

генотипов определялась соответствием равновесия Харди-Вайнберга ( $p_i^2 + 2 p_i p_j + p_j^2 = 1$ ). Согласно Хельсинской декларации все пациенты были проинформированы о проведении клинического исследования и дали согласие на определение полиморфизма исследуемого гена.

**Результаты и их обсуждение.** У обследованных пациентов с I ФК ХСН аллель А полиморфизма гена eNOS (Glu298Asp) определялся у 15 больных, что равнялось 30 %, аллель G – у 35 человек (70 %), а генотипы G/A, A/A и G/G – у 21 (42 %), 6 (12 %) и 23 (46 %) обследованных соответственно. У больных второй подгруппы носителями аллеля А были 26 человек, что составило 22,03 %, аллеля G – 92 пациентов (77,97 %), а генотипов G/A, A/A и G/G – у 44 (37,28 %), 9 (7,63 %) и 65 (55,09 %) человек соответственно. В подгруппе пациентов с III-IV ФК ХСН распределение аллелей и генотипов происходило следующим образом: для аллеля А – 11 (20,37 %), аллеля G – 43 (79,63 %), генотипов G/A, A/A и G/G – 21 (38,89 %), 5 (9,26 %) и 28 (51,85 %) соответственно.

Сравнительный анализ выявил достоверное увеличение частоты выявления аллеля G и уменьшение аллеля А полиморфизма гена eNOS (Glu298Asp) в больных ИБС и ожирением от I до III-IV ФК ХСН. Аллель А встречался чаще на 7,97 % и 9,63 % у больных с I ФК ХСН, чем у пациентов со II и III-IV ФК ХСН, а аллель G, наоборот, реже ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Таким образом, в больных с ожирением и ИБС прогрессирование ХСН было связано с аллелем G полиморфизма гена eNOS (Glu298Asp), а аллель А имел протекторные особенности.

**Корнієнко Д. О.**

**РОЛЬ ПРЕПАРАТІВ МЕЛАТОНІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ  
ЛІКУВАННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА  
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ОСІБ  
МОЛОДОГО ВІКУ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра  
загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх хвороб, Харків,  
Україна**

**Науковий керівник – Пасієшвілі Людмила Михайлівна**

**Вступ.** Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) на сьогодні представляє собою значну проблему сучасної медицини. ГЕРХ та ожиріння можуть підсилювати психоемоційні порушення, що сприяє зниженню якості життя цієї групи хворих.

**Матеріали й методи дослідження.** В ході дослідження було обстежено 105 пацієнтів з ГЕРХ. Діагноз встановлювався відповідно до МКБ-10, з урахуванням даних опитувальника GERDQ. Для виявлення ступеню супутнього ожиріння використовували розрахунок індексу маси тіла (ІМТ). Для визначення рівня депресії, особистісної та реактивної тривожності використовувалися: опитувальник депресії Бека, тест діагностики самооцінки рівня тривожності Спілбергера - Ханіна. Всім хворим проводилася терапія за

класичною схемою, яка включала в себе призначення інгібіторів протонної помпи (ІПП) та прокінетика. Підчас дослідження з обстежених хворих було сформовано 4 підгрупи. Підгрупу А (n=25) та підгрупу Б (n=25) склали хворі на ГЕРХ без супутньої патології. Підгрупу В (n=28) та підгрупу Г (n=27) - хворі на ГЕРХ із супутнім ожирінням. Хворі підгруп А та В отримували стандартну схему лікування без доповнень. Хворим підгруп Б та Г додатково призначався препарат мелатоніну в дозі 3 мг на добу за 30 хвилин перед сном протягом 14 днів.

Статистична обробка результатів проводилася за допомогою системи статистичної обробки даних Statistica 6.0 та з використанням Microsoft Office Excel 2007. При нормальному розподілі використовувався t-критерій Стюдента, у разі відхилення від нормального розподілу застосовувалися непараметричні критерії. Достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ . Отримані результати були представлені у вигляді  $M \pm m$ , де М - це медіана, а m - стандартне відхилення. **Результати досліджень.** В ході дослідження було встановлено, що вплив ГЕРХ на повсякденне життя хворих за опитувальником GERDQ (урахування нічних симптомів, необхідність регулярного прийому антацидних препаратів), значне порушення психоемоційного стану, що виражається у збільшенні показників особистої та реактивної тривожності та рівня проявів депресії виявилися достовірно більшими в групі хворих із супутньою патологією ( $p < 0,05$ ). В ході дослідження динаміки показників психоемоційного стану хворих після проведеного лікування було встановлено, що виразність проявів депресії, показників реактивної та особистісної тривожності суттєво зменшуються після лікування. Так відмічалось достовірне зниження рівня депресії та реактивної тривожності у пацієнтів всіх підгруп. У свою чергу зниження показників депресії та реактивної тривожності було достовірно більше вираженим в підгрупах хворих, які додатково приймали препарати мелатоніну ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** У хворих на ГЕРХ відмічаються виражений вплив ГЕРХ на повсякденне життя, чому сприяють у певній мірі значні психосоматичні розлади, які проявляються у вигляді тривожно-депресивних порушень. Показники рівня депресії, рівня реактивної та особистісної тривожності були достовірно більше виражені в групі хворих на ГЕРХ із супутнім ожирінням ( $p < 0,05$ ). Додаткове застосування препаратів мелатоніну в схемі комплексного лікування ГЕРХ із супутнім ожирінням дозволяє забезпечити патогенетичну корекцію та збільшити ефективність класичних схем терапії, крім цього сприяє зменшенню психосоматичних розладів, які мають місце при ГЕРХ.