessed by AUC was significantly lower in day 6 as compared to day 1. Prognostic accuracy to predict death during 24 months of CF levels among AHF patients, assessed by AUC was limitated and significantly lower as compared to pro-BNP. Among all assays the limitated prognostic accuracy to predict 24 months death was higher after 6 days, however not significantly higher. C3a day 1 AUC 0.54 (95%CI, 0.0.46-0.61), vs. day 6 AUC 0.55 (95%CI, 0.48-0.62), p= 0.56; C4d day 1 AUC 0.51 (95%CI, 0.44-0.58) vs. day 6 0.52 (95%CI, 0.45-0.59), p=0.69; SC5b day 1 AUC 0.50 (95%CI, 0.43-0.57) vs. day 6 AUC 0.51 (95%CI, 0.44-0.59) p=0.62; pro-BNP day 1 AUC 0.56 95%CI (0.31-0.78) vs. day 6 AUC 0.69 95%CI (0.44-0.88) p=0.149.

Conclusions: Our data showed that in AHF patients, levels of C4d and Sc5b-9 CF increase whithin the first 6 days. However prognostic accuracy of all CF to predict death in patients with AHF during 24 months was limitated and lower as compared to pro-BNP.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ

Петішко О.П., Зигало Е.В., Пантелєєва Т.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

В Україні за період 2006-2012 рр. відбулось зниження показників поширеності та захворюваності на біліарну патологію, водночас збільшилось число операцій при гострому холециститі (ГХ) на 15,0 % та відзначено зростання питомої ваги термінових операцій від їх загальної кількості на 17,6 %. За літературними даними дослідження лабораторних показників збільшують вірогідність визначення діагнозу ГХ від 5 % до 60 %. **Мета дослідження** – оцінка чутливості, специфічності та точності лабораторних показників у діагностиці ГХ.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 165 пацієнтів з ГХ, пролікованих в ІІІ хірургічному відділенні Шостої міської клінічної лікарні (м. Дніпропетровськ) та 165 хворих на хронічний холецистит (клініка Інституту гастроентерології НАМНУ).

Результати. Лейкоцитоз спостерігався у 84,2 % хворих на ГХ, при цьому чутливість становила 69,6 %, специфічність – 71,1 %, точність – 70,0 %. Достовірним для даної патології було підвищення активності лужної фосфатази вище 140 Од./л (81,8 % випадків), відповідно чутливість показника склала 53,9 %, специфічність – 61,2 %, точність – 55,8 %. Дослідження функції печінки за показниками аспартатамінотрансферази (АСТ), аланінамінотрансферази (АЛТ), рівня загального білірубіну у пацієнтів з ГХ порівняно з хворими на хронічний холецистит показало відсутність достовірної статистичної різниці цих параметрів. Тому, хоча у половини пацієнтів з ГХ спостерігалось збільшення загального білірубіну вище 21 мкмоль/л, а також чутливість і специфічність показника складали, відповідно, 68,7 % і 60,0 %, точність, яка є сукупним показником інформативності, була досить низькою (32,7 %). У близько 70,0 % пацієнтів встановлено одночасне збільшення рівня АЛТ та АСТ. Однак якщо специфічність цих показників була на майже однаковому рівні (59,1 % та 63,6 %), то чутливість значно відрізнялась (37,2 % та 61,5 %). За літературними даними важливе прогностичне значення надається співвідношенню АЛТ:АСТ > 1, точність якого у хворих на ГХ складала 55,5 %, чутливість – 57,8 %, специфічність – 51,8 %.

Висновок. В результаті проведеного аналізу підтверджено, що лабораторна діагностика, яка є невід'ємною частиною сучасної медицини, не втрачає своєї значущості для ведення пацієнтів з ГХ. Враховуючи, що ГХ виникає на фоні хронічного внаслідок гострої інфекції, кількість лейкоцитів, рівень загального білірубіну, лужної фосфатази, співвідношення АЛТ до АСТ безумовно є корисними в оцінці серйозності стану пацієнта та прогнозу ускладнень захворювання.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В МОНИТОРИНГЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ СЕТЧАТЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Менкус Б.В., Сидельников В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ежегодно в мире по поводу грыж оперируется более 20 млн. пациентов. Внедрение сетчатых эндопротезов для герниопластики не снизило существенно количество осложнений в послеоперационном периоде. Поэтому поиск путей оптимизации послеоперационного периода является актуальным.

Целью работы является изучение возможностей ультразвукового исследования в мониторинге послеоперационного периода при герниопластике сетчатым эндопротезом для улучшения реабилитационных показателей у этой группы пациентов.

Материалы и методы. Обследуемая группа включала 17 пациентов в возрасте от 35 до 67 лет. Малые грыжи были у 3 пациентов, средние у 5 и большие – у 9 пациентов. Грыженосительство было от 1 года до 12 лет. Нами в динамике на 3, 5, 7 день, а у пациентов с большими вентральными грыжами и на 9, 11 день выполнялось УЗИ области герниопластики. При этом обращали внимание на наличие жидкостных скоплений, гематом, дренажа, сетчатого эндопротеза. УЗИ проводили прибором ULTIMA PA EXPERT.

Результаты исследования. УЗИ позволяет получить объективную информацию о течении раневого процесса в области герниопластики. В первые дни выявляется экссудат в полости раны. Оценивается адекватность аспирационного дренажа. В последующем наблюдалось уменьшение раневого отделимого и отсутствие ограниченного его скопления. Это свидетельствовало о необходимости удаления дренажа. Раневых осложнений у этой группы пациентов не было.

Выводы

1. Для объективного мониторинга течения послеоперационного периода, особенно у пациентов с грыжами среднего и большого размера необходимо проводить ультразвуковое исследование области герниопластики.
2. Ультразвуковое исследование следует выполнять на 3, 5, 7 день после герниопластики, а у пациентов с большими вентральными грыжами и в более поздние сроки, что позволит получить объективную информацию о течении раневого процесса в области герниопластики.

СУЧАСНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ФЕЛОДИПІНУ

Петренко Т.О., Погорєлов В. М., Лоскутов О.В.
Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Поширеність хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) неухильно веде до розвитку хронічного легеневого серця (ХЛС) і його ускладнень. Чергове загострення ХОЗЛ призводить до змін нормальної добової варіабельності симптомів та супроводжується погіршенням газообміну.

Зниження ефективної циркуляції крові в малому колі кровообігу (МКК) стимулює продукцію реніну, що підвищує секрецію вазопресина та систолічний тиск у легеневій артерії (СТЛА). Все це приводить до порушення мікроциркуляції та мікротромбозу.

Метою роботи стала оптимізація лікування хворих хронічним легеневим серцем з ЛГ із застосуванням пентоксифіліна з фелодіпіном в комплексній терапії.

Матеріали та методи. У терапевтичному відділенні Дорожньої клінічної лікарні станції «Харків» в 2013-2014 рр. під спостереженням перебували 48 хворих ХЛС з ЛГ. Середній вік хворих складав (60 ± 5) років. Усі хворі одержували загально прийняту терапію з включенням 2 % пентоксифіліну, який вводили на 250-500 мл 0,9 % розчину натрія хлориду в/в крапельно у дозі 5-10 мл на добу, 22 хворим додатково до цієї терапії включали фелодипін 5-10 мг на добу.

Усі хворі ХЛС порівнювались за статтю, віком та клініко-функціональною формою захворювання. Відзначалась клініко-лабораторна ідентичність хворих. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ, СТЛА – за допомогою допплерЕхоКГ.

Результати та їх обговорення. На тлі проведеної терапії із включенням пентоксифіліну та його комбінації з фелодипіном у всіх хворих зменшувались задишка, слабкість, нездужання. Зменшились кашель і відходження мокротиння, інтенсивність та частота виникнення кардіалгії. Відмічалось збільшення відсотка фракції викиду особливо у хворих, що одержували фелодипін. Викладене свідчить, що ці лікарські засоби опосередковано діють на рецептори судин, покращують кровообіг в МКК та викликають покращення функції цього коморбідного стану.

Висновок. Комплексна терапія хворих ХЛС з ЛГ з включенням фелодипіну сприяла покращенню показників кардіогемодинаміки, зниженню активності запального процесу, поліпшенню кровообігу в судинах та тканинах серця і легень.

СИНДРОМ “НИЗЬКОГО T_3” ТА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

Пивовар С.М.

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

У третини хворих з серцевою недостатністю (СН) без клінічної дисфункції щитоподібної залози (ЩЗ) визначається низький рівень трийодтироніну (T_3) одночасно з нормальними чи майже нормальними рівнями тироксину (T_4) та тиреотропного гормону (ТТГ). Цей синдром називаються „низького трийодтироніну” (Nicolini G., 2013). Передбачається, що даний стан зумовлений дефектом конверсійного механізму T_4 у T_3. З 199 хворих з СН, 31 % тяжких пацієнтів мали синдром „низького T_3”, що визначався як рівень загального $T_3 < 80$ нг/дл. У вибірці з 573 пацієнтів з СН (основний етіологічний фактор – ІХС) синдром «низького T_3», визначався як рівень вільного $T_3 < 2$ пг/мл, був виявлений в 30 %. Протягом 12-місячного спостереження кардиальна та загальна смертність були вищими в групі хворих з синдромом «низького T_3». Рівень вільного T_3 був самим сильним та незалежним предиктором смерті в багатофакторному аналізі. Проведено інше контрольоване дослідження, метою котрого було оцінювання 3-денної інфузії T_3 в групі хворих з СН з синдромом «низького Т3» (базальный рівень вільного $T_3 = 1{,}74$ пг/мл) (Pingitore A и соавт., 2008). Застосування T_3 призвело до нормалізації рівня трийодтироніну та значущого підвищення ударного об’єму. Відзначалось, що екзогенний T_3 призводив до зниження циркулюючих нейрогормонів, таких як норадреналін, альдостерон и натрийуретичний пептид. Стримуючим фактором для широкого застосування T_3 при СН є побоювання, що T_3 може бути шкодливим через: (1) збільшення ЧСС, (2) аритмогена дія, та (3) підвищення енерговитрат. Ці побоювання основані на знаннях, про те що T_3 діє на клітини синусового вузла та призводить до активації β-АР. На практиці, ні підвищення ЧСС, ні доказів ішемії чи клінічно-значущих аритмій не спостерігалося ні в одному дослідженні в яких хворі з СН отримували T_3 чи T_4, навіть якщо рівень T_3 був більше верхньої межі норми. Дослідження демонстрували зниження ЧСС та рівня норадреналіну можливо за рахунок покращення гемодинаміки (Pingitore A. та співавт., 2008). Передбачається, що T_3, діє головним чином на периферійний судинний опір та післянавантаження. При цьому трийодтиронін не підвищував роботу серця та споживання кисню (Pingitore A. та співавт., 2008). Альтернативний підхід був в застосуванні аналогів T_3 (Brenta G та співавт., 2007). Один з них, 3,5-дийодтиропропіонова кислота (DITPA). В дослідженні з участю 19 хворих з помірнотяжкою СН, застосування DITPA протягом 4 тижнів покращувало функцію серця та зменшувало загальний периферійний судинний опір. Однак, результати дослідження II фази застосування DITPA показали, що препарат погіршував симптоми СН (Goldman S., 2008). Причиною цього може бути висока доза DITPA. Залишається незрозумілим, який препарат, для корекції синдрому „низького T_3” є безпечним при СН.

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ТІОТРИАЗОЛІНУ В СХЕМАХ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Півторак К.В.

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

У зв'язку з наявністю ендотеліальної дисфункції в патогенезі неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) виникає необхідність корекції розладів місцевої регуляції тонусу судин та переважання вазоконстрикторних впливів. Оскільки фармакологічний ефект тіотриазоліну обумовлений його протиішемічними, антиоксидантними, мембраностабілізуючими й імуномодулюючими властивостями, препарат досить перспективний для застосування при НАЖХП.

Мета дослідження – визначити ефективність застосування тіотриазоліну в комбінації із традиційними схемами лікування у хворих на НАЖХП з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Матеріал та методи. Обстежених 130 хворих НАЖБП з надлишковою масою тіла та ожирінням розподілили на дві групи: 62 хворі на стеатоз печінки та стеатогепатит, які отримували стандартну терапію (з них 38 хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням), та 68 хворих (з них 35 хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням), яким додатково призначається щодня всередину тіотриазолін 300 мг на добу протягом 4 тижнів та 200 мг на добу протягом 8 тижнів (по 100 мг – 1 таб. 3 рази на добу). Групою порівняння були практично здорові особи (15). Вивчали вміст інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) і фактора некрозу пухлин-α (TNF-α) методом імуноферментного аналізу. Для оцінки інсулінорезистентності використовувався індекс HOMA-IR. Функціональний стан ендотелію визначали за вмістом у крові стабільних метаболітів оксиду азоту (NO) і ендотеліну-1 (ЕТ-1) імуноферментним методом. Визначали ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД) плечової артерії.

Результати дослідження. Рівні цитокінів у хворих на НАЖХП були вищими у 2,5-3 рази, порівняно з практично здоровими особами (TNF-α – (65,43 ± 6,82) пг/мл; ІЛ-6 – (9,48 ± 2,43) пг/мл). Через 4 тижні в групі зі стандартним лікуванням TNF-α – знизився в 1,47 рази, ІЛ-6 – в 1,52 рази, а в групі з додатковим призначенням тіотриазоліну TNF-α – знизився в 2,33 рази, ІЛ-6 – в 2,12 рази. Показник концентрації ЕТ-1 в крові в групі хворих НАЖХП і ожирінням перевищував показник у контролі в 2,3 рази, а після стандартного лікування зменшувався в 1,5 рази, після застосування тіотриазоліну в 1,8 рази. ЕЗВД у пацієнтів на НАЖХП і ожиріння була мінімальною. Виявлена динаміка збільшення ЕЗВД, зниження HOMA-IR при додатковому залученні у схему тіотриазоліну.

Висновки. Застосування тіотриазоліну додатково до традиційного лікування проявляє протизапальну, виражену ендотеліопротективну дію.

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Півторак Н.А., Біловол Л.О.

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

Значущими факторами ризику розвитку гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) є надлишкова маса тіла й ожиріння. З підвищенням ступеня ожиріння зростає ризик розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Ризики розвитку ерозивного езофагіту і його ускладнень – стравоходу Барретта й аденокарциноми – також корелюють з абдомінальним ожирінням.

Метою дослідження було визначити взаємозв'язок коморбідних станів та ГЕРХ у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Матеріал та методи. Обстежено 324 хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням. Серед них 131 чоловік і 193 жінки. Опитування пацієнтів для виявлення функціональних захворювань органів травлення проводились за діагностичними критеріями Римського консенсусу III (опитувальник «ROME-III»), який включає симптоми стравоходу, шлункову і кишкову симптоматику. Для виявлення ожиріння були проведені антропометричні дослідження: маса тіла, зріст, індекс маси тіла (ІМТ), обвід талії та стегон. Згідно класифікації виявлено 96 пацієнтів з надлишковою масою тіла, 84 пацієнта з ожирінням I ступеню, 77 – з ожирінням II ступеню, та 67 з ожирінням III ступеню. Для підтвердження діагнозу використовувались клініко-лабораторно-інструментальні методи дослідження.

Результати дослідження. Серед коморбідних станів, що мають найбільшу медико-соціальну та економічну значимість, нами виділено поєднаний із ожирінням перебіг ГЕРХ, ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії (АГ), НАЖХП, жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ) та грижі стравохідного отвору діафрагми. Найчастіше зустрічався спільний перебіг ожиріння з АГ (52,5 %), з ІХС (38,8 %), з НАЖХП (38,3 %), з ЖКХ (12,9 %), частіше у жінок. Грижа стравохідного отвору діафрагми зустрічалась у 8,6 % випадків. Характерно, що випадки АГ поєднувалися у 30,05 % з ІХС, з ГЕРХ – у 11,3 %, а ІХС у 6,7 % поєднувалась з ГЕРХ без АГ. В свою чергу, ГЕРХ поєднувалась з грижею стравохідного отвору діафрагми в 6,2 % випадків, з НАЖХП – у 4,3 %, а з ЖКХ – у 2,2 % випадків. Без ГЕРХ НАЖХП та ЖКХ поєднувались між собою у 7,2 % випадків. Всі випадки поєднання відбувались на фоні надлишкової маси тіла або ожиріння. Ураження печінки спостерігалось переважно у вигляді стеатозу, у 37,4 % пацієнтів діагностувався стеатогепатит. Холестероз жовчного міхура супроводжувався ознаками біліарної диспепсії (відрижкою, гіркотою в роті, нестійкими випорожненнями, метеоризмом).

Таким чином, ожиріння є фактором ризику виникнення та можливою причиною обтяження коморбідністю сучасного пацієнта, особливо за рахунок одночасного розвитку у пацієнтів АГ, ІХС, НАЖХП, ГЕРХ та ЖКХ.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пилипенко С.А., Семерова Н.Р.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью исследования было провести сравнительный анализ, изучив особенности клинического течения и функционального состояния миокарда у больных повторным крупноочаговым и трансмуральным инфарктом миокарда (ИМ), сопровождавшимся в остром периоде различным уровнем гликемии.

По данным статистического исследования (Россия, 2013), было обследовано 47 больных (35 мужчин и 12 женщин) с повторным крупноочаговым и трансмуральным ИМ. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от уровня гликемии. Первую группу составили 24 больных повторным ИМ (18 мужчин и 6 женщин). Вторая группа включала 23 больных (17 мужчины и 6 женщин) повторным ИМ. У больных 1 и 2 группы отсутствовали указания в анамнезе на наличие сахарного диабета и нарушений толерантности к глюкозе. Уровень глюкозы в плазме венозной крови у больных 1 группы ставил 9,2 (8,3;9,9) ммоль/л; у больных 2 группы 6,0 (5,1; 6,8) ммоль/л. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным ЭхоКГ.

Результаты. У больных 1 группы частота острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН) выявлялась в 1,6 раза чаще, чем у больных 2 группы. Желудочковые нарушения ритма сердца в 3 раза чаще отмечались у больных 1 группы. Летальные исходы в 2 раза чаще регистрировались у больных 1 группы. У больных 1 и 2 группы не выявлено статистически значимых различий в частоте дилатации ЛП, ЛЖ, ПП, ПЖ. Гипертрофия ЛЖ отмечена у больных 1 и 2 группы в 67% случаев. У больных двух групп выявлено снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ, что составило 33,0 (25,0; 40,0) % у больных 1 группы и 45,0 (34,5; 50,0) % у больных 2 группы ($p = 0,004$). Более выраженное снижение ФВ у больных 1 группы обусловлено более частым выявлением зон нарушения локальной сократимости по типу акинезии, что составило (76,0 % vs.38 %, $p = 0,03$).

Выводы: У больных 1 группы с повышенным уровнем гликемии в остром периоде повторным ИМ выявлено более значительное, чем у больных 2 группы, снижение систолической функции ЛЖ, что клинически проявлялось большей частотой ОЛЖН и летальных исходов.

ІНДЕКС ФУНКЦІЇ β-КЛІТИН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Піонова О.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: Дослідити взаємозв'язок функції β-клітин підшлункової залози з показниками вуглеводного обміну, антропометричними даними та ризиком розвитку цукрового діабету (ЦД) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріал і методи дослідження: Обстежено 94 хворих на АГ з ожирінням порівнянні за статтю, віком та тривалістю захворювання, середній вік – (54,4 ± 9,49) років. Середня тривалість АГ складала (7,43 ± 6,88) років. Хворі на АГ були розподілені на 2 групи (гр.) залежно від наявності АО: основна група – 76 хворих на АГ з АО, група порівняння – 18 хворих на АГ без АО. Контрольна група – 21 здорова особа, середній вік – (53,42 ± 11,78) років. Для верифікації діагнозу та ступеню АГ використовували критерії ESH/ESC (2013), АО - IDF (2007). Вуглеводний обмін оцінювали згідно критеріїв ВООЗ (1999) у модифікації IDF (2005). Розраховували індексу функції β-клітин підшлункової залози (HOMA-ФБК) та індекс інсулінорезистентності (HOMA-IR). Визначали показники вуглеводного профілю натщесерце й постпрандіально за допомогою загальноприйнятих методик та рівня інсуліну імуноферментним методом. Ризику розвитку ЦД 2типу оцінювали за допомогою анкети Findrisk. Статистичну обробку проведено з використанням Statistica 6.0.

Результати. Обхват талії (ОТ) в основній гр. дорівнював (104,22 ± 12,24) см, ОТ гр. порівняння – (80,11 ± 10,11) см, ОТ контрольної гр. – (82,80 ± 6,50) см. Виявлено, що показник HOMA-IP вище у хворих на АГ з супутнім АО (4,52 ± 3,33) ніж у хворих на АГ (3,81 ± 2,33), а показник HOMA-ФБК – нижче ((75,68 ± 76,58) та (226,99 ± 99,19)), відповідно). У осіб контрольної гр. спостерігалась нормоглікемія натщесерце ((5,05 ± 0,63) ммоль/л), постпрандіально ((6,21 ± 0,64) ммоль/л), рівень НвА1с ((5,22 ± 1,78) %) та значення HOMA-IP (2,27 ± 0,94) знаходилися в межах норми, а HOMA-ФБК складав (55,88 ± 32,69) ум. од. При проведені кореляційного аналізу виявлено, що у хворих основної гр. HOMA-ФБК негативно корелював з ризиком розвитку ЦД 2 типу (R = -0,29), ОТ (R = -0,37), та позитивно з рівнем НвА1с (R=0,27); у хворих гр. порівняння HOMA-ФБК негативно корелював з постпрандіальним рівнем інсуліну (R = -0,42) та глюкози (R = -0,46), $p < 0,05$.

Висновки: дані дослідження свідчать, що у хворих на АГ з абдомінальним ожирінням індекс функції β-клітин підшлункової залози пов'язаний з маркером абдомінального ожиріння (ОТ), ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу, а у хворих на АГ без абдомінального ожиріння з постпрандіальними рівнями глікемії та інсулінемії.

ВПЛИВ ВВЕДЕННЯ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ (FGF-2) НА ВІДНОВЛЕННЯ КРОВООБІГУ В ІШЕМІЗОВАНІЙ НИРЦІ

Пирогов В.О., Нікуліна Г.Г., Романенко А.М., [*]Кордюм В.А., [*]Похоленко Я.О., Мигаль Л.Я., Сербіна І.Є.

Державна установа «Інститут урології Національної академії медичних наук України», м. Київ;

[*]Інститут молекулярної біології та генетики Національної академії наук України, м. Київ

На сьогодні вивчення проблеми ішемії паренхіми нирки залишається важливим в діагностиці та розробці новітніх технологій терапевтичного лікування хворих з патологією нирок. Раніше було показано, що використання основного FGF-2 може призвести до покращення тканинної гемодинаміки при різних моделях ішемії. Цей факт було використано нами як основу для вивчення впливу FGF-2 на кровообіг ішемізованої нирки. Завданням даного дослідження було виявити ренопротекторний ефект застосування монопрепарату FGF-2 на відновлення кровообігу в паренхімі ішемізованої нирки у кроля. Було досліджено і доведено ангіогенну активність людського рекомбінантного препарату FGF-2. Полімер, базований на модифікованому гепарині, було використано як носій для FGF-2. На кролях вагою 2,5-3 кг було відтворено хронічну сегментарну ішемію лівої нирки шляхом накладання лігатури. Препарат комплексу носія та FGF-2 ін'єкційно вводили в паренхіму ішемізованої нирки через 3-5 місяців після операції. Стан ниркового кровообігу досліджували під контролем ангіографії та допплерівської сонографії. Гістологічні та біохімічні дослідження ниркової паренхіми проводилися після виведення тварин з експерименту. Результати допплерівської сонографії засвідчили, що застосування препарату FGF-2 призвело до покращення кровообігу в ішемізованій нирці кроля. Отримані дані показали, що введення FGF-2 знижує рівень малонового діальдегіду в корковому шарі нирки в порівнянні з контролем (ішемія без фармпідтримки), відновлює активність ферментів лактатдегідрогенази, N-ацетил-β-D-глюкозамінідази та β-галактозидази. Використання препарату FGF-2 зменшує розвиток склеротичних змін строми та судин й захищає їх від незворотних склеротичних процесів в інтерстиції та атрофії елементів паренхіми ішемічної нирки. Встановлено захисний ефект щодо контрлатеральної нирки від можливих змін строми і судин, а також функціональних елементів ниркової паренхіми (нефронів) внаслідок компенсаторної гіперфункції. Висновок: ін'єкція препарату FGF-2 призводила до покращення перфузії кров'ю ішемізованої нирки та запобігала розвитку незворотних склеротичних процесів, що можна кваліфікувати як новітню перспективну технологію в терапії гіпоксичних станів при нефропатії.

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА МЕНОПАУЗИ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЖІНОК

Питецька Н.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: визначення особливостей метаболічних показників у жінок в залежності від наявності артеріальної гіпертензії (АГ) та менопаузи.

Матеріали і методи. У дослідження включено 220 жінок з АГ віком від 30 до 79 років (основна група) та 30 практично здорових жінок від 30 до 59 років (контрольна група), яких було розподілено на 2 групи: 1-шу групу склали особи основної і контрольної групи, що перебували у періоді перименопаузи (n = 73 і n = 22, відповідно), 2-гу – пацієнтки основної і контрольної групи у постменопаузальному періоді (n = 147 і n = 8, відповідно). Визначали базальний рівень глюкози в сироватці крові натще та після перорального глюкозо-толерантного тесту (ПГТТ) біохімічним методом, рівень інсуліну – радіоімунним методом, інсулінорезистентність (індекс HOMA), загальний холестерин (ЗХС), рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХСЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) – уніфікованими методами, розраховували рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ) та коефіцієнт атерогенності (КА).

Результати. Концентрація глюкози натщесерце (ммоль/л) у жінок 1 групи з підвищеним та нормальним рівнем артеріального тиску (АТ) склала (5,17 ± 0,13) і (4,88 ± 0,15), відповідно; глюкози після ПТТГ (ммоль/л) – (6,10 ± 0,21) і (5,3 ± 0,19), відповідно, $p < 0,05$; інсуліну натщесерце (мкОд/мл) – (8,19 ± 0,59) і (6,05 ± 1,27), відповідно; індекс HOMA (умов.од) – (1,89 ± 0,16) і (1,31 ± 0,36), відповідно; ЗХС (ммоль/л) – (4,99 ± 0,11) і (4,85 ± 0,15), відповідно; ТГ (ммоль/л) – (1,15 ± 0,07) і (0,89 ± 0,12), відповідно; ХСЛПВЩ (ммоль/л) – (1,23 ± 0,05) і (1,42 ± 0,11), відповідно; ХСЛПНП (ммоль/л) – (3,54 ± 0,1) і (3,27 ± 0,25), відповідно; КА (умов. од.) (3,78 ± 0,23) і (2,65 ± 0,41), відповідно, $p < 0,01$. Рівень глюкози натщесерце (ммоль/л) у хворих на АГ і здорових жінок 2 групи становив (5,14 ± 0,10) і (5,11 ± 0,41), відповідно; глюкози після ПТТГ (ммоль/л) – (6,30 ± 0,15) і (6,2 ± 0,71), відповідно; інсуліну натщесерце (мкОд/мл) – (9,16 ± 0,42) і (9,05 ± 1,1), відповідно; індекс HOMA (умов. од.) – (2,09 ± 0,10)) і (2,03 ± 0,31), відповідно; ЗХС (ммоль/л) – (5,1 ± 0,08) і (4,91 ± 0,26), відповідно; ТГ (ммоль/л) – (1,22 ± 0,04) і (0,95 ± 0,07), відповідно, $p < 0,001$; ХСЛПВЩ (ммоль/л) – (1,16 ± 0,04) і (1,28 ± 0,15), відповідно; ХСЛПНП (ммоль/л) – (3,70 ± 0,13) і (3,38 ± 0,23), відповідно5; КА (умов. од.) – (3,95 ± 0,21) і (3,50 ± 0,38), відповідно.

Висновки. Встановлено тенденцію до погіршення показників вуглеводного обміну у жінок з настанням менопаузи незалежно від рівня артеріального тиску та асоціацію між менопаузою і атерогенною направленістю ліпідного обміну, більш значущою у жінок, хворих на артеріальну гіпертензію порівняно з особами з нормальним рівнем артеріального тиску.

ЛИМФОБЛАСТНАЯ (ДИФФУЗНАЯ) ЛИМФОМА

Плитень О.Н., Мирошниченко М.С.

Харьковский национальный медицинский університет, Украина

Особое место среди неходжкинских лимфом занимает лимфобластная (диффузная) лимфома – опухоль из Т- или В-клеток, морфологически не дифференцируемая от острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ). Клинические различия между лимфобластной (диффузной) лимфомой и ОЛЛ не всегда очевидны. Среди больных лимфомой преобладают дети или взрослые до 30 лет, болеют чаще мужчины. Заболевание протекает агрессивно, с вовлечением в процесс переднего средостения, костного мозга, с лейкемизацией, лимфаденопатией, гепато- и спленомегалией, поражением ЦНС и яичка.

Приводим собственное наблюдение из практики. Пациенту Ж., 32 лет, за 5 месяцев до смерти была диагностирована тимома. Для проведения обследования пациента подтолкнуло ухудшение общего состояния, слабость в верхних и нижних конечностях. В анамнезе – являлся инъекционным наркоманом, страдает «микст-гепатитом», токсической энцефалополинейропатией. В стационаре больной тщательно обследован, в клиническом анализе крови: гемоглобин – 36 г/л, эритроциты – $1{,}2\times10^{12}$/л, цветовой показатель – 0,9, тромбоциты – 83×10^{9}/л, лейкоциты – $39{,}8\times10^{9}$/л, сегментоядерные – 3 %, лимфоциты – 96 %, моноциты – 1 %, гематокрит – 11 %; в пунктате костного мозга: бластные клетки – 70%, нейтрофильные миелоциты – 2 %, нейтрофильные метамиелоциты – 2 %, лимфоциты – 16 %, эритробласты – 1 %, пронормоциты – 1 %, нормобласты: полихроматофильные – 6 %, ортохромные – 2 %. При нарастающих явлениях сердечно-легочной недостаточности больной скончался. Окончательный клинический диагноз – ОЛЛ. По результатам вскрытия и гистологического исследования с учетом клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования (первичное поражение средостения, картина крови и миелограмма) основным заболеванием установлена лимфобластная (диффузная) лимфома переднего средостения с прорастанием париетального листка перикарда, поражением поясничных, печеночных, панкреатодуоденальных, панкреатических, селезеночных лимфоузлов, луковицы двенадцатиперстной кишки, щитовидной железы, легких, селезенки, печени, почек, поджелудочной железы, сердца, оболочек и вещества головного мозга, костного мозга, с инфильтрацией забрюшинной клетчатки.

Несмотря на окончательный клинический диагноз, при сличении диагнозов имеет место совпадение, поскольку обнаруженная генерализация процесса соответствует IV-й терминальной стадии лимфомы с поражением костного мозга – лейкемизацией. На данной стадии дифференциальная диагностика лимфобластной лимфомы и ОЛЛ затруднительна, практически невозможна, учитывая еще и кратковременность пребывания больного в стационаре.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО УРОВНЮ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ

Плохотниченко О.А., Атраментова Л.А., *Горшунская М.Ю., Тыжненко Т.В., Красова Н.С., Лещенко Ж.А., Гладких А.И., Почерняев А.К., Опалейко Ю.А., Кравчун Н.А., Полторак В.В.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков,

**Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является частым осложнением сахарного диабета (СД) 2 типа. Ключевые факторы в патогенезе НАЖБП: инсулинорезистентность (ИР) и нарушение обмена липидов. Интерлейкин-6 (ИЛ-6) – провоспалительный цитокин, ассоциированный с ИР. Показано, что повышенные уровни ИЛ-6 изменяют метаболизм глюкозы в печени, блокируя инсулиновый сигнальный каскад (ингибирование печеночной гликогенсинтазы, активация гликогенфосфорилазы и липолиза, увеличение синтеза триглицеридов (ТГ)). При НАЖБП наблюдается избыток ТГ в гепатоцитах и повышение их уровня в циркуляции. Поэтому показатели ТГ и ИЛ-6 могут выступать диагностическими критериями. **Цель –** построить модель для оценки риска развития НАЖБП у больных СД 2 типа по уровням ТГ и ИЛ-6.

Материалы и методы. Обследовано 33 больных СД 2 типа (м/ж 17/16; возраст 33-65 лет; с НАЖБП-14, без НАЖБП-19). Диагноз НАЖБП устанавливали на основании эхографического обследования. Уровни ТГ в плазме крови определяли ферментативным методом, уровни ИЛ-6 иммуноферментным методом (ELISA). Выполнен дискриминантный анализ, рассчитаны: чувствительность (*Ч*), специфичность (C_n), прогностическая ценность положительного ($ПЦ_П$) и отрицательного ($ПЦ_О$) результатов, индекс точности (*ИТ*).

Результаты. У больных СД 2 типа с НАЖБП уровни исследуемых показателей были выше, чем у пациентов без осложнения: ТГ (4,14 ± 0,81) *vs* (2,24 ± 0,22) мг/л ($p < 0,05$), и ИЛ-6 (13,13 ± 2,79) *vs* (7,33 ± 1,37) пг/мл ($p < 0,05$). Получены уравнения для расчёта риска развития НАЖБП: 1) $\boldsymbol{f_д} = 5,27lnX_{(ТГ)}+5,92lnX_{(ИЛ\text{-}6)}–10,94$; 2) $\boldsymbol{f_н}= 3,29lnx_{(ТГ)}+4,45lnX_{(ИЛ\text{-}6)} – 5,71$, где $\boldsymbol{f_д}$–наличие осложнения, а $\boldsymbol{f_н}$ – его отсутствие. Необходимые показатели *X*, следует перевести в натуральные логарифмы (*lnX*); подставить в уравнения и вычислить $\boldsymbol{f_д}$ и $\boldsymbol{f_н}$ Сравнив $\boldsymbol{f_д}$, и $\boldsymbol{f_н}$, пациента следует отнести в группу с бóльшим значением уравнения. Модель достаточно информативна поскольку *Ч* составляет – 68 %, C_n – 89 %; $ПЦ_П$ – 79 %, $ПЦ_О$ – 82 %, *ИТ* – 79 %.

Выводы. Разработана диагностическая модель для выделения групп риска по НАЖБП у больных СД 2 типа, которая позволит повысить эффективность профилактики и лечения метаболических нарушений.

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ДІЯ ФЕЛОДИПІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Погорєлов В.М., Брек В.В., Галагура Н.І., Денисова С.В., Карлова М.М., Петренко Т.О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) в період загострення запалення супроводжуються підвищенням тиску в легеневій артерії. У зв‘язку з цим у терапії хворих ХОЗЛ з легеневою гіпертензією (ЛГ) використовуються антагоністи кальцію, у тому числі і фелодипін, який має потужну вазодилятаторну дію. Він блокує перехід іонів Ca^{2+} в клітину, знижує перетворення зв‘язаних з фосфатами енергію в механічну роботу. Все це надає нам можливість оптимізувати лікування хворих ХОЗЛ з ЛГ.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 37 хворих ХОЗЛ з ЛГ. Середній вік хворих склав (60 ± 7) років. Всі хворі одержували комплексну терапію з включенням М-холінолітиків. Пацієнтам 2-ої групи (18 хворих) додатково включали фелодіпін (фелодип) 5-10 мг на добу. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ, а тиск в легеневій артерії (ЛА) за допомогою допплерЕхоКГ. Вивчали рівень реніну, ангіотензину II, ендотеліну-1, циклічні нуклеотиди та показники коагуляції. Крім того, вивчали прозапальні цитокіни, такі як інтерлейкін (ІЛ) -1β, ІЛ-2 і фактор некрозу пухлини α та протизапальний ІЛ-4.

Результати дослідження. На тлі проведеної терапії з включенням фелодипіну у хворих 2-ої групи порівняно з хворими 1-ої групи відзначалось: зниження тиску в ЛА, зменшення задишки, підвищення порога перенесення фізичних навантажень. Поряд з цим відмічалось підвищення фракції викиду лівого шлуночку. Стан компенсації супроводжувався позитивними змінами показників ліпідного і ліпопротеїдного обміну та реніну, ангіотензину II, ендотеліну-1. Зміни цих показників свідчать, що свій гіпотензивний ефект фелодипін реалізує через депресорні системи, де пресорна роль АІІ в розвитку ЛГ є головною. Крім цього, у 2-й групі відмічалось зниження рівня прозапальних цитокінів та підвищення рівня протизапального ІЛ-4. Зниження активності запалення у бронхах супроводжувалось пригніченням агрегації тромбоцитів та поліпшенням кровотоку у легенях.

Висновок. Зазначені позитивні гемодинамічні, клінічні та гуморальні зміни позитивно характеризують застосування фелодипіну у хворих ХОЗЛ з ЛГ, як засіб антигіпертензивної та дезагрегаційної дії.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ

Позур Н.З., Гавриш Т.Ю., Кулаєць Н.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Найактуальнішою проблемою сучасної гастроентерології є неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), що включає стеатоз печінки, жирову дистрофію гепатоцитів – неалкогольний стеатогепатит, та як наслідок – цироз печінки. В процесі діагностики НАЖХП на фоні ожиріння важливе місце займає виявлення психоневрологічних розладів у таких пацієнтів.

Мета дослідження − провести оцінку психоневрологічного статусу, зокрема депресивних та тривожних розладів у хворих на НЖХП.

Матеріал та методи. Обстежено 20 пацієнтів: 12 (60,0 %) чоловіків та 8 (40,0 %) жінок на НАЖХП в поєднанні з ожирінням у віці 35-55 років та 10 здорових осіб, які відповідали клінічній групі за віковим та статтю. Хворим проводили біохімічний аналіз крові з визначенням рівнів загального білірубіну і його фракцій, активності сироваткових амінотрансфераз (АЛТ і АСТ), вмісту загального холестерину (ЗХС), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ХС ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), імуноферментно виключали вміст у сироватці крові маркерів вірусів гепатитів ВГ-В, ВГ-С, ВГ-D. Діагноз ожиріння виставляли визначаючи індекс маси тіла (ІМТ) за Кетле. Для оцінки психоневрологічного статусу використовували шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HARS) і тривоги (HARS), яку заповнювали шляхом клінічного інтерв'ю. Підраховували сумарний бал, за яким визначали відсутність або наявність тривожного стану різного ступеня вираженості.

Результати. Серед хворих основної групи було 14 (70,0 %) особи з ожирінням IIа ступеня, 6 (30,0 %) – IIb ступеня. При біохімічному обстеженні виявлено підвищення активність АЛТ – до 1,9-2,9 ммоль/л, АСТ – до 0,6-1,65 ммоль/л, рівень ЗХС – в 1,5 рази перевищував даний показник у здорових ($p < 0,05$). Вміст ХС ЛПВЩ був нижчим за норму в середньому в 1,74 рази ($p < 0,05$), рівень ХС ЛПНЩ перевищував норму в 1,5 рази ($p < 0,05$), а концентрація ХС ЛПДНЩ – в 2,5 рази ($p < 0,05$). За даними клінічного інтерв'ю, симптоми тривоги виявлено у 13 (65,0 %) хворих на НАЖХП, виражений тривожний стан − у 6 (30,0 %), панічний розлад відмітили у 1 (5,0 %) особи; дані показники вірогідно відрізнялись від таких у осіб здорової групи ($p < 0,05$). Частота депресивних епізодів легкого і середнього ступеня становила 2 (10,0 %) та 5 (25,0 %), відповідно. Тоді як депресивні епізоди тяжкого ступеня – у 13 (65,0 %) обстежених.

Отже, суттєві складнощі у громадському житті, дозвіллі та професійній діяльності хворих на НАЖХП в поєднанні з ожирінням спричиняють депресія, тривога. Такі хворі потребують правильного підходу до лікування не лише з боку лікарів-терапевтів, а й з боку психологів та психотерапевтів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Позур Н.З., Глушко Л.В., Федоров С.В., Молодовець О.Б., Гавриш Т.Ю., Чаплинська Н.В., Кулаєць В.М.

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Антагоністи кальцію (АК) — це хімічно і фармакологічно різнорідна група засобів, які діють шляхом регулювання входу іонів кальцію через мембрану клітин (Арсеньева К.Е., 2011). У дослідженнях VALUE, CAMELOT, ASCOT-BPLA і ACCOMPLISH підтверджена ефективність і безпека застосування амлодипіну при лікуванні гіпертонічної хвороби (ГХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС). Дані про високий рівень серцево-судинної та загальної безпеки і позитивний вплив на серцево-судинний прогноз доведені для традиційного амлодипіну, який є класичною «сумішшю» R- і S-ізомерів. Встановлено, що здатність блокувати кальцієві канали L-типу належить переважно лівообертальному енантіомеру (Лутай М.И. и соавт., 2009).

Вазодилативні властивості амлодипіну властиві його S-енантіомеру. Проте R-енантіомер, будучи неактивним, як АК, не є повністю фармакологічно інертним. Саме наявність R-енантіомеру в рацематі амлодипіну зумовлює розвиток найбільш характерної для препарату побічної реакції – периферичних набряків.

Мета роботи – вивчення впливу монотерапії S-амлодипіном (Семлопіном, «Кусум Фарм», Суми, Україна) на основні показників добового профілю АТ, внутрішньосерцевої гемодинаміки у пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ) I-II стадії у поєднанні із ІХС.

У дослідження було включено 30 пацієнтів з гіпертонічною хворобою I-II стадії та підвищенням артеріального тиску (АТ) 1-2 ступеня, серед яких було 20 (66,7) чоловіків та 10 (33,3) жінок. Середній вік пацієнтів становив (48,6 ± 1,6) року. Лікування проводили у добовій дозі 2,5-5 мг на добу в 1 прийом. Термін лікування становив 3 міс.

Гіпотензивна терапія S-амлодипіном у дозі 2,5-5 мг/добу в 1 прийом протягом 3 міс. у пацієнтів з ГХ I-II стадії та підвищенням АТ I-II ступеня сприяла нормалізації добового профілю АТ, що характеризувалося зниженням середньодобових цифр систолічного і діастолічного АТ. Ці зміни асоціювалися зі зменшенням гіпертрофії лівого шлуночка та покращанням його систолічної і діастолічної функцій.

Покращання процесів реполяризації у вигляді зменшення кількості й тривалості патологічного зміщення сегмента *ST* є підставою для рекомендації щодо застосування S-амлодипіну у осіб з ГХ, екстрасистолією та кардіалгією. S-амлодипін у дозі 2,5-5 мг/добу добре переноситься пацієнтами, позитивно впливає на якість їх життя і не викликає розвитку периферичних набряків.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ РН-МЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Починская М.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Цель работы: изучить хронобиологические особенности суточной рН-метрии у пациентов с ассоциированным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы: В условиях стационара обследовано 42 пациента в возрасте 36-74 лет (средний возраст – (52,38 ± 7,32) лет). В основную группу были включены 20 пациентов с сочетанным течением АГ и ГЭРБ (средний возраст (35,11 ± 11,44) лет). Группу сравнения составили 22 пациента с изолированно протекающей ГЭРБ. Все обследуемые были сопоставимы по полу, возрасту, стажу АГ, а также основным факторам риска изучаемых заболеваний. Для верификации ГЭРБ проводилась фиброгастродуоденоскопия, суточная рН-метрия. Оценивалось общее число кислотных рефлюксов (КР), число КР продолжительностью более 5 мин, время наиболее продолжительного КР, время с pH < 4. Результаты обрабатывались с использованием стандартных пакетов программного обеспечения «STATISTICA 6.0».

Результаты исследования: При проведении суточной рН-метрии было выявлено достоверное уменьшение числа КР у пациентов с ассоциированным течением ГЭРБ и АГ, в сравнении с группой пациентов с изолированно протекающим ГЭРБ ((169,6 ± 13,3), против (189,5 ± 14,11), p = 0,004). Оценивая общий процент времени с pH < 4 (наиболее значимое отличие между патологическим и физиологическим рефлюксами) было выявлено, что в группе АГ+ГЭРБ этот показатель достоверно снижается в сопоставлении с группой изолированно протекающей ГЭРБ ((7,9 ± 0,65) % против (9,8 ± 1,1), p < 0,01). Изучая показатель времени наиболее продолжительного КР, обнаружено, что выраженные изменения были зарегистрированы в группе АГ+ГЭРБ, где он достоверно уменьшался в сравнении с изолированно протекающей ГЭРБ ((75,3 ± 7,3) против (90,4 ± 10,4), p < 0,01). Число КР продолжительностью более 5 мин превалировало в группах с изолированным течением ГЭРБ, а при синтропии данной нозологии с АГ этот показатель достоверно снижался ((9,0 ± 0,32) против (9,8 ± 0,25), p < 0,01).

Выводы. Выделены отличительные признаки в течении ассоциированного варианта ГЭРБ и АГ в сравнении с изолированной формой ГЭРБ. При оценке кислотопродуцирующей функции желудка отмечена тенденция к наиболее высоким значениям в группе с изолированным течением ГЭРБ в отличие от ассоциированных форм. Это можно объяснить тем, что коморбидное течение ГЭРБ и АГ усугубляет имеющиеся изначально избыточные влияния симпатической нервной системы у пациентов с АГ, приводя к парасимпатической недостаточности и уменьшению числа кислотных рефлюксов.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Прохоров О.В., Кравчун П.Г., Ломакіна О.В., Шелест О.М.

Харківський національний медичний університет,
Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна

Однією з найбільш соціально значущих проблем сучасної медицини є лікування і профілактика гострих інфарктів міокарда (ГІМ). Це визначається як високою летальністю безпосередньо під час цього захворювання, так і розвитком згодом важкої серцевої недостатності, яка призводить до інвалідизації пацієнтів. Існує пряма залежність: чим раніше і повноцінніше вдається відновити коронарний кровопотік, тим більш сприятливі результати захворювання. Тому антитромботична терапія в гострий період захворювання є основою лікування і продовжує зберігати велике значення при лікуванні ГІМ, що вимагає зусиль по її подальшому вдосконаленню і більш широкому впровадженню в клінічну практику.

Метою роботи було розробити способи, що дозволяють підвищити ефективність і безпеку реперфузійної терапії у хворих на гострий інфаркт міокарда.

Матеріал і методи. У дослідження включено 37 пацієнтів, які методом випадкової вибірки («закритих конвертів») були розподілені на 2 групи. В 1-й групі (20 осіб) тромболітична терапія проводилася стрептокіназою (СК) в дозі 1500000 ОД внутрішньовенно, протягом 5-10 хв. У другу групу (контрольну) увійшли 17 пацієнтів, яким тромболізис стрептокіназою не проводився.

Результати. У 1-й групі ферментна реканалізація інфаркт-пов'язаної коронарної артерії була ефективною у 16 чоловік (80,6 % від загального числа хворих). У 2-й групі ефективність була у 13 чоловік (79,5 % від загального числа пацієнтів цієї групи). Різниця між цими показниками статистично недостовірна ($p > 0,1$). З отриманих даних видно, що реперфузія при використанні лікування СК, або без неї, відбувалася з однаковою частотою. Середній вихідний систолічний артеріальний тиск (САТ), який складав ($158,3 \pm 5,1$) мм рт. ст. в 1-й групі і ($154,5 \pm 4,8$ мм рт. ст. в 2-й групі хворих (різниця між ними ($p > 0,1$). Зниження САТ на фоні терапії було більш вираженим в 1-й групі:на ($42,7 \pm 2,3$) мм рт. ст. проти ($38,2 \pm 2,1$) мм рт. ст. у 2-й групі ($p < 0,05$). У 5 хворих (25 %) на тлі швидкого введення 1,5 млн. ОД стрептокінази відзначалося зниження САТ до 65 мм рт.ст. і нижче, яке потребувало внутрішньовенного краплинного введення 100 мг дофаміну. Серед хворих 2-ї групи зниження САТ на тлі лікування до 65 мм рт.ст. відбулося тільки у 4 хворих 2-ї групи, що склало 23,53 % від загального числа хворих контрольної групи.

Висновки. Таким чином, короткочасна гіпотонія, яка наступала при тромболітичній терапії стрептокіназою, не представляла небезпеки для життя пацієнта.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Рахимова Д.А.

ОАО РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент

Цель. Изучение взаимосвязи клинико-психологического обследования и вариабельности частоты сердечных сокращений у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочным сердцем.

Материал и методы. Клинико-психологическое обследование проведено у 28 больных ХОБЛ III-IV степени. Вариабельность ритма сердца (ВРС) оценивали при помощи программного обеспечения Астрокард фирмы МЕДИТЕК (Россия) с использованием 12-канального регистратора. Проводили допплерэхокардиографическое исследования по методу Хатле и Ангельсону, определяли легочную гипертензию и дилатацию правого желудочка.

Результаты. У 56 % обследованных больных определили тревожно-депрессивную симптоматику. У данных лиц по сравнению с пациентами, не имевшими психических нарушений, при исследовании ВСР выявлялся более выраженный вегетативный дисбаланс, заключающийся в повышении симпатической и снижении вагусной активности. Корреляционный анализ психологических факторов с показателями ВРС, прослеживается ухудшение этих показателей нарастанием тревоги и депрессии. По мере прогрессирования ЛС средняя частота сердечных сокращений увеличилась с $(86,1 \pm 0,9)$ ударов в минуту до $(93,5 \pm 0,8)$ удара в минуту, схожим образом изменились максимальная и минимальная ЧСС.

Анализ спектральных параметров ВРС в группе больных ЛС с легочной гипертензией: наблюдалось увеличение показателя низких частот (LF), отражающего симпатические влияния на сердце, снижение показателя высоких частот (HF), характеризующего влияние блуждающего нерва, соответственно, повышение соотношения LF/HF. В группе больных ЛС с дилатацией правого желудочка отмечалось нарастание выявленных изменений; наблюдалось снижение показателя высоких частот на 26,7 % ($p < 0,01$), повышение показателя низких частот на 13,7% и коэффициента LF/HF на 18,6 % ($p < 0,05$).

Заключение. По мере нарастания тревоги и депрессии имеется явное преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы над парасимпатическим. Изменения спектральных и временных показателей ВРС свидетельствуют о выраженном вегетативном дисбалансе, увеличивающемся у больных с дилатацией правого желудочка сердца. Подобные сдвиги в психовегетативной регуляции деятельности сердца являются прогностически неблагоприятными, так как тесно ассоциированы с развитием угрожающих жизни аритмий.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Речкіна О.О., Костроміна В.П., Мельник К.О., Дорошенкова А.С., Стриж В.О., Ярощук Л.Б.

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

У даний час алергія належить до найбільш поширених патологічних станів у дітей. За даними епідеміологічних досліджень, алергічними захворюваннями страждає до 25 % дітей і підлітків, тобто кожна 4-а, а на бронхіальну астму – кожна 10-а дитина. До тепер залишається проблемою пізня та несвоєчасна діагностика бронхіальної астми (БА) у дітей. Рівень діагностичних помилок лікарів загальної практики перевищує 40 %, а постановка правильного діагнозу запізнюється на 5 - 6 років.

Метою даної роботи було вивчення факторів ризику розвитку бронхіальної астми у дітей.

Був розроблений опитувальник, за допомогою якого були зібрані та проаналізовані анамнестичні дані 85 дітей, які були поділені на три контрольні групи: 30 хворих с бронхообструктивним синдромом (БОС); 35 дітей з давно встановленою БА, та 20 з вперше встановленою БА.

Вивчалися обов'язкові основні фактори ризику по індексу ймовірності бронхіальної астми, а саме сімейний алергоанамнез та атопічний дерматит, алергічний риніт, вік початку захворювання, тривалість грудного вигодовування, частота перенесення гострих респіраторних інфекцій, наявність в анамнезі гострих обструктивних бронхітів, їх частота, куріння батьків, побутові умови.

У переважної більшості дітей (67 %) з БА був обтяжений сімейний анамнез за критерієм наявності алергії. Серед всіх хворих з БА у несприятливих умовах мешкали: «вологе» житло – 20 % хворих, контакт з епідермальними антигенами хітинних тварин – 61,8 % та пліснявими грибами – 34,5 % хворих.

У сім’ях пацієнтів всіх груп було поширено пасивне тютюнопаління, що спостерігалося майже з однаковою частотою в групі хворих як з БОС, так й з астмою. За даними анамнезу перенесені в ранньому віці гострі респіраторні захворювання, достовірно спостерігалися на першому році життя у хворих 1 групи (7,5 %) та частіше у дітей 2-ї групи (54,3 %) та 3 (60,0 %), відповідно.

Проведеним аналізом всієї сукупності факторів, встановлено однаково не суттєвий внесок кожного з цих показників, що підтверджує відсутність надійного монопредиктору розвитку БА у дітей. Тому окрім вивчення анамнезу слід враховувати прояви будь - яких алергічних захворювань, частоту та характер перебігу респіраторної патології, особливостям клінічного перебігу та строків виникнення першого епізоду БОС у дитини до п'ятирічного віку.

ПРЕДИКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У АНЕМІЧНИХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ І ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ

Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Етіологія анемії на тлі хронічної серцевої недостатності (ХСН) і хронічної хвороби нирок (ХХН) мультифакторіальна та включає порушення обміну заліза функціонального та/або абсолютного характеру. Призначення терапевтичних заходів з метою нормалізації рівня гемоглобіну (Hb) є доцільним для даної категорії хворих. Оптимізація антианемічної терапії хворих на ХСН та ХХН передбачає індивідуальний підхід до призначення антианемічних засобів. Останнє можливо лише в тому випадку, якщо клініцист до початку лікування може передбачити терапевтичний ефект того чи іншого засобу в конкретного хворого. Тому проблема вирішення оптимізації терапії даної когорти хворих лежить в площині розробки предикторів ефективності терапевтичних засобів.

Мета – визначення критеріїв прогнозу ефективності антианемічної терапії хворих на ХСН та ХХН з анемічним синдромом (АС) відносно препаратів Fe 3-х валентного (III) шляхом вивчення предикторної значимості ехокардіографічних параметрів.

Матеріали та методи. Обстежено 70 хворих на ХСН II-IV функціонального класу (ФК) згідно класифікації Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA) з ХХН II-III стадії згідно (NKF) K/DOQ. Рівень Hb коливався в межах 82-93 г/л. Оцінку прогностичних властивостей досліджуваних ознак здійснювали за допомогою неоднорідної процедури Вальда-Генкина. Згідно з процедурою всі ознаки розподілялися на градації з наступним обчисленням прогностичних коефіцієнтів (ПК) і загальної інформативності ознаки (I).

Результати дослідження. Для визначення прогностичної значимості досліджуваних показників всі хворі (n = 70), які одержували препарат Fe (II) сульфат безводний, по закінченню лікування були розподілені на дві групи; а) з хорошим антианемічним ефектом (n = 54) – за умов досягнення цільового рівня Hb, б) із задовільним лікувальним ефектом (n = 17) – рівень Hb прагнув до цільового рівня (був у межах 102-107 г/л). Потім згідно неоднорідної послідовної процедури було проведено аналіз частоти показників у групах на етапі до лікування з визначенням ПК і I. Висока прогностична значимість встановлена для фракції викиду (I = 1,07), помірна інформативність для типу геометрії лівого шлуночка (I = 0,91), а низьку – тип діастолічної дисфункції (I = 0,46), КДР (I = 0,33)

Висновки. Ехокардіографічні параметри володіють прогностичною інформативністю щодо ефективності антианемічної терапії хворих на ХСН та ХХН з анемією.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПРИ СУПУТНІЙ ГІПЕРУРИКЕМІЇ

Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Вступ. На сьогоднішній день встановлено, що гіперурикемія є важливою ланкою в патогенезі багатьох хвороб серцево-судинної системи, зокрема артеріальної гіпертензії, однак її роль як незалежного прогностичного чинника ризику розвитку та прогресування ураження нирок досі залишається предметом численних дискусій. Особливої уваги заслуговують дослідження прогностичного впливу гіперурикемії на функціональний стан нирок при наявності поєднаної патології, зокрема артеріальної гіпертензії та цукрового діабету.

Мета. Вивчити функціональний стан нирок у хворих з артеріальною гіпертензію та цукровим діабетом 2 типу в залежності від рівня сечової кислоти.

Методи. Було обстежено 52 хворих з артеріальною гіпертензією II стадії та цукровим діабетом 2 типу (чоловіків – 27 (51,9 %), жінок – 25 (48,1 %)), Середній вік пацієнтів становив (61,4 ± 9,6) років. В залежності від рівня сечової кислоти в сироватці крові вони були розподілені на 2 групи: 1-ша (основна) складалася з 24 хворих з гіперурикемією (рівень сечової кислоти – (447,8 ± 51,4) мкмоль/л), а 2-га (контрольна) – із 27 осіб з нормоурикемією (рівень сечової кислоти – (339,1 ± 58,7) мкмоль/л). Пацієнти обох груп статистично значимо не відрізнялися за віком, статтю, тривалістю артеріальної гіпертензії та цукрового діабету.

Для оцінювання функціонального стану нирок використовували обчислену швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Cockroft-Gault.

Основні результати. В ході дослідження виявлено, що пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом при наявності гіперурикемії в порівнянні з хворими без гіперурикемії мали місце достовірно нижчі показники ШКФ: 1-ша група – (68,73 ± 17,81) мл/хв./1,73м^2, 2-га група – (81,37 ± 15,17) мл/хв./1,73м^2, $p < 0,05$.

При цьому у пацієнтів 1-ої групи (із супутньою гіперурикемією) рівень ШКФ ≥ 90 мл/хв./1,73 м^2 було діагностовано у 12,5 % хворих; ШКФ на рівні 60-89 мл/хв/1,73 м^2 – у 54,2 % осіб; ШКФ ≤60 мл/хв./1,73 м^2 – у 33,3 % хворих. Серед хворих 2-ої групи (без гіперурикемії) ШКФ ≥ 90 мл/хв./1,73 м^2 діагностовано у 22,2 % хворих, ШКФ на рівні 60-89 мл/хв./1,73 м^2 – у 70,4 % осіб; ШКФ ≤60 мл/хв./1,73 м^2 – у 7,4 % хворих.

Висновки. Проведене дослідження продемонструвало суттєве погіршення функціонального стану нирок у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом при супутній гіперурикемії.

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАСТОСУВАННЯ БІСОПРОЛОЛУ НА ЧАСТОТУ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ARG389GLY ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ

Рудик Ю.С., Удовиченко М.М., Болотських Г.В.

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

Мета дослідження: оцінити вплив застосування бісопрололу (протягом 1 року) на частоту серцевих скорочень (ЧСС) у хворих на серцеву недостатність (СН) з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу та без нього на тлі стандартної терапії СН.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 43 хворих з СН та ЦД 2-го типу та 56 пацієнтів з СН та систолічною дисфункцією ЛШ у віці від 38 до 86 років. Визначення Gly389Arg поліморфізму гена Б1АР було проведено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакета програмного додатка для статистичного аналізу STATISTICA, версія 6 для MS Windows.

Отримані результати. Найбільше зниження ЧСС на 16,0 % (з 78 (71 : 92) до 65,5 (60: 72) ударів/хвилину) було зареєстроване у пацієнтів, гомозиготних носіїв Arg389, тоді як у пацієнтів з Arg389Gly генотипом зниження цього показника склало 10,5 % (з 76 (70: 84) до 68 (63: 76) ударів/хвилину), ($p < 0,05$ для усіх значень). У пацієнтів, носіїв Gly389Gly типу поліморфізму гена Б1АР зниження ЧСС (з 72 (69: 84) до 69 (66: 88) ударів/хвилину), не досягло статистичної значущості, ($p > 0,05$). Достовірне зниження ЧСС у пацієнтів носіїв Arg389 не залежало від наявності ЦД 2-го типу ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, більш виражена динаміка змін ЧСС у хворих на СН на тлі тривалого прийому стандартної терапії СН з використанням бісопрололу була виявлена у носіїв Arg389Arg і Arg389Gly генотипів і не залежала від наявності ЦД 2-го типу.

ЗДОРОВ'Я – АКТУАЛЬНИЙ НАПРЯМ МЕДИЦИНИ

Руснак І.Т.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Глобальну битву проти захворювань серцево-судинної системи не виграти лише лікуванням уже проявлених хвороб та їх ускладнень.

Якщо допустити, що оздоровлювати націю, вкладаючи гроші в лікування хвороб, – це правильний шлях, чому він веде нас до постійного зростання захворюваності?

Людина, вилікувана від хвороби, не означає – здорова людина. Вона знову повертається через кілька місяців вже з іншою хворобою - і знову витрати на обстеження, лікування. Чому б не спробувати інший шлях?

Є з кого брати приклад. Вся Польща, наприклад, поцяткована велосипедними та пішохідними доріжками – рухайтеся на здоров'я. А фіни взагалі здивували Європу. Вони наполегливо пропагували здоровий спосіб життя, рух, раціональне харчування і добилися того, що за 25 років знизили смертність від ішемічної хвороби серця на 73 відсотки! Їх пропаганда була підкріплена реальними діями держави. Один із кроків - безкоштовна роздача салатів у місцях громадського харчування. Таким чином, буквально навчили людей їсти зелень.

У нашій медицині існує парадокс: ставлячи своєю метою досягнення здоров'я, вона займається хворобою. Досвід показує, що медицина здатна лікувати і врятувати людину в гострих ситуаціях, але вона безсила повернути йому здоров'я у разі розвитку хронічних захворювань, від яких, головним чином, вмирають в наш час (серцево-судинних, злоякісних, ендокринних та ін.). Для того, щоб досягти здоров'я, потрібно займатися здоров'ям. Посвячення вивченню проблеми здоров'я людини, саме не хвороби, а здоров'я.

ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ, РЕЗУЛЬТАТИ ОЗДОРОВЧОГО ЕФЕКТУ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Горда М.Д., Дудко Ю.О., Герасимик В.П.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Роль фізичної активності для попередження захворювань та прискорення видужання дуже часто недооцінюється. Широкий спектр її ефектів впливу на організм обумовлює необхідність підвищення рівня зацікавленості нею в суспільстві.

Фізична активність допомагає організму здолати стрес та побороти депресію, скинути вагу і послабити апетит, робить людину більш енергійною, допомагає запобігти діабету і контролювати рівень цукру в крові у хворих на діабет. Фізична активність покращує відтік лімфи: аеробні вправи можуть в три рази прискорити відтік лімфи, тому лімфатична система набагато краще захищає організм від захворювань і виводить токсини і клітинні відходи з нього, зокрема й шляхом підвищення потовиділення.

Фізична активність уповільнює процес старіння, покращує пам’ять і швидкість реакції, допомагає міцніше спати, допомагає запобігти застуді і захворюванню грипом. У фізично активних людей стають міцними кістки, покращується травлення і випорожнення стають регулярними, зміцнюються легені, пригнічується відчуття болю.

Вправи не повинні бути виснажливими. Тренуватися півгодини на день або кілька годин на тиждень цілком достатньо, щоб значно поліпшити постачання клітин киснем.

Фізична активність допомагає запобігти та вилікуватись від раку. У ході дослідження, представленого в «Journal of the American Medical Association», вчені спостерігали 2987 жінок із раком молочної залози. У тих жінок, хто більше 1 години на тиждень присвячував ходьбі, ймовірність померти від раку молочної залози була нижчою, ніж у тих, хто цього не робив.

У ще одному дослідженні брали участь 573 жінки з раком товстої кишки. У тих, хто після постановки діагнозу займався помірними фізичними вправами більше шести годин на тиждень, ймовірність померти виявилася на 61 відсоток нижче, ніж у тих, хто займався вправами менш однієї години на тиждень.

Дослідження, звіт про яке помістив «Journal of Clinical Oncology», підтвердило згадані вище відкриття після аналізу результатів занять фізичними вправами у 832 чоловіків і жінок із діагнозом «третя стадія раку товстої кишки».

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Іванчук В.І., Патрабой В.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Усе частіше лікарі наголошують про виняткову важливість для збереження здоров’я правильного харчування, режиму пиття, фізичної активності. Доля впливу способу життя на здоров'я складає більше 50% серед усіх факторів.

Метою нашого дослідження було взнати й оцінити піклування пацієнтів про своє здоров’я, його збереження.

Проведене опитування (пацієнти заповнювали анкети) 82 хворих відділень гіпертонічної хвороби та реабілітації Обласного клінічного кардіологічного диспансеру м. Чернівці, 63 (76,83 %) та 19 (23,17 %) осіб відповідно відділень. Згідно гендерного розподілу пацієнтів 42 чоловіка та 40 жінок, середній вік (58,95 $\pm$ 0,57) років.

На питання з яких джерел дізнаються про методи профілактики захворювань та збереження здоров’я відповіді були наступними: від батьків 4,88 % осіб, знайомих – 15,85 %, від лікарів – 91,5 %, з газет – 26,83 %, журналів 8,54 %, телебачення – 31,71 %, інтернету – 7,32 %, з реклами – 26,83%, двоє (2,44 %) вказали свій варіант – із книг про здоров’я.

В середньому опитані їдять 3-4 рази на день (3,35 рази) та споживають лише 1,45 літра питної води (тільки води, не враховуючи чай, суп) за добу.

Цікавим є те, що купуючи їжу, 48 пацієнтів (58,54 %) найчастіше вибирають за смаком та 40 осіб (48,78 %) – користю для здоров’я, і лише 6 осіб (7,32 %) надають перевагу обом ознакам.

Щодо фізичної активності 41,46 % осіб займаються фізичними вправами періодично, 9,76 % щоденно та 48,78 % не роблять фізичні вправи.

Покращення обізнаності та підвищення мотивації пацієнтів до ведення здорового способу життя допоможе зменшити захворюваність та уникнути розвитку ускладнень.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Мединська А.О., Клим О.Д., Клепар О.М.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Фізична активність допомагає запобігти серцевим нападам і захворюванням серцево-судинної системи. Результати всіх відомих досліджень показують, що регулярні заняття спортом у помірних кількостях, мабуть, є найефективнішим засобом профілактики хвороб серця та їх ускладнень.

При наявності захворювань коронарних артерій регулярні тренування допомагають тілу формувати більшу кількість допоміжних артерій, по яких кров зможе рухатися по організму «в обхід» закупорених судин.

Спостерігався пацієнт, у якого була на 80-90 % заблокована права коронарна артерія. Після року регулярних занять аеробікою в його організмі з'явилася величезна кількість колатералей, які полегшили приплив крові до певних частин його тіла.

У іншого чоловіка сорока з невеликим років ангіограма виявила часткову закупорку коронарних артерій. Закупорка вже супроводжувалась появою болю в грудях. Чоловікові порадили не робити коронарне шунтування, не спробувавши спочатку використати консервативний метод лікування. Він погодився відрегулювати щоденний прийом води і почати з двох склянок води (0,5 л) рівно за півгодини до кожного прийому їжі. Також порекомендували йому прогулянки по годині вранці і ввечері (для початку по 20-30 хвилин, поступово збільшуючи час до години). Згідно з результатами досліджень, чутливі до гормонів спалюючи жир ферменти активізуються після першої години ходьби і залишаються активними впродовж 12 годин. Тому, здійснюючи прогулянки два рази на день, регулярно активізується фермент, що спалює жир, і досягається накопичувальний ефект його діяльності. Три місяці по тому цей чоловік звернувся в один із відомих медичних центрів у Х'юстоні, щоб пройти остаточне обстеження і прийняти рішення з приводу шунтування. Його нова ангіограма не показала жодних ознак минулої закупорки. Операція була йому більше не потрібна.

Аеробні вправи сприяють зниженню кров'яного тиску, а також кількості тригліцеридів і низької щільності холестерину, підвищуючи при цьому рівень високої щільності холестерину і запобігаючи утворенню кров'яних тромбів.

Вагомими є результати широкомасштабного восьмирічного дослідження більше 84 тисяч медсестер. У тих із них, хто регулярно виконував комплекс фізичних вправ, ризик стати жертвами серцевого нападу або інсульту був на 54 відсотка менший порівняно з жінками, які вели малорухомий спосіб життя.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Поліщук Ю.О., Кіцанюк І.Ю., Урбанович Р.Д.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Зміни в способі життя є першими серед підходів терапії в рекомендаціях Європейського товариства гіпертонії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC) 2013 року з лікування артеріальної гіпертонії. Клінічні дослідження показують, що спрямовані на зниження артеріального тиску зміни в способі життя по ефективності можуть дорівнювати медикаментозній монотерапії. В рекомендованих підходах змін стилю життя - регулярні фізичні навантаження, наприклад, не менше 30 хвилин помірної динамічної фізичної активності впродовж 5 - 7 днів на тиждень. Помірними аеробними навантаженнями можуть бути ходьба, біг підтюпцем, їзда на велосипеді, плавання.

У 2005 році представники Національного інституту дослідження ракових захворювань повідомили, що «фізична активність на робочому місці або у вільний час на 50 відсотків знижує ризик виникнення раку прямої кишки».

Результати дослідження, проведеного співробітниками Joslin Diabetes Center, показали: страждаючі ожирінням дорослі люди, які позбулись всього лише від 7 відсотків своєї ваги і впродовж шести місяців виконували помірні фізичні вправи, змогли поліпшити функції своїх кровоносних судин приблизно на 80 відсотків, причому це стосується навіть тих із них, хто був хворий на діабет 2-го типу.

Результати дослідження, проведеного Американським онкологічним товариством, показують, що зараз у Сполучених Штатах надмірна вага і ожиріння прямо або опосередковано пов’язані з кожною сьомою смертю серед чоловіків і кожної п’ятою - серед жінок.

Людина перестає тренуватися не тоді, коли починає старіти; скоріше, вона починає старіти, коли перестає тренуватися.

Для досягнення здоров’я потрібно займатися здоров’ям.

СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ, ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ

Саипова Г.А., Искандерова С.Дж., Мусаева Ш.З., Хасанова Х.Д.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Республика Узбекистан

Цель: выявить факторы риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при системной красной волчанке (СКВ), индуцированные длительным (постоянным) приемом глюкокортикостероидов (ГКС).

Материал и методы. В исследование включены 67 больных СКВ (согласно критериям Американской Ассоциации Ревматологов), женского пола, в возрасте 17-55 лет, средний возраст 27,6 года, длительность болезни от 0,5 до 15 лет. ГКС терапию больные получали с момента установления диагноза в дозе, соответствующей активности процесса и варианту течения. Периодически больные получали комбинированную пульс-терапию в течение 3-5 дней (метил – преднизолон, циклофосфамид в стандартных дозировках), в последующем ГКС (преднизолон) назначался перорально в дозе 1 мг/кг ежедневно с постепенным снижением до 20-25 мг в день. В зависимости от длительности ГКС-терапии больные разделены на 3 группы: до 5 лет (I гр.) – 18; до 10 лет (II гр.) – 34; свыше 10 лет (III гр.) – 9 человек. Определялись факторы риска метаболического синдрома и ССО, связанные с гиперкортицизмом: артериальная гипертензия, (АГ), (САД/ДАД >139/89 мм рт. ст.), превышение уровня глюкозы в кровы (> 5,6 ммоль/л), наличие центрального ожирения (ЦО, при окружности талии ОТ больше 94 см), избыточная масса тела (ИМТ), дислипидемия (ДЛП) (уровень общего холестерина ОХС > 4,6 ммоль/л, ХС ЛПНП > (2,5 $\pm$ 0,2) ммоль/л, ТГ > (1,2 $\pm$ 0,1 ммоль/л.

Результаты. У больных СКВ I группы САД/ДАД было равно (122,2 $\pm$ 3,1)/((82,4 $\pm$ 2,5); показатели гликемии составили (5,2 $\pm$ 0,06); ИК – (0,25 $\pm$ 0,01); ОТ – (96,5 $\pm$ 6,5); уровень ОХС – (4,8 $\pm$ 0,24); ХС ЛПНП – (3,2 $\pm$ 0,3); ТГ – (1,6 $\pm$ 0,25). Во II и III группах признаки метаболических нарушений были более выраженными: во II группе САД/ДАД – (145,5 $\pm$ 8,8)/(92,6 $\pm$ 9,1); глюкоза – (5,8 $\pm$ 0,15); ИК – (0,32 $\pm$ 0,06); ОТ – (106,3 $\pm$ 9,8); ОХС – (6,7 $\pm$ 0,30); ХС ЛПНП – (3,6 $\pm$ 0,4), ТГ – (3.6 $\pm$ 0,5); в III группе САД/ДАД – (160,4 $\pm$ 15,2)/(100,4 $\pm$ 11,7); глюкоза – (6,9 $\pm$ 0,9); ИК – (0,37 $\pm$ 0,08); ОТ – (116,4 $\pm$ 5,6); ОХС – (6,7 $\pm$ 0,7); ХС ЛПНП – (4,2 $\pm$ 0,7), ТГ – (7,1 $\pm$ 0,9). Изучаемые показатели больных II и III групп были достоверно большими в сравнении с показателями больных I группы. В целом факторы риска ССО наблюдались у 56 больных (84,4 %), число их увеличивалось соответственно длительности болезни и ГКС – терапии.

Заключение. Таким образом, при длительном течении СКВ на фоне постоянного приема адекватной ГКС-терапии нарастали признаки метаболических нарушений, являющиеся факторами риска ССО: повышение АД, уровня гликемии, увеличение ИМТ, центрального ожирения, нарастание ОХС и ХС ЛПНП, что имело клинико-инструментальное подтверждение. Это диктует необходимость постоянного мониторинга и коррекции выявленных факторов риска ССО.

ВПЛИВ ВІКУ ТА КУРІННЯ НА ВМІСТ ОСТЕОПОНТІНУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Самохіна Л.М., Колесникова Е.Н., Бондар Т.М.

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

Остеопонтін (ОП) – один з протеїнів позаклітинного матриксу, бере участь у його ремоделюванні, є ключовим фактором в активації серцево-судинної реконструкції і його вміст збільшується з віком. Високий рівень ОП відзначають у курців астматиків, крім того, ген ОП SPP1 виражений в дим-патогенних легеневих антигенних клітинах мишей і необхідний для Т-хелперних відповідей при емфіземі.

Мета роботи – дослідити вміст ОП у пацієнтів-курців похилого віку з ХОЗЛ на фоні ІХС.

Обстежено 43 хворих, із них з ХОЗЛ+ІХС (n=19) віком (63,9 $\pm$ 2,3) рр. ХОЗЛ (n = 18) віком (60,3 $\pm$ 2,1) рр., ІХС (n = 6) віком (64,5 $\pm$ 3,8) рр. Стаж курця становив (23,4 $\pm$ 3,7), (18,8 $\pm$ 3,5), (30,1 $\pm$ 2,8) пачко-років, відповідно. Діагноз ХОЗЛ встановлювали згідно критеріїв GOLD (2010) та Наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. Виключали хворих на ХОЗЛ у фазі загострення та з тяжкою серцевою патологією. Дослідження функції зовнішнього дихання проводили вранці натще на апараті «Спіроком професійний» (Україна). ІХС діагностували згідно рекомендацій Українського товариства кардіологів. Вміст ОП вимірювали в плазмі крові з використанням набору реагентів "Osteopontin (human), ELISA kit" фірми Enzo Life Science (Швейцарія). Вимірювали оптичну густину напівавтоматичним імуноферментним мікропланшетним аналізатором «ImmunoChem-2010» виробництва «High technology INC» (США). Статистичну обробку проводили за методом Стьюдента-Фішера з використанням програмного забезпечення Excel.

Виявлено, що вміст ОП високий у всіх групах хворих порівняно з даними фірми-виробника, міжлабораторного аналізу та Департаменту нефрології і гіпертензії (Германія), згідно яких вміст ОП (30,55 $\pm$ 1,77) (високий), (26,00 $\pm$ 2,62) (високий) та (23,7 $\pm$ 2,8) нг/мл (контроль), відповідно. Високий вміст ОП у обстежених нами хворих може бути обумовлений їх похилим віком. Відзначено, що вміст ОП вище в межах тенденції при ХОЗЛ порівняно з ХОЗЛ+ІХС і ІХС. Це може бути пов’язано з розвитком запальної реакції, враховуючи, що ОП є посередником ремоделювання і запалення при астмі. У пацієнтів з ХОЗЛ+ІХС рівень ОП має проміжне значення порівняно з ХОЗЛ і ІХС і прямо пов’язаний зі стажем курця.

Таким чином, вміст ОП у пацієнтів-курців похилого віку з ХОЗЛ на фоні ІХС є високим, крім того, більший при ХОЗЛ порівняно з ІХС, ХОЗЛ+ІХС, що може бути пов’язано з його участю в розвитку запальної реакції.

АКТИВНОСТЬ КАЛЬПАИНОВ У САМЦОВ КРЫС С АЛКОГОЛЬ-ЗАВИСИМОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ РИТМИЧЕСКОГО ХОЛОДОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

[*]Самохина Л.М., Ломако В.В.

[*]ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Кальпаины (ЕС 3.4.22.17) – Са(2+)-зависимые протеиназы, участвующие в клеточных процессах в норме и при патологии на различных уровнях функционирования живого организма. Ритмическое холодовое воздействие (РХВ) оказывает стимулирующий эффект на организм, способствуя активации энзимов у крыс со стресс-стимулированной гипертензией и нормализации артериального давления (АД).

Цель – изучить эффекты РХВ на активность кальпаинов у крыс с алкоголь-зависимой гипертензией (АЗГ).

Работа выполнена на беспородных крысах с соблюдением всех биоэтических норм. В исследовании были задействованы 4 группы самцов крыс: АЗГ, АЗГ+РХВ, РХВ, контроль, n=5 в каждой группе. АЗГ начинали моделировать у 7-8 месячных крыс, возраст групп РХВ и контроля – 17-18 месяцев. Моделировали АЗГ «двухбутылочным» методом. Первую неделю крысы получали 5 % (по объёму) раствор этанола, 2-ю – 10 %, а 3-ю и до конца эксперимента – 15 %. Общий срок алкоголизации – 10 месяцев. АД контролировали медицинским тонометром. РХВ проводили с частотой 0,1 Гц 65 мин охлаждающим устройством, созданным в Институте проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, приспособленным для прерывистой подачи холодного воздуха (5 ± 1)) ^{o}С. Активность кальпаинов определяли в сыворотке крови и безъядерных фракциях гомогенатов тканей коры мозга (КМ), гипоталамуса, легких, сердца, печени и почек твердофазным ферментативным методом.

АД при АЗГ составило 176,70±20,68 мм рт.ст. против (130,00 ± 12,25) мм рт.ст. в контроле, в результате проведения РХВ при АЗГ – (125,0 ± 10,5) мм рт. ст., в группе РХВ – (127,00 ± 13,35) мм рт. ст.

Активность кальпаинов при АЗГ повышалась в тканях без изменений в сыворотке крови. В группе АЗГ+РХВ увеличивалась по сравнению с АЗГ, наиболее существенно – в сыворотке крови, что может быть обусловлено высвобождением кальпаинов из клеток. В тканях более выраженное повышение отмечено в сердце, КМ и почках, указывая на стимулирующий эффект РХВ, что может быть связано скорее всего с усилением утилизации недоокисленных продуктов, снижением жесткости мышечной ткани сердца и др. Эффекты РХВ в контроле заключались в снижении активности кальпаинов в сыворотке крови и легких, что в свою очередь может быть обусловлено окислением цистеина в активном центре, нарушением эффективности использования кислорода.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПРИ РОЗВИТКУ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Саркісова Е.О., Гасанова О.В., Незговорова Г.А., Гасанов А.А.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини є одним із основних методів в діагностиці захворювань печінки. Однак, використання цього методу з метою визначення стадії фіброзу обмежене за відсутністю критеріїв оцінки на ранніх стадіях та фактором суб'єктивності.

Аналіз показників УЗД проводився у 193 постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи із хронічними дифузними захворюваннями печінки. Ступінь фіброзу печінки визначався за результатами FibroTest (Bio Predictive, Франція) та тесту APRI. Спостерігалось збільшення розмірів печінки незалежно від наявної стадії фіброзних змін, середні значення розмірів правої та лівої долі перевищували нормативні показники: (165,2 ± 1,8) мм та (71,6 ± 1,4) мм при відсутності фіброзу (F0, n = 134), (166,9 ± 3,4) мм та (79 ± 2,4) мм при F1-3 (некласифікований фіброз, n = 26), (164,3 ± 5,7) мм та (73,8 ± 4,6) мм при вираженому фіброзі (F4, n = 33). Збільшення розміру лівої долі печінки у хворих групи F1-3 було достовірним при порівнянні із показниками F0 ($p < 0,01$). Підвищення акустичної щільності печінкової паренхіми (ехогенності) виявлялось в 88,6 % хворих із F0 та 94,7 % із F1-3, а при F 4 – у 100 % випадків ($p < 0,01$ в порівнянні з F0). Збільшення селезінки встановлено в 5,6 % осіб групи F0; 10,5 % осіб групи F1-3 і 35,3 % осіб групи із вираженими фіброзними змінами печінки, при цьому середні показники груп F0, F1-3 не перевищували нормативних значень на відміну від групи F4. При вираженому фіброзі (F4) у порівнянні з групою без фіброзних змін (F0) збільшення розмірів селезінки виявлялось достовірно частіше (35,3 % і 5,6 %, $p < 0,05$) та з достовірно більшими середніми показниками ((102,0 ± 1,7) мм і (122,4 ± 7,5) мм, $p < 0,01$). Визначені також відмінності між групами F1-3 та F4 – (103,8 ± 3,6) мм і (122,4 ± 7,5) мм ($p < 0,05$). Діаметр портальної вени не перевищував 13 мм і складав у зазначених групах відповідно (10,2 ± 0,4) мм; (9,95 ± 0,2) мм та (11,3 ± 0,7) мм.

Таким чином, УЗД ознаки збільшення печінки, особливо її лівої долі, підвищення ехогенності, збільшення селезінки, за відсутності розширення портальної вени, можуть визначатися при розвитку фіброзу та цирозу печінки в стадії компенсації, що потребує більш детального діагностичного пошуку в кожному конкретному випадку досліджуваного контингенту осіб.

СИНТРОПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ

Саркісова Е.О., Чумак А.А., Овсяннікова Л.М., Гасанова О.В., Носач О.В.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ

Хронічні захворювання органів системи травлення мають спільні механізми розвитку та широку розповсюдженість. За результатами проведених після аварії ЧАЕС досліджень було показано зростання частоти виявлення хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту та гепатобіліарної системи у постраждалого контингенту осіб.

Метою дослідження було визначення частоти поєднання неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) з іншою патологією системи травлення в осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, та осіб групи порівняння. Обстежено 86 осіб чоловічої статі, які мають статус постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, та 30 осіб групи порівняння (ГП), що не зазнали дії факторів аварії на ЧАЕС, із НАЖХП.

Захворювання органів травлення були найбільш частою супутньою патологією у хворих на НАЖХП. Одночасно визначалось від одного до п’яти захворювань, що в середньому на одного хворого складало (2,6 ± 0,1) нозологічні форми в основній групі та (2,5 ± 0,1) в ГП. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба визначалась у 26-26,9 %, виразкова хвороба (ВХ), до якої увійшли як виразки, так і ерозії гастродуоденальної зони – 38,4-43,8 %, хронічний гастродуоденіт (ГД) – 56,6-63 %. Крім того, у 28,1 % хворих основної групи та у 20 % – ГП визначалась грижа стравохідного отвору діафрагми. Перебіг запальних захворювань шлунково-кишкового тракту – ВХ та ГД у 43,8-57,7 % супроводжувався дискинезією жовчовивідних шляхів, а в 3,8-4,1 % синдромом подразненого кишечника. У 5,5-15,4 % досліджених хворих була виявлена жовчнокам`яна хвороба, а в 46,2-47,9 % хронічні панкреатити.

Таким чином, перебіг НАЖХП у досліджених хворих супроводжувався захворюваннями шлунково-кишкового тракту, підшлункової залози та жовчовивідних шляхів, котрі призводять до порушення флори або дисбіозу кишечнику, збільшення токсичного навантаження на печінку і клінічно проявляються цитолітичним, холестатичним синдромами та розвитком наступних стадій НАЖХП – неалкогольного стеатогепатиту, фіброзу печінки. Тобто, коморбідні захворювання шлунково-кишкового тракту мають вплив на перебіг НАЖХП і можуть бути фактором патогенезу, так званим другим поштовхом, розвитку стеатогепатиту у хворих на стеатогепатоз, а за відсутності адекватної терапії стеатогепатиту – фіброзу та цирозу печінки.

ЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Свінціцький А.С., Катеренчук І.П.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ,
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Важливим елементом лікування хворих на остеоартроз (ОА) є локальна терапія, яка у ряді випадках має переваги перед пероральним прийомом лікарських препаратів. Препарати для локальної терапії повинні відповідати наступним вимогам: препарат має бути високоефективним під час лікування патології, тобто володіти аналгетичною дією; не повинен викликати місцевих токсичних та алергічних реакцій; повинен мати здатність проникати через шкіру, досягаючи тканини-мішені; концентрація препаратів у сироватці крові не повинна досягати рівня, що призводить до залежних від дози побічних ефектів;метаболізм і виведення препарату має бути таким же, як при системному застосуванні.Для місцевого лікуванні рекомендовані мазеві, кремові та гелеві форми нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), хондропротекторів та інших.

Наш досвід локального застосування комбінованого препарату Артифлекс-крем (містить глюкозаміну гідрохлорид – хондропротектор, ібупрофен – НПЗП та алантоїн – рослинний препарат живокосту лікарського) в лікуванні 106 хворих на ОА I-II клініко-рентгенологічної групи. Ефективність лікування оцінювали за степенем зменшення вираженості больового синдрому за Візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), ступенем тяжкості ураження суглобів за альгофункціональним індексом Lequesne, часом проходження 30 м до кінця курсу лікування.

Проведене нами дослідження свідчить про наявність у препарату Артифлекс-крем хондропротекторного, аналгетичного, протизапального, антиексудативного, мембранопротекторного та антиоксидантного ефектів. Ми не спостерігали випадків негативної медикаментозної взаємодії при призначенні комбінованого препарату – крему з ібупрофеном з іншими медикаментозними засобами, включеними до загальноприйнятих схем лікування. Слід мати на увазі, що кофеїн посилює аналгезуючий ефект ібупрофену, а ібупрофен може знижувати діуретичний ефект фуросеміду.

Таким чином, препарат Артифлекс-крем для зовнішнього застосування є ефективним і безпечним лікувальним засобом і може бути рекомендований для широкого застосування у пацієнтів з ОА.

Локальна терапія больового синдрому при ОА має проводитись не емпірично, а бути чітко орієнтованою на відомі механізми розвитку болю. При цьому лікування повинне включати весь спектр терапевтичних методів, що застосовуються при лікуванні больового синдрому у хворих на ОА, з метою своєчасного проведення адекватної фізіотерапевтичної, психотерапевтичної й поведінкової реабілітації, спрямованої на відновлення якості життя пацієнтів.

ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Свінціцький А.С., Ревенок К.М., Корендович І.В.

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

Введення. В останні роки оцінці якості життя пацієнтів надається велика увага при аналізі медичної допомоги. Оскільки функціональна диспепсія (ФД) є психосоматичним та не пов'язана зі смертністю та розвитком ускладнень, інструментом для аналізу даної групи пацієнтів використовують оцінку якості життя.

Мета: Оцінити якість життя пацієнтів з функціональною диспепсією.

Матеріали та методи: 122 (100 %) пацієнтам віком від 18 до 55 років (середній вік 38 років), відповідно до основних скарг при зверненні, анамнестичних даних, результатів клініко-лабораторних та інструментальних методів обстеження, був встановлений діагноз ФД, згідно з критеріями Рим III (2006). Контрольну групу склали 50 пацієнтів без наявності диспепсичних скарг протягом останніх шести місяців. З метою визначення якості життя пацієнтам було запропоновано заповнити короткий валідизований опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF). Він складається з 26 питань, які оцінюють наступні сфери життя: фізичне здоров'я (7 пунктів), психологічне здоров'я (6 пунктів), соціальні відносини (3 пункти) і середовище проживання (8 пунктів). Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою від 1 до 5, після чого, сумарний бал по кожній сфері перетворюється відповідно до ключа за шкалою від 0-100.

Результати. Отримані результати свідчать про достовірний вплив ФД на зниження якості життя пацієнтів ($p < 0,05$) у сферах фізичного та психологічного здоров'я та соціальних відносин у порівнянні з контрольною групою. Оцінка середовища проживання досліджуваними групами та контрольною групою достовірно не відрізнялась.

Висновки. Якість життя – це взаємозв'язок показників здоров'я людини та соціально-економічних чинників (комплекс фізичних, емоційних, психічних та інтелектуальних характеристик людини), що визначають здатність до функціонування в суспільстві. Нижча якість життя пацієнтів з ФД може бути пояснена тим, що тривалі симптоми диспепсії та наявність психологічної дезадаптації у більшої частини пацієнтів посилюють функціональну невротичну симптоматику, тим самим формуючи "порочне коло". Усе це негативно впливає на фізичне, психологічне здоров'я та соціальні відносини, порушуючи життєдіяльність та соціальну активність даної групи пацієнтів.

УРОВЕНЬ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТТРАКТАНТНОГО ПРОТЕИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

Семеновых П.С., Топчий И.И., Гальчинская В.Ю., Денисенко В.П., Якименко Ю.С.

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

Молекулярные процессы, которые лежат в основе взаимосвязи диабета и коморбидных патологий остаются невыясненными и находятся в фокусе интенсивных исследований. Показано, что в развитии и прогрессировании диабетической нефропатии (ДН) ключевую роль играет провоспалительный цитокин - моноцитарний хемоаттрактантный протеин 1 типа (МХП-1). Однако, в настоящее время почти отсутствуют данные об изменениях МХП-1 в случае сочетания ДН с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель исследования – изучение особенностей секреции МХП-1 у больных ДН на фоне ИБС.

Материалы и методы. В исследование включили 38 больных ДН, 34 больных ИБС и 44 пациента с ДН в сочетании с ИБС. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц соответствующего возраста. Концентрацию МХП-1 определяли методом иммуноферментного анализа с использованием теста-системы производства «INVITROGEN» (США).

Результаты исследования. При ДН существенно возрастал уровень МХП-1 в плазме крови больных (на 90 %) в сравнении с контролем и составил (295,46 ± 21,15) нг/мл и (155,12 ± 16,42) нг/мл, соответственно. У больных ИБС уровень МХП-1 также увеличивался, на 115 % относительно контрольной группы, но эти изменения были менее выраженными, чем у пациентов с ДН. Так, в среднем в этой группе концентрация МХП-1 составила (285,12 ± 22,64) нг/мл. При сочетании ДН с ИБС наблюдался более демонстративный рост исследуемого агента в крови больных, на 116 % сравнительно с контролем. В данной группе уровень МХП-1 в плазме крови составил (337,14 ± 29,12) нг/мл. Такой существенный рост МХП-1 у больных ДН на фоне ИБС свидетельствует о возможном влиянии дополнительных факторов, которые возникают при сочетании этих заболеваний и механизм действия которых отличается, что может обеспечивать аддитивность их эффектов.

Выводы. Повышение в плазме крови больных ДН в сочетании с ИБС такого молекулярного маркера воспаления, как МХП-1, может способствовать повреждению сосудистой стенки и развитию атеросклеротических процессов путем активации иммунных клеток, в частности моноцитов.

О МЕХАНИЗМАХ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Семидоцкая Ж.Д., Ромаданова О.И., Власенко М.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одним из актуальных вопросов нефрологии является прогнозирование течения хронического гломерулонефрита (ХГН). На первых порах заболевания существенный вклад в прогрессирование вносят этиологические факторы. В дальнейшем же прогрессирование течения заболевания является многофакторным и включает взаимодействие системной и гломерулярной гемодинамики с большим числом вазоактивных гормонов, а также стимуляцию факторов роста и цитокинов вместе с мезенхимальной дисфункцией.

Были исследованы некоторые клеточные механизмы прогрессирования ХГН (TNF-α1) – фактор некроза опухоли-α1, TJF-β1 – трансформирующий фактор роста β1, MCP – моноцитарный, хемоатрактантный протеин у 111 больных ХГН на разных этапах развития хронической почечной недостаточности (ХПН).

Обнаружено, что наиболее характерными являются изменения показателей TJF-β1, которые достоверно выше ($p < 0,001$) у больных ХГН при ХПН I ст. ($56,0 \pm 4,3$) пг/мл) по сравнению с контрольной группой и затем достоверно ($p < 0,001$) увеличивается при ХПН II ст.

На втором месте по динамике изменений являются показатели MCP – 1, которые достоверно ($p < 0,001$) выше при ХПН I ст. ($228,0 \pm 14,6$) пг/мл) по сравнению с контрольной группой и прогрессивно повышаются при ХПН II ст. (($732,0 \pm 13,3$) пг/мл). Менее информативными, но достоверными являются показатели TNF-α1. У больных с ХПН I ст. эти показатели в 1,5 раза выше по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы, а у больных с ХПН IIст увеличиваются в 3 раза, достигая уровня ($194,0 \pm 6,4$) пг/мл.

Таким образом, наиболее высоким системообразующим влиянием на механизмы прогрессирования ХПН при ХГН является TJF-β1.

ЕТНОГЕНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ

Семікіна О.Є., Кутіков О.Є., Каленська Г.Ю., Канурний І.І.

ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", м. Харків

Невротичні розлади є складною патологією, патогенез якої включає багато чинників як психогенних так і біологічних. Специфікою соматоформних розладів е поєднання емойійних та суттєвих соматовегетативних порушень функціонального характеру, які безумовно мають зв´язок з біологічними чинниками. Разом з цим, вивченню етногенетичних, зокрема антропологічних, чинників на даний час надано недостатньо уваги.

Метою роботи стало вивчення етногенетичних характеристик хворих на соматоформні розлади та визначення їх ролі в механізмах неврозогенезу.

Використано клініко-психопатологічний, антропологічний (визначення приналежності пацієнтів до певних антропологічних типів (АТ)) методи обстеження. В дослідженні прийняли участь 28 хворих на соматоформні розлади (згідно з МКХ-10 F 45). Визначена антропологічна структура хворих на соматоформні розлади.

У хворих з соматоформною вегетативною дисфункцією в 28,57 % випадків зафіксований альпійський тип, у 21,43 % пацієнтів був визначений атланто-балтійський тип, 17,86 % хворих характеризувались ознаками середньоземноморського типу та 10,71 % пацієнтів належали до арменоідного та лапоідного антропологічних типів. Також визначені арменоїдний (10,71 %), біломоро-балтийський (21,43 %), динарський (7,14 %), лапоноїдний (10,71 %) АТ. Слід зазначити, що серед хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію індо-афганський та палеоєвропейський антропологічні типи не були представлені в жодному випадку.

Особливістю психопатологічних порушень у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію виявилося переважання тривожних та іпохондричних переживань. Так психопатологічні порушення з провідною тривожною симптоматикою спостерігалися у 53,57 % хворих, а іпохондрична симптоматики – у 39,28 % пацієнтів.

Співставлення даних щодо специфіки клінічних проявів у хворих на невротичні розлади та антропологічних типів показало певну тенденцію.

Для хворих соматоформною вегетативною дисфункцією переважна більшість клінічних проявів обумовлена впливом симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Специфікою клінічної симптоматики у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію є органна спрямованість порушень переважно серцево-судинної, дихальної систем. Причому органні порушення мали тісний зв´язок з психопатологічними симптомами, які мали тривожно-іпохондричну спрямованість. Серед хворих на невротичні розлади переважали особи, що належали до альпійського ($p \leq 0,025$), атланто-балтійського ($p \leq 0,05$) та лапоноїдного ($p \leq 0,025$) антропологічних типів та механізм формування невротичної хвороби органно спрямований з тривожно-іпохондричною психопатологічною фіксацією на соматичних симптомах.

ВПЛИВ S(-)АМЛОДИПІНУ ТА НЕБІВОЛОЛУ НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА КОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Середюк В.Н., Вакалюк І.П., Середюк Н.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи. Дослідження впливу фармакотерапевтичних комплексів, які включали блокатор кальцієвих каналів S(-)амлодипін та β-адреноблокатор небіволол, що застосовувались разом з інгібітором ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) еналаприлом, на показники добового моніторування артеріального тиску (АТ) у хворих на компенсоване хронічне легеневе серце (ХЛС) з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріал та методи. Обстежено 95 хворих (64 чоловіків, 31 жінок) на компенсоване ХЛС з АГ I-III ступеня, середній вік (54,7 ± 9,5) років. Всі хворі були розподілені на три групи. До 1-ї основної групи включено 33 хворих, які одержували базову терапію (БТ) та S(-)амлодипін (Азомекс, компанія "Actavis", Ісландія) по 2,5-5 мг/добу у поєднанні з інгібітором АПФ еналаприлом (Енап, фірми "KRKA", Словенія) по 10-20 мг/добу (БТ+Е+А). До 2-ї основної (O_2) групи ввійшло 30 пацієнтів, які отримували небіволол ("Небівал", ЗАТ "Київський вітамінний завод", Україна) в дозі 5 мг/добу у поєднанні з БТ та інгібітором АПФ еналаприлом по 10-20 мг/добу (БТ+Е+Н). Контрольну (К) групу склали 32 хворих, які отримували базову терапію ХЛС з еналаприлом по 20-40 мг/добу (БТ+Е). Проводили добове моніторування АТ за допомогою приладу АВРМ-04 фірми "Meditech" (Угорщина). Курс лікування – 6 місяців.

Результати дослідження. Після лікування в 1-й основній групі відмічалось вірогідне зниження середньодобових значень систолічного АТ (САТ) на (18,23 ± 4,27) % ($p < 0,05$) та діастолічного АТ (ДАТ) на (13,55 ± 2,49) % ($p < 0,05$); в 2-й основній – САТ на (16,07 ± 3,53) % ($p<0,05$) та ДАТ на (12,71±2,64)% ($p<0,05$); а в контрольній – САТ з на (13,90 ± 3,16) % ($p < 0,05$) та ДАТ на (10,15 ± 2,03) % ($p < 0,05$). В двох основних групах практично в рівній мірі відбувалось зменшення нічної гіпертензії і становлення нормального двофазного добового профілю АТ, відповідно в 57,6 % і 56,7 %, випадків. Добрий антигіпертензивний ефект лікування з включенням S (-) амлодипіну констатовано у 87,9 % випадках, що істотно не відрізнялось від ефективності БТ з включенням небівололу – у 86,7 % випадків, проти ефекту БТ з еналаприлом – у 78,1 % випадків ($p < 0,05$).

Висновки. Лікування S(-)амлодипіном або небівололом, що застосовувались разом з інгібітором АПФ еналаприлом, упродовж 6 місяців сприяє отриманню доброго і стійкого антигіпертензивного ефекту та нормалізує добовий профіль АТ у хворих на компенсоване ХЛС з АГ.

ВПЛИВ S(-)АМЛОДИПІНУ ТА НЕБІВОЛОЛУ НА ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА КОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Середюк В.Н., Вакалюк І.П., Середюк Н.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи. Дослідження впливу фармакотерапевтичних комплексів, які включали блокатор кальцієвих каналів S(-)амлодипін та β-адреноблокатор небіволол, що застосовувались разом з інгібітором ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) еналаприлом, на показники показники структурно-функціонального стану міокарда у хворих на компенсоване хронічне легеневе серце (ХЛС) з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріал та методи. Обстежено 95 хворих (64 чоловіків, 31 жінок) на компенсоване ХЛС з АГ I-III ступеня, середній вік – (54,7 ± 9,5) років. Всі хворі були розподілені на три групи. До 1-ї основної групи включено 33 хворих, які одержували базову терапію (БТ) та S(-)амлодипін (Азомекс, компанія "Actavis", Ісландія) по 2,5-5 мг/добу у поєднанні з інгібітором АПФ еналаприлом (Енап, фірми "KRKA", Словенія) по 10-20 мг/добу (БТ+Е+А). До 2-ї основної ($О_2$) групи ввійшло 30 пацієнтів, які отримували небіволол ("Небівал", ЗАТ "Київський вітамінний завод", Україна) в дозі 5 мг/добу у поєднанні з БТ та інгібітором АПФ еналаприлом по 10-20 мг/добу (БТ+Е+Н). Контрольну (К) групу склали 32 хворих, які отримували базову терапію ХЛС з еналаприлом по 20-40 мг/добу (БТ+Е). Проводили двомірну ехокардіографію (ЕхоКГ) за допомогою апаратів "Logiq 500" (Німеччина) та "Logic E" (Китай). Курс лікування – 6 місяців.

Результати дослідження. Після лікування 1-й основній групі спостерігалось зменшення індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) з (138,14 ± 11,72) г/м^2 до (115,54 ± 9,38) г/м^2 (Δ-16,4 %; $p < 0,05$), в 2-й основній групі – з (127,45 ± 8,76) г/м^2 до (108,32 ± 6,47) г/м^2 (Δ-15,0 %; $p < 0,05$), а в контрольній групі – з (129,87 ± 9,51) г/м^2 до (112,38 ± 7,65) г/м^2 (Δ-13,5 %; $p < 0,05$). За рахунок регресії гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) покращувалась геометрія ЛШ, його діастолічне наповнення та систолічна функція. Після лікування з включенням S (-) амлодипіну відмічалось достовірне зростання фракції викиду (ФВ) на (Δ+7,7 %; $p < 0,05$), у випадку приєднання небівололу відбувалось хоч і незначне, проте достовірне збільшення показника ФВ (Δ+4,3 %; $p < 0,05$). Водночас, у контрольній групі ФВ мала лише тенденцію до зростання з (Δ+3,7 %; $p > 0,05$).

Висновки. Лікування S(-)амлодипіном або небівололом, що застосовувались разом з інгібітором АПФ еналаприлом, упродовж 6 місяців сприяє покращенню структурно-функціонального стану міокарда у хворих на компенсоване ХЛС з АГ.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ L-АРГИНИНОМ И ТРИМЕТАЗИДИНОМ НА СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГАСТРОЄЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Серик С.А., Вовченко М.Н.

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

Сочетанное течение ИБС и ГЭРБ не позволяет использовать препараты всех групп, рекомендованные для лечения ИБС. Выявлено негативное влияние антагонистов кальциевых каналов и нитратов на течение ГЭРБ. В этом случае альтернативой может быть, использование триметазидина и L-аргинина.

Целью было изучить влияние терапии L-аргинином и триметазидином на сочетанное течение ишемической болезни сердца и гастроєзофагеальной рефлюксной болезни у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы. Обследовано 38 пациенток, обратившихся за консультативной помощью в ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины». В исследование включали пациенток с доказанной ИБС в сочетании с ГЭРБ. Все обследованные пациентки находились в перименопаузе. Все включенные в исследование пациентки получали базисную терапию, которая включала: аспирин 75 мг в сутки; метопролол в средней дозе (104,35 ± 55,50) мг; рамиприл в средней дозе (6,50 ± 2,50) мг; аторвастатин 10-20 мг в сутки в зависимости от исходного уровня ОХ и ХЛПНП. Для лечения ГЭРБ использовали пантопразол в дозе 40 мг. После 12 дневного лечения к базисной терапии добавляли либо триметазидин в дозе 35 мг 2 раза в сутки (n = 19) либо L-аргинин в дозе 5 мл 3 раза в сутки (n = 18). Оценка эффективности терапии проводилась через 3 месяца наблюдения.

Результаты: анализ данных дневников пациентов, показал, что терапия L-аргинином эффективно снижала частоту болевых эпизодов у пациентов с сочетанным течением заболевания. Так, в группе с сочетанным течением заболевания данная терапия привела к снижению болевых эпизодов на 30,3 % ($p < 0,05$). Также была выявлена эффективность триметазидина в обеих группах пациентов. В группе с сочетанным течением ИБС и ГЭРБ число болевых эпизодов уменьшилось на 29,4 % ($p < 0,05$). Оба препарата также достоверно снижали потребность в нитроглицерине. В группе с сочетанным течением ИБС+ГЭРБ L-аргинин в дополнение снижал потребность в нитроглицерине на 37,5 % ($p < 0,05$). Тогда как триметазидин в группе с сочетанным течением заболевания уменьшал расход нитроглицерина в неделю на 34,5 % ($p < 0,05$)

Выводы. Таким образом, у пациенток в перименопаузе с сочетанным течением ИБС+ГЭРБ был выявлен антиангинальный эффект триметазидина и L-аргинина.

ВПЛИВ МЕТАМАКСУ НА ВИРАЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Сидоренко Ю.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

В теперішній час від 60 % до 75 % хронічної патології у клініці внутрішніх хвороб має характер сполучених захворювань, з ураженням водночас двох та навіть більше функціональних систем організму, що вимагає від фахівців індивідуалізації стандартних підходів до лікування. У цьому плані нашу увагу привернула коморбідність у вигляді хронічного обструктивного захворювання легень та ішемічної хвороби серця (ІХС). Метою роботи було вивчення впливу метамаксу на вираженість синдрому метаболічної інтоксикації (СМІ) у хворих на ХОЗЛ в сполученні з ІХС. Під спостереженням знаходилось 64 хворих на ХОЗЛ у сполученні з ІХС віком від 20 до 59 років (середній вік (36,1 ± 0,9), серед них було 45 (70,3 %) чоловіків та 19 (29,7 %) жінок. Діагноз ХОЗЛ та ІХС виставлялися згідно з існуючими наказами МОЗ України. Обстежених пацієнтів було поділено на дві групи – основну і зіставлення, які були рандомізовані за статтю, віком хворих, загальною тривалістю захворювання, частоті загострень ХОЗЛ за останній календарний рік. Хворі основної групи одержували в комплексі лікування метамакс внутрішньовенно по 0,5 г, всього 10 ін'єкцій, потім капсули по 0,25 г 2 рази на добу ще 10 днів. Хворі з групи зіставлення одержували лише загальноприйняте лікування. Для оцінки вираженості СМІ досліджували концентрацію „середніх молекул” (СМ) у сироватці крові. До початку лікування відмічалося виражене підвищення концентрації СМ у всіх обстежених. Вміст СМ у крові хворих основної групи був підвищеним відносно норми в середньому в 2,9 рази до (1,52 ± 0,09) г/л ($P < 0,001$) та в групі зіставлення – в 2,8 рази ($P < 0,001$), складаючи (1,46 ± 0,11) г/л, при цьому виявлені зміни носили однотипний характер у обох групах дослідження ($P > 0,1$). На момент завершення лікування концентрація СМ у крові хворих основної групи знизилась до норми – ((0,53 ± 0,05) г/л; $P > 0,1$), в той час як в групі зіставлення цей показник знизився відносно вихідного значення в середньому в 1,6 рази і складав (0,92 ± 0,15) г/л ($P < 0,05$), тобто залишався в 1,7 рази вище за норму та відповідного показника в основній групі ($P < 0,01$). Нормалізація вмісту СМ у крові хворих на ХОЗЛ в сполученні з ІХС основної групи, які отримували лікування з включенням метамаксу, свідчить про ліквідацію або суттєве зменшення інтенсивності СМІ. Отже можна вважати патогенетично обґрунтованим та доцільним використання метамаксу при лікуванні пацієнтів з даною коморбідною патологією.

ПОЛИПЫ ЖЕЛЕЗ ТЕЛА ЖЕЛУДКА

Симонова Е.В., Крылова Е.А.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Полипы желез тела желудка (ПЖТЖ) – это синдром, при котором развивается множество полипов в теле желудка, образованных кистозно расширенными железами. Данная патология возникает либо спорадически, либо как сопутствующая у пациентов с семейным аденоматозным полипозом. ПЖТЖ встречаются с частотой 1,9 %. Развитие кист фундальных желез связывают с длительным приемом ингибиторов протонной помпы (ИПП), с проведением антихеликобактерной терапии. Возрастание частоты ПЖТЖ, отмеченное в последние годы, объясняют повышением частоты назначения ИПП, уменьшением распространенности H. pylori. Для исключения семейного аденоматозного полипоза показано проведение колоноскопии.

Цель исследования: изучить частоту и эндоскопические особенности спорадических ПЖТЖ у пациентов гастроэнтерологического профиля.

Материалы и методы. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) проведена 868 пациентам с различной гастроэнтерологической патологией. Среди них 375 мужчин и 493 женщины, средний возраст – (43,2 ± 0,37) лет.

Результаты. ПЖТЖ были выявлены у 12 больных (1,4 %), локализовались в кислотопродуцирующих зонах желудка (тело и дно), в 25 % были единичными, в 75 % – множественными, чаще были небольших размеров (1-5 мм), в 1 случае – 1,5 см, имели широкое основание, были покрыты блестящей, розоватой слизистой, часто – с видимыми мелкими сосудами. При гистологическом исследовании выявлены кистозно расширенные железы (микрокисты), выстланные фундальным эпителием, содержащим нормальные париетальные, главные или слизепродуцирующие клетки. Эпителий во многих кистах был уплощен. Ни в одном случае не выявлены Нр. Из 12 пациентов, 3 – в анамнезе получали антихеликобактерную терапию, 8 – длительную терапию с применением ИПП. 9 больным проведена колоноскопия, с помощью которой был исключен семейный аденоматозный полипоз. Анализ клинических проявлений не выявил специфических жалоб. Пациентам с ПЖТЖ небольших размеров назначено динамическое эндоскопическое наблюдение, при полипах больших размеров (1,5 см) – полипэктопия.

Таким образом, не смотря на относительно невысокую частоту выявления ПЖТЖ, приведенные данные свидетельствуют о важности знания механизмов возникновения, диагностики и тактики ведения данной патологии, а также о необходимости более взвешенного назначения ИПП и антихеликобактерной терапии у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

ВИБІР ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ З УРАХУВАННЯМ МОРФОЛОГІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ

Сипливий В.О., Доценко В.В., Петренко Г.Д., Робак В.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність проблеми перфоративної гастродуоденальної виразки обумовлена різноманіттям лікувально-тактичних підходів та у відсутності на даний час єдиної думки щодо вибору оптимального способу хірургічного втручання. Відкриття останніх років в області гастроентерології та фармакології потребують перегляду хірургічної тактики.

Мета дослідження – поліпшити результати хірургічного лікування хворих із перфоративною виразкою на підставі обґрунтування методики операції з урахуванням морфологічних змін слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у віддалені терміни після операції.

Проведено аналіз результатів оперативного лікування 261 хворого із перфоративною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки. У 159 хворих виконана операція висічення виразки з пілоропластикою без ваготомії, у 102 хворих – висічення виразки з ваготомією. При обстеженні хворих у віддалені терміни проводилась фіброгастродуоденоскопія з прицільною біопсією з трьох точок. Для визначення активності хронічного гастриту та наявності атрофії використовували візуально-аналогову шкалу. Оцінка морфологічних змін слизової оболонки шлунка проводилася відповідно до Сіднейсько-Х'юстонської класифікації хронічних гастритів (1996). Результати та обговорення: у терміни 2-8 років після операції слизова оболонка пілороантрального відділу шлунка мала морфологічні особливості, характерні для хронічного помірно вираженого неактивного неасоційованого з Нр атрофічного гастриту з вогнищами повної кишкової метаплазії; для тіла шлунка найбільш характерним був стан, що відповідає морфологічній картині поверхневого та початкового атрофічного неасоційованого з Нр атрофічного гастриту; у слизовій оболонці дванадцятипалої кишки найчастіше виявлявся неактивний хронічний дуоденіт першого ступеня. Розподіл форм хронічного гастриту та дуоденіту, виявлений за допомогою морфологічного дослідження біоптатів у першій та другій групі, були тотожними. Відзначена незначна варіабельність не була статистично значущою.

Висновки. При хірургічному лікуванні хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку рекомендовано виконувати висічення виразки з виконанням пілоропластики та проведенням медикаментозної коригуючої терапії. Для підвищення ефективності хірургічного лікування хворих на перфоративну гастродуоденальну виразку в післяопераційному періоді слід проводити диспансерний нагляд, з проведенням фіброгастродуоденоскопії з біопсією для визначення ступеня морфологічних змін.

КРИТЕРИИ РИСКА ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ХИРУРГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Сипливый В.А., Петюнин А.Г., Мороз Е.Л., Петюнин П.А., Евтушенко А.В.

Харьковский национальный медицинский университет, 18 городская многопрофильная больница, г. Харьков, Украина

Цель работы: определить критерии риска печеночной недостаточности (ПН) при хирургическом лечении больных циррозом печени (ЦП).

Материал и методы: проведена комплексная мультифакторная оценка функции печени 137 больных ЦП, перенесших оперативное лечение. Перед операцией выполняли биохимические, инструментальные и морфологические исследования, применяли математический анализ.

Результаты: установлено, что значимыми лабораторными критериями риска развития ПН являются содержание общего билирубина, альбумина, мочевины, креатинина в сыворотке крови, активность аланинаминотрансферазы (АлАТ), соотношение между аспарататаминотрансферазой и аланинаминотрансферазой (АсАТ/АлАТ).

У больных с ПН реогепатограммы характеризовались достоверно более низкими значениями относительного объемного пульса, отношения времени притока к длительности нисходящей части кривой, максимальной скорости быстрого наполнения, средней скорости медленного наполнения , большим временем медленного наполнения.

При УЗИ сосудов портальной системы развитие ПН характеризовалось достоверным увеличением диаметров воротной и селезеночной вен, снижением линейной скорости кровотока и увеличением индекса портального застоя в воротной вене.

Морфологические изменения печени больных с ПН характеризовались увеличением соотношения стромы и паренхимы, объема гепатоцитов в состоянии некроза и некробиоза, уменьшением объема гепатоцитов в деления.

Заключение. Повышение содержания уровня общего билирубина наряду со снижением активности АлАТ, уменьшением коэффициента АсАТ / АлАТ происходит больных циррозом с риском развития ПН.

Исследование печеночного и портального кровотока позволяет прогнозировать развитие ПН в послеоперационном периоде у больных ЦП.

Развитие ПН в послеоперационном периоде у больных ЦП наиболее точно можно прогнозировать на основании определения морфологических изменений печени.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Сипливый В.А., Робак В.И., Евтушенко Д.В., Бызов Д.В., Петюнин А.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Методы: проведен анализ хирургического лечения 125 пациентов с некротическим панкреатитом. В послеоперационном периоде умерло 34 (27,2 %) больных. В динамике лечения у больных были изучены реакция периферической крови с помощью гематологических индексов, проведена оценка тяжести состояния с помощью шкалы оценки тяжести острого сепсиса (ASSES); оценено влияние поражения забрюшинной клетчатки и наличия сопутствующей патологии на исход заболевания.

Результаты: выявлено, что значения индекса резистентности организма менее 31,59, лейкоцитарного индекса интоксикации более 8,18; индекса реактивного ответа нейтрофилов более 40,77; показателя интоксикации более 1,14 являются факторами неблагоприятного исхода некротического панкреатита ($p < 0,05$). При тяжести состояния больного по шкале ASSES в предоперационном периоде более 13 баллов летальность в послеоперационном периоде составляла 51,85 %, менее 13 баллов – 19,44 %. В раннем послеоперационном периоде при тяжести состояния больного более 16 баллов летальность составляла 70,59 %, менее 16 баллов – 11,11 %. Поражение забрюшинной клетчатки выявлено у 80 (64,0 %) больных, из них 26 (32,5 %) больных умерло. Анализ сопутствующих заболеваний показал, что больные с кахексией, ожирением, поражением сердечно-сосудистой системы имели статистически более высокий риск неблагоприятного исхода заболевания ($p < 0,05$).

Выводы: гематологические индексы, индивидуальная оценка состояния больного по шкале ASSES, поражение забрюшинной клетчатки, наличие сопутствующих заболеваний являются прогностическими критериями течения некротического панкреатита.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ ТА ПРЕПАРАТУ PLANTAGO OVATA У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Сірчак Є.С., Курчак Н.Ю.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Мета роботи. Визначити ефективність комплексної терапії із використанням пробіотиків та препарату Plantago ovata на динаміку клінічних симптомів у хворих із хронічним панкреатитом (ХП) після холецистектомії (ХЕ).

Матеріали і методи. Обстежено 44 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні лікарні з поліклінікою СОЗ УМВС України в Закарпатській області. Хворі були віком від 22 до 67 років; чоловіків було 18 (41 %), жінок – 26 (59 %). Усім обстеженим була проведена ХЕ в термінах від 2 до 8 років. Хворим до і після лікування були виконані загальноклінічні методи дослідження. Діагноз загострення ХП виставлявся з урахуванням скарг, анамнестичних, лабораторних та інструментальних методів обстеження.

Базисна терапія (БТ) хворих з ХП після ХЕ включала призначення спазмолітиків, прокінетиків, при необхідності ненаркотичних анальгетиків, а також індивідуально підібрану замісну ферментну терапію. Хворих розподілили на 2 групи. I група (n = 20) пацієнтів отримувала тільки БТ. II група (n = 24) пацієнтів на фоні БТ додатково отримували пробіотик «Ротабіотик» по 2 капсули 3 рази на добу протягом 14 днів, далі по 1 капсулі 3 рази на добу ще 10 днів та Мукофальк® по 1 пакетику, розчиненого у 150 мл води, 4 рази на добу протягом 3 тижнів.

Результати досліджень. Комплексна терапія із використанням Ротабіотика та Мукофалька у хворих з ХП після ХЕ сприяла більш ефективному зменшенню проявів кишкової диспепсії, а саме: проносів з 66,7 % до 12,5 % у хворих II групи і лише до 30 % з 65 % у хворих I групи; поліфекалії з 41,7 % до 8,3 % у хворих II групи і лише до 20 % з 40 % у хворих I групи; метеоризму з 79,2 % до 20,8 % у хворих II групи і лише до 30 % з 75 % у хворих I групи. Також спостерігали більш виражене зменшення проявів біліарної диспепсії у хворих II групи (з 45,8 % до 12,5 %) і лише до 20 % з 55 % у хворих I групи та больових відчуттів у верхніх відділах живота у хворих II групи (з 83,3 % до 25 %) і лише до 35 % з 85 % у хворих I групи.

Отже, комплексна терапія у хворих з ХП після ХЕ має включати пробіотики (Ротабіотик) та препарат рослинного походження (насіння Plantago ovata) Мукофальк® для зменшення вираженості та інтенсивності клінічних проявів захворювання.

Висновки: комплексна терапія із використанням Ротабіотика та Мукофальк® є ефективним методом для нормалізації клінічної симптоматики у хворих з ХП після ХЕ.

ВМІСТ ЕНЕРГЕТИЧНИХ СУБСТРАТІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА

Ситіна І.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета: дослідити вміст деяких енергетичних субстратів, а саме глюкози, лактату, піровату, у хворих на гіпертонічну хворобу, в залежності від маси тіла.

Матеріали та методи. Було обстежено 48 хворих на гіпертонічну хворобу, медіана віку становила 61,5 [55; 64] роки, 69,6 % становили чоловіки, 30,4 % – жінки. Усім хворим проводили антропометричні дослідження, з вимірюванням зросту, маси тіла, обчисленням індексу маси тіла (ІМТ): ІМТ(кг/м^2) = маса тіла (кг) / зріст^2 (м^2), результат 18,5 – 24,9 – вважали за нормальний, понад 25 кг/м^2 – хворі вважались з надмірною масою, ІМТ понад 29,9 кг/м^2 – ознакою ожиріння. Вміст лактату, глюкози визначали в сироватці крові за допомогою наборів реактивів фірми «Ольвекс диагностикум»(Росія), вміст піровиноградної кислоти визначали фотометричним методом за допомогою модифікованного методу Умбрайта. Аденозинтрифосфат (АТФ) визначали за методом П.М. Явербаума.

Результати. Згідно з метою дослідження хворі були розподілені на групи відповідно з індексом маси тіла (ІМТ). Першу групу – 13 %, становили особи з нормальними показниками ІМТ – 23,8 [20; 24,5], другу – 41,3 %, з надмірною масою тіла (ІМТ – 28 [27,4; 28,7]), третя група – 45,7 % – особи з ожирінням (ІМТ – 33,1 [31,5; 35]. При порівняльному аналізі виявлено, достовірне збільшення концентрації глюкози в третій групі при порівнянні з І та ІІ групами на 28 %. Рівень молочної кислоти в ІІІ групі достовірно зростав на 12 % в порівнянні з І та ІІ групами, що свідчить про дисбаланс у співвідношенні анаеробних та аеробних процесів енергоутворення, а саме – про посилення гліколізу. Рівень піровату також характеризувався зростанням у ІІІ групі на 33 %, що можливо пояснити порушенням функціонування циклу трикарбонових кислот та дихального ланцюга мітохондрій, з наступним розвитком енергодефіциту, про що свідчить зниження концентрації АТФ в ІІІ групі в 1,2 рази. При порівнянні І та ІІ груп - спостерігалась тенденція до підвищення показників у хворих з надмірною масою тіла, але статистично значущих змін не виявлено ($p = 0,09$), при аналізі АТФ навпаки спостерігалась тенденція до зниження у ІІ групі.

Висновки. У хворих на гіпертонічну хворобу, при наявності ожиріння, спостерігалось зростання рівню основних енергетичних субстратів (лактату, піровату), що свідчить про активацію гліколізу та порушення циклу трикарбонових кислот, з наступним розвитком енергодефіциту (зниження концентрації АТФ).

ТОЧНІСТЬ МЕТОДУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СЦИНТІГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Скирда І.Ю., Закревська О.В., Гладун В.М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Гострий холецистит (ГХ) визначають як гостре запалення стінки жовчного міхура. Точна та своєчасна діагностика цього захворювання має важливе значення для належного лікування. До методів візуалізації ГХ відносять гепатобіліарну сцинтіграфію (ГБСГ), ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ), магніто-резонансну томографію (МРТ). Враховуючи суттєві покращення якості ультразвукової техніки в останні десятиліття, а також застосування в клінічній практиці КТ, МРТ точність методів візуалізації в діагностиці ГХ потребує перегляду.

Мета дослідження: визначення чутливості та специфічності ГБСГ для ГХ на підставі вивчення світового та вітчизняного досвіду.

Методи. Інформаційний пошук результатів клінічних досліджень, систематичних оглядів, мета-аналізів, клінічних настанов стосовно чутливості та специфічності ГБСГ проводився в базі Cochrane library, Medline/PubMed та в інших пошукових системах до лютого 2013 р.

Результати. На початковому етапі були доступні 125 посилань, далі резюме 109 посилань були піддані первинному реферативному аналізу. У результаті 79 інформаційних джерел були використані для подальшого аналізу.

ГБСГ – метод радіонуклідного дослідження, заснований на реєстрації випромінювання введеного в організм пацієнта радіофармпрепарату (РФП). ГБСГ була самим оцінюваним методом візуалізації в 40 дослідженнях, які включали 4090 пацієнтів. Доведено, що ГБСГ має найвищу діагностичну точність всіх зображень для виявлення ГХ. ГБСГ має чутливість 96 % (95 % ДІ: 94 %, 97 %), специфічність – 90 % (95 % ДІ: 84 %, 93 %). Включення в методологію дослідження сінкаліду підвищує точність дослідження до 98,3 %. Проте в Україні сінкалід та інші аналоги холецистокініну не зареєстровані. Проведення сцинтіграфії потребує наявності обладнання (гама камера, РФП). Загальний час дослідження досягає 8 годин (4 години підготовка та 4 години дослідження).

Висновок: ГБСГ має найвищу діагностичну точність усіх зображень та залишається процедурою вибору в умовах виявлення ГХ.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РАННЬОЇ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Скрипник І.М., Маслова Г.С., Лиманець Т.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Рання антрациклінова кардіологічна токсичность (АКТ) може проявлятись у вигляді безбольової ішемії міокарда (ББІМ). Наявність ішемічної хвороби серці (ІХС) є доведеним фактором потенціювання АКТ у кумулятивній дозі (КД) 550 мг/м^2 за доксорубіцином. Несвоєчасне лікування гострої АКТ сприяє розвитку хронічної АКТ із формуванням тяжкої серцевої недостатності, яка може бути резистентною до лікування.

Мета – виявлення особливостей клінічної картини та змін біоелектричної активності міокарда як ранніх проявів АКТ у хворих на гострі лейкемії (ГЛ) на фоні малих КД антрациклінових антибіотиків (АА) 100 мг/м^2 за доксорубіцином з урахуванням супутньої ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 28 хворих на ГЛ (вік 16-72 рр., чоловіки/жінки 17/11 осіб). Залежно від наявності супутньої ІХС хворі розподілялись на 2 групи: I (n = 16) – хворі на ГЛ без супутньої ІХС; II (n = 12) – хворі на ГЛ із супутньою ІХС. Хворі згідно протоколів отримували ПХТ, які включали АА. Оцінку скарг пацієнтів і даних стандартної ЕКГ проводили двічі: перед ПХТ і при КД АА за доксорубіцином до 100 мг/м^2 (в I групі (82,7 ± 10,9) мг/м^2, в II групі – (78,1 ± 6,4) мг/м^2, p > 0,05) через 24 години після завершення введення АА.

Результати. До ПХТ задишка при фізичному навантаженні турбувала 9 (56,25 %) хворих I групи та 11 (91,6 %) пацієнтів II групи. Серцебиття, відчуття перебоїв в роботі серця відмічали 4 (25 %) хворих I групи і 6 (50 %) – II групи. ЕКГ-зміни виявлено в I групі: у 9 (56,25 %) пацієнтів у вигляді синусової тахікардії і в II групі у 7 (58,3 %) хворих синусова тахікардія, у 4 (33,3 %) пацієнтів – зниження процесів реполяризації, у 7 (58,3 %) – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Через 24 години після завершення введення АА скарги на задишку при фізичному навантаженні турбували 2 (12,5 %) пацієнтів I групи і 7 (58,3 %) хворих II групи. Відчуття серцебиття та перебоїв в роботі серця зафіксовано тільки в II групі у 5 (41,6 %) пацієнтів. ЕКГ-зміни виявлено у 6 (37,5 %) пацієнтів I групи (на фоні синусової тахікардії мало місце подовження інтервалу Q-T у 2-х пацієнтів, депресія сегменту ST у 1-го, зниження вольтажу QRS у 3-х хворих) та у 10 (83,3 %) пацієнтів II групи (на фоні синусової тахікардії виявлено подовження інтервалу Q-T у 6-ти, депресію сегмента ST у 4-ти, зниження вольтажу QRS у 6-ти).

Висновки. Ранні прояви АКТ характеризуються безбольовою ішемією міокарда, порушеннями біоелектричної активності міокарда у вигляді синусової тахікардії, подовження інтервалу Q-T, депресією сегменту ST, зниженням вольтажу комплексу QRS. ІХС – є фактором ризику розвитку АКТ на фоні низької КД АА 100 мг/м^2 за доксорубіцином.

КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ Х З ПРОЯВАМИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ

Скробач Н.В., Гавриш І.Т., Романів О.П., Шаповал О.А.

ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет,
Обласна клінічна лікарн, м. Івано-Франківськ, Україна

Неалкогольний стеатогепатит має два діагностичні критерії: ознаки жирової дистрофії з лобулярним гепатитом і відсутність алкоголізму в анамнезі. Оновними патогенетичними ланками розвитку неалкогольного стеатогепатиту у хворих на метаболічний синдром Х є інсулінорезистентність та дисліпопротеїнемія. Жировий гепатоз є зворотною патологією за умови усунення причини його розвитку та проведення медикаментозної корекці. Ми вивчали ефективність препарату сірін у хворих на метаболічний синдром Х. Сірін – натуральний гепатопротектор, який стимулює синтез білка та регенерацію гепатоцитів. Лимонник має сильну адаптогенну дію. Препарат сприяє травленню та виробленню жовчі у печінці, потрібний для виведення токсичних хімічних речовин і продуктів обміну з організму, для нормального обміну натрію, калію, кальцію та магнію.

Нами обстежено 62 пацієнти з метаболічним синдромом Х та неалкогольним стеатогепатитом (28 чоловіків і 34 жінки). Середній вік становив (58,36 ± 1,6). Індекс маси тіла пацієнтів жіночої статі дорівнював (36,9 ± 1,1), чоловічої статі – (32,4 ± 1,1). Визначали маркери гепатиту В і С до початку лікування, проводили клініко-лабораторні дослідження, ультразвукове дослідження печінки й жовчного міхура. Сірін призначали по 1 таблетці два рази на день після їди до 3 місяців. До лікування у хворих виявлено підвищення рівня білірубіну у 25 %, підвищення рівня АлАТ – у 28 %, АсАТ – у 8 %, тимолової проби – у 72 %, гамма-глутамілтрансферази – у 30,1 %, загального холестерину – у 92 %, тригліцеридів – у 85 %, зменшення рівня ліпідів високої щільності – у 85 %, підвищення глюкози у 100 %. Після проведеного курсу лікування сіріном відзначено зменшення розмірів печінки у 8 % пацієнтів, диспепсичного симптому (важкість і біль у правому підребір'ї зникли, гіркота у роті тощо). Достовірно знизились показники цитолізу, тимолової проби, загального холестерину, підвищились показники ліпідів високої щільності, знизились показники гамма-глутамілтрансферази та глікозольваного гемоглобіну.

Отже, застосування сіріну зменшило прояви інсулінорезистентності, нормалізувались деякі показники ліпідного обміну, печінкових ферментів, покращились показники вуглеводного обміну. Рекомендовано призначати препарат сірін курсами пацієнтам із цукровим діабетом 2 типу, надлишковою масою тіла, при призначенні протизапальних, антибактеріальних та інших гепатотоксичних лікарських препаратів з лікувальною та профілактичною метою.

КЛІНІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСБАКТЕРІОЗУ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Сміян С.І., Соліляк О.В., Слаба У.С., Легка Л.Л.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського», Україна

Актуальність. За даними світових літературних джерел проблеми дисбактеріозу є поширеними у структурі захворюваності, але при цьому мало висвітлені у плані коморбідності, особливо у ревматологічних хворих. Порушення функцій мікробіоценозу кишківника на тлі метаболічного синдрому (МС) не входять до числа тих ускладнень які найчастіше виникають у хворих на подагру з огляду на малу вивченість цього питання.

Мета. Вивчити клінічні особливості дисбактеріозу у хворих з подагрою при наявності МС за допомогою проведення скринінгового обстеження.

Матеріали і методи. Для досягнення мети за час проведення дослідження було обстежено 67 хворих чоловічої статі, середній вік усіх обстежених (44 ± 0,12) років. Усі хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні КЗ ТОР «ТУЛ». Діагноз подагри був верифікований згідно наказу МОЗ України від 12.10.2006 № 676. Дисбактеріоз встановлювали на основі мікробіологічного аналізу калу. Порушення ліпідного спектру крові виявляли на підставі даних ліпідограми.

Результати. Аналіз отриманих даних свідчить, що серед обстежуваних пацієнтів у 86,56 % був присутній МС. Він проявлявся дисліпідемією у 82,09 % хворих, гіпертригліцеридемією у 62,68 %, надлишковою вагою тіла у 67,16 %, артеріальна гіпертензія наявна у 52,23% хворих на подагру.

Дисбактеріоз кишківника спостерігався у 40,29 % (27 чол.) обстежених пацієнтів. Серед них у 33,33 % хворих були скарги на буркотіння, болі в животі, печію та нудоту, 40,74 % хворих відчували важкість і дискомфорт в животі, здуття та підвищене газоутворення, 25,92 % пацієнтів періодично відмічали зміни стільця, мальдигестія була присутня в анамнезі у всіх обстежуваних пацієнтів.

Висновок. Таким чином симптоми дисбактеріозу кишківника спостерігались у 40,29 % хворих, які входили до числа тих пацієнтів, що мали в наявності МС. Та рутинні методи, які використовуються для діагностики в нашій клініці, не дають можливості встановити рівень цих порушень і відповідно призначити адекватне лікування. Тому актуальним на даному етапі є необхідність обстеження хворих на предмет дисбактеріозу як чинника, пов’язаного з дисліпідеміями, що наявні у обстежуваних хворих.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЇ НА ГЕМОДИНАМІЧНІ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Снігурська І.О., Божко В.В., Пенькова М.Ю., Корнійчук І.А.

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

Мета. Вивчення впливу метаболічного синдрому (МС) та гіперурикемії (ГУЕ) на показники гемодинаміки та структурно-функціональні параметри міокарду хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріали і методи. Обстежено 257 хворих на АГ 2-3 ступеня (згідно Рекомендацій Асоціації кардіологів України 2011 р.) віком від 34 до 69 років. У 172 хворих на АГ діагностовано МС. ГУЕ (рівень сечової кислоти крові (СК) > 360 мкмоль/л) виявлено у 90 хворих на АГ з МС. У 85 хворих на АГ не виявлено метаболічних порушень. Хворим в крові визначали показники ліпідного спектру, глюкози натще та через 2 год. після перорального тесту толерантності до глюкози, сечової кислоти. Показники структурно-фунціонального стану серця визначали за допомогою ультразвукового апарату «Aloka SSD 280 LS» (Японія), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) за допомогою системи АТ АВРМ-04,“MEDITECH” (Угорщина). В дослідження не включали хворих на цукровий діабет

Результати. За даними ДМАТ У хворих на АГ з МС виявлена достовірно більш висока частота такого патологічного типу добового профілю АТ, як “non-dipper” – у 36 % ($p < 0,05$), і більш низька частота фізіологічного профілю АТ – “dipper” – лише у 48 % хворих, в порівнянні з хворими на АГ без МС (“non-dipper” – у 24 %, а "dipper" – у 59 % хворих). Встановлено достовірне збільшення у хворих на АГ з МС і з ГУЕ, в порівнянні з хворими на АГ ($p < 0,05$), наступних параметрів серця: розміру ЛП (3,42 (3,28;3,77) см і (3,22 (3,12;3,40) см, відповідно), КДР ЛШ (5,37 (5,17;5,48)см і 5,29 (5,00;5,40)см), ТЗСЛШ (1,12(0,97;1,20)см і (1,00(0,88;1,15)см), ТМШП (1,16(0,01;1,20)см і (1,05(0,97;1,18)см), ММЛШ (277,00(224,75;299,25) г і (238,00(198,00;287,00) г). Показники розміру ЛП, ТЗСЛШ, ТМШП, ММЛШ у хворих на АГ з МС з ГУЕ були достовірно вищими, ніж у хворих на АГ з МС ($p < 0,05$). Хворі на АГ з МС мали достовірно вищі показники ІММЛШ і нижчі показники фракції викиду, в порівнянні з хворими на АГ ($p < 0,05$). В групі хворих на АГ з МС рівень СК крові достовірно корелював з розмірами ЛП ($r = +0,37$, $p < 0,01$), КДР ЛШ ($r = +0,26$, $p < 0,05$), діаметром аорти ($r = +0,40$, $p < 0,01$), ІММЛШ ($r = +0,25$, $p < 0,05$). У групі хворих на АГ з МС і з ГУЕ рівень СК крові мав достовірну кореляцію з ТЗСЛШ ($r = +0,27$, $p < 0,05$), ТМШП ($r = +0,24$, $p < 0,05$).

Висновки. Встановлено, що наявність МС і ГУЕ у хворих на АГ суттєво погіршує структурно-функціональні параметри серця і це проявляється достовірним збільшенням розмірів ЛП, КДР ЛШ, ТЗСЛШ, ТМШП, ММЛШ, в порівнянні з хворими на АГ без метаболічних змін. В той же час у хворих на АГ з МС, навіть без ГУЕ, вже виявляються достовірні позитивні кореляційні взаємозв’язки між рівнем СК в крові і показниками розміру ЛП, КДР ЛШ, діаметром аорти та ІММЛШ.

КОНЦЕНТРАЦИЯ КОНЕЧНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Собирова Г.Н., Каримов М.М., Ахматходжаев А.М., Хакимов А.М.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: изучить уровень метаболитов оксида азота (NO) у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в зависимости от индекса массы тела (ИМТ).

Материал и методы: в исследование было включено 56 больных ГЭРБ в возрасте от 19 до 62 лет, средний возраст (46,5 ± 15,7) лет (мужчин 25 и женщин 31) с различным ИМТ. Изучение содержания конечных метаболитов NO в сыворотке крови больных проводилось спектрофотометрическим определением нитритов и нитратов.

Результаты: исследований показали, что у больных с ГЭРБ отмечается увеличение содержания конечных метаболитов (нитратов/нитритов) в сыворотке крови на 57,3 % ($p < 0,01$) и суточной моче на 59,4 % ($p < 0,01$), по сравнению с показателями здоровых лиц. При этом было отмечено, что суточная экскреция нитритов и нитратов больше всего (72 %) происходила в ночное время. Также было отмечено, что наибольший уровень конечных метаболитов NO отмечается у больных ГЭРБ, имеющий ИМТ выше 25-30, т.е. повышение массы тела способствовало увеличение концентрации нитритов/нитратов. При ИМТ выше 30 концентрация этих метаболитов составляла (35,8 ± 4,6) мкмоль/л, тогда как у больных с нормальным показателем ИМТ она составляла (23,5 ± 3,5) мкмоль/л ($p < 0,01$).

Выводы. Проведенные исследования показали, что при ГЭРБ отмечается повышение уровня метаболитов NO в сыворотке крови и моче. Концентрация конечных метаболитов, выше у больных ГЭРБ с высоким индексом массы тела (ИМТ > 30).

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Соцкая Я.А., Юган Я.Л., Рябенко Н.Б., Гуртовая С.С.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Украина

Нами было изучено влияние комбинации современного иммуноактивного препарата циклоферона и препарата ливолина форте на показатели функциональной активности системы фагоцитирующих макрофагов (СФМ) у больных хроническим некалькулёзным холециститом (ХНХ) на фоне хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ). Было обследовано 78 лиц, которые были распределены на две группы – основную (42 пациента) и сопоставления (36 больных). Больные получали общепринятое лечение, пациенты основной группы в комплексе лечения получали циклоферон по 12,5 % раствора по 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки на протяжении 5 дней подряд, далее при необходимости еще 3-5 инъекций; ливолин форте назначали по 2 капсулы 3 раза на сутки во время еды на протяжении 1 месяца. Для реализации цели исследования наряду с общепринятым обследованием осуществляли иммунологическое исследование, направленное на анализ функционального состояния СФМ. При этом для оценки функциональных возможностей макрофагально/моноцитарного звена иммунного ответа применяли метод фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) периферической крови. Использовали оригинальный чашечный метод изучения ФАМ с анализом следующих фагоцитарных показателей: фагоцитарного индекса (ФИ), фагоцитарного числа (ФЧ), индекса аттракции (ИА) и индекса переваривания (ИП). До началу лечения выявлены существенные сдвиги со стороны показателей ФАМ – ФИ у больных основной группы был снижен в среднем в 1,62 раза относительно нормы и у лиц группы сопоставления – в 1,59 раза, ФЧ в этот период исследования было снижено у пациентов основной группы в 1,9 раза, у больных группы сопоставления – в 1,67 раза, ИА у обследованных основной группы – в 1,41 раза, у пациентов группы сопоставления – в 1,44 раза, ИП у пациентов основной группы – в 2,1 раза, у больных группы сопоставления – в 2,05 раза относительно соответствующего показателя нормы. Полученные данные свидетельствовали об угнетении функциональных возможностей СФМ. При повторном исследовании отмечено практически полная нормализация изученных показателей ФАМ. У больных группы сопоставления, которые получали лишь общепринятое лечение, ФИ оставался в 1,23 раза меньше соответствующего показателя нормы; ФЧ – в 1,33 раза, ИА – в 1,19 раза, ИП – в 1,35 раза. Полученные данные позволяют считать, что применение комбинации циклоферона и ливолина форте у больных ХНХ на фоне ХОЗЛ патогенетически обоснованно, целесообразно и клинически перспективно.

СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Старченко Т.Г., Милославський Д.К., Юшко К.О., Беседіна А.С.

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

Мета дослідження: оптимізувати вторинну профілактику уражень органів-мішеней та розробити диференційований підхід до призначення найбільш ефективної комбінації антигіпертензивних ЛЗ у складі базової комплексної терапії хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу.

Характеристика пацієнтів і методи. Обстежено 30 хворих на ГХ з ЦД 2 типу (14 чоловіків та 16 жінок) у віці від 42 до 59 років, середній вік (44 $\pm$ 1,9) роки. Індивідуальний 4-х річний ризик СС ускладнень у хворих оцінюють за рівнянням моделі дослідження ADVANCE в Україні (програма СТАТУС). Концентрацію апеліну у сироватці крові визначають відомим методом імуноферментного аналізу.

Результати. За даними власних оригінальних досліджень на винахідницькому рівні (заявка на корисну модель № u 2014 06149; пріоритет 04.06.2014р.) розроблено спосіб, у якому **новим є** те, що при наявності у хворих високого та дуже високого ризику розвитку СС подій додатково визначають індивідуальний 4-х річний ризик СС ускладнень та концентрацію апеліну у сироватці крові. Здійснюють сумісну кількісну оцінку рівня екскреції альбуміну з сечею та концентрації апеліну у сироватці крові; і якщо у групі високого/дуже високого ризику розвитку СС подій визначений індивідуальний 4-х річний ризик СС ускладнень менш, ніж 8 %, рівень екскреції альбуміну становить не більш, ніж (100 $\pm$ 7,2) мкг/мл, а концентрація апеліну у сироватці крові, у порівнянні з нормою, знижена не менш, ніж на 10 %, у якості раціональної комбінації антигіпертензивних лікарських засобів (ЛЗ) призначають олмесартан та лерканідипін. А якщо у групі високого або дуже високого ризику розвитку СС подій визначений індивідуальний 4-х річний ризик СС ускладнень більш або дорівнює 8 %, рівень екскреції альбуміну становить більш, ніж (100 $\pm$ 7,2) мкг/мл, а концентрація апеліну у сироватці крові, у порівнянні з нормою, знижена більш, ніж на 10 %, у якості раціональної комбінації антигіпертензивних ЛЗ призначають олмесартан, лерканідипін та небіволол.

Висновки: Використання запатентованого способу у медичній практиці забезпечить більш вірогідну оцінку ризику розвитку СС ускладнень, вторинну профілактику уражень органів-мішеней та вибір найбільш раціональних комбінацій антигіпертензивних ЛЗ першої лінії. А це дозволить знизити частоту серцево-судинних ускладнень, попереджати прогресування поєднаної патології та покращити прогноз захворювання.

УРОВНИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, ВЫРАЖЕННОСТЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ И ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старченко Т.Г., Милославский Д.К., Шуть И.В., Щенявская Е.Н., Юшко К.А.

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

Цель: изучить взаимосвязи между уровнями мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови, выраженностью микроальбуминурии (МАУ) и характером ремоделирования сердца у лиц с гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: обследовано 52 пациента ГБ II ст., 2-3 степени в сочетании с СД 2 типа в возрасте от 38 до 65 лет. Группу сравнения составили 29 пациентов с ГБ без СД 2 типа сопоставимых по возрасту, полу. Размер левого предсердия (ЛП), других полостей миокарда и диастолическую функцию (ДФ) сердца оценивали эхокардиографически. Массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) вычисляли по формуле Devereux R., индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) определяли как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела пациента. Уровни МК, параметры развернутого липидного спектра и МАУ измеряли с помощью иммуноферментных наборов.

Результаты: У больных ГБ с СД 2 типа установлено раннее ремоделирование сердца (63,5 %), комбинированные липидные нарушения (93,8 %), отмечено повышение уровней МК и высокая частота МАУ. Так, уровни МК и МАУ в сыворотке крови больных ГБ и СД 2 типа составили (428 ± 18) мкмоль/л и (152,7 ± 16,1) мкг/мл против (329,8 ± 16) мкмоль/л и (62,5 ± 6,9) мкг/мл у лиц без СД 2 типа, ($p < 0,05$). В группах больных ГБ, в зависимости от наличия СД 2 типа, также обнаружены достоверные различия в размерах ЛП, ММЛЖ и ИММЛЖ: (3,83 ± 0,16) см, (301 ± 18) г и (148 ± 9) г/м^2 при СД против (3,42 ± 0,11) см, (272 ± 15) г и (129 ± 8) г/м^2 при его отсутствии, ($p < 0,05$). Кроме того, у больных ГБ и СД 2 типа уровни МК крови достоверно коррелировали с размерами ЛП ($r = +0,37$, $p < 0,01$), ИММЛЖ ($r = +0,32$, $p < 0,05$), уровни МАУ – с ММЛЖ ($r = +0,38$, $p < 0,05$).

Выводы. Больные ГБ с СД 2 типа характеризуются достоверно более высокими уровнями МК и МАУ крови в сравнении с больными с ГБ без СД 2 типа, что служит отражением ускоренного развития эндотелиальной дисфункции и поражения почек у данной категории больных. Установлены корреляционные связи между метаболическими показателями, МАУ и структурно-функциональными параметрами сердца свидетельствуют о роли выявленных нарушений в формировании сердечного ремоделирования.

ПОКАЗНИКИ АПЕЛІНУ КРОВІ ТА МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ ТАКОГО

Старченко Т.Г., Юшко К.О., Рєзнік Л.А. Конькова В.С., Корнейчук І.А., Грідасова Л.М.

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

Мета - вивчити рівень апеліну в сироватці крові залежно від ступеня гіпертонічної хвороби (ГХ) та рівня мікроальбумінурії у хворих на гіпертонічну хворобу з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу та без нього.

Матеріали і методи: обстежено 114 хворих на ГХ, з яких 59 мали супутній ЦД 2 типу. У всіх хворих був виключений симптоматичний характер артеріальної гіпертонії. Ступінь ГХ визначали відповідно до критеріїв Європейського кардіологічного товариства. Всім хворим проводили дослідження рівня апеліну в сироватці крові імуноферментним методом. Рівень мікроальбумінурії (МАУ) досліджували імуноферментним методом. Про наявність МАУ свідчила екскреція альбуміну в межах 30-300 мг/добу.

Результати. При порівнянні рівнів апеліну в крові хворих на ГХ та ГХ з ЦД 2 типу з контрольною групою отримані наступні результати: рівень апеліну у хворих на ГХ з ЦД 2 типу був достовірно нижче порівняно з групою контролю - відповідно (0,835 ± 0,096) нг/мл і (1,088 ± 0,073) нг/мл, $p < 0,05$. У групі хворих на ГХ рівень апеліну склав (1,19 ± 0,214) нг/мл і вірогідно не відрізнявся від таких у хворих на ГХ з ЦД 2 типу та контрольною групою. Аналіз рівнів апеліну залежно від ступеня ГХ показав, що тільки в групі хворих на ГХ без ЦД 2 типу цей показник при 2 ступеня ГБ достовірно перевищував такий при ГБ 3 ступеня ($p < 0,05$). Істотних відмінностей апеліну в крові залежно від ступеня ГХ у хворих на ГХ із супутнім ЦД 2 типу не було виявлено. При вивченні рівня апеліну залежно від МАУ не було встановлено значимої відмінності змісту апеліну в крові залежно від наявності або відсутності МАУ при ГХ без ЦД 2 типу. У хворих на ГХ з ЦД 2 типу зазначалося достовірне підвищення апеліну в крові при підвищеній екскреції альбуміну з сечею.

Висновки: Встановлені достовірно нижчі показники апеліну в крові у хворих на ГХ з ЦД 2 типу, на відміну від хворих на ГХ без ЦД, в порівнянні з контрольною групою. Динаміка рівнів апеліну залежно від ступеня тяжкості ГХ у хворих на ГХ без ЦД свідчить про його активацію в міру наростання кардіоваскулярного ризику, що можна розглядати як компенсаторну реакцію. Наявність МАУ або її відсутність суттєво не впливає на рівень апеліну в крові у таких хворих. Відсутність істотних відмінностей апеліну залежно від ступеня ГХ, наявності або відсутності МАУ у хворих на ГХ з ЦД 2 типу може свідчити про виснаження синтезу даного показника на тлі приєднання порушення вуглеводного обміну.

ПЕЧЕНКОВІ ФЕРМЕНТИ ЯК МАРКЕРИ ПОРУШЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО ІНСУЛІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Степанова О.В., Гопцій О.В., Железнякова Н.М., Зелена І.І., [*]Сьомова О.В.

Харківський національний медичний університет

[*]ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків

Мета дослідження полягала в оцінці зв'язку між рівнями ферментів печінки, чутливістю до інсуліну, показниками антропометричного аналізу та присутності НАЖХП при метаболічних порушеннях, які супроводжують ІР.

Матеріали та методи. Визначення індекса маси тіла (ІМТ),рівень глюкози натще, концентрацію імунореактивного інсуліну (IPI), індекс HOMA-IR, рівень аланін амінотрансфераза (АлТ), аспартат амінотрансфераза (АсТ), гамма-глутамілтрансферази (ГГлТ), НАЖХП визначали за даними УЗО. Усі результати представлені як середнє значення ± стандартне відхилення від середнього значення (M ± SE). Вірогідність отриманих даних обчислювали методом парного двохвиборкового тесту з використанням t-критерія Стьюдента. Статистически достовірними враховували різницю при $p < 0,05$.

Результати. В дослідженні, що проводилося, було обстежено 130 осіб, середній вік яких становив (55 ± 3,5) років. Серед них було 75 жінок та 55 чоловіків. Серед жінок з ІР підвищенний рівень ГГлт пов'язаний більш з надлишковою вагою, а серед чоловіків цей показник свідчить про присутність ІР. Також встановлено кореляцію для рівня ГГлТ та ЦД2, але не для АлАт та АсАт. Отримані нами дані свідчать, що підвищення рівня ГГлТ навіть в межах верхньої межі норми та вище може бути показником для зміни стилю життя з метою зниження ваги або для початку медикаментозного втручання. Зв'язок між HOMA та ГГлТ можна пояснити протективною роллю ГГлТ проти оксидативного стресу. У осіб без ожиріння, але з ІР, присутність НАЖХП може свідчати про порушення в оксидативному балансі та ендотеліальної дисфункції, які відповідають за підвищення кардіоваскулярного (КВ) ризику. У пацієнтів, серед яких не встановлено діабету, та відсутнє ожиріння, але відзначена акумуляція жирів в печінці відзначалися прояви ІР, про що свідчать результати УЗО.

Таким чином, рівень ГГлТ, але не АлАт або АсАт, зворотно пов'язаний з HOMA-IR незалежно від абдомінального ожиріння у чоловіків. В той час як у жінок рівень ГГлТ позитивно асоціює зі співвідношенням ОТ/ОС (тобто з ожирінням), але не з HOMA-IR. Якщо ГГлТ признати за маркер акумуляції жиру печінкою, про що свідчать дані інших авторів, то диференціація за статтю свідчить, що вплив розподілу жиру може бути більш важливим фактором у розвитку стеатозу печінки у жінок. Активність ГГлТ є більш чутливим маркером ІР тільки у чоловіків. Ступень виразності жирової печінки повязана з високим КВ ризиком у здорових осіб з ІР та надмірною вагою.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Супрун Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Под наблюдением врача общей практики находятся пациенты различных возрастных категорий. Одной из самых сложных задач является ведение пожилых пациентов. Семейный врач, прежде всего, стоит перед проблемой выбора препарата, дозы, режима и длительности его приема, потенциального взаимодействия с другими препаратами и возможным влиянием на клинические проявления других заболеваний. Также необходимо учитывать следующие вопросы: возможно ли обойтись без назначения лекарственных препаратов; как повлияет использование данного лекарственного препарата на качество жизни больного; существует ли альтернатива данному препарату; как часто должен будет использовать больной данный препарат; как повлияет употребление выбранного препарата на сопутствующие заболевания; какие побочные эффекты могут возникнуть у пациента пожилого возраста. В ряде клинических случаев весомый эффект оказывает отказ от попытки лечения симптомов, которые не угрожают жизни больного и не приводят к ухудшению ее качества. Так, некоторые симптомы, возникающие у больного пожилого возраста, являются следствием изменения способа жизни. В ряде случаев в качестве альтернативного лечения могут служить мероприятия, способствующие изменению способа жизни больного. Например, всем известно профилактическое влияние модификации диеты у больного с легким течением сахарного диабета. При этом необходимость в гиполипидемической терапии, возможно, и не возникнет после соблюдения диеты с низким содержанием жиров и холестерина. Снижение массы тела, отказ от употребления алкоголя и бессолевая диета могут привести в некоторых случаях к равноценному с лечебной терапией гипотензивному эффекту.

Психологическая реабилитация также не менее эффективна, чем применение антидепрессантов. Соблюдение возрастными пациентами режима приема доз препаратов имеет большое значение. Необходимо применять препараты, которые дают положительный эффект при кратковременном курсе лечения. Поскольку люди пожилого возраста, как правило, страдают несколькими заболеваниями, при назначении лекарственных препаратов необходимо предвидеть возможность негативного влияния фармакологических препаратов на их течение.

Такие подходы к выбору тактики врача общей практики позволяют избежать многих осложнений.

ХРОНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ І КАЛЬЦИФІКАЦІЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

Сусла О.Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Роль запалення у формуванні кальцифікації клапанів серця (ККС) як важливого чинника розвитку серцево-судинних подій за хронічної хвороби нирок (ХХН) визначено недостатньо, а динаміка показників, які характеризують активність системних проявів запалення залежно від етапу ХХН у хворих із клапанною кальцифікацією є не встановленою.

У дослідження було включено 167 (чоловіки, 78; вік – (48,7 ± 13,2) року; eGFR-MDRD, (51,0 ± 28,2) мл/хв на 1,73 $м^2$) пацієнтів на ХХН I-V стадій, які не отримували діалізного лікування та 94 (чоловіки, 52; вік – (46,4 ± 11,2) року; тривалість гемодіалізу (ГД), (28,9 ± 32,4) місяця) хворих, які перебували на хронічному ГД. Усі суб'єкти підлягали ехокардіографічному дослідженню для виявлення ККС. Інтенсивність запального процесу оцінювали за сироватковою концентрацією С-реактивного білка (СРБ), фібриногену (ФГ), циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та вмістом середніх молекул при довжинах хвилі 254 нм (СМ/254) і 280 нм (СМ/280). Застосовували U-критерій Манна-Уітні для порівняння показників у двох групах; дані представлено як середні значення та їх стандартні відхилення.

У групах пацієнтів із ККС як на додіалізному, так і діалізному етапах ХХН показники СРБ ($p < 0,001$, $p = 0,009$), ФГ ($p = 0,005$, $p < 0,001$), ЦІК ($p = 0,010$, $p = 0,002$), СМ/254 ($p = 0,005$, $p = 0,002$), СМ/280 ($p = 0,001$, $p < 0,001$) були більшими відносно таких у хворих без ККС. Вперше встановлено, що інтенсивність хронічного запалення за умов клапанної кальцифікації на діалізному етапі ХХН на відміну від додіалізного є вищою, що підтверджувалось динамікою маркерів запального процесу в зазначених категоріях хворих. Так, у ГД-пацієнтів із ККС ($n = 42$) концентрація СРБ ((18,6 ± 14,1) vs. (12,7 ± 9,6) мг/л, $Z = 2,318$, $p = 0,020$), кількість ЦІК ((290,1 ± 68,8) vs. (244,0 ± 85,6) ум. од., $Z = 2,391$, $p = 0,017$), вміст СМ/254 ((582,9 ± 99,6) vs. (515,1 ± 118,9) ум. од., $Z = 3,160$, $p = 0,002$) і СМ/280 ((298,5 ± 70,0) vs. (243,4 ± 61,2) ум. од., $Z = 4,491$, $p < 0,001$) перевищувала аналогічні параметри у додіалізних хворих із ККС ($n = 48$), відповідно. Разом з тим концентрація ФГ у згаданих вище групах значуще не відрізнялась.

Таким чином, клапанна кальцифікація за ХХН поєднується з активацією хронічного запалення, причому останнє домінує у хворих із ККС, які перебувають на хронічному ГД порівняно з додіалізними пацієнтами. Виявлені особливості динаміки маркерів запалення на додіалізному та діалізному етапах хронічної ниркової дисфункції можуть визначати характер протизапальної терапії у хворих на ХХН і ККС, що й стане предметом наших подальших досліджень.

РОЛЬ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ПРОГРЕСУВАННІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ

Табаченко О.С., Сапричова Л.В.

Харківський національний медичний університет,
Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна

Актуальність теми. Артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) належать до одних із найпоширеніших хронічних неінфекційних захворювань. Адипокіни (апелін-12 та обестатин) забезпечує взаємозв'язок між обмінної патологією і розвитком серцево-судинних захворювань, об'єднуючи в єдиний симптомокомплекс ожиріння, гіперліпідемії, порушення толерантності до глюкози, АГ та ЦД.

Мета дослідження. підвищення ефективності діагностики та лікування хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу на підставі дослідження патогенетичної ролі гормонів жирової тканини, структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка, метаболічних порушень та їх взаємозв’язків.

Очікуванні результати: буде обстежено 110 хворих на АГ, які будуть розподілені на групи, в залежності від наявності ЦД 2 типу. До першої групи увійдуть хворі на АГ у поєднанні з ЦД 2 типу (n = 70). Другу групу складуть хворі на АГ без діабету (n = 40). Буде оцінено роль апеліну-12 та обестатину у прогресуванні структурно-функціональних змін лівого шлуночка при АГ та ЦД 2 типу та ефективність антигіпертензивної терапії у пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу шляхом визначення позитивної динаміки ліпідного та вуглеводного обмінів, структурно-функціональних параметрів лівого шлуночка та адипоцитокінів.

Висновки: висвітлені проблеми потребують більш детальнішого вивчення та проведення досліджень.

ОЦІНКА ГІПЕРТОНІЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

Тащук В.К., Гречко С.І., Руснак І.Т., Іванчук П.Р.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Оцінка рівня артеріального тиску (АТ) в спокої і даних добового моніторування АТ (ДМАТ) до теперішнього часу служать критеріями верифікації артеріальної гіпертонії (АГ), характеризують ступінь її тяжкості, а також є найбільш інформативними показниками, що відображають ефективність антигіпертензивних заходів. Зміни показників гіпертонічного навантаження (ГН) у чоловіків молодого віку з АГ тісно пов'язані з пошкодженням органів-мішеней. У дослідження було включено 145 чоловіків від 21 до 44 років ((38,8 ± 4,7) років) з АГ. При оцінці даних ДМАТ розраховувалися середні значення систолічного АТ (САТ), діастолічного АТ (ДАТ). Навантаження тиском оцінювали за індексом часу (ІЧ) для САТ і ДАТ. ІЧ розраховували як процентне відношення часу, впродовж якого АТ перевищував норму, згідно загального протоколу дослідження, до загальної тривалості відповідного періоду моніторування. За індексом площі (ІП) САД пацієнти були розподілені на 3 групи: 1-у склали 61 людина ((41 ± 2,3) років, у яких ІП був від 0 до 3,5; 2-у – 67 ((43 ± 1,2) роки), від 3,5 до 16,0; 3-у група – 17 пацієнтів ((44,1 ± 0,5) роки) – 6,0. Серед пацієнтів 1 групи АГ I стадії спостерігалася у 25 (40 %) чоловік, II стадії – у 35 (57 %), III стадії – у 1 (3 %). У 24 (39 %) пацієнтів реєструвалася ГЛШ, у 18 (29 %) – ангіопатія сітківки. Рівень САТ та ДАТ, показники ІЧ та ІП САТ і ДАТ вказував на м'яку гіпертензію та нормальний профіль АТ без ознак гіпертонічного навантаження. Серед пацієнтів 2 групи АГ I стадії реєструвалася у 24 (35 %) обстежених, АГ II стадії – у 40 (59 %), АГ III стадії – у 3 (4 %). У 32 (47 %) відзначалась ГЛШ, у 24 (35 %) – ангіопатія сітківки. Кількісні та індексні показники гіпертензії свідчили про наявність м'якої АГ. Серед пацієнтів 3 групи АГ I стадії реєструвалася у 2 (12 %) обстежених, АГ II стадії – у 13 (76 %), АГ III стадії – у 2 (12 %), ГЛШ – у 8 (53 %), ангіопатія сітківки – у 8 (47 %) пацієнтів. Навантаження САТ у людей з нормальним рівнем артеріального тиску збільшується з віком, в той час як ДАТ практично не змінюється. Частота і вираженість ураження органів-мішеней на тлі АГ підвищується зі збільшенням площі під кривою АТ. Існує більш тісний кореляційний зв'язок між індексом маси міокарда, діастолічної функцією ЛШ, розмірами лівого передсердя та показниками навантаження тиском, ніж із середньодобовими та клінічними значеннями АТ.

Таким чином, у осіб молодого віку з АГ стабілізація АТ супроводжується збільшенням ГН і наростанням частоти пошкодження органів-мішеней. Для повнішої характеристики ГН необхідно використовувати показник ІП, оскільки він дозволяє оцінити не тільки тривалість, але і рівень підйому АТ, в порівнянні з ІЧ.

ХВОРІ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я

Тащук В.К., Руснак І.Т., Гляйх Л.І., Захарук Х.М., Петрик І.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Тенденції поширеності серцево-судинних захворювань свідчать про насторожуючі темпи зростання. Ефективні заходи попередження, раннього виявлення порушень та зміцнення здоров'я допоможуть стримати поширення захворювань.

Нашою метою було взнати й оцінити піклування пацієнтів про своє здоров'я, усвідомлення необхідності його покращення.

Проведене опитування (пацієнти заповнювали анкети) 72 хворих, які лікувались у відділенні хронічної ішемічної хвороби серця Обласного клінічного кардіологічного диспансеру м. Чернівці та кардіологічному відділенні Чернівецького обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни. Середній вік пацієнтів ($64{,}6 \pm 0{,}54$ роки, у однаковому співвідношенні кількості відповідно гендерного розподілу.

Лікуються у стаціонарі лікарні до 4 разів на рік (в середньому 2,37), а звертаються до лікаря поліклініки до 10-15 разів на рік (4,58) і хворіють впродовж року (в т.ч. застудою) до 9-15 разів на рік (2,93).

Про методи профілактики захворювань та збереження здоров'я опитані пацієнти дізнаються від батьків – 4,17 % осіб, знайомих – 47,22 %, від лікарів 80,56 %, з газет 45,83 %, журналів 31,94 %, телебачення – 38,89 %, інтернету 16,67 %, з реклами 36,11 %.

Періодично приймають лікарські препарати 52 % пацієнтів, щоденно 33 % осіб, 15 % не приймають. Препарати проти підвищеного тиску приймають періодично 47 % опитаних пацієнтів, щоденно – 22 %, 31 % осіб не приймають.

Щодо фізичної активності займаються фізичними вправами періодично 51 % осіб, 12 % щоденно та 37 % не роблять фізичні вправи.

Вважають, що піклуються про своє здоров'я 39 % пацієнтів, треба краще – 47 %, не піклуються 14 %.

Усвідомлення необхідності та підвищення мотивації пацієнтів до ведення здорового способу життя допоможе попередити виникнення захворювань та знизити їх частоту.

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Телекі Я.М., Христич Т.М., Оліник О.Ю.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Одним із важливих параметрів гемостазу в організмі людини є нормальний баланс оксидантно-протиоксидантної системи. **Метою даного дослідження** стало вивчення інтенсивності процесів пероксидації ліпідів, окисної модифікації білків (ОМБ) в якості ланок хронічної запальної реакції за коморбідного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) і хронічного панкреатиту (ХП).

Дослідження проведені у 56 хворих на ХОЗЛ В-С груп, у яких ступінь обструкції відповідав GOLD 1-2 з низьким ризиком і більш вираженою симптоматикою (В), а також GOLD 3 з високим ризиком, але менш вираженою симптоматикою (С), – I група, 60 хворих на ХОЗЛ з відповідною характеристикою груп із супутнім ХП (II група) та 19 практично здорових осіб в якості референтної групи. У крові обстежених визначали вміст одного з кінцевих продуктів ПОЛ – МА (малонового альдегіду) та вміст альдегідо- та кетонопохідних нейтрального характеру (продукти ОМБ).

Аналізуючи стан ПОЛ встановлено підвищення його кінцевих продуктів в обох групах. Так, у групі хворих на ХОЗЛ спостерігалося зростання МА плазми крові в 1,31 рази, МА еритроцитів – в 1,19 рази порівняно з показниками в референтній групі. Однак, за коморбідності перебігу процеси ПОЛ були неконтрольованими в більшій мірі, навіть показник МА еритроцитів перевищував на 13,2 % показники в хворих на ХОЗЛ. Отримані результати можуть засвідчувати залучення підшлункової залози у розвиток та підтримання хронічної реакції запалення.

При вивченні рівня ОМБ спостерігалося вірогідне зростання продуктів ОМБ порівняно із практично здоровими ($p < 0,001$), але між показниками I і II груп вірогідної різниці не виявлено ($p > 0,05$). Зростання продуктів ОМБ може вказувати на дезорганізацію структурних та транспортних білків, інактивацію ферментів, порушення функціонування рецепторного апарату, та гомеостазу в цілому, особливо за коморбідного перебігу.

Таким чином, за коморбідності перебігу ХОЗЛ та ХП підсилюються процеси пероксидації ліпідів із переважанням зростання вторинних продуктів ПОЛ, ОМБ. Це сприяє підтриманню запального процесу в судинах, паренхімі підшлункової залози, порушенню мікроциркуляції та обмінних процесів як у підшлунковій залозі, так і легенях, пригніченню тканинного дихання, що, в свою чергу, пошкоджує тканини вражених органів за різних клінічних проявів, одночасно вказуючи на взаємообтяжливий перебіг цих захворювань за даної коморбідності.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ НАПРЯМКИ СУКУПНОГО ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ

Терешкін К.І., Зайцев П.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Остеоартроз (ОА) – дегенеративно-дистрофічне захворювання опорно-рухового апарату без системних проявів – складає близько 20 % у структурі захворюваності і займає перше місце серед захворювань суглобів з тенденцією росту в осіб молодше 45 років.

Провідна роль в патогенезі ОА належить клітинній активації, яка призводить до підвищеного руйнування хряща та зниження синтезу матриксу. Фактори зростання і цитокіни впливають на хондроцити через сигнальні шляхи, що регулюють синтез матриксних металопротеіназ, активність яких є генетично зумовленою та залежить від експресії кодуючих генів та генетичного поліморфізму генів фарнесілдифосфатсинтетази, лактази та рецептора вітаміну D. Останній призводить до більш високої активності остеобластів, що руйнують кісткову тканину під час перебудов, знижують швидкість кісткового метаболізму, сприяють збільшенню маси кісткової тканини та її мінералізації.

ОА часто поєднується з ожирінням (ОЖ) – складовою частиною метаболічного синдрому, який обумовлює тяжкість перебігу багатьох захворювань – провідних факторів, що визначають тривалість та якість життя, рівень смертності та інвалідізації населення.

Жирова тканина продукує більше 50 пептидних гормонів, експресія одного з яких – апеліну – модулюється запальними медіаторами. Виявлено, що рівень апеліну в сироватці крові та синовіальній рідині корелює з тяжкістю ОА, при цьому рівні рецепторів апеліну в хондроцитах значно вище, ніж у здорових людей.

Розповсюдженість ОЖ зростає з кожним роком, охоплюючи близько 25 % працездатного населення, а метаболічні та біохімічні порушення, характерні для ОЖ, тісно пов’язані зі змінами при ОА та можуть сприяти його розвитку та прогресуванню.

Тобто, є доцільним проведення досліджень, спрямованих на удосконалення діагностики та прогнозування перебігу ОА у пацієнтів з ОЖ на підставі комплексної оцінки клініко-патогенетичних особливостей їх перебігу, визначення вмісту та ролі апеліну у взаємозв’язку з поліморфізмом означених генів. Це допоможе у визначенні нових принципів та схем лікування цієї патології, сприятиме зменшенню ризику виникнення тяжких ускладнень та покращенню якості життя пацієнтів.

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ СТРУКТУРИ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ШИЇ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ ТА ПІДВИЩЕНІ МАСИ ТІЛА

Терсіна О.Д., Бульда В.І.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Діагностичний центр ТОВ «Сучасні діагностичні системи», м. Київ, Україна

Мета – визначити відмінності структури (товщина комплексу інтима медіа/КІМ) магістральних судин шиї при неалкогольній жировій хворобі печінки/НАЖХП (стеатоз) та підвищеній масі тіла (ПМТ) серед чоловіків та жінок різних вікових груп для прогнозування кардіоваскулярних ризиків.

Вимірювалась товщина КІМ магістральних судин шиї у 150 пацієнтів (50 чоловіків та 100 жінок) з НАЖХП (стеатоз) поєднану з ПМТ, які порівнювались з 140 пацієнтами контрольних груп з нормальною масою тіла (35 чоловіків та 105 жінок) без патології печінки. Пацієнти були поділені на вікові групи згідно критеріям ВОЗ: 1група – 25-34 років, 2 група – 35-44 років, 3 група – 45-59 років, 4 група – 60-75 років. У кожній віковій групі також визначались гендерні відмінності.

При аналізі товщини КІМ виявлене достовірне його стовщення у чоловіків ($p < 0,001$) і жінок ($p < 0,001$) 1 гр. та чоловіків ($p < 0,01$) і жінок ($p < 0,001$) 2 гр. у порівнянні з чоловіками та жінками відповідних контрольних груп. Товщина КІМ залишалась в межах норми. Виявлене достовірне стовщення КІМ у жінок ($p < 0,001$) 3гр у порівнянні з жінками 3 контрольної групи, а також достовірне стовщення КІМ чоловіків ($p < 0,05$) та жінок ($p < 0,05$) 4гр у порівнянні з чоловіками та жінками 4 контрольної групи. Серед чоловіків третьої групи вірогідної різниці за показником КІМ не виявлено. Показники КІМ чоловіків та жінок обстежених 3 та 4 груп перевищували нормативні показники, що має подальший вплив на виникнення кардіоваскулярних ризиків.

Визначені зміни КІМ у 4 групі мали гендерні особливості, коли товщина КІМ у чоловіків була достовірно ($p < 0,001$) більша порівняно з даним показником у жінок. Дані результати говорять про більшу схильність чоловіків похилого віку до серцево-судинних захворювань.

Порівнювались показники КІМ між обстеженими чоловіками та жінками різних вікових груп. При аналізі товщини КІМ у чоловіків та жінок 2 гр. виявлене достовірне його стовщення у порівнянні з даним показником у чоловіків ($p < 0,01$) та жінок ($p < 0,05$) 1 гр. Чоловіки ($p < 0,05$) та жінки ($p < 0,001$) 3гр. мали достовірно стовщений КІМ порівняно з чоловіками та жінками 2 гр. Щодо результатів обстеження пацієнтів 4 гр., то було виявлене достовірне стовщення КІМ у жінок ($p < 0,001$) даної групи у порівнянні з жінками 3 гр, тоді як у чоловіків 3 та 4 груп достовірних відмінностей не визначено, що можна пояснити впливом інших та інволютивних змін періоду похилого віку.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОГО ПРЕПАРАТУ ЦИТОФЛАВІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У СПОЛУЧЕННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ТЛІ ІНФІКУВАННЯ HCV

Тєрьошин В.О., Соцька Я.А., Шаповалова І.О., Круглова О.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

Сучасна клініка внутрішніх хвороб характеризується невпинним зростанням розповсюдженості хронічної патології, в тому числі органів травлення, з превалюванням коморбідного (сполученого) характеру хвороби. Згідно даних клініко-епідеміологічних досліджень останніх років, однією з провідних хвороб терапевтичного профілю в теперішній час є хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ). Відомо, що у хворих з наявністю хронічної біліарної патології вельми часто спостерігається розвиток хронічного панкреатиту (ХП), що обумовлено тісними анатомо-функціональними зв'язками органів травлення. Клінічний досвід показує, що найбільш затяжний перебіг загострень ХНХ, сполученого з рецидивами ХП, нерідко спостерігається при наявності у таких пацієнтів HCV-інфекції мінімального ступеня активності. При розробці раціональних підходів до лікування хворих на ХНХ, сполученої з ХП на тлі інфікування HCV, нашу увагу привернула можливість застосування метаболічно активного препарату цитофлавіну. Під наглядом знаходилося дві групи хворих з наявністю ХНХ, сполученого з ХП на тлі інфікування HCV: основна (49 хворих) та зіставлення (46 осіб), які отримували загальноприйняте лікування. Пацієнтам основної групи додатково призначали цитофлавін по 1-2 таблетці 2-3 рази на день протягом 2-25 діб поспіль. При спеціальному біохімічному обстеженні було встановлено, що до початку лікування у хворих на ХНХ, сполучений з ХП на тлі інфікування HCV, відмічалося підвищення активності процесів ліпопероксидації, яке документувалося збільшенням вмісту у крові рівня малонового діальдегіду (МДА): в основній групі обстежених в середньому в 2,3 рази стосовно норми, в групі зіставлення – в 2,2 рази та концентрації дієнових кон'югат (ДК) – відповідно у 1,94 та 1,9 рази. Встановлено позитивний вплив метаболічно активного препарату цитофлавіну на показники метаболічного гомеостазу, що полягало у зниженні активності процесів ліпопероксидації, яке документовано нормалізацією вмісту МДА та ДК у сироватці крові. У групі зіставлення на момент завершення курсу лікування рівень МДА залишався вище норми в середньому в 1,52 рази, ДК – в 1,33 рази. В клінічному плані у хворих основної групи ліквідація клінічних проявів загострення ХНХ, сполученого з ХП на тлі інфікування HCV, відбувалася в більш ранні терміни, ніж у пацієнтів групи зіставлення. Виходячи з отриманих даних, можна вважати, що включення метаболічно активного препарату цитофлавіну до комплексної терапії хворих на ХНХ, сполучений з ХП на тлі інфікування HCV, патогенетично обґрунтовано та клінічно перспективно.

ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ВИХІДУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Титаренко Н.В., Копица М.П., Біла Н.В., Гільова Я.В.

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

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є основною причиною інвалідизації та смертності населення у всіх розвинених країнах світу. Хворі с ГІМ представляють гетерогенну за прогнозом захворювання групу: у одних він може бути сприятливим, а в інших показники смертності протягом одного року можуть досягати 39 %. У зв'язку з цим важливою є стратифікація ризику у даної категорії хворих.

Метою нашого дослідження було вивчення прогностичної цінності біохімічних і клінічних маркерів у відношенні розвитку летального результату через півроку після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали і методи. Обстежено 189 пацієнтів з гострим інфарктом міокарду. Хворих з ГКС поділили на 2 групи: 1 – інфаркт міокарду без зубця Q (n = 36); 2 – інфаркт міокарда с зубцем Q (n = 153).

Результати. При порівнянні груп хворих, що вижили та померли виявилося, що в групах достовірно відрізнялися наступні показники: рівень глюкози, стать, частота серцевих скорочень, недостатність кровообігу за класифікацією Killip, рівень креатиніну, гемоглобіну, вік пацієнта.

Для виявлення зв'язку наступних показників і прогнозу летального результату через 6 місяців після гострого інфаркту міокарда було побудовано ROC криву та визначено чутливість та специфічність віку, рівня глюкози та кількості балів за класифікацією Killip гострої серцевої недостатності в прогнозі розвитку летального результату.

У якості порогового значення за даними ROC кривої було отримано значення для віку >74 роки, яке з чутливістю – 50,0% та специфічністю 93 % дозволяє прогнозувати летальний результат через 6 місяців після ГІМ.

В якості порогового значення за даними ROC кривої було отримано значення глюкози >7,69 ммоль/л, яке з чутливістю – 66,7 % та також самою специфічністю 66,7 % дозволяє прогнозувати летальний результат через 6 місяців після ГІМ.

В якості порогового значення за даними ROC кривої було отримано значення показнику >2 балів за класифікацією Killip гострої серцевої недостатності, яке з чутливістю – 43,7 % та специфічністю 90,8 % дозволяє прогнозувати летальний результат через 6 місяців після ГІМ.

Висновок: досліджені показники мають недостатню чутливість для прогнозу летального результату окремо для кожного з них, тому, можливо, необхідно використовувати їх в сукупності, що дозволить більш точно передбачити несприятливий прогноз у даної групи хворих.

О НЕДОСТАТКАХ В РАБОТЕ КОМИССИЙ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТАЮЩИХ

Ткач С.И., Николенко Е.Я., Боровик И.Г, Лукьяненко А.Е.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Профилактика профессиональных заболеваний и сохранение трудового потенциала являются одними из важных задач здравоохранения. В связи с этим повышается значимость медицинских осмотров работающих во вредных и опасных условиях труда (ВОУТ) в профилактике профессиональных заболеваний.

Цель: определить наиболее распространенные недостатки в работе комиссий по проведению профилактических медицинских осмотров и подготовить предложения по улучшению качества их работы.

Проведена экспертная оценка 496 карт работающих по итогам периодических и предварительных медицинских осмотров работающих во ВОУТ. Как показали результаты анализа, наиболее типичными были следующие недостатки: отсутствовали сведения о стаже работы во ВОУТ как при периодических, так и предварительных медицинских осмотрах (34,8 %). Это увеличивает риск несвоевременного выявления заболеваний в постэкспозиционном периоде, а именно – после увольнения работников либо при их переводе на другую работу (силикоз, профессиональный рак и др.). Не вносились в п. 5 карт данные осмотра специалистов комиссии (офтальмолога, хирурга, гинеколога и др.) о состоянии здоровья работников и рекомендации (28,5 %). По итогам медицинского осмотра не вносились сведения о группе риска, не было четких указаний о пригодности к работе в соответствующей профессии (38,3 %). Врачи комиссии не выносили заключение о профессиональной пригодности к работе в конкретной профессии (25,8 %); не предоставлялись сертификаты о результатах наркологического либо справка о психиатрическом осмотре, а также заключение о результатах психофизиологической экспертизы (13,4 %); не всем работникам проводились инструментальные исследования (ЭКГ, спирометрия, рентгенография органов грудной клетки) (7,1 %).

Для улучшения качества медицинских осмотров необходимо:

- врачам комиссий по проведению профилактических медицинских осмотров работающих регулярно (1 раз в 5 лет) повышать квалификацию на циклах тематического усовершенствования по профессиональной патологии, длительностью не менее двух недель;
- своевременно обеспечивать председателей и членов комиссий по проведению медицинских осмотров новыми директивными документами, пособиями;
- проанализировать и подготовить дополнения к приказу № 246 с учетом замечаний и предложений врачей практического здравоохранения, принимающих участие в медицинских осмотрах работающих.

АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИБС И СД 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко О.В.

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

Ожирение, особенно висцеральное, является фактором риска развития сердечнососудистых заболеваний (ССЗ).

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 (15 больных (50 %) ИБС без СД и 15 больных с СД). Группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст – (57,62 ± 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 и обсуждение. 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 – (7,65 ± 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 с ОО (r = 0,32 vs 0,33), ВЖ (r = 0,43 vs 0,43), ЖМТ (r = 0,54 vs 0,55). ИМТ с ОО (r = 0,62 vs 0,63), ЖМТ (r = 0,58 vs 0,54) (p < 0,05). При СД ИМТ отрицательно коррелировал с ММТ (-r = 0,53), а ОБ с ВЖ (r = 0,56). Без СД ОБ коррелировал с ЖМТ (r = 0,55), ОТ/ОБ коррелировал с ВЖ (r = 0,62). Показатель ОТ/рост в обеих группах коррелировал с ВЖ (r = 0,62 vs 0,58).

Выводы. С уровнем висцерального жира у больных с ожирением, ИБС и СД в обеих группах коррелируют такие показатели, как ОО, ОТ и ОТ/рост. В группе с СД висцеральный жир коррелирует также с ОБ, в группе без СД – с показателем ОТ/ОБ.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Ткаченко О.В., Смолкин И.М.

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

Цель исследования. Оценить изменения антропометрических показателей у женщин в ранней и поздней постменопаузе.

Материал и методы. Было обследовано 30 пациенток средний возраст (51,73 ± 6,96 лет) в постменопаузе из них 14 (46,6 %) с дисметаболической (менопауза) кардиомиопатией (КМП) и 16 (53,7 %) с верифицированной ИБС. Группу контроля составили 9 практически здоровых женщин репродуктивного возраста (35,4 ± 2,6) лет. У 13 женщин (43,3 %) менопауза была продолжительностью до 5 лет (ранняя постменопауза) и у 17 (56,7 %) менопуза наступила более 5 лет назад (поздняя постменопауза). В группе женщин с ранней постменопаузой преобладали женщины с дисметаболической КМП (11 человек), а в группе с поздней постменопаузой преобладали женщины с ИБС (12 человек). У обследуемых натощак в утренние часы были проведены антропометрические измерения с помощью ростомера и монитора состава тела модели OMRON BF 511 (Япония). Определяли процентное содержание жира в организме (FAT, %), процентное содержание скелетных мышц (MUSCUL, %), индекс массы тела (ИМТ), оценивался обмен веществ при полном покое (Kcal/24h), уровень висцерального жира (VISCERAL, %). Полученные результаты были обработаны методами вариационной и параметрической статистики медико-биологического профиля с помощью пакета статистических программ Exel for Windows и Statistica 6.0.

Результаты. У 18 обследуемых (60,0 %) отмечалась избыточная масса тела (ИМТ > 25). Для данной возрастной категории процентное содержание FAT в организме было выше нормы у 26 женщин (86,7 %), уровень Visceral Fat превышал норму у 18 женщин (60,0 %). Процентное содержание Muscul у 4-х женщин (13,3 %) в поздней постменопаузе было ниже нормы. Основной обмен у всех женщин составил менее 2000 ккал/сутки. При этом процентное содержание Visceral Fat коррелировало с ИМТ ($r = 0,83$, $p = 0,003$). Достоверных различий анализируемых показателей в зависимости от продолжительности менопаузы у обследуемых пациенток отмечено не было, за исключением процентного содержания Muscul, которая была достоверно ниже в группе женщин в поздней постменопаузе.

Выводы: у женщин в менопаузе отмечается снижение основного обмена, сопровождаемое увеличением процентного содержания висцерального жира (Visceral fat) и увеличением ИМТ, а в поздней постменопаузе отмечается также снижение процентного содержания мышечной массы.

БИОИМПЕДАНСНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ СОСТАВА ТЕЛА И ОСНОВНОЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ткаченко О.В., Смолкин И.М.

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

Целью нашего исследования было оценить взаимосвязь антропометрических показателей, основного обмена и распределения жира в организме у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД) с нормальной массой тела, избыточной массой тела и ожирением.

Материал и методы. Было обследовано 60 мужчин с ИБС и СД в стадии компенсации. Измерялись объем талии (ОТ) и бедер (ОБ), рассчитывались показатели ОТ/ОБ, ОТ/рост. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): в 1-ю группу вошли 12 пациентов(20 %) с ИМТ $\leq$ 24,9 (нормальная масса тела), во 2-ю – 21 пациентов (35 %) с ИМТ 25-29,9 (избыточная масса тела) и 27 пациентов (45 %) с ожирением (ИМТ $\geq$ 30). Методом биоимпеданса на мониторе состава тела (модель OMRON BF 511, Япония) измеряли процентное содержание жировой массы тела (ЖМТ**,** %), процентное содержание мышечной массы тела (ММТ, %), уровень висцерального жира (ВЖ, ед.) и основной обмен (ОО, Ккал/сут).

Результаты и обсуждение. У обследуемых с нормальными показателями ИМТ показатели составили ЖМТ ((20,14 ± 4,81) %), ВЖ ((7,36 ± 1,91) %) и ММТ ((36,54 ± 8,26) %). Показатель ОО ((1561,15 ± 93,54) Ккал/сут) отрицательно коррелировал с ВЖ ($r = - 0,78$, $p < 0,005$). Во 2-й группе – ЖМТ ((27,56 ± 7,52) %), ВЖ ((12,85 ± 8,30) %) и ММТ ((30,41 ± 6,59) %). Отмечалась положительная корреляция между ОО ((1720,78 ± 132,88) и ММТ,% ($r = 0,72$, $p < 0,005$) и отрицательная ОО с ЖМТ% ($r = -0,69$, $p < 0,005$). В 3-й группе – ЖМТ ((32,50 ± 6,28) %), ВЖ ((17,00 ± ,43) %), ММТ ((30,55 ± 2,55) %) и ОО (1916,01 ± 174,77) и достоверно ($p < 0,005$) отличались от группы с нормальной массой тела. Корелляционные связи в 3-й группе: ОТ с ВЖ и ОТ с ЖМТ ($r = 0,65$ vs $r = 0,61$, $p < 0,005$), ОБ с ВЖ, ОБ с ЖМТ и ОБ с ОО ($r = 0,62$ vs $r = 0,54$ vs $0,60$, $p < 0,005$). ОТ/рост с ВЖ и ЖМТ ($r = 0,67$ vs $r = 0,57$, $p < 0,005$) и ОТ/рост с ММТ ($r = - 0,55$, $p < 0,005$). ИМТ в 3-й группе коррелировал с ВЖ, ЖМТ и ОО ($r = 0,69$ vs $r = 0,68$ vs $r = 0,66$, $p < 0,005$). ОО коррелировал также с ЖМТ ($r = 0,56$, $p < 0,005$).

Выводы. При ожирении у больных с ИБС и СД ОТ/рост и ИМТ максимально коррелируют с показателями процентного состава тела и ОО, в то время как при нормальной и избыточной массе тела ОО коррелирует с показателями процентного состава тела, что позволяет использовать этот параметр биоимпедансометрии в оценке состояния таких больных.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Топчий И.И., Кириенко А.Н., Цыганков А.Н., Бенько Е.Г.

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

Целью исследования было изучение структурных особенностей сосудистой стенки и показателей жесткости сонных артерий у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН), хроническим пиелонефритом (ХПН) и гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Обследовано 30 больных с ХГН, средний возраст – (36,8 ± 3,2) лет, 29 больных с ХПН, средний возраст – (50,7 ± 3,4) лет и 24 больных с ГБ, средний возраст – (56,1 ± 2,7) лет. Ультразвуковым сканером (Ultima PA, Radmir UA) с использованием линейного датчика (с частотой 5-10 Мг) изучалось наличие атеросклеротических изменений сосудистой стенки, толщина комлекса интима-медиа и показатели артериальной жесткости (Si-индекс жесткости, ЕМ-модуль эластичности и PWV-скорость пульсовой волны)**.**

Результаты. В 50 % случаев больных с ГБ, 27 % пациентов с ХПН и 6,7 % больных ХГН выявлены атеросклеротические изменения каротидных артерий. Толщина комплекса интима-медия общих сонных артерий была билатерально достоверно выше у больных ГБ в сравнении с больными ХГН и ХПН. При этом у больных с ХГН комплекс интима-медия был достоверно наименьшим.

Показатели артериальной жесткости у больных ГБ имели достоверную асимметрию с преобладанием левосторонних параметров (Si, ЕМ и PWV).

У больных с ХПН показатели Si, ЕМ были достоверно выше, чем у пациентов с ХГН и ГБ**.**

Вывод. Наибольшее количество атеросклеротических изменений и толщины комплекса интима-медия у больных с ГБ обусловлены более старшим возрастом и длительностью нагрузки артериальным давлением на сосудистую стенку. Преобладание Si, ЕМ при ХПН связано с наличием у этих больных гипертензии и хронического воспалительного процесса.

СОДЕРЖАНИЕ SCD40 И CD-МАРКЕРИ МОНОЦИТОВ/МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Топчий И.И., Кириенко А.Н., Щенявская Е.Н., Гальчинская В.Ю., Бенько Е.Г.

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

Цель: исследовать содержание растворимой формы CD40 (sCD40) в сыворотке крови больных хронической болезнью почек (ХБП) и экспрессию CD14 и CD16 на мононуклеарах крови.

Материал и методы. Обследовано 72 больных ХБП (34 больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) и 38 больных хроническим пиелонефритом (ХПН)). Средний возраст – (51 ± 7) лет. Группу сравнения составили 42 больных гипертонической болезнью (ГБ) соответствующего возраста. Диагноз ХБП устанавливался согласно классификации, принятой II национальным съездом нефрологов Украины. Концентрацию sCD40 в сыворотке крови определяли имуноферментным методом с помощью тест-систем производства Bender Metlsystems (Австрия). Экспрессию CD14 и CD16 на мононуклеарах крови изучали с помощью иммуногистохимического метода.

Результаты и обсуждение. CD40 – мембранный гликопротеид, принадлежащий к суперсемейству рецепторов фактора некроза опухоли. Естественным антагонистом взаимодействия CD40/CD40L является растворимая форма CD40 (sCD40), которая продуцируется путем ее отделения от CD40-экспрессирующих клеток и при этом влияет на взаимодействие CD40 и его лиганда – CD40/CD40L, блокируя активацию клеток белой крови и иммунный ответ в целом. В сыворотке здоровых лиц уровни sCD40 составляли от 7 пг/мл до 16 пг/мл, в среднем (11,4 пг/мл). У больных ХГН были отмечены значительно более высокие концентрации sCD40 ($p < 0,05$), чем у здоровых лиц. Статистически достоверные отличия ($p < 0,05$) в концентрациях sCD40 имели место также между группами больных ХГН и ГБ (35,14 ±3,8) пкг/мл и (25,28 ± 2,57) пкг/мл, соответственно. Было установлено, что при ХБП как при ХПН, так и при ХГН отмечается значительное повышение числа CD16+ клеток и изменяется фенотип популяции моноцитов, что приводит к повышению уровней провоспалительных цитокинов в плазме крови, увеличению экспрессии межклеточных молекул адгезии и их рецепторов.

Выводы. Увеличение содержания sCD40 у больных ХБП может быть компенсаторным механизмом, направленным на уменьшение активности воспалительного процесса путем блокирования взаимодействия CD40/CD40L на клеточном уровне. Повышение процентного содержания CD16+ клеток у больных ХБП, изменение фенотипа популяции моноцитов способствует повреждению эндотелия, что может влиять на патогенез ХБП и развитие сердечно-сосудистых осложнений.

ВМІСТ ВІСФАТИНУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ

Топчій І.І., Семенових П.С., Гальчінська В.Ю., Якименко Ю.С.

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

Дослідження вісфатину при цукровому діабеті визначають його важливу роль у реакціях запалення і фіброзу, але кількість робіт, що стосуються ДН, дуже обмежена. У той же час їх актуальність визначається можливістю прогнозування ниркової функції в цілому й обґрунтування нефропротекторної стратегії, основу якої складе цілеспрямований вплив на медіатори запалення й фіброзу.

Метою дослідження було визначення вмісту вісфатину в периферичній крові хворих на цукровий діабет 2-го типу з урахуванням порушення функції нирок та індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження: 94 хворих на цукровий діабет 2-го типу з різними стадіями ДН та 10 практично здорових осіб (контрольна група). Хворі були розподілені на групи в залежності від ступеня ураження нирок. Так, в першу групу включили 58 осіб з початковими доклінічними стадіями захворювання – ДН I-III стадій за Mogensen. Друга група складалася з 36 хворих з вираженими клінічними проявами ураження нирок: протеїнурією та порушенням азотовидільної функції – ДН IV-V стадій. Концентрацію вісфатину визначали методом імуноферментного аналізу з використанням тест-системи виробництва «RayBiotech, Inc.» (США). В якості індикаторного ферменту застосовували пероксидазу хрону. Діапазон концентрацій, що вимірюються становив від 0,1 до 1000 нг/мл.

Результати. Виконані дослідження показали, що у хворих на ДН має місце суттєве підвищення рівня вісфатину в плазмі крові вже на початкових стадіях хвороби. Так у пацієнтів з доклінічними стадіями ДН рівень даного агента в крові становив (32,4 ± 3,8) нг/мл, контроль – (22,5 ± 1,9) нг/мл. Подальший розвиток захворювання супроводжувався більш значним зростанням показника у хворих з вираженими клінічними проявами ураження нирок – протеїнурією та нирковою недостатністю. Зокрема, в групі обстежених з протеїнурією та підвищенням сироваткового креатиніну концентрація вісфатину в плазмі крові становила (44,9 ± 5,2) нг/мл.

Висновки. Отримані нами результати свідчать, що прозапальний адипокін вісфатин відіграє принципову роль в формуванні судинних ускладнень діабету, зокрема ДН, а підвищення його рівню сприяє прогресуванню захворювання. Блокада медіаторів запалення й фіброзу є важливим підходом у пошуку нових методів лікування ниркових ускладнень при ЦД та ожирінні.

ОСОБЛИВОСТІ АНТІАПОПТИЧНОЇ ДІЇ АЛЬФА ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ

Топчій І.І., Семенових П.С., Гальчінська В.Ю., Якименко Ю.С., Єфімова Н.В.

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

Як причину втрати ниркових клітин у хворих на діабетичну нефропатію (ДН) розглядають апоптоз-запрограмовану загибель клітин. Серед мембранних рецепторів, через які здійснюється початкова фаза індукції запрограмованої смерті клітин, важливе місце займає трансмембранний глікопротеїн CD95 (Fas, APO-1) – перший спеціалізований рецептор для індукції апоптозу. Доля $CD95^+$-клітин у крові вважається кількісним показником апоптотичної готовності. Показано, що альфа ліпоєва кислота при цукровому діабеті та інших метаболічних порушеннях має виражений антиоксидантний ефект. Проте особливості впливу даного препарату на апоптоз клітин вивчено недостатньо.

Мета дослідження: вивчення впливу альфа ліпоєвої кислоти на апоптотичну готовність лейкоцитів периферичної крові у хворих на ДН.

Матеріали та методи Було обстежено 85 хворих ДН у віці від 40 до 77 років. Контрольну групу склали 10 здорових донорів відповідного віку. Хворі були розподілені на дві групи в залежності від схем лікування. Перша группа складала 35 хворих, які отримували базову цукрознижуючу та нефропротекторну терапію. Друга група складалася з 45 хворих, які додатково отримували інфузії альфа ліпоєвої кислоти 600мг на добу протягом 10 днів. Лейкоцити виділяли шляхом градієнтного центрифугування з периферичної крові у хворих на ДН та здорових донорів. Кількість $CD95^+$-клітин оцінювали непрямим імуногістохімічним методом з використанням моноклональних антитіл до антигену CD95 (ТОО “Сорбент”, Москва).

Результати. Вміст CD95+-клітин у крові хворих на ДН вірогідно підвищується у порівнянні з контролем, і становить $(51,9 \pm 4,8)$ % та $(26,3 \pm 3,5)$ %, відповідно, ($p < 0,05$). Застосування базової терапії приводило до незначного, проте достовірного зниження кількості CD95+-клітин до $(47,6 \pm 4,3)$ %, ($p < 0,05$). Додаткове призначення альфа ліпоєвої кислоти супроводжувалось більш суттєвим зниженням досліджуваного показника до $(38,2 \pm 4,6)$ %, ($p < 0,01$).

Виводи: у периферичній крові хворих на ДН суттєво підвищується вміст CD95-позитивних клітин. Застосування альфа ліпоєвої кислоти у комплексному лікуванні ДН сприяє суттєвому зниженню апоптичної готовності лейкоцитів.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА УРОСТОН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Топчий И.И., Семенових П.С., Дунаевская М.М., Якименко Ю.С., Щербань Т.Д.

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

Хронический пиелонефрит одно из распространенных нефрологических заболеваний. Важно, что у большинства пациентов пиелонефрит выявляется в наиболее трудоспособном возрасте 30–50 лет. Особое место в лечении и профилактике данного заболевания занимает фитотерапия. Одним из комбинированных фитопрепаратов нового поколения является уростон.

Цель – изучение эффективности фитопрепарата уростон при лечении больных хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы. Обследовано 64 пациента с обострением хронического пиелонефрита, которые были распределены на 2 группы. В первую группу вошло 30 пациентов, получавших базовую терапию в виде стандартного антибактериального лечения на протяжении 10 дней. Больным второй группы дополнительно назначали уростон 1 капсуле 2 раза в день в течение 3-х месяцев. Эффективность терапии оценивалась после окончания курса лечения по следующим критериям: отсутствие бактериурии, лейкоцитурии, а также уменьшение протеинурии. Сохранение ремиссии оценивали через 3 месяца после окончания курса лечения.

Результаты исследования. В динамике лечения практически у всех пациентов, принимавших уростон, выявлялись нормальные значения лейкоцитов в моче, в то время как 17,6 % больных 1-й группы так и не достигли ремиссии. Доля пациентов с бактериурией также значительно снижалась в обеих исследуемых группах. Дополнительное назначение фитопрепарата способствовало устранению бактериурии у большего числа больных по сравнению с базовой терапией. Установлено, что доля пациентов, у которых отмечалось уменьшении протеинурии, составила 94,3 % во 2-й группе. Базовая терапия приводила к снижению протеинурии только в 78,4 % случаев. В дальнейшем за трехмесячный период наблюдения процент больных, не имевших обострений пиелонефрита, был существенно выше в группе уростона по сравнению с базовой терапией, и составил 92 % и 68 %, соответственно.

Выводы: применение препарата уростон в составе комплексной терапии позволяет улучшить результаты лечения, добиться более раннего и выраженного терапевтического эффекта, а также способствует длительному сохранению ремиссии у больных хроническим пиелонефритом.

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТУ ПРИРОДНЬОГО ПОХОДЖЕННЯ НУКЛЕЇНАТУ ТА МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОГО ЗАСОБУ ГЕПА-МЕРЦ НА РІВЕНЬ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ (ІЛ-4, ІЛ-10) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Труняков М.В., Тєрьошин В.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

Хронічні токсичні гепатити (ХТГ) у більшості країн світу є не лише медичною, але також серйозною соціальною та економічною проблемою внаслідок прогресуючого збільшення рівня захворюваності осіб, в тому числі людей молодого, найбільш працездатного віку, що мешкають в умовах територій із значним рівнем забруднення оточуючого середовища ксенобіотиками та радіонуклідами або вживають надмірну кількість лікарських препаратів. Поряд з підвищенням захворюваності на хронічні ураження гепатобіліарної системи відмічається також збільшення захворюваності на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Для оцінки ефективності комбінації препарату природного походження нуклеїнату та метаболічно активного засобу Гепа-мерц при лікуванні хворих з даною патологією було обстежено 78 хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ, що були розподілені на дві групи, рандомізовані за віком, статтю, тривалістю та частотою загострень захворювання, інтесивністю больового синдрому. Основну групу склали 40 осіб, які в комплексі лікування додатково до загальноприйнятої терапії отримували додатково Гепа-мерц внутрішньо по 1 пакетику гранулята, попередньо розчинивши у 200 мл рідини, 2-3 рази на день протягом 20-25 діб поспіль та нуклеїнат по 500 мг (2 капсули) 2-3 рази на день протягом 20-25 днів поспіль. Пацієнти групи заставлення (38 хворих) отримували лише загальноприйняте лікування у відповідності до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія». Встановлено, що в основній групі хворих, які додатково отримували комбінацію нуклеїнату та Гепа-мерц вже протягом першого тижня лікування відмічалося значне послаблення клінічної симптоматики , в той час як у пацієнтів групи зіставлення, швидкість ліквідації симптомів загострення захворювання та прискорення досягнення стійкої клінічної ремісії була менш значною, ніж у осіб основної групи. Об’єктивним лабораторним підтвердженням патогенетичної ефективності комбінації нуклеїнату та Гепа-мерц у хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ було нормалізація вмісту у сироватці крові рівня протизапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-10), в той час як у групі зіставлення їхня концентрація залишалася зниженою стосовно норми.

Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та перспективним застосування комбінації препарату природного походження нуклеїнату та метаболічно активного засобу Гепа-мерц у хворих на ХТГ на тлі ХОЗЛ.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СТАТИНОВ НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИБС

Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х, Шоумарова Н.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: изучить влияние аторвастатина (Торвакард, Zentiva) на показатели липидного профиля крови и толщину комплекса интима-медиа (КИМ) у больных ИБС.

Материалы и методы: в исследование включено 20 больных со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК в возрасте 45-60 лет. Все пациенты группы имели 2 фактора риска и более и не имели противопоказаний к гиполипидемической терапии статинами. В качестве гиполипидемической терапии в течение 12 недель применялся торвакард в суточной дозе 20 мг/сут., при уровне общего холестерина 6,5 ммоль/л. Толщина КИМ оценивалась при помощи УЗИ.

Результаты: к концу 12-недельного периода лечения было выявлено снижение общего холестерина на 24 %, ЛПНП на 32 %, триглицеридов на 25 %, уровень антиатерогенной фракции повысился на 4,3 %. При оценке толщины КИМ выявлено, что этот показатель у данной группы несколько превышал границу нормы и составил в среднем 1,0±0,4 мм. Через 3 месяца от начала приема торвакарда толщина КИМ у этих пациентов имела тенденцию к уменьшению.

Выводы: на фоне лечения торвакардом в дозе 20 мг/сут. в течение 12 недель выявлено достоверное снижение общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, причем практически были достигнуты целевые уровни; также имело место, умеренно выраженное повышение ЛПВП. Параллельно отмечено, что толщина комплекса интима-медиа имела тенденцию к уменьшению, однако не исключено, что этот показатель будет более выраженным при длительном курсе лечения.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Шодиев Ж.Д., Якубов М.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: оценить роль провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в развитии стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. Всего обследовано 78 больных ИБС стабильной стенокардией, из которых стенокардией напряжения (СН) II функционального класса (ФК) страдали 31 пациента, III ФК – 27 пациентов, IV ФК – 20 пациентов. Все обследованные были мужского возраста, средний возраст составил (58,7 ± 5,1) лет. Контрольную группу (КГ) составили 25 здоровых добровольцев. Всем пациентам проводили уровень СРБ, провоспалительных (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов изучали в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Исследованиями установлено, что уровень ИЛ-6 оказался наиболее повышенным у больных ФК IV, которые существенно превышали аналогичные показатели у здоровых и больных СН II ФК и III ФК. Так у больных ФК II имелась лишь тенденция к некоторому повышению, а при стенокардии ФК III была увеличена на 38,1% по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Уровень С-реактивного белка (СРБ) При корреляционном анализе выявлены прямые взаимосвязи между ИЛ-6 и СРБ ($r = 0,47$); ($p < 0,05$). Оценка концентрации ИЛ-1β у больных ИБС в зависимости от ФК стенокардии выявило, что при СН III и IV ФК его концентрация была выше, чем у здоровых лиц (48,5 против 56,9; $p < 0,01$), а при СН II ФК имелась лишь тенденция к увеличению ($p < 0,05$). Максимальные величины ИЛ-1β, превышающие не только показатели КГ, но и больных СН II ФК (49,3 %; $p < 0,01$), наблюдалась при СН IV ФК. Уровень ИЛ-10 при СН был на 21,5 % меньше, чем у больных СН II ФК ($p < 0,05$). У больных II ФК был увеличен по сравнению с контролем на 31,8 % ($p < 0,05$), а при СН III ФК не отличался от КГ. Наиболее высокий уровень ФНО-α обнаружен при СН IV ФК. Так данный показатель более чем в 2 раза превышал аналогичные показатели КГ у больных СН напряжения ФК II.

Таким образом, при стабильной стенокардии II ФК выявлены высокие уровни ИЛ-10 при нормальных значениях СРБ и ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α. СН III ФК ассоциируется с повышением СРБ и ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α на фоне контрольных значений ИЛ-10. Стабильная сненокардия IV ФК характеризуется максимальными концентрациями ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α и СРБ и минимальными ИЛ-10.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Убайдуллаев А.М., Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т., Халилова Х., Касымова Г.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей; РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель. Изучить изменение метаболической активности мембран эритроцитов и тканевой гипоксии у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на фоне проведения базисной и озонотерапии. **Материалы и методы.** Обследовано 64 больных ХОБЛ и 30 здоровых лиц (ЗЛ). Из них 31 больных ХОБЛ, осложненной легочной гипертензией (ЛГ) и 33 больных ХОБЛ без ЛГ. В зависимости от подбора терапии эти больные были разделены на две группы: 1-я группа – 15 больных ХОБЛ без ЛГ и 14 больных с ЛГ получали базисную терапию (БТ) по GOLD (2006 г); 2-я группа 16 больных ХОБЛ без ЛГ и 18 больных ХОБЛ с ЛГ получали БТ и озонотерапию. Исследования проводились в день поступления и после 10 процедур с использованием стандартных доз БТ и ОТ в виде в/в введения озонокислородной смеси на физиологическом растворе (1000 мкг/л). У больных изучался уровень насыщения крови кислородом (SaO2), функция внешнего дыхания с оценкой индекса Тиффно (FEV_1/FVC, %). Изучались показатели активности некоторых ферментов перекисного окисления липидов (ПОЛ) / антиоксидантной (АО) системы: малоновый диалдегид (МДА), перекисная хемолюминесценция (Хл), супероксиддисмутаза (СОД), каталаза (КАТ). **Результаты**. Исходно у больных ХОБЛ, FEV_1, FVC, FEV_1/FVC и SaO2 снижены по сравнению с аналогичными показателями ЗЛ ($p < 0,005$). Исходно у больных ХОБЛ, осложненной хроническим легочным сердцем, отмечено значительное угнетение активности ферментов АО системы по мере развития ЛГ. Интенсификация процессов ПОЛ до лечения сопровождалась высокими показателями МДА и хемилюменисценции мембран эритроцитов по сравнению с показателями ЗЛ ($p < 0,005$). Эти изменения свидетельствуют о важной роли активированных форм кислорода в механизмах инициации ПОЛ и повышении оксидативного стресса по мере развития ЛГ у больных ХОБЛ. Выявлены положительные корреляционные связи между SaO2 и FEV_1/FVC, соответственно, 0,31 и 0,25 ($p < 0,05$). В динамике комплексного лечения у больных ХОБЛ 2-ой группы по сравнению с 1-ой группой наблюдалось значительное уменьшение МДА, ХЛ, а также повышение СОД, КАТ и показателей FEV_1/FVC, SaO2 ($p < 0,05$, достоверность различий с аналогичными показателями до лечения). **Заключение.** Интенсификация процессов ПОЛ, гипоксии, гипоксемии и угнетение активности ферментов АО системы статистически значимо отличаются у больных ХОБЛ по мере развития ЛГ по сравнению со ЗЛ ($p < 0,005$). Метаболические нарушения мембран эритроцитов у больных ХЛС имеют не только местный, но и системный характер, о чем свидетельствуют нарушения в системе оксидант/антиоксидант со сдвигом в сторону оксидантов в периферической крови. На фоне проведенного курса комплексного лечения БТ с озонотерапией сроком 10 дней, изменения показателей ПОЛ/АО, SaO2 и ФВД после лечения по сравнению с аналогичными показателями до лечения были недостоверными.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ С НЕКОТОРЫМИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПЕСМЕЙКЕРА

Узун Д.Ю.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк

У 5-17 % больных пожилого возраста, перенесших операцию имплантации песмейкера, впервые дебютируют пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП), что существенно ухудшает прогноз как по причине опасности формирования аритмогенной кардиопатии, так и возникновения тромботических осложнений в момент нарушения/восстановления ритма.

Цель исследования заключалась в статистическом анализе взаимосвязи реологических параметров крови с морфофункциональными показателями сердца и артериального давления.

В исследование включено 50 пожилых пациентов с имплантированным песмейкером и наличием пароксизмальной формы ФП. При помощи комплекса инструментальных, реологических и вязкостных исследований изучен комплекс показателей, а статистический дисперсный анализ проведен с использованием программы «Statistica 6».

Однофакторный дисперсионный анализ обнаружил связь показателей вязкости крови с вариантом суточного колебания артериального давления night-peaker ($D = 2,24$, $p = 0,04$), уровнем систолического давления ($D = 2,65$, $p = 0,01$), размерами левого предсердия ($D = 3,17$, $p = 0,009$) и желудочка ($D = 2,58$, $p = 0,02$), наличием систолической дисфункции левого желудочка ($D = 3,24$, $p = 0,003$). Частота сердечных сокращений ($D = 1,94$, $p = 0,04$), нарушения возбудимости миокарда ($D = 1,64$, $p = 0,049$), наджелудочковая экстрасистолическая аритмия ($D = 1,69$, $p = 0,041$), ФП ($D = 3,91$, $p = 0,0001$), блокада левой ножки пучка Гиса ($D = 2,98$, $p = 0,01$), дегенеративный стеноз аортального клапана ($D = 2,03$, $p = 0,009$) и гипертрофия миокарда левого желудочка сердца ($D = 1,77$, $p = 0,02$) во многом определяют вязкостные свойства крови. Желудочковая экстрасистолия усиливает вискозность сыворотки ($D = 6,12$, $p = 0,001$). Индекс агрегации тромбоцитов тесно связан с вариантом ФП ($D = 2,39$, $p = 0,01$), сосудистым сопротивлением ($D = 2,84$, $p = 0,02$) и наличием диффузных изменений миокарда на ЭКГ ($D = 2,33$, $p = 0,03$).

Таким образом, между показателями вязкости крови и морфофункциональными характеристиками сердца и артериальным давлением установлены статистически значимые связи, которые участвуют в патогенетических построениях при данной патологии и, возможно, предопределяют возникновение кардиоэмболических осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ РАННЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Уразаева Л.И., Максудова А.Н., Халфина Т.Н.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Внутриклубочковая гипертензия и гиперфильтрация являются ведущими факторов прогрессирования поражения почек. К тому же имеются данные, что состояние гиперфильтрации сопровождается увеличением нагрузки как на клубочковый, так и на канальцевый аппарат почек. Определения функционального почечного резерва (ФПР) является оптимальным методом оценки внутриклубочковой гипертензии. В последние годы предложен ряд биомаркеров, экскретирующихся с мочой, таких как ИЛ-18, КИМ-1, NGAL,VEGF, для оценки почечного повреждения. В связи с этим является актуальным изучение ФПР и биомаркеров раннего повреждения почек у пациентов с артериальной гипертензии (АГ) на доклинической стадии хронической болезни почек (ХБП).

Цель: изучить ФПР и биомаркеры почечного повреждения у больных с артериальной гипертонией без признаков ХБП.

Материалы и методы. Первая группа – 42 пациентов с АГ и без ХБП. Средний возраст пациентов – (50,5 ± 8,5) лет; 24 из них были женщины, 18 – мужчин. Контрольная группа из 37 здоровых добровольцев в возрасте (27,3 ± 6,8) лет, из них 19 мужчин, 18 женщин.

Исследование включало изучение VEGF-A, как маркера эндотелиального повреждения и КИМ-1, как маркера острого канальцевого некроза в моче. Статистический анализ проводился при помощи пакета Statistics 6.0.

Результаты: Скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по формуле MDRD в группе пациентов, составила 109 мл/мин/1,73м^2 [93; 127]. ФПР 19,5 [-34,9; 93,5] %, сохранный был у 22 (52,4 %)пациентов, истощен у 20 (47,6 %). В группе контроля СКФ составило 91,2 мл/мин/1,73 м^2 [89,7; 110,6], значение ФПР 33,3 [10,22; 511] %. У всех здоровых почечный резерв определили как сохранный.

У пациентов выявлено снижение уровня VEGF-A по сравнению с контролем: 80,4 [40,8; 210,5] vs 193,3 [113,2; 275,6] пг/мл, $p < 0,05$. KIM-1 существенно не отличался в группе пациентов по сравнению с контрольной группой: в первой группе – 1,15 [0,74; 1,9], в группе контроля – 1,12 [0,9; 1,6] нг/мл $p > 0,05$.

Заключение. У пациентов с АГ несмотря на отсутствие признаков ХБП были выявлены нарушения в виде снижение ФПР, и увеличения маркера эндотелиальной дисфункции VEGF-A, что отражает вовлеченность не только клубочковых, но и канальцевых структур почек.

РОЛЬ ГУМОРАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Усанова С.Т., Касимова Г.М., Шаюсупова М.У.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Одной из возможных причин прогрессирования патологического ремоделирования сердца и сосудов, является воспалительная активация, опосредованная провоспалительными цитокинами, которые способны модулировать функции сердечно-сосудистой системы, обуславливая центральные и периферические проявления хронической сердечной недостаточности. В связи с этим поиск препаратов, подавляющих цитокиновую активность, является перспективным направлением в терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель исследования: изучение клинико-диагностического значения активации цитокинов сыворотки крови и основных морфофункциональных параметров сердца у больных с ХСН ишемической этиологии.

Материал и методы. Обследованы 140 человек – 110 больных и 30 здоровых лиц. У всех больных основными патологическим фактором явилось ИБС. Для оценки процессов ремоделирования анализировали морфофункциональные показатели сердца. Уровни цитокинов (ИЛ-1 бета, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО-альфа) в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. У больных с ХСН выявлена достоверно более высокая концентрация провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 бета – (66,2 ± 7,1) пг/мл; ИЛ-6 – (16,1 ± 2,9) пг/мл; ИЛ-8 – (80,5 ± 15,7) пг/мл и ФНО-альфа – (110,3 ± 13,6) пг/мл) в сыворотке крови по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц – (ИЛ-1 бета – (3,2 ± 2,2) пг/мл; ИЛ-6 – (1,2 ± 0,5) пг/мл; ИЛ-8 – (1,9 ± 0,6) пг/мл и ФНО-альфа – (7,9 ± 3,6) пг/мл). Изменения уровней исследуемых цитокинов в сыворотке крови больных с ХСН были однотипны и характеризовались достоверным их повышением по мере тяжести сердечной недостаточности. Так, максимальный уровень цитокинов был выявлен у больных с сердечной недостаточностью IV функционального класса. Однако у больных с I функциональным классом ХСН и в группе здоровых лиц в уровнях цитокинов при сравнении значимых различий не обнаружено.

Выводы. Гиперсекреция провоспалительных цитокинов оказывает отрицательное инотропное действие, способствуя ремоделированию сердца, а впоследствии нарушению эндотелийзависимой дилатации сосудов и активации апоптоза кардимиоцитов.

ПОРУШЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ АПЕЛІНУ КЛІТИНАМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Фадєєнко Г.Д., Гріднєв О.Є., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В.

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

Нещодавно відкритий білок апелін має широкий функціональний спектр та є важливим регуляторним компонентом шлунково-кишкового тракту. Він сприяє систематичному відновленню нормального стану слизової оболонки та бере активну участь в створенні оптимальних умов для процесу травлення.

На даний час апелін знаходиться в фокусі інтенсивних досліджень, проте його роль в патогенезі захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема гастроезофагеальної рефлексної хвороби (ГЕРХ), практично не вивчено.

Мета дослідження – вивчення експресії апеліну в слизовій оболонці стравоходу хворих на ГЕРХ.

Матеріали та методи. Для гістологічних досліджень використовували препарати слизової оболонки стравоходу з ознаками рефлюкс-езофагіту та порівнювали їх з препаратами незміненої слизової оболонки. Експресію апеліну виявляли на парафінових зрізах завтовшки 5 мкм непрямим імуногістохімічним пероксидазним методом з використанням моноклональних антитіл до апеліну та з подальшою інкубацією з діамінобензидином і дофарбовуванням гематоксиліном Майєра. Поширеність експресії визначали за допомогою комп'ютерної програми BioVision.

Результати дослідження. При проведенні нами імуногістохімічного дослідження біопсійного матеріалу було виявлено, що апелін утворюється у безпосередній близькості від залоз слизової оболонки стравоходу і його найбільша експресія має місце в перипапілярних зонах. Імунореактивність апеліну суттєво підвищена ($p < 0,05$) при рефлюкс-зофагіті в порівнянні з контролем, що свідчить про тісний взаємозв'язок порушення його експресії з патологічними реакціями у слизовій оболонці стравоходу при ГЕРХ. Середній рівень експресії апеліну при рефлюкс-езофагіті становив $(7,12 \pm 1,9)$ %, а в контрольних препаратах його експресія була менш виражена, поширеність експресії апеліну сягала $(4,67 \pm 1,7)$ %. Підвищення імунореактивності апеліну скоріш за все має компенсаторний характер, але зважаючи на активну участь цього білка в процесах проліферації, його роль в розвитку запальних та деструктивних уражень стравоходу залишається неоднозначною.

Висновки. У хворих на ГЕРХ відзначається суттєве зростання експресії апеліну в клітинах слизової оболонки стравоходу, що може відігравати суттєву роль в патогенезі захворювання та його ускладнень.

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Фадєєнко Г.Д., Кушнір І.Е., Чернова В.М., Гальчінська В.Ю., Єфіменко Н.В., Дубров К.Ю., Сакал В.В.

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

Визначення морфо-функціонального стану слизової оболонки (СО) стравоходу при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ) залишається актуальною проблемою та є одним з сучасних підходів до підвищення ефективності діагностики і лікування хворих з цією патологією**. З метою** визначення особливостей запальних процесів в СО стравоходу вивчено експресію маркера запалення циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), для чого проведено ендоскопічне дослідження 35 хворих на ГЕРХ з подальшим визначенням експресії ЦОГ-2 на парафінових блоках біопсійного матеріалу непрямим імуногістохімічним пероксидазним методом з використанням моноклональних антитіл виробництва Thermo Scientific (США) та з подальшою інкубацією з діамінобензидином і дофарбовуванням метиленовим зеленим або гематоксиліном .

Поширеність експресії ЦОГ-2 оцінювали за показником відносної площі кадра (відношення площі, зайнятої імунопозитивними структурами до загальної площі кадра, %).

При дослідженні біопсійного матеріалу було виявлено, що імунореактивність ЦОГ-2 суттєво вища ($p < 0,005$) при рефлюкс-езофагіті в порівнянні з контролем, що свідчить про збільшення вмісту ЦОГ-2 внаслідок патологічних реакцій у СО стравоходу при ГЕРХ. Найбільша експресія ЦОГ-2 мала місце в перипапілярних зонах. Середній рівень експресії ЦОГ-2 при рефлюкс-езофагіті становив $(9,3 \pm 0,1)$ %, а в контрольних препаратах експресія виявлялась тільки в 2 випадках, при цьому поширеність експресії не перевищувала 1,3 %. Підвищення імунореактивності ферменту ЦОГ-2 безпосередньо у клітинах, уражених патологічним процесом, свідчить про специфічність цієї реакції при запальних та деструктивних ураженнях стравоходу.

Таким чином, хронічне запалення може грати ключову роль в прогресії від доброякісних до злоякісних захворювання стравоходу. Вивчення механізму хронічного запалення в стравоході при ГЕРХ сприяє визначенню біомаркерів виникнення та розвитку ускладнень та їх запобіганню

ВОПРОСЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ТРУДАХ АКАДЕМИКА Л.Т. МАЛОЙ И ЕЕ ШКОЛЫ
(к 95-летию со дня рождения)

Фадеенко Г.Д., Милославский Д.К., Гридасова Л.Н., Кулешова Е.М., Кужель У.Н.

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

Весомый вклад в изучение гемодинамических, нейрогуморальных, мембранно-клеточных, генетических и иммунных механизмов становления и прогрессирования артериальной гипертонии (АГ) внесла академик АМН Украины и РАМН Л.Т. Малая (1919-2003). Проблема АГ привлекала Л.Т. Малую своеобразием клинико-патогенетических форм, многообразием механизмов нейрогуморальной регуляции, грозными осложнениями, возможностями профилактики на уровне популяции. Академик Л.Т. Малая сотрудничала с признанными авторитетами в данной области – акад. Е.М. Тареевым, А.Л. Мясниковым, Е.И. Чазовым, И.К. Шхвацабая, Е.М. Нейко,, Г.Г Арабидзе, М.С. Кушаковским, Е.Е. Гогиным, В.А. Алмазовым, Р.Г. Огановым, Н.К. Фуркало, А.Н. Бритовым, А.З. Цфасманом, А.П. Голиковым, А.Д. Визиром, А.И. Грицюком, Н.С. Заноздрой, Д.Ф. Чеботаревым, О.В. Коркушко, Г.В. Дзяком, В.З. Нетяженко, В.Н. Коваленко, Ю.Н. Сиренко, Е.П. Свищенко, А.И. Дядыком. В 80-90-е гг. XX столетия под руководством Л.Т. Малой в содружестве с РКНЦ в Украине выполнялись Международные Кооперативные программы «Многофакторная профилактика ишемической болезни сердца», «Интегрированная профилактика основных неинфекционных заболеваний (СИНДИ)», Международная программа CINDI-Украина, «Длительная медикаментозная терапия больных коронарной болезнью сердца и артериальной гипертонией», «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в различных регионах страны», «Контроль артериальной гипертонии в популяции различных регионов страны», «Изучение распространенности и связи атерогенных дислипидемий с заболеваниями сердца и сосудов среди взрослого и детского населения», Комплексная программа «Кардиология». Академик Л.Т. Малая инициировала создание и выполнение Национальной программы профилактики и лечения АГ в Украине (1999-2012 гг.). Изучая клинико-патогенетические и терапевтические вопросы АГ, Любовь Трофимовна выступала с научными докладами на 40 международных съездах кардиологов, принимала участие в работе 62 европейских конгрессов и симпозиумов. Среди ее соратников в области гипертензиологии следует вспомнить Васильева Ю.М. (1938-1996), Ляшенко М.М. (1925-1994), Педан Н.В. (1957-2012). Среди огромного творческого наследия академика Л.Т. Малой только вопросов АГ касаются 3 монографии, 7 методических рекомендаций, 8 сборников научных трудов, опубликовано более 100 статей в журналах, защищено 9 докторских и 23 кандидатские диссертации. Сегодня мы отдаем академику Л.Т. Малой дань памяти как выдающейся личности XX столетия, Ученому, Врачу, Учителю и Человеку с большой буквы.

ХАРАКТЕР І ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ З ГЕРХ ПРИ ПОЄДНАННІ ЇЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Фадеенко Г.Д., *Фролова-Романюк Э.Ю., Гальчинска В.Ю.

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

**Харківський національний медичний університет*

Мета: метою нашого дослідження було виявлення характеру морфологічних змін слизової оболонки стравоходу у хворих при поєднанні гастроезофагеальної рефлексної хвороби (ГЕРХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. Проведено анкетування 107 хворих на ГЕРХ, серед них у 67 хворих ГЕРХ поєднувався з ЦД 2 типу. 66 жінок, 41 чоловіків, середній вік – (57,4 ± 7,6) років. У хворих мали клінічні та/або ендоскопічні прояви ГЕРХ. Ретельно були вивчені анамнестичні дані про тривалість, тяжкість ЦД, наявність ускладнень, рівень глікозильований гемоглобін (HbA1c), проводилась добова pH-метрія, ендоскопічне дослідження стравоходу та шлунку. Ендоскопія обов'язково доповнювалась прицільною біопсією. Усі хворі були поділенні на основну групу, яку склали хворі з поєднаною патологією, та порівняння - хворі на ізольовану ГЕРХ.

Результати та обговорювання. За результатами морфологічного дослідження гіперплазія поверхневого шару епітелію у групі пацієнтів з ГЕРХ та ЦД 2 типу зустрічається в 22 % випадків, тоді як у групі хворих з ГЕРХ в 12,5 % випадків. Гіперплазія базального шару епітелію переважала у основній групі та становила 15% пацієнтів, тоді як у групі порівняння дорівнювала 12,5 %. Відсоток пацієнтів з паракератозом переважав у пацієнтів II групи та становив 32,5 % порівняно з I групою – 27 %. Акантоз у пацієнтів обох груп зустрічався у 5 % випадків. У групі з ГЕРХ та ЦД 2 типу набряк епітелію зустрічався у 3% хворих, тоді як у групі з ГЕРХ – у 2,5 %. Дистрофія епітелію переважала у основній групі – 22 %, в той час як у групі порівняння становила 17,5 %. Підслизові крововиливи зустрічались в однакової кількості пацієнтів в обох групах – по одному пацієнту. У I групі нейтрофільна інфільтрація епітелію зустрічалась у 3 % хворих, тоді як у II групі – 2,5 %. Еозинофільна інфільтрація епітелію переважала у групі порівняння – 12,5 %, у основній групі цей показник становив 1,5 %.

Висновки. Аналізуючи характер і частоту виявлення морфологічних змін слизової оболонки стравоходу у обох групах найчастіше зустрічався паракератоз – 27 % і 32,5 %, відповідно, у I та II групах.

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

Фадеенко Г.Д., Чирва О.В., Несен А.А., Горб Ю.Г.

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

Цель и задачи исследования: повысить качество оценки эффективности коррекции синдрома раздраженного кишечника (СРК) у лиц молодого возраста с нейроциркуляторной дистонией (НЦД).

Материалы и методы. Обследовано 36 лиц организованной студенческой популяции (27 (75 %) женщин и 9 (25 %) мужчин, средний возраст (22,3 ± 3,5) лет) с проявлениями СРК на фоне НЦД. Проводился сбор жалоб и анамнеза, общеклиническое и биохимическое исследование крови (печеночные пробы, общий холестерин (ОХ)); инструментальное обследование – электрокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости с функциональными пробами. Оценка интенсивности жалоб со стороны органов пищеварения проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы “Irritable bowel syndrome Severity Scoring System” (IBS-SSS). В зависимости от проводимого лечения пациенты были поделены на две группы: «А» (стандартная терапия и Иберогаст 20 капель 3 раза в день) и «В» (только стандартная терапия).

Результаты. На 28-й день лечения положительная динамика наблюдалась для всех клинических проявлений согласно шкале IBS-SSS, однако лучшими были такие результаты в группе лечения «А»: уменьшения абдоминальной боли – (12,8 ± 2,5) баллов в группе «А» и (22,8 ± 3,4) баллов в группе «В», $p = 0,023$, метеоризма – (10,8 ± 2,8) и (26,1 ± 4,2), $p = 0,005$ и динамики суммарного балла IBS-SSS – (-64,9 ± 2,2) и (-43,5 ± 2,0) соответственно, $p < 0,001$. На 56-й день в группе лечения «А» достоверно лучшими были также данные по уменьшению метеоризма – (2,8 ± 1,1) и (8,9 ± 1,9), $p = 0,009$, динамики суммарного балла IBS-SSS – (-88,7 ± 1,8) и (-78,3 ± 2,3), $p = 0,001$ и общего воздействия заболевания на качество жизни – (7,5 ± 2,0) и (13,3 ± 1,9) соответственно, $p = 0,041$, по сравнению с пациентами группы лечения «В».

Выводы. Использование визуально-аналоговой шкалы “Irritable bowel syndrome Severity Scoring System” (IBS-SSS) у лиц молодого возраста позволяет определить субъективную оценку динамики интенсивности клинических проявлений СРК (абдоминальный болевой синдром, метеоризм, нарушение частоты и консистенции стула, общее влияние на качество жизни) на фоне проводимого лечения. Дополнительное назначение растительного препарата Иберогаст достоверно повышает эффективность терапии у данной категории больных.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІТОЗБОРІВ

Фатула М.І., Блецкан М.М., Свистак В.В., Рішко О.А., Петрик І.М., Ігнатко Я.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгородська міська центральна клінічна лікарня, Україна

Вступ. Дія препаратів із лікарських рослин, що застосовуються в клініці, пов'язана з наявністю в них великої кількості різноманітних біологічно активних речовин, які при надходженні в людський організм здійснюють регулятивний ефект на клітини, органи, системи.

Мета дослідження: проведення аналізу спектру терапевтичної дії фітозбору, компонентами якого є плоди горобини чорноплідної (Aronia melanocarpa) 20,0 г, квітки та плоди глоду колючого (Crataegus oxycantha) 15,0 г, трава барвінку малого (Vinca minor) 15,0 г, листя меліси лікарської (Melissa officinalis) 10,0 г, кореневища та корені валеріани лікарської (Valeriana officinalis) 10,0 г у хворих на гіпертонічну хворобу.

Матеріали та методи. В умовах стаціонару проліковано 146 хворих на гіпертонічну хворобу I-III стадії з розподілом їх на три групи. Хворі I стадії захворювання протягом 6 тижнів отримували тільки відвар фітозбору. Хворі II-III стадії захворювання, крім відвару фітозбору, отримували базисну гіпотензивну терапію (ß-адреноблокатори, інгібітори АПФ, діуретики).

Результати досліджень та їх обговорення. Компоненти фітозбору виявляють різносторонній ефект на найважливіші системи організму та їх функції. У 82 % хворих на гіпертонічну хворобу I стадії після 6-тижневого курсу лікування відваром фітозбору артеріальний тиск нормалізувався. Якщо до лікування він становив (156 ± 4)/(90 ± 3) мм рт. ст., то через 6 тижнів знизився до (122 ± 3)/(70 ± 4) мм рт. ст. Нормальний тиск у цієї групи був протягом 6 місяців. Через півроку необхідно було повторити курс прийому фітозбору, оскільки артеріальний тиск мав тенденцію до підвищення. У 18 % хворих на гіпертонічну хворобу I стадії, у яких під впливом відвару фітозбору артеріальний тиск через 6 тижнів не знизився, необхідно було призначити медикаментозну терапію базовими гіпотензивними препаратами (інгібітори АПФ чи ß-адреноблокатори). У хворих на гіпертонічну хворобу II-III стадії відвар фітозбору посилював гіпотензивну дію базових препаратів, але самостійно артеріального тиску не знижував.

Висновки. Таким чином,запропонований фітозбір можна застосовувати для оптимізації базисних схем лікування хворих на гіпертонічну хворобу в якості монотерапії чи в складі комплексної терапії.

ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА СТЕАТОЗ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Феджага І.В.

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

Механізми, за допомогою яких ожиріння провокує стеатоз підшлункової залози (ПЗ), остаточно не вивчені. Одна з гіпотез передбачає посилення синтезу прозапальних цитокінів на тлі підвищення маси тіла та формування хронічного запального процесу в тканині ПЗ.

Мета дослідження – встановити особливості регуляції вуглеводного та ліпідного обміну у хворих на стеатоз ПЗ залежно від ступеня ожиріння.

Матеріал та методи. Обстежено 56 хворих з надмірною масою тіла (ІМТ-25-29,9 кг/м^2) та ожирінням (30,4-40,2 кг/м^2). Критеріями постановки діагнозу стеатозу було зниження денситометричних показників тканини ПЗ (< 30 HU), отримані методом комп'ютерної томографії черевної порожнини. Оцінювали ліпідний профіль крові – рівні загального холестерину (ХС) і тригліцеридів, показники холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) і високої щільності (ХС ЛПВЩ), а також індекс атерогенності. Рівень глюкози, інсуліну та С-пептиду оцінювали натще і через 2 години після прийому протягом 5 хвилин 75 г глюкози, розчиненої в 250-300 мл води. Наявність інсулінорезистентності встановлювали за рівнем індексу HOMA.

Результати дослідження. Знайдений зворотній кореляційний зв’язок між ІМТ та денситометричними параметрами тканини ПЗ. При стеатозі ПЗ у хворих з надмірною масою тіла та ожирінням були підвищені ($p < 0,05$) рівні тригліцеридів ((1,51 ± 1,26) ммоль/л) і ХС ЛПДНЩ ((1,48 ± 1,19) ммоль/л). Рівень загального ХС виявився підвищеним у 20 хворих. Середній рівень загального ХС в сироватці крові хворих склав (5,2 ± 0,6) ммоль/л. У більшості пацієнтів виявлено зниження рівня ХС ЛПВЩ та підвищення ХС ЛПНЩ. Мало місце часте поєднання стеатозу ПЗ зі стеатозом печінки, холестерозом жовчного міхура, гастроезофальною рефлюксною хворобою й ішемічною хворобою серця. У 21 хворого виявлена гіперглікемія натще та порушення толерантності до глюкози, а цукровий діабет 2-го типу – у 14 пацієнтів, підвищення індексу HOMA, середні значення якого перевищували норму більш ніж у 2 рази, – у 27 хворих. У 38 хворих відзначено збільшення вмісту інсуліну та С-пептиду. При аналізі якості життя хворих на стеатоз ПЗ встановлено зниження рівнів фізичного та психологічного компонентів.

Висновки. Для стеатозу ПЗ були характерні порушення ліпідного, переважно за типом гіпертригліцеридемії, та вуглеводного обмінів у вигляді цукрового діабету 2-го типу, порушення толерантності до глюкози або гіперглікемії натще. Спостерігається взаємозв'язок між показниками інсулінорезистентності й ознаками ураження ПЗ.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛЕЙКОГРАМИ ТА ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Федоров С.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Серцева недостатність (СН) – синдром, який є наслідком серцево-судинних захворювань. Частота поширення, за даними національних реєстрів, складає 1-2 %, а у віці 70 років і старше – 10 %. Численні дослідження відмічають зв'язок кількості лейкоцитів периферійної крові з ризиком розвитку ССЗ. В останні роки при лікуванні СН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка використовується нова група препаратів – блокатори if-каналів синусового вузла (Івабрадин).

Метою дослідження було вивчення впливу тривалого використання івабрадину на показники лейкограми та деякі лейкоцитарні індекси в хворих із синдромом СН ішемічного ґенезу.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 35 хворих на стабільну стенокардію напруження ФК II-III (CCS) із синдромом СН II-III ФК (NYHA). Пацієнти були рандомізовані на дві групи: хворим першої групи (14 осіб) призначали базове лікування СН; хворим другої групи (21 особа) додатково призначали препарат івабрадин (Кораксан, лабораторія Servier, Франція). Проводили визначення показників лейко грами, обчислювали лейкоцитарні індекси: індекс співвідношення нейтрофілів до моноцитів (ІСНМ), індекс співвідношення лімфоцитів до моноцитів (ІЛМ), індекс співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів та моноцитів (ІСН/ЛМ). Обстеження проводили на момент рандомізації, через 1 та 2 роки після початку терапії.

Отримані результати та їх обговорення. Серед обстежених пацієнтів домінували особи чоловічої статі – 30 хворих (85,7 %). Середній вік склав (64,6 ± 6,83) років. За результатами спостереження відмічали тенденцію до зменшення кількості лімфоцитів на 4,5 % наприкінці другого року лікування із використанням івабрадину, проте дані були недостовірними ($p > 0,05$). У групі базового лікування спостерігали достовірне збільшення числа лімфоцитів периферійної крові на 22,11 % наприкінці 2 року ($p < 0,05$). Згадані зміни призвели до зменшення показника ІСН/ЛМ – на 31,1 % ($p < 0,05$). Підвищений вміст лімфоцитів у хворих із СН, на нашу думку, може бути свідченням прогресування атеросклеротичного процесу.

Інших змін зі сторони популяцій лейкоцитів та лейкоцитарних індексів не відмічали в жодній із груп обстеження як на перший, так і другий рік лікування.

Висновок. Отримані дані можуть бути свідченням впливу івабрадину на число лімфоцитів периферійної крові, механізми якого потребують додаткового детального вивчення.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ МІКРОСУДИННОГО РУСЛА ТА СТАН ФУНКЦІЇ МІКРОВАСКУЛЯРНОГО ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ

Фуштей І.М., Токаренко О.О.

Державний заклад "Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України", Україна

Мета дослідження: Дати оцінку ефективності функціонування мікросудинного русла та дослідити стан функції мікроваскулярного ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії.

Методи дослідження: Було обстежено 34 хворих на ГХ ІІ стадії, з другим та третім ступенем підвищення артеріального тиску та 25 осіб з нормальним рівнем артеріального тиску відповідних по віку та статі. Середній вік хворих склав (54,4 ± 6,3) року. Вивчення стану мікроциркуляції здійснювалося методом лазерної допплерівської флоуметрії з використанням лазерного аналізатора капілярного кровотоку – ЛАКК-02 (НВП «ЛАЗМА», Росія) в області волярної поверхні ІІ пальця лівої кисті. Для оцінки та аналізу даних використовували 10 хвилинний запис ЛДФ-грами з подальшою її комп'ютерною обробкою, в ході якої визначали індекс ефективності мікроциркуляції та максимальну амплітуду ендотеліальних коливань мікросудинної стінки.

Результати. При проведенні Вейвлет-аналізу амлітудно-частотного спектру коливань кровотоку на рівні системи мікроциркуляції, встановлено зниження максимальної амлітуди ендотеліальних коливань мікросудинної стінки в групі хворих на ГХ на 40,8 % у співставленні з контрольною групою ($p < 0,01$). Так максимальна амлітуда ендотеліальних коливань мікросудиної стінки у хворих на ГХ склала (1,19 ± 0,34) пф. ед., в групі контролю (2,01 ± 0,41)) пф. ед. Виявлені дані свідчать про наявність мікроваскулярної ендотеліальної дисфункції у хворих на ГХ. При обчисленні індексу ефективності мікроциркуляції було виявлено, що останній у хворих на ГХ був статистично достовірно знижен на 61,56 % у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,01$). Так індекс ефективності мікроциркуляції в групі хворих на ГХ становив (1,13 ± 0,64) пф. ед., в контрольній групі (2,94 ± 0,81) пф. ед.. Виявлена динаміка показника свідчить про значний перерозподіл характеристик амплітудно-частотного спектру у вигляді зниження активних механізмів регуляції перфузії з підвищенням у бік пасивних у групі хворих на ГХ.

Висновки. Зниження максимальної амлітуди ендотеліальних коливань, відображає явище дисфункції мікроваскулярного ендотелію у хворих на ГХ. Зменшення індексу ефективності мікроциркуляції у хворих на ГХ вказує на виснаження активних механізмів регуляції мікроциркуляторного кровотоку, і як наслідок погіршення контролю за ефективністю перфузії тканин у хворих на ГХ ІІ стадії.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Хайменова Г. С., Потяженко М. М., Савченко Л. В.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Значна поширеність ХОЗЛ, недостатня ефективність існуючих методів лікування, а також зростання рівня інвалідизації та смертності серед населення визначають ХОЗЛ, як одну з найактуальніших проблем яка зумовлює необхідність розробки нових, більш ефективних, способів лікування.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність небулайзерного застосування препарату 0,02 % розчин декаметоксин та галотерапії в комплексному лікуванні хворих з інфекційним загостренням ХОЗЛ упорівнянні із традиційною протокольною терапією.

Матеріали і методи. У дослідження включено 45 хворих з ХОЗЛ I-II ст., в період інфекційного загострення, які були розподілені на три групи. Середній вік пацієнтів становив (42,5 ± 5,6) років. Діагноз встановлювався відповідно до наказів МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. та № 555 від 30.10.2013 р. 1-ша контрольна група (n = 15) отримувала базисну протокольну терапію, яка включала: левофлоксацин, симбікорт, ацетилцистеїн, доксофілін; 2-га група – основна (n = 15) якій додатково призначалась небулайзерна терапія 0,02 % розчином декаметоксину в дозі 5,0 мл двічі на добу протягом 10 днів. 3-тя група (n = 15) додатково до базисної і небулайзерної терапії призначався курс спелеотерапії на 10 днів. Ефективність лікування оцінювалась за динамікою клінічних-лабораторних показників, оцінка ступеня задишки – показником MRS.

Результати. При додаванні до базисної терапії декасану через компресорний небулайзер у хворих на ХОЗЛ відмічалась позитивна тенденція в перебігу захворювання (зменшення кашлю) на (3,1 ± 0,4) днів раніше, задишки на (2,5 ± 0,33), а в третій групі на (2,3 ± 0,26) днів та (1,9 ± 0,2) ніж в групі порівняння ($p < 0,05$), поліпшувалась якість життя пацієнтів. У хворих 3-ї групи відмічено достовірно значне зменшення ступеню обструкції бронхів, про що свідчить збільшення $ОФВ_1$ на 12,3 %, а також модифікованого індексу Тифно – на 11,5 %. Тоді як у хворих I групи відмічено збільшення $ОФВ_1$на 3,9 %, модифікованого індексу Тифно – на 4,1 % індексу, у хворих II групи відмічено збільшення $ОФВ_1$ на 7,3 %, модифікованого індексу Тифно – на 10,9 % ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, запропонована комбінація небулайзерної доставки 0,02 % розчину декаметоксину в комплексному лікуванні хворих на інфекційне загострення ХОЗЛ у поєднанні з галотерапією призводить до статистично значимого покращення клініко-лабораторних показників, зменшення строків лікування і покращення якості життя, попередженню рецидивів захворювання.

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРВІ

Хайменова Г.С., Потяженко М.М., Соколюк Н.Л.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) залишаються однією з найактуальніших медичних і соціально-економічних проблем в масштабах земної кулі, тобто є проблемою світового значення.

За офіційними даними МОЗ в Україні за рік реєструється 10-15 млн. хворих на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), у тому числі і на грип.

Метою було оцінка клінічної ефективності використовування інгібітора протеолізу – амінокапронової кислоти (АКК) та ефективність застосування небулайзерної терапії і інтраназального шляху введення препарату з профілактичною метою в період епідемічного підйому захворюваності на сезонний грип та інші ГРВІ.

Об`єкт і методи дослідження. В клініці внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з дерматовенерологією УМСА проводилась оцінка клінічної ефективності використання інгібітору протеолізу – АКК шляхом небулайзерної терапії та інтраназально. Досліджувалось 60 чоловік. Середній вік хворих складав (33,0 ± 2,7) років (59,4 % жінок та 40,6 % чоловіків). 1-група склала 20 осіб, яким з профілактичною метою була запропонована інтраназальна інстиляція 5 % розчину АКК по 2-3 краплі 4 рази на добу протягом 7 днів; 2-групу склали 20 осіб, яким була запропонована небулайзерна терапія з застосуванням 5 % розчину АКК в кількості 2 мл 1 раз на добу. Третя група 20 людей, контрольна, без профілактичних лікарських засобів.

Результати дослідження та їх обговорення. В 1-й групі з часом захворіли три особи на ГРВЗ. У них мали місце характерні клінічні прояви. Динамічні клінічні спостереження за особами 2-ї групи показали, що жоден із них не захворів на ГРВЗ протягом усього періоду епідемічного підйому захворюваності на грип та інші ГРВЗ. В 3-й групі захворіло 13 людей. Проведений в двох перших групах порівняльний аналіз деяких показників гуморального імунітетувиявив статистично достовірне підвищення рівня Ig G. До лікування рівень: Ig A-14,8 ум. Од./мл; Ig M-10,7 ум. Од./мл; Ig G-7,2 ум. Од./мл. Після лікування: Ig A-17,7 ум. Од./мл; Ig M-16,3 ум. Од./мл; Ig G-29,8 ум. Од./мл.

Висновки. В період епідемічного підйому захворюваності на ГРВІ з екстрено-профілактичною цілю доцільно рекомендувати приймання АКК шляхом небулайзерної терапії. Перспективою подальшої нашої роботи є раціональна розробка комбінованих схем лікування та профілактики ГРВІ, що підтверджується отриманими нами результатами досліджень.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФНОГО ЛОКУСА Taq1B ГЕНА CETP

Хайсам Абдалла, Масляева Л.В., Панченко Г.Ю., Нестерцова И.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – сравнить эффективность симвастатина (С) и аторвастатина (А) в комплексном лечении больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в зависимости от Taq1B полиморфизма гена белка-переносчика эфиров холестерина (ХС) – CETP.

Согласно дизайну исследования оба статина назначались постинфарктным больным к общепринятой базисной терапии. С (препарат «Вазилип», KRKA, Словения) назначался в суточной дозе 40 мг, А (препарат «Аторис», KRKA, Словения) – в суточной дозе 20 мг. Статины больные принимали в течение 3 месяцев. В исследовании приняло участие 110 пациентов. При этом носителями генотипа B1B1 полиморфного локуса Taq1B гена CETP были 31 человек, генотипа B1B2 – 58 и генотипа B2B2 – 21 пациент. Эффективность статинов оценивалась на основании изучения динамики показателей липидного обмена и суммарного уровня нитритов и нитратов в плазме крови (NO_x). Было установлено, что максимальный эффект С и А в виде выраженного гиполипидемического действия и достоверного уменьшения дисфункции эндотелия отмечался у больных с генотипами B1B1 и B1B2: наблюдалось достоверное снижение общего ХС, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), а также существенное повышение в крови NO_x. При генотипе B2B2 эффективность С и А была незначительной. Разница между статинами состояла лишь в том, что А в случае своей эффективности вызывал более выраженные позитивные изменения липидных показателей крови и более существенно уменьшал эндотелиальную дисфункцию, чем С. Так, А снижал общий ХС на 42,1 % (генотип B1B1) и 40,6 % (генотип B1B2), С – соответственно на 28,4 % и 25,2 %, ХС ЛПНП снижался под влиянием А на 47,2 % (B1B1) и 45,8 % (B1B2), под влиянием С – на 32,3 % и 27,0 %, ТГ – на 30,8 % (B1B1) и 27,7 % (B1B2) при лечении А и 11,6 % (B1B1) и 11,2 % (B1B2) при лечении С, ХС ЛПОНП – на 25,9 % (B1B1) и 22,7 % (B1B2) в случае применения А и 11,1 % и 10,2 % в случае использования С. Уровень NO_x к концу лечения А повысился на 39,5 % (B1B1) и 37,6 % (B1B2), при лечении С – соответственно, на 27,3 % и 25,9 %.

Таким образом, ни химическая структура статинов, ни особенности их фармакологических свойств не влияли на индивидуальную чувствительность постинфарктных больных к этому классу препаратов. По всей видимости, фактором, определяющим индивидуальную эффективность статинов, является генный полиморфизм.

РОЛЬ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ

Ходош Э.М., Sawssen Ben Ammar, Хорошун Д.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Концепция системной воспалительной реакции у больных хроническим обструктивным заболеванием лёгких (ХОЗЛ) относительно нова Определение ХОЗЛ гласит, что хроническое «abnormal» воспаление дыхательных путей возникает в ответ на экспозицию поллютантов. Основная локализация воспаления - малые дыхательные пути (< 2 мм), но активное нейтрофильное воспаление присутствует и в крупных бронхах и в легочной паренхиме, и в легочных сосудах. Воспалительный процесс чаще вызывается ингаляцией табачного дыма (12-15 пачек/лет), постоянно персистирует, даже после прекращения курения. Точные механизмы системного воспаления ХОЗЛ изучены недостаточно. Частой находкой является повышение уровня маркеров воспаления в периферической крови: С-реактивный белок (СРБ), фибриноген, лейкоциты, провоспалительные цитокины – ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, фактор некроза опухоли (ФНО) и другие. В качестве потенциальных системных проявлений ХОЗЛ рассматриваются кардиоваскулярные эффекты, среди которых фигурирует повреждение эндотелия с развитием эндотелиальной дисфункции, развитие хронического легочного сердца, атерогенез с формированием ишемической болезни сердца, артериальная гипертензия. Несмотря на многолетнее изучение данной клинической проблемы многие вопросы патогенеза, диагностики и лечения этого заболевания остаются дискуссионными.

Цель исследования – изучить роль маркеров системного воспаления ХОЗЛ и определить их взаимосвязь с клиническим течением данного заболевания.

Методы исследования: функция внешнего дыхания с постдилатационным тестом, ультразвуковое исследование сердца, определение содержания в сыворотке крови фактора некроза опухоли (TNF-альфа), ИЛ-8, СРБ, мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Нормальность распределения признаков рассчитана по критерию Шапиро-Уилка; использован t-критерий Стьюдента, проведен корреляционный анализ по Пирсону. Обследовано 90 пациентов в возрасте от 44 до 81 года. Обследуемые больные курили 15-50 пачек/лет.

Выводы. Выраженность системного воспаления на каждой последующей стадии тяжести ХОЗЛ, отражающей прогрессирование данной патологии, увеличивалось в 2 раза ($p < 0{,}005$), что обуславливало необходимость определения маркеров системного воспаления для оптимизации терапии ХОЗЛ, способствующей предупреждению обострений, повышению эффективности реабилитационных мероприятий и качества жизни больных.

ДИНАМІКА ЕКГ ПОКАЗНИКІВ ІШЕМІЇ МІОКАРДА ПРИ РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧУ ХВОРОБУ

Хомазюк І.М., Габулавічене Ж.М.

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

Гіпертонічна хвороба (ГХ) займає другу після ішемічної хвороби серця (ІХС) позицію в числі причин ішемії міокарда. Важливим наслідком закономірної для ГХ гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) може бути порушення міокардіальної перфузії навіть за відсутності стенозування коронарних судин. Динаміка цих процесів особливо актуальна.

Ціль: провести порівняльний аналіз даних холтеровського моніторування у хворих на ГХ з нормальною масою міокарда і ГЛШ, визначити особливості і взаємозв'язок ішемії міокарда з морфофункціональними характеристиками міокарда.

Об'єкт і методи. Обстежено 440 хворих на ГХ I-II ст., середній вік – (56,2 ± 0,5) років. В комплекс досліджень включено добове моніторування електрокардіограми, ехокардіографія (ехоКГ). Взаємозв'язок досліджуємих параметрів оцінювали на основі кореляційного аналізу.

Результати. Головна ознака ішемії міокарда – депресія сегменту ST зареєстрована у 23,1 % хворих на ГХ з ГЛШ, за відсутності у них інших змін, що могли бути її причиною. У хворих з нормальною масою міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) епізодів ішемії міокарда не реєстрували. За особливостями епізоди ішемії були переважно короткими, безсимптомними і виникали при навантаженні. В окремих випадках відбувалося поглиблення існуючої депресії, частіше при зростанні ЧСС. Глибина депресії сегменту ST в середньому становила (1,3 ± 0,3) мм, кількість епізодів – (2,8 ± 0,3) на одного хворого, тривалість – (9,3 ± 1,8) хв. При формуванні значної ГЛШ тривалість ішемії на одного хворого за добу збільшувалася до (54,6 ± 14,1) хв. і переважала на 38,1 хв. дані при помірній ГЛШ. Кількість епізодів відповідно становила (3,1 ± 0,4) і (2,4 ± 0,3) і вони були довшими до 7,9 хв. ($p < 0,05$). Порівняльний аналіз отриманих даних показав, що у хворих з ішемією міокарда достовірно більшою була ММЛШ. При ішемії міокарда ≥ 20 хв. у 75 % хворих встановлена значна ГЛШ, проти 39 % у хворих з меншою тривалістю ішемії. У них індекс маси міокарда (ІММ) в середньому становив (171,8 ± 4,4) г/м^2, більшою була товщина задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ) на 0,8 мм, міжшлункової перетинки (МШП) – 0,9 мм ($p < 0,05$) У 31,3 % проти 21,7 % товщина міокарда перевищувала 14 мм. Встановлено тісну кореляцію між тривалістю ішемії міокарду і ММЛШ, ІММ, ТЗСЛШ, ТМШП.

Висновок. Отримані дані дають підстави вважати ГЛШ предиктором розвитку ішемії міокарда у хворих на ГХ. Динаміка ознак ішемії міокарду була тим значнішою, чим більше зростала маса міокарда.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ СТАБИЛЬНОМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ КОНТРОЛЕ

Хомазюк И.Н., Настина Е.М., [*]Хомазюк В.А

ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины», [*]Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Изменение диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) сердца относится к ранним последствиям гипертонической болезни (ГБ) и существенно влияет на формирование сердечной недостаточности. Информация относительно динамики этого процесса ограничена.

Цель. Изучить динамику показателей ДФ ЛЖ и возможности уменьшения её нарушений в процессе регулярного лечения у больных ГБ.

Объект и методы. Обследованы 128 больных ГБ II ст., средний возраст – (56,2 ± 0,5) лет. Группу наблюдения составили больные ГБ с диастолической дисфункцией (ДДФ), сравнения – с исходно нормальной ДФ. Комплекс обследования включал суточное мониторирование артериального давления (АД), эхокардиографию. Сравнительный анализ динамики изучаемых показателей осуществляли в течение 2 лет лечения на основе ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ).

Результаты. Частота ДДФ возрастала с прогрессированием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и на уровне значительной ГЛЖ достигала 70,8 %. Преобладала ДДФ по типу нарушения релаксации. В группе наблюдения изоволюметрическое расслабление (IVRT) удлинялось до (115,3 ± 3,8) мс при (91,9 ± 3,3) мс в группе сравнения. Соотношение максимальной скорости раннего и позднего наполнения (Е/А) уменьшалось до (0,69 ± 0,02) при (1,32± 0 ,02) у.е. в группе сравнения. Лечение на основе иАПФ демонстрировало достоверные изменения показателей ДФ. При приеме эналаприла малеат 20-40 мг Е/А возрастало до (1,09 ± 0,03) у.е., IVRT уменьшалось до (100,4 ± 2,8) мс ($p < 0,05$), периндоприла 5-10 мг – соответственно (1,12 ± 0,3) у. е. и (98,5 ± 6,4) мс ($p < 0,05$). Изменение показателей ДФ ассоциировалось с хорошим антигипертензивным эффектом, уменьшением массы миокарда (ММ) на 39,9 г для эналаприла и 49,2 г – периндоприла, её индекса (ИММ) – 15 и 26,5 г/м^2, толщины задней стенки (ТЗС) ЛЖ – 0,3 и 0,5 мм, межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 0,4 мм и 0,7 мм. Установлена тесная корреляция между Е/А, IVRT и АД, ММ ЛЖ, ИММ, ТЗС ЛЖ, ТМЖП.

Вывод. Больные ГБ с ДДФ требуют жесткого антигипертензивного контроля. Динамика лечения на основе иАПФ эналаприла и периндоприла демонстрирует достоверное уменьшение IVRT и нормализацию соотношения раннего и позднего диастолического наполнения.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Христич Т.Н.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки чутко реагирует на ишемические и гипоксические нарушения, особенно при атеросклеротических изменениях сосудов брюшной полости, при коронарном атеросклерозе и периферических сосудов головного мозга, когда при инсультах появляются стрессовые язвы. **Целью работы** было изучить частоту эрозивно-язвенных поражений при хроническом панкреатите (ХП) в сочетании с ИБС (как клинического проявления коронарного склероза).

Материалы и методы исследования. Обследовано 57 больных с ХП в сочетании с ИБС в возрасте от 34 до 71 года (52,5 ± 3,4 года), мужчин – 39 (68,4 %), женщин – 18 (31,6 %). Диагноз ХП верифицировали согласно Приказа МЗ Украины от 13.06.2005 № 271. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит», а ИБС – согласно Приказа МЗ Украины от 03.07.2006 № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія».

Результаты и обсуждение. Анализ анамнестических данных, полученных при анализе амбулаторних карт путем опроса и соответствующего обследования показал, что у 18 человек (31,6 %) не виявлено эрозивно-язвенных дефектов слизистой желудка и ДПК. У 11 больных (19,3 %) диагностирована ГЭРБ (неязвенный вариант – у 7 (58,3 %), язвенный – у 4 (41,7 %) пациентов), у 17 (29,8 %) человек – хронический гастродуоденит, причем у 8 (41,2 %) – эрозивный. Больных с клинической картиной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, подтвержденной эндоскопическими и рентгенологическими методами насчитывалось 21 (35,26 %) пациент. Полученные данные могут быть обусловлены возрастным цензом, давностью заболеваний, при которых нарушается микроциркуляция, структура поверхностно-эпителиального слоя слизистой желудка и ДПК, что приводит к несостоятельности APUD-системы и, соответственно, регуляторной роли интестинальных гормонов, гормонов поджелудочной, щитовидной и паращитовидной железы, приемом лекарственных средств, особенно НПВП.

Вывод. Коморбидное течение ХП в сочетании с ИБС сопровождается эрозивно-язвенными дефектами слизистой оболочки желудка и ДПК в 68,45 случаев, что необходимо учитывать при определении диагностических критериев и тактики лечения с целью предупреждения гастродуоденальных событий, которые клинически могут быть завуалированы, недиагностированы и привести к летальному исходу.

ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Хуснутдінова Л.О.

Казанський державний медичний університет, Росія

Ураження нирок при системних захворюваннях, до яких відносяться системний червоний вовчак (ВКВ) та ревматоїдний артрит (РА), є серйозною проблемою, яка часто визначаэ тяжкість і прогноз хвороби.

У зв'язку з цим набуває актуальності застосування у таких пацієнтів навантажувальних проб, що дозволяє виявити ранні стадії нефропатії при відсутності клінічних ознак ураження нирок.

Метою дослідження було визначення функціонального ниркового резерву (ФПР) у хворих ВКВ і РА без клінічних проявів вторинної нефропатії.

Матеріали і методи: обстежено 12 пацієнтів з встановленим діагнозом ВКВ, 11 жінок і 1 чоловік, і 9 пацієнтів з РА, 7 жінок і 2 чоловіків, групи були порівнянні за віком і тривалістю захворювання. Ніхто з пацієнтів не отримував нефропротективну терапію. ФПР визначався з використанням проби з гострим навантаженням инфузією допаміну в дозі 1-3 мкг/кг/хв. статистична обробка результатів проводилася з використанням програми Statistica 6.0.

Результати: в середньому в групах ВКВ і РА ФПР істотно не відрізнявся і був розцінений як збережений ((12,8 ± 30,7) і (11,8 ± 53,3) відповідно). При докладному аналізі стану ФПР було виявлено, що в групі ВКВ у 6 пацієнтів (50 %) ФПР був суттєво знижений і склав в середньому –(35,2 ± 23,3) %, у решти пацієнтів ФПР був збереженим. Аналогічна ситуація спостерігалася і в групі РА: у 55,6 % пацієнтів констатували зниження ФПР, в середньому – (12,1 ± 7,0) %, при цьому ступінь зниження ФПР була значно менша, ніж у групі пацієнтів з ВКВ ($p < 0, 01$). При подальшому кореляційному аналізі в підгрупах зі зниженим ФПР була виявлена пряма залежність ступеня зниження резерву від тривалості захворювання ($p < 0,05$) і взаємозв'язок ФПР та клініко-лабораторної активності захворювання, що не отримало статистичного підтвердження.

Висновки: у пацієнтів з ВКВ і РА при проведенні проби навантаження з допаміном у великому відсотку випадків виявляється зниження ФПР, що свідчить про наявність ураження нирок на ранній доклінічній стадії і визначає потребу в нефропротективній терапії. У пацієнтів з ВКВ виснаження ФПР виражено сильніше, ніж при РА. При обох захворюваннях зниження ФПР пов'язано з тривалістю хвороби.

ДЕЯКІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ СТАНУ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ ЗА ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА БЕЗ НЕЇ

Хухліна О.С., Мандрик О.Є., Дрозд В.Ю.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою дослідження було з'ясування клінічних та патогенетичних особливостей перебігу НАСГ, ліпідного обміну за коморбідності із ГХ II стадії у порівнянні з ізольованим перебігом НАСГ.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 120 хворих на НАСГ: з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням I ступеня (1 група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому. Середній вік пацієнтів склав (43,2 ± 5,31) років, чоловіків було 50, жінок 70 осіб.

Результати дослідження. Аналізуючи показники ліпідного обміну у обстежених хворих, слід вказати на деякі особливості встановленого ліпідного дисбалансу у хворих на НАСГ та НАСГ із ГХ та ожирінням. Зокрема, вміст загального ХС у 1а та 1в групах, хоча і перевищував показник у ПЗО у 1,4 та 1,2 раза ($p < 0,05$), все ж залишався нижчим від аналогічних показників у групах порівняння, де зростання склало відповідно: у 2а групі – 1,5 раза та у 2в – у 1,4 раза ($p < 0,05$). Загальна гіперхолестеролемія мала таку ж тенденцію, як і вміст у крові ЛПНГ, які також максимально перевищили показник у ПЗО у 2а та 2в групах – відповідно, у 1,8 та 1,7 раза ($p < 0,05$), проти 1,6 та 1,5 раза у 1а та 1в групах ($p < 0,05$). Слід також вказати на той факт, що із зростанням ступеня активності цитолізу вміст у крові ХС та ЛПНЩ знижувався у обох групах порівняння, однак за коморбідності із ГХ – зростав, що може бути важливим прогностичним чинником прогресування атеросклерозу у даної категорії хворих. Нами встановлено також вірогідне зниження показника вмісту у крові ЛПВГ у хворих усіх груп порівняння із максимальним зниження у 2-й групі хворих ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, коморбідність НАСГ з ГХ на характеризується вірогідною більш високою гіперхолестеролемією та зростанням проатерогенних ЛПНЩ, ніж при ізольованому перебігу НАСГ на фоні менш значної гіпертриацилгліцеролемії. Коморбідний перебіг НАСГ із ожирінням та ГХ супроводується дисбалансом ліпідного обміну.

РУТИННАЯ ПРАКТИКА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Целуйко В.И., Матузок О.Э., Дьолог Н.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Цель: оценка качества выполнения Рекомендаций Ассоциации кардиологов Украины относительно ведения пациентов с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Произведен анализ 100 историй болезни пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия по поводу острого инфаркта миокарда (ОИМ). Помощь, оказанная бригадами скорой помощи, оценивалась на основании предоставляемых ими сопроводительных листов. При анализе медицинской документации оценивали: использование двойной антитромбоцитарной и антикоагулянтной терапии (в т.ч. нагрузочных доз), бета-адреноблокаторов и статинов в соответствии с рекомендациями. Статистическую обработку проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 8.0 (StarSoft Inc, США), Microsoft Office Exel 2003.

Результаты и обсуждение. До поступления в стационар аспирин в нагрузочной дозе 150-500 мг был назначен только 55 больным, клопидогрель в нагрузочной дозе 300 мг – 18 больным, оба дезагреганта в нагрузочных дозах получили только 6 больных. Отмечены случаи назначения нагрузочной дозы клопидогреля, когда она была не показана ввиду пожилого возраста больных. Антикоагулянты на догоспитальном этапе у 20 больных не применялись. Избыточные дозы антикоагулянтов были введены догоспитально 15 больным, недостаточные – 15 больным, то есть 35 больных до поступления в стационар не получили достаточной в соответствии с Рекомендациями антикоагулянтной терапии. 18 больных получили догоспитально фондапаринукс подкожно. Догоспитальный тромболизис был проведен 11 больным, из них только 1 больной одновременно с введением тенектеплазы получил адъювантную терапию в полном соответствии с рекомендациями. У 7 больных догоспитально применялись бета-адреноблокаторы, в том числе парентерально; статины на этапе скорой помощи не назначались. В общем, только 3 больных из 100 догоспитально получили адъювантную терапию в полном соответствии с Рекомендациями.

Выводы. Ведение больных ОИМ с подъемом ST на догоспитальном этапе характеризуется отклонениями от Рекомендаций у 97 % больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Черкасова О.Г., Данилова А.В., Кондратьева А.В., *Костюченко Е.И.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,

**КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС»*

Актуальность: лечение заболеваний печени остается достаточно сложной задачей, несмотря на очевидные достижения гепатологии.

Цель: оценить эффективность применения препарата Фосвоглив при хронических заболеваниях печени (ХЗП).

Материалы и методы: обследовано 40 больных с ХЗП: стеатогепатитом, токсическим гепатитом, циррозом печени. Средний возраст пациентов – (53,5 ± 3,5) лет; мужчин – 24, женщин – 16. Пациенты были распределены на две группы, сопоставимые по полу и возрасту. Все пациенты получали терапию согласно действующим протоколам МЗ Украины. Пациенты 1-ой группы в качестве гепатопротектрной терапии получали лечение Фосфогливом, зарегистрированной в Украине комбинации глицирризиновой кислоты и эссенциальных фосфолипидов. Препарат вводили внутривенно (в/в) струйно по 2,5 грамма 2 раза в день, 10 дней. Пациенты 2-ой группы получали эссенциальные фосфолипиды в/в. Эффективность лечения оценивали по динамике основных клинических и биохимических показателей (уровень билирубина, активность аланиновой (АлАТ) и аспарагиновой (АсАТ) аминотрансфераз).

Результаты: при поступлении боль и тяжесть в правом подреберье отмечали 90 % больных 1-й группы и 85 % – во второй; диспепсический синдром – 85 % и 80 % пациентов соответственно; слабость, утомляемость, нарушение сна – 40 % больных 1-й группы и 45 % больных 2-й группы. После курса лечения у 90 % 1-й группы и 85 % 2-й группы улучшилось самочувствие, у 65 % (1-я группа) и 60 % (2-я группа) купирован болевой синдром, у 75 % больных 1-й группы и у 65 % 2-й группы не отмечено диспепсии. Проведенная терапия достоверно привела к снижению активности АсАТ и АлАТ у большинства пациентов обеих групп (90 % и 85 %, соответственно): в 1-й группе АсАТ – (68,2 ± 8,4) МЕ/л против (33,5 ± 5,3) МЕ/л – до лечения , АлАТ – (81,1 ± 10,3) МЕ/л и (45,1 ± 7,1) МЕ/л. Во 2-й – АсАТ – с (70,4 ± 7,9) МЕ/л до лечения и (38,5 ± 4,9) МЕ/л - после, АлАТ – с (79,6 ± 9,3) МЕ/л и (47,1 ± 6,1) МЕ/л, соответственно. Уровень билирубина снизился с (107,7 ± 9,6) мкмоль/л до (45,8 ± 7,1) мкмоль/л в 1-й группе и с (102,8 ± 7,3) мкмоль/л до (58,1 ± 8,3) мкмоль/л во 2-й группе.

Выводы: применение препарата Фосфоглив в комбинированной терапии приводит к снижению клинико-биохимической активности у больных ХЗП. Препарат Фосфоглив можно рекомендовать для лечения больных с ХЗП различной этиологии.

ЕНЗИМОДІАГНОСТИКА СТУПЕНЮ ІШЕМІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ ПАРЕНХІМИ НИРКИ У ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТІАЗ ІЗ ОБСТРУКЦІЄЮ СЕЧОВОДУ

Черненко В.В., Мигаль Л.Я., Нікуліна Г.Г., Ладнюк Р.Є., Желтовська Н.І., Клюс А.Л., Сербіна І.Є., Савчук В.Й., Черненко Д.В.

Державна установа "Інститут урології НАМН України, м. Київ

Як відомо, поширеність нефролітіазу (НЛ) в Україні складає майже 40 %. Обструктивне ураження конкрементом сечоводу у хворих на НЛ призводить до розладу уродинаміки, гемодинаміки і мікроциркуляції з боку обструкції та як наслідок – до розвитку гіпоксично-ішемічних ушкоджень паренхіми нирки. Ступінь цього ушкодження суттєво коливається, що й обумовлює актуальність своєчасної його діагностики та відповідно своєчасного лікування. Зважаючи на те, що нирки є найбільшим джерелом ензимів, які виявляються у сечі, визначення активності ензимів сечі на сьогодні вважається найбільш інформативним та неінвазивним методом, що об'єктивно відбиває стан гіпоксично-ішемічних порушень у паренхімі нирки.

Мета дослідження – визначити можливість оцінки ступеня ішемічного ушкодження паренхіми нирки у сечі хворих на НЛ із обструкцією сечоводу за рівнем активності лізосомних канальцевих ферментів N-ацетил-β-D-глюкозамінідази (НАГ) та β-галактозидази (β-Гал), що мають певні реноспецифічні властивості.

Обстежено 53 хворих віком від 17 до 65 років з верифікованим діагнозом – НЛ, перебіг якого було ускладнено обструкцією сечоводу конкрементом, та 30 практично здорових осіб того ж віку. Сечу для дослідження отримували із ниркової миски, яку отримували під час катетеризації або під час операції.

Встановлено, що у разі збільшення рівнів НАГ вище за контрольні значення у середньому у 2,5, а β-Гал у 1,5 раза діагностують перший або початковий, у 3,5 та відповідно у 2,0 рази – другий або помірний та у 4,5 та відповідно у 2,5 раза – третій або виражений ступінь ішемічного ушкодження паренхіми нирки.

Таким чином, отримані дані свідчать про можливість використання рівнів активності НАГ та β-Гал у сечі хворих на НЛ щодо диференціації ступеня ішемічного ушкодження паренхіми нирки, зокрема канальцевого відділу нефрону, та визначення на цій підставі обсягу та тривалості необхідних лікувальних заходів для оптимізації безпосередніх та віддалених результатів оперативного втручання.

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Чимпой К.А., Дяк М.В., Зінків Л.І., Ткачук В.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За сучасними уявленнями, ендотелій – не просто бар'єр або фільтр, а й активний паракринний орган, дифузно розсіяний по всіх тканинах, що синтезує субстанції, важливі для контролю згортання крові, регуляції тонусу й артеріального тиску, фільтраційної функції нирок, скоротливої активності серця, метаболічного забезпечення мозку, контролює дифузію води, іонів, продуктів метаболізму. Отже, покращення функції ендотелію сприятиме оптимізації перебігу основного захворювання.

Мета нашої роботи полягала у дослідженні динаміки показників функціонального стану ендотелію у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки на тлі застосування селеновмісного препарату триовіт.

Обстежено 28 хворих на ХДЗП. Хворі були поділені на дві групи: у групу порівняння увійшли 12 пацієнтів з ХДЗП, яким проводилася загальноприйнята терапія (дієтичне харчування (стіл № 5), гепатопротектори (гепабене, есенціале Н), лактулоза (за потреби), фуросемід, верошпірон (залежно від наявності та ступеня прояву асцитично-набрякового синдрому); з дезінтоксикаційною метою використовувався 0,9 % розчин натрію хлориду, 5 % розчин глюкози, реосорбілакт внутрішньовенно краплинно). До основної групи включено 16 пацієнтів, які поряд із базисною терапією отримували селеновмісний препарат триовіт.

Отримані результати оброблені за допомогою програми Biostat із використанням t-критерію Стьюдента.

Встановлено, що у хворих на ХДЗП рівень стабільних метаболітів NO в плазмі крові вірогідно зменшувався на 34,3 % ($p < 0,001$), а кількість десквамованих ендотеліальних клітин у периферичній крові статистично значуще зросла у 1,8 раза ($p < 0,001$), що вказує на участь ендотелійзалежних механізмів у патогенезі ХДЗП.

Після комплексного лікування хворих на ХДЗП виявлено зростання вмісту стабільних метаболітів NO на 44,1 % ($p < 0,001$) та на 31,3 % ($p < 0,01$) – у хворих групи порівняння. Кількість десквамованих ендотеліоцитів у периферичній крові в основній групі змешувалася на 29,1 % ($p < 0,001$), в групі базисної терапії – на 19,7 % ($p < 0,001$) після 1 місяця лікування.

Таким чином, застосування селеновмісного препарату триовіту у комплексному лікуванні хворих на ХДЗП усуває прояви ендотеліальної дисфункції, що підтверджується вірогідним зростанням вмісту NO в плазмі крові та зниженням показника ендотеліоцитемії.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТИРАДИКАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Чимпой К.А., Злотар О.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Загальновідомо, що активація вільнорадикального пероксидного окиснення ліпідів та білків відіграє важливу роль в патогенезі хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП). Водночас особливості показників системи про- та антиоксидантного захисту у хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного гомеостазу залишаються поза увагою науковців.

Мета нашої роботи полягала у з'ясуванні особливостей показників про- та антиоксидантної систем плазми крові хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного забезпечення організму.

Обстежено 82 хворих на ХДЗП та 20 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Хворі на хронічний гепатит та цироз печінки вірусної етіології, хворобу Вільсона-Коновалова, природжену недостатність α_1-антитрипсину, ідіопатичний гемохроматоз, автоімунний гепатит у дослідження не включалися.

Вірогідність різниці середньої арифметичної та її похибки між групами дослідження визначали за допомогою двостороннього непарного t-критерію Стьюдента.

Проведеним дослідженням встановлено вірогідне зростання в плазмі рівня малонового альдегіду (на 30,78 %, $p < 0,001$) та ступеня окисної модифікації білків (на 45,4 %, $p < 0,001$) в обстежених хворих порівняно з контролем. В ході аналізу показників антиоксидантної системи плазми крові в основній групі відмічене помітне зростання рівня церулоплазміну (на 68,7 % ($p < 0,001$) та пригнічення активності каталази (у 1,3 раза, ($p < 0,001$)), глутатіонпероксидази (32,4 %, $p < 0,001$)) та глутатіонредуктази (47,1 %, $p < 0,001$), на тлі зниження рівня відновленого глутатіону (на 55,5 %, $p < 0,001$). Про виснаження захисних механізмів організму також свідчило вірогідне зниження показника загальної антиоксидантної активності крові (на 7,1 %, $p < 0,01$).

Отже, у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки із порушенням тиреоїдного гомеостазу виникають зміни з боку про- та антиоксидантної систем плазми крові, що супроводжуються інтенсифікацією процесів пероксидації на тлі розбалансування системи протирадикального захисту.

СПЕКТР БАКТЕРІАЛЬНОЇ ФЛОРИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Чуб О.І., Більченко О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

В Україні щорічно збільшується поширеність інфекцій сечової системи (ІСС), переважно за рахунок хронічного пієлонефриту (ХП), оскільки на його долю в структурі вказаної групи хвороб припадає більше 90% випадків. ІСС діагностуються практично у кожного четвертого хворого цукровим діабетом (ЦД), що у 2-3 рази частіше, ніж в загальній популяції. Підвищення частоти виникнення ІСС у пацієнтів з ЦД пов'язують з наступними факторами: хронічна гіперглікемія, глюкозурія, мікроальбумінурія, діабетична нейропатія сечового міхура, тривалість ЦД, порушення в імунній системі.

Тому **метою** дослідження було вивчити бактеріальний спектр сечі у хворих на ХП, що поєднується із ЦД 2 типу.

Було обстежено 71 хворих на ХП, з них – 31 (43,7 %) із супутнім ЦД 2 типу. Серед хворих було 58 (81,7 %) жінок і 13 (18,3 %) чоловіків. Середній вік обстежених – (61,8 ± 14,7) років. Усім пацієнтам проводилося стандартне клінічне обстеження, включаючи бактеріологічне дослідження сечі із визначенням флори і чутливості до антибактеріальних препаратів (АБП).

Домінуючим збудником ХП була виявлена Грам-негативна флора, сімейство Enterobacteriaceae (75 %), серед якого найрозповсюдженим патогеном була E.coli (71 %) та K. pneumoniae (56,8 %); грам-позитивна флора (стафілококи, ентерококи) виділилася у 15 % хворих, у 10 % – визначилася мікст-інфекція (2 збудника та більше). При визначенні чутливості виділених збудників до АБП у пацієнтів на ХП без супутнього ЦД 2 типу, найбільш високу інгібуючу активність in vitro продемонстрували фторхінолони (78 %), цефалоспорини (55 %) та захищені амінопеніциліни (39,5 %), тоді як у хворих із ХП та ЦД 2 типу вищевказані АБП мали меншу інгибуючу активність, а 25 % виділених штамів (переважно E.coli) взагалі не були чутливі до них. При подальшому аналізі резистентних штамів встановлено, що вони стійкі до 6-10 АБП.

Спостерігається зниження бактеріологічної ефективності АБП терапії у хворих на ХП із супутнім ЦД, що було передумовою для подовження лікування та /або заміни антибіотика.

Результати дослідження свідчать про необхідність подальшого вивчення патогенних мікроорганізмів в етіології ХП, особливо на тлі ЦД та визначення їх чутливості до АБП, що повинно стати основою для моніторингу за циркуляцією резистентних штамів.

ВПЛИВ ПЕНТОКСИФІЛІНУ НА ВМІСТ ЕЙКОЗАНОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, ПОЄДНАНОЮ З ХРОНІЧНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Чумак Ю.Ю., Победьонна Г.П., [*]Ревунова Н.В., [*]Андреєва З.Б.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»,

[*]Луганська обласна клінічна лікарня, Україна

Вступ. Поєднання бронхіальної астми (БА) та хронічного неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) часто зустрічається в клінічній практиці. Зміни вмісту ейкозаноїдів є важливою ланкою патогенезу при обох захворюваннях, а пошук напрямів їх корекції – актуальним для підвищення ефективності лікування такої коморбідності.

Мета роботи: вивчити вплив пентоксифіліну на вміст тромбоксану B_2 ($ТхВ_2$) у сироватці та сечі хворих на БА, поєднану з НАСГ.

Матеріал та методи дослідження. Під спостереженням знаходились 48 хворих на загострення БА, поєднаної з НАСГ, середнім віком (34,5 ± 3,2) р., які були розподілені на 2 групи. Досліджені I групи (25 осіб) отримували лікування згідно існуючим протоколам, в II (23 пацієнти) – до базисних засобів був добавлений пентоксифілін («Агапурін-ретард») у дозі 400 мг 1 раз на добу протягом 10 днів. Вміст $ТхВ_2$ досліджували у сироватці крові та сечі хворих методом імуноферментного аналізу. Контрольну групу склали 32 практично здорових особи такого ж віку та статі.

Результати та їх обговорення. На початку лікування вміст $ТхВ_2$ у сироватці крові досліджених обох груп був порівняним і вищим за показник здорових осіб майже у 22 рази ($P < 0,001$). Рівень $ТхВ_2$ у сечі пацієнтів обох груп також не відрізнявся і був вищим за норму у 3 рази ($P < 0,01$). Після лікування у хворих II групи вміст $ТхВ_2$ у сироватці крові знижувався і був нижче за такий в I групі у 1,27 рази ($P< 0,05$). Рівень $ТхВ_2$ в сечі хворих обох груп зріс, більш суттєво – в II групі.

Висновки. При загостренні БА, поєднаної з НАСГ, рівень $ТхВ_2$ у сироватці і сечі хворих є суттєво підвищеним. Проведення базисного лікування із додаванням пентоксифіліну пацієнтам із БА, поєднаною з НАСГ, дозволило більш суттєво знизити рівні досліджених ейкозаноїдів, порівняно з хворими, які його не отримували.

МЕТФОРМИН И ПИОГЛИТАЗОН КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Шаенко З.А., Расин М.С.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Основой патогенеза атеросклероза, ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета 2 типа (СД2) являются: хроническое системное воспаление (ХВ), инсулинорезистентность (ИР) и индуцируемые ими дислипидемия и эндотелиальная дисфункция.

Нами изучено клиническое состояние и динамика маркеров ХВ: фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-а), интерлейкина 6 (ИЛ-6), индекса инсулинорезистентности (ИРИ) и липидов крови у 95 амбулаторных больных ИБС (стенокардии напряжения 1-2 функционального класса) и СД2 (39 мужчин и 56 женщин, средний возраст – (59 ± 8,0) лет) до-, через 3 и 6 месяцев после добавления комбинации метформина (МФ) (1,5-2,550 г/сутки) и пиоглитазона (ПГ) (30 мг/сутки) к стандартной комплексной терапии: изосорбида динитрат 20 мг 2 раза, ацетил салицилат 75 мг, амлодипин 10 мг, бисопролол 2.5-5,0 мг, аторвастатин 10 мг в сутки. МФ и ПГ после рандомизации получали 58 больных, контрольная группа – 37 больных, получала МФ и препарат сульфонилмочевины (СМ) – гликлазид (30-60 мг/сутки). Эффективность и безопасность терапии контролировалась путем постоянного мониторинга жалоб больных, переносимости физических нагрузок, потребности в приеме нитроглицерина, нуждаемости в госпитализации, уровня гликозилированного гемоглобина (НвА1с), тощаковой и постпрандиальной гликемии, ЭКГ, клинических анализов крови и мочи, функциональных проб печени и почек. ФНО-а, ИЛ-6 определяли с помощью наборов ЗАО «Виктор-Бест», Россия, ИРИ методом, предложенным в лаборатории И.П. Кайдашева, по соотношению НвА1с и С-пептида (наборы фирмы DRG, США) в крови больных натощак. Показатели углеводного и липидного обмена с помощью наборов фирмы «Био-Лахема-Тест», Чешская республика.

Результаты проведенного исследования свидетельствует о более высокой клинической эффективности комбинации МФ и ПГ, чем МФ и СМ, что выражалось в большем уменьшении количества жалоб больных, лучшей переносимости физической нагрузки, меньшей потребности в нитроглицерине, более значительном снижении уровня НвА1с, тощаковой и постпрандиальной гликемии. В течение 6 месяцев наблюдения ни один больной обеих групп не был госпитализирован. Клинические данные коррелировали с более значительным снижением уровня ФНО-а, ИЛ-6, ИРИ и индекса атерогенности в группе, получавшей МФ и ПГ. Это позволяет считать комбинацию МФ и ПГ средствами патогенетической терапии ИБС и СД 2 и рекомендовать ее для широкого применения.

DYNAMIC MONITORING OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF PERIARTICULAR TISSUES OF THE SHOULDER

Shamsutdinova NG, Kirillova ER

Kazan State Medical University, Rossiya

Pathology of periarticular tissues leading to the structure of the dystrophic-degenerative diseases of the shoulder. This defines the contribution to the clinical manifestations of the disease. In this regard, it is important evaluation of the dynamics of damage progression periarticular tissues in the treatment of patients.

Objectives. To determine the possibility of the tendon index shoulder to assess the pathology of periarticular tissues shoulder in dynamic monitoring of patients with pathology of periarticular tissues of the shoulder.

Methods. Were investigated 40 patients with pathology of periarticular tissues of the shoulder in routine outpatient practice. All patients underwent clinical and ultrasound investigation. Functional status was done using Constant index and Oxford questionnaire. To assess pain was used visual-analog scale (VAS) at rest, movement, and on palpation. Was used the tendon shoulder index for assessment the objective status.

Results. In assessing changes within 6 weeks tendon shoulder index correlated with the VAS, Constant index and Oxford questionnaire ($r = 0,03$, $p < 0,05$).

Conclusions. Index of tendon of shoulder is an effective method of dynamic monitoring of patients with pathology of periarticular tissues of the shoulder.

FREQUENCY OF DETACHED CARDIAC DRUGS PRESCRIBING IN PATIENTS OF DIFFERENT QRS COMPLEX DURATION CLASSES ON THE PERMANENT PACING BACKGROUND

Shanina I.V., *Volkov D.E., Yabluchansky N.I.
V.N. Karazin Kharkiv National University,
*SI "Zaytsev V.T. Institute of General and Emergency Surgery NAMS of Ukraine", Kharkiv

The frequency of beta-blockers, amiodarone, antiplatelet agents (acetylsalicylic acid), anticoagulants (warfarin), statins, angiotensin-converting enzyme inhibitors, diuretics and angiotensin II receptor antagonists prescribing was determined in 114 patients (56 – women, 58 – men) with permanent pacemakers in VVI/VVIR (40 patients), DDD/DDDR (26 patient), cardiac resynchronization therapy (14 patients) and separate group was made up of 34 patients with sinus sick syndrome in DDD/DDDR pacing mode in 3 QRS complex duration classes: 1 – under 119 ms (normal), 2 – 120-149 ms (elongate) and more than 150 ms (significantly elongate). The patients' average age was (69 ± 7) years. The results showed that the same groups of drugs are being prescribed as in patients with pacemakers as in patients without them. More frequent prescribing of beta-blockers was associated with prevention of the development of possible device-induced arrhythmias and chronic heart failure. More rare appointment acetylsalicylic acid and statins was associated with the lack of attention to therapeutic support. Frequency of prescribing most of used drugs in patients with implanted pacemaker increases with QRS complex duration class.

FUNCTIONAL BLOOD CIRCULATION VALUES IN PATIENTS WITH CRT IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN DIFFERENT QRS COMPLEX DURATION CLASSES

Shanina I.V., [*]Volkov D.E., Yabluchansky N.I.

V.N. Karazin Kharkiv National University, Medical School,

[*]SI " Zaycev V.T. Institute of General and Urgent Surgery NAMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Fourteen patients in age (69 ± 7) years who underwent CRT were examined. The indications for cardiac resynchronization therapy (CRT) were chronic heart failure (CHF) II-IV, left ventricular ejection fraction (LVEF) < 35 %, QRS complex duration more than 120 ms. The levels of systolic and diastolic blood pressure (BP), QRS complex duration as well as LVEF, end-diastolic volume (EDV) and end-systolic volume (ESV), the thicknesses of interventricular septum (IVS) and posterior wall (PW) of the left ventricle, the sizes of the left (LA) and right (RA) atrials and right ventricular (RV) were assessed before pacing therapy and in the early postoperative period (3-5 days after implantation). The stimulated QRS complex duration was measured in ECG leads II, V5, V6 and with selecting the highest measured value.

The patients were divided into 2 stimulated QRS complex duration classes: class 1 – 120-150 ms, class 2 – more than 150 ms. The data were brought into the Microsoft Excel base. For statistical evaluation of the results were used the parametric criteria (the mean – M, the average deviation – sd). The probability of differences between groups was determined using a non-parametric U-Mann-Whitney test. The likely result is determined by the levels of reliability $p < 0.05$.

CRT significantly reduced EDV and initially high ESV in both QRS complex duration classes, affected the initially reduced EF and contributed to its increase in class 3 ($p < 0.05$), the trend towards increasing was seen in class 2. CRT did not affect the interventricular septum and PW LV thicknesses, which of were the same value as before the implantation.

It was concluded that the severity of CRT beneficial effects was significantly better for patients with QRS ≥ 150 ms vs. patients with QRS < 150 ms. QRS complex duration was decreased by 15 % in class 1 and by 9 % in class 2.

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Шапкін В.Є.

Харківський національний медичний університет, Україна

Загальна практика – сімейна медицина є базисом первинної медико-санітарної допомоги. Одним з основних напрямків сімейної медицини є профілактична робота. Здійснення цього виду діяльності дозволить суттєво поліпшити стан здоров`я населення за рахунок зниження захворюваності, кількості ускладнень та інвалідизації.

Метою даної публікації є висвітлення особливостей профілактичної роботи сімейних лікарів, спрямованої на попередження виникнення однієї з найрозповсюдженіших хвороб – метаболічного синдрому (МС). З урахуванням значних темпів зростання захворюваності на МС питання первинної профілактики цієї патології є достатньо актуальними.

При проведенні профілактичної роботи сімейні лікарі відбирають осіб з великою вірогідністю розвитку МС у майбутньому. Це пацієнти з обтяженою по цукровому діабету спадковістю, порушеною толерантністю до вуглеводів, артеріальною гіпертензією, атерогенними формами гіперліпідемій і надлишковою масою тіла. Сімейний лікар дає поради відносно корекції гіподинамії, ожиріння, стресів, надлишкового споживання висококалорійної їжі. Лікар загальної практики слідкує, що б даній категорії пацієнтів довгостроково не призначалися діабетогенні медикаментозні засоби (тіазидні діуретики, центральні симпатолітики, адреноміметики, цитостатики, саліцилати, глюкокортикоїди). Особлива увага приділяється особам у віці 40-60 років і вагітним. Важливою ланкою профілактичної роботи є своєчасне лікування вірусних інфекцій. В процесі проведення даного виду роботи лікар загальної практики співпрацює з іншими фахівцями – ендокринологами, інфекціоністами, психотерапевтами, генетиками. Специфічним напрямком первинної профілактики є диспансеризація ендокринологами осіб з порушеною толерантністю до вуглеводів.

Широкомасштабне проведення заходів первинної профілактики у сімейній медицині дає можливість знизити темпи зростання захворюваності на МС, що, в свою чергу, зробить значний внесок у справу поліпшення стану здоров`я населення.

ВПЛИВ ЕНДОТОКСИКОЗУ ТА ОКСИДАНТНОГО СТРЕСУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ЗДАТНІСТЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Шаповал О.А., Яцишин Р.І., Скробач Н.В., Дрогомирецька О.І., Вишиванюк В.Ю.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Прогресування цирозу печінки (ЦП) пов'язане з посиленням фіброзоутворення, швидкість розвитку якого обумовлює прогноз захворювання. Основними активаторами фіброгенезу є оксидантний стрес, який характеризується посиленим утворенням вільних радикалів та ендотоксинемія.

Мета: оцінити вплив перекисного окислення ліпідів, ендотоксикозу на процеси фіброзоутворення та стан детоксикаційної функції печінки.

Матеріал і методи дослідження: Обстежено 95 хворих на ЦП у стадії А (42,5 % хворих) та В за Child-Pugh(57,5 %): 81 чоловіків та 14 жінок, середній вік хворих становив (47,7 ± 0,82) роки.

Пацієнтам проводились визначення стану ПОЛ за рівнями малонового альдегіду (МА) та дієнових кон'югат (ДК), вираженість ендогенної інтоксикації за рівнями бактеріального ендотоксину та середньо-молекулярних пептидів (СМП). Методом імуноферментного аналізу визначали рівень трансформуючого фактору росту-β1 (ТФР-β1) та ТІМП-1. Визначення детоксикаційної функції печінки проводили за допомогою ^{13}С-метацитинового дихального тесту (^{13}С-МДТ).

Результати дослідження: нами виявлено прямопропорційну лінійну залежність між рівнями бактеріального ендотоксину, $СМП_{254}$, $СМП_{280}$ та рівнем МА (відповідно $r = 0,69$; $r = 0,59$; $r = 0,61$; $p < 0,05$), прямий сильний кореляційний зв'язок між рівнями МА та ТФР-β1 ($r = 0,71$, $p < 0,05$) та зворотній достовірний між рівнем МА і показником сумарної концентрації $^{13}CO_2$ через 120 хвилин за даними ^{13}С-МДТ з коефіцієнтом кореляції $r = -0,71$ ($p < 0,05$). Встановлено прямий сильний кореляційний зв'язок між рівнями бактеріального ендотоксину та ТФР-β1 і ТІМП-1 ($r = 0,75$ і $r = 0,72$; $p < 0,05$), прямий зв'язок середньої сили між ТФР-β1 та $СМП_{280}$ і $СМП_{254}$ (відповідно, $r = 0,49$ та $r = 0,41$; $p < 0,05$). Також, виявлено зворотній достовірний сильний кореляційний зв'язок між показником сумарної концентрації $^{13}CO_2$ через 120 хвилин та рівнями бактеріального ендотоксину, $СМП_{280}$ ($r = -0,85$, $r = -0,79$ $p < 0,05$) та зворотній середньої сили зв'язок між рівнями ТФР-β1 та результатами оцінки детоксикаційної функції печінки за даними ^{13}С-МДТ ($r = -0,66$, $p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, у хворих на ЦП виявлено значну активізацію процесів ПОЛ, посилення метаболічної інтоксикації, що веде до стимулювання фіброзоутворення. Прогресування даних патогенетичних процесів приводить до подальшого зниження функціональної здатності печінки.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НПВС-ГАСТРОПАТИЯХ

Шараева М.Л.

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

Нами проанализированы подтвержденные причинно-следственной связью случаи (n = 72) желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) на фоне предшествующей терапии НПВС и ацетилсалициловой кислоты (АСК), их сочетаниями, что составило 16 % от общего числа поступивших в клинику на протяжении года больных.

Оценку ЖКК проводили согласно клинико-анамнестическим данным, подтвержденные эндоскопическим методом. По уровню снижения гемоглобина крови кровотечения различались на умеренные 72,5 % (n = 50) и выраженные/тяжелые 27,5 % (n = 19), фатальные кровотечения были отмечены у 5 пациентов, в основном, в первые сутки от поступления в стационар. Средний возраст составил (61,2 ± 2,14) года, у 88 % имелись сопутствующие заболевания (ИБС, заболевания суставов), преобладали мужчины – 69 % (n = 47). Отсутствие предшествующего язвенного анамнеза отмечено более чем у двух трети пациентов, при этом только 16 (23,19 %) принимали гастропротекторную терапию.

В 39,13 % случаев ЖКК отмечены при приеме НПВС: диклофенак и комбинации – 13,04%, кетопрофен – 11,59 %, нимесулид, анальгин, ибупрофен. При приеме АСК ЖКК возникали в 49,3 % случаев, и в комбинациях с клопидогрелем, с НПВС. Чаще выявляли одиночные язвы (68,12 %), две и больше – в 31,88% случаев. Острые язвы локализовались в желудке у 55 % пациентов, в двенадцатиперстной кишке ДПК – у 34,78 %, двойная локализация выявлена у 10,11 % больных. Множественное поражение обнаруживали в желудке в 8,8 раз чаще, чем в ДПК ($p < 0,05$). Тяжелые кровотечения чаще наблюдались при отсутствии предшествующей гастропротекции (32,8 % (n = 17) против 12,5 % (n = 2) случаев), а также несколько чаще при приеме НПВС (37,9 % (n = 11) случаев), чем АСК (у 20 % (n = 8) больных, $p = 0,099$, что может свидетельствовать в пользу большей безопасности современных препаратов АСК. Фатальные кровотечения наблюдались у лиц без язвенного анамнеза, соответственно, без предшествующей гастропротекции, при явно выраженной передозировке препаратов (16,67 % против 1,96 %, $p = 0,053$), а, главное, четко связанные с самолечением ($p < 0,05$). У 6 больных, принимавших АСК, превышена допустимая среднесуточная доза 325 мг, что привело к почти шестикратному увеличения тяжести кровотечения ОР (95 % ИД) = 5,8 (0,9-27,3), $p = 0,064$.

Нами выявлено, что излюбленной локализацией лекарственно-индуцируемых гастропатий является желудок, вместе с поражением ДПК, при отсутствии язвенного анамнеза и зависимости от возраста и пола пациентов. Бесконтрольный прием АСК и НПВС приводит к значительному возрастанию риска развития множественных язвенных повреждений желудка, а также тяжелых, в т.ч. фатальных кровотечений.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕМБРАНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПОЛИТИЧЕСКУЮ СИСТЕМУ ЛИМФОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ КРОВИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Шарипова Р.М., Касимова Г.М., Усанова С.Т.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Анализ механизмов воздействия низкоинтенсивного лазерного импульса (НИЛИ) и низкочастотной магнитотерапии (НЧМТ) показал, что их эффект частично реализуется через стабилизацию, в первую очередь, структурных компонентов плазматических мембран, возрастание трансмембранного потенциала и усиление транспорта ионов кальция, что приводит к стимуляции внутриклеточных процессов.

Цель исследования. Оценить мембранокоррегирующий эффект НИЛИ, НЧМТ и препарата метотрексат, относящегося к группе антиметаболитов, на липолитическую активность плазматических мембран лимфоцитов и тромбоцитов больных ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы. В исследовании использована кровь 50 больных РА. Определялась активность эндогенных фосфолипаз, проводились биохимические исследования и уровни интерлейкинов крови.

Результаты. Применение комбинированной мембрано-коррегирующей терапии, включающей в себя метатрексат, НИЛИ и НЧМТ, привело к более полной стабилизации структурно-функциональных параметров плазматических мембран лимфоцитов и тромбоцитов крови. Более стабильная нормализация нейтральных фосфолипидов, по сравнению с базисным лечением, сопровождалась аналогичным снижением гидрофильных метаболитов фосфолипидного обмена. Данная стабилизация, по-видимому, связана с тем, что под действием метатрексата подавлялась активность эндогенной фосфолипазы A_2, C и D. Стимуляция антиоксидантной защиты при использовании НИЛИ и НЧМТ способствовала уменьшению окислительных форм фосфолипидов в мембране, что привело к упорядочению липидного бислоя и тем самым затруднило доступ эндогенных фосфолипаз к точкам гидролиза. Выявленный механизм привел к снижению активности эндогенных фосфолипаз при комплексной мембранокоррегирующей терапии.

Выводы. В результате проведенной мембранокоррегирующей терапии отмечается определенная стабилизация структуры плазматических мембран лимфоцитов и тромбоцитов, уменьшение уровня мембрано-токсичных метаболитов, являющихся компонентами синдрома эндогенной интоксикации.

РОЛЬ ЛИПОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ТРОМБОЦИТОВ И ЛИМФОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Шаюсупова М.У., Касимова Г.М., Рахматуллаев Х.У.

ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Нарушение функционирования плазматических мембран может быть одной из причин патологического процесса при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Цель исследования: изучение активности липолитических ферментов тромбоцитов и лимфоцитов крови у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. Для обследования использовалась кровь 20 больных ХОБЛ. Определялась активность эндогенных фосфолипаз и фосфолипидный состав крови турбометрическим и иммуноферментным методом исследования, используя анализаторы фирмы «HUMAN» Германия.

Результаты. Развитие воспалительного процесса при ХОБЛ сопровождается снижением содержания основных фосфолипидов и накоплением в мембранах лимфоцитов и тромбоцитов ряда биологически активных метаболитов фосфолипидного обмена. Увеличение мембрано-токсичных фосфолипидов является неблагоприятным сигналом, так как эти фракции вызывают разрушение мембранных структур, нарушение их функции и вызывают гемолиз форменных элементов крови. Лизофосфолипиды оказывают свое повреждающее действие на эндотелий капилляров, что сопровождается развитием оттеков геморрагического и некротического характера, тем самым формируя один из механизмов возникновения синдрома эндогенной интоксикации у больных ХОБЛ.

Анализ выявленных мембранных нарушений в липидном бислое лимфоцитов и тромбоцитов при ХОБЛ показал, что в их основе лежит активация эндогенных фосфолипаз. С развитием ХОБЛ в лимфоцитах и тромбоцитах повышается активность эндогенных фосфолипаз A_1, A_2, C и D, при этом наблюдается снижение активности лизофосфолипазы. Накопление биологически активных метаболитов таких как холин, этаноламин свидетельствует о снижении антиоксидантных свойств липидного бислоя, так как наличие полярных оснований обеспечивает антиоксидантые свойства нейтральных липидов, что впоследствии способствует усилению процессов перекисного окисления при ХОБЛ.

Выводы. Наличие высокой активности эндогенных фосфолипаз при ХОБЛ является одним из механизмов провоцирующего усиления синдрома эндогенной интоксикации, участвующих в воспалительном процессе при ХОБЛ.

ВПЛИВ МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Шевчук С.Г., Осташевська Т.Г., Бичков О.А., Бишовець Р.В.

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

Хвороби серцево-судинної системи (ХССС) є основною причиною смерті в Україні як і в усьому світі. Щорічно від ХССС помирає біля 400 тисяч людей, що складає 66,3% від усіх смертей. В структурі смертності провідне місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС). Пріоритетними напрямками з покращення якості життя та прогнозу у таких хворих на XIII Національному конгресі кардіологів були прийняті рішення про подальше вивчення основних чинників розвитку ІХС, розроблені стандарти діагностики та лікування таких хворих.

Мета роботи – визначити вплив модифікації способу життя та лікування гіперліпідемії на клінічний перебіг ІХС (стабільна стенокардія напруги).

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проаналізовано результати біохімічного дослідження крові з визначенням ліпідного спектру у 92 хворих на ІХС: стабільну стенокардію, ФК II-III. Середній вік обстежених хворих складав (50,4 ± 3,2) роки, переважали особи чоловічої статі. Контрольну групу склали 35 здорових осіб рандомізованих за віком та статтю.

В результаті спостереження та аналізу результатів дослідження обстежених хворих, які знаходились в кардіологічному відділенні КМКЛ №3 м. Києва, при біохімічному дослідженні виявлено підвищення рівня ЗХС до (7,54 ± 1,04) ммоль/л, ХС ЛПНЩ – до (4,37 ± 0,79) ммоль/л та ТГ – до (1,77 ± 0,24) ммоль/л.

Обстежені пацієнти були рівномірно розподілені на 2 групи, які приймали стандартну терапію (β-адреноблокатори, антиагреганти та ін.). Пацієнти першої групи впродовж року ретельно дотримувались рекомендацій з модифікації способу життя та мотивовано постійно приймали аторвастатин в дозі 20-40 мг на добу з періодичним контролем (раз на 3 місяці) рівня ліпідів крові. При кінцевому обстеженні через 1 рік постійної терапії це призвело до стабілізації клінічних проявів ІХС та навіть до деякого зменшення функціонального класу стенокардії, а також сприяло досягненню цільових рівнів ліпідів крові.

Висновки. Нами встановлено, що модифікація способу життя є необхідним фактором для досягнення ефективного лікування хворих на ІХС, який необхідно використовувати вже на ранніх етапах захворювання на фоні медикаментозної терапії одного з основних чинників ризику – гіперліпідемії. Такі заходи дозволяють покращити якість життя хворих та зменшити ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.

ЗМІНИ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Шейко С.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Хронічна серцева недостатність (ХСН) з кардіоренальним синдромом (КРС) залишається досить актуальною проблемою. На сьогоднішній день одним з тестів, що дозволяють оцінити динаміку клінічного перебігу і визначати функціональний клас серцевої недостатності у даної категорії хворих є тест з 6-хвилинною ходьбою (ТШХ).

Мета – оцінити вплив комплексної терапії на толерантність до фізичного навантаження у хворих з ХСН і КРС в тесті з 6-хвилинною ходьбою.

Матеріал і методи. У дослідження включено 67 хворих з ХСН і КРС II-IV функціональних класів (ФК) за NYHA віком (66,8 ± 6,3) років. Хворі розподілені на дві групи, що не розрізнялися між собою за віком і статтю, тривалістю захворювання, клінічними проявами та ФК ХСН. До першої групи увійшли 32 пацієнти, що отримували комплексне лікування, яке включало стандартні засоби тривалої фармакотерапії ХСН (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, або блокатор рецепторів ангіотензину, петльовий діуретик торасемід і антагоніст альдостерону – спіронолактон) та корекцію анемічного синдрому. У випадках гіперхолестеринемії призначали аторвастатин. До другої групи було включено 35 хворих, яким додатково проводили корекцію ендотеліальної дисфункції із застосуванням бета-блокатора небівололу і L-аргініна гідрохлориду. При виконанні ТШХ оцінювали частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск і пройдену відстань.

Результати. У хворих 1-ї групи показники до та після лікування становили (275,3 ± 3,31) м і (271,1 ± 3,46) м (відмінності до та після лікування статистично не достовірні), в 2-й групі – (289,0 ± 5,41) м і (328,1 ± 5,04) м (відмінності до та після лікування статистично достовірні).

Висновки. Проведення корекції ендотеліальної дисфункції на тлі комплексного лікування ХСН у хворих з КРС сприяло збільшенню толерантності до фізичного навантаження на 39,1 м порівняно з групою, що отримувала лише комплексну медикаментозну терапію.

ЧИННИКИ РИЗИКУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Шкапо В.Л., Несен А.О., Грунченко М.М, Чирва О.В.

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

Мета – вивчити вплив чинників ризику (стать, паління, вживання алкоголю, надлишкова маса тіла) на показники якості життя (ЯЖ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено 95 хворих на ГХ з коморбідними захворюваннями - ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, серцева недостатність, цукровий діабет 2-го типу, хронічна хвороба нирок. Серед них 35 (36,8 %) чоловіків та 60 (63,2 %) жінок, середній вік яких склав - (60,5±0,4) років. ЯЖ вивчалась за результатами заповнення анкети SF-36. Кількісно оцінювали вісім показників: "фізичне функціонування" (ФФ); "вплив фізичного стану на рольове функціонування" (РФ); "інтенсивність болю" (ІБ); "загальний стан здоров'я" (ЗСЗ); "життєва активність" (ЖА); "соціальне функціонування" (СФ); "вплив емоційного стану на рольове функціонування" (РФЕ); "оцінка психічного здоров'я" (ПЗ). Ці шкали формують два загальних показники: "фізичний компонент здоров'я" (ФКЗ) та "психологічний компонент здоров'я" (ПКЗ).

Результати. Було встановлено вплив статі на ЯЖ у хворих на ГХ з коморбідною патологією. У жінок спостерігалися достовірно гірші показники ФФ (58,9 ± 3,4), ПЗ (50,9 ± 2,2) та ФКЗ (40,0 ± 1,2), ніж аналогічні показникі у чоловіків (79,6 ± 3,0); (63,1 ± 2,95); (45,5 ± 1,4) ($p < 0,05$). Показники РФ та СФ мали тенденцію до погіршення. ПКЗ достовірно не відрізнявся (39,7 ± 1,2) та (42,7 ± 1,8), відповідно ($p > 0,05$). Достовірного впливу паління на показники ЯЖ у обстежених встановлено не було. А от у пацієнтів, які вживали алкоголь показник ФКЗ був більшим, ніж у тих хворих, що алкоголю не вживали (45,0±1,3) та (39,7 ± 1,3) ($p < 0,005$). Також визначено, що у хворих з ожирінням II ступеню ЯЖ статистично не відрізнялася від ЯЖ при ожирінні I ступеню, але була дещо нижче за такими показниками, як ФФ (на 4,62 %), ЗСЗ (на 6,54 %), СФ (на 5,27 %), ПЗ (на 3,38 %). При порівнянні ЯЖ хворих з ожирінням II та III ступеню було виявлено незначне зниження ЯЖ за всіма шкалами в другій категорії хворих. ЯЖ хворих з ожирінням III ступеню було достовірно нижче за шкалами – ФФ на (9,46 %), РФЕ на (6,27 %), ЗСЗ на (9,35 %), СФ на (6,74 %), ПЗ на (12,84 %), в порівнянні з ЯЖ хворих з ожирінням I ступеню.

Висновки. Таким чином, у жінок спостерігалися гірші показники ЯЖ, ніж у чоловіків. Пацієнти з ожирінням III ступеню відчувають труднощі, як при виконанні фізичних навантажень, так і при спілкуванні з людьми (друзями, родичами), внаслідок погіршення фізичного та емоційного стану здоров'я.

ВПЛИВ СИМПАТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА РОЗВИТОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ

Шоп І.В., Махаринська О.С., Лебединська М.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Метою роботи стало вивчення особливостей вуглеводного обміну та розвитку змін у чутливості до інсуліну (Ін) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім ожирінням (ОЖ) залежно від стану симпатоадреналової системи (САС).

Матеріали та методи: обстежено 106 осіб (46 чоловік та 60 жінок), середнім віком (49 ± 12,5) років, серед яких 71 особа (67 %) – хворі на АГ з супутнім ОЖ (основна група), 15 (14 %) – хворі на АГ II ст. (група порівняння) та 20 (19 %) – практично здорових особи. Функціональний стан адренорецепторного комплексу тромбоцитів оцінювали методом НВЧ-діелектрометрії. Також визначені рівні Ін, глюкози в плазмі крові (Гл), рівень загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), ХС ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), розраховано індекс Нома (іНома), індекс маси тіла (ІМТ), об’єм талії (ОТ), коефіцієнт атерогенності (КА).

Результати: У хворих основної групи – рівні Ін ((25,6 ± 13,9) мкЕд/мл), Гл ((4,84 ± 1,08) ммоль/л), іНОМА (5,72 ± 3,5) та достовірно відрізнялися від груп контролю ((16,7 ± 4,9) мкЕд/мл), ((3,73 ± 0,35) ммоль/л), (2,73 ± 0,7), відповідно ($p < 0,05$). У хворих на АГ II ст. достовірно відрізнявся від основної та контрольної групп тільки рівень Ін ((19,3 ± 7,9) мкЕд/мл), відповідно ($p < 0,05$). При проведенні кореляційного аналізу визначили, що показники стану САС мають найбільш щільні зв’язки з показниками в основній групі: між базальним рівнем діелектричної проникності тромбоцитів (ε') та іНОМА, ІМТ, ЗХС, ТГ, ХС ЛПВЩ, КА існував прямий кореляційний зв’язок (r у межах від 0,29 до 0,67, $p < 0,05$). Також звертає на себе увагу наявність саме зворотного зв'язку між приростом дійсної частини Δε' на вплив адреналіном та рівнем ТГ, ХС ЛПВЩ, КА, ІМТ.

Висновки: Тобто у хворих на АГ з ОЖ такі фактори як абдомінальний тип розподілу жирової тканини, зниженням чутливості тканин до Ін, погіршенням вуглеводного профілю асоціюються з довготривалою активацією САС.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІВАБРАДИН У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Шупер В.О., Шупер С.В., Вагіна Ю.І.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

Ціль роботи: дослідити ефективність та безпеку препарату івабрадін для контролю частоти серцевих скорочень (ЧСС) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), які мають протипоказання до застосування β-адреноблокаторів.

Методи дослідження. Під наглядом знаходилося 32 пацієнта з ІХС, дифузним кардіосклерозом віком від 56 до 73 років. У хворих відзначалась систолічна серцева недостатність (СН) I (38 %), IIA (53 %), IIБ (9 %). За даними електрокардіографії (ЕКГ) синусова тахікардія спостерігалася у 62 % хворих, надшлуночкова екстрасистолія – у 19 %, шлуночкова екстрасистолія – у 25 % хворих, атріо-вентрикулярна (АВ) блокада I ступеня – у 44 %, АВ-блокада II ступеня – у 25 %. Нормальний або знижений артеріальний тиск (АТ) реєструвався у 62% хворих, цукровий діабет (ЦД) 2 типу виявлено у 30 % хворих, хронічне обструктивне захворювання легень – у 12 % хворих. Усі досліджувані хворі мали протипоказання до застосування β-адреноблокаторів. Хворі отримували стандартну терапію ІХС та СН, замість β-адреноблокаторів для контролю ЧСС був призначений івабрадин 5 мг двічі на день 1 тиждень із переходом на 7,5 мг двічі на день.

Результати. Спостереження тривало три тижні стаціонарного лікування. Ефективність додавання препарату івабрадин оцінювали тричі на протязі лікування (через 1, 2, 3 тижні). Зниження ЧСС відмічалося у всіх хворих через 1 тиждень, причому цільову ЧСС було досягнуто у 25 % хворих, через 2 тижні – у 38 %, та наприкінці спостереження – у 81 % хворих. У 19 % хворих ЧСС значно знизилася, але не до цільового рівня. Клінічно зазначалося покращання стану хворих, підвищення толерантності до фізичного навантаження, зменшення виразності СН та порушень ритму. У всіх хворих була відзначена хороша переносимість лікування із застосуванням препарату івабрадин. Не було виявлено підсилення АВ-блокади, зниження АТ, збільшення ступеня СН або необхідності у підвищенні доз гіпоглікемічних засобів у хворих на ЦД. Усі хворі були виписані із покращанням та рекомендаціями продовжити застосування препарату кораксан у дозі 7,5 двічі на день під контролем ЧСС постійно.

Заключення. Додавання препарату івабрадин до схеми лікування ІХС у хворих із протипоказаннями до β-адреноблокаторів виявилося достатньо ефективним та безпечним, із хорошою переносимістю та відсутністю побічних дій, притаманних β-адреноблокаторам. Цільова ЧСС, згідно рекомендаціям Української та Європейської Асоціації Кардіологів, була досягнута у більшості хворих.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АФОБАЗОЛА ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Шустваль Н.Ф., [*]Лядова Т.И., [*]Волобуева О.В., Ещенко К.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
[*]Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

Цель исследования: изучить клиническую эффективность и безопасность применения афобазоза при лечении нейроциркуляторной дистонии у реконвалесцентов после инфекционных болезней.

Материал и методы. Обследовано 48 больных нейроциркуляторной дистонией, которые перенесли острые инфекционные болезни. Возраст больных варьировал от 20 до 35 лет. Мужчин было 20, женщин – 28. Обследование больных включало регистрацию субъективных жалоб пациентов, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений, электрокардиографию, исследование крови, мочи, определение содержания в крови глюкозы, билирубина, креатинина, активность АлАт и АсАт, оценивали вегетативный статус, состояние психической сферы и качество сна.

Афобазол – производное 2-меркаптобензимидазола, селективный анксиолитик, не относящийся к классу агонистов бензодиазепиновых рецепторов. Препарат назначали по 10 мг 3 раза в сутки после еды, не разжевывая, с небольшим количеством жидкости в течение 20 дней.

Результаты. До начала лечения больные жаловались на повышенную раздражительность, эмоциональную лабильность, астенизацию, склонность к фобиям, часто нарушение сна, ноющие или колющие боли в области сердца не связанные с физическим напряжением, учащенные сердцебиения, перебои в деятельности сердца, чувство комка в горле, колебания артериального давления, ощущение нехватки воздуха (респираторный синдром).

Проведенное нами исследование показало, что терапевтическое действие афобазола проявляется уже с 3-7 дня лечения, в виде достоверного снижения тревожности, раздражительности, апатичности и дневной сонливости. Максимальный эффект наблюдался к концу 4-й недели лечения: у больных исчезали боли в области сердца, нормализовалось дыхание, частота сердечных сокращений и стабилизировалось артериальное давление. Афобазол не вызывал сонливости и заторможенности, не формировал лекарственной зависимости, т. е. был лишен недостатков, которыми обладают антидепрессанты и бензодиазепины. Препарат не оказывал отрицательного влияния на функциональное состояние печени и почек и гематологические показатели. Учитывая результаты полученных исследований, хорошую переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов препарат может быть рекомендован для использования в широкой врачебной практике.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОСФОГЛИВА У БОЛЬНЫХ ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ

Шустваль Н.Ф., [*]Лядова Т.И., [*]Волобуева О.В., Ещенко К.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
[*]Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

Цель исследования: изучить клиническую эффективность и безопасность применения фосфоглива при лечении жирового гепатоза у больных алиментарным ожирением III степени.

Материал и методы. Обследовано 45 больных с жировым гепатозом в возрасте от 35 до 60 лет (15 мужчин и 30 женщин). Больным было проведено общеклиническое обследование, УЗИ сердца, печени и поджелудочной железы, определялся индекс массы тела, содержание в крови общих липидов, ХС, триглицеридов, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, ХС ЛПНП, гидроперекисей липидов в β и пре-β липопротеидах (по О.И. Воскресенскому, 1982), свободного и связанного билирубина, глюкозы, белковых фракций, активность аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, маркеров гепатитов В и С. Больным рекомендовали отказаться от курения, употребления алкоголя, уменьшить потребление поваренной соли, снижение потребления жиров животного происхождения и рафинированных углеводов, повышение физической активности.

Фосфоглив (ОАО "Фармстандарт-УФА-ВИТА") вводили по 10 мл внутривенно ежедневно 2 раза в день в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием препарата в виде капсул (2 капсулы 3 раза в день) в течение 6 месяцев. Лечение больных начинала проводить в кардиологическом отделении и продолжали в амбулаторных условиях.

Результаты. При поступлении в клинику больные жаловалась на общую слабость, быструю утомляемость, сонливость, одышку при ходьбе, боли или ощущение тяжести в правом подреберье и эпигастрии, у 96 % больных, по данным УЗИ, была обнаружена гепатомегалия за счет жировой инфильтрации. У больных выявлялась умеренная гипоальбуминемия ($p < 0,05$), повышение в крови α-1, α-2 и γ-глобулинов ($p < 0,05$), свободного билирубина ($p < 0,05$), гидроперекисей липидов в β и пре-β липопротеидах ($p < 0,001$), холестерина ($p < 0,05$), триглицеридов ($p < 0,001$), ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП ($p < 0,01$), общих липидов ($p < 0,001$), активности АлАт и АсАт ($p < 0,05$), показателей тимоловой пробы ($p < 0,05$). В процессе леченая, включающего фосфоглив, у больных повышалась физическая активность, уменьшались масса тела, одышка, боли в правом подреберье, размеры печени, нормализовались показатели пигментного, белкового и липидного обмена. Лечение фосфогливом больные переносили хорошо, побочных эффектов зарегистрировано не было, что позволяет рекомендовать данный препарат на протяжении длительного периода лечения.

ТИОТРИАЗОЛИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Шустваль Н.Ф., [*]Лядова Т.И., [*]Волобуева О.В., Ещенко К.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
[*]Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

Цель исследования: изучить влияние тиотриазолина на динамику клинических, электрокардиографических и биохимических показателей при инфекционно-токсической миокардиопатии у больных сальмонеллезом.

Материал и методы. Обследовано 86 больных сальмонеллезом с тяжелой и среднетяжелой формой течения, у которых имела место инфекционно-токсическая миокаодиопатия, осложнившая течение заболевания. Возраст больных был от 18 до 66 лет. Женщин было 44, мужчин – 42. Больным проводили общеклиническое обследование и бактериологическое исследование, регистрировали ЭКГ, определяли активность АсАт, АлАт, С-реактивный протеин, электролиты: калий и натрий. Все больные получали комплексную терапию, направленную на уменьшение интоксикации организма и выведение токсических продуктов, нормализацию водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия, поддержание параметров гемодинамики. В составе комплексной терапии сальмонеллеза для лечения миокардиопатии 53 больным внутривенно вводили 4-8 мл 2,5 % раствора тиотриазолина в 250 мл физиологического раствора на протяжении 5 дней, а затем назначали 2,5 % раствор тиотриазолина по 2 мл внутримышечно 2 раза в день на протяжении 10 дней.

Результаты. Поражение сердца у больных сальмонеллезом возникало в разгар заболевания. Больные жаловались на общую слабость, утомляемость, колющие и давящие боли в области сердца, перебои в деятельности сердца, лабильность пульса и артериального давления. У больных выявляли умеренное расширение границ сердца влево, ослабление I тона, короткий систолический шум на верхушке и акцент II тона над легочной артерией. Электрокардиографические изменения характеризовались замедлением атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости, депрессией сегмента S-T и инверсия зубца Т, увеличение интервала Q-T и снижение зубца R.

У больных, получавших в комплексной терапии тиотриазолин, на 3-4 дня раньше исчезали боли в области сердца, нормализовалась частота пульса и артериальное давление, улучшалась атриоветрикулярная и внутряжелудочковая проводимость, нормализовался сегмент S-T и зубец Т, продолжительность интервала Q-T, более легко проходил период реконвалесценции. В процессе лечения больные хорошо переносили тиотриазолин и каких-либо побочных эффектов не наблюдалось.

МОРФОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ПОХІДНИХ *N*-АРИЛАЦЕТАМІДІВ 4Н-ПІРИДО[4′,3′:5,6]ПІРАНО[2,3-d]ПІРИМІДИНУ

Щербак О.М., Андреєва І.Д., Погоріла М.С., Казмірчук В.В.

ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України», м. Харків

Однією з вимог до потенційних лікарських засобів є співвідношення між їх ефективністю і токсичністю.

Мета роботи – морфологічне дослідження змін в тканинах органів лабораторних тварин під впливом нових похідних *N*-арилацетамідів 4Н-піридо[4′,3′:5,6]пірано[2,3-d]піримідину.

Матеріали та методи. У рамках дослідження параметрів гострої токсичності нових похідних 4*H*-піридо[4′,3′:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину проведено патоморфологічне дослідження впливу на тканини внутрішніх органів тварин найактивнішої похідної *N*-арилацетамідів сполуки **1***{125}*. У дослідах використовувалися наступні дози: 320,0; 400,0; 500,0; 630,0; 800,0 мг/кг маси тіла. Експерименти проведено на 36 нелінійних білих мишах обох статей, масою тіла 18-22 г, віком 2,0-2,5 місяці, які знаходились у стандартних санітарних умовах віварію ДУ «ІМІ ім. І. І. Мечникова НАМН України». Для контролю впливу досліджуваних речовин також застосовані інтактні тварині. Огляд морфологічного матеріалу проводили під мікроскопом Olympus BX-41. Фотографування мікроскопічних зображень виконано цифровим фотоапаратом NIKON COL PIX 4500. Фотознімки оброблені на комп'ютері PENTIUM 2,4GHz за допомогою програми NIKON VIEW 5.

Результати та їх обговорення. Морфологічна будова вивчених органів після одноразового внутрішньоочеревинного введення похідної *N*-арилацетамідів сполуки **1***{125}* у дозах 320,0; 400,0; 500 мг/кг маси тіла відповідала такій в групі контролю. Основною особливістю патологічних змін після введення сполуки у субмаксимальній дозі 630,0 мг/кг маси тіла була наявність в печінці та нирках, ознак помірно вираженої запальної інфільтрації. Дистрофічні і некробіотичні зміни були характерні тільки для епітелію канальцевого апарату нирок. При максимальній дозі 800,0 мг/кг маси тіла альтеративні зміни в органах не були характерні. У цитоплазмі клітин печінки, прилеглих до центральних вен виявлялися невиражені ознаки жирової дистрофії. У епітелії канальцевого апарату нирок спостерігалися виражені дистрофічні зміни у вигляді гіаліново-крапельної і гідропічної дистрофії, а також некробіотичні зміни в ядрах у вигляді каріопікнозу і каріолізису.

Висновок. У результаті морфологічного дослідження впливу похідних *N*-арилацетамідів 4Н-піридо[4′,3′:5,6]пірано[2,3-d]піримідину на внутрішні органи тварин спостережено дозозалежність змін та встановлено найчутливіші до дослідженої речовини органи.

ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ГЕМОДИНАМИКУ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛТАЦИНА У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Щербань Э.А., Заславская Р.М., Логвиненко С.И., Морозова И.А., Стороженко С.Ю., Анкудинова О.В., Тульская И.А., Гупало Е.А.

НИУ «БелГУ», БОКБ Святителя Иоасафа, г. Белгород,
Институт космических исследований РАН, г. Москва,
Московский клинический научный центр ДЗМ, Россия

Цель: изучение влияния атмосферного давления на показатели гемодинамики метеочувствительных пациентов с артериальной гипертонией (АГ) на фоне традиционной терапии (ТТ), а также с применением элтацина.

Материалы и методы. Изучена гемодинамика 100 пациентов с АГ II-III стадии, 2-3 степени по данным эхокардиографии, суточного мониторирования АД и транскраниальной допплерографии сосудов головного мозга. 50 пациентов первой группы (средний возраст – (59,2 ± 2,9) лет) получали ТТ: ингибиторы АПФ (периндоприл), диуретики (гидрохлортиазид), антагонисты кальция (амлодипин), β-адреноблокаторы (бисопролол), антиагреганты (аспирин) и нитраты (моночинкве). Вторая группа больных состояла из 50 больных (средний возраст – (60,9 ± 3,8) лет), получающих на фоне ТТ элтацин, представляющий комплекс заменимых аминокислот – глицина, глутаминовой кислоты и цистина. Пациенты наблюдались в течение трех месяцев, из них 14-16 дней стационарного лечения. Наличие статистической связи между показателями гемодинамики и атмосферным давлением оценивали по уровню значимости коэффициентов линейной корреляции Пирсона. Величины метеофакторов получали из сервера «Погода России» (meteo.infospace.ru).

Результаты. ТТ существенно не влияет на взаимосвязь между показателями атмосферного давления и параметрами гемодинамики, при этом обладает умеренным гипотензивным эффектом, положительно влияет на систолическую и диастолическую функции левого желудочка (ЛЖ), нормализует скоростные показатели мозгового кровотока. Исходно выявлено 12 значимых корреляционных связей между атмосферным давлением и гемодинамикой пациентов ($0{,}315 < r < 0{,}497$, $p < 0{,}05$). На фоне ТТ корреляционная связь практически не изменилась и составила 11 корреляций ($0{,}323 < r < 0{,}494$, $p < 0{,}05$). Включение в терапию элтацина способствует уменьшению взаимосвязи между параметрами атмосферного давления и показателями гемодинамики, что приводит к более раннему наступлению клинического эффекта, усилению гипотензивного действия ТТ, выраженному улучшению систолической функции миокарда ЛЖ, нормализации скоростных показателей мозгового кровотока. Исходно выявлено 21 значимых корреляций ($0{,}304 < r < 0{,}499$, $p < 0{,}05$), на фоне приема элтацина составили 10 корреляций ($0{,}214 < r < 0{,}380$, $p < 0{,}05$).

Выводы: включение элтацина в ТТ больных АГ способствует уменьшению влияния атмосферного давления на гемодинамику пациентов, что приводит к потенцированию гипотензивного эффекта терапии, улучшению сократительной функции ЛЖ, нормализации скоростных показателей мозгового кровотока.

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПОКАЗНИКИ ЛІ ПОПЕ-РОКСИДАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ, ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ

Юган Я.Л.

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

У розвитку та прогресуванні неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) суттєву роль грає вплив на організм хворого додаткових патогенних агентів, які викликають суттєві метаболічні та імунологічні порушення, обумовлюючих розвиток та прогресування цього захворювання. На сучасному етапі доведена здатність до прямого ураження гепатоцитів вірусом Епштейн-Барр – збудником інфекційного мононуклеозу (ІМ). Таким чином, роль патогенного агента в подальшому прогресуванні патологічного процесу у паренхімі печінки при НАСГ може відігравати ВЕБ. Клінічний досвід показує, що ІМ вельми часто зустрічається у осіб з наявністю нейроциркуляторної дистонії (НЦД). **Метою роботи** було вивчення ефективності комбінації сучасних препаратів субаліну і орнітоксу в комплексній терапії НАСГ на тлі НЦД, після перенесеного ІМ та їх вплив на показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). Обстежено дві групи хворих: основна (33 пацієнта) та група зіставлення (31 особа). Пацієнти обох груп отримували загальноприйняте лікування НАСГ при цьому хворі основної групи додатково отримували субалін по 2 флакони всередину за 30-40 хвилин до прийому їжі 3 рази на добу протягом 14 днів поспіль та орнітокс приймали розчинений вміст 1 пакетика 3 рази на добу під час їжі протягом 20-30 днів. Обсяг обстеження включав вивчення концентрації продуктів ПОЛ у крові: малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон'югат (ДК). До початку лікування в обстежених хворих відмічена наявність однотипових зсувів біохімічних показників, які характеризують стан ПОЛ: так концентрація МДА в основній групі в 2,17 рази вище за норму, в групі зіставлення – в 2,14 рази. Вміст у крові хворих основної групи ДК в 2,0 рази вище норми, в групі зіставлення – в 1,97 рази. При повторному обстеженні через 20 – 21 день з початку лікування встановлено, що майже у всіх хворих основної групи, концентрація МДА і ДК нормалізувалася, тоді як у групі зіставлення їхній рівень залишався вище показників норми та основної групи, що свідчило про збереження підвищеного рівня ліпопероксидації. Дійсно, концентрація МДА була в 1,63 рази вище норми та в 1,58 рази вище, ніж в основній групі. Рівень ДК в крові хворих групи зіставлення був в 1,53 рази вище норми та в 1,52 рази вище показника у хворих основної групи. Отримані дані свідчать, що включення субаліну та орнітоксу в комплекс лікування хворих на НАСГ на тлі НЦД, після перенесеного ІМ сприяє зниженню вираженості ПОЛ та дозволяють вважати доцільним і перспективним включення цих препаратів до комплексу засобів патогенетичної терапії у хворих з даною патологією.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Юхновский А.Ю. Копица Н.П.,

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

Цель исследования – оценить частоту встречаемости электрофизиологических маркеров внезапной кардиальной смерти (ВКС) - турбулентности сердечного ритма и желудочковой эктопии высоких градаций у больных перенесших инфаркт миокарда в зависимости от показателей сердечной гемодинамики.

Материалы и методы: обследовано 63 пациента. Из них: 32 - с Q-негативным инфарктом миокарда (ИМ), 31 – с Q-позитивным ИМ с нарушениями желудочкового ритма (НЖР) в виде желудочковой экстрасистолии высоких градаций. Исследование желудочковой эктопии и турбулентности сердечного ритма проводилось с помощью суточного мониторирования ЭКГ диагностическим комплексом «ХАИ-медика»

Для оценки параметров внутрисердечной гемодинамики проводилось ультразвуковое исследование сердца аппаратом « Medison X6»

Результаты и обсуждение: через 4-6 недель после перенесенного не-QИМ у 5 пациентов (15,6 %) зарегистрированы НЖР высоких градаций (полиморфная, спаренная желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) и неустойчивые (до 30 комплексов) пароксизмы желудочковой тахикардии (ЖТ). У 2 пациентов (6,2 %) данной группы были снижены показатели турбулентности сердечного ритма. В группе с Q позитивным ИМ НЖР высоких градаций определялись у 8 обследованных (25,8 %), что достоверно чаще, чем у пациентов с не QИМ ($p < 0,01$), показатели турбулентности сердечного ритма были снижены у 5 из них (16,1 %), что также было достоверно чаще, чем при не-QИМ ($p < 0,01$). Среднее значение фракции выброса составило при QИМ (40 ± 11) %, а при не-QИМ – (45 ± 12) %.($p < 0,05$)

Выводы. В группе пациентов с Q-позитивным ИМ отмечено достоверное увеличение частоты желудочковых нарушений ритма высоких градаций, а также снижение показателей турбулентности сердечного ритма в сравнении с пациентами с не-QИМ, что свидетельствует о более высоком риске ВКС. Более низкая фракция выброса ЛЖ при QИМ в сочетании с электрофизиологическими предикторами ВКС еще больше увеличивает риск фатальных осложнений.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Явдак И.А., Чередникова Е.С., Федченко В.Ю.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

С целью изучения особенностей формирования резистентности у больных диссоциативными расстройствами проведено клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 50 больных диссоциативными расстройствами (F 44.7) (30 – с признаками резистентности и 20 - без признаков резистентности).

Использованы: клинико-психопатологический и психодиагностический методы исследования с применением методик: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Simptom Check List–90-Revised – SCL-90-R); самоактуализационный тест (САТ) в адаптации Ю.Е. Алёшиной, Л.Я. Гозман, М.В. Загика и М.В. Кроз; методика «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Б. Карпова, А.Я. Вукс); личностный опросник готовности к переменам (Personal Change-Readiness Survey, в адаптации Н. А. Бажанова и Г. Л. Бардиер); методика диагностики социально-психологической адаптации (К. Роджерс и Р. Даймонд)

Установлено, что для больных с признаками резистентности характерны: затяжной тип начала заболевания с переносом психотравмирующих переживаний исключительно в сферу собственного здоровья; соматизация клинических проявлений в виде формирования перманентных соматических симптомов со стороны нескольких систем организма; коморбидность с соматической и неврологической патологией; преобладание среди психопатологических синдромов ипохондрического, депрессивного и фобического с формированием ригидного «ограничительного» поведения под маской «тяжело соматически больного», депрессии или фобии.

Среди личностных характеристик больных диссоциативными расстройствами с признаками резистентности выделены: низкий уровень личностной готовности к переменам, отсутствие или низкая выраженность личностных предпосылок к саморазвитию; исключительная зависимость от внешних воздействий, отсутствие ответственности за события собственной жизни; наличие полярности и категоричности в оценках и мнениях; неприятие других; выраженная ипохондрическая фиксация на болезни; отсутствие активных конкретных действий по преодолению собственной проблемы и болезни.

Использование выделенных характеристик в качестве факторов резистентности позволит формировать адекватные лечебно-профилактические мероприятия.

ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2013 РІК

Ярина Н.А.

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

Одним з важливих напрямків діяльності ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» є підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей з проблем сучасної діагностики, профілактики і лікування захворювань внутрішніх органів. Ця робота проводиться шляхом проведення науково-практичних конференцій, «Днів терапевта», засідань Харківського наукового медичного товариства на базі Інституту, виїзних науково-практичних конференцій «Школи терапевтів імені академіка Л.Т. Малої» та наукових семінарів і вебінарів. Щоквартально проводились Інтернет-конференції в межах освітньої Інтернет-програми для лікарів «Проблеми інтерніста» з найактуальніших питань внутрішніх хвороб за участю лікарів-інтернів м. Харкова і області.

Так, у 2013 році організовані і проведені науково-практичні конференції: «Щорічні терапевтичні читання: Лікувально-діагностичні технології сучасної терапії», «Внесок молодих вчених у розвиток медичної науки і практики, нові перспективи», «Загально-терапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання». Всього у 2013 році ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» проведено 12 науково-практичних конференцій, 7 «Днів терапевта» та спільних засідань товариства терапевтів, 9 засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів, 1 наукова сесія. Було проведено 4 виїзні науково-практичні конференції в Чернівецькій, Миколаївській, Рівненській областях та в Автономній Республіці Крим за темами: «Сучасні підходи до профілактики, діагностики та лікування внутрішніх хвороб»; «Особливості діагностики та лікування хворих з кардіологічною та нефрологічною патологією»; «Актуальні питання лікування хворих з поєднаною патологією внутрішніх органів»; «Основні терапевтичні захворювання: досягнення і перспективи профілактики, діагностики та лікування».

У 2013 р. у роботі науково-практичних конференцій, проведених Інститутом прийняли участь 2031 особа, у т. ч. на базі Інституту – 926 наукових співробітників і лікарів практичної охорони здоров'я, а у роботі виїзних конференцій – 1105 лікарів практичної охорони здоров'я.

У роботі «Днів терапевта», «Днів гастроентеролога» та засідань Харківського наукового медичного товариства терапевтів і гастроентерологів прийняли участь 1263 лікарів.

Усього у 2013 р .підвищили кваліфікацію 3294 науковців і лікарів.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ

Ярынкина Е.А., Ильяш М.Г, Мхитарян Л.С., Базыка О.Е., Довганич Н.В., Тхор Н.В., Старшова Е.С., Радченко В.В.

ГУННЦ «Институт кардиологии им. акад.Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

Цель и дизайн. Утолщение комплекса интима-медиа (КИМ) является независимым фактором риска поражения органов мишеней при ССЗ. Мы изучили взаимосвязь толщины КИМ (ТКИМ) и других факторов риска ССЗ у 107 больных с ГБII. Всем больным проводили ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи и допплерэхокардиогарафию по стандартным методикам, определение содержания глюкозы и креатинина в крови и липидограммы.

Результаты. У 63,6 % (68 пациентов) больных было выявлено утолщение КИМ, у 46,7 % (50 пациентов) – стенозирующий атеросклероз сонных артерий. Проведенный корреляционный анализ выявил наличие положительной корреляционной связи между ТКИМ и офисным систолическим АД (САД) ($r = 0,35$; $P = 0,003$), ТКИМ и пульсовым АД (ПАД) ($r = 0,33$, $P = 0,005$). В группе пациентов с ТКИМ > 0,9 мм (1-я гр.) отмечалось достоверное увеличение диаметров ОСА и ВСА, а также достоверно большее количество пациентов со стенозирующим поражением сонных артерий (66,7 % к 42,9 %, $p = 0,05$), более высокие цифры САД, ПАД, а также размеры полостей ЛП и КДР левого желудочка (ЛЖ) по сравнению с подгруппой пациентов без утолщения КИМ(2-я группа).

Таблица. Исследуемые показатели в зависимости от толщины КИМ

	КИМ > 0,9мм, n = 68 (1-я гр.)	КИМ $\leq$ 0,9 мм, n = 39 (2-я гр.)	P
САД, мм рт. ст.	156,8 $\pm$ 2,6	146,9 $\pm$ 3,1	0,003
ПАД, мм рт. ст	64,3 $\pm$ 1,9	54,7 $\pm$ 2,5	0,003
Размер ЛП, см	3,93 $\pm$ 0,07	3,62 $\pm$ 0,10	0,008
КДР ЛЖ, см	5,21 $\pm$ 0,08	4,94 $\pm$ 0,10	0,04

У пациентов 1-й гр. также выявили более высокое абсолютное содержание общего холестерина и холестерина ЛПНП, тесную положительную корреляционную связь между ТКИМ и КСР левого желудочка ($r = 0,56$, $p = 0,01x10^{-4}$), ТКИМ и уровнем общего холестерина крови ($r = 0,66$, $p = 0,01x10^{-7}$) и холестерина ЛПНП ($r = 0,73$, $p = 0,003$), с содержанием креатинина в крови ($r = 0,83$, $p = 0,01x10^{-8}$), высокодостоверную, но менее тесную связь между ТКИМ и КДР ($r = 0,25$, $p = 0,01x10^{-6}$), ТКИМ и ФВ ЛЖ ($r = 0,31$, $p = 0,01x10^{-7}$)).

Выводы. ТКИМ можно рассматривать как маркер поражения органов-мишеней, отражающим общие структурные изменения, происходящие как со стороны сосудов, так и со стороны сердца у больных ГБ II ст. Выявленные изменения КИМ связаны, по-видимому, с влиянием пульсативных параметров АД (уровнем САД и ПАД). Отмечена тесная связь изменений толщины КИМ с нарушениями липидного обмена и содержанием креатинина в крови больных ГБ II ст.

ВИЯВЛЕННЯ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Яшина Л.О., Ігнатьєва В.І., Поточняк О.В., Зволь І.В, Москаленко С.М.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета дослідження – дослідити частоту виявлення депресивного епізоду (ДЕ) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Проведено скринінг 135 хворих на ХОЗЛ для виявлення серед них хворих, у яких ХОЗЛ поєднувався з депресією. Відібрано та комплексно обстежено 50 хворих на ХОЗЛ (37 чоловіків і 13 жінок, середній вік (61,7 ± 2,1) років, FEV_1 – (54,1 ± 2,8) %, FEV_1/ FVC – (56,3 ± 3,2) з тривалістю ХОЗЛ (13,9 ± 1,1) років та тривалістю куріння (14,7 ± 2,7) пачко-років), у яких за шкалою PHQ-9 було визначено ДЕ середнього ступеня тяжкості.

Методи дослідження: анкетування, клінічні, функціональні методи досліджень – спірометрія на апараті “Master Screen PFT” фірми "Cardinal Health" (Німеччина), статистичні.

Для виявлення симптомів депресії всім хворим було запропоновано заповнити анкету стану здоров’я пацієнта PHQ-9, за результатами якої виявляли ДЕ та оцінювали ступінь його вираженості. При значенні PHQ-9 < 5 балів – ДЕ вважався відсутнім, 5-9 балів – легким, 10-14 – середнім, 15-19 – середньотяжким, а при значенні 20-27 балів – тяжким.

Пацієнтам, у яких за даними анкети PHQ-9 були виявлені ознаки депресії, призначалася консультація лікаря психіатра з метою верифікації діагнозу ДЕ, для чого додатково було застосовано шкали Монтгомері-Асберга і Спілбергера.

Результати дослідження. При проведенні скринінгу 135 хворих на ХОЗЛ у 50 (37,0 %) із них був виявлений ДЕ. У всіх відібраних пацієнтів лікарем-психіатром був підтверджений та остаточно встановлений супутній діагноз – ДЕ середнього ступеня тяжкості.

За клінічними групами хворі на ХОЗЛ із супутнім ДЕ розподілилися наступним чином. До клінічної групи А відносилось 3 хворих (6,0 %), до В – 22 (44,0 %), до D – 25 (50,0 %). Серед обстежених були відсутні пацієнти клінічної групи С.

Висновки. В результаті проведеного скринінгу 135 хворих на ХОЗЛ виявлено 50 (37,0 %) хворих з наявністю ДЕ середнього ступеня тяжкості.

ДЕ найбільш часто виявлявся у хворих, які мали тяжкі клінічні симптоми ХОЗЛ і відносилися до клінічних груп В або D, що свідчить про вплив тяжкості перебігу ХОЗЛ на виникнення супутнього ДЕ.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

ЗМІСТ

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ НА ОБРАЗОВАНИЕ АНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ
Абдуллаев А.Х., Касимова Г.М., Мирталипова Т.Д., Туляганова Д.К., Турсунбаев А.К.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан ……..……..... 3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ И L-АРГИНИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Тургунова М.Ш., Туляганова Д.К.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан……. 4

ГЛИЦИРРИЗИНОВАЯ КИСЛОТА: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА, СОЧЕТАННОГО С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ
Абрамова Т.Г., Базь М.А., Козырева И.Н.
Государственное учреждение "Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского",г. Симферополь…….……... 5

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА
Абрамова Т.Г., Щербак В.Г.
Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,г. Симферополь…… 6

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Аляви А.Л., Рахимова Д.А.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан……. 7

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СОСТОЯНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
Аляви А.Л., Рахимова Д.А.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан…… 8

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Аляви А.Л., Рахимова Д.А.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан……. 9

ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ
Амеліна Т.М., Тащук В.К., Полянська О.С.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 10

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ НОВИХ ПОХІДНИХ ТІОНІВ 4Н-ПІРИДО[4′,3′:5,6]ПІРАНО[2,3-d]ПІРИМІДИНУ
Андреєва І.Д ., Щербак О.М., Казмірчук В.В., Погоріла М.С.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України», м. Харків…. 11

МІНЕРАЛЬНИЙ ОБМІН ТА РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ – ВПЛИВ ВІКУ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЇ
Андруша А.Б.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 12

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ОКРАСКИ ПОЛУТОНКИХ СРЕЗОВ ТОЛУИДИНОВЫМ СИНИМ
Аржанова Г.Ю.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск……. 13

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ И УСКОРЕННЫМ СТАРЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ТРЕНИРОВОК С ПОЗИТИВНЫМ ДАВЛЕНИЕМ НА ВЫДОХЕ
Асанов Э.О., Дыба И.А.
ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев……. 14

ВИЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ ТА ТРИПТАЗИ ЯК ЗАСІБ ДІАГНОСТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ
Бабаджан В.Д., Шумова Н.В., Амер Л.Б., Сидоров О.П.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 15

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА СИНТЕТАЗА ОКСИДУ АЗОТУ ЯК МАРКЕР СУДИННОГО УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ
Бабак О.Я., Андрєєва А.О., Башкірова А.Д.
Харківський національний медичний університет, Україна……... 16

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИЕТРЕССА» У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА И ОЖИРЕНИИ
Бабак О.Я., Просоленко К.А., *Куринная Е.Г., *Сытник К.А.
Харьковский национальный медицинский университет, *ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков…….. 17

ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОЛИМОРФИЗМАХ ГЕНА PPARG У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ
Бабак О.Я., Ярмыш Н.В., Молодан В.И., Просоленко К.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 18

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СТАРЫХ КРЫС НА ФОНЕ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Бабийчук Л.В., Коваль С.Н., Бабийчук В.Г.
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков…….. 19

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ РОБІТНИКІВ ПАЛІТУРНИХ ЦЕХІВ ДРУКАРЕНЬ
Багмут В.В., Нікуліна Г.Л.,*Марюха Ю.В.
Харківська медична академія післядипломної освіти, *НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ……. 20

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
Балтабаев С.А., Искандерова С.Дж., Кулдашев Т.А., Азизов С.В.
Наманганский государственный университет, Республика Узбекистан…… 21

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИМВАСТАТИНОМ В УСЛОВИЯХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИБС
Бардаченко Н.И., Курята А.В., *Бардаченко Л.А., *Тимченко Е.В.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», *КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепропетровск……. 22

К ПРОБЛЕМЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Бездетко Т.В., Еременко Г.В., Шмидт А.В., Хохуда О.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 23

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПАРАМЕТРІВ ЗА УМОВ РІЗНОГО ВМІСТУ АДИПОНЕКТИНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ
Бек Н.С.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна…….. 24

ПОЛИМОРФИЗМ RS966221 ГЕНА ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 4D У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Белый Д.А., Плескач Г.В., Настина Е.М., Чумак А.А., Абраменко И.В.
ГУ "Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины", г. Киев….. 25

РОЛЬ ДИСЛИПИДЕМИИ В ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ
Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 26

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ РЕЗИСТИНА И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ
Беловол А.Н., Школьник В.В., НемцоваВ.Д., Шапошникова Ю.Н., *Дунаевская М.М., *Клименко Т.И., Погорелова О.А.
Харьковский национальный медицинский университет, *ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков……... 27

ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС І СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ ТА СУДИН ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ – ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ І ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
Біловол О.М., *Шалімова А.С., *Кочуєва М.М.
Харьковский национальный медицинский университет, *ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков……... 28

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ ТА РІВНІ B_2-МІКРОГЛОБУЛІНУ КРОВІ ТА СЕЧІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ
Березова М.С., Безрук Т.О., Попадюк І.М., Кушнір Л.Д.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 29

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ДИНАМІКУ ІНДЕКСУ ДЕФОРМАБЕЛЬНОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ III-IV СТАДІЇ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ
Березова М.С., Зуб Л.О.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,Україна…… 30

ВПЛИВ АЛЕРГЕН-СПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВДО ЛІКУВАННЯ
Беш О.М.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна…….. 31

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ, ПОЄДНАНОГО З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
Бикадоров В.І.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна…… 32

О КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Бильченко О.С., Жарко К. П., Красовская Е.А., Бильченко А.А.
Харьковский национальный медицинский университет, КЗОЗ «ОКБ-центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков, Украина……..... 33

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ С АТИПИЧНОЙ (МИКОПЛАЗМЕННОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ) ИНФЕКЦИЕЙ
Бильченко О.С., Красовская Е.А., Бильченко А.А.
Харьковский национальный медицинский университет, КЗОЗ «ОКБ-центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков, Украина…… 34

ВМІСТ АКТИВОВАНИХ ЛІМФОЦИТІВ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Бичкова Н.Г., Бичков О.А.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна……..... 35

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
Бичкова Н.Г., Бичкова С.А.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Українська військово-медична академія, м. Київ……... 36

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕЦИДИВУЮЧОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
Бичкова Н.Г., Степаненко В.І., Бичкова С.А.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Українська військово-медична академія, м. Київ……..... 37

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНЕ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ТА МЕТАБОЛІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ
Бичкова С.А., Бичкова Н.Г.
Українська військово-медична академія, Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ……. 38

МІСЦЕ ФІТОЗБОРІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ ІЗ СЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
Блецкан М.М., Ганич Т.М., Свистак В.В., Ганич О.Т.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна…….. 39

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДЛЕННОДЕЙСТВУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Бобро Л.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 40

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
Бобро Л.М.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 41

ПРЕДИКТОРИ ОСТЕОПЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З БІЛІАРНИМ СЛАДЖЕМ
Бобро Л.М., Малик Н.В.
Харківський національний медичний університет, Україна……... 42

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Богослав Т.В., Кузнецова Л.Ф., Решетилов Ю.И., Медведев В.В.
ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Витацентр, г. Запорожье…….. 43

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DISABILITY OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE
Bodryagina E.S., Abdulganieva D.I.
Kazan State Medical University, Russia…… 44

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО ІНСУЛІНУ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ПРОГРЕСУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ
Божко В.В., Снігурська І.О., Пенькова М.Ю, Дунаєвська М.М., Островський В.В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН» України, м. Харків……. 45

ПРОБЛЕМИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ
Бойко А.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 46

СТАТЬ ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ
Бойко Т.В., Лихацька Г.В., Лихацька В.О., Бойко В.І., Дончак С.В.
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачовського МОЗ України"…….…... 47

РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 У ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Болотських Г.В., Рудик Ю.С., Удовиченко М.М.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 48

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В РЕАБИЛАТИЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
[1,2]Болтабоев С.А., [2]Қулдашев Т.А., [3]Искандерова С.Дж.
[1]Наманганский государственный университет, [2]Наманганское городское медицинское объединение, [3]Ташкентский институт усовершенствование врачей, Республика Узбекистан……. 49

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ
Бондаренко С.В., Кас И.В., [*]Амелин А.Ф., [*]Додонова Л.А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, [*]КУОЗ «Городская поликлиника № 9», г. Харьков, Украина…… 50

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА В ПОЗДНЕМ ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ
Борзова О.Ю., Кудрик С.А., Борзова-Коссе С.И.
Харьковский национальный медицинский университет, ХГКБ 27, Украина…… 51

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У РОБІТНИКІВ МАШИНОБУДІВНОГО ПІДПРИЄМСТВА
[1]Боровик І.Г., [1]Ніколенко Є.Я., [2]Захаров О.Г., [3]Бірючевська Н.Є.
[1]Харківська медична академія післядипломної освіти, [2]Харківський національний уніерситет імені В.Н. Каразіна, [3]Херсонська ОКЛ, Україна……..... 52

ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
Боровик І.Г., Ніколенко Є.Я., Ткач С.І., [*]Захаров О.Г., Багмут В.В.
Харківська медична академія післядипломної освіти, [*]Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна…….. 53

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРСОСАНА ПРИ АЛКОГОЛЬНО- ВИРУСНОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ
Бочкова Л.П., Вахидова С.Б., Курбанова Ф.Р.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан……. 54

КОРЕКЦІЯ СТАНУ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ РІВНОВАГИ ПРИ СИЛІКОЗІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
Братусь В.М.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 55

РОЛЬ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ В РОЗВИТКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ІІ СТУПЕНЯ
Бутікова О.О., Власенко О.М., Власенко М.А., Ромаданова О.І.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна…….. 56

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ
Васильев А.Г., Абдулганиева Д.И., Садриева А.А., Мясоутова Л.И.
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Российская Федерация..... 57

ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ЭКТОПИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ
Ватутин Н.Т., Христиченко М.А., Кетинг Е.В., Картамышева Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина……. 58

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ КАТАСТРОФЫ
Вахидова С.Б., Бочкова Л.П., Курбанова Ф.Р.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,Республика Узбекистан……. 59

СОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ З УРАХУВАННЯМ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ
Вацеба М.О.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……..... 60

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЫТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ
Вдовіченко Н.І., Коляда Т.І., Тупотілов О.В.
Державна установа «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова Національної академії медичних наук України», м. Харків…… 61

GROWTH DIFFERENTIATION FACTOR 15 В РАЗВИТИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Вишневская И.Р., Копица Н.П., Литвин Е.И., Гилева Я.В., Дегтярева О.В.
ДУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков….. 62

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА
Волков В.И., Сердобинская-Канивец Э.Н., Серик С.А., Крахмалова Е.О.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков……. 63

ЛІПОПРОТЕЇНВМІСНІ ІМУННІ КОМПЛЕКСИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ПОСТІНФАРКТНОМУ КАРДІОСКЛЕРОЗІ
Волков В.І., Серік С.А., Сердобінська-Канівець Е.М., Ткаченко В.І., Ченчик Т.О.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……. 64

ОСОБЛИВОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ЛЕГЕНЬ
Волошин Я.М.
ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", м. Київ……..... 65

ЧАСТОТА, ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ, РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ
Волошин Я.М.
ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", м. Київ……..... 66

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ПРИЧИНИ ПІЗНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ЛЕГЕНЬ
Волошин Я.М., Калабуха І.А., Маєтний В.Є., Палівода М.Г., Іващенко В.Є.
ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", м. Київ…….. 67

АДИПОКИНИ У РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА ОЖИРІННЯ
Габісонія Т.Н., Кравчунг П.Г., Паштіані Р.В.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 68

САРКОИДОЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
Гаврисюк В.К., Меренкова Е.А., Гуменюк Г.Л., Шадрина О.В., Беренда Е.А., Ячник А.И., Дзюблик Я.А., Морская Н.Д., Ломтева Л.Ф.
ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев…… 69

КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ У ПОЄДНАННІ З ДИСБІОЗОМ КИШЕЧНИКА
Гавриш І.М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……... 70

ОСОБЛИВОСТІ КАСПАЗНОГО ТА НЕКАСПАЗНОГО МЕХАНІЗМІВ АПОПТОЗУ КЛІТИН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ
Гайдар Ю.А., Галенко О.П.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ……..... 71

ВМІСТ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТРАКТАНТНОГО ПРОТЕЇНУ-1 ТА ПРОЗАПАЛЬНИХ МОНОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ
Гальчінська В.Ю., Топчій І.І., Єфімова Н.В., Семенових П.С., Борисова О.Л.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……. 72

ВПЛИВ ТІВОРТІНУ НА ЕКСПРЕСІЮ NO-СИНТАЗ ЛЕЙКОЦИТАМИ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ
Гальчінська В.Ю., Топчій І.І., Єфімова Н.В., Семенових П.С., Щербань Т.Д.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……. 73

КОРЕКЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ЗА УМОВИ ТРИВАЛОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ
Галюк Н.М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……..... 74

ПРЕДИКТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ДИСПЕПСІЮ
Гапонова О.Г.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 75

РЕПРОДУКТИВНАЯ ПАНЕЛЬ У ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ
Гарагуля А.А.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»……..... 76

МЕТФОРМИН – МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ СЛЕДСТВИЯ
Герасименко Н.Д., Дегтярь Н.И., Расин М.С.
Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава…….. 77

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯК «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ДІАГНОСТИКИ» ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ
Гладун В.М., Скирда І.Ю., Закревська О.В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ……..... 78

МІКРОБІОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ПОДРАЗНЕННЯ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКУ ІЗ ПЕРЕВАЖАННЯМ ЗАКРЕПІВ
Глушко Л.В., Кулаєць В.М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……..... 79

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НАЛИЧИИ ДИССИНХРОНИИ СЕРДЦА И БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА
Годлевская О.М., Власенко М.А., Родионова Ю.В
Харьковская медицинская академия последипломного образования,Украина.…… 80

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ
Голояд О.Є.
Буковинський державний медичний університет, Україна……. 81

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ЗА СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
Гонцарюк Д.О., Федів О.І., Телекі Я.М.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 82

ИНТЕРЛЕЙКИНЫ 33 И 1β И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ
Гончарь А.В., Ковалёва О.Н., Иванченко С.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 83

ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА КОРЕЛЯЦІЮ ТОВЩИНИ ШАРУ ПЕРИПАПІЛЯРНИХ НЕРВОВИХ ВОЛОКОН В НИЖНЬОМУ КВАДРАНТІ І В СЕКТОРІ 19/17 ГОДИН У ХВОРИХ З ПЕРВИННОЮ ВІДКРИТОКУТОВОЮ ГЛАУКОМОЮ
Гончарь О.М.
Харківський національний медичний університет МОЗ України…….. 84

ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ФНП-α
Гопцій О.В., Зелена І.І., Железнякова Н.М., Степанова О.В., *Аболмасов О.М.
Харківський національний медичний університет, *ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…… 85

ДОСЛІДЖЕННЯ ЦИТОКІНОВОЇ ТА НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СКОРОТЛИВОЇ ЗДАТНОСТІ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ
Горбатюк І.Б., Хухліна О.С., Трефаненко І.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна……..... 86

ПЕРЕКИСНЫЙ ГОМЕОСТАЗ И УСТОЙЧИВОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА К НИЗКИМ ТЕМПЕРАТУРАМ
Горячая И.П., Зинченко В.Д., *Топчий И.И., *Кириенко А.Н., Головина К.Н.
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, *ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков……..... 87

АНТИГІПЕРГЛІКЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ
Граніна О.В.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 88

ЛИПИДНІЙ СПЕКТР, ГЛИКОЗИЛИРОВАННЫЙ ГЕМОГЛОБИН, СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНЫМ СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ
Гречаник М.М., Курята А.В., *Трунова Л.А.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», *КУ «Днепропетровская областная больница имени И.И.Мечникова»…… 89

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ ТА СТАН ВАЗОРЕГУЛЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
Грібенюк О.В., Кузьмінова Н.В., Романова В.О.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна……. 90

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ
Гриджук Т.І.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……..... 91

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ПРОГНОЗУ У ХВОРИХ ЗІ ШВИДКОПРОГРЕСУЮЧИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
[1,2]Гриневич Я.П., [2]Коробова Н.В., [1]Молодан В. І.
[1]Харківський національний медичний університет, [2]Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна……..... 92

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕБІКАРУ У ХВОРИХ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ІІ СТАДІЇ
Гринів О.І., Глушко Л.В., Позур Н.З., Федоров С.В.
Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна…….. 93

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК И РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА
Грунченко М.Н., Несен А.А., Тверетинов О.Б., Чернышев В.А., Валентинова И.А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков….. 94

ОЦІНКА РІВНЯ ЦИТОКІНІВ ЦЕРЕБРОСПІНАЛЬНОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ МЕНІНГІТИ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ТА ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ
Гужва Н.Ю., Нартов П.В.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна…….. 95

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
Гузь А.Г., Сипливый В.А., Петренко Г, Д., Петюнин А.Г., Доценко В.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 96

ІРИДОЦИКЛІТ ЯК ПОЧАТКОВИЙ ПРОЯВАНКІЛОЗУЮЧОГО СПОНДИЛОАРТРИТУ
Гуйда П.П.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 97

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА БЕХЧЕТА
Гуйда П.П., Молотягина С.П.
Харьковский национальный медицинский университет, ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков……..... 98

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ
Гуйда П.П., Молотягина С.П.
Харьковский национальный медицинский университет, ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков…….. 99

СЛУЧАЙ РЕДКОГО СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ
Гуйда П.П., Молотягина С.П.
Харьковский национальный медицинский университет, ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков…….. 100

ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ІДІОПАТИЧНОГО ФІБРОЗУЮЧОГО АЛЬВЕОЛІТУ
Гуйда П.П., Молотягіна С.П.
Харківський національний медичний університет, ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Мало НАМН України», м. Харків…… 101

АРИТМОГЕННА АКТИВНІСТЬ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
Гулага О.І., Полянська О.С, Москалюк І.І., Біньовська В.І., Шкварковська Н.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 102

ВПЛИВ ЕПЛЕРЕНОНУ НА ПРОЦЕСИ ПРОТЕОЛІЗУ
Гулага О.І., Полянська О.С., Тащук В.К., Шевчук В.А.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 103

ВИЯВЛЕННЯ ПОРУШЕНЬ МІНЕРАЛЬНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Гуменюк М.І., Ігнатьєва В.І., Гуменюк Г.Л., Линник М.І., Марченко-Севрюкова Г.С.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ…….. 104

ПОШИРЕНІСТЬ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТОЗУ У ХВОРХ НА ПОДАГРУ
Даньчак С.В.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет”, Україна……... 105

МІСЦЕ МІЛЬДОНІЮ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ
Денисенко В.П., Топчій І.І., Кірієнко О.М., Семенових П.С.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України, м. Харків…… 106

ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ НА ЗМІНИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ
Дігтяр Н.І., Герасименко Н.Д., Стасюк О.А.
Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава…….. 107

УРАЖЕННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ ОЗНАК ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ
Дєдова В.О., Доценко М.Я, Шехунова І.О., Боєв С.С.
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров’я України»……..… 108

РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСИ ПРИ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ
Дзюблик О.Я., Капітан Г.Б., Недлінська Н.М, Ячник В.А., Мухін О.О., Сухін Р.Є, Клягін В.Я., Денисова О. В.
Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України”, м. Київ, Україна……..... 109

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Дзяк Г.В., Симонова Т.А., Гетман М.Г.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»……... 110

БІОМАРКЕРИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ПЕРЕБІГОМ
Дріянська В.Є., Король Л.В., Мигаль Л.Я., Степанова Н.М., Гайсенюк Ф.З.
Державна установа „Інститут нефрології НАМН України”, м. Київ…….. 111

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ПРЕПАРАТУ ОСТЕОАРТІЗІ АКТИВ ПЛЮС У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ
Дрогомерецька О.І., Шаповал О.А.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……... 112

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СИСТЕМИ КРОВІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ МЕДИЧНОГО МОНІТОРИНГУ КОНТИНГЕНТУ, ЩО ПРАЦЮЄ В РАМКАХ ПРОЕКТУ ПЕРЕБУДОВИ ОБ’ЄКТУ «УКРИТТЯ» НА БЕЗПЕЧНИЙ КОНФАЙНМЕНТ
Дроздова В.Д.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМНУ», м. Київ…… 113

КЛІНІЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ УЛЬТРАСТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ БРОНХІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ
Дудка П.Ф., Добрянський Д.В., Бодарецька О.І., Соколова Л.І., Тарченко І.П.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна……. 114

ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ СИСТЕМНОГО ІМУННІТЕТУ ПІД ЧАС ЗАГОСТРЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Дудка П.Ф., Добрянський Д.В., Ільницький Р.І., Іорданова Н.Х.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна……. 115

РІВЕНЬ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ТА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ
Дудка Т.В., Хухліна О.С., Дудка І.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна……. 116

ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІТЕЛІЮ ЯСЕН У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНІВ
Ємельянова Н.Ю., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В., Шапкін А.С.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……. 117

ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ
Еременко Г.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 118

ВЛИЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХСН НА ФОНЕ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Ермак А.С., Цивенко В.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 119

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
Ждан В.М., Бабаніна М.Ю., Бондаренко В.М., Нестеренко С.І., Шепитько В.В.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава……..... 120

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗОМ
Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава……..... 121

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
Ждан В.М., Штомпель В.Ю., Іваницький І.В.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава……..... 122

ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРОГРАММНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ «АРМ-КАРДИОЛОГ»
Железнова Е.А., Ефремова О.А., Никитин В.М., Липунова Е.А., Камышникова Л.А., Анохин Д.А.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия….. 123

ФАКТОРЫ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Железнова Е.А., Ефремова О.А., Никитин В.М., Липунова Е.А., Камышникова Л.А., Анохин Д.А.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия….. 124

БІЛКИ ГОСТРОЇ ФАЗИ ЗАПАЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ
Железнякова Н.М., Гопцій О.В., Зелена І.І., Фролова-Романюк Е.Ю., Степанова О.В.
Харківський національний медичний університет, Україна……...… 125

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И АДИПОНЕКТИН В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Журавлёва А.К., Бобронникова Л.Р.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 126

ИЗМЕНЕНИЯ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ И ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Журавлева Л.В., Ильченко И.А.
Харьковский национальный медицинский університет, Украина…….. 127

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Журавлева Л.В., Ильченко И.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 128

ОСОБЕНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Журавлёва Л.В., Лопина Н.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 129

СИРОВАТКОВИЙ ВМІСТ ЕСЕНЦІЙНИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ХВОРИХ НА ХВОРОБУ БЕХТЄРЄВА
Заздравнов А.А.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 130

ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
Зазикіна Д.С., *Флегантова Б.Л.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, *Полтавська державна аграрна академія……... 131

ВПЛИВ РІВНЯ sCD40L НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Заїкіна Т.С, Бабаджан В.Д.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 132

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Заїкіна Т.С., Бабаджан В.Д.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 133

РОЛЬ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ 2 ТИПУ В РОЗВИТКУ СУГЛОБОВОЇ ПАТОЛОГІЇ
Зайцев П.В., Терешкін К.І.

Харківський національний медичний університет, Україна……..... 134

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ АСКАРИДОЗУ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)
Зайченко О.Є., Яресько М.В., Лапшина Є.А., Панченко Г.Ю.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 135

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Залюбовская Е.И., Воскобойников Е.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 136

A DIAGNOSTIC VALUE OF INVESTIGATION OF IL-1β, IL-4, IL-6, IF-γ, TNF-α AND IL-1Ra CONTENT IN THE BLOOD SERUM IN REACTIVE ARTHRITIS PATIENTS OF DIFFERENT ETIOLOGY
Zaliavska O.V., Khukhlina O.S.
Bukovina State Medical University, Chernivts, Ukraine…….. 137

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА С50Т ГЕНА ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-1 НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Запровальная О.Е., Бондарь Т.Н., Попович А.С.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков…… 138

СПОСІБ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АТЕРОТРОМБОТИЧНИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ
Запровальна О.Є., Бондар Т.М., Попович А.С., Бесединa А.С.
ДУ „Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків…….. 139

PIA1/A2 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИНТЕГРИНА β3 ТРОМБОЦИТАРНОГО РЕЦЕПТОРА ФИБРИНОГЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ
Запровальная О.Е., Бондарь Т.Н., Попович А.С., Рябуха В.В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков….. 140

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА РАКА ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ
Захаренко В.В., Борзенкова И.В., Мирошниченко М.С., Плитень О.Н.
КУОЗ «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», г. Харьков, Украина…….. 141

ВПЛИВ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТУ НА КІНЦЕВИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
Зелена І.І., Степанова О.В., Гопцій О.В., Железнякова Н.М., *Сьомова О.В.
Харківський національний медичний університет, *ДУ “Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України”, м. Харків……... 142

ДОБОВЕ МОНІТОРУВАННЯ АТ У ХВОРИХ НА ГХ З МІТРАЛЬНОЮ РЕГУРГІТАЦІЄЮ ТА ГІПЕРТРОФІЄЮ ЛШ
Зелененька Л.І., Ілляш М.Г., Базика О.Є.
ДУННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ…… 143

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ СТІЙКОЇ/ПІЗНЬОЇ ЛІВОШЛУНОЧКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА
Іорданова Н.Х., Яременко О.Б., Дудка П.Ф., Бодарецька О.І., Добрянський Д.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна…… 144

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ В ГРУДИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Исаева А.С., Вовченко М.Н.
ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины" г. Харьков……. 145

ВПЛИВ БІСОПРОЛОЛУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК У ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ
Ісаєва Г.С., Рєзнік Л.А., Вовченко М.М., Кліменко Т.І.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……. 146

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Іщейкін К.Є., Потяженко М.М., Настрога Т.В.
ДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава…….. 147

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ НА РЕПАРАЦИЮ КОЖИ ПРИ ЕЕ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Ищенко И.О., Ковалёв Г.А., Абрафикова Л.Г., Высеканцев И.П., *Олефиренко А.А., Сандомирский Б.П.
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков,
*ГУ "Дорожная клиническая больница" ст. Харьков……... 148

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ: РОЛЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА, СИСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗА ДАНИМИ РЕЄСТРУ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ
Іванчук П.Р., Тащук В.К., Гречко С.І., Руснак І.Т.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 149

МОРФОЛОГІЧНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ПРИ НАЯВНОСТІ МІТРАЛЬНОЇ РЕГУРГІТАЦІЇ
Ілляш М.Г., Довганич Н.В., Базика О.Є., Зелененька Л.І., Старшова О.С., Тхор Н.В.
ДУ ННЦ “Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска”, м. Київ……..... 150

ПРОЯВИ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ МЕДИЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ ІБУПРОФЕНУ ТА АЦЕТАМІНОФЕНУ В ПЕДІАТРІЇ
Ілляш М.Г., Шевченко Т.Л., Базика О.Є., Деяк С.І., *Матвєєва О.В., *Логвіна І.О., *Яйченя В.П., *Кашуба О.В.
ННЦ «Інститут кардіології ім. академіка М.Д. Стражеска НАМН України», м. Київ, *ДП «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ…….. 151

ДИНАМІКА sCD40L НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ В УМОВАХ ПОЄДНАННОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Кадикова О.І.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 152

ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Кадикова О.І., Дунаєва І.П.
Харківський національний медичний університет, Україна…….. 153

АДИПОНЕКТИН И РЕЗИСТИН КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Кадыкова О.И., Боровик Е.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 154

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ НАРУШЕНИИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА
Камышникова Л.А.[1,2], КовальскаяЕ.А.[2] , Ефремова О.А.[1], Вихрева А.В.[2]
[1]НИУ «БелГУ», [2]МБУЗ «Городская поликлиника №2», г. Белгород, Россия…… 155

КОРРЕЛЯЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ С НАЛИЧИЕМ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АЛЛЕЛИ ГЕНА PNPLA3
Каримов М.М., Собирова Г.Н., Салихова С.Б., Саатов З.З.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан……. 156

БОРНАЯ КИСЛОТА В МЕДИЦИНЕ СЕГОДНЯ
Карнаух Э.В., Плугатарёва М.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 157

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АКТИВАЦИИ ЦИТОКИНОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
Касимова Г.М., Рахматуллаев Х.У., Шарипова Р.М.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан…….. 158

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
Касимова Г.М., Шарипова Р.М., Шаюсупова М.У.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан…….. 159

ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНЫХ СКРИНИНГ-ТЕСТОВ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ НАСЕЛЕНИЯ
Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Саипова М.Л., Хатамова Д.Т., Зиямухамедова М.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан……. 160

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИЗУЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
Каюмов У.К., Хатамова Х.Д., Хасанова Х.Д., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан…….. 161

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ТОРАСЕМІДУ В ЛІКУВАННІ НАБРЯКОВО-АСЦИТИЧНОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ НА ДЕКОМПЕНСОВАНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ
Квасницька О.Б.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,Україна……... 162

ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ И ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ «НЕФРОФИТ» У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Кириенко А.Н., Топчий И.И., Цыганков А.И., Гридасова Л.Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины, г. Харьков……. 163

АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Кириенко А.Н., Топчий И.И., Щенявская Е.Н., Гридасова Л.Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков..... 164

ULTRASOUND MONITORING OF ENTHESITIS OF SHOULDER
Kirillova E., Shamsutdinova N.
Kazan State Medical University, Russia…… 165

ВИЯВЛЕННЯ ПРОГНОСТИЧНО ЗНАЧУЩИХ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ
Кіча Н.В.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна…….. 166

АЛГОРИТМ ПРОГНОЗУВННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА
Кіча Н.В., С.В. Данилюк, Т.О. Ситюк
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Інститут сімейної медицини, м. Київ, Україна…….. 167

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОФИЛАКТИКА
Клеткина А.С., Ефремова О.А.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия….. 168

АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ КОМБИНАЦИИ ФОЗИНОПРИЛА НАТРИЯ С ГИДРОХЛОРТИАЗИДОМ
Ковалева О.Н., Герасимчук Н.Н., Сафаргалина-Корнилова Н.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 169

ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ТА ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ З СИМВАСТАТИНОМ
Ковальова Ю.О., Шелест О.М., Котелюх М.Ю., Шелест Б.О., Шинкаренко О.М.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 170

ВІКОВІ ЗМІНИ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА І ОЖИРІННЯМ
Ковальова Ю.О., Шелест О.М., Кравчун П.П., Шелест Б.О., Леонідова В.І.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 171

ПРОФІЛАКТИКА КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Коваль С.М., Рєзнік Л.А., Старченко Т.Г.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……. 172

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВНІ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУУ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ І ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ
Коваль С.М., Снігурська І.А., Пенькова М.Ю., Мисниченко О.В., Божко В.В., Щенявська О.М.
ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків…….. 173

РІВНІ АПЕЛІНУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ТРИВАЛІСТЮ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА АНТРОПОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ
Коваль С.М., Юшко К.О., Старченко Т.Г., Шуть І.В., Висоцька О.В., Страшненко Г.М.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……. 174

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ADIPOR2 В РАЗВИТИИ РАННЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА
Колесникова Е.В., Никифорова Я.В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков..... 175

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГІПЕРУРИКЕМІЇ З ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК
Коломієць М.В.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна……... 176

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЁ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС И ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
Коломыцева И.Н., Волков Д.Е., [*]Лопин Д.А., Яблучанский Н.И.
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, [*]ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины имени В.Т. Зайцева», г. Харьков, Украина……..... 177

ОБ'ЄМНА В'ЯЗКІСТЬ СИРОВАТКИ КРОВІ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Количева О.В.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна……... 178

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРКИНЕЗИИ СТЕНОК ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Комаревич Н.А.[1], Абдуллаев Р.Р.[2], Гужва Н.Ю.[3]
[1]Киевский медицинский университет УАНМ, [2]Харьковский национальный медицинский университет, [3]Харьковская медицинская академия последипломного образования……. 179

ЗМІНИ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ АЛЛОГЕННОЮ КРІОКОНСЕРВОВАНОЮ ПЛАЦЕНТОЮ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ
[*]Кондаков І.І., Топчій І.І., Кірієнко О.М.
[*]Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……... 180

ЗМІНИ РІВНЮ ЕСТРАДІОЛУ КРОВІ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ АЛЛОГЕННОЮ КРІОКОНСЕРВОВАНОЮ ПЛАЦЕНТОЮ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ
[*]Кондаков І.І., Топчій І.І., Кірієнко О.М., Денисенко В.П.
[*]Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків…… 181

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ БІОХІМІЧНИХ ТА КЛІНІЧНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДУ
Копиця М.П., Титаренко Н.В., Біла Н.В., Гільова Я.В., Петеньова Л.Л., Опарін О.Л.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків……... 182

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКОЙ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПОМОЩИ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА
Копица Н.П., Юхновский А.Ю.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков..... 183

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЯМ
Корж А.Н.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина…… 184

ЦИТОЛОГІЧНИЙ СКЛАД ІНДУКОВАНОГО ХАРКОТИННЯ У ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХОЗЛ
Коробко О. А., Ільюк І. А., Степанюк Т. В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна…….. 185

ГЛІКОВАНИЙ ГЕМОГЛОБІН ЯК ПРЕДИКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З УПЕРШЕ ВИЯВЛЕНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОМЕОСТАЗУ ГЛЮКОЗИ
Королюк О.Я.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна…….. 186

ДІАБЕТОГЕННІ ЗНАЧЕННЯ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПРЕДІАБЕТОМ
Королюк О.Я.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна…….. 187

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОТЕИНА С ПРИ ТЕРАПИИ НЕПРЯМЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ
Костерина А.В.
Казанский государственный медицинский Университет, Россия……... 188

ЧАСТОТА ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗОМ (ПО ДАННЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ)
Костерина А.В.
Казанский государственный медицинский университет, Россия……..... 189

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННИЙ РИЗИК
Кочубєй О.А.

Харківський національний медичний університет, Україна…… 190

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ МОЛЕКУЛИ АДГЕЗІЇ СУДИННИХ КЛІТИН-1 ТА L-СЕЛЕКТИНУ У ХВОРИХ НА ІХС У ПОЄДНАННІ З ПУХЛИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КИШЕЧНИКУ
Кошля В.І., Кузмічов А.О.
Академія післядипломної медичної освіти, м. Запоріжжя, Україна…….. 191

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-9, СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ ТА НІТРОГЕНУ ПРИ ІХС У ЖІНОК З ПУХЛИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ
Кошля В.І., Шах Фероз
Академія післядипломної медичної освіти, м. Запоріжжя, Україна……..... 192

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В СПОЛУЧЕННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
Кравчун П.Г., Дєлєвська В.Ю.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 193

ЦИСТАТИН С ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И БЕЗ НЕЕ
Кравчун П.Г., Михайлова Ю.А., Семерова Н.Р.
Харьковский национальный медицинский университет, КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница № 27», Украина……. 194

СТАН КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ПРИ СИНТРОПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
Кравчун П.Г., Кадикова О.І.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 195

ТРОФОЛОГІЧНИЙ І ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУСИ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У АНЕМІЧНИХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК
Кравчун П.Г., Риндіна Н.Г.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 196

ТИП ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
Кравчун П.П., Кадикова О.І.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 197

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СИНДРОМОМ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Крахмалова Е.О., Каменир В.М., Калашник Д.Н., Колесникова Е.Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков…… 198

ОСТЕОПОНТИН ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Крахмалова Е.О., Самохина Л.М., Калашник Д.Н.

ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков… 199

ОЦЕНКА КАРДИОБЕЗОПАСНОСТИ β_2-АГОНИСТОВ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЗЛ
Крахмалова Е.О., Харченко Ю.Е., Колесникова Е.Н.
ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины", г. Харьков…… 200

HEAD-TO-HEAD COMPARISON OF THREE NATRIURETIC PEPTIDES IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ACUTE HEART FAILURE
L Krivoshei, F Stallone, T Herrmann, R Twerenbold, K Pershyna, C Schumacher, S Osswald, C Mueller
University Hospital Basel, Switzerland……. 201

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЛИЗОВОЇ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА
Крилова О.О., Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Демешкіна Л.В., Петішко О.П., Шантир Л.І.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ…… 202

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕФРОПРОТЕКЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Крутиков Е.С., Польская Л.В., Полищук Т.Ф., Чистякова С.И.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь……. 203

РІВНІ РОЗЧИННОГО ТРОМБОМОДУЛІНУ ЯК МАРКЕРА ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА АНТИФОСФОЛІПІДНИЙ СИНДРОМ
Кувікова І.П., Шевчук С.В.
НДІ реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, Україна…… 204

ВЛИЯНИЕ ИММОБИЛИЗАЦИИ В ГЕЛЯХ И НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОГО КОНСЕРВИРОВАНИЯ НА АДГЕЗИВНЫЕ СВОЙСТВА ПРОБИОТИКА ESCHERICHIA COLI M-17
Кудокоцева Е.В., Дорофеева Т.В., Шатилова Л.Е.
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков, Украина..… 205

ИЗМЕНЕНИЯ ВНЕШНЕГО КОНТУРА ЭРИТРОЦИТОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ХИМИОТЕРАПИИ И ВВЕДЕНИЯ КОРДОВОЙ КРОВИ
Кудокоцева О.В., Коваленко И.Ф., Ломакин И.И.
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков…….. 206

ФАРМАКОКІНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЕТАМБУТОЛУ ГІДРОХЛОРИДУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ЙОГО ВВЕДЕННЯ
Кужко М.М., Гульчук Н.М., Процик Л.М., Аврамчук О.В.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ…….. 207

ВИЗНАЧЕННЯ ФАРМАКОКІНЕТИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК МОКСИФЛОКСАЦИНУ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ЙОГО ВВЕДЕННЯ
Кужко М.М., Процик Л.М., Гульчук Н.М., Гуменюк М.І., Аврамчук О.В., *Гречаник Л.І.

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ, *Головний військовий клінічний госпіталь департаменту охорони здоров'я міністерства оборони України, м. Київ…….. 208

ОСОБЛИВОСТІ ФЕНОТИПОВИХ ОЗНАК СПОЛУЧНОТКАНИННОЇ ДИСПЛАЗІЇ У МОЛОДИХ ЛЮДЕЙ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ
Кузнецова М. А.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»……..... 209

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ТА ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЗБІЛЬШЕННЯ ВАГИ ТІЛА
Кузьмінова Н.В., Грібенюк О.В., Романова В.О.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна…….. 210

ЗАСТОСУВАННЯ В-БЛОКАТОРІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗА НАЯВНОСТІ ПОРУШЕНЬ РИТМУ СЕРЦЯ
Кулаєць Н.М.
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна……. 211

ТАК ЛИ БЕЗОПАСНА АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ
Куница В.Н., Девятова Н.В., Воюцкий В.П., Ицкова Е.А., Новосельская Н.А., Цветков В.А., Останина Т.В., Куница В.В.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь…… 212

ВПЛИВ СТОВБУРОВОЇ ВАГОТОМІЇ НА ДОБОВІ КОЛИВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
Куниця В.М., Чернуха С.М., Чистякова С.І., Турна Е.Ю., Кутузова Л.О., Глушко О.С., Цвєтков В.О.
ДУ «Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського», м. Сімферополь……. 213

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КОРОНАЛА У БОЛЬНЫХ АНГИНОЗНЫМИ ФОРМАМИ ИБС ПО ДАННЫМ АНКЕТНОГО ОПРОСНИКА
Курбанова Ф.Р., Бочкова Л.П., Вахидова С.Б
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан……. 214

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ СУДИН У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО КОРЕКЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ L-АРГІНІНУ
Курята О.В., Сіренко О.Ю., Сіренко Ю.В., Скороходова О.В., Легкобит А.С.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечнікова»…… 215

АНТИАНГИНАЛЬНЫЕ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЕТАКСОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Кучеренко О.Д., Брек В.В., Галагура Н.И., Кучеренко М.В., Сорокина О.Г., Цеменко М.И.
Харьковский национальный медицинский університет, Украина…….. 216

РІВЕНЬ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ
Кушнір Ю.С., Курята О.В.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»……..... 217

ПОРУШЕННЯ КАНАЛЬЦЕВОЇ ТА КЛУБОЧКОВОЇ ФУНКЦІЙ НИРОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ТА БЕЗ НЕЇ
Лапшина Л.А., Михайлова Ю.О., Леонідова В.І.
Харківський національний медичний університет, КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 27», Україна……..... 218

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА В г. КАЗАНИ
Лапшина С.А., Мясоутова Л.И.
ГОУ ВПО "Казанский государственный медицинский университет", Российская Федерация..... 219

ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ ЗМІН ЖИРНО-КИСЛОТНОГО СКЛАДУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПОСТІЙНОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ
Лизогуб В.Г., Богдан Т.В., Артемчук О.О., Меркулова І.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна……..... 220

ОСОБЛИВОСТІ ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ МЕМБРАН ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПАРОКСИЗМАЛЬНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ
Лизогуб В.Г., Богдан Т.В., Артемчук О.О., Меркулова І.О.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна……..... 221

ВПЛИВ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ АЕРОКРІОТЕРАПІЇ ТА КОРДОВОЇ КРОВІ НА ПОКАЗНИКИ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГІПОТИРЕОЗУ
Ломакін І.І., Кудокоцева О.В., Пуришева В.Ю.
Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків……... 222

АКТИВНОСТЬ α-2-МАКРОГЛОБУЛИНА В ТКАНЯХ АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ КРЫС ПОСЛЕ РИТМИЧЕСКОГО ХОЛОДОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
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……... 223

ОСОБЕННОСТИ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ХОЛОДОВОЙ АККЛИМАЦИИ
Луценко Д.Г., Слета И.В., Марченко В.С.
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков……..... 224

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ДИСПЕПСІЮ
Ляховченко Н.А.
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна…….. 225

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ
Малик Н.В.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 226

ВІТЧИЗНЯНА ЕФІРООЛІЙНА КОМПОЗИЦІЯ «ІНГАЛАР» В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ
Малкович Н.М., *Малкович Я.І.
Буковинський державний медичний університет, *КМУ «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці, Україна……. 227

APPLICATION OF PROTEFLAZIDUM IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CONCOMITANT DIABETES MELLITUS
Malkovych N.M., Mykytyuk O.P.
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine……... 228

КЛАСС ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QT И ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ОСТРОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА
Мальцева М.С., *Волков Д.Е., *Лопин Д.А., Яблучанский Н.И.
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, *ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», г. Харьков……. 229

ВІДМІННОСТІ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ ТА ОЖИРІННЯМ ІЗ ТА БЕЗ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ З ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТОЧКИ ЗОРУ
Мандрик О.Є., Дрозд В. Ю.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 230

ДИНАМИКА КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОЦЕССЕ ЛОНГИТУДИНАЛЬНОГО НАБЛЮБДЕНИЯ
Маркозова Л.М.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков……. 231

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ГРУПАХ ОСІБ З УРАЖЕННЯМ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ
Маркозова Л.М.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії й наркології НАМН України», м. Харків……. 232

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Маркозова Л.М., Аборнева Л.И., Антонова О.А., Катаргина Г.М., Лопина Н.Г., *Бенько Е.Г.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», *ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков……. 233

ФАКТОРИ ВЗАЄМОДІЇ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН З ОБ'ЄКТАМИ НЕХІМІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ
Маркозова Л.М., Бараненко О.В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії й наркології НАМН України», м. Харків……. 234

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Марута Н.А., Колядко С.П., Каленская Г.Ю.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков……. 235

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ДЕПРЕССИЙ, КОМОРБИДНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
Марута Н.А., Назарчук А.А., Денисенко М.М.
ДУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков……. 236

РИСК-ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У МУЖЧИН
Марута Н.А., Яцина А.Т., Марута О.С.
ДУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков……. 237

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Марциник Е.Н., Чурсинова Т.В., Пастарус Л.Н., Крайняк Т.Л.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия», КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС», Украина……..... 238

ПРОФІЛАКТИКА СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Масік Н.П.
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна…….. 239

ВЛИЯНИЕ Taq1B ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CETP НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ФОНЕ ПРИЕМА СТАТИНОВ
Масляева Л.В., Хайсам Абдалла, Панченко Г.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 240

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МОТИНОРМУ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ВИРАЗКОВОЇ ДИСПЕПСІЇ
Матковська Н.Р., Скрипник Л.М.
Івано-Франківський національний медичний університет, Україна……... 241

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ В 2013 РОЦІ
Мельник О.Г., *Боровик І.Г., Дюльдєва Т.А., Моргун Т.М.
НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ, *Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна…….. 242

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ХАРЧОВОГО РАЦІОНУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ
Мельничук Н.О., *Матвієнко І.Н., *Левицька Н.П.
Державна наукова установа «Науково практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, *ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. академіка Л.І. Медведя МОЗ України»…….. 243

РОЛЬ КВЕРЦЕТИНА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОРЕНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ II ТИПА
Михайлова Ю.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 244

ОЦІНКА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ
Міщук В.Г., Яцишин Р.І., Бойчук В.Б., Шаповал О.А.
ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”, Україна…… 245

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ
Молодан В.И., Кудрявцев А.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 246

МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТКИ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Молодан В.И.[1], Черняк А.Н.[2], Паштиани Р.В.[3], Лапшина Е.А.[1], Кадыкова О.И.[1]
[1]Харьковский национальный медицинский университет, [2]ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», [3]Харьковская городская клиническая больница № 27…….. 247

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ
Мосійчук Л.М., Демешкіна Л.В., Кушніренко І.В., Сердюченко О.М., Зигало Е.В., Васильєва І.О.
ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України", м. Дніпропетровськ…… 248

КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛЕЛІ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ, ПОЄДНАНУ З БІЛІАРНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ
Мосійчук Л.М., Майкова Т.В., Петішко О.П., Парамонова К.В., Васильєва І.О.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ……..... 249

ENDOTOXEMIA AND ANTIENDOTOXIN IMMUNITY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE
Mukhametova D.[1], Abdulganieva D.[1], Zinkevich O.[2], Saphina N.[2], Koporulina M.[2], Odintsova A.[3]
[1]Kazan State Medical University, [2]Kazan State Medical Academy, [3]Republican Clinical Hospital, Kazan, Russian Federation……. 250

INFLAMMATORY LOW BACK PAIN FEATURES IN PRIMARY CARE
Myasoutova L., Lapshina S.
Kazan state medical university, Russian Federation…….. 251

КОМБІНОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АЛІСКІРЕНУ І НЕБІВОЛОЛУ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ: НОВИЙ ШЛЯХ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ
Нальотова О.С.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна……... 252

КОРЕКЦІЯ АДАПТИВНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ В МЕНОПАУЗІ
Насраллах А.Х., Глушко Л.В., Федоров С.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна…… 253

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЇХ ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ГЕНОТИПУ RS966221 (snp83) ГЕНА pde4d
Настіна О.М., Плескач Г.В., Чумак А.А., Білий Д.О.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ……. 254

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА, АКЦЕНТ НА СУБКЛІНІЧНІ ЗМІНИ І ПІДХОДИ ДО ЇХ РЕГРЕСУВАННЯ
Настіна О.М., Хомазюк І.М., *Хомазюк В.А., Ковальов О.С.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», *Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна……. 255

ОЦІНКА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ПРАЦІВНИКІВ ОБ'ЄКТА «УКРИТТЯ» ЧАЕС
Незговорова Г.А., Громадська В.М.
Державна установа "Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України", м. Київ……. 256

ТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПРОЦЕСІВ ТРАНСПОРТУ ЛІПІДІВ ЛЕЙКОЦИТАМИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ, АСОЦІЙОВАНОМУ З АТЕРОГЕННОЮ ДИСЛІПІДЕМІЄЮ
Несен А.О., Гальчінська В.Ю., Беседіна А.С., Ченчік Т.О.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 257

КУРЕНИЕ КАК МОДИФИЦИРУЕМЫЙ ФАКТОР РИСКА БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА
Несен А.А., Чернышов В.А., Грунченко М.Н., Шкапо В.Л., Валентинова И.А., Чирва О.В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков, Украина….. 258

РЕЄСТР ПАЦІЄНТІВ ПІДВИЩЕНОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ
Несен А.О., Чернишов В.А., Грунченко М.М., Шкапо В.Л., Чирва О.В.
ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України"……. 259

ЩОДО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИРОБНИЧОГО ТРАВМАТИЗМУ
Ніколенко Є.Я., Боровик І.Г., *Захаров О.Г., *Пилипенко Н.О.
Харківська медична академія післядипломної освіти, *Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна……... 260

ПЕРСИСТУЮЧІ ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЙ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХВОРИХ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
Носач О.В., Чумак А.А., Овсяннікова Л.М., Плескач О.Я., Альохіна С.М.
ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН"……. 261

О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА
Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К., Рузметова И.А., Бекмурова Р.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан…….. 262

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ.
Оврах Т.Г., Волков В.И., Ченчик Т.А., Клименко Т.И.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков……. 263

СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
Оліник О.Ю., Федів О.І., Телекі Я.М., Гараздюк О.І.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 264

ЕТІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА СИНДРОМУ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ У ХВОРИХ ФТИЗІОПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ
Опанасенко М.С., Терешкович О.В., Демус Р.С., Калениченко М.І., Кшановський О.Е., Клименко В.І., Конік Б.М., Бичковський В.Б., Леванда Л.І., Обремська О.К., Климець Є.В.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ…….. 265

ВИЗНАЧЕННЯ ВІДСОТКУ ПОМИЛКОВИХ КЛІНІЧНИХ ДІАГНОЗІВ СИНДРОМУ ВНУТРІШНЬОГРУДНОЇ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ
Опанасенко М.С., Терешкович О.В., Демус Р.С., Конік Б.М., Клименко В.І., Калениченко М.І., Кшановський О.Е., Бичковський В.Б., Леванда Л.І., Обремська О.К., Климець Є.В.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ……. 266

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
Опарин А.А., Опарин А.Г., Двояшкина Ю.И., Крамаренко В.И., Гаручава Л.Н., Калина Т.С., Хоменко Л.А., Корниенко Д.А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина…… 267

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ МЕЛАТОНИНА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Опарин А.А., Опарин А.Г, Яковенко Е.Л., Синельник В.П., Двояшкина Ю.И., Лаврова Н.В., Кореновский И.П., Чонка В.Ю., Хоменко Л.А.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина…… 268

БІОХІМІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІДІОПАТИЧНИМ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ
Осипенко І.П., Солєйко О.В., Солейко Л.П.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна…….. 269

«MEDICINE FOR PERSON» – ДОСЯГНЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ
Оспанова Т.С., Чернякова І.О.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 270

НЕЗИДИОГЕНЕЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Ошмянская Н.Ю.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск…….. 271

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА УРАЖЕННЯ ШЛУНКА: ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ
Паліброда Н.М., Патратій М.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 272

ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЙ ГЛАУКОМЫ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Панченко Н.В., Мирошник Д.М., Саркисян Г.С., Гончарь Е.Н.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 273

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАДНЕГО СУБТЕНОНОВОГО ВВЕДЕНИЯ ТРИАМЦИНОЛОНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УВЕИТАМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА
Панченко Н.В., Самофалова М.Н., Фрянцева М.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 274

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ БИОМИКРОСКОПИЯ – ВЫСОКОИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИЗМЕНЕНИЙ БАЗИСА СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА
Панченко Н.В., Храмова Т.А., Литвищенко А.В.
Харьковский национальный медицинский університет, Украина…….. 275

СПІВІДНОШЕННЯ НЕЙТРОФІЛІВ І ЛІМФОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ
Панчишин Ю.М., Кондратюк М.О., *Юр'єва Н.Ю.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, *Військово-медичий клінічний центр Західного регіону, Україна…….. 276

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ БІПОЛЯРНИХ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ
Панько Т.В., Тахташова Д.Р., Чередникова Е.С.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків…… 277

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ
Пасиешвили Л.М.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 278

РОЛЬ ИНСЕРЦИОННО-ДЕЛЕЦИОННОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АПФ В ФОРМИРОВАНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ
Пасиешвили Т.М.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 279

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ТРОМБОЦИТАРНО-ПЛАЗМОВОГО ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ
Пасько В.С.
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ., Україна…… 280

ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШКІВНИКА У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ
Патратій М.В., Паліброда Н.М., Олексюк С.І.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 281

МІКРОБІОЦЕНОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Патратій М.В., Олексюк С.І.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 282

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НПВС У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
Пахлеванян С.Г., Пахлеванян В.Г., Ефремова О.А.
Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия….. 283

COMPLEMENT FACTORS IN ACUTE HEART FAILURE: RESPONSE TO TREATMENT AND LONG-TERM SURVIVAL
K Pershyna, R Twerenbold, F Stallone, T Herrmann, C Puelacher, M Rubini Gimenez, C Jaeger, L Krivoshei, M Trendelenburg, C Mueller
University Hospital Basel,Department of Cardiology& Cardiovascular Research Institute Basel, Switzerland……. 284

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ
Петішко О.П., Зигало Е.В., Пантелєєва Т.І.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ…… 285

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В МОНИТОРИНГЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ СЕТЧАТЫМ ЭНДОПРОТЕЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ
Петренко Г.Д., Сипливый В.А., Петренко Д.Г., Менкус Б.В., Сидельников В.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 286

СУЧАСНА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО СЕРЦЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ФЕЛОДИПІНУ
Петренко Т.О., Погорєлов В. М., Лоскутов О.В.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 287

СИНДРОМ “НИЗЬКОГО T_3” ТА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ
Пивовар С.М.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 288

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ТІОТРИАЗОЛІНУ В СХЕМАХ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ
Півторак К.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна……. 289

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ
Півторак Н.А., Біловол Л.О.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна…….. 290

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
Пилипенко С.А., Семерова Н.Р.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 291

ІНДЕКС ФУНКЦІЇ β-КЛІТИН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ
Піонова О.М.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 292

ВПЛИВ ВВЕДЕННЯ ФАКТОРУ РОСТУ ФІБРОБЛАСТІВ (FGF-2) НА ВІДНОВЛЕННЯ КРОВООБІГУ В ІШЕМІЗОВАНІЙ НИРЦІ
Пирогов В.О., Нікуліна Г.Г., Романенко А.М., *Кордюм В.А., *Похоленко Я.О., Мигаль Л.Я., Сербіна І.Є.
Державна установа «Інститут урології Національної академії медичн х наук України», м. Київ; *Інститут молекулярної біології та генетики Національної академії наук України, м. Київ…….. 293

ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА МЕНОПАУЗИ НА МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЖІНОК
Питецька Н.І.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 294

ЛИМФОБЛАСТНАЯ (ДИФФУЗНАЯ) ЛИМФОМА
Плитень О.Н., Мирошниченко М.С.
Харьковский национальный медицинский університет, Украина…….. 295

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО УРОВНЮ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ТРИГЛИЦЕРИДЕМИИ
Плохотниченко О.А., Атраментова Л.А., *Горшунская М.Ю., Тыжненко Т.В., Красова Н.С., Лещенко Ж.А., Гладких А.И., Почерняев А.К., Опалейко Ю.А., Кравчун Н.А., Полторак В.В.
ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков, *Харьковская медицинская академия последипломного образования ……. 296

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ДІЯ ФЕЛОДИПІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Погорєлов В.М., Брек В.В., Галагура Н.І., Денисова С.В., Карлова М.М., Петренко Т.О.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 297

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ
Позур Н.З., Гавриш Т.Ю., Кулаєць Н.М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна…… 298

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТАГОНІСТІВ КАЛЬЦІЮ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
Позур Н.З., Глушко Л.В., Федоров С.В., Молодовець О.Б., Гавриш Т.Ю., Чаплинська Н.В., Кулаєць В.М.
Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна…….. 299

ИНФОРМАТИВНОСТЬ РН-МЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ГЭРБ, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Починская М.В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина…… 300

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕПЕРФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА
Прохоров О.В., Кравчун П.Г., Ломакіна О.В., Шелест О.М.
Харківський національний медичний університет, Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна…… 301

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ
Рахимова Д.А.
ОАО РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, г. Ташкент…… 302

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ
Речкіна О.О., Костроміна В.П., Мельник К.О., Дорошенкова А.С., Стриж В.О., Ярощук Л.Б.
Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ……..... 303

ПРЕДИКТОРНІ ВЛАСТИВОСТІ ЕХОКАРДІОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У АНЕМІЧНИХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ І ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ЩОДО ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ
Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 304

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ПРИ СУПУТНІЙ ГІПЕРУРИКЕМІЇ
Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна……... 305

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАСТОСУВАННЯ БІСОПРОЛОЛУ НА ЧАСТОТУ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ ТА БЕЗ НЬОГО В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ARG389GLY ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ
Рудик Ю.С., Удовиченко М.М., Болотських Г.В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 306

ЗДОРОВ'Я – АКТУАЛЬНИЙ НАПРЯМ МЕДИЦИНИ
Руснак І.Т.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 307

ЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ, РЕЗУЛЬТАТИ ОЗДОРОВЧОГО ЕФЕКТУ
Руснак І.Т., Тащук В.К., Горда М.Д., Дудко Ю.О., Герасимик В.П.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 308

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
Руснак І.Т., Тащук В.К., Іванчук В.І., Патрабой В.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 309

РЕЗУЛЬТАТИ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
Руснак І.Т., Тащук В.К., Мединська А.О., Клим О.Д., Клепар О.М.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна……..... 310

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ
Руснак І.Т., Тащук В.К., Поліщук Ю.О., Кіцанюк І.Ю., Урбанович Р.Д.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 311

СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ, ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГИПЕРКОРТИЦИЗМОМ
Саипова Г.А., Искандерова С.Дж., Мусаева Ш.З., Хасанова Х.Д.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан……. 312

ВПЛИВ ВІКУ ТА КУРІННЯ НА ВМІСТ ОСТЕОПОНТІНУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
Самохіна Л.М., Колесникова Е.Н., Бондар Т.М.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 313

АКТИВНОСТЬ КАЛЬПАИНОВ У САМЦОВ КРЫС С АЛКОГОЛЬ-ЗАВИСИМОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ РИТМИЧЕСКОГО ХОЛОДОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ
[*]Самохина Л.М., Ломако В.В.
[*]ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков……... 314

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПРИ РОЗВИТКУ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС
Саркісова Е.О., Гасанова О.В., Незговорова Г.А., Гасанов А.А.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ……. 315

СИНТРОПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ
Саркісова Е.О., Чумак А.А., Овсяннікова Л.М., Гасанова О.В., Носач О.В.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ……. 316

ЗНАЧЕННЯ ЛОКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ
Свінціцький А.С., Катеренчук І.П.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава…… 317

ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ
Свінціцький А.С., Ревенок К.М., Корендович І.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м.Київ, Україна……. 318

УРОВЕНЬ МОНОЦИТАРНОГО ХЕМОАТТРАКТАНТНОГО ПРОТЕИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИБС
Семеновых П.С., Топчий И.И., Гальчинская В.Ю., Денисенко В.П., Якименко Ю.С.
ГУ “Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, г. Харьков..... 319

О МЕХАНИЗМАХ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА
Семидоцкая Ж.Д., Ромаданова О.И., Власенко М.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 320

ЕТНОГЕНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ
Семікіна О.Є., Кутіков О.Є., Каленська Г.Ю., Канурний І.І.
ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”, м. Харків…… 321

ВПЛИВ S(-)АМЛОДИПІНУ ТА НЕБІВОЛОЛУ НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА КОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
Середюк В.Н., Вакалюк І.П., Середюк Н.М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……..... 322

ВПЛИВ S(-)АМЛОДИПІНУ ТА НЕБІВОЛОЛУ НА ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА КОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
Середюк В.Н., Вакалюк І.П., Середюк Н.М.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна……..... 323

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ L-АРГИНИНОМ И ТРИМЕТАЗИДИНОМ НА СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ГАСТРОЄЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ
Серик С.А., Вовченко М.Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков….. 324

ВПЛИВ МЕТАМАКСУ НА ВИРАЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ МЕТАБОЛІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
Сидоренко Ю.В.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна…… 325

ПОЛИПЫ ЖЕЛЕЗ ТЕЛА ЖЕЛУДКА
Симонова Е.В., Крылова Е.А.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск……. 326

ВИБІР ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ З УРАХУВАННЯМ МОРФОЛОГІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
Сипливий В.О., Доценко В.В., Петренко Г.Д., Робак В.І.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 327

КРИТЕРИИ РИСКА ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ХИРУРГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ
Сипливый В.А., Петюнин А.Г., Мороз Е.Л., Петюнин П.А., Евтушенко А.В.
Харьковский национальный медицинский университет, 18 городская многопрофильная больница, г. Харьков, Украина…… 328

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Сипливый В.А., Робак В.И., Евтушенко Д.В., Бызов Д.В., Петюнин А.Г.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина……. 329

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ ТА ПРЕПАРАТУ PLANTAGO OVATA У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ
Сірчак Є.С., Курчак Н.Ю.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна……... 330

ВМІСТ ЕНЕРГЕТИЧНИХ СУБСТРАТІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МАСИ ТІЛА
Ситіна І.В.
Харківський національний медичний університет, Україна……..... 331

ТОЧНІСТЬ МЕТОДУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СЦИНТІГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ
Скирда І.Ю., Закревська О.В., Гладун В.М.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ……..... 332

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РАННЬОЇ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ
Скрипник І.М., Маслова Г.С., Лиманець Т.В.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава……..... 333

КОРЕКЦІЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ Х З ПРОЯВАМИ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ
Скробач Н.В., Гавриш І.Т., Романів О.П., Шаповал О.А.
ДВНЗ Івано-Франківський національний медичний університет, Обласна клінічна лікарн, м. Івано-Франківськ, Україна……... 334

КЛІНІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСБАКТЕРІОЗУ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ
Сміян С.І., Соліляк О.В., Слаба У.С., Легка Л.Л.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського», Україна….. 335

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЇ НА ГЕМОДИНАМІЧНІ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ
Снігурська І.О., Божко В.В., Пенькова М.Ю., Корнійчук І.А.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків…….. 336

КОНЦЕНТРАЦИЯ КОНЕЧНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Собирова Г.Н., Каримов М.М., Ахматходжаев А.М., Хакимов А.М.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан…….. 337

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ
Соцкая Я.А., Юган Я.Л., Рябенко Н.Б., Гуртовая С.С.
ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Украина……... 338

СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
Старченко Т.Г., Милославський Д.К., Юшко К.О., Беседіна А.С.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків……..... 339

УРОВНИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, ВЫРАЖЕННОСТЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ И ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Старченко Т.Г., Милославский Д.К., Шуть И.В., Щенявская Е.Н., Юшко К.А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины”, г. Харьков……. 340

ПОКАЗНИКИ АПЕЛІНУ КРОВІ ТА МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ ТАКОГО
Старченко Т.Г., Юшко К.О., Рєзнік Л.А. Конькова В.С., Корнейчук І.А., Грідасова Л.М.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків……..... 341

ПЕЧЕНКОВІ ФЕРМЕНТИ ЯК МАРКЕРИ ПОРУШЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО ІНСУЛІНУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ
Степанова О.В., Гопцій О.В., Железнякова Н.М., Зелена І.І., *Сьомова О.В.
Харківський національний медичний університет, *ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків……..... 342

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
Супрун Е.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 343

ХРОНІЧНЕ ЗАПАЛЕННЯ І КАЛЬЦИФІКАЦІЯ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК
Сусла О.Б.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»…… 344

РОЛЬ АПЕЛІНУ-12 ТА ОБЕСТАТИНУ У ПРОГРЕСУВАННІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ 2 ТИПУ
Табаченко О.С., Сапричова Л.В.
Харківський національний медичний університет, Харківська міська клінічна лікарня № 27, Україна……..... 345

ОЦІНКА ГІПЕРТОНІЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ЧОЛОВІКІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ
Тащук В.К., Гречко С.І., Руснак І.Т., Іванчук П.Р.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 346

ХВОРІ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: ПІКЛУВАННЯ ПРО ЗДОРОВ'Я
Тащук В.К., Руснак І.Т., Гляйх Л.І., Захарук Х.М., Петрик І.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 347

РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Телекі Я.М., Христич Т.М., Оліник О.Ю.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 348

ПАТОГЕНЕТИЧНІ НАПРЯМКИ СУКУПНОГО ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ
Терешкін К.І., Зайцев П.В.
Харківський національний медичний університет, Україна…… 349

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ СТРУКТУРИ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ШИЇ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБІ ПЕЧІНКИ ТА ПІДВИЩЕНІ МАСИ ТІЛА
Терсіна О.Д., Бульда В.І.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Діагностичний центр ТОВ «Сучасні діагностичні системи», м. Київ, Україна……..... 350

ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОГО ПРЕПАРАТУ ЦИТОФЛАВІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У СПОЛУЧЕННІ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ТЛІ ІНФІКУВАННЯ HCV
Тєрьошин В.О., Соцька Я.А., Шаповалова І.О., Круглова О.В.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна…… 351

ПРОГНОЗУВАННЯ НЕСПРИЯТЛИВОГО ВИХІДУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА
Титаренко Н.В., Копица М.П., Біла Н.В., Гільова Я.В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків……..... 352

О НЕДОСТАТКАХ В РАБОТЕ КОМИССИЙ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТАЮЩИХ
Ткач С.И., Николенко Е.Я., Боровик И.Г, Лукьяненко А.Е.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина……. 353

АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ИБС И СД 2 ТИПА С ОЖИРЕНИЕМ
Ткаченко О.В.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины» г. Харьков……. 354

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН В РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПОСТМЕНОПАУЗЕ
Ткаченко О.В., Смолкин И.М.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков…… 355

БИОИМПЕДАНСНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ СОСТАВА ТЕЛА И ОСНОВНОЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Ткаченко О.В., Смолкин И.М.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков…… 356

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
Топчий И.И., Кириенко А.Н., Цыганков А.Н., Бенько Е.Г.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины, г. Харьков……. 357

СОДЕРЖАНИЕ SCD40 И CD-МАРКЕРИ МОНОЦИТОВ/МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК
Топчий И.И., Кириенко А.Н., Щенявская Е.Н., Гальчинская В.Ю., Бенько Е.Г.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков…… 358

ВМІСТ ВІСФАТИНУ В ПЛАЗМІ КРОВІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАДІЇ ЗАХВОРЮВАННЯ
Топчій І.І., Семенових П.С., Гальчінська В.Ю., Якименко Ю.С.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 359

ОСОБЛИВОСТІ АНТІАПОПТИЧНОЇ ДІЇ АЛЬФА ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ
Топчій І.І., Семенових П.С., Гальчінська В.Ю., Якименко Ю.С., Єфімова Н.В.

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 360

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА УРОСТОН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ
Топчий И.И., Семенових П.С., Дунаевская М.М., Якименко Ю.С., Щербань Т.Д.
ГУ Национальный иститут терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков…..... 361

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ ПРЕПАРАТУ ПРИРОДНЬОГО ПОХОДЖЕННЯ НУКЛЕЇНАТУ ТА МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОГО ЗАСОБУ ГЕПА-МЕРЦ НА РІВЕНЬ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ (ІЛ-4, ІЛ-10) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОКСИЧНИЙ ГЕПАТИТ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Труняков М.В., Тєрьошин В.О.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна…… 362

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СТАТИНОВ НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИБС
Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х, Шоумарова Н.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Республика Узбекистан……..... 363

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
Туляганова Д.К., Нуритдинова С.К., Шодиев Ж.Д., Якубов М.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент, Республика Узбекистан……..... 364

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Убайдуллаев А.М., Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабирджанова З.Т., Халилова Х., Касымова Г.М.
Ташкентский институт усовершенствования врачей; РСНПМЦ терапии и медицинской реабилитации МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент……..... 365

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ С НЕКОТОРЫМИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПЕСМЕЙКЕРА
Узун Д.Ю.
ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк……. 366

ИЗУЧЕНИЕ МАРКЕРОВ РАННЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Уразаева Л.И., Максудова А.Н., Халфина Т.Н.
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации…….. 367

РОЛЬ ГУМОРАЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Усанова С.Т., Касимова Г.М., Шаюсупова М.У.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан……. 368

ПОРУШЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ АПЕЛІНУ КЛІТИНАМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
Фадєєнко Г.Д., Гріднєв О.Є., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 369

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
Фадєєнко Г.Д., Кушнір І.Е., Чернова В.М., Гальчінська В.Ю., Єфіменко Н.В., Дубров К.Ю., Сакал В.В.
ДУ«Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків……... 370

ВОПРОСЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ТРУДАХ АКАДЕМИКА Л.Т. МАЛОЙ И ЕЕ ШКОЛЫ (к 95-летию со дня рождения)
Фадеенко Г.Д., Милославский Д.К., Гридасова Л.Н., Кулешова Е.М., Кужель У.Н.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков….. 371

ХАРАКТЕР І ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ З ГЕРХ ПРИ ПОЄДНАННІ ЇЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Фадеенко Г.Д., [*]Фролова-Романюк Э.Ю., Гальчинска В.Ю.
ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України", м. Харків,
[*]Харківський національний медичний університет…….. 372

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА У МОЛОДЫХ ЛИЦ С НЕЙРОЦИОКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИ
Фадеенко Г.Д., Чирва О.В., Несен А.А., Горб Ю.Г.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков….. 373

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ФІТОЗБОРІВ
Фатула М.І., Блецкан М.М., Свистак В.В., Рішко О.А., Петрик І.М., Ігнатко Я.І.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгородська міська центральна клінічна лікарня, Україна……. 374

ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ТА ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА СТЕАТОЗ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ З ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ
Феджага І.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна…….. 375

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЛЕЙКОГРАМИ ТА ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ
Федоров С.В.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,Україна……..... 376

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ МІКРОСУДИННОГО РУСЛА ТА СТАН ФУНКЦІЇ МІКРОВАСКУЛЯРНОГО ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ
Фуштей І.М., Токаренко О.О.
Державний заклад "Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України", Україна……... 377

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХОЗЛ
Хайменова Г. С., Потяженко М. М., Савченко Л. В.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава……..... 378

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГРВІ
Хайменова Г.С., Потяженко М.М., Соколюк Н.Л.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава……..... 379

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМВАСТАТИНА И АТОРВАСТАТИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФНОГО ЛОКУСА Taq1B ГЕНА CETP
Хайсам Абдалла, Масляева Л.В., Панченко Г.Ю., Нестерцова И.А.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина…… 380

РОЛЬ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ
Ходош Э.М., Sawssen Ben Ammar, Хорошун Д.В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина……. 381

ДИНАМІКА ЕКГ ПОКАЗНИКІВ ІШЕМІЇ МІОКАРДА ПРИ РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧУ ХВОРОБУ
Хомазюк І.М., Габулавічене Ж.М.
ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», м. Київ……. 382

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ СТАБИЛЬНОМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОМ КОНТРОЛЕ
Хомазюк И.Н., Настина Е.М., *Хомазюк В.А
ГУ «Национальный научный центр радиационной медицины НАМН Украины», *Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев……. 383

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Христич Т.Н.
Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина…….. 384

ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ
Хуснутдінова Л.О.
Казанський державний медичний університет, Росія……..... 385

ДЕЯКІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ СТАНУ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ ЗА ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА БЕЗ НЕЇ
Хухліна О.С., Мандрик О.Є., Дрозд В.Ю.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 386

РУТИННАЯ ПРАКТИКА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST
Целуйко В.И., Матузок О.Э., Дьолог Н.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина…… 387

ОПТИМИЗАЦИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ
Черкасова О.Г., Данилова А.В., Кондратьева А.В., *Костюченко Е.И.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины», *КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС»……... 388

ЕНЗИМОДІАГНОСТИКА СТУПЕНЮ ІШЕМІЧНОГО УШКОДЖЕННЯ ПАРЕНХІМИ НИРКИ У ХВОРИХ НА НЕФРОЛІТІАЗ ІЗ ОБСТРУКЦІЄЮ СЕЧОВОДУ
Черненко В.В., Мигаль Л.Я., Нікуліна Г.Г., Ладнюк Р.Є., Желтовська Н.І., Клюс А.Л., Сербіна І.Є., Савчук В.Й., Черненко Д.В.
Державна установа "Інститут урології НАМН України, м. Київ…… 389

КОРЕКЦІЯ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ
Чимпой К.А., Дяк М.В., Зінків Л.І., Ткачук В.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 390

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТИРАДИКАЛЬНОГО ЗАХИСТУ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ
Чимпой К.А., Злотар О.В.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна…… 391

СПЕКТР БАКТЕРІАЛЬНОЇ ФЛОРИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ
Чуб О.І., Більченко О.В.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна…….. 392

ВПЛИВ ПЕНТОКСИФІЛІНУ НА ВМІСТ ЕЙКОЗАНОЇДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ, ПОЄДНАНОЮ З ХРОНІЧНИМ НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ
Чумак Ю.Ю., Победьонна Г.П., *Ревунова Н.В., *Андреєва З.Б.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», *Луганська обласна клінічна лікарня, Україна……..... 393

МЕТФОРМИН И ПИОГЛИТАЗОН КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА
Шаенко З.А., Расин М.С.
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава……. 394

DYNAMIC MONITORING OF PATIENTS WITH PATHOLOGY OF PERIARTICULAR TISSUES OF THE SHOULDER
Shamsutdinova NG, Kirillova ER
Kazan State Medical University, Rossiya…… 395

FREQUENCY OF DETACHED CARDIAC DRUGS PRESCRIBING IN PATIENTS OF DIFFERENT QRS COMPLEX DURATION CLASSES ON THE PERMANENT PACING BACKGROUND
Shanina I.V., *Volkov D.E., Yabluchansky N.I.
V.N. Karazin Kharkiv National University, *SI "Zaytsev V.T. Institute of General and Emergency Surgery NAMS of Ukraine", Kharkiv……. 396

FUNCTIONAL BLOOD CIRCULATION VALUES IN PATIENTS WITH CRT IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN DIFFERENT QRS COMPLEX DURATION CLASSES
Shanina I.V., *Volkov D.E., Yabluchansky N.I.
V.N. Karazin Kharkiv National University, Medical School, *SI " Zaycev V.T. Institute of General and Urgent Surgery NAMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine……. 397

ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ
Шапкін В.Є.
Харківський національний медичний університет, Україна …… 398

ВПЛИВ ЕНДОТОКСИКОЗУ ТА ОКСИДАНТНОГО СТРЕСУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ ЗДАТНІСТЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ
Шаповал О.А., Яцишин Р.І., Скробач Н.В., Дрогомирецька О.І., Вишиванюк В.Ю.
Івано-Франківський національний медичний університет, Україна…….. 399

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НПВС-ГАСТРОПАТИЯХ
Шараева М.Л.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина…… 400

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕМБРАНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ЛИПОЛИТИЧЕСКУЮ СИСТЕМУ ЛИМФОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ КРОВИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
Шарипова Р.М., Касимова Г.М., Усанова С.Т.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан……. 401

РОЛЬ ЛИПОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ТРОМБОЦИТОВ И ЛИМФОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
Шаюсупова М.У., Касимова Г.М., Рахматуллаев Х.У.
ОАО «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», г. Ташкент, Республика Узбекистан……. 402

ВПЛИВ МОДИФІКАЦІЇ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
Шевчук С.Г., Осташевська Т.Г., Бичков О.А., Бишовець Р.В.
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна……..... 403

ЗМІНИ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ
Шейко С.О.
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»……..... 404

ЧИННИКИ РИЗИКУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
Шкапо В.Л., Несен А.О., Грунченко М.М, Чирва О.В.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…… 405

ВПЛИВ СИМПАТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА РОЗВИТОК ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ
Шоп І.В., Махаринська О.С., Лебединська М.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна…….. 406

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ІВАБРАДИН У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ
Шупер В.О., Шупер С.В., Вагіна Ю.І.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна…… 407

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АФОБАЗОЛА ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ПОСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ
Шустваль Н.Ф., *Лядова Т.И., *Волобуева О.В., Ещенко К.Н.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, *Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина…… 408

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФОСФОГЛИВА У БОЛЬНЫХ ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ
Шустваль Н.Ф., *Лядова Т.И., *Волобуева О.В., Ещенко К.Н.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, *Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина…… 409

ТИОТРИАЗОЛИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ
Шустваль Н.Ф., *Лядова Т.И., *Волобуева О.В., Ещенко К.Н.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, *Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина……..... 410

МОРФОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ПОХІДНИХ N-АРИЛАЦЕТАМІДІВ 4Н-ПІРИДО[4´,3´:5,6]ПІРАНО[2,3-d]ПІРИМІДИНУ
Щербак О.М., Андреєва І.Д., Погоріла М.С., Казмірчук В.В.
ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України», м. Харків….. 411

ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ГЕМОДИНАМИКУ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛТАЦИНА У МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ
Щербань Э.А., Заславская Р.М., Логвиненко С.И., Морозова И.А., Стороженко С.Ю., Анкудинова О.В., Тульская И.А., Гупало Е.А.
НИУ «БелГУ», БОКБ Святителя Иоасафа, г. Белгород, Институт космических исследований РАН, г. Москва, Московский клинический научный центр ДЗМ, Россия……. 412

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПОКАЗНИКИ ЛІ ПОПЕ-РОКСИДАЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ, ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ
Юган Я.Л.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна…… 413

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Юхновский А.Ю. Копица Н.П.,
ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков…….. 414

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
Явдак И.А., Чередникова Е.С., Федченко В.Ю.
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков……. 415

ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ ІНСТИТУТУ ЗА 2013 РІК
Ярина Н.А.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків…….. 416

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТАДИИ
Ярынкина Е.А., Ильяш М.Г, Мхитарян Л.С., Базыка О.Е., Довганич Н.В., Тхор Н.В., Старшова Е.С., Радченко В.В.
ГУННЦ «Институт кардиологии им. акад.Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев…… 417

ВИЯВЛЕННЯ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗОДУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Яшина Л.О., Ігнатьєва В.І., Поточняк О.В., Зволь І.В, Москаленко С.М.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ…….. 418

Адреса редколегії:
ДУ "Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України"
просп. Постишева, 2-а, м. Харків, 61039, Україна
E-mail**:** info@therapy.gov.ua
www.therapy.org.ua

Підписано до друку 20.10.2014 р. Формат 60x84 1/16.
Надруковано у типографії ТОВ «Цифра Принт»
на цифровому комплексі Xerox DocuTech 6135.
Свідоцтво про державну реєстрацію А01 № 432705 від 03.08.2009 р.
Адреса: м. Харків, вул. Данилевського, 30.
Ум. друк. арк. 26,9. Замовлення. № 87.
Гарнітура Times New Roman. Наклад 76 прим.