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

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

ЗАГАЛЬНОТЕРАПЕВТИЧНА ПРАКТИКА: НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПИТАННЯ

7 листопада 2013 року

Харків
2013

УДК: 616.1/.4-06.002
З 33

Відповідальний редактор
Г.Д. Фадєєнко

Редакційна колегія:
Бабак О.Я., Волков В.І., Гальчінська В.Ю., Гріднєв О.Є., Коваль С.М., Копиця М.П., Крахмалова О.О., Рудик Ю.С., Топчій І.І.

Відповідальний секретар: Грідасова Л.М.

З 33 “Загальнотерапевтична практика: нові технології та міждисциплінарні питання”: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 7 листопада 2013 р. /за ред. Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2013. – 383 с.

У збірнику представлені епідеміологічні та патогенетичні аспекти внутрішніх хвороб у пацієнтів різних вікових категорій, первинна та вторинна профілактика основних неінфекційних хвороб, сучасні методи медикаментозного та немедикаментозного лікування в клініці внутрішніх хвороб, мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнтів з поліморбідною патологією, питання організації медичної допомоги хворим із патологією внутрішніх органів.

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

© ГУ “Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины”, 2013

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАЛЬЗАМА ФОРТИКЮР И ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ЭСТРОГЕНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ

Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Турсунбаев А.К., Тагаева Д.Р., Назирова М.Х., Эрназарова М.М.

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

Широкое применение заместительной гормонотерапии (ЗГТ) натуральными эстрогенами в комбинации с прогестероном для лечения синдрома дефицита эстрогенов (ДЭ) сопровождается часто нарушениями функции печени, особенно у женщин старших возрастных групп. В связи с этим патогенетически обоснованным было бы применение препаратов, обладающих цито- и гепатопротективным и антиоксидантным действием. Нас заинтересовал бальзам Фортикюр, в состав которого входят лекарственные растения (девясил, ревень, аир, горец, бессмертник, цикорий, солодка, кукурузные рыльца, тысячелистник).

Материалы и методы. В исследование были включены 60 женщин с ДЭ, нуждающиеся в длительной ЗГТ, разделенные на 2 группы идентичные по возрасту (55-65 лет), терапевтическим и гинекологическим заболеваниям и длительности процесса. Больным обеих групп назначали ЗГТ (Анжелик, по схеме) от 6 до 12 месяцев. Пациентки первой группы дополнительно к ЗГТ получали Фортикюр по 5-10 мл 2 раза в день до еды. До и после лечения проводили необходимые клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты. Пациентки, принимавшие Фортикюр, переносили ЗГТ более благоприятно. У большинства больных второй группы отмечалась тяжесть в правом боку, горечь во рту и другие диспепсические расстройства, что служило нередко причиной отказа от ЗГТ. Бальзам, оказывающий, желчегонное, спазмолитическое, противовоспалительное, антисептическое, гипохолестерин- и гипобилирубинемическое действие, благоприятно влиял на функцию печени, защищая от повреждающих факторов. Проведенные исследования (активность печёночных трансаминаз, билирубин, общий белок и фракции, гормоны, спектр липопротеидов, ультразвуковое исследование) показали, что Фортикюр в сочетании с ЗГТ оказывает выраженный эффект у женщин старших возрастных групп с ДЭ, что улучшает качество жизни этой категории пациенток. Испытанный бальзам переносился хорошо, побочных явлений не оказывал.

Выводы. Таким образом, бальзам Фортикюр можно применять в сочетании с ЗГТ у женщин старших возрастных групп с ДЭ.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА – РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Акимов А.М., Силин А.Н., Смазнова О.В.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень, Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), г. Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось изучение взаимосвязей параметров стресса на рабочем месте и индекса социальных связей в открытой мужской популяции г. Тюмени 25-64 лет.

Исследование выполнено в рамках программы Всемирной организации здравоохранения «МОНИКА-психосоциальная» на репрезентативной выборке неорганизованного населения г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек. Индекс социальных связей (SNI) определялся по тесту Бекман-Сим, состоящему из 9 показателей социальных связей, по взаимодействию с которыми определялась степень активности респондента в социуме. Индекс социальных связей оценивался как низкий, средне-низкий, средне-высокий, высокий. Для анализа стресса на рабочем месте использовалась анкета ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью».

У лиц с высоким уровнем SNI существенно реже было установлено изменение специальности в течение последних 12-ти месяцев сравнительно с группами лиц с низким и средним SNI. 63,4 % мужчин с высоким уровнем SNI ответили, что им нравится их работа. Ответственность на работе в течение последних 12-ти месяцев понизилась достоверно реже у мужчин со средним и средне-высоким уровнями SNI сравнительно с группой лиц с низким уровнем SNI. Ответственность своей работы в течение последних 12-ти месяцев, как высокую, оценили 48,8 % мужчин со средне-высоким уровнем SNI и 36,7 % мужчин с низким уровнем SNI ($p < 0,05$), как очень высокую – 12,3 % мужчин со средне-высоким уровнем SNI и 5,4 % мужчин с низким уровнем SNI ($p < 0,05$), как незначительную – 6,7 % мужчин со средне-высоким уровнем SNI и 18,4 % мужчин с низким уровнем SNI ($p < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о важности дальнейшего изучения психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин трудоспособного возраста, а также о целесообразности профилактических мер, направленных на ослабление влияния психосоциальных факторов риска у населения.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Акимова Е.В.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии»
СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень,
Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), г. Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось определение уровней социальной поддержки у мужчин 25-64 лет с наличием и отсутствием ишемической болезни сердца (ИБС).

Проведено эпидемиологическое исследование с использованием стандартной анкеты МОНИКА-психосоциальная. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждом из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % – 850 участников. На основании стандартных методов (вопросник ВОЗ на стенокардию напряжения, Миннесотский код) выделяли «определённую» ИБС (ОИБС), «возможную» ИБС (ВИБС) и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям. Социальная поддержка определялась по двум параметрам: индекс близких контактов (ICC) и индекс социальных связей. (SNI).

Индекс близких контактов в мужской популяции (низкий, средний, высокий) значимо не различался у лиц с наличием и отсутствием ИБС. В то же время в группах мужчин с ОИБС и с ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям низкий уровень ICC встречался значимо чаще, сравнительно с высоким уровнем ICC (соответственно, ОИБС: 44,9 % – 12,2 %, $p < 0,001$; ИБС: 44,0 % – 14,9 %, $p < 0,001$). У лиц с наличием ОИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям низкий уровень SNI встречался достоверно чаще, чем в группе лиц с отсутствием ИБС (соответственно, ОИБС: 25,5 % – 15,8 %, $p < 0,05$; ИБС: 25,4 % – 15,8 %, $p < 0,01$). Относительно низкого и высокого уровней SNI значимые различия имели место у лиц с наличием ОИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям (ОИБС: 25,5 % – 8,2 %, $p < 0,001$; ИБС: 25,4 % – 8,2 %, $p < 0,01$).

Таким образом, в группах мужчин 25-64 лет с наличием ОИБС и ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям преобладал низкий уровень социальной поддержки, преимущественно за счет низкого индекса социальных связей.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО СИБИРСКОГО ГОРОДА

Акимова Е.В., Каюмова М.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень, Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), г. Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось изучение отношения к курению и изменению привычек питания в открытой мужской популяции 25-64 лет.

В рамках кардиологического скрининга было проведено исследование с использованием стандартной анкеты пси-МОНИКА. Из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени была сформирована репрезентативная выборка среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек, по 250 человек в каждой из четырех десятилетий жизни (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % – 850 участников. Использовался сплошной опросный метод путём самозаполнения анкеты. Респондентам были заданы следующие вопросы: «Пытались ли Вы когда-нибудь изменить что-либо в своем курении?»; «Курите ли Вы больше, чем год назад?»; «Пытались ли Вы делать какие-нибудь изменения в питании?». Вопросы сопровождались перечнем фиксированных ответов. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ SPSS, версия 11,5.

В открытой популяции 25-64 лет 28 % мужчин никогда не курили, в настоящее время не курят 53 % мужчин. Предпринимали попытки изменить отношение к курению около 64 % мужчин, и около 8 % мужчин курят и никогда не пытались бросить курить. В течение года не курили 50,6 % мужчин. Пытались изменить питание или соблюдают диету 23,2 % мужчин. Весьма незначителен процент лиц, которые изменили питание ради здоровья и соблюдают диету.

Успех массовых профилактических мероприятий в каждом отдельно взятом регионе зависит от готовности населения в них участвовать, готовности к изменению поведенческих привычек и выполнению практических рекомендаций.

МІКРОЕЛЕМЕНТИ ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ У ПАТОГЕНЕЗІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Александрова М.Я., Лемко І.С., Лемко О.І.
ДВНЗ "Ужгородський національний університет", Україна

Вступ. Відомо, що органічні комплекси мікроелементів (МЕ) беруть участь в проміжних процесах обміну речовин організму, здійснюючи вплив на його розвиток, зростання, кровотворення. Нестача або надлишок МЕ в організмі веде до порушення обміну речовин та розвитку різноманітних захворювань.

Мета дослідження. Вивчити вміст МЕ сироватки крові у хворих на персистуючу бронхіальну астму (БА) важкого перебігу у фазі ремісії на фоні прийому системних форм базисної кортикостероїдної терапії.

Методи дослідження. Обстежено 25 хворих з БА важкого перебігу у фазі ремісії, які в якості базисної протизапальної терапії отримували системні кортикостероїди (у дозі 20 мг на день в перерахунку на преднізолон). Для визначення ступеню важкості захворювання враховували рекомендації міжнародного консенсусу з лікування БА (GINA, 2006). Мікроелементний склад сироватки крові (рівень міді, цинку, заліза, йоду) визначали на атомно-абсорбційному комплексі КАС-120.1 з електротермічною атомізацією та комп'ютерною реєстрацією аналітичного сигналу на основній резонансній частоті даних елементів.

Отримані результати. У всіх хворих відмічено дисбаланс досліджуваних МЕ в порівнянні з відповідними показниками практично здорових осіб ($p_0 < 0,001$). Так, рівень міді був достовірно вищим – (0,71 ± 0,02) мкг/мл, ніж у практично здорових осіб ((0,53 ± 0,03) мкг/мл, $p < 0,001$) на фоні зниження рівня цинку до (1,04 ± 0,02) мкг/мл (контрольна група – (1,36 ± 0,1) мкг/мл, $p < 0,001$). Рівень заліза був достовірно нижчим – в середньому (0,45 ± 0,03) мкг/мл в порівнянні з нормальним показником – (0,68 ± 0,04) мкг/мл, $p < 0,001$), що вказує на порушення механізмів засвоєння даного мікроелементу у хворих на БА в умовах оксидативного стресу. Рівень йоду був достовірно нижчим – (0,38 ± 0,04) мкг/мл, в порівнянні з відповідним показником практично здорових осіб – (0,71 ± 0,03) мкг/мл, $p < 0,001$, що свідчить про порушення засвоєння даного мікроелементу у хворих із важким перебігом захворювання.

Висновки. При персистуючій БА важкого перебігу з прийомом системних кортикостероїдів виявляється підвищення рівня міді сироватки крові на фоні зниження рівня цинку, що свідчить про виражений дисбаланс в системі антиоксидантного захисту. Відмічено також зниження рівня заліза та йоду, що вказує на порушення засвоєння даних мікроелементів у хворих на важку БА з прийомом системних форм кортикостероїдної терапії.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ЭФФЕКТЫ ОЗОНОТЕРАПИИ

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

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Цель – исследование состояния вегетативной нервной системы (ВНС) и адаптационного потенциала периферической гемодинамики у больных бронхиальной астмой (БА), осложненной легочным сердцем (ЛС) в динамике комплексного лечения с озонотерапией (ОТ).

Материал и методы. Обследовано 28 больных БА, осложненной ЛС, и 30 здоровых лиц (ЗЛ). По показателям допплерэхокардиографии определяли легочную гипертензию (ЛГ), дилатацию правого желудочка (ПЖ). Больные разделены на 2 группы: 1-16 больных БА с ЛГ, 2-12 больных БА с дилатацией ПЖ сердца. Пациенты в течение 10 дней получали базисную терапию по GINA (2006) и ОТ. Функциональное состояние периферической нервной системы 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 (МССК) и индекс циркуляторного сопротивления сосудов (ИЦСС) в ответ на компрессионную пробу с помощью метода L. Laurent.

Результаты. При проведении КИГ выявлены изменения в виде уменьшения показателей мода ($0{,}70 \pm 0{,}02$), увеличения амплитуды мода ($36{,}1 \pm 0{,}03$), свидетельствующие об усилении функциональной активности симпатического отдела и снижении активности парасимпатического отдела ВНС. Проведенная КИГ у больных БА, осложненной ЛС, в 1 и 2 группах выявила нарушения соотношений функциональной активности симпатических и парасимпатических отделов ВНС. При анализе индекса напряжения определили сдвиги в показателях напряженности механизмов адаптации. Эти нарушения у большинства больных коррелировали со степенью МССК и ИЦСС. 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, соответственно, МССК увеличилась на 5,9 % и 5,2 % и уменьшился ИЦСС 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. ОТ на фоне базисного лечения больных БА, осложненной ЛС, приводит к улучшению адаптивных возможностей организма и способности сосудов плечевой артерии к активной вазодилатации.

ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА НА РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

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 группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца (ЛС). У всех больных определялась ЛГ (легочное артериальное давление ср. >25 мм рт. ст.). На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки амлодипина в дозе 5-10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапию (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л). Проводилась допплерэхокардиография сердца больных по 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 и обсуждение. До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в усилении общего синтеза СмNO. У пациентов 2-группы по сравнению с 1-ой подобная гиперпродукция меньше на 14 %. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желудочка (ПЖ) и уменьшение 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 амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии, 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 ПЖ сердца в 1,07 и 1,08 раза ($p < 0,05$). 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 группе.

Выводы. У больных БА, осложненной ЛС, с ЛГ, гиперпродукция СмNO выражена умереннее, чем у больных ХОБЛ, осложненной ЛС, с ЛГ. Амлодипин коррегирует показатели СмNO в плазме крови, улучшая эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПІД ВПЛИВОМ НОВИХ ПОХІДНИХ 4*H*-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

Вивчення безпеки потенційних ліків, зокрема гострої токсичності, є одним з найважливіших необхідних етапів розробки нових препаратів.

Мета роботи – порівняльне дослідження впливу різних груп нових похідних 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. Досліджено чотири, найперспективніші за нашими попередніми даними, похідні 4*H*-піридо[4′,3′:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину, а саме: похідні *N*-арилацетамідів сполука **1***{125}*, тіонів – **2***{133}*, 4-алкілсульфанілпохідна – **3***{136}* та ацетамідів сполука **4***{149}*. Експерименти проведено на 218 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 НАМН». Патоморфологічний огляд проведено за допомогою мікроскопу Olympus BX-41, цифрового фотоапарату NIKON COL PIX 4500. Фотознімки оброблені на комп'ютері PENTIUM 2,4GHz за допомогою програми NIKON VIEW 5.

Результати та їх обговорення. У результаті дослідження виявлені альтеративні процеси в органах, які були однотипними для вивчених сполук дослідних груп. В усіх групах визначена дозозалежність змін. Особливістю морфологічних змін після одноразового внутрішньо-очеревинного введення сполуки **1***{125}* була наявність в печінці та нирках ознак помірно вираженої запальної інфільтрації. Виявлені після введення сполуки **2***{133}* зміни полягали у комбінації двох загальнопатологічних процесів – альтерації і захисної запальної реакції. Особливістю паренхіматозних органів під впливом похідної **3***{136}* було повнокров'я судин та діапедезні крововиливи. Серед досліджених нових похідних 4*H*-піридо[4′,3′:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину мінімальні зміни у структурі внутрішніх органів відмічено у сполуки із групи ацетамідів **4***{149}*. При збільшенні її дози спостерігалося зниження кровонаповнення судин печінки, нирок та селезінки, водночас у міокарді виявлялися ознаки повнокров'я. У паренхіматозному компоненті органів ознаки дистрофії не були виражені, а некрозу – відсутні повністю.

Висновок. Отримані результати засвідчили перспективність подальшого токсико-фармакологічного вивчення похідної 2-(6-гідроксиметил-9-метил-2-(2′-метоксифеніл)-5*H*-піридо[4′,3′:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідин-4-ілсульфаніл) ацетаміду – сполуки **4***{149}* з метою створення на її основі нового лікарського засобу.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМАХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Андруша А.Б.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель – сравнительная оценка метаболизма соединительной ткани (СТ) при выбранных вариантах внешних и висцеральных проявлений недифференцированных дисплазий соединительной ткани (НДСТ): с поражением органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и НДСТ без данной висцеральной патологии.

Материалы и методы. Метаболизм СТ оценивался биохимическим методом по определению уровня маркеров распада коллагена: оксипролина (ОП) и гликозоаминогликанов (ГАГ) в суточной моче (уровень общих ГАГ сульфатов (ГАГс) и их фракционный состав: I фракция – хондроитин-6-сульфат, II – хондроитин-4-сульфат и III – плохо растворимые высокосульфатированные ГАГс, преимущественно кератансульфаты).

Результаты и их обсуждение. Обследованы 41 пациент: 19 больных с преимущественно висцеральными симптомами НДСТ со стороны ЖКТ и 22 пациента с преимущественными фенотипическими признаками, имевшими внешние кожные, костно-суставные проявления, пролапс митрального клапана. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц соответствующего пола и возраста. У пациентов обеих групп выявлены однотипные изменения – увеличение экскреции ОП, а также увеличение концентрации ГАГс в сыворотке крови, указывающие на гиперкатаболизм СТ. Уровни повышения показателей существенно отличались между группами пациентов: концентрация ГАГс увеличилась в 1,4 и 1,8 раза, а экскреция ОП с мочой – в 1,6 и 2 раза в I и II группе пациентов соответственно в сравнении с группой контроля. Повышения уровня ГАГ отмечалось преимущественно за счет III фракции у обеих групп пациентов, но доля данной фракции во II группе больных была достоверно выше, чем в I группе.

Выводы. Увеличение экскреции свободного ОП отражает интенсивность катаболизма коллагена, а в сочетании с увеличением концентрации в сыворотке крови ГАГ – наличие структурного дефекта экстрацеллюлярного матрикса СТ. Повышение ГАГ преимущественно за счет доли III фракции свидетельствует о более раннем старении СТ с деструктивными изменениями в тканях суставов и позвоночника. Более существенные изменения наблюдаются при доминирующей локализации соединительно-тканных аномалий в костно-суставном аппарате, внешних кожных проявлениях на фоне отсутствия аномалий со стороны ЖКТ.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИКИ ПОЛУТОНКИХ СРЕЗОВ В ИССЛЕДОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Аржанова Г.Ю., Гайдар Ю.А.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Приготовление полутонких срезов является одним из этапов в исследованиях ультраструктуры клетки. Тем не менее, оно также успешно может использоваться для анализа гистостуктуры на световом уровне, давая возможность проводить высокоразрещающую световую микроскопию. Это возможно благодаря эпон-аралдитной смоле, сохраняющей структуру и позволяющей делать срез толщиной в 1 мкм, что увеличивает разрешающую способность в 5 раз, по сравнению со стандартной методикой. В развитии хронического панкреатита важную роль играет атрофия ацинарной ткани на фоне фиброзирования поджелудочной железы, однако эти процессы недостаточно изучены и требуют уточнения.

Цель работы: изучить возможности применения техники полутонких срезов и повысить информативность световой микроскопии в изучении различных форм хронического панкреатита.

Материалы и методы: Обследовано 5 больных, проходивших лечение в отделении хирургии ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины». Для получения полутонких срезов ткань фиксировали в 1,25 % глютаровом альдегиде, постфиксировали в 1 % осмиевой кислоте и заключали в смесь эпон-аралдита. Срезы изготовляли на ультратоме УМТП-7 («Selmi», Украина).

Результаты: при хроническом панкреатите наблюдалась атрофия ацинарной ткани, которая сопровождалась гибелью ацинарных клеток. При аутоиммунном панкреатите отмечалось увеличение плотности лимфоплазмацитарной инфильтрация вокруг магистральных протоков. Наблюдался многоярусный фиброз и облитерирующий флебит. Во всех случаях распознавались звездчатые клетки окруженные коллагеновыми волокнами, плазматические клетки, эозинофильные лейкоциты, тучные клетки с ярко выраженной фиолетовой метахроматизацией секреторных гранул, липидные включения в ацинарных клетках, ацинарные клетки находящиеся в состоянии апоптоза и жировая дистрофия.

Выводы. Использование техники полутонких срезов позволяет проводить высокоразрешающую световую микроскопию. Благодаря толщине среза в 1 мкм возможна детализация структурных изменений на световом уровне, не определяющаяся при использовании обычной гистологической техники.

ПРОТИЗАПАЛЬНА АКТИВАЦІЯ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ЩО АСОЦІЙОВАНА З ПРЕДІАБЕТОМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Ащеулова Т.В., Ковальова О.М., Амбросова Т.М., Смирнова В.І., Абдель Нур Абдель Нур

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою нашого дослідження було вивчення рівню протизапального цитокіну – інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у пацієнтів на артеріальну гіпертензію (АГ) залежно від наявності супутнього прediабету та ЦД 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 103 на АГ та 10 практично здорових осіб, які склали контрольну групу. Плазматичний рівень глюкози натще визначали ферментативним методом, інсуліну натще з використанням набору реактивів DRG® Інсулін (EIA-2935), (DRG Instruments GmbH, Німеччина, Марбург) та HbA1c за реакцією з тіобарбітуровою кислотою, рівню ІЛ-10 з використанням набору реагентів «Интерлейкин-10-ИФА-БЕСТ» виробництва «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия.

Результати. Пацієнтів було розділено на 3 групи залежно від наявності супутнього ЦД 2 типу та прediабету. 1 група – 40 пацієнтів на АГ (37,9 %) без супутніх розладів вуглеводного метаболізму, 2 група – 32 пацієнта на АГ з супутнім прediабетом (32,0 %), 3 група – 31 пацієнт (30,1 %) з супутнім ЦД 2 типу.

Під час імунозапальної реакції, спостерігається продукція не тільки прозапальних, але й протизапальних цитокінів з тенденцією модуляції запального процесу, як це показано і у нашому дослідженні. Так, середній рівень ІЛ-10 зростав у хворих на АГ (90,45 (88,45; 90,85) пг/мл) та у хворих на АГ, що асоційована з прediабетом (88,50 (88,12; 90,20) порівняно з особами контрольної групи (61,50 (61,30; 62,10) пг/мл; $p < 0,05$), що може бути розцінено як протективна реакція. Можливо зростання рівню ІЛ-10 є спробою зменшити продукцію прозапальних цитокінів, що продовжує тривати. Разом з тим, рівень цього протизапального цитокіну знижувався у хворих на АГ, що поєднана з ЦД 2 типу (78,54 (75,50; 80,12) пг/мл).

Висновки. Наші результати підтверджують можливість залучення протизапальної активації до розвитку глюкометаболічних порушень у хворих на АГ. Виявлено підвищення вмісту інтерлейкіну-10 у хворих з артеріальною гіпертензією, що може розглядатися як протективна реакція з метою пригнічення активності протизапальних цитокінів. З'ясовано зменшення рівню інтерлейкіну-10 у хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом 2 типу та наявність взаємозв'язків між його рівнем та параметрами вуглеводного обміну, що може підтверджувати патогенетичний зв'язок між низькою концентрацією цитокіну та розвитком цукрового діабету 2 типу.

КОРРЕКЦИЯ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Бабак О.Я., Колесникова Е.В., Сытник К.А.

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

В настоящее время, неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) представляет собой одну из ведущих проблем гастроэнтерологии. Степень выраженности заболевания варьирует от стеатоза до неалкогольного стеатогепатита. В терапевтической практике все чаще встречаются пациенты, у которых, не смотря на проведение корректной фармакотерапии, остается повышенным уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансверазы (АСТ). В настоящее время продолжаются исследования направленные на разработку новых препаратов, способных эффективно действовать на цитолитический синдром у данной категории больных.

Цель исследования – изучение влияния «Бициклола» в составе комплексной терапии на протяжении 12 недель на динамику цитолитического синдрома у больных НАЖБП.

Материалы и методы. Изучено функциональное состояние печени у больных НАЖБП, на фоне комплексной терапии включающей в свой состав «Бициклол». Было обследовано 52 пациента, в том числе 14 мужчин и 38 женщин в возрасте 30-55 лет (средний возраст – (47,6 ± 11,2) года) с впервые установленным диагнозом НАЖБП.

Результаты. Применение «Бициклола» в течение 12 недель, как дополнение к базовой терапии пациентов с НАЖБП и синдромом цитолиза, сопровождалось статистически значимым снижением активности трансаминаз крови. Уровни АСТ и АЛТ через 12 недель терапии Бициклолом составили (39 ± 2) Е/л и (48±4) Е/л и достоверно отличались от исходных значений АСТ (134 ± 3) Е/л, АЛТ (142 ± 4) Е/л. У 70 % пациентов, принимавших Бициклол, уровни АСТ и АЛТ достигали значений контрольной группы и существенно не отличались от физиологических колебаний. У остальных пациентов, несмотря на положительную динамику цитолитического синдрома, сохранялось повышение уровней трансаминаз, но не более 3х норм. Выявленная положительная динамика исследуемых биохимических маркеров позволяет сделать вывод об улучшении функционального состояния печени у пациентов данной категории, которая, по-видимому, обусловлена гепатопротективными свойствами исследуемого препарата.

Выводы. Включение «Бициклола» в базисную терапию пациентов с НАЖБП и цитолитическим синдромом сопровождается достоверным снижением активности трансаминаз крови.

ПОКАЗНИКИ ОБМІНУ ЛІПІДІВ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯ

Бабак О.Я., Курінна О.Г., Ситник К.О., Соломєнцева Т.А.

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

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є однією з найбільш поширених гастроентерологічних захворювань та в більшості випадків асоційований з розвитком таких станів, як цукровий діабет та ожиріння, а також підвищеним ризиком ускладнень: НАЖХП сприяє підвищеному ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Таким чином, **метою дослідження** було визначення особливостей ліпідного обміну у хворих на НАЖХП на тлі цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) та ожиріння в залежності від ступеню стеатозу печінки.

У дослідження включені 65 хворих НАЖХП у поєднанні з ЦД 2 типу та ожирінням. Середній вік склав (52,41 ± 10,18) років. Групу контролю склали 30 практично здорових добровольців, порівнянних за віком і статтю. У роботі аналізували рівень загального холестерину (ЗХС) та його фракцій: тригліцеридів (ТГ), концентрацію холестерину (ХС) у складі ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) та ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Ступінь стеатозу печінки визначали за даними ультразвукового дослідження.

При аналізі ліпідного спектру в групі хворих НАЖХП порівняно з групою контролю виявлено достовірне підвищення ЗХС ((8,54 ± 0,21) ммоль/л проти (4,70 ± 0,78) ммоль/), ТГ ((2,98 ± 0,18) ммоль/л проти (1,14 ± 0,07) ммоль/л) , ХС ЛПДНЩ ((2,4 ± 0,09) ммоль/л проти (0,58 ± 0,06) ммоль/л), ХС ЛПНЩ ((5,6 ± 0,20) ммоль/л проти (2,78 ± 0,18) ммоль/л). При цьому спостерігалося достовірне зниження концентрації ХС ЛПВЩ до ((0,54 ± 0,06) ммоль/л проти (1,34 ± 0,04)) ммоль/л. Виявлено кореляційний зв'язок між підвищенням ТГ і інтенсивністю стеатозу печінки (r = 0,45), а також ХС ЛПДНЩ (r = 0,46) і ХС ЛПНЩ (r = 0,34), що свідчить про прогресування проатерогенних змін ліпідограми з розвитком стеатозу печінки.

Отже, у хворих з НАЖХП, ЦД 2 типу та ожирінням виявлені зміни ліпідограми, що сприяють процесам атерогенезу – одні з традиційних факторів ризику ССЗ. Таким чином, можна думати, що у пацієнтів з НАЖХП спостерігаються зміни ліпідного обміну, що сприяють підвищенню кардіоваскулярного ризику, а хворі даної категорії потребують більш інтенсивних превентивних заходів.

ПОКАЗНИКИ СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ОЖИРІННЯ

Бабак О.Я., Молодан В.І., Просоленко К.О., Ярмиш Н.В., Гапонова О.Г., Галєва К.С.

Харківський національний медичний університет, Україна

Враховуючи широку розповсюдженість гіпертонічної хвороби (ГХ) та часте поєднання її з ожирінням, питання поєднаного перебігу цих захворювань є дуже актуальними. Важлива роль у патогенезі ГХ на тлі ожиріння належить ендотеліальній дисфункції.

Мета: провести оцінку функціонального стану ендотелію у пацієнтів з ГХ та ожиріння.

Матеріали та методи. Було обстежено 96 пацієнтів. Всі пацієнти були розподілені на дві групи: 1 група – 71 пацієнт (з порушенням ендотелій-залежної вазодилятації – ЕЗВД) та 2 група 25 пацієнтів (без порушення ЕЗВД). Вміст суми стабільних метаболітів NO – (NO_2+NO_3) вимірювали у плазмі крові та у сечі спектрофотометричним методом. Дослідження судинорухливої функції ендотелію проводилося методом визначення динаміки кровотоку по плечовій артерії під час реактивної гіперемії. Оцінка проводилася на ультразвуковому діагностичному комплексі LOGIQ 5 (General Electric, США) лінійним датчиком 7,5 Мгц (роздільна здатність 0,01 мм) за методикою, описаною D.Celermajer і співавт.(1992).

В першій групі були виявлені достовірне більш високі показники вмісту NO_2+NO_3 – (39,9 ± 3,7) мкмоль/л проти (26,5 ± 5,5) мкмоль/л у групі без виявленої ЕЗВД ($P < 0,05$). При визначені показника ендотеліну 1 також виявлено достовірну різницю. Так, у першій групі були виявлені достовірне більш високі показники – (7,3 ± 0,5) пг/мл проти (4,2 ± 0,8) пг/мл у групі 2 ($P < 0,01$).

У 23 пацієнтів зі значним (більше 30 мкмоль/ л) збільшенням NO2+NO3 реєстрували істотно більш низьку ЕЗВД – (8,5 ± 1,28) % в порівнянні з (11,24 ± 1,52) % виявленого у всіх досліджених хворих , $P < 0,001$.

Також виявлено зворотну кореляцію між ступеню ЕЗВД та товщиною КІМ ($r = -0,39$, $P < 0,05$), вмістом NO2+NO3 ($r = -0,58$, $P < 0,01$).

Висновки: отримані дані можуть свідчити про наявність у пацієнтів з ГХ та ожирінням процесів судинного ремоделювання з порушенням ендотелійзалежного розслаблення на тлі підвищення рівня кінцевих метаболітів NO.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ І БЕЗСИМПТОМНОЮ ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Бабак О.Я., Молодан Д.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Безсимптомна гіперурикемія є станом, який надзвичайно часто зустрічається при кардіоваскулярній патології, та, згідно деяких даних, може обтяжити перебіг гіпертонічної хвороби і ожиріння. Проте, незважаючи на наявність теоретичного обґрунтування можливості і шляхів такого впливу, клінічні дані з цього питанні залишаються вкрай суперечливими, що і послужило передумовами для проведення даного дослідження.

Було обстежено 36 осіб, що приходили лікування в стаціонарі та поліклініці ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України». Середній вік досліджуваних склав (58,15 ± 1,59) років. До основної групи увійшли 24 хворих на гіпертонічну хворобу I-II стадії та 1-3 ступеня підвищення артеріального тиску. Усі хворі мали ожиріння I-II ступеня та підвищений рівень СК. Групу контролю склали 12 практично здорових нормотензивних пацієнти. Відмінностей за віком та статтю між основною групою та групою контролю не було.

Усім пацієнтам проводилось, окрім обов'язкових методів обстеження, також визначення метаболітів оксиду азоту (МОА), асиметричного диметіларгініну (АДМА), що є конкурентним інгібітором синтази оксиду азоту, мікроальбумінурії (МАУ) та ендотелій-залежної вазодилатації (ЕЗВД) для комплексної оцінки стану ендотелію.

Результати. Групи достовірно відрізнялися за рівнем сечової кислоти (474,50 ± 14,62) мкмоль/л, проти (255,40 ± 10,98) мкмоль/л в групі контролю). У хворих основної групи спостерігалося погіршення показників функціонального стану ендотелію, що проявлялося у зменшенні відсотка ЕЗВД (4,43 ± 0,38) % проти (12,4 ± 0,37) %, збільшення МАУ ((27,99 ± 2,89) мг/добу проти (7,78 ± 1,4) мг/добу), АДМА ((0,73 ± 0,02) мкмоль/л проти (0,34 ± 0,01) мкмоль/л) та МОА ((40,18 ± 3,15) мкмоль/л проти (21,05 ± 1,83) мкмоль/л) у порівнянні із значеннями, що спостерігались у групі контролю ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням і безсимптомною гіперурикемією спостерігаються порушення метаболізму вуглеводів, ліпідів та функції ендотелію. Порушення стану ендотелію супроводжувалось зменшенням відсотку ЕЗВД, підвищенням активності АДМА, зростанням МАУ та МОА. Важливим є подальше продовження досліджень для визначення ролі сечової кислоти у формуванні патологічного процесу при гіпертонічній хворобі з ожирінням.

ВЛИЯНИЕ МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА ТЕЧЕНИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Бабак О.Я., Соломенцева Т.А., Сытник К.А., Куринная Е.Г.

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

Сформировавшаяся в настоящее время тенденция к непрерывному увеличению количества пациентов с ожирением и ассоциированными с ним заболеваниями привела к формированию концепции метаболического синдрома. С недавних пор неалкогольная жировая болезнь печени рассматривается как печеночное проявление метаболического синдрома. Все более актуальной становится разработка профилактических мероприятий, направленных на профилактику развития неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). До сегодняшнего времени остаются не разработанными диетические рекомендации для пациентов данной категории.

Цель: оценить влияние диетотерапии на показателями углеводного обмена, активность трансаминаз печени, а также выраженностью стеатоза у больных с НАЖБП.

Материалы и методы: в исследование было включено 103 пациента с НАЖБП и повышенной массой тела. На протяжении 12 месяцев пациенты соблюдали индивидуализированную программу питания с калорийностью рациона в пределах 1800 ккал/сут. с постепенным снижением общего калоража каждые 4 недели до достижения 1200 ккал/сут. В динамике были оценены индекс массы тела (ИМТ) пациентов, активность трансаминаз, уровень гликозилированного гемоглобина, выраженность стеатоза печени.

Результаты исследования. Согласно данным УЗИ исследования у 20 % пациентов, включенных в исследование, был выявлен стеатоз I ст., у 47 % – стеатоз II ст., а у 33 % – стеатоз III ст. У пациентов, соблюдавших диетические рекомендации в течение 12 месяцев, наблюдалось снижение массы тела в среднем на 17 % ($p < 0.01$), достоверное снижение уровней АТЛ и АСТ на 15 %, уровня гликозилированного гемоглобина в среднем на 23 %, уменьшение степени выраженности стеатоза по данным УЗИ. Так при проведении повторного УЗИ печени через 12 месяцев у 70 % обследованных был выявлен стеатоз I ст., у 11 % – стеатоз IIст., а у 19 % больных стеатоз III ст. ($p < 0.05$). У 15 % пациентов наблюдалось разрешение стеатоза печени по данным сонографии, а также было достигнуто снижение уровней гликозилированного гемоглобина, ферментов печени до нормальных значений, нормализация массы тела (ИМТ = 23,9-24,7 кг/м^2).

Выводы. Разработка индивидуального плана питания пациентов с НАЖБП обеспечивает достоверное снижение массы тела пациентов, степени выраженности стеатоза, компенсацию углеводного обмена, тенденцию к нормализации трансаминаз.

ДИНАМИКА УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ПЕРЕСТРОЕК ОРГАНЕЛЛ ТИРЕОЦИТОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАРЫХ КРЫС В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

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

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

Тесная связь между состоянием сердечно – сосудистой системы и структурными изменениями щитовидной железы на фоне нейрогенного стресса изучается давно. Механизмы влияния тиреоидных гормонов (ТГ) на сердечно-сосудистую систему многофакторны. Основными из них являются: 1) негеномное, 2) действие ТГ уровне генома, 3) воздействие на периферическую циркуляцию, 4) прямое влияние ТГ на миокард, в том числе на мембраны, саркоплазматический ретикулум и митохондрии.

Поэтому остается актуальным изучение основных закономерностей изменений в ультраструктурной организации тиреоцитов щитовидной железы старых крыс на фоне неврогенной стресс-индуцированной артериальной гипертензии.

Исследования проводили на белых старых беспородных крысах самцах возрастом 27-29 мес. Животных разделили на две группы: первая группа – контроль, вторая группа – животные, у которых моделировали неврогенную артериальную гипертензию. Исследования проводили через 3 суток, 7 дней и месяц после моделирования заболевания.

В группе старых экспериментальных животных на 3 сутки после развития неврогенной стресс-индуцированной артериальной гипертензии отмечалось повышение метаболической активности тиреоцитов, за счет гипертрофии пластинчатого цитоплазматического комплекса Гольджи и увеличения числа рибосом. Через неделю после развития заболевания в субмикроскопической организации тиреоцитов появлялись признаки дистрофических изменений, число рибосом уменьшалось, присутствовали крупные коллоидные гранулы, заполненные мелкозернистой субстанцией, что влечет за собой снижение синтетической активности внутриклеточного метаболизма. На 30 сутки после развития гипертензии отмечались выраженные изменения органелл, свидетельствующие о переходе дистрофического процесса в деструктивную фазу, что подтверждалось наличием очагов лизиса органелл и мембран тиреоцитов.

Таким образом, полученные экспериментальные данные свидетельствуют о структурных изменениях органелл у старых животных на фоне возникших развития и прогрессирования неврогенной стресс – индуцированной артериальной гипертензии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА В ЯДРОСОДЕРЖАЩИХ КЛЕТКАХ ДОНОРСКОЙ КРОВИ ДО И ПОСЛЕ КРИОКОНСЕРВИРОВАНИЯ

Бабийчук Л.А., Макашова Е.Е., Зубова О.Л., Зубов П.М.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Активные формы кислорода (АФК) являются важными промежуточными метаболитами в биологических системах. В то же время, АФК химически очень агрессивны и могут повреждать белки, ДНК, а также вызывать перекисное окисление липидов, что ведет к тяжелому и зачастую необратимому повреждению мембран и клеток в целом. Следовательно, очень важно, чтобы их присутствие в клетках было сбалансировано.

Рядом авторов было показано, что процесс криоконсервирования, как на стадии эквилибрации с криопротектором, так и непосредственно при замораживании-отогреве, может вызывать гибель клеток путем апоптоза, ключевыми инициаторами которого могут выступать АФК.

Таким образом, целью работы было определение содержания АФК в ядросодержащих клетках донорской крови до и после криоконсервирования с проникающим криопротектором ДМСО.

АФК в клетках определяли методом проточной цитофлуориметрии по накоплению высоколюминисцентного 2',7'-дихлорофлуресцеина (DCF) при длине возбуждения 488 нм, эмиссии 530 нм. Пробы анализировали на проточном цитофлуориметре FACS Calibur (BD, США).

В результате проведенных экспериментов было показано, что контрольная группа ядросодержащих клеток характеризовалась наличием (11,2 ± 0,9) % DCF^+-клеток. После эквилибрации с ДМСО наблюдалось повышение количества DCF^+-клеток до (25,3 ± 1,8) %, что может указывать как на развитие окислительного стресса так и на ингибирование антиоксидантной системы в клетке. После замораживания-отогрева у (34,7 ± 2,5) % клеток наблюдалось повышенное содержание АФК.

Полученные результаты показали, что процесс замораживания-отогрева приводит к увеличению накопления АФК. Это может способствовать развитию апоптоза как на начальных стадиях технологического процесса криоконсервирования, так и отсроченном во времени после размораживания, что будет приводить к дополнительному снижению показателей сохранности и жизнеспособности ядросодержащих клеток в препарате.

ОСАЛГІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК НАСЛІДОК ПОЛІМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Бебешко В.Г., Бруслова К.М., Цвєткова Н.М., Володіна Т.Т., Панченко Л.М., М'ясникова М.П.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України», м. Київ

Поліморбідність – наявність ряду проявів патологічного процесу в організмі дитини, є досить складною проблемою, з якою стикаються лікарі. Часто у дітей відзначається поєднання декількох діагнозів хвороб і захворювання не мають «класичного» перебігу, що ускладнює визначення основної причини захворювання. Це стосується і осалгічного синдрому, який зустрічається у 18-20 % дітей із соматичною патологією (СП) та 42-45 % хворих на гострі лейкемії (ГЛ). Тому визначення причин його виникнення та корекція змін, які при цьому спостерігаються, є актуальним.

Нами обстежено 772 дитини віком від 5 до 18 років зі скаргами на осалгію. З них: 124 хворих на ГЛ та 648 дітей з СП. Обстеження дітей вміщувало вивчення ефективності клонієутворення стромальних фібробластів кісткового мозку (ЕКУф), субодиничного складу колагену та SLS – кришталітів (сегменти довгого періоду), амінокислотного складу сечі, мінеральної компоненти кісткової тканини (фосфати кальція), рівню кортизолу, гормонів щитовидної залози та гіпофізу, остеокальцину, біохімічних параметрів сироватки крові, в тому числі вмісту кальцію, фосфору, лужної фосфатази (ЛФ) та щільності кісткової тканини.

Встановлено, що денситометрія кісток, яка відтворює стан органічної та мінеральної фаз кісткових структур та їх ендокринну регуляцію, у 47,2 % дітей ГП була нормативною, у 42,9 % – зниженою (остеопенія) і у 9,9 % діагностувався остеопороз (у дітей з ГЛ – 30 %, 39 % та 31 %, відповідно). ЕКУф у хворих на ГЛ була в 5-6 разів нижча порівняно з дітьми з СП. Гідрофобність молекули колагену у хворих була більша, а ширина SLS-кришталіту – менша за нормативну. Рівень оксипроліну в сечі був підвищений (у 42 % хворих на ГЛ, у 21 % осіб ГП), гліцину –знижений (у 38 % хворих на ГЛ, у 22 % осіб ГП), що свідчить про наявність у дітей обох груп спостереження порушень процесів колагеноутворення. Вміст кальцію в сироватці крові у дітей з ГЛ був нижчий порівняно з дітьми з СП, а ЛФ – підвищений. У 41 % хворих на ГЛ екскреція фосфатів кальція у сечі була вища, у 25 % – рівні кортизолу та остеокальцину в сироватці крові були на 20-30 % нижчими за нормативні, що супроводжувалось несприятливим перебігом хвороби.

Отримані дані можуть бути враховані при формуванні групи ризику з онкогематологічної патології серед дитячого населення.

МАРКЕРЫ НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Белая Н.В., Титаренко Н.В., Гилева Я.В., Копица Г.Н.

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

Деструкция коллагенового каркаса покрышки атеросклеротической бляшки приводит к ее нестабильности, что является пусковым фактором в развитии острого коронарного синдрома (ОКС). Ведущую роль в деградации экстрацеллюлярного матрикса играет дисбаланс между уровнем протеолитического фермента матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) и ее тканевого ингибитора (ТИМП-1).

Целью исследования явилось определение уровня ММП-9 при разных формах острого коронарного синдрома (ОКС) и его связь с уровнем тропонина I.

Материалы и методы. Було обследовано 85 пациентов с ОКС в возрасте (55,6 ± 2,1) лет, поступивших в стационар в первые 24 часа с момента появления ангинозных болей. Пациенты с наличием острого инфаркта миокарда с зубцом Q (ОИМЗQ) составили 35 (43,75 %) человек, с наличием инфаркта миокарда без зубца Q (ОИМБЗQ) – 25 (31,25 %) человек и с нестабильной стенокардией (НС) – 20 (25 %) человек. Концентрация ММП-9 и тропонина I в сыворотке крови определялась при помощи иммуноферментного метода с использованием реактивов «Human MMP-9 ELISA", Австрия и «Diagnostic Automation, inc.» (DAI), США, соответственно.

Для статистического анализа полученных результатов использовался пакет программ обработки данных общего назначения Statistica for Windows версии 6.0.

Результаты и их обсуждение. Уровень ММП-9 в группе больных с ОИМЗQ составил (150,65 ± 16,91) нг/мл, в группе больных с ОИМБЗQ – (83,01 ± 7,1) нг/мл, в группе с НС – (43,6 ± 3,24) нг/мл, у здоровых лиц – (17,5 ± 3,1) нг/мл. При межгрупповом анализе существовала достоверная разница между концентрациями ММП-9 в различных группах больных ОКС ($p = 0,0001$-$0,0175$).

В общей группе пациентов была выявлена прямая корреляционная связь между уровнем ММП-9 и уровнем тропонина I ($r = 0,41$, $p < 0,05$).

При дальнейшем проведении корреляционного анализа была выявлена прямая связь ($r = 0,29$-$0,39$, $p < 0,05$) между уровнем ММП-9 и риском летальности и развития повторного ОИМ, рассчитанными по шкале GRACE, в общей группе пациентов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что повышение уровня ММП-9 в первые сутки ОКС может быть неблагоприятным прогностическим фактором смерти и повторного ИМ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОВЫШЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Школьник В.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Избыточная масса тела (МТ) является предиктором многих заболеваний, в частности артериальной гипертензии (АГ). При увеличении МТ развивается дислипидемия, которая имеет много общих патогенетических нарушений, происходящих и при АГ. Возникающие изменения в дальнейшем усугубляют течение данных состояний.

Цель исследования. Оценить изменения и выявить взаимосвязь между скоростью повышения артериального давления (АД) и индексом массы тела (ИМТ) у пациентов с АГ.

Материалы и методы. Обследовано 114 леченных гипертензивных пациентов (58 мужчин и 56 женщин; средний возраст – (62,8 ± 6,4) года; длительность ГБ – (14,5 ± 4,7) лет) с сохраняющимся высоким АД. Проанализированы результаты суточного мониторирования АД (СМАД) в амбулаторных условиях и ИМТ (по формуле A. Quetelet). Статистическая обработка результатов была выполнена с помощью χ^2, t-критерия Стьюдента и линейного регрессионного анализа

Результаты. В зависимости от ИМТ было выделено 2 группы: 1 группа (55 пациентов) – ИМТ < 27,47 кг/м^2 и 2 группа (59 пациентов) – ИМТ > 27,47 кг/м^2. Скорость повышения АД рассчитывалась как отношение величины АД ко времени при компьютеризированном анализе данных СМАД. В 1-й группе существенных отличий между изменениями офисного систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), особенностей изменений САД и ДАД при СМАД не выявлено. Во 2-й группе увеличение офисного САД и скорость увеличения 24-часового ДАД была выше, чем у пациентов 1-й группы (соответственно: ДАД – (98,8 ± 11,4) мм рт. ст. и (86,2 ± 7,2) мм рт. ст.; (0,538 ± 0,106) мм рт. ст./мин. и (0,467 ± 0,088) мм рт. ст./мин.). При линейном регрессионном анализе установлено, что скорость увеличения ДАД при СМАД была независимо ($p < 0,01$) связана с повышением ИМТ (B = 8,498, 94 %, Cl от 5,539 мм рт. ст./мин. до 10,297 мм рт. ст./мин.). Увеличение ДАД на 0,14 мм рт. ст./мин. при СМАД было связано с повышением ИМТ на 8,463 кг/м^2 и не зависело от пола, возраста и значений офисного АД.

Выводы. У больных с АГ выявлены особенности повышения ДАД при увеличении ИМТ, независимо от пола, возраста и офисного АД, что может расцениваться как дополнительный фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

[1]Беловол А.Н., [1]Князькова И.И., [2]Цыганков А.И., [3]Тимченко С.А., [3]Толкачева И.А., [3]Гребенюк О.В.

[1]Харьковский национальный медицинский университет,
[2]ГУ "Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины",
[3]Городская больница № 28, г. Харьков

Цель исследования – определить взаимосвязь показателей внутрисердечной гемодинамики, и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Обследовано 52 больных (28 мужчин и 24 женщин, средний возраст – (51,9 ± 3,9) года) с ХСН II А и II Б стадии (по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко), II-III функционального класса (ФК) (по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца [NYHA]). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Всем пациентам выполняли стандартную эхокардиографию с оценкой трансмитрального допплеровского кровотока (цифровая ультразвуковая система "Logic-5", США), оценка МПКТ по T- и Z-критериям (по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, «Hologic QDR»), определение содержания в крови интактного паратгормона, щелочной фосфатазы, ионизированного кальция, фосфора, 25-гидроксивитамина D (25 [OH] D), а также кальция в моче. Исследование проводилось в исходных условиях и через 12 месяцев.

Результаты. По данным денситометрического исследования показаны существенные различия ($p < 0,05$) МПКТ между основной и контрольной группами (табл.). Признаки остеопении выявлены у 50 % больных, причем значительно чаще у женщин ($p < 0,05$). При этом у пациентов с ХСН III ФК (NYHA) и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <45 % установлено более выраженное снижение МПКТ. Отмечено наличие корреляционной связи между МПКТ и ФВ ЛЖ ($r = 0,29$, $p < 0,05$) и E/A ($r = -0,41$, $p < 0,01$). Через 12 мес терапии в основной группе отмечено улучшение систолической (ΔФВ 10,9 %, $p < 0,05$) и диастолической функции ЛЖ, наряду со снижением МПТК на 1,5 % в поясничном отделе позвоночника и на 1,4 % в области бедра.

Таблица – МПКТ у пациентов с ХСН в исходных условиях

Показатели МПКТ	Исходно	Контроль
В целом по группе T total body	-1,1 ± 0,06	1,02 ± 0,2
T neck	-1,82 ± 0,06	0,92 ± 0,12
T L2-L4	-1,69 ± 0,07	0,9 ± 0,1

Примечания: T total body - отклонение T критерия в скелете; T L2-L4 - отклонение T критерия в поясничном отделе позвоночника; T neck - отклонение T критерия в шейке бедренной кости.

Таким образом, у пациентов с ХСН продемонстрировано прогрессивное снижение МПКТ, ассоциирующееся с систолической дисфункцией ЛЖ и напряженностью окислительного стресса, что следует учитывать, поскольку раннее выявление и мониторинг остеопороза позволит уменьшить количество переломов костей в данной группе пациентов.

ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЕЙ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА С ЧАСТОТОЙ ОБОСТРЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЁГКИХ

Бен Аммар Сауссен

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Введение. Известно, что натрийуретический пептид В-типа(BNP) выделяется преимущественно желудочками сердца, регулируя широкий спектр физиологических эффектов, включая диурез, натрийурез, вазодилатацию. В то же время, сведения об использовании уровней циркулирующих BNP в дифференциальной диагностике и клинической оценке пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) практически отсутствуют.

Цель исследования состояла в изучении уровней мозгового натрийуретического пептида во взаимосвязи с частотой обострений у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием лёгких.

Материалы и методы исследования. В исследовании задействовано 120 больных ХОЗЛ, распределённых нами с использованием международных классификационных подходов (GOLD, 2011-2013) к формированию групп лечения. Больные находились на стационарном лечении по поводу обострения ХОЗЛ в Харьковском городском пульмонологическом центре; ХОЗЛ II стадии была диагностирована у 34 больных (28,3 %), III стадии – у 55 (45,8 %), IV стадии – у 31 (25,8 %), их диагностику и лечение выполнено в соответствии с действующими клиническими протоколами.

Результаты исследований и их обсуждение. Изучение уровней BNP в зависимости от количества обострений ХОЗЛ за последние 12 мес. Виявило что уровень BNP у пациентов с ХОЗЛ-II достоверно ($p \leq 0,05$) зависел от количества обострений .В целом, независимо от стадии ХОЗЛ, получены данные, свидетельствующие о непрерывном росте уровня BNP в зависимости от количества обострений заболевания. И, если при 1-2 кратном обострении ХОЗЛ уровень BNP характеризовался значениями $(76,08 \pm 6,5)$ пг/см^3 и $(96,92 \pm 11,1)$ пг/см^3, то при большем количестве обострений – имело место его достоверное ($p \leq 0,001$) увеличение в 3-4 раза (при трёх обострениях – до $(291,2 \pm 27,3)$ пг/см^3, при четырёх – до $(257,8 \pm 26,1)$ пг/см^3.

Выводы. Выявлены закономерности взаимосвязи между степенью ограничения воздушного потока и уровнем BNP у пациентов с ХОЗЛ, что позволяет объяснить также взаимосвязь между выраженностью обструкции и процессами ремоделирования миокарда, поскольку уровень BNP, в данном случае, можно рассматривать в качестве связующего патогенетического звена.

МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Березняков В.И., Дорошенко О.В., Лебединская М.Н., Пожар В.Й.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Роль отдельных биомаркеров в воспалительном ответе при внебольничной пневмонии (ВП) остается предметом дискуссий. Заболевания ВП сопровождается быстрым повышением концентрации провоспалительных и противоспалительных цитокинов, С-реактивного белка (СРБ). При хронической сердечной недостаточности (ХСН) цитокины также вовлечены в развитие и прогрессирование заболевания.

Цель исследования. Изучение динамики провоспалительных (ІЛ-1β, ІЛ-8, ФНО-α), противовоспалительных (ІЛ-10) цитокинов и маркеров воспаления (СРБ) у больных внебольничной пневмонией (ВП) в сочетании с ХСН или без нее, и их влияние на течение ВП.

Материалы и методы. Обследовано 146 пациентов в возрасте от 42 до 73 лет. Больные разделены на 3 группы сравнения в зависимости от наличия или отсутствия ХСН и ВП: пациенты с ВП и сопутствующей ХСН – основная группа (1 группа), больные ВП без сопутствующих заболеваний и модифицирующих факторов – 2-я группа, больные ХСН без ВП – 3-я группа. Уровни биомаркеров у больных определялись в начале госпитализации в терапевтическое отделение и через 48-72 ч. от начала антибактериальной терапии (АБТ) с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Статистическую обработку проводили с помощью пакета Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании ни один из изученных показателей в начале заболевания в основной группе (больные с ВП и ХСН) не отличался от таковых у пациентов с ВП без ХСН. В этот же срок при измерении концентрации СРБ имела место статистически значимая разница (в пользу больных основной группы по сравнению с пациентами с ХСН). Содержание ИЛ-10 у больных с ХСН по сравнению с пациентами 1-группы не достигло статистической значимости, хотя было на грани достоверности.

Выводы. Особенностью течения ВП у пациентов с ХСН является повышение содержания СРБ в сыворотке крови в начале заболевания по сравнению с больными с ХСН без ВП, которое сохраняется и через 48-72 ч. от начала лечения. Через 48-72 ч. от начала АБТ содержание СРБ у пациентов с ВП и ХСН превышает также концентрацию СРБ у больных ВП без ХСН. Для лиц с ВП, ХСН и с сочетанной патологией характерно повышение содержания ИЛ-10 и отсутствие изменений концентрации ИЛ-1β через 48-72 ч. от начала лечения в стационаре. В основной группе также отмечается снижение содержания ИЛ-8 и СРБ через 48-72 ч. от начала лечения. Разница в концентрации биомаркеров связана с более медленной эволюцией ВП у больных ХСН.

МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РОСЛИННИХ ЕКСТРАКТІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ АДИПОНЕКТИНУ У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Бессарабов В.І., Данилко Д.І., Строкань А.П., Пальчевська Т.А., Куришко Г.Г.

Київський національний університет технологій та дизайну, Україна

Адипонектин – білок, який модулює ряд метаболічних процесів, в тому числі регулювання рівня глюкози і окиснення жирних кислот. У людей із надлишковою вагою експресія адипонектину знижена, що призводить до розвитку інсулінорезистентності, цукрового діабету 2 типу і зрештою до розвитку метаболічного синдрому.

Мета дослідження - вивчити in silico можливість використання низькотоксичних рослинних екстрактів в якості компонентів комплексного геріатричного препарату, який потенційно буде впливати на підвищення експресії адипонектину у пацієнтів літнього віку з ознаками метаболічного синдрому.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні було використано доступні бази фізико-хімічних даних. В перший етап дослідження включено 65 субстанцій, які аналізували на ймовірність активації гену ADIPOQ окремо за даними білку та мРНК. Виділяли речовини з максимально ймовірною активністю (P_a). Користувалися методом прогнозування активності спектрів речовини (PASS).

Результати. Дослідження дозволило виділити перспективні фармакологічно активні речовини (компоненти рослинних екстрактів), які ймовірно підвищують експресію адипонектину: меліси (*Melissa officinalis)* – 2,5-дигідроксибензойну кислоту (за білком $P_a = 0{,}592$, за мРНК – $P_a = 0{,}569$), саліцилову кислоту (за білком $P_a = 0{,}680$); глоду (*Crataegus*) – винну кислоту (за білком $P_a = 0{,}674$), лимонну кислоту (за білком $P_a = 0{,}808$); валеріани (*Valeriana officinalis*) – ізовалеріанову кислоту (за білком $P_a = 0{,}607$), валеріанову кислоту (за білком $P_a = 0{,}653$)

Таким чином, дослідження in silico дозволило припустити, що для підвищення експресії адипонектину потенційно можна застосувати екстракт валеріани сухий, екстракт меліси сухий, екстракт глоду сухий.

Висновки. Запропоновані рослинні екстракти, що можуть увійти у склад комплексного геріатричного препарату, який потенційно підвищує експресію адипонектину (за ознакою активації гену ADIPOQ), є перспективними для подальшого дослідження фармакологічних, біофармацевтичних властивостей і розробки лікарських форм.

ДОСЛІДЖЕННЯ IN SILICO МОЖЛИВОЇ ПРОТИГРИПОЗНОЇ АКТИВНОСТІ ДЕЯКИХ РОСЛИННИХ ЕКСТРАКТІВ

Бессарабов В.І., Здерко Н.П., Кузьміна Г.І., Баула О.П.
Київський національний університет технологій та дизайну, Україна

Зменшення захисних функцій організму у людей літнього віку (ЛЛВ), зменшення імунної відповіді та вироблення стійкості до багатьох противірусних препаратів (ПП) загострює проблему дослідження нових низькотоксичних ПП.

Ціль дослідження: обґрунтування можливості протигрипозної терапії у ЛЛВ із застосуванням деяких рослинних екстрактів на основі цілеспрямованого пошуку in silico нових низькотоксичних активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ).

Матеріали та методи дослідження. Досліджували діючі компоненти деяких рослинних екстрактів на предмет протигрипозної активності за допомогою віртуального скринінгу прогнозування спектру активності для речовин (PASS), що базується на алгоритмі загального необмеженого взаємозв'язку між структурою та активністю (GUSAR).

Результати. За результатами віртуального скринінгу виявлено, що потенційно високу противірусну активність (проти вірусів грипу) мають наступні АФІ: валеріанова кислота $P_a = 0{,}565$, борніл ацетат $P_a = 0{,}707$, борніл валерат $P_a = 0{,}711$, силандрин $P_a = 0{,}567$, дигідрокверцетин (таксифолін) $P_a = 0{,}620$, гесперидин $P_a = 0{,}843$, тилірозин $P_a = 0{,}666$, астрагалін $P_a = 0{,}714$, гіперозид $P_a = 0{,}715$, байкалін $P_a = 0{,}726$, скутеларін $P_a = 0{,}722$, глюкуронова кислота $P_a = 0{,}721$. На підставі результатів досліджень можна припустити, що в якості ПП протигрипозної терапії для подальших досліджень потенційно може бути розглянуто наступні компоненти: екстракт валеріани сухий (валеріанова кислота, борніл ацетат, борніл валерат), екстракт розторопші п'ятнистої сухий (силандрин, дигідрокверцетин (таксифолін)), екстракт квіток липи серцелистої сухий (гесперидин, тилірозин, астрагалін), екстракт малини сухий (гіперозид, астрагалін), екстракт шлемника байкальського сухий (байкалін, скутеларін, глюкуронова к-та).

Висновок. Запропоновані рослинні екстракти для противірусної терапії у ЛЛВ мають потенційно високу активність проти вірусів грипу, а також відносно низьку токсичність. Подальші дослідження плейотропних властивостей АФІ дозволять більш детально вивчити спектр фармакологічної дії АФІ рослинних екстрактів та запропонувати шляхи зменшення поліпрагмазії при поліморбідних патологіях у ЛЛВ.

КОНЦЕНТРАЦИЯ IL-1β В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР I И II СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Бессарабов В.И., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Патрухин А.П.
АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва, Россия

Остеоартроз (ОА) является самым распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата и встречается у трети пациентов в возрасте от 45 до 64 лет и у 60-70 % пациентов старше 65 лет. Социальная значимость ОА определяется связанным с ним высоким уровнем потери трудоспособности, особенно в пожилом возрасте, и существенным снижением качества жизни пациентов за счет ограничения подвижности и выраженности сопутствующего болевого синдрома. Важнейшей задачей является изучение молекулярных механизмов патогенеза заболевания, определение информативных маркеров развития воспалительного процесса.

Цель исследования: изучить зависимость уровня IL-1β в сыворотке крови больных ОА пожилого возраста от стадии заболевания

Материал и методы исследования: 123 пациента пожилого возраста (от 60 до 69 лет) с подтвержденным диагнозом ОА коленного сустава I-IV стадии; группа контроля из 40 относительно здоровых человек пожилого возраста того же возрастного диапазона; уровень IL-1β в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом; статистическую обработку результатов проводили по стандартным методикам для медико-биологических исследований.

Результаты. Определено, что уровень IL-1β при ОА наиболее высок при острой первой стадии заболевания и значительно отличается от такового у здоровых людей ($p < 0,05$). Развитие патологического процесса до II стадии достоверно ($p < 0,05$) приводит к постепенному уменьшению содержания этого цитокина в сыворотке крови. На более поздних стадиях заболевания концентрация сигнальной молекулы существенно не отличается от контрольного уровня ($p > 0,05$). Так, уровень IL-1β в сыворотке крови у пожилых людей, страдающих ОА I стадии, составил ($296,4 \pm 26,1$) пг/мл против ($192,0 \pm 20,0$) пг/мл у относительно здоровых людей ($p < 0,05$), при переходе ко II, III и IV стадии – ($243,1 \pm 23,3$) пг/мл ($p < 0,05$), ($225,0 \pm 22,6$) пг/мл и ($187,0 \pm 20,3$) пг/мл ($p > 0,05$), соответственно.

Вывод. Можно полагать, что концентрация IL-1β в сыворотке крови, как одного из ключевых агентов иммунного воспаления, при ОА может служить дополнительным индикатором первой и второй стадии хронического воспалительного процесса.

РОЛЬ КВЕРЦЕТИНУ В КОРЕКЦІЇ ДИСФУНКЦІЇ НИРОК ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Біловол О.М., Михайлова Ю.О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження – визначити роль кверцетину в корекції дисфункції нирок у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) у поєднанні з хронічною хворобою нирок (ХХН).

Обстежено 103 пацієнти з ХСН ішемічного генезу, 58 хворих ХСН у поєднанні з ХХН, 45 пацієнтів із ХСН без ХХН. Імуноферментними методами у сироватці крові визначали вміст цистатину С (Human Cystatin C ELISA («BioVendor GMBH», Німеччина)), ФНП-α («АЛЬФА-ФНО–ІФА–БЕСТ» (ЗАТ «ВЕКТОР-БЕСТ», м. Новосибірськ)), ТФР-β_1 (DRG TGF-β_1 ELISA («DRG International, Inc», Німеччина)), а також β_2-МГ у сечі (DRG мікроглобулін (beta-2) (EIA-1789) («DRG International, Inc», США)).

У хворих на ІХС із ХСН у поєднанні з ХП, які отримували терапію з включенням кверцетину, а також у тих, яким проводилася стандартна терапія, рівні цистатину С в крові знижувалися на 19,7 % ($p < 0,01$) і 10,7 % ($p < 0,05$), β_2-МГ у сечі – на 20,8 % ($p < 0,05$) і 12,5 % ($p < 0,05$), ФНП-α – на 27,7 % ($p < 0,01$) і 18,6 % ($p < 0,05$), ТФР-β_1 – на 30,1 % ($p < 0,01$) і 24,2 % ($p < 0,01$). У хворих на ІХС із ХСН без ХП з включенням кверцетину в результаті проведеної терапії рівень цистатину С у крові знижувався на 26,6 % ($p < 0,01$), рівень β_2-МГ у сечі – на 32,3 % ($p < 0,01$), ТФР-β_1 – на 34,8 % ($p < 0,01$), ФНП-α – на 29,8 % ($p < 0,01$), у пацієнтів, які отримували стандартну терапію, відповідні показники зменшилися на 17,7 % ($p < 0,05$), 20,4 % ($p < 0,05$), 26,4 % ($p < 0,01$), 19,1 % ($p < 0,05$).

Отже, включення кверцетину в базисну терапію пацієнтів на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю у поєднанні з хронічним пієлонефритом та без хронічного пієлонефриту супроводжується додатковим зниженням рівнів цистатину С, β_2-МГ, ФНП-α, ТФР-β_1, що свідчить про нефропротекторні та імуномодулюючі ефекти препарату.

ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ

Бильченко О.С., Оспанова Т.С., Клапоух В.А., Красовская Е.А., Бильченко А.А.

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

Целью нашей работы явилось изучение факторов риска тяжелого течения внебольничной пневмонии. (ВП)

Под наблюдением находилось 48 больных ВП с тяжелым течением. 17 (36 %) были госпитализированы в ОРИТ и палаты интенсивной терапии, т.к. имели осложнения в виде острой дыхательной недостаточности, кровохарканья, нарушения общей гемодинамики, отека легких.

У многих больных было отмечено позднее обращение к врачу. Так, до первых суток болезни в клинику обратились всего лишь 4 % больных, до семи дней болезни – 34 %, а 10 % – лишь спустя один месяц болезни. До поступления в клинику 62 % больных антибиотики не принимали. Возраст больных колебался от 28 до 78 лет, из них 65 % были старше 60 лет. У 15 больных выявлен отягощенный социальный статус. Многие больные имели вредные привычки: 38 % были курильщиками, 28 % злоупотребляли спиртными напитками, 24 % курили и злоупотребляли спиртными напитками одновременно. У 73 % больных отмечено наличие сопутствующей патологии: хронического обструктивного заболевания легких, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, бронхиальной астмы, сахарного диабета, СПИДа, заболеваний печени и др. Состояние всех больных было тяжелым: лихорадка, дыхательная и сердечная недостаточность, интоксикация. Физикальные данные свидетельствовали о наличии одно- и двустороннего инфильтратов легких, что подтверждено рентгенологическим исследованием.

К ранним факторам неэффективности антибактериальной терапии ВП следует отнести мультилобарную инфильтрацию легких, а также грамотрицательную бактериальную инфекцию как причину заболевания.

У всех больных выявили не менее 4 факторов риска. У больных до 60 лет – это вредные привычки, тяжелый социальный статус, поздняя обращаемость, отсутствие лечения на догоспитальном этапе.

Заболевание особенно тяжело протекало у пожилых людей на фоне сопутствующей патологи и осложнилось у 4 больных множественной деструкцией легких, эмпиемой плевры у 1 больного, бронхообструктивным синдромом у 8 больных, парапневмоническим плевритом у 8, осумкованным плевритом у 2, анемией у 8, гнойным бронхитом у 15, легочной недостаточностью у 28.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ

Бильченко О.С., Химич Т.Ю., Красовская Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью нашей работы явилось изучение клинических особенностей хламидийной пневмонии (ХП). За последние 2 года в клинике лечилось 513 больных внебольничной пневмонией, из них у 58 диагностирована ХП (11,3 %). Преобладали мужчины в возрасте от 42 и старше 60 лет. У 43 больных ХП протекала на фоне сопутствующей патологии: ХОЗЛ, сахарный диабет, сердечная недостаточность и др.

По степени тяжести ХП больные были разделены на 2 группы: 1 группу составили пациенты (36,2 %), с легким и затяжным течение болезни (21 человек, средний возраст – (51,6 ± 5,7) лет); больные 2-й группы (63,8 %) отличались более тяжелым течением (37 человек, средний возраст – (65,3 ± 6,4) лет).

Течение ХП легкой формы характеризовалось жалобами на интенсивный приступообразный сухой кашель, отсутствием изменений при физикальном исследовании легких, при рентгенологическом обследовании – двусторонний процесс в виде мелкоочаговых теней

Течение ХП у больных 2 группы отличалось более тяжелым течением: высокая лихорадка, интоксикация, интенсивный сухой кашель. Физикальные данные были скудными. При рентгенологическом исследовании определялось преимущественно двустороннее поражение легочной ткани в виде множественных мелкопятнистых участков инфильтрации.

В клиническом анализе крови у больных ХП – умеренный лейкоцитоз, значительное ускорение СОЭ, лейкоцитарная формула была без изменений. У 35 % больных 2 группы была выражена умеренная анемия. С-реактивный белок определяли в низком титре у 67 % больных. При проведении иммуноферментного анализа (ИФА): у всех больных отмечено повышение титра антител класса G к Chlamidia pneumoniae более чем в 6 раз, титр антител класса М к Chlamidia pneumoniae был повышен в 3,5 раза у 21 % больных 1 группы и в 5,8 раз у 43 % больных 2-й группы. Кроме того, у 38 % больных 2-й группы отмечено повышение титра антител класса G к Chlamidia trachomatis в 4 раза. При исследовании промывных вод бронхов у больных II группы кроме Chlamidia trachomatis в 45 % случаев были выделены Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus. В иммунном статусе у 81 % обследованных отмечено снижение показателей факторов неспецифической защиты.

Таким образом, тяжесть течения ХП обусловлена пожилым возрастом, наличием факторов риска, сочетанием 2-х или 3-х патогенов, иммунодефицитным состоянием.

ЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНІВ У ПЕРЕБІГУ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ: ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

[*]Бичкова С.А., Бичкова Н.Г.

[*]Українська військово-медична академія, м. Київ

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

Мета роботи – визначити роль основних прозапальних цитокінів в розвитку системного запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), поєднане із метаболічним синдромом (МС).

Матеріали та методи. Було обстежено 42 хворих на ХОЗЛ I стадії із наявністю МС та 75 пацієнтів із ХОЗЛ II стадії та МС. Групу порівняння склали хворі на ХОЗЛ без ознак МС. Контрольну групу склали 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю, без ознак МС та ХОЗЛ.

Результати. Встановлено, що сироваткова концентрація ФНП-α у хворих на ізольоване ХОЗЛ I стадії та II стадії перевищувала значення в контрольній групі відповідно на 45,39 % ($p < 0,05$) та 84,16 % ($p < 0,05$), а при поєднанні із МС – відповідно в 2,69 рази ($p < 0,05$) та в 2,99 рази ($p < 0,05$). Вміст ІЛ-1β у пацієнтів з ізольованим ХОЗЛ I та II стадії був вищим за показник контролю відповідно на 38,76 % ($p < 0,05$) та 88,17 % ($p < 0,05$), при поєднанні ХОЗЛ та МС – відповідно, у 2,81 рази ($p < 0,05$) та 2,79 рази ($p < 0,05$). При ізольованому ХОЗЛ спостерігалося помірне зростання вмісту ІЛ-6 у сироватці крові хворих залежно від стадії ХОЗЛ на 43,55 % ($p < 0,05$) при I та 81,37 % ($p < 0,05$) при II, у хворих із наявністю метаболічних порушень були встановлені вірогідно вищі показники вмісту ІЛ-6 – у 3,51 рази ($p < 0,05$) та 6,62 рази ($p < 0,05$), відповідно. Рівень протизапального ІЛ-4 в сироватці крові хворих з ізольованим ХОЗЛ як з I стадією, так і з II стадією не мав вірогідних відмінностей ($p > 0,1$) від значень контрольної групи, а у пацієнтів із поєднанням ХОЗЛ II стадії та МС, був достовірно зниженим на 31,16 % ($p < 0,05$). Вивчення сироваткової концентрації розчинних молекул адгезії ICAM-1 та VCAM-1 показало, що у хворих на ізольоване ХОЗЛ незалежно від стадії (I-II стадія) рівень їх не має достовірних відмінностей від показників контрольної групи ($p > 0,1$). В той же час, поєднання ХОЗЛ із МС призводило до вірогідного підвищення їх вмісту: рівень sVCAM-1 перевищував показники здорових осіб відповідно в 3,35 рази ($p < 0,001$) у хворих на ХОЗЛ I стадії із МС та в 4,20 рази ($p < 0,001$) при поєднанні ХОЗЛ II стадії із МС. Аналогічні зміни були виявлені і в сироватковому вмісті sICAM-1.

Висновки. У хворих на ХОЗЛ, поєднане із МС, спостерігаються виражені прояви системного запального процесу, які проявляються підвищеним рівнем прозапальних цитокінів та розчинних молекул адгезії, та залежать як від стадії ХОЗЛ, так і наявності метаболічних порушень, а підвищений рівень розчинних молекул адгезії є притаманним для пацієнтів із ознаками МС.

СИЛІМАРИНВМІСНІ ПРЕПАРАТИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

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

Ужгородський національний університет, Україна

Вступ. За даними літератури 60 % хворих на цукровий діабет 2 типу страждають стеатозом печінки, 15 % осіб – стеатогепатитом. Необхідно враховувати можливість переходу стеатозу в стеатогепатит. Зростає актуальність поєднаного застосування статинів з гепатопротекторами, зокрема, рослинного генезу, у хворих цукровим діабетом 2 типу.

Метою дослідження було вивчення аспектів поєднаного застосування статинів та силімаринвмісних препаратів у хворих цукровим діабетом.

Матеріали та методи. Обстежено 31 хворих на цукровий діабет 2 типу віком від 40 до 69 років (середній вік – (53,9 ± 2,4) роки) з поділом на 2 групи: 1-ша група отримувала базисну терапію в комбінації з статинами –симвастатин в дозі 10 мг на добу та гепатопротектор рослинного ґенезу з розторопші плямистої в дозі 2 таб. 3 рази на добу; 2-га група – базисну терапію в комбінації зі статинами. Активним діючим компонентом розторопші плямистої є силімарин. Програма обстеження включала: вимірювання рівня артеріального тиску, антропометричне обстеження. Для оцінки функціонального стану печінки вивчали вміст білірубіну, загального білка, холестерину, активність АлАТ та АсАТ в сироватці крові. Загальний курс лікування становив 8 тижнів.

Результати та їх обговорення. Обстежені хворі були співставлені за такими супутніми показниками, як маса тіла та рівень артеріального тиску. Зокрема,індекс маси тіла у даних групах знаходився в межах (29,7 ± 0,8) кг/м^2 та (28,9 ± 0,9) кг/м^2, відповідно, що свідчить про наявність у них надмірної маси тіла, а показник відношення об′єму талії до об′єму стегон становив (0,91 ± 0,01) в обох групах, що свідчить про андроїдний тип ожиріння. Рівень систолічного артеріального тиску становив (172 ± 12,0) мм рт. ст. та (168 ± 11,0) мм рт. ст., відповідно, діастолічний – (102 ± 11,0) мм рт. ст. та (99 ± 10,0) мм рт. ст., відповідно . Дані основних біохімічних показників (білірубін та його фракції, АлАТ, АсАТ, загальний білок,загальний холестерин) свідчать, що, крім вираженого гіполіпідемічного ефекту, на фоні комбінованої терапії статину з силімаринвмісним гепатопротектором відмічається позитивна динаміка біохімічних показників функціонального стану гепатоцитів, що обумовлено гепатопротекторною дією силімарину.

Висновки. Включення силімаринвмісного препарату до комплексу засобів патогенетичної терапії хворих на цукровий діабет 2 типу сприяє покращенню функціонального стану печінки. Отримані дані дозволяють вважати клінічно доцільним включення силімаринвмісного препарату до загальної програми патогенетичної терапії хворих на цукровий діабет 2-го типу, особливо на фоні ліпідознижуючої терапії статинами.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ПОЄДНАННІ КОМПОНЕНТІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Блецкан М.М., Феделеш С.Е.

Ужгородський національний університет, Україна

Мета: вивчити особливості функціонального стану лівого шлуночка при поєднанні компонентів метаболічного синдрому.

Матеріали та методи. Обстежено 46 хворих цукровим діабетом 2 типу. Середній вік обстежених – (52,2 ± 0,6) років. Стан серцево-судинної системи оцінювали за результатами допплерехокардіографії. Стандартне клінічне обстеження включало вимірювання артеріального тиску, визначення ліпідів крові та вирахування індексу маси тіла. Хворі були розділені на 2 групи: в 1-шу групу увійшло 24 хворих, які поряд з цукровим діабетом 2 типу мали артеріальну гіпертензію, в другу – 22 хворих , які на момент обстеження поряд з цукровим діабетом 2 типу мали артеріальну гіпертензію, андроїдний тип ожиріння та дисліпідемію.

Результати та їх обговорення За даними ехокардіографічного дослідження виявлено, що у 84 % хворих (39 осіб) діагностовано діастолічну дисфункцію лівого шлуночка, що є характерною ознакою ураження серця при цукровому діабеті. В основі порушення діастолічного розслаблення міокарда лежать як морфологічні зміни – розвиток інтерстиціального фіброзу та гіпертрофія міокарда , так і метаболічні порушення – інсулінорезистентність/гіперінсулінемія, зниження утилізації глюкози та підвищення окислення вільних жирних кислот. При цьому , серед хворих 1-ої групи діастолічна дисфункція лівого шлуночка відмічається у 76 % осіб, а серед хворих 2-ої групи – у 89 % осіб, що свідчить про вплив метаболічних порушень на компоненти діастолічного розслаблення міокарда.

Висновки. Ступінь порушення скоротливої функції міокарду при цукровому діабеті залежить від тривалості захворювання, вираженості порушень вуглеводного обміну, наявності інших компонентів метаболічного синдрому (артеріальної гіпертензії, андроїдного типу ожиріння та дисліпідемії).

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ПРИ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

Бобирьов В.М., Капустянська А.А., Островська Г.Ю., Петрова Т.А.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава, Україна

Гострий суглобовий синдром обмежує моторну активність, працездатність та погіршує якість життя пацієнтів. Раптовий розвиток інтенсивного нестерпного болю при подагричному артриті примушує до пошуку препарату, що швидко усуває біль. **Метою** даної роботи було дослідження ефективності впливу ін'єкціонного розчину лорноксикаму на перебіг гострого болю в суглобах у хворих на подагричний артрит. Провели спостереження 22 пацієнтів, чоловіків, віком від 35 до 50 років включно. Діагноз подагричного артриту встановлено за відповідними клініко-лабораторними критеріями. У 12 пацієнтів (54 %) гострий біль локалізувався в I плесно-фаланговому суглобі однієї стопи, у поєднанні артриту I плесно-фалангового суглобу однієї стопи з ураженням одного гомілковостопного суглобу – 6 пацієнтів (28 %), з приєднанням до ураження одного колінного – 4 пацієнти (18 %). З початком гострого болю у хворих на подагру лорноксикам вводили внутрішньом'язово у дозі 8 мг на одну ін'єкцію. У перші дві доби гострого болю лорноксикам вводили по 8 мг двічі на добу з інтервалом 8 годин. Добова доза дорівнювала 16 мг лорноксикаму. У 19 (86,36 %) пацієнтів біль в суглобах значно зменшився після першої внутрішньом'язової ін'єкції. У подальшому продовжували ін'єкції задля повного усунення болю. Із 22 пацієнтів із гострим болем тільки 3-м (13,64 %) хворим після першої внутрішньом'язової ін'єкції за 5 годин було ще введено внутрішньовенно 8 мг лорноксикаму. Ці 3 пацієнти хворіють на подагру більш ніж 10 років, тому в них біль значно зменшився після внутрішньовенного введення препарату. Під час застосування лорноксикаму всі інші препарати були відмінені. Тривалість лікування гострого болю лорноксикамом склала 4-6 діб. Незалежно від попередніх методів лікування подагри використання лорноксикаму у всіх 22 пацієнтів усувало прояви різкого болю при гострому нападі подагричного артриту. Зменшення болю відбувалося в першу добу використання лорноксикаму у добовій дозі 16 мг. Повне усунення гострого болю спостерігалось впродовж 4-6 діб лікування лорноксикамом. Позитивний ефект досягнутий при внутрішньом'язовому введенні препарата. У 3 пацієнтів, з терміном хвороби більше 10 років, початкове внутрішньом'язове лікування поєднувалося з одноразовим внутрішньовенним застосуванням препарату.

Отже, використання лорноксикаму усуває гострий біль при подагричному артриті впродовж 4-6 діб лікування у дозі 16 мг за добу. Введення лорноксикаму внутрішньом'язово двічі за добу у дозі 8 мг з інтервалом 8 годин дає гарантоване усунення болю при гострому нападі подагричного артриту.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ В ДІЯЛЬНОСТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Бобро Л.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Дотепер принципи диспансеризації населення, якими повинен керуватися сімейний лікар у своїй практичній діяльності, не є чітко визначеними.

Ефективність диспансерного ведення хворих залежить від методик диспансеризації, які, на жаль, спеціально для лікаря загальної практики не створювалися. Це не тільки знижує ефективність викладацької роботи на до- та післядипломному етапі, але й стає великою перепоною для подальшої ефективної діяльності сімейного лікаря у цьому напрямку. При відсутності методик заклики до якісної роботи не мають сенсу.

Які ж найбільш суперечливі або невирішені питання на часі?

По-перше, необхідно врахувати, що вже другий десяток років диспансеризація здійснюється на тлі втнутрішньотерапевтичної вузької спеціалізації.

Який контингент пацієнтів буде підлягати диспансеризації у сімейного лікаря, а який залишиться під наглядом у спеціаліста вузького профілю? І чи є доцільним взагалі збереження диспансеризації як такої у діяльності сімейного лікаря (адже перед ним стоїть задача найбільш тісного й перманентного контакту з усією родиною, то чи не нивілює це принципи, які були притаманні диспансеризації ?). До того ж, вже не один рік декларується перехід до страхової медицини, який практично усуває необхідність диспансеризації згідно тих принципів, за якими вона здійснювалась дотепер.

По-друге, що повинно бути пріоритетним у діяльності лікаря: первинна чи вторинна профілактика; розширення контингентів осіб, що підлягають диспансеризації, за рахунок хворих у початковій стадії хвороби та тих, що перенесли гострі захворювання або профілактика ускладнень хронічних захворювань та інвалідизації хворих?

Також важливим, але невирішеним, є впровадження матеріальних і моральних заохочувальних стимулів у практику оцінювання якості диспансерної роботи лікаря, участь не тільки органів охорони здоров'я, але і громади при проведенні такої експертної оцінки.

Отже, розробка принципів здійснювання диспансеризації лікарем загальної практики потребує сумісної роботи організаторів охорони здоров'я, клініцистів та громадських діячів. Необхідно розробити уніфіковані критерії оцінки якості й ефективності диспансеризації лікарем загальної практики. Наразі ці питання ще неможна вважати вирішеними.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИОННОГО УРОВНЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ

Богат С.В., Злобина И.А.

ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия

Цель исследования: Определить уровень профессиональной подготовки и переподготовки работников социальных служб.

Объект исследования: работники социальных служб города Белгорода и Белгородской области. С целью выяснения знаний социальных работников в области геронтологии и гериатрии, а также определения роли их в реализации мероприятий по улучшению медико-социальной эффективности хирургической помощи больным старших возрастных групп проведено социологический опрос методом анкетирования 58 работников социальных служб города Белгорода и Белгородской области. Полученные результаты показали, что примерно половина респондентов, работающих с пожилыми и старыми людьми (49,7 %) обладают общими знаниями в области теории и терминологии; с основными гериатрическими синдромами знакомы 63,0 % работников социальных служб; знаниями в области первой помощи при неотложных состояниях владеют 72,8 %; знакомы с образом жизни пожилых и старых людей – 40,8 % опрошенных.

Таким образом, социальные работники не обладают достаточными медицинскими знаниями для осуществления данной задачи. Поэтому, последние должны пройти подготовку, чтобы овладеть принципами и навыками в соответствующих областях геронтологии, гериатрии и ухода за пожилыми и старыми людьми.

С этой целью нами совместно с Институтом повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России разработан курс повышения квалификации для социальных работников «Основные гериатрические синдромы в практике социального работника», в состав которого входит цикл лекций об основных моментах теории и терминологии, физиологии и патофизиологии пожилых людей. Так же в этот курс входили лекции о принципах оказания неотложной помощи пожилым людям, основных хирургических синдромах, образе жизни и создании благоприятной среды для людей пожилого и старческого возрастов. В рамках данной программы проводилось обучение навыкам общего и специализированного ухода за больными после оперативного лечения. Результаты тестирования слушателей до и после курсов показали улучшение знаний в области: теории и терминологии (с 49,7 % до 87,5 %), основных гериатрических синдромов (с 63,0 % до 84,0 %); первой помощи при неотложных состояниях (с 72,8 % до 96 %); образа жизни пожилых и старых людей (с 40,8 % до 100 %), основных хирургических синдромов (с 19,6 % до 74,0 %).

Заключение: Неоспоримым является необходимость налаживания непрерывной системы переподготовки и повышения квалификации кадров, работающих в социальной сфере, в частности, с пожилыми людьми. Перспективной моделью развития является связывание воедино два звена в структуре: «Медицинские работники – социальная реабилитация» и «Социальные работники – медицина».

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ

Бойко Т.Й., Сорочан О.В., Стойкевич М.В., Буренко А.М.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета дослідження: визначити епідеміологічні особливості анемічного синдрому у хворих на хронічні запальні захворювання кишечнику (ХЗЗК) за даними ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів, які знаходились на лікуванні у відділенні захворювань кишечнику ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» в період з 2008 по 2012 роки.

Результати дослідження. За 5 років у відділенні проліковано 1325 хворих на ХЗЗК (1020 пацієнтів з неспецифічним виразковим колітом (НВК) та 305 з хворобою Крона (ХК), серед яких кількість хворих на НВК з анемічним синдромом склала 248 (24,3 %), а хворих на хворобу Крона – 47 (15,4 %). Серед пацієнтів було 60,9 % жінок та 39,1 % чоловіків віком (41,8 ± 0,9) роки. Частота анемічного синдрому у жінок в порівнянні з чоловіками переважала у 1,5 рази при НВК та у 2,4 рази при ХК. Середній рівень гемоглобіну у чоловіків був (99,4 ± 3,3)г/л, у жінок – (104 ± 2,2)г/л.

Серед досліджених хворих як на НВК, так і ХК, достовірно переважали пацієнти з анемією I ступеня – 76,4 % та 83,3 %, відповідно ($p < 0,001$). II ступінь виявився у 19,1 % пацієнтів з НВК та 16,7 % – з ХК, III ступінь – у 4,5 % хворих на НВК.

Анемічний синдром переважно зустрічався у хворих з тяжким перебігом захворювання. Так, при НВК тяжкий перебіг хвороби спостерігався в 1,7 рази частіше, а при ХК – у 2,4 рази частіше, ніж середній ($p < 0,001$). Середній рівень гемоглобіну у хворих з середньою тяжкістю хвороби був достовірно вищим в порівнянні з тяжким перебігом захворювання: (109,5 ± 2,2) г/л проти (98,3 ± 2,3) г/л ($p<0,01$).

При аналізі наявності анемічного синдрому в залежності від віку пацієнтів встановлено, що серед пацієнтів як з НВК так і з ХК анемія найчастіше зустрічалась у молодому працездатному віці від 23 до 44 років. Виявлена зворотня кореляційна залежність між рівенем гемоглобіну крові та віком пацієнтів з ХК ($r = -0,57$; $p = 0,03$).

У 28,2 % хворих на НВК та 48,9 % – на ХК з наявністю анемії спостерігався часто рецидивуючий перебіг захворювання, який потребував неодноразових повторних госпіталізацій в клініку.

Висновок. Проведений ретроспективний аналіз показав, що анемічний синдром є доволі частим проявом ХЗЗК, який обтяжує перебіг захворювання, частіше зустрічається та глибше виражений при НВК, ніж при ХК, більш характерний для жінок, вірогідно переважає у хворих з тяжким перебігом захворювання та у осіб молодого віку.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ТРАНСУЛОЗА» У ЛІКУВАННІ КОНСТИПАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

Бойко Т.Й., Стойкевич М.В., Сорочан О.В., Толстикова Т.М.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: вивчити ефективність застосування препарату «Трансулоза» у хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходились 36 хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом, які перебували на лікуванні у відділенні захворювань кишечнику ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України». Середній вік пацієнтів склав (45,8 ± 4,8) років. Серед обстежених було 11 чоловіків та 25 жінок. Середня тривалість захворювання склала (3,4 ± 0,6) роки. Діагноз встановлено на підставі скарг, анамнезу, загальноклінічних аналізів, іригографії або колоноскопії. До лікування у хворих стілець спостерігався 1 раз на 3-4 дні, турбувало відчуття неповного випорожнення, здуття живота, абдомінальний біль. З метою ліквідації констипаційного синдрому застосовувався препарат «Трансулоза», який являє собою комбінацію безводної мікронізованої лактулози та парафінового масла. Препарат призначався по 5 мл 3 рази на день впродовж 14 днів. Результати лікування оцінювались за вираженістю констипаційного, больового та диспепсичного синдрому, зміни характеру калових мас за Бристольською шкалою.

Результати. Через 14 днів на фоні лікування позитивний ефект спостерігався у 30 (83,3 %) хворих: у 12 (33,3 %) пацієнтів стілець повністю відновився, 18 (50 %) хворих відмічали добрий ефект (стілець 1 раз на 2 доби). У 86,1 % хворих відмічали зменшення больового синдрому, диспепсичних явищ, 88,9 % пацієнтів відзначили зникнення відчуття неповного випорожнення. Всі хворі спостерігали покращення консистенції калу (згідно Бристольської шкали). Переносимість препарату була доброю, побічних ефектів не відмічалось.

Висновки. Таким чином, застосування «Трансулози» у хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом сприяє відновленню евакуаторної функції кишечнику, зменшенню больового та диспепсичного синдромів. Препарат має добрий профіль безпечності.

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ПЕЛОДЕКСА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Бондаренко С.В., *Амелин А.Ф., *Додонова Л.А., Кас И.В.

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

Ревматоидный артрит уже достаточно долгое время остаётся проблемой как для теоретической, так и для практической медицины.

В мире насчитывается около 70 миллионов больных ревматоидным артритом. Это заболевание в 50 % случаев приводит к инвалидизации трудоспособного населения, то есть проблема из медицинской перерастает в социально-экономическую

Лечение ревматоидного артрита нестероидными противовоспалительными препаратами вполне оправдано, однако побочные эффекты данной терапии (особенно со стороны желудочно-кишечного тракта) напрочь перечеркивают ожидания больного в плане улучшения общего самочувствия.

Диадинамические токи оказывают выраженное обезболивающее, противовоспалительное действие, улучшают микроциркуляцию и внутриклеточный обмен веществ в области воздействия.

Пелодекс – грязевой препарат, который является мощным противовоспалительным средством. Он обладает обезболивающим эффектом за счет уменьшения отечности тканей и их давления на болевые рецепторные окончания, так же активен при болях, связанных с воспалением, оказывая не только симптоматическое, но и патогенетическое действие.

Учитывая всё выше сказанное нами разработан диадинамофорез пелодекса для лечения больных ревматоидным артритом.

Под наблюдением находилось 56 больных больных ревматоидным артритом коленных суставов в возрасте от 43 до 68 лет. Диагноз был установлен на основе клинических,лабораторных и инструментальных методов исследования.Диадинамофорез пелодекса осуществлялся на поражённый сустав по внутренне-наружной методике током "короткий период" в течение 10 минут, затем током "длинный период" также в течение 10 минут. Процедуры отпускались ежедневно. Курс лечения – 10 процедур.

В ходе лечения уже после 2-3 процедуры отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома, признаков воспаления, увеличение подвижности сустава. После проведенного курса лечения положительный эффект был отмечен у 84 % больных.

Таким образом, диадинамофорез пелодекса оказывает выраженный лечебный эффект у больных ревматоидным артритом и заслуживает широкого внедрения в клиническую практику.

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ДИПИРИДАМОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бондаренко С.В., *Амелин А.Ф., *Додонова Л.А., Кас И.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

**КУОЗ "Городская поликлиника № 9", г. Харьков, Украина*

Одним из актуальных вопросов кардиологии является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Это обусловлено, прежде всего, тем, что данная патология – распространённое заболевание и основная причина инвалидности и смертности во второй половине жизни пациента. В этой связи особенно актуальной является разработка новых методов и методик лечения данной категории больных.

Из лекарственных препаратов, применяемых для лечения ИБС, особой популярностью пользуются антиангинальные средства. Особое место среди них занимает дипиридамол (курантил), который является эталоном препарата, вмешивающегося в метаболическую ауторегуляцию коронарного кровотока.

Учитывая то, что гальванический ток улучшает микроциркуляцию в области воздействия, обеспечивает создание кожного депо препарата, улучшает регулирующее влияние центральной нервной системы на весь организм, нами была разработана методика транскардиального электрофореза дипиридамола.

Под наблюдением находились 53 пациента с ИБС в возрасте 48-63 лет, перенесших острый инфаркт миокарда давностью 1,5-2 месяца.

Процедура электрофореза проводилась по транскардиальной методике, причем анод с прокладкой, смоченной 1 % раствором дипиридамола, располагался в прекардиальной области. Сила тока составляла 0,5-5 мА, продолжительность воздействия – 5-10 минут. Курс лечения – 10 процедур.

В результате проведенного лечения больные значительно реже жаловались на боли в области сердца, у них в большем числе случаев, чем в контрольной группе улучшалась электрокардиограмма ($p < 0,05$).

Велоэргометрическое исследование показало более высокую толерантность к физической нагрузке больных, получавших электрофорез дипиридамола. Это проявилось в приросте мощности пороговой нагрузки, объема выполняемой работы, коэффициента пульса, коронарного резерва, эффективности работы сердца ($p < 0,05$).

Конъюнктивальный показатель, определяемый методом бульбарной капилляроскопии, в основной группе больных был достоверно ниже, чем в контрольной.

Таким образом, включение электрофореза дипиридамола в комплексное лечение больных ИБС оказалось эффективным в отношении улучшения состояния кровообращения на уровне микроциркуляции, что позволило оптимизировать лечение лиц, перенесших инфаркт миокард.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Борзова Е.Ю., Кожин М.И., Борзова-Коссе С.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Стандартами лечения ишемической болезни сердца (ИБС) в настоящее время предусмотрено обязательное назначение пациентам статинов. Их положительное влияние на течение атеросклероза доказано многочисленными многоцентровыми исследованиями, подтвердившими их эффективность в снижении сердечно-сосудистой смертности (ASCOT-LLA, 4S, TNT). Внимание специалистов к статинам также привлекает наличие у них, наряду с гиполипидемическим действием, плейотропных эффектов, одним из которых является способность уменьшать выраженность воспалительных процессов.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности режима интенсивной липиднижающей терапии аторвастатином у больных с острым инфарктом миокарда без элевации сегмента ST.

В исследование было включено 43 пациента с острым инфарктом миокарда без элевации сегмента ST, из них 25 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 44 до 72 лет. Наряду с тройной антитромбоцитарной терапией, β-адреноблокаторами, ингибиторами АПФ все пациенты с первого дня лечения получали аторвакор («Фармак», Украина) в дозе 80 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней. Показатели липидного обмена (общий холестерин, (ОХС), холестерин липидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ)) и С-реактивный белок (СРБ) определяли иммунноферментативными методами.

У всех пациентов до начала лечения были выявлены значительные сдвиги в липидограмме, свидетельствующие о выраженном атеросклерозе: ОХС составлял (7,4 ± 1,2) ммоль/л, ТГ (3,2 ± 0,9) ммоль/л, ЛПНП (4,9 ± 1,3) ммоль/л, ЛПВП (0,98 ± 0,14) ммоль/л, СРБ на 2-е сутки от начала заболевания – (76 ± 12) мг/л. Повторное определение уровней липидов крови и СРБ через 2 недели от начала терапии показало заметную положительную динамику всех исследуемых показателей. Уровень ОХС снизился на 18,6 %, ТГ на 7,6 %, содержание ХС ЛПНП уменьшилось на 27,8 %, а уровень ХС ЛПВП возрос на 14,7 %. Одновременно с этим отмечено снижение содержания в крови СРБ в среднем на 68,8 %. Побочных эффектов на фоне применения аторвакора отмечено не было.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что назначение аторвакора в режиме высоких доз приводит к улучшению показателей липидограммы и значительному снижению уровня С-реактивного белка, что реализуется через гиполипидемическое и противовоспалительное действие статинов.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЩОДО АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ОРГАНІЗОВАНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ПРАЦЮЮЧИХ

Боровик І.Г., Ніколенко Є.Я., [*]Молчанова Л.І., [**]Захаров О.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

[*]НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,

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

На сьогодні перше місце щодо поширеності серед працюючих посідає артеріальна гіпертензія (АГ). До пріоритетних напрямів діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) щодо збереження здоров'я працюючих (П) відносяться заходи первинної та вторинної профілактики стосовно АГ.

Мета роботи – дослідити епідеміологічні аспекти щодо артеріальної гіпертензії (АГ) в організованій популяції працівників промислового підприємства (ОППП) та визначити першочергові задачі лікарів, які проводять профілактичні медичні огляди П щодо попередження серцево-судинних захворювань (ССЗ) та їх ускладнень.

Обсяг ОППП: 606 працівників, з них чоловіків – 97,36 %, жінок – 2,64 %; середній вік – (37,6 ± 9,8) років. Обсяг обстеження – згідно з наказом МОЗ України від 21.05.2007 № 246 та опитування за спеціально розробленою анкетою, у якій передбачено урахування ризик-чинників АГ та інших захворювань серцево-судинної системи. Підвищений рівень артеріального тиску (АТ) був зареєстрований у 25,24 % П. Поширеність АГ залежала від стажу роботи та віку П і становила 8,5 % при стажі роботи до 10 років та відповідно 32,4 % при стажі понад 20 років. За рівнем артеріального тиску (АТ) серед П було 23 % хворих на АГ I ступеня, 69 % - на АГ II ступеня та 8 % – на АГ III ступеня. Поширеність немодифікованих ризик-чинників ССЗ в ОППП серед працівників з АГ та з нормальним рівнем АТ суттєво не відрізнялась. Щодо модифікованих ризик-чинників АГ та інших ССЗ: кількість осіб з надлишковою масою тіла становила 5,9 % в ОППП та 3,5 % – серед хворих на АГ, відповідно 82,5 % та 73,8 % щодо тютюнокуріння. Тютюнокуріння було більш поширеним серед П вікових груп 20-29 р. та 30-39 р. у порівнянні з групами 50-59 р. та 40-49 р.

За даними електрокардіографічного (ЕКГ) обстеження у 22 (14,4 %) хворих на АГ виявлено гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ), з них за ознакою Соколова-Лайона в 45,5 %, за Корнельською ознакою – в 31,2 %, за амплітудою зубця RaVL – в 54,5 % випадків. У 7 хворих на АГ при ЕКГ обстеженні виявлено миготливу аритмію, причому у 5 з них у попередні роки на ЕКГ були ознаки ГЛШ. Розподіл П з підвищеним рівнем АТ щодо загального серцево-судинного ризику: 17 % хворих – низький, 58 % – середній, 19 % – високий та 6 % – дуже високий.

Таким чином, переважна більшість працівників, що страждають на АГ, потребують запровадження заходів профілактичного спрямування щодо АГ та її ускладнень, інших серцево-судинних захворювань.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ТРОМБОЕМБОЛІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ

Борхаленко Ю.А., Надорак О.П., Швець І.В., Єпанчінцева О.А., Жарінов О.Й., Тодуров Б.М.

Київська міська клінічна лікарня «Київський міський центр серця», Україна

Післяопераційна фібриляція передсердь (ПОФП) є поширеним ускладненням операції шунтування вінцевих артерій, яке, в свою чергу, асоціюється з підвищенням ризику інших серцево-судинних подій. Особливості стратифікації ризику у хворих з ПОФП не з'ясовані. З огляду на це, **метою** дослідження стало визначення особливостей госпітального прогнозу після хірургічної реваскуляризації міокарда у пацієнтів з ПОФП.

Матеріали і методи. Обстежено 174 пацієнтів після аортокоронарного шунтування у віці від 32 до 81 року (середній вік – (59,6 ± 0,72)). Оцінювали загальний ризик тромбоемболій за шкалою CHA_2DS_2-VASc, наявність великих ускладнень та тривалість періоду госпітального лікування у пацієнтів з і без ПОФП, діагностованої за допомогою моніторного спостереження, планової реєстрації ЕКГ і/або добового моніторування ЕКГ.

Результати. Загалом, ПОФП зареєстрували у 67, не виявили – у 107 пацієнтів. У пацієнтів з ПОФП діагностували 2 випадки тразиторної ішемічної атаки, 1 – гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) та 2 – гострої серцевої недостатності, а середня тривалість госпітального лікування становила 17,8 днів. У 3 з 4 пацієнтів, у яких було 6 та більше балів за даною шкалою, виникли тромбоемболічні ускладнення. Середній показник за шкалою CHA_2DS_2-VASc у пацієнтів з ПОФП становив 3,52 бали. В групі без ПОФП зареєстрували 2 випадки дихальної недостатності, а середня тривалість перебування в стаціонарі склала 11,1 днів.

Висновки. Отже, ПОФП асоціюється з високим ступенем ризику емболічних ускладнень за шкалою CHA_2DS_2-VASc, більшою частотою ранніх післяопераційних ускладнень і більшою тривалістю госпітального лікування. Очевидно, поєднання ПОФП з високим ступенем ризику за шкалою CHA_2DS_2-VASc визначає потребу в застосуванні антикоагулянтів після шунтування вінцевих артерій.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ IL-4 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА ФОНЕ ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

Бурягина Н.В., *Прощаев К.И., *Бессарабов В.И.

НИУ «БелГУ», ММЦ «Гармония здоровья», г. Белгород,

**АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва, Россия*

Хронический апикальный периодонтит (ХАП) является широко распространенным заболеванием полости рта вне зависимости от возраста. При этом патологический процесс часто развивается на фоне сопутствующих заболеваний, для которых характерна воспалительная реакция в отдельных системах организма. Однако взаимосвязь между развитием системного иммунного воспаления и особенностями патогенеза ХАП до сих пор изучена недостаточно.

Цель исследования состояла в изучении зависимости уровня IL-4 в сыворотке крови больных ХАП от возраста и сопутствующей патологии (ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД) 2 типа).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 251 человек: 125 среднего и 126 пожилого возраста; уровень IL-4 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом; статобработку результатов проводили по стандартным методикам.

Результаты. Содержание IL-4 в сыворотке крови у здоровых людей среднего возраста составило (7,9 ± 1,3) пг/мл. Нарастание полиморбидности приводит к достоверному ($p < 0,05$) нарастанию степени интерлейкинемии по показателю IL-4: у больных с ХАП уровень IL-4 в сыворотке крови составил (14,5 ± 1,7) пг/мл, у больных с ХАП и ИБС – (19,8 ± 1,9) пг/мл, при сочетании ХАП, ИБС и СД 2 типа – (27,6 ± 2,4) пг/мл. Содержание IL-4 в сыворотке крови у здоровых людей пожилого возраста составило (4,9 ± 0,9) пг/мл. Этот показатель достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у людей среднего возраста. При изолированном течении ХАП имело место достоверное увеличение содержания данной сигнальной молекулы в сыворотке крови до (9,5 ± 1,4) пг/мл ($p < 0,05$ по сравнению со здоровыми пожилыми людьми). У больных пожилого возраста с ХАП и ИБС уровень этой молекулы в сыворотке крови составил (15,2 ± 1,5) пг/мл, при сочетании ХАП, ИБС и СД 2 типа – (19,7 ± 1,8) пг/мл.

Вывод. В пожилом возрасте по сравнению со средним возрастом достоверно ($p < 0,05$) снижается активность противоспалительной системы организма (если судить по уровню IL-4 в сыворотке крови). Однако увеличение полиморбидности приводит к росту этого показателя как в пожилом, так и в среднем возрасте.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПРИ РЕЦИДИВІ

Бутов Д.О.

Харківський національний медичний університет, Україна

Метою дослідження було вивчити зміни показників оксиду азоту (NO) у хворих на мультирезистентний туберкульоз легень при рецидиві.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням було обстежено 41 хворий на рецидив туберкульозу легень (РТБЛ) з мультирезистентністю до протитуберкульозних препаратів (I група) та 30 відносно здорових донорів (II група) у віці від 20 до 70 років. У всіх хворих при госпіталізації був інфільтративний туберкульоз легень. Пацієнти лікувалися на інтенсивному етапі 5 основними протитуберкульозними препаратами. Динаміка синтезу NO проводилось за вмістом у сироватці крові його стабільних метаболітів та індуцибельної синтази NO (iNOS). iNOS у нейтрофілах крові та рівень метаболітів NO (нітрити, нітрати) у сироватці крові визначався у перші дні при госпіталізації до стаціонару та через 2 місяці після стандартної протитуберкульозної терапії, спектрофотометричним методом.

Отримані результати. У I групі до стандартної протитуберкульозної терапії iNOS – (296 ± 8,16) пмоль\хв\мгБ, нітрити – (6,82 ± 0,22) мкмоль/л, нітрати – (68,21 ± 2,05) мкмоль/л при зіставленні з II групою iNOS – (81,03 ± 2,36) пмоль\хв\мгБ, нітрити – (3,83 ± 0,09) мкмоль/л, нітрати – (37,98 ± 1,30) мкмоль/л показники були достовірні ($p < 0,001$). Після 2 місяців стандартної протитуберкульозної терапії у I групи iNOS – (125,3 ± 4,47) пмоль\хв\мгБ, нітрити – (5,07 ± 0,13) мкмоль/л, нітрати – (49,38 ± 1,30) кмоль/л, показники достовірні при зіставленні до лікування та через 2 місяці між групою ($p < 0,001$).

Висновки. У хворих на РТБЛ з мультирезистентністю до протитуберкульозних препараті спостерігається достовірне підвищення продукції NO, що призводить до накопичення у крові iNOS, нітритів та нітратів. З урахуванням даних літератури про прямому і непряму бактерицидну дію NO на мікобактерії туберкульозу, можна вважати, що гіпергенерація NO у хворих на РТБЛ з мультирезистентністю до протитуберкульозних препараті відноситься до системи початкової захисної реакції. Крім того, концентрація NO може залежати від прямої кількості мікобактерій туберкульозу в організмі, що може служити діагностичним критерієм оцінки кількісного інфекційного навантаження на організм пацієнта. Стандартна протитуберкульозна терапія протягом 2 місяців забезпечує достовірне зниження метаболітів NO крові, у зв'язку зі зменшенням кількісної популяції мікобактерій туберкульозу у хворих на РТБЛ з мультирезистентністю до протитуберкульозних препараті.

ВПЛИВ ДВЗ-СИНДРОМУ НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ КЛІТИН КРОВІ

Бучко О.Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Терміном синдром десемінованого внутрішньосудинного згортання (ДВЗ-синдром) позначається неспецифічний патологічний процес, в основі якого лежить масивне зсідання крові, що викликає блокаду мікроциркуляції агрегатами клітин і рихлими масами фібрину та супроводжується тромбозами, геморагіями, ацидозом, дистрофією і глибокою дисфункцією життєво-важливих органів. Ще на початку 70-х років минулого століття встановлено, що при ДВЗ-синдромі пошкодження органів, які виникають (дисемінований мікротромбоз, мукоїд і фібриноїд проміжної сполучної тканини та пошкодження клітин), є наслідком коагуляції не тільки крові, але й цитоплазми різних клітин, тобто є наслідком цитогістогемокоагуляції. Згодом було показано, що зазначені пошкодження мають не чисто коагуляційний, а коагуляційно-гіпотрофічний генез**.**

Для кращого розуміння проблеми ДВЗ-синдрому наводимо приклад з власної практики. Хвора С., 47 років, в інфарктне відділення з діагнозом: «ІХС. Гострий трансмуральний інфаркт міокарда по передньо-верхівковій ділянці лівого шлуночка. Гіпертонічна хвороба 3ст СН 2 А з систолічною дисфункцією лівого шлуночка». Клінічний перебіг інфаркту міокарда характеризувався важким перебігом з рецидивуючими болями. Через 6 днів від госпіталізації розвинувся кардіогенний шок з різко вираженим ціанозом верхніх та нижніх кінцівок і зявився грубий систолічний шум в усіх точках аускультації серця. Проведена гемостазіограма: аутокоагулограма по Беркаду, загальний фібриноген, спонтанний фібриноліз – підвищені, активований час рекальцифікації, 13-фактор за Балуда, ретракція кровяного згустку та антитромбін-3 – знижені. На 28 день перебування в стаціонарі стан хворої різко погіршився. АТ знизився до 30/0 мм рт. ст. Проведені реанімаційні заходи були неефективними, хвора померла.

На 22 добу перебування в лікарні, коли почав виникати ДВЗ-синдром було проведенно електронно-мікроскопічне дослідження клітин крові. Велика кількість лізованих та дегранульованих тромбоцитів і множинні фагосоми, які зустрічались в зразках моноцитів та містили велику кількість фібрину, свідчили про початок 2 стадії синдрому (гіперкоагуляції).

Отже, ДВЗ-синдром цікавий не лише клінічною картиною протікання захворювання, але і ультраструктурною зміною клітин крові.

ДИСПЕРСИЯ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель: оценить дисперсию реполяризации желудочков у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и оценить ее взаимосвязь с наличием тревожно-депрессивных расстройств (ТДР).

Методы исследования. В исследование включены 144 пациента (86 мужчин и 58 женщин, средний возраст (66,4 ± 10,5) года) с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по NYHA. Все пациенты страдали стенокардией напряжения II-III ФК, 88 из них (61,1 %) перенесли инфаркт миокарда. Проводилась стандартная терапия ХСН и ишемической болезни сердца. Из исследования исключались лица с психическими заболеваниями в анамнезе, выраженным нарушением когнитивных функций, алкогольной и наркотической зависимостью, получающие психотропные препараты, имеющие тяжелые сопутствующие заболевания. Наличие и выраженность ТДР устанавливались путем применения опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS», 11 баллов и выше по одной из подшкал расценивались как клинически значимая тревога/депрессия. Дисперсию корригированного интервала Q-T (ΔQTc) рассчитывали по общепринятой методике (ΔQTc = QTc max – QTc min) по стандартной электрокардиограмме покоя в 12 стандартных отведениях при скорости движения ленты 50 мм/с.

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. Согласно опроснику HADS ТДР были выявлены у 102 (70,8 %) больных, которые вошли в 1 группу; 2 группу составили 32 (29,2 %) пациентов без ТДР. ΔQTc составила (45,8 ± 6,7) мс и (36,1 ± 5,3) мс в 1 и 2 группах, соответственно. Установлена четкая корреляционная связь между тяжестью ТДР и выраженностью дисперсии реполяризации (коэффициент корреляции 0,89).

Выводы. Дисперсия реполяризации желудочков у пациентов с ХСН ишемической этиологии достоверно выше в группе лиц, имеющих ТДР, и положительно коррелирует с их выраженностью.

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.

СТАН ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ГЕНДЕРНОМУ АСПЕКТІ

Вітцівська О.І., Гріненко Т.Ю.

Запорізький державний медичний університет, Україна

Згідно результатів більшості досліджень, дані про стан кісткової тканини у хворих на цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу) не однозначні. Також відсутні достовірні відомості про щільність кісткової тканини (ЩКТ) у цих хворих в залежності від гендерних особливостей. Тому метою нашого дослідження стала оцінка ЩКТ у хворих на ЦД 2 типу в залежності від статі. Обстежений 51 хворий, середній вік яких склав (60,6 ± 1,03) роки з діагнозом ЦД 2 типу. Гендерний склад формувався наступним чином – у дослідженні прийняли участь 21 чоловік (41 %), 30 жінок (59 %). Стан ЩКТ визначали за допомогою ультразвукового денситометра Omnisense 7000, за трьома зонами: на проксимальній фаланзі третього пальця кисті, дистальній третині променевої кістки та середині великогомілкової кістки. Статистична обробка проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (Stat Soft Inc, США).

В результаті дослідження, Т-індекс був достовірно нижчий у жінок по всім трьом областям. Так на гомілці у чоловіків він склав (0,1 ± 0,08), у жінок – (0,8 ± 0,01), на фаланзі – (0,2 ± 0,07) та – (1,0 ± 0,05), на променевій кістці – (0,2 ± 0,02) проти – (1,1 ± 0,05), відповідно ($p < 0,05$). Згідно з класифікацією ВООЗ показники на фаланзі та променевій кістці свідчили про наявність остеопенії у жінок. У чоловіків показники Т-критерію знаходились в межах норми. Також важливо відмітити, що спочатку зниження відбувається на променевій кістці, потім на проксимальній фаланзі третього пальця кисті, а вже потім на гомілці.

Ризик переломів у жінок підвищувався на гомілці в 10 разів, на фаланзі у 8,8 разів та променевій кістці у 10,7разів ($p < 0,05$).

Таким чином, можемо зробити висновки, що ЩКТ у жінок з ЦД 2 типу достовірно нижче в порівнянні з чоловіками, а ризик переломів – достовірно вищий. Саме тому оцінку ЩКТ доцільно включити в план обстеження таких пацієнтів з урахуванням гендерних особливостей.

РОСТКОВИЙ ФАКТОР ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ 15 У ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ

Вишневська І.Р., Копиця М.П., Біла Н.В.

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

Мета: визначити рівень росткового фактору диференціював 15) у хворих на різні форми гострого коронарного синдрому (ГКС), його прогностичну роль та можливість використання при виборі тактики лікування.

Матеріали та методи: обстежено 72 хворих з різними формами ГКС, 53 чоловіка та 19 жінок, середній вік – (60 ± 2,5) роки. Серед них було 38 хворих на гострий інфаркт міокарда с зубцем Q (ГІМ з Q), 12 хворих на гострий інфаркт міокарда без зубця Q (ГІМ без Q), 17 хворих на нестабільну стенокардію (НС) та 5 хворих на стабільну стенокардію. Усім хворим було проведене: ЕКГ, ехокардіоскопія, 42-м – коронаровентрикулографія. Рівень ростового фактору диференціювання 15 (РФД 15) визначався у перші 24 години ГКС.

Результати: при обробці даних встановлено діагностичний рівень для РФД 15: при значенні ≤ 1200 пг/мл встановлено низький ризик ускладнень ГКС, 1200-1800 пг/мл – помірний ≥ 1800 пг/мл – високий. При проведенні статистичних обчислювань встановлено, що найменший ризик був у хворих ГІМ без Q, середній показник біомаркера – (497 ± 80) пг/мл. Середній ризик ускладнень не мав статистично значущої різниці між трьома групами. Високий ризик ускладнень по даним рівня біомаркера був в групі хворих з ГІМ з Q ((6375 ± 650) пг/мл), однак хворі на НС теж мали високий рівень РФД 15 ((5378 ± 400) пг/мл). Найбільш високий рівень РФД 15 був у групі померлих – (8933 ± 870) пг/мл. При детальному аналізі групи хворих на НС встановлено, що при багато судинному ураженні рівень біомаркеру був достовірно вищий в порівнянні з одно судинним – (4857 ± 785) пг/мл проти (1809 ± 230) пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. Найбільш високий рівень РФД 15 у перші часи захворювання визначався у хворих ГІМ з зубцем Q. Рівень РФД > 8000 пг/мл свідчить про високу вірогідність смерті. Високі показники РФД 15 у хворих з НС були обумовлені багато судинним ураженням коронарних артерій, що свідчить про несприятливий прогноз захворювання та необхідність реваскуляризаційних втручань.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ GROWTH DIFFERENTIATION FACTOR 15 В РАЗВИТИИ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Вишневская И.Р., Копица Н.П., Петенева Л.Л.

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

Развитие кардиоренального синдрома (КРС) доказано ухудшает прогноз острого коронарного синдрома (ОКС): снижение функции почек предрасполагает к неблагоприятным исходам реваскуляризации миокрда. Проводится поиск новых биомаркеров для своевременной диагностики КРС в сочетании с (ОКС). Одним из таких биомаркеров является Growth differentiation factor 15 (GDF 15).

Цель: опередилить значение GDF 15 в прогнозе развития КРС у больных ОКС.

Материалы и методы: обследовано 73 больных с разными формами ОКС: 55 мужчин и 18 женщин, средний возраст составил (61,8 ± 1,3) года. Среди них 38 больных с острым инфарктом миокарда с зубцом Q (ОИМ с Q), 14 – с острым инфарктом миокарда без Q (ОИМ без Q), 18 – с нестабильной стенокардией (НС). Всем больным было проведено стандартное обследование, включающее: электрокардиографию, ультразвуковую диагостику сердца, определен уровень креатиниа крови, рассчитана скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта. Дополнительно в первые сутки был определен уровень GDF 15 с помощью ИФА (набор BioVendor, Чешская Республика).

Результаты: при проведении статистической обработки установлены средние значения маркера GDF 15: у больных с НС – (2783 ± 643) пг/мл, ОИМ без Q – (2923 ± 473) пг/мл. В группе больных с ОИМ с Q уровень GDF 15 был (5443 ± 877) пг/мл. Не отмечалось достоверной разницы уровня GDF 15 между исследуемыми группами ($p \leq 0,1$), однако можно говорить о наличии статистической тенденции. При сравнении уровня креатинина сыворотки и маркера GDF 15 был определен коэффициент ранговой корреляции, который составил 0,5, что соответствует связи средней силы ($p = 0,00001$). Дополнительно была рассчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) ($n = 25$), средний уровень которой составил (73,7 ± 5,7) мл/мин. Корреляционный анализ исследованных параметров выявил достоверную отрицательную корреляцию уровня СКФ с GDF 15 ($r = -0,44$, $p < 0,05$).

Выводы: в результате проведенных исследований установлена корреляционная связь между уровнем GDF 15, уровнем креатинина сыворотки и скоростью клубочковой фильтрации, что дает возможность использовать новый маркер в диагностике развития кардиоренального синдрома.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Волков В.И., Исаева А.С., Вовченко М.Н.

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

В ходе перименопаузы у женщин отмечается повышение показателей липидного обмена и артериального давления. До сих пор является предметов дискуссий что в наибольшей степени влияет на эти показатели – возрастные или гормональные изменения. **Целью** настоящего исследования было оценить показатели липидного обмена у женщин в перименопаузе и его связь с гормональным статусом женщины.

Материалы и методы. Проведено проспективное моноцентровое исследование, в котором приняли участие 131 пациентки, находившихся в периоде перименопаузы и в возрастной группе 51-55 лет. Для оценки гормонального статуса определяли фолликулостимулиурющий гормон. У всех пациенток либо отсутствовали менструации, либо отмечалось укорочение менструальных циклов/появление периодов продолжительной аменореи. Менопаузу диагностировали в том случае, если фолликулостимулирующий гормон был более 30 МЕ/л. В исследование включались пациентки без заболеваний сердечно-сосудистой системы и только с естественной менопаузой.

Результаты. Пациентки были разделены на группы в зависимости от уровня фолликулостимулирующего гормона (таблица).

Таблица – Основные факторы риска в зависимости от гормонального статуса

ФСГ	ОХС, ммоль/л	ХС ЛПНП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	САД, мм.рт.ст	ДАД, мм.рт.ст	ФСГ, МЕ/л
До 10	5,4 ± 0,16	3,5 ± 0,012	1,2 ± 0,55	135 ± 11,8	90,2 ± 10,8	*6,4* ± 3,9$^{\#\#}$
10 – 20	5,1 ± ,03	*3,2* ± 0,13**	1,6 ± 0,45	131,8 ± 12,9	79 ± 11,1	*19,7* ± 4,7$^{\#\#}$
20 – 30	5,1 ± 0,12	*3,1* ± 0,01*	1,5 ± 0,37	130,3 ± 8,7	86±12,8	*25,4* ± 7,7$^{\#\#}$
30 - 40	5,1 ± 0,31	*2,9* ± 0,017*	1,5 ± 0,21	130 ± 8,9	85 ± 0,91	*37,1* ± 12,1$^{\#\#}$
40 – 50	6,1 ± 0,12	*4,2* ± 0,17*,**	1,6 ± 0,69	143 ± 11,9	88 ± 5,7	*45,5* ± 13,3$^{\#\#}$
50 - 60	5,3 ± 0,13	3,2 ± 0,2$^{\#}$	1,9 ± 0,31	140 ± 13,5	86 ± 7,1	*55,2* ± 12,2$^{\#\#}$
Более 60	4,9 ± 0,17	3,2 ± 0,21$^{\#}$	1,4 ± 0,37	138 ± 7,8	85 ± 8,9	*74,8* ± 24,4$^{\#\#}$

Примечание: p^{*}=0,03; p^{**}=0,02; $p^{\#}$= 0,02; $^{\#\#}p$ <0,05

Группы достоверно не отличались по возрасту. В группе с $ФСГ_{30\text{-}40\ МЕ/Л}$ отмечалось достоверное увеличение холестерина при сравнении с группами $ФСГ_{до\ 10\ МЕ/л}$; $ФСГ_{10\text{-}20\ МЕ/л}$; $ФСГ_{20\text{-}30\ МЕ/л}$ ($p < 0,05$). Именно в группе $ФСГ_{30\text{-}40\ МЕ/Л}$ повысилось САД, но эти изменения не достигли достоверных различий.

Выводы: помимо возрастных изменений, гормональные изменения имеют большое значение в повышении атерогенных фракций холестерина. Подобного эффекта для артериального давления не выявлено.

СВОБОДНЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ И ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ-α У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЕЕ СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Волков В.И., Серик С.А., Бондарь Т.Н., Ченчик Т.А.

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

Целью работы явилось сравнение уровней свободных жирных кислот (СЖК), фактора некроза опухолей-α (ФНО-α) и их взаимосвязей у мужчин и женщин с ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и без него.

Материал и методы. Обследовано 92 больных ИБС в возрасте (60,59 ± 0,83) лет, в том числе 48 пациентов с сахарным диабетом 2 типа и 44 больных без диабета. Среди пациентов с диабетом было 22 женщины в периоде менопаузы и 26 мужчин. Группа больных без диабета включала 19 женщин в периоде менопаузы и 25 мужчин. Уровни СЖК определяли колориметрическим методом, ФНО-α – иммуноферментным методом.

Результаты. Среди больных без диабета индекс массы тела у мужчин и женщин не отличался, а окружность талии у женщин была достоверно меньше, чем у мужчин ($p < 0,05$). В группе больных диабетом различий ни по индексу массы тела, ни по окружности талии между мужчинами и женщинами не выявлено. В группе пациентов без диабета уровни СЖК у женщин ((345,94 ± 32,25) мкмоль/л) были незначимо больше, чем у мужчин ((315,28 ± 31,12) мкмоль/л) ($p > 0,05$). При диабете уровни СЖК у женщин ((438,45 ± 49,90) мкмоль/л) оказались достоверно выше, чем у мужчин ((353,14 ± 30,92) ($p < 0,05$). При этом, если у мужчин с диабетом повышение СЖК по сравнению с пациентами без диабета не достигало статистической значимости, то у женщин прирост уровней СЖК у пациентов с диабетом, по сравнению с недиабетиками было достоверным ($p < 0,05$). Уровни ФНО-α у мужчин и женщин в группах без диабета ((30,72 ± 2,73) пг/мл и (31,23 ± 3,13) пг/мл) и с диабетом ((37,67 ± 2,54) пг/мл и (34,75 ± 3,04) пг/мл) отличались недостоверно ($p > 0,05$). Однако, если мужчин с диабетом уровни ФНО-α были выше, чем у мужчин без диабета ($p < 0,05$), то среди женщин различия между диабетиками и недиабетиками оказались незначимыми. Только у мужчин с диабетом выявлена позитивная корреляция между СЖК и ФНО-α ($r = +0,49$, $p < 0,05$).

Выводы. При сочетании ИБС и сахарного диабета 2 типа у женщин отмечается более выраженное, чем у мужчин, повышение уровней СЖК. У женщин с диабетом, в отличие от мужчин, не выявлено существенного увеличения активности ФНО-α по сравнению с пациентами без диабета. При этом только у мужчин, страдающих ИБС в сочетании с диабетом, установлена достоверная позитивная корреляция между СЖК и ФНО-α.

ВРОДЖЕНІ І НАБУТІ КІСТИ ЛЕГЕНЬ (КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ, МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ)

Волошин Я.М.

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

Кісти зустрічаються у 7-9 % пацієнтів з різними формами легеневих нагноєнь.

Мета: вивчити особливості клініки, перебігу; діагностики та результати хірургічного лікування.

Матеріали і методи: у відділенні торакальної хірургії лікувалися 172 пацієнти з кістами легень. Чоловіків 107 (62,21 %) і жінок 65 (37,79 %), у віці від 8 до 70 років. Хворих з вродженими (істинними) кістами – 108 (62,79 %), придбаними (“ложними”) – 64(37.21%).

Серед вроджених: солітарна бронхіальна кіста у 67, множинні – у 29, кістозна легеня – у 11. Придбані кісти (паразитарні та “ложні”): ехінококові – у 45, бронхогенні – у 7, травматичні – у 3, кістоподібні порожнини на ґрунті запалення – у 5 і раку – у 4. Кісти невеликих розмірів перебігали безсимптомно. При великих кістах хворі відмічали ускладнене дихання, болі в грудній клітці, задишку, кашель. При ехінококозі проба Кацоні була позитивна у 29 випадках. Клініка у 38 хворих проявилась у вигляді ускладнень. Проривом кісти в бронх – у 2, в плевральну порожнину – у 8, ускладнених емпіємою – у 7, малігнізацією кісти – у 3.

Рентгенологічно: права легеня була уражена у 89 (51,74 %) хворих, ліва – у 58 (33,72 %) і обидві – у 25 (14,54 %). Верхня доля у 95 (55,23 %), середня – у 9 (5,23 %), нижня – у 68 (39,54 %). Величина кісти від 3 до 27 см. Шароподібну форму мали у 73 (42,44 %) випадках, яйцеподібну у – 99 (57,56 %). Характерна відсутність запальних змін навколо кісти.

Операції виконали у 172 пацієнтів: переважала сегментектомія у 57 (31,14 %), лобектомія – у 47 (27,33 %), видалення кісти – у 39 (22,67 %). Морфологічно підтверджено, що внутрішня поверхня стінки при вроджених кістах завжди вистелена епітелієм того органу, з якого вона розвинулася. Внутрішня поверхня при набутих кістах епітеліального покрову немає.

Результати. Клінічний ефект було досягнуто у 170 хворих (98,84 %). Повна ефективність залишалася(1-15 років) у – 95,2 %.

Висновки. Клініка кіст залежить від розміру, локалізації, ускладнення. Важливе значення в діагностиці надавали рентгенологічним і лабораторним методам. Своєчасна діагностика і хірургічне лікування дозволили уникнути ускладнень і досягти високої ефективності.

ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ З ГЕПАТИТАМИ (КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ, РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ)

Волошин Я.М.

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

Гепатити у хворих на туберкульоз легень і плеври виявляють у 4.50-11,01 % випадках.

Мета: вивчити особливості клініки, діагностики, перебігу та результати лікування туберкульозу легень у хворих з гепатитами.

Матеріали і методи: за останні 15 років в клініках інституту лікувалися 123 хворих на туберкульоз легень, у яких були діагностовані гепатити (основна група) і 87 аналогічних на туберкульоз без гепатитів (контрольна група). Чоловіків було 72 (58,54 %), жінок – 51 (41,46 %) у віці від 15 до 70 років. Переважали медикаментозні 49 (39,84 %) і вірусні гепатити “В” і “С” у 44 (35,77 %); гостра форма у 52,84 %, помірна активність – 30,08 %, важка у 17,07 %. У більшості гепатити діагностовано на 3-7 місяці хіміотерапії: на фоні прийому ізоніазіду – 19 (32,61 %), ріфампіцину – 29 (59,18 %).

Переважали симптоми: гепатомегалія – 87 (70,73 %), інтоксикаційний – 64 (52,03 %), астено-вегетативний – 84 (68,29 %), диспепсичний – 58 (47,15 %), жовтушний – 53 (43,08 %). У хворих з гепатитами переважав розповсюджений деструктивний туберкульоз – 67,48 %, з взаємоускладнюючим перебігом, бактеріовиділенням – 63,41 %, резистентними мікобактеріями туберкульозу – 73,08 %. Імунологічна реактивність організму була знижена у 76 % хворих. Погана переносимість препаратів – у 69,11 %.

У період захворювання гепатитом (3-7 тижнів) хіміотерапію не проводили. Призначали дієту №5, метаболічні, дезінтоксикаційні препарати (в т. ч. ербісол, ентеросорбенти). Після гепатиту продовжували хіміотерапію двома менш гепатоксичними препаратами на фоні гепатопротекторів, вітамінотерапії.

Результати: Порожнини розпаду загоїлися у 58 хворих (47,15 %), у 6,50 % – прогресування туберкульозу. В зв’язку з неефективною хіміотерапією виконали резекції легені у 57 (46,35 %), в тому числі і органозберігаючі (у 7) за методикою автора. Досягнуто клінічний ефект у 114 (92,68 %) і повний у 83,57 % пацієнтів.

В контрольній групі: клінічний ефект – у 94,25 %, повний – у 88,41 %.

Висновки. В останні роки збільшилася кількість хворих на туберкульоз легень, у яких діагностують гепатити з гострим, взаємоускладнюючим перебігом. Впроваджені нові методики терапії, органозберігаючих операцій підвищили ефективність комплексного лікування.

РЕАКТИВАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ: ЗАГОСТРЕННЯ І РЕЦИДИВИ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНЬ. ПРИЧИНИ. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ

Волошин Я.М.

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

Мета: вивчити частоту, причини реактивації туберкульозу легень від об'єму резекції, обтяжливих факторів, якості лікування, результати.

Матеріали і методи: ретроспективний аналіз медичної документації, рентгенограм 1153 хворих, прооперованих в торакальному відділенні з приводу туберкульозу легень. Чоловіків – 741 (64,27 %), жінок – 412 (35,73 %) у віці від 18 до 70 років.

Результати: Загострення туберкульозу у ранньому післяопераційному періоді у 1,56-3,03 % хворих, рецидиви до 5 років після операції – у 3,63-10,14 %, у прооперованих з приводу обмеженого процесу – у 0,82-1,86 %, розповсюдженого – у 8,72-14,74 %; після пневмонектомії – у 10,42 %, білобектомії – 5,77 %, комбінованої резекції – 11,11 %, сегментектомії – у 1,42-2,93 %; у прооперованих з резистентним туберкульозом – у 25,42-37,39 %, з хронічним алкоголізмом – у 18-29,4 %, із цукровим діабетом – у 12,45-16,77 % і з вторинним імунодефіцитом – у 30-42,4 %.

Реактивація виникла у 17,9 % хворих, яким протягом 1-го року після резекції не приводилось протирецидивне лікування; при проведенні одного курсу – у 8,57 %, двох – у 4,55 % і трьох – у 0,73 %.

Після інтенсивної хіміотерапії, пневмоперитонеуму досягнутий клінічний ефект у 54,28 % хворих з реактивацією і у 25,3 % – виконані повторні операції.

Висновки. Частіше реактивація туберкульозу виникала після комбінованої резекції і пневмонектомії в перші роки після операції. Основними причинами реактивації – відсутність або неповноцінна хіміотерапія після операції: протирецидивних курсів, нерідко поєднувались з обтяжливими факторами.

ХАРАКТЕР І ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ, ВИДІЛЕНОЇ У ХВОРИХ З ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ І ЕМПІЄМОЮ ПЛЕВРИ

Волошин Я.М., Журило О., Калабуха І.А., Мельник В.М., Юхимець В.О., Ясир С.Г.

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

В останні роки відмічається тенденція до збільшення числа тяжких гострих гнійно-запальних процесів легень і плеври (3,57-10,02 %), з прогресуючим, ускладнюючим перебігом, які тяжко піддаються лікуванню.

Мета. Провести вивчення видового складу і співвідношення аеробних і анаеробних мікроорганізмів, виділених при гострих гнійно-деструктивних захворюваннях легень і плеври. Покращити діагностику і лікування хворих.

Матеріали і методи. Об'єкт дослідження – мікроорганізми, виділені із патологічного матеріалу, одержаного при хірургічних маніпуляціях із запальних вогнищ, ізольованих від атмосферного повітря, від 137 хворих: з абсцесом легень (89), гангреною (5), емпіємою плеври (43). Виділення і культивування мікроорганізмів проводили по методиках прийнятих та удосконалених в лабораторії мікробіології.

Результати. Із запальних вогнищ у 86,13 % випадках виділялися асоціації мікроорганізмів. Монокультури – у 13,87 %: анаеробні – у 10,94 %, аероби – у 2,93 %. Серед асоціацій мікроорганізмів: різні види анаеробних бактерій у 29,67 %, аероби – у 4,24 % переважали поєднання анаеробних бактерій з аеробами (у 69,49 %), найчастіше трьох видів бактерій (54,87 %). Анаероби були причиною у 87,29 % випадках нагноєнь; легень і плеври: анаероби в асоціаціях з аеробами у 65,05 % і в 22,24 % – аероби. Видовий склад виділених 297 культур показав: анаероби – 64,98 %, аероби – 35,02 %. Грамнегативні облігатно-анаеробні палочки (30,05 %: частіше Bacteroides mebaninogenicus – 10,42 %, Fusobacterium nucleatum – 8,31 %, Pseudomonas aeruginose – 7,33 %. У групі аеробних і анаеробних грампозитивних коків (відповідно, 22,1 % і 19,8 %), частіше Staphylococcus aureus – 11,8 %, Peptococcus magnus – у 8,7 % і Peptostreptococcus anaerobias – 11,1 %). Крім цього, виділені анаеробні грампозитивні палочки: Propionibacterium acneg – 6,3 %, Clostridium perfringens – 2,5 %. Переважали грамнегативна і анаеробна флора резистентні до антибіотиків 73 %, асоціації кокової флори і дріжджових грибів.

Висновки: Проведені дослідження показали, що при гострих гнійно-деструктивних захворюваннях легень і плеври, виділяють в основному асоціації мікроорганізмів, найчастіше облігатні і факультативні анаероби. Удосконалені методики виділення мікроорганізмів із патологічного матеріалу значно покращили діагностику і лікування хворих.

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ (КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ. ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ І АСТМИ. РЕЗУЛЬТАТИ)

Волошин Я.М., Панащук І.О., Калабуха І.А., Хмель О.В., Маєтний Є.Л., Іващенко В.Є.

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

Мета: вивчити частоту, особливості клініки, діагностики та результати лікування.

Відмічається почастішання (2,92-4,57 %) туберкульозу у хворих з астмою.

Матеріали і методи: під спостереженням знаходилось 119 хворих з астмою і туберкульозом легень – (основна група), аналогічних 57 – з астмою і 117 – з туберкульозом без астми (контрольні групи).

В основній: чоловіків було 79 (66,39 %), жінок – 40(33,61 %) у віці від 20 до 67 років. Важка форма астми була у 31,09 %, середня – у 53,78 %, легка – 15,13 %. Давність астми у 62,18 % була більше 8 років. Туберкульоз у 70 хворих виявили при зверненні з приводу загострення астми. При ретроспективному аналізі рентгенограм виявили старі посттуберкульозні зміни в бронхолегеневій системі у 37 (31,09 %). Деструктивний туберкульоз – 63,02 %, неактивні зміни – 36,98 %. Провідним були симптоми астми. Для туберкульозу характерна стертість симптоматики. Мікобактерії туберкульозу в харкотинні виявлені у 62,67 % хворих, резистентність до хіміопрепаратів – у 59,57 %, непереносимість – у 43,70 %.

Спочатку усували приступи астми (базисна терапія: інгаляційні кортикостероїди, симпатоміметики). Приєднували хіміотерапію, пневмоперітонеум, імуномодулятори; далі при астмі – гемосорбцію, ультрафіолетове опромінення крові, новокаїнові блокади.

Результати. Добилися зупинки приступів задухи у 98 (82,35 %), стабільної ремісії – 11,76 %, нестабільної – 5,89 %; в контрольних групах: у 94,74 %; 3,51 %; 1,75 %. Виліковування туберкульозу досягнуто у 59 (49,58 %), покращення – у 28,57 %, без змін – у 15,97 %, загострення – у 5,88 %.

Виконали резекції легені у 18 хворих (15,12 %); у 7 – доповнили денервацією кореня (n. vagus), після чого, кращий перебіг астми. В контрольній – ефективність хіміотерапії з хірургічним – у 109 (93,16 %).

Висновки: збільшилася кількість хворих з бронхіальною астмою і туберкульозом легень, який у 31,09 % розвинувся з реінфектів. Комплексне лікування з впровадженням нових методик дозволили добитися добрих результатів.

ОСОБЛИВОСТІ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Волошин Я.М., Порк Є.М., Кононенко В.А., Гайдар О.
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», м. Київ

Мета: Вивчити особливості анестезіологічного забезпечення операцій у хворих на туберкульоз легень в поєднанні з цукровим діабетом.

Матеріали і методи: Викладені основні положення анестезіологічного забезпечення операцій на легенях з приводу туберкульозу і цукровим діабетом у 224 хворих (основна група) і 158 – аналогічних без діабету (контрольна група). Чоловіків було 143 (63,83 %), жінок – 81 (36,17 %) у віці від 12 до 65 років. Переважали хворі з інсулінозалежним діабетом тяжкої форми – 124 (55,36 %); фіброзно-кавернозним туберкульозом – 98 (43,75 %) і туберкульомою – 92 (41,07 %). Серед операцій: економні – 95 (42,41 %), великі – 93 (41,52 %).

Проектували план забезпечення операцій. Анестезіологічне забезпечення вибирали індивідуально. Премедикацію проводили помірними дозами препаратів (промедол, атропін сульфат, дімедрол).

При введенні хворого в стан наркозу давали перевагу внутрішньовенному 1-2,5 % тіопенталу натрію.

Результати. Поверхневий ендотрахеальний наркоз закисі азоту з добавками кисню і мінімальної концентрації фторотану залишається найбільш оптимальним видом знечулення в поєднанні з м’язовими релаксантами, блокадою рефлексогенних зон розчином 0,5 % новокаїну з мезатоном, керованому диханні. Важливою умовою, що забезпечувала задовільний перебіг операцій являється контроль за рівнем цукру в крові через кожну годину, дані мікро-Аструпу, проведенні в режимі помірної гіпервентиляції, внутрішньовенним крапельним введенням 5 %-розчину глюкози з інсуліном, кокарбоксилазою. Простий інсулін вводили дрібними дозами. Рівень цукру підтримували не вище “звичного” доопераційного (8,25-11,92 ммоль/л) для хворого.

Нами удосконалена корекція вуглеводного обміну (в тому числі із застосуванням ербісолу, реосорбілакту), удосконалені етапи введення наркозу (пропофол), які значно покращили перебіг наркозу, операцій і попереджували гіпер- і гіпоглікемічні стани.

Висновки. Правильна техніка проведення ендотрахеального наркозу із застосуванням мінімальної кількості наркотичних, кураreподібних препаратів, керованому диханні, удосконалені методики проведення наркозу, корекція вуглеводного обміну, забезпечували гладкий перебіг наркозу і операцій у хворих на туберкульоз легень і цукровий діабет, попереджували ускладнення.

ПОВЫШЕННОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА В ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Гакова Е.И., Акимова Е.В., Кузнецов В.А.

Филиал ФГБУ НИИ кардиологии СО РАМН

«Тюменский кардиологический центр», Россия

Повышенный вес в настоящее время рассматривается как один из основных факторов риска артериальной гипертензии.

Целью данного исследования явилось изучение распространенности артериальной гипертензии и ее основных факторов риска в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства

Материалы и методы. Проведено одномоментное эпидемиологическое обследование популяции школьников 7-17 лет г. Тюмени, выбранных по методу случайного отбора с применением стандартизованных методов исследования (по программе «МОНИКА»). Всего обследовано 2640 школьников (1308 мальчиков и 1332 девочки) с откликом на обследование 87,7 %. Всем школьникам проводилось анкетирование, измерение стандартизованным методом артериального давления (АД), антропометрия с определением индекса Кетле (ИК – кг/м^2). Масса тела считалась избыточной, если значения индекса Кетле превышали значения 85 отрезной точки процентильного распределения, и считалось ожирением, если его значения были выше 95 процентиля. В качестве критерия повышенного АД взяты рекомендации ВОЗ. Все школьники разделены в группы по возрасту и полу. Возраст определялся по числу полных лет на момент обследования.

В результате исследования школьники с ИМТ составили 9,2 %, с ожирением – 4,7 % (девочки – 4,2 %, мальчики – 5,3 %). Наиболее высокий процент детей с ИМТ наблюдался в пред- и пубертатном возрасте (11,8% – 17,1 %). У школьников с ИМТ, по сравнению со школьниками с долженствующей массой тела, были отмечены достоверно более высокие средние уровни САД и ДАД. Встречаемость повышенного уровня артериального давления (ПАД) среди школьников с ИМТ была в 2,8 раза выше, а с ожирением – в 3,5 раза выше, чем в популяции школьников с долженствующей массой тела: среди девочек 33,3 % против 8,2 %, среди мальчиков 35,4 % против 12,7 %, соответственно ($p < 0,001$).

Выявлена прямая статистически достоверная умеренная корреляционная связь уровня САД, ДАД с массой тела и ИК ($p < 0,05$). Наблюдалась более выраженная ассоциативная связь у школьников с ИМТ и ПАД ($r = 0,40\text{-}0,62$, $p < 0,05$).

Вывод. В результате одномоментного эпидемиологического исследования популяции школьников установлена высокая распространенность ИМТ; ПАД, особенно в группе с ИМТ и ожирением; выраженная ассоциативная связь между уровнем АД и ИМТ, что указывает на необходимость проведения целенаправленных профилактических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКРАСКИ КОЛЛАГЕНА МЕТОДАМИ ВАН-ГИЗОНА И МАЛЛОРИ-СЛИНЧЕНКО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Галенко А.П., Ошмянская Н.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Коллаген – один из самых распространенных белков организма, в тканях он формирует нитевидные структуры различной плотности, так называемые "коллагеновые волокна", гистологическая окраска которых играет важнейшую роль в диагностике многих фиброзирующих заболеваний, в частности хронического гепатита и цирроза.

Цель работы: сравнить эффективность двух наиболее распространенных методов окраски коллагена и обосновать выбор одного из них для использования в диагностике хронического гепатита и цирроза.

Материалы и методы. Обследовано 11 больных с хроническими гепатитами различной этиологии, которые проходили лечение в отделении заболеваний печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины». Забор материала производился методом чрескожной пункционной трепан-биопсии печени из 3 различных зон (VII сегмент). Близкие гистологические срезы толщиной 3-5 мкм окрашивали по методике Ван-Гизона и по Маллори в мод. Слинченко. Для целей компьютерной морфометрии биоптаты фотографировали и осуществляли измерения с помощью программы ImageJ 1.45S (разработана в «National Institutes of Health», USA).

Результаты. Морфологическое исследование показало, что в 54,6 % случаев наблюдался фиброз степени F3 и в 36, 4 % – F4 по шкале Метавир. Трехцветная окраска при использовании метода Маллори в мод. Слинченко позволила выделить ядра (черный цвет), цитоплазму (красный), и коллаген (ярко-голубой). Компьютерный индекс фиброза (КИФ), рассчитанный при помощи компьютерной морфометрии, составлял ($0{,}126 \pm 0{,}0312$). При использовании метода Ван Гизона пикрофуксин окрасил цитоплазму клеток в красный цвет, а волокна коллагена – в желтый. КИФ составлял ($0{,}139 \pm 0{,}0337$). Статистический анализ подтвердил наличие сильной корреляционной связи между результатами использования двух методик ($r = 0{,}91$, $p < 0{,}001$).

Выводы. Результаты сравнения указывают на то, что объемная доля окрашенной соединительной ткани выше в случае применения метода Ван-Гизона. Однако, в связи с тем, что на примере КИФ подтверждена сильная корреляционная связь между результатами, а также потому, что окраска по методу Маллори в мод. Слинченко является более стойкой, а тоновое различие между коллагеном и клеточными структурами более выраженным, для целей компьютерной морфометрии печени при хроническом гепатите и циррозе рекомендуется использовать именно этот метод.

ЕКСПРЕСІЯ РЕЦЕПТОРІВ СЕЛЕКТИНУ НА МОНОЦИТАХ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІЮ

Гальчінська В.Ю., Топчій І.І., Єфімова Н.В., Семенових П.С., Кірієнко О.М.

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

Показано, що активація й адгезія моноцитів та нейтрофілів сприяє виникненню і прогресуванню ХХН та її ускладнень. Маркерами активації лейкоцитів при ХХН є молекули клітинної адгезії та їх рецептори. Зокрема, суттєву роль при захворюваннях нирок відіграють селектини та рецептор селектинів (P-selectin glycoprotein ligand-1 – CD162).

Мета дослідження – вивчення експресії рецепторів селектину (PSGL-1) на моноцитах та нейтрофілах при хронічному гломерулонефриті та хронічному пієлонефриті в залежності від стану судинного ендотелію.

Матеріали та методи. Було обстежено 45 хворих на хронічний гломерулонефрит чи хронічний пієлонефрит у віці від 36 до 78 років. Контрольну групу склали 20 здорових донорів. Моноцити виділяли з периферичної крові шляхом двоступеневого градієнтного центрифугування. Кількість CD162 позитивних клітин оцінювали непрямим імуноцитохімічним методом з використанням моноклональних антитіл до антигену CD162 (ТОВ “Сорбент”, Москва). Виділення та кількісний аналіз циркулюючих ендотеліальних клітин у збагаченій тромбоцитами плазмі здійснювали за методом Hladovec.

Результати дослідження. В нашому дослідженні не було виявлено зростання експресії PSGL-1 моноцитами у хворих на ХХН, не зважаючи на високі показники експресії інших адгезивних молекул. Більш того кількість PSGL-1-позитивних моноцитів була вірогідно нижчою у хворих на ХГН в порівнянні з контрольною групою і становила (33,9 ± 3,5) % та (46,4 ± 3,9) %, відповідно. З однієї сторони, це може свідчити про виснаження рецепторного апарату клітин, а з іншої – рецептори або рецепторні комплекси можуть більш активно відщеплюватися від моноцитів, сприяючи підвищенню як рівнів розчинних молекул, так і створенню агрегатів з тромбоцитами. Не можна виключити і блокаду PSGL-1 залежних механізмів на певних стадіях ХХН. Виявлені порушення можуть бути наслідком змін метаболізму лейкоцитів і асоціюються з підвищенням кількості десквамованих ендотеліальних клітин та з процесами запалення в нирках.

Висновки. Порушення балансу між молекулами адгезії та їх рецепторами може відігравати визначальну роль в розвитку судинних ускладнень при ХХН.

ДИСЛІПІДЕМІЯ, НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА ПАЛІННЯ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ ПІДВИЩЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ

Гапонова О.Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) вражає осіб молодого та середнього віку (15-40 років), що значно знижує їх працездатність і якість життя. Одним з факторів ризику розвитку НЦД є порушення ліпідного обміну – дисліпопротеїдемія (ДЛП).

Мета роботи: виявити взаємозв'язки між показниками ліпідного обміну, палінням, наявністю надлишкової маси тіла (МТ) та показниками добового профілю артеріального тиску (АТ) при НЦД за гіпертензивним типом.

Матеріали і методи: обстежено 67 хворих на НЦД за гіпертензивним типом. У хворих визначали антропометричні показники (зріст, маса тіла, об'єм талії (ОТ)) та індекс маси тіла (ІМТ). В сироватці крові визначали концентрацію загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) і холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), розрахунковим методом визначали вміст холестерину (ХС) у складі ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ).

Результати: палили 27 (40,3 %) обстежених. Надлишкова МТ зареєстрована у 44 (65,7 %) хворих. В групі обстежених хворих з НЦД за гіпертензивним типом та ДЛП рівні ЗХС ((5,59 ± 0,14) ммоль/л) та ХС ЛПНЩ ((3,87 ± 0,15) ммоль/л) позитивно корелювали із середнім добовим діастолічним АТ (ДАТ сер (доб) ((83,5 ± 1,7) мм рт. ст.) ($\rho = 0{,}409$ та $\rho = 0{,}404$, відповідно; $p < 0{,}05$). Кореляційний зв'язок між рівнями ЗХС, ХС ЛПНП та величиною середнього денного діастолічного АТ (Дат сер (ден)) ((85,6 ± 1,6) мм рт. ст.) складав ($\rho = 0{,}419$ та $\rho = 0{,}423$, відповідно; $p < 0{,}05$). У підгрупі з фактом паління ($n = 27(40{,}3\ \%)$) порівняно з тими, що не палять, спостерігалось вірогідне зниження сироваткового вмісту ХС ЛПВЩ на 10,5 % ((1,02 ± 0,14) ммоль/л проти (1,14 ± 0,07) ммоль/л; $p < 0{,}05$), а також підвищення концентрації ТГ на 25,2 % ((1,59 ± 0,57) ммоль/л проти (1,27 ± 0,32) ммоль/л; $p < 0{,}05$). Рівень ХС ЛПВП мав зворотну залежність від щоденної кількості цигарок та стажу паління. Гіпертензивні реакції протягом доби в групі паління залежали від щоденної кількості цигарок, зі збільшенням якої систолічний АТ (САТ) і частота серцевих скорочень підвищувались. ДАТ сер (доб) ($\rho = 0{,}489$; $p < 0{,}05$) та ДАТсер(ден) позитивно корелювали з ОТ ($\rho = 0{,}474$; $p < 0{,}05$), САТ сер (доб) та САТ сер (ден) – з ІМТ ($\rho = 0{,}583$; $p < 0{,}05$) ($\rho = 0{,}599$; $p < 0{,}05$), відповідно.

Висновки: у хворих на НЦД за гіпертензивним типом дисліпідемія на тлі надлишкової маси тіла сприяє підвищенню ДАТ протягом доби. На добові коливання САТ впливають частота серцевих скорочень і добова кількість цигарок.

НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ СИНТАЗЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Гаргин В.В.[1,2], Назарян Р.С.[2], Огурцов А.С.[2]

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

[2]Харьковский национальный медицинский университет

Одним из патогенетических звеньев формирования воспаления при использовании несъемной ортодонтической техники (НОТ) видится нарушение микроциркуляции, в регуляции которой важное место отводится оксиду азота. В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение обмена эндотелиальной синтазы оксида при применении НОТ.

Исследование проведено на кролях-самцах голландской породы в возрасте 9 месяцев, которым ставились брекет-системы с открывающей пружиной. Животные выводились из эксперимента на 2-е, 4-е, 6-е сутки в соответствии с международными биоэтическими стандартами проведения исследований. Ткани пародонта изучали гистологически, проводили иммуногистохимическое исследование постановкой непрямой иммунопероксидазной реакции с моноклональными антителами к эндотелиальной фракции NO-синтазы (eNOs).

Проведя анализ препаратов животных выведенных из эксперимента в разные сроки можно констатировать, что применение НОТ приводит к существенным изменениям МЦР тканей пародонта, которые усугубляются по мере увеличения срока постановки НОТ. Изучение микроангиоархитектоники выявляет изменение хода сосудов, нарастание их извилистости, деформацию контуров, повышение проницаемости стенок, а также уменьшение их на единицу площади с формированием малососудистых зон и нарушением равновесия между путями оттока и притока крови, а также изменения количества и типа организации сосудов. Если в контрольной группе распределение eNOs наблюдалось в стенке сосудов, периваскулярном пространстве и имело линейное распределение, то применение НОТ ведет к диффузному распределению eNOs с отсутствием прокрашенных линейных структур. Проведение цитоморфометрии указывает на достоверное снижение накопления eNOs в тканях пародонта, что свидетельствует о снижении активности конституциональной синтазы оксида азота.

Таким образом, сопоставляя результаты наших исследований с клиническими последствиями применения НОТ, можно утверждать, что применение НОТ ведет к существенным изменениям МЦР пародонта, что может лежать в основе развития дистрофически-воспалительных заболеваний пародонта, одним из звеньев которых является нарушение обмена эндотелиальной синтазы оксида.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛАНГІТІ

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

ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України", м. Дніпропетровськ

Гострий холангіт – тяжке ускладнення жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) з високим рівнем летальності (2,7-10 %). Тріада Шарко (лихоманка та/або озноб, жовтяниця, абдомінальний біль в правому верхньому квадранті, епігастрії) вказують на розвиток холангіту (рівень С). Тріада Шарко демонструє дуже високу специфічність. Проте завдяки низькій чутливості вона не може бути застосована для використання в якості критеріїв діагнозу (рівень В).

Мета. Визначення світового досвіду з питання оцінки ефективності та необхідного обсягу лабораторних тестів при гострому холангіті.

Матеріали і методи. Інформаційний пошук джерел (результатів клінічних досліджень, систематичних оглядів, мета-аналізів, клінічних настанов) стосовно лабораторної діагностики гострого холангіту проводився в базі Cochrane library, MedLine та деяких інших до лютого 2013 р. При формуванні стратегії пошуку комбінували ключові слова: gallstone disease, laboratory test, cholangitis. Автори огляду незалежно один від одного отримували дані, переглядали назву і резюме кожної з виявлених статей відповідно до заздалегідь визначених критеріїв включення та вносили їх в узагальнену структуровану форму. Оцінювали якість досліджень згідно критеріїв SIGN 50.

Результати. Для постановки діагнозу гострого холангіту лабораторні методи мають найважливіше значення. Згідно Токійським настановам 2013 р. (TG13), в основі яких є систематичні огляди та консенсус експертів, на користь діагнозу гострого холангіту свідчить рівень загального білірубіну ≥ 2 мг/дл; докази запалення: абнормальний рівень лейкоцитів ($x10^9$/л) <4 або > 10 та С-реактивний білок > 1 мг/л; погіршення функції печінки: збільшення лужної фосфатази, гамаглутамінамінотрансферази, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази в 1,5 рази від верхньої межи норми (ступінь доказовості I, ступень рекомендацій А). В якості критеріїв важкості перебігу хвороби рекомендовано оцінювати кількість лейкоцитів, рівень сечовини крові, креатиніну, міжнародного протромбінового часу, альбуміну і газовий склад артеріальної крові. Дослідження гемокультури доцільне для підбору антибактеріального лікування.

Таким чином, згідно TG13 лабораторні дослідження вказують на наявність запалення та жовчної обструкції, що є істотним в постановці діагнозу гострого холангіту та використовуються в якості критеріїв тяжкості перебігу хвороби. Також ці критерії доступні, щоб використовувати на кишеньковому комп'ютерному обладнанні, що в подальшому поліпшить здатність швидко діагностувати ситуацію.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОЗОН-ИНДУЦИРОВАННОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПЛАЗМЫ КРОВИ МЕТОДОМ ЛЮМИНОЛ-ЗАВИСИМОЙ ЛЮМИНЕСЦЕНЦИИ

Говор И.В., Топчий И.И., Зинченко В.Д., Кириенко А.Н., Кондаков И.И., Щенявская Е.Н.

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

Исследование параметров свободно-радикального окисления и реакций антиоксидантной системы позволяет оценить состояние организма, уровень его защитных сил и степень тяжести заболевания для прогнозирования исхода заболевания. В настоящее время для оценки состояния антиоксидантной системы организма человека наряду с определением содержания отдельных антиоксидантов в плазме и клетках крови используют показатель, обозначаемый как антиоксидантная активность (АОА) плазмы крови. АОА плазмы (сыворотки) крови – это интегральный показатель, отражающий ее способность противодействовать развитию свободнорадикальных реакций. Основными компонентами для определения АОА плазмы крови являются: источник генерации радикалов и субстрат, который подвергается свободнорадикальному окислению.

В качестве модельной системы использовался водный раствор озона (источник свободных радикалов) с люминолом (окисляемый субстрат). В кювету хемилюминометра вносили раствор люминола ($C = 10^{-5}$ М) и физиологический раствор. Далее в кювету вводили порцию озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 6 мг/л и регистрировали вспышку хемилюминесценции (ХЛ). Концентрация люминола была выбрана такой, чтобы люминол был в избытке по отношению к вводимому озону. Добавление в модельную систему плазмы крови, содержащей различные водо- и жирорастворимые антиоксиданты, препятствует окислению люминола, что проявляется в уменьшении количества квантов света хемилюминесценции.

Сравнивая светосумму кривой ХЛ модельной системы ($S_{модельная}$) и пробы ($S_{пробы}$), можно оценить состояние антиоксидантной системы пациента:

$$АОА = \left(1 - \frac{S_{пробы}}{S_{модельная}}\right) \text{x} 100\ \%$$

По данной методике были проведены исследования плазмы крови здоровых доноров и пациентов с различными видами патологии. Для здоровых доноров АОА в среднем составляет 80 %. Для больных показатель АОА, находиться на уровне 60-75 % и зависит от патологии пациента, степени тяжести заболевания и применяемых препаратов в процессе лечения.

Таким образом, способ определения АОА с помощью озон-индуцированого окислительного стресса плазмы крови методом люминол-зависимой ХЛ, может применяться для оценки антиоксидантной системы пациентов при различных заболеваниях, а так же для контроля АОА в процессе лечения.

ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА ПОКАЗНИКИ МОЛЕКУЛ АДГЕЗІЇ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІЮ 1-ГО ТИПУ (SVCAM-1), ЯКІ ФОРМУЮТЬ ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

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

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Хронічний панкреатит (ХП) та ішемічна хвороба серця (ІХС) за хронічної серцевої недостатності (ХСН) відносяться до захворювань, які повсюди в світі (і в Україні також), невпинно зростають. Головною причиною прогресування коморбідності захворювань та смерті є рецидивування або загострення ХП і декомпенсація ХСН, у тому числі завдяки прогресуванню порушень функціонального стану ендотелію.

Метою дослідження стало вивчення показників адгезивної дисфункції ендотелію в хворих на ХП із супутньою ІХС за ХСН у динаміці лікування із застосуванням у курсовому лікуванні L-аргініну.

Матеріали та методи: обстежено 20 хворих на ХП із ІХС за ХСН, яким призначалося лікування за протоколом, і 21 хворий, де додатково призначався L-аргінін - препарат «Тівортін» «Юрія-фарм» (в ін'єкційній та питній лікарській формі), що містить L-аргініну гідрохлорид у вигляді 4,2 % розчину парентерально по 100мл 1 раз на добу (6-10 днів залежно функціонального класу хронічної серцевої недостатності) із подальшим переходом на застосування питного препарату (L-аргініну аспартат) по 5 мл 2 рази на добу за 40 хвилин до прийому їжі впродовж 4 тижнів). Вік хворих коливався від 56-70 років із давністю ХП 5-10 років. Групи хворих були репрезентативні за віком та статтю. Діагноз встановлювався згідно з протоколами, затвердженими МОЗ України. Разом із клінічним спостереженням вивчали показники вмісту в крові молекули адгезії судинного ендотелію 1-го типу sVCAM-1.

Аналіз результатів показав, що наявність ХСН у хворих на ХП сприяла зростанню показника sVCAM–1 в середньому до (1220,83 ± 271,46) нг/мл (у групі практично здорових він становив (368,3 ± 20,21) нг/мл). У динаміці лікування із застосуванням L-аргініну за запропонованою методикою встановлено значне достовірне зменшення вмісту sVCAM-1

Висновки. Таким чином, у хворих з поєднаним перебігом панкреатокардіальної патології за синдрому хронічної серцевої недостатності спостерігається виражена адгезивна дисфункція ендотелію. Використання L-аргініну («Тівортіну») як донатора оксиду азоту сприяє покращанню ендотеліальної функції, попереджуючи кардіоваскулярні події тромбогенного походження у таких хворих, про що засвідчують показники молекули адгезії судинного ендотелію 1-го типу (sVCAM-1).

ВПЛИВ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА НА ОРТОСТАТИЧНУ ТОЛЕРАНТНІСТЬ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Гончаренко Л.І., Овдій М.О.

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

Актуальність. Вегетативна нервова система відіграє важливу роль в підтриманні гомеостазу організму та являється ключовою ланкою регуляції енергетичного балансу та накопичення жирової тканини. Тому, особи з надмірною вагою схильні до дисбалансу даної системи. Ортостатична проба є одним з інформативних методів визначення тонусу вегетативної нервової системи (ВНС) за рахунок реакції серцево-судинної системи на зміну положення тіла в просторі, що не потребує додаткового обладнання та значних витрат часу. Дані про реакцію на зміну положення тіла у осіб з надлишковою масою тіла (НМТ) в літературі представлені недостатньо.

Метою нашого дослідження було дослідити вегетативні порушення у осіб з НМТ шляхом застосування ортостатичної проби.

Матеріали та методи. Активна ортостатична проба проведена 65 практично здоровим чоловікам молодого віку, в тому числі 24 з них мали нормальний індекс маси тіла (ІМТ) < 25/м^2, а 47 – надлишкову масу тіла (НМТ) – ІМТ > 25 кг/м^2.

Результати дослідження. Виявлено, що врівноважений тонус ВНС спостерігався у 50 % осіб з нормальним ІМТ і лише у 39 % осіб з НМТ. Серед осіб з НМТ при переміні положення тіла на 4 % частіше виявлялося переважання тонусу парасимпатичної нервової системи і на 7 % тонусу симпатичної. Частота серцевих скорочень, яка в горизонтальному положенні в обох групах відрізнялась несуттєво, у вертикальному положенні була значно більшою у осіб з НМТ ($p < 0,05$). Систолічний і діастолічний артеріальний тиск в ортостазі при НМТ в середньому суттєво перевищував дані у осіб з нормальною масою тіла ($p < 0,05$), однак у 15 % з них спостерігалося падіння систолічного артеріального тиску у вертикальному положенні.

Висновки. Таким чином, перехід з горизонтального у вертикальне положення зазвичай є незначним навантаженням для організму, але для осіб з НМТ ортостаз сприймається, як стресова ситуація. Виявлення дисбалансу ВНС у цих осіб і його ліквідація може зіграти ключову роль для нормалізації у них енергетичного балансу і зниження маси тіла.

СООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ЖИРОВОЙ И МЫШЕЧНОЙ МАССОЙ У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

Гончарова О.А., Парцхаладзе В.И., *Ильина И.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины,

**ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков*

В ряде научных публикаций последнего 10-летия появились данные о том, что больные сахарным диабетом (СД) 2 типа с нормальной массой тела (нормМТ) имеет более неблагоприятный прогноз для жизни, чем при наличии избыточной массы тела (ИзбМТ) и ожирения (Ож). На сегодняшний день причина этого феномена окончательно не установлена, но не исключено, что у лиц с нормМТ может нарушаться соотношение между процентным содержанием жировой и мышечной массы.

Цель. Установить влияние уровня массы тела на соотношение между жировой и мышечной тканью.

Материалы и методы. У 25-ти женщин с нормМТ, сотрудниц одного учреждения, исследовано процентное содержание жировой и мышечной ткани, а также их соотношение. Группы сравнения составили 15 женщин с изб МТ и 15 женщин с Ож. Исследование проведено с помощью диагностических весов фирмы Бойрер, Германия.

Результаты. В группе с нормМТ процентное содержание жировой ткани (ЖТ) в пределах нормы («хорошо» и «очень хорошо») определялось у четырех женщин (16,0 %), удовлетворительный уровень – у семи (28 %); у остальных 13-ти женщин процент жира был выше возрастных норм (52,0 %) т. е. более чем у половины женщин с нормМТ определялось повышенное процентное содержание ЖТ, которое у девяти из них сочеталось с нормальным размером окружности талии (> 80 см). Процентное содержание мышечной ткани (МТ) было снижено у двух женщин, у остальных оно было в пределах нормы. В группах сравнения – у женщин с ИзбМт и с Ож процентное содержание ЖТ было повышенным во всех случаях. Процентное содержание МТ относительно возрастных норм в группе с изб МТ было сниженным в трех случаях, а при Ож – в 12 случаях. Соотношение ЖТ/МТ в группе с норм МТ ($0,89 \pm 0,03$) было достоверно ниже, чем при ИзбМТ (($1,18 \pm 0,05$), $P < 0,001$) и чем при Ож (($1,39 \pm 0,02$), $P < 0,001$). В то же время в группе женщин с Ож этот показатель был достоверно ($P < 0,001$) выше, чем при ИзбМТ.

Выводы. 1. У женщин с нормальной массой тела в 52,0 % случаев обнаруживается повышенное процентное содержание жировой ткани. 2. Более чем у половины женщин с нормальной массой тела и повышенным процентным содержанием жировой ткани, имеют место нормальные размеры окружности талии, что свидетельствует о необходимости коррекции диагностических нормативов окружности талии для лиц с нормальной массой тела.

ИНТЕРЛЕЙКИНЫ 33 И 1β, РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ

Гончарь А.В., Ковалёва О.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Изучить взаимосвязь между уровнями интерлейкина 33 (ИЛ-33) и 1β (ИЛ-1β) крови, ремоделированием и диастолической функцией левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертонической болезнью (ГБ) с ожирением.

Материалы и методы. 80 больным ГБ, в том числе 51 с ожирением, проведена эхокардиография с определением параметров трансмитрального кровотока и движения фиброзного кольца митрального клапана в режиме тканевого допплера. Рассчитывались отношения Е/А, Е/Е' и ДЗЛА по S.Nagueh. Концентрация ИЛ-33 и ИЛ-1β определялась иммуноферментным методом. Статистический анализ проводился с использованием критериев Манна-Уитни, Пирсона, кластерного анализа методом К-средних.

Результаты. Уровни ИЛ-33 и ИЛ-1β были выше в группах больных ГБ ($p < 0,001$) независимо от индекса массы тела. Повышение концентрации ИЛ-33 > 73 пг/мл и ИЛ-1β > 25 пг/мл было связано с наивысшими значениями индекса массы миокарда (ИММ ЛЖ) (160,5 (142,8; 185,8) г/м^2, $p < 0,05$), наибольшей частотой ГЛЖ (100,0 %, 90,0 % концентрической ГЛЖ), умеренным снижением пика Е' (9,95 (8,32; 10,60) см/с), относительно низким ДЗЛА (9,23 (8,83; 13,03) мм рт.ст.) and 70,0 % частотой диастолической дисфункции (ДД ЛЖ) (60,0 % – тип I). Повышение ИЛ-1β > 20 пг/мл при ИЛ-33 < 71 пг/мл характеризовалось невысоким ИММ ЛЖ (116,9 (104,4; 163,1) г/м^2), 55,0 % частотой ГЛЖ (плюс 30,0 % – концентрического ремоделирования), наименьшим Е' (7,68 (6,50; 9,67) см/с, $p < 0,01$), наивысшим ДЗЛС (12,26 (10,72; 13,12) мм рт. ст., $p < 0,05$) и наибольшей частотой ДД (85,0 %, 70,0 % – тип I). Повышение ИЛ-33>71 пг/мл при ИЛ-1β < 25 пг/мл характеризовалось ИММ 121,4 (111,7; 140,5) г/м^2, 66,7 % уровнем ГЛЖ (равная доля концентрической и эксцентрической), наивысшим Е' (11,04 (9,49; 12,00) см/с), наинизшим ДЗЛА (9,07 (7,04; 11,51) мм рт.ст.) и низкой частотой ДД ЛЖ (66,7 %, 50,0 % – тип I). Отсутствие повышения уровня ИЛ-33 (< 71 пг/мл) и ИЛ-1β (< 20 пг/мл) имело «промежуточные» характеристики: ИММ ЛЖ 137,4 (121,3; 157,8) г/м^2, 78,9 % уровень (50,0 % концентрическая), Е' 9,95 (8,30; 12,20) см/с, ДЗЛА 11,20 (9,55; 12,33) мм рт. ст. и частотой ДД ЛЖ 71,1 %.

Выводы. Уровни ИЛ-33 и ИЛ-1β сыворотки у больных ГБ были повышены независимо от ИМТ. Повышение обоих цитокинов ассоциировалось с высокой частотой ГЛЖ и ДД, преимущественное повышение ИЛ-1β – с наихудшим состоянием диастолической функции, несмотря на низкую частоту гипертрофии. Преимущественное повышение ИЛ-33 имело наиболее благоприятное влияние на выраженность гипертрофии и диастолическое наполнение ЛЖ.

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОЙ И ЛОКАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ, ЛЕЧЕНЫХ L-АРГИНИНОМ

Гончарь Е.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Изучение изменений системной и локальной гемодинамики у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, леченых L-аргинином.

Материалы и методы. Проведено обследование 35 больных с первичной открытоугольной глаукомой до и после лечения L-аргинином.

Обследование пациентов включало определение систолического и диастолического артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС). Эндотелийзависимую вазодилятацию (ЭЗВД) определяли путем проведения теста с реактивной гиперемией (тест Целермаера – Соренсена). Состояние локальной гемодинамики в глазу оценивали с помощью компьютерной реоофтальмографии, выполненой на аппарате ReoCom.

L-аргинин применяли в составе комплексного лечения по разработанной нами схеме (Патент Украины UA 52177 U).

Результаты. Проведенные исследования показали, что в целом по группе пациентов существенных изменений в средних показателях систолического артериального давления и частоты сердечных сокращений до и после лечения не отмечено.

Диастолическое артериальное давление после лечения L-аргинином немного снизилось (в среднем на 2,1 мм.рт.ст.), однако различия были статистически недостоверны ($p > 0,05$).

Под влиянием проводимого лечения средние показатели эндотелийзависимой вазодилятации достоверно увеличились (с $(5,64 \pm 0,41)$ % до $(8,15 \pm 0,44)$ %; $p < 0,05$), что свидетельствовало об улучшении функции эндотелия сосудов.

При проведении компьютерной реоофтальмографии в глазах пациентов с первичной открытоугольной глаукомой после лечения L-аргинином отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение минутного объема кровотока и пульсового объема кровотока.

Выводы. Таким образом, применение L-аргинина в составе комплексного лечения пациентов с первичной открытоугольной глаукомой позволяет улучшить функцию эндотелия сосудов и состояние локальной гемодинамики в глазу. Достоверных изменений системной гемодинамики после лечения L-аргинином больных с первичной открытоугольной глаукомой не отмечено.

ЗВ'ЯЗОК ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-α ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ

Гопцій О.В., Зелена І.І., Степанова О.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета. Вивчення активності ФНП-α залежно від наявності інсулінорезистентності (ІР) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з ожирінням.

Матеріали і методи. Обстежено 123 хворих на АГ, середній вік (53,87 ± 0,92) років. Рівень ФНП-α та інсуліну визначали імуноферментним методом з подальшим обчисленням індексу інсулінорезистентності (індекс HOMA) за формулою: індекс HOMA = глюкоза крові натще (ммоль/л) × інсулін крові натще (МОД) / 22,5. Усі хворі були розділені на дві групи: до складу 1-ої групи увійшли 80 осіб без ІР (індекс HOMA < 2,77 ум. од.), в 2-гу групу увійшли 43 особи з наявністю ІР (індекс HOMA > 2,77 ум. од.).

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що рівень артеріального тиску (АТ) у хворих з ІР (САТ – (182,44 ± 2,50) мм рт. ст. і ДАТ – (104,21 ± 1,17) мм рт. ст.), ІМТ ((36,51 ± 0,74) кг/м^2), вміст ФНП-α ((10,38 ± 0,66) пг/мл), індекс HOMA ((7,22 ± 0,68) ум. од.) достовірно перевищував аналогічні показники у групі хворих без ІР (САТ – (167,75 ± 1,66) мм рт. ст. і ДАТ (100,01 ± 0,87) мм рт. ст.), ІМТ ((29,97 ± 0,56) кг/м^2), ФНП-α ((5,95 ± 0,29) пг/мл), індекс HOMA ((1,47 ± 0,06) ум. од.), $p < 0,05$.

При вивченні взаємозв'язків встановлено позитивну кореляцію в групі без ІР між вмістом ФНП-α та рівнем інсуліну ($R = 0,29$; $p = 0,008$) та індексом HOMA ($R = 0,28$; $p = 0,009$), в групі з ІР цей зв'язок був більш щільним: між ФНП-α та рівнем інсуліну ($R = 0,42$; $p = 0,004$) та індексом HOMA ($R = 0,41$; $p = 0,005$).

Висновок. У хворих на АГ з наявністю ІР встановлено більш виражене підвищення артеріального тиску, рівня ФНП-α та більш щільний кореляційний зв'язок між рівнем ФНП- α та індексом HOMA у порівнянні з пацієнтами без ІР.

МОНІТОРИНГ НАУКОВИХ МЕДИЧНИХ ФОРУМІВ ЗА НАПРЯМОМ «ПУЛЬМОНОЛОГІЯ ТА ФТИЗІАТРІЯ» У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ПРОТЯГОМ 2008-2012 РР.

Горбань А.Є., Закрутько Л.І., Новгородська Л.М., Бородай С.М.

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України (Укрмедпатентінформ), м. Київ, Україна

Моніторинг щорічних Реєстрів з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій; матеріалів наукових форумів за напрямом «Пульмонологія та фтизіатрія» в сфері охорони здоров'я України ретроспективою за 5 років показав, що за 2008-2012 роки було організовано та проведено 21 науковий медичний форум 1 з'їзд, 3 конгреси, 1 симпозіум, 16 науково-практичних конференцій за участю вітчизняних фахівців та спеціалістів країн зарубіжжя.

Метою проведення науково-медичних форумів є висвітлення актуальних науково-практичних питань та досягнень з різних напрямів фтизіатрії та пульмонології (профілактика, діагностика і лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, діагностика та лікування мультирезистентного туберкульозу, антимікробна хіміотерапія, хірургічне лікування туберкульозу та супутніх захворювань легень, вірусні і бактеріальні інфекції при захворюваннях легень та інші). Щорічна загальна кількість проведених наукових медичних форумів збільшилася, як і загальна кількість країн та учасників (іноземних і вітчизняних).

Проведення медичних форумів сприяє підвищенню рівня обізнаності лікарів з актуальних питань протидії та контролю туберкульозу, сучасних методів діагностики, лікування, профілактики туберкульозу та захворювань легень. Саме ці проблеми, які обговорювалися учасниками форумів, віддзеркалюють актуальні проблеми медичної науки та практичної охорони здоров'я країни.

Разом з тим, заслуговує на увагу той факт, що у резолюціях, які приймалися на зазначених форумах, у більшості випадків не висвітлювалися такі питання, як: аналіз реалізації пропозицій попереднього форуму, визначення виконавців: науковців, наукових шкіл та наукових установ, відповідальних за їх вирішення, термінів виконання, очікувані результати від реалізації запропонованих заходів, їх ефективність. Усе це унеможливлює здійснення контролю за ефективністю реалізації заходів, запропонованих попереднім аналогічним науковим форумом, та свідчить про необхідність підвищення вимог до планування та результативності проведення наукових форумів.

ЕФЕКТ КОРЕКЦІЇ ГІПОВІТАМІНОЗУ «Д» НА ПОКАЗНИКИ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Гордіна М.А.

Сумський державний університет, Україна

Мета дослідження: оцінити вплив корекції гіповітамінозу Д на показники інсулінорезистентності (ІР) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та при її поєднанні з метаболічним синдромом (МС).

Матеріали та методи. Обстежено 135 хворих ІХС, стабільну стенокардію напруги ІІ-ІІІ ФК (середній вік – (64,7 ± 0,97) років). Хворі були розподілені на дві групи: І – з ізольованим перебігом ІХС (70 хворих) та ІІ – ІХС у поєднанні з МС (65 хворих). Вміст вітаміну Д (25(ОН)Д) та базальний інсулін визначали методом імуноферментного аналізу. ІР оцінювали за допомогою індексу HOMA-IR, чутливість до інсуліну розраховували за QUCKI індексом. Після оцінки базової концентрації вітаміну Д 30 хворим на ізольовану ІХС та 33 пацієнтам із ІХС та МС у доповнення до базисної терапії додавали холекальциферол 2000 МО на день упродовж 6 місяців перорально.

Результати дослідження. Середня концентрація 25(ОН)Д у пацієнтів ІІ групи була на рівні меж дефіциту ((43,8 ± 1,82) нмоль/л), І групи – діапазону недостатності ((60,1 ± 2,17) нмоль/л). Пацієнти з МС мали достовірно вищий HOMA-IR та нижчий індекс QUCKI ((3,5 ± 0,18) проти (6,8 ± 0,27) та (0,29 ± 0,001) проти (0,32 ± 0,004), $p < 0,001$). У хворих І та ІІ груп встановлено достовірний зворотній кореляційний зв'язок між вмістом 25(ОН)Д та HOMA-IR ($r^1 = -0,72$, $r^2 = -0,75$; $p^{1,2} < 0,001$) та достовірний прямий з QUCKI ($r^1 = 0,64$, $r^2 = 0,78$; $p^{1,2} < 0,001$). Через 6 місяців від початку лікування рівень 25(ОН)Д збільшився в обох підгрупах пацієнтів, що отримували холекальциферол ($p < 0,001$) ((83,9 ± 3,88) нмоль/л проти (44,7 ± 2,72) нмоль/л у хворих із МС та (103,5 ± 3,07) нмоль/л проти (57,7 ± 2,89) нмоль/л у хворих на ізольовану ІХС), причому у 95,6 % хворих без МС та у 72,4 % пацієнтів з МС вдалося досягнути нормального рівня 25(ОН)Д.

У всіх пацієнтів з ІХС, незалежно від наявності МС, рівень HOMA-IR знизився в підгрупах пацієнтів, що отримували холекальциферол ((2,3 ± 0,18) проти (3,5 ± 0,27), $p < 0,001$ у хворих І групи та (4,2 ± 0,21) проти (6,7 ± 0,38), $p < 0,001$ у хворих ІІ групи). QUCKI збільшився в обох підгрупах хворих, що отримували холекальциферол ((0,34 ± 0,005) проти (0,32 ± 0,005), $p < 0,01$ у хворих І групи та (0,31 ± 0,002) проти (0,29 ± 0,002), $p < 0,001$ у хворих ІІ групи). У підгрупах пацієнтів, що отримували лише базисне лікування ІХС, індекси HOMA-IR та QUCKI достовірно не змінились.

Висновки: Дефіцит вітаміну Д мали 91,9 % хворих на ІХС (з них 100 % пацієнтів із МС). Корекція гіповітамінозу Д впродовж 6 місяців має позитивний ефект на зниження ІР у пацієнтів на ІХС.

О КАЧЕСТВЕ ИНФОРМАЦИИ НА МЕДИЦИНСКИХ САЙТАХ

Гридасова Л.Н., Кулешова Е.М., Бенько Е.Г., Беседина А.С., Герасименко Ж.М.

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

Сегодня интернет занял прочное место в ряду средств массовой информации и коммуникации. По совокупной посещаемости медицинские сайты интернета занимают второе место после порнографических сайтов.

Интернет, с одной стороны, помогает пропагандировать доказательную медицину, способствуя обучению врачей и просвещению пациентов, с другой – создает информационный хаос и перегрузку, способствуя распространению недостоверной медицинской информации. Через электронные версии медицинских и популярных журналов, сайты “по интересам”, различного рода дискуссии и форумы врачи и пациенты получают почти неограниченный доступ к медицинской информации и возможность обмена мнениями. Качество медицинской информации в интернете варьирует от самых современных и научно обоснованных практических рекомендаций, разработанных ведущими группами и ассоциациями экспертов в различных отраслях медицины, до сведений абсолютно неверных, устаревших и даже опасных. Распространение такой информации и ее источники не контролируются, а интерпретация полученной информации зависит от множества факторов. Значительная часть информации носит явный или скрытый рекламный характер, и прямо или косвенно дезинформируют потребителя (врача, пациента), преследуя коммерческие цели.

В связи с этим качество и достоверность материалов, представленных на медицинских сайтах, должны соответствовать самым высоким критериям, перечень которых был составлен на основе критериев оценки качества Darmoni's NetScoring (http://www.chu-rouen.fr/dsii/publi/netscoring.html), MedMatrix http://www.medmatrix.org/) и Mitretek (http://www.mitretek.org). Для привлечения широкой аудитории важно не только качество "контента", но и качественный дизайн, обеспечивающий удобство навигации. Также должен существовать ряд критериев оценки качества медицинских ресурсов Интернета, в соответствии с которыми врачи и пациенты могли бы выбирать источники достоверной информации из множества существующих в Сети.

Помимо этого, высказано предложение о необходимости следования определенным этическим и деонтологическим принципам. Инициатором их создания выступила швейцарская организация Health on Net (http://www.hon.ch). Эти принципы переведены на 14 языков, включая русский, они носят рекомендательный характер.

Таким образом, только соблюдение определенных правил и критериев поможет пользователям Интернета внимательнее относиться к содержанию медицинских ресурсов сети и помнить о принципе "Не навреди!"

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У РАБОТНИКОВ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Гриненко Т.Ю., Алтухов А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

К сожалению, несмотря на прогрессивное развитие технологий, участие человека в технологических процессах в промышленном производстве занимает значительную часть, а вредные факторы на производстве оказывают существенное пагубное влияние на организм рабочего.

Целью исследования стала оценка временных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у лиц, работающих под влиянием неблагоприятных факторов труда. Было проведено обследование 108 работников крупного промышленного предприятия обеих полов. Обследуемые были разделены на 2 группы: в первую группу включены 56 человек, (средний возраст 52 года), подвергающихся в процессе своей трудовой деятельности воздействию шумо-вибрационного фактора, уровни которого превышали предельно допустимые, длительностью более 5 лет. Во вторую группу было включено 52 обследуемых (средний возраст 51 год), работающих в условиях без воздействия вредного фактора. Обе группы были равномерно распределены по полу. Исследование ВСР проводилось с помощью системы суточного мониторинга электрокардиограммы Cardiosens CS (Харьков, Украина) с анализом показателей ВСР: SDNN – стандартное отклонение NN интервалов для оценки общей ВСР, SDANN – стандартное отклонение средних NN, вычисленных за короткие промежутки времени для оценки низкочастотных компонент вариабельности, NN50 – количество случаев, в которых разница между длительностью последовательных NN, превышает 50 мсек., pNN50 – пропорция интервалов между смежными NN, превосходящих 50 мсек., к общему количеству NN интервалов в записи. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения «STATISTICA 6.1 StatSoft ».

В результате исследования было выявлено, что в 1 группе среднее значение SDNN и SDANN было достоверно ниже, чем у обследованных во 2 группе, на -18,7 % и -18,4 % ($p < 0,01$), соответственно. Показатели NN_{50} и pNN_{50} в 1 группе также имели более низкие значения при сравнении с показателями 2 группы на -40,5 % и -46,2 % ($p < 0,01$), соответственно.

Выводы. Достоверное снижение временных показателей ВСР у работников, которые длительно подвергаются воздействию шумо-вибрационного фактора, свидетельствует о нарушении регуляции вегетативной иннервации сердца и снижении адаптационных возможностей организма, что, в свою очередь, увеличивает в дальнейшем риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому для ранней доклинической диагностики кардиоваскулярной патологии у работников крупных промышленных производств целесообразно исследовать показатели суточной вариабельности сердечного ритма.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ДИСПЕРСІЙНОГО КАРТУВАННЯ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ НАВАНТАЖУВАЛЬНИХ ТЕСТІВ ОСОБАМ ПРИЗИВНОГО ВІКУ

Гріненко Т.Ю., Салівон-Гончаренко А.А., Майстрович Я.Ю.

Запорізький державний медичний університет,

Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка», Україна

Сьогодні захворювання серцево-судинної системи є найбільш частою причиною смертності в усьому світі в цілому. Більшість кардіоваскулярних захворювань розпізнаються лише при появі характерних клінічних симптомів, тому оптимізація ранньої діагностики порушень електрофізіологічних властивостей міокарду і прогнозування розвитку порушень серцевого ритму є пріоритетним напрямком досліджень у сучасній медицині.

Метою нашого дослідження стала оцінка показників дисперсійного картування (ДК) електрокардіограми (ЕКГ) при проведенні навантажувальних тестів особам призивного віку. Обстежено 40 пацієнтів, які проходили обстеження на базі ННМЦ «Університетська клініка», середній вік яких склав (20,3 ± 1,68) років. Навантажувальна проба здійснювалася за допомогою комп'ютерної системи аналізу ЕКГ та велоергометрії (ВЕМ) CardioLab («ХАІ Медіка», Україна) з оцінкою частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску (АТ) та порушень серцевого ритму за стандартним протоколом дослідження. ДК ЕКГ проводилось на приладі «Кардіовізор -06С» (Росія) з розрахунком індексу міокарду(ІнМ). Дослідження здійснювалися в стані спокою, на 1 та 5 хвилинах відновлювального періоду. Статистична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (Stat Soft Inc, США).

Аналіз отриманих результатів показав, що патологічне значення ІнМ (> 15 %) в спокої мало місце у 20 % пацієнтів. На 1-й хвилині відновлювального періоду чутливість до патології ІнМ підвищилась до 57,5 %, що співпало з результатами ВЕМ – 60 %. Патологічними вважались: позитивна проба у 1 % обстежених, сіноатріальна блокада (1 %), шлуночкова екстрасистолія (6 %), гіпертонічна реакція АТ (12 %), не адекватна реакція ЧСС у вигляді уповільненого відновлення до початкових значень (26 %). На 5 хвилині відновлювального періоду ІнМ залишався патологічним у 50 % пацієнтів, проте виявлені порушення на ВЕМ зареєстровано тільки у 42,5 %. Тобто, за допомогою ДК ЕКГ виявлено на 7,5 % ($p < 0,05$) більше пацієнтів з ймовірною патологією міокарду. При цьому різниця між показниками ІнМ спокою і навантаження склала 37,5 %. Тобто, метод ДК ЕКГ у поєднанні з дозованим фізичним навантаженням виявився більш чутливим у ранній діагностиці патології міокарду ніж стандартна ВЕМ.

Таким чином, використання проби навантаження у поєднанні з методом дисперсійного картування ЕКГ дозволяє підвищити точність ранньої діагностики патології серця, зокрема у молодих пацієнтів чоловічої статі.

ВІКОВІ АСПЕКТИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ТА ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Грунченко М.М., Несен А.О., Чернишов В.А., Тверетінов О.Б., Валентинова І.А., Дмитренко Р.І.

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

Мета: з'ясування вікових особливостей коморбідного взаємозв'язку між зниженням функції нирок у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) і фібриляцію пересердь (ФП).

Матеріали і методи: обстежено 229 пацієнтів високого і дуже високого кардіоваскулярного ризику (КВР) (11 3 чоловіків і 116 жінок), середній вік (57,6 ± 3,7) років), хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II-III стадії 2-3 ступеня. У 149 (65,1 %) пацієнтів спостерігалося поєднання ГХ з хронічною ішемічною хворобою серця (ІХС) у вигляді стабільної стенокардії напруження II-III функціонального класу (ФК). 38 (16,6 %) хворих на ІХС перенесли в анамнезі інфаркт міокарду (ІМ) з давністю постінфарктного кардіосклерозу від 7 до 16 років (в середньому (13,3 ± 2,8) років). 42 (18,3 %) пацієнти за даними анамнезу страждали на цукровий діабет (ЦД) 2 ти**пу.**

Результати. Вік пацієнтів з зазначеними порушеннями при наявності хронічної хвороби нирок (ХХН) був більшим, ніж за її відсутності ((67,8 ± 2,9) років проти (55,1 ± 3,7) років; $p < 0,01$). Пацієнти із ХСН і ХХН частіше мали III ФК ХСН порівняно з хворими на ХСН без ХХН ($p < 0,001$). Серед осіб з ХСН, яка асоціювалася з ХХН, переважали жінки (62,1 % проти 41,3 % без ХХН; $p < 0,02$). Перевага жінок над чоловіками спостерігалася в підгрупі хворих зі швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ (60-89)мл/хв·1,73^{-1}м$^{-2}$ (67,4 %; $p < 0,003$). Виявлено зворотній кореляційний зв'язок між ШКФ і віком хворих ($r = -0,41$; $p < 0,001$), а також ФК ХСН ($r = -0,39$; $p < 0,001$). В основі ХСН у пацієнтів як з ХХН, так і без неї лежить частіше діастолічна дисфункція лівого шлуночку (ЛШ). У хворих з поєднанням ХСН і ХХН частота випадків систолічної дисфункції ЛШ складала 10,7 %, а в групі пацієнтів без ХХН – 5,5 % ($p < 0,02$). ФП виявлено у 34,9 % хворих старше 60 років (середній вік (63,4 ± 3,1) років) з ХХН. Рідше (з частотою 19 %; $p < 0,03$) ФП зустрічалась серед хворих на ХСН з середнім віком (51,9 ± 4,3) роки без ХХН.У осіб старше 60 років частота ФП збільшувалася зі зменшенням ШКФ ($r=-0,33$; $p < 0,03$), як і частота МР ($r = -0,31$; $p < 0,04$). Як мітральна регургітація (МР), так і ФП частіше спостерігалися у хворих з протеїнурією. При наявності протеїнурії ($n = 51$) частота МР складала 56,9 %, а ФП – 50,1 %, тоді як при її відсутності ($n = 178$) – 23 % ($p < 0,01$) і 17,4 % ($p < 0,002$), відповідно.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Гужва Н.Ю., Бортная Т.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель. Определение тактики и критериев диагностики сердечной недостаточности (СН) у больных с инфарктом миокарда (ИМ) в разные периоды постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ).

Материалы и методы. Обследовано 50 больных: 10 – в очень раннем периоде ремоделирования ЛЖ (в первые 24 часа ИМ); 20 – в раннем периоде (на 2-14-й день), 15 – в позднем (3-6 недель) и 5 – в очень позднем периоде (через 1,5-12 месяцев после ИМ). Диагноз устанавливался на основании данных ультразвукового исследования сердца (УЗИ) и рентгенологического исследования органов грудной клетки (ОГК).

Результаты. В очень ранний период ремоделирования ЛЖ в 80 % случаев установлен декомпенсированный тип ремоделирования с проявлениями левожелудочковой недостаточности (ЛЖН) IV степени (альвеолярного отека легких). Основным изменением на рентгенограммах ОГК было появление нечетко очерченных, разной интенсивности очаговых теней в сочетании с выпотом в плевральные полости. На УЗИ данной группы больных преобладали преимущественно конечный диастолический и систолический объемы (КДО, КСО), минутный объем и конечный систолический размер (КСР). Сниженными были ударный объем, фракция выброса (ФВ), сократительная способность миокарда. На рентгенограмме ОГК – кардиомегалия, сглаженность дуг сердца. В раннем периоде дилатация ЛЖ нарастала, а ФВ снижалась до 40 %. У 15 (75 %) больных данной группы по рентгенограмме ОГК была установлена II степень ЛЖН (диффузный венозный застой). У 3 (15 %) человек отмечалась ЛЖН III степени (интерстициальный отек легких). На УЗИ практически в одинаковой степени были увеличены как конечный диастолический объем (КДО) и КСО, так и КСР, КДР. При анализе рентгенологических данных больных в позднем периоде ремоделирования у 13 человек (86 %) была диагностирована ЛЖН I степени. (верхнедолевой венозный застой). У 2 (13 %) человек определялась ЛЖН II степени (диффузный венозный застой). Характер ремоделирования ЛЖ в очень позднем периоде не имел специфической картины.

Вывод. Критериями рентгенологической диагностики СН следует считать кардиомегалию (КТИ > 50 %), а также различной степени застойные изменения в легких. Критериями эхокардиографической диагностики являются дилатация полостей сердца, ФВ < 40 %, гипокинезия стенок. Допплер-эхокардиография позволяет отдифференцировать систолическую и диастолическую дисфункции ЛЖ.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Гужва Н.Ю., Титова Г.Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

Серед актуальних питань в терапії особливе місце належить проблемі ранньої діагностики генетичної причини множинних проявів основного захворювання, що важливо для призначення правильного комплексного лікування, профілактики ускладнень.

Мета дослідження: на клінічному прикладі показати особливості уражень та комплексної терапії при генетичному синдромі дисплазії сполучної тканини у дорослих .

Матеріали та методи. Результати базувалися на підставі даних анамнезу, об'єктивного обстеження, проведення ультразвукового дослідження внутрішніх органів, ехоенцефалографії, реоенцефалографії, ядерно – магнітно-резонансної томографії головного мозку, хребта, колінних суглобів, лабораторних досліджень.

Результати. Обстежена хвора Ю., 1978 р. н., що звернулася за консультацією до терапевта зі скаргами на біль в області серця, серцебиття, відчуття «нестачі» повітря при фізичних навантаженнях, головний біль ,запаморочення, біль в епігастрії, нудоту, біль у попереку.

На підставі отриманих даних був виставлений наступний клінічний діагноз синдром Елерса-Данлоса: вегето-судинна дистонія перманентне протікання зі схильністю до синкопальних станів, ліквorно-гіпертензійним, вестибуло-атактичним і астенічним синдромами. Тораколюмбалгія з порушенням опорно-рухової функції хребта. Двосторонній остеоартроз колінних суглобів, двостороннє плоскостопіє. Диспластична кардіоміопатія: пролапс мітрального клапана I ступеня, пролапс трикуспідального клапана I ступеня, дві додаткові хорди лівого шлуночка. Хронічний холецистит, дискинезія жовчновивідних шляхів за гіпотонічним типом, хронічний гастродуоденит. Нефроптоз I ст. Після проведеної комплексної терапії (аскорбінова кислота, бісопролол, тіотріазолін, гідрокортизон, фамотідін, лінекс, артрон-хондрекс, магнія сульфат) отримано значний позитивний результат лікування.

Висновок. Наше дослідження показало, що виявлення генетичної патології повинно бути раннім, з підбором адекватної комплексної терапії, профілактикою ускладнень, що надасть можливість компенсувати генетичні дефекти та підвищити якість життя таких хворих.

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Гуйда П.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Диагностика ревматических болезней (РБ) до настоящего времени представляет для врачей большие трудности, что во многом обусловлено полиморфизмом и сходностью клинических проявлений многих РБ. Одним из наиболее частых и характерных проявлений РБ является суставной синдром, имеющий большое диагностическое и дифференциально-диагностическое значение.

При ревматизме суставной синдром характеризуется преимущественным поражением крупных и средних суставов, симметричностью и «летучестью» поражения, доброкачественностью течения. Признаками поражения суставов при ревматоидном артрите являются: 1) стойкая, упорная боль в суставах; 2) деформация (дефигурация) суставов с развитием контрактур, подвывихов, анкилозов; 3) ограничение объема движений в суставах; 4) симметричность поражения; 5) утренняя скованность.

При диагностике болезни Бехтерева необходимо помнить о частом дебюте заболевания поражением периферических суставов, которое может предшествовать поражению крестцово-подвздошных сочленений и позвоночника. Классический псориатический артрит отличается поражением дистальных межфаланговых суставов. Характерно также одновременное поражение дистального, проксимального межфаланговых и пястно-фалангового (или плюснефалангового) суставов одного и того же пальца («осевое» поражение). Суставной синдром при системной склеродермии встречается в трех основных вариантах: 1) полиартралгии; 2) склеродермический (ревматоидоподобный) полиартрит; 3) периартрит (псевдоартрит). При системной красной волчанке поражение суставов обычно проявляется мигрирующими полиартралгиями или артритами. Деформация суставов развивается у 10-15 % больных. Для остеоартроза характерны: 1) боли в суставах механического характера; 2) тугоподвижность в суставах после длительного пребывания в покое или в одном положении; 3) наличие узелков Гебердена и Бушара в области межфаланговых суставов кистей. Подагра чаще дебютирует острым приступом моноартрита I плюсне-фалангового сустава, возникающим после погрешности в диете, злоупотребления алкоголем, физического перенапряжения, нервного потрясения, переохлаждения, инфекции.

Таким образом, знание диагностических критериев РБ и особенностей поражения суставов при том или ином заболевании поможет своевременно поставить правильный диагноз, что во многом предопределит дальнейшее течение и прогноз заболевания.

ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ

Гуйда П.П., Молотягина С.П.

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

Ревматическая полимиалгия (РПМ) – редко диагностируемое, но достаточно распространенное системное воспалительное заболевание людей пожилого возраста, характеризующееся болями и скованностью в мышцах плечевого и/или тазового пояса, лихорадкой, снижением массы тела, депрессией, повышением лабораторных показателей воспалительной активности процесса.

Распространенность РПМ у лиц старше 50 лет достигает 150 случаев на 100 000 населения. Частота заболевания возрастает с увеличением возраста – пик отмечается в возрасте 65-75 лет. Несмотря на такую частоту, диагностика РПМ до настоящего времени значительно затруднена, о чем свидетельствуют частые диагностические ошибки. Так, из наблюдавшихся нами за последние 13 лет 27 больных с типичной клинической картиной РПМ правильный диагноз при первичном обращении к врачу не был установлен ни в одном случае. Диагностика РПМ базируется в первую очередь на характерных клинических проявлениях, возникших у лиц старше 50 лет: выраженные боли и скованность в мышцах шеи и плечевого пояса, реже – в мышцах тазового пояса; артрит и синовит, чаще плечевого, коленного, голеностопного суставов и грудино-ключичных сочленений. Из общих проявлений характерны повышение температуры тела, похудание. Наиболее важным лабораторным признаком является увеличение СОЭ.

При проведении дифференциальной диагностики необходимо в первую очередь исключить полимиозит (ПМ), паранеопластический синдром (ПНС) и плечелопаточный периартрит (ПЛП). Сходным для РПМ и ПМ является поражение мышц проксимальных отделов конечностей. Важным диагностическим признаком ПМ является нарастающая слабость мышц плечевого и тазового пояса, появляющаяся уже на ранних этапах заболевания. Для исключения ПНС одним из дифференциально-диагностических тестов является гормональная терапия – при назначении 10-15 мг преднизолона в сутки у больных РПМ может наступить выздоровление, а при ПНС такая терапия не вызывает ремиссии. ПЛП является наиболее частой формой всех «ревматических» заболеваний плеча (80 %). У 80 % больных ПЛП сочетается с шейным спондилезом с наличием корешкового синдрома. Диагностику ПЛП облегчает знание основных клинических признаков: 1) боль в плече при отведении и ротации руки с иррадиацией в шею и руку; 2) ограничение объема движений в плече; 3) локальная болезненность при пальпации плеча.

ЩОДО МЕХАНІЗМІВ РОЗВИТКУ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ

Гуйда П.П., Молотягіна С.П.

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

Паранеопластичний синдром (ПНС) – клініко-лабораторні порушення, які виникають при злоякісних пухлинах і обумовлені неспецифічними реакціями з боку різних органів і систем або ектопічною продукцією пухлиною біологічно активних речовин.

ПНС як ревматологічна «маска» може розвиватися при злоякісних пухлинах різної локалізації на будь-яких етапах захворювання, проявляючись ознаками ураження кістково-суглобового апарату, м'язів, судин і внутрішніх органів.

ПНС спостерігається у 15 % хворих на злоякісні пухлини, що зумовлює необхідність його виключення при діагностиці ревматичних хвороб (РХ). При злоякісних пухлинах різної локалізації нерідко виникають клініко-лабораторні ознаки багатьох РХ, зокрема системної склеродермії (ССД), системного червоного вовчака (СЧВ), дерматоміозиту/поліміозиту (ДМ/ПМ), ревматоїдного артриту (РА), синдрому Шегрена та інших. Хронологічно по відношенню до появи локальних симптомів злоякісної пухлини ПНС може їм передувати (іноді за декілька років), виникати одночасно з ними і розвиватися уже після установлення пухлинного процесу.

В патогенезі ПНС важливу роль відграють реакції імунної системи у відповідь на наявність пухлинного, імунологічно стороннього, антигену. Такий механізм зокрема характерний для розвитку на фоні деяких злоякісних пухлин клінічної симптоматики ДМ/ПМ і РА. Інший патогенетичний механізм – ектопічна продукція пухлинними клітинами біологічно активних речовин (гормони, інтерлейкіни), які обумовлюють різні прояви (пропасниця, еритроцитоз та інші).

Окрім появи ПНС, можливе поєднання злоякісних пухлин з розвитком різних РХ – ССД, СЧВ, РА, системних васкулітів та інших. У той же час на фоні РХ можуть розвиватися злоякісні пухлини різної локалізації. Ризик розвитку онкопатології збільшується при призначенні імуносупресорів.

Під нашим наглядом знаходились 3 хворих на псевдоревматоїдний артрит, який виник у них на фоні раку легенів, шлунка та яєчника. Різні варіанти псевдосклеродермічного ПНС мали місце у 5 пацієнток і розвивались за наявності раку шлунка, легенів, нирок та яєчника. Ще у 7 хворих на ССД було виявлено злоякісні пухлини: у 5 – рак легенів, у 2 – рак яєчника. Крім того, нами спостерігались по одному випадку пухлинні вузликовий поліартеріїт (у хворого на рак простати), ДМ (рак яєчника) і ревматична поліміалгія (пухлина наднирника).

ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ ЛІПІДІВ ПРИ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ТА АЛКОГОЛЬНИХ УРАЖЕННЯХ ПЕЧІНКИ

Гук-Лешневська З.О., *Мостова О.Ф., *Шулюк Ю.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
**Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна*

З метою вивчення змін у ліпідному метаболізмі нами обстежено 54 пацієнти із хронічними вірусними гепатитами (ХВГ) В і С, 54 хворих на алкогольну хворобу печінки (АХП) та 13 осіб, які хворіли ХВГ та надуживали алкоголь.

Виявлено, що гіпохолестеринемія (гіпоХС) і, відповідно, активні *apoB*-рецептори частіше зустрічались при ХВГ, а гіперхолестеринемія та заблоковані *apoB*-рецептори – при АХП.

У пацієнтів з ХВГ гіпоХС супроводжувалась більш вираженим синдромом цитолізу, низьким індексом Рітіса (ІР), зниженим вмістом тригліцеридів (ТГ) порівняно із хворими інших груп. У хворих з ХВГ виявлено прямий кореляційний зв'язок між холестерином (ХС) та тромбоцитами – при гіпоХС у них були знижені тромбоцити та більша частота тромбоцитопенії, ніж при нормальному ХС.

Активні *apoB*-рецептори у хворих з АХП асоціювалися зі зниженим вмістом β-ліпопротеїнів, зниженим рівнем альбуміну, а заблоковані – із вищим ІР, гіпертригліцеридемією.

У хворих із вірусним ураженням печінки, які надуживали алкоголь, гіпоХС супроводжувалася зниженим вмістом ТГ, низьким протромбіновим індексом та альбумінами порівняно з іншими групами.

Віремія у хворих на ХВГ супроводжувалась більшою частотою гіпоХС. Віремія вірусного процесу асоціювалася з більшою вираженістю синдрому цитолізу, високою частотою активних *apoB*-рецепторів, зниженим холестерином ліпопротеїдів високої густини (ХС-ЛВГ), гіпергаммаглобулінемією та вищою ШОЕ. При відсутності віремії виявлена більша частота заблокованих *apoB*-рецепторів.

Підвищений рівень ХС-ЛВГ частіше зустрічався у пацієнтів, які надуживали алкоголь і він поєднувався із високим ІР, високим рівнем ХС та частотою гіперХС, підвищеним вмістом ТГ. У хворих із ураженнями печінки різної етіології низький вміст ХС-ЛВГ асоціювався з вираженим синдромом цитолізу, низьким ХС, високою частотою активних *apoB*-рецепторів, низькими ТГ, альбуміном, гіпергаммаглобулінемією, вираженим запальним синдромом та анемією.

Гіпертригліцеридемія спостерігалась частіше при АХП, знижений вміст ТГ – при вірусному ураженні печінки. Знижені ТГ супроводжувались високою частотою активних *apoB*-рецепторів.

Отже, зміни в ліпідному обміні у хворих на хронічні ураження печінки є різними, залежно від етіологічного чинника, і можуть служити прогностичними критеріями перебігу хвороби.

МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

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

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

Мета дослідження – дослідити мінеральну щільність кісток у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

І група – 20 хворих на ХОЗЛ (16 чоловіків і 4 жінки, середній вік – (64,9 ± 1,7) років). FEV_1 – (50,1 ± 3,5) %; FEV_1/FVC – (52,8 ± 2,6)). Контрольна (ІІ група) – 20 практично здорових осіб (15 чоловіків і 5 жінок, середній вік – (59,8 ± 1,5) років). FEV_1 – (115,2 ± 4,1) %; FEV_1/FVC – (79,0 ± 0,7)).

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, функціональні – спірометрія на апараті “Master Screen PFT” фірми "Cardinal Health" (Німеччина), статистичні. Дослідження мінеральної щільності кісток з метою діагностики остеопорозу проводили на КТ сканері Aquilion TSX-101A "Tochiba" (Японія) за допомогою ліцензійної програми QST Pro.

Результати дослідження. В результаті проведеного обстеження у всіх хворих на ХОЗЛ були виявлені системні патологічні зміни кісткової тканини. У 8 (40 %) хворих із 20 була виявлена остеопенія, а у 12 (60 %) – остеопороз.

В контрольній групі остеопороз був діагностований лише у 2 пацієнтів (10,0 ± 6,7) %, що статистично достовірно відрізнялось від групи хворих на ХОЗЛ, $p < 0,01$. Слід відмітити, що остеопороз в ІІ групі був виявлений у 2 жінок, які більше 10 років знаходились в менопаузальному періоді. Остеопенія в контрольній групі була визначена у 11 (55,0 ± 11,1) % пацієнтів, а у 7 (45,0 ± 9,1) % змін мінеральної щільності кісткової системи не було виявлено.

Таблиця – Критерії остеопорозу в І і ІІ групах

Критерії	І група (n = 20)	ІІ група (n = 20)
Z	- 0,85 ± 0,20	0,42 ± 0,22*
T	- 3,01 ± 0,23	- 1,44 ± 0,21*

* – різниця статистично значима між показниками І і ІІ груп ($p < 0,001$)

Висновки: при аналізі результатів кількісної комп'ютерної денситометрії доведено, що всі хворі на ХОЗЛ мали системні патологічні зміни кісткової тканини, а остеопороз у хворих на ХОЗЛ виявлявся в 6 раз частіше, ніж у практично здорових осіб того ж віку і статі.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

ЩІЛЬНІСТЬ ГУБЧАТОЇ РЕЧОВИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Гуменюк М.І., Мазур І.П., Линник М.І., Марченко-Севрюкова Г.С.

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

Мета дослідження – вивчити щільність губчатої речовини альвеолярного відростку у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

І група – 20 хворих на ХОЗЛ (16 чоловіків і 4 жінки, середній вік – (64,9 ± 1,7) років). FEV_1 – (50,1 ± 3,5) %; FEV_1/FVC – (52,8 ± 2,6)). Контрольна (ІІ група) – 20 практично здорових осіб (15 чоловіків і 5 жінок, середній вік – (59,8 ± 1,5) років). FEV_1 – (115,2 ± 4,1) %; FEV_1/FVC – (79,0 ± 0,7)).

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, функціональні – спірометрія на апараті “Master Screen PFT” фірми "Cardinal Health" (Німеччина), статистичні. Щільність альвеолярного відростку (ЩАВ) в 3-х заданих точках з кожної сторони досліджували за допомогою багатозрізової комп`ютерної томографії, яка проводилась на КТ сканері Aquilion TSX-101A "Tochiba" (Японія) з використанням вільно розповсюдженої програми К-Pacs, з наступним визначенням середнього, мінімального та максимального значення щільності на заданій фіксованій площі альвеолярного відростку.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав, що середнє і мінімальне значення ЩАВ в заданих точках не відрізнялось між І і ІІ групами, але за максимальним значенням ЩАВ по всім точкам була достовірно вище у практично здорових осіб.

Таблиця – Максимальна щільність губчатої речовини альвеолярного відростку (од. Хаусфільда (HU)) у пацієнтів І і ІІ груп

Групи хворих	Права сторона			Ліва сторона		
	1 точка	2 точка	3 точка	1 точка	2 точка	3 точка
І група	461,9 ± 89,6	457,1 ± 98,5	388,2 ± 7 4,5	363,9 ± 98,2	454,7 ± 86,2	473,9 ± 64,7
ІІ група	934,2 ± 79,6$^{\#}$	993,8± 81,1$^{\#}$	646,7 ± 64,2*	998,7 ± 68,5$^{\#}$	985,0 ± 69,4$^{\#}$	709,0 ± 74,6*

* – різниця статистично значима між І і ІІ групами ($p < 0,05$)

$^{\#}$ – різниця статистично значима між І і ІІ групами ($p < 0,001$)

Висновки. Значне зменшення максимального значення ЩАВ у хворих на ХОЗЛ свідчило про виражені активні прояви резорбтивно-деструктивних процесів альвеолярного відростку в порівнянні з практично здоровими особами того ж віку і статі.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ПОЛІМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Гуцаленко О.О.

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

Поширеність поєднаної соматичної патології у терапевтичній практиці в останні роки постійно зростає. Обстеження сучасного терапевтичного хворого потребує привертання уваги лікаря не лише до захворювання, з приводу якого він звернувся, а й активного цілеспрямованого виявлення і інших хвороб. Призначення терапії, особливо при коморбідних станах, потребує строго індивідуального підходу у виборі препаратів з урахуванням імовірності розвитку побічних ефектів та несприятливих взаємодій з іншими лікарськими засобами.

Мета дослідження – вивчити частоту наявної поєднаної соматичної патології у хворих, які знаходилися на лікуванні у неврологічному відділенні міської клінічної лікарні. Завданням дослідження було провести аналіз та оцінку різних поєднань захворювань (поліморбідних уражень, поліпатій) у хворих неврологічного профілю.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення даної мети було відібрано та проведена експертна оцінка 114 історій хвороб осіб, які лікувалися в неврологічному відділенні 5^{і} МКЛ, основним діагнозом яких відповідно була неврологічна патологія. Обстеження включало клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження. Всі хворі були оглянуті особисто, а при необхідності проведені додаткові обстеження.

Результати дослідження. Результати аналізу показали, що серцево-судинні захворювання були найчастішою супутньою патологією у неврологічних хворих – 67,56 %. У 35,95 % хворих перебіг неврологічної патології обтяжувався супутніми захворюваннями органів травлення, у 7,85 % – хворобами нирок, а група інших хвороб (асоційованих поліпатій) склала 8,89 %. Найбільша частота асоційованих станів у неврологічних хворих припадає на артеріальну гіпертензію – 56,82 %, як найпоширенішу патологію як в групі серцево-судинних, так і цереброваскулярних захворювань та одним із основних факторів ризику їх розвитку. В структурі супутніх кардіоваскулярних хвороб у неврологічних хворих на артеріальну гіпертензію переважали ІХС (15,64 %), порушення серцевого ритму (15,27 %), патологія нирок (13,09 %) та цукровий діабет (11,64 %).

Висновки. Обстеження неврологічних хворих не повинно обмежуватися вивченням та лікуванням лише основної патології, а й вимагає всебічного обстеження, в першу чергу стану серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту пацієнта. Досить висока частота поліпатій, зокрема у неврологічних хворих, є свідченням того, що проблема асоційованих поліморбідних станів є міждисциплінарною, до розв’язання якої повинні бути залучені лікарі багатьох спеціальностей.

РЕЦЕПТОРЫ, АКТИВИРУЮЩИЕ ПРОЛИФЕРАЦИЮ ПЕРОКСИСОМ И ИХ КОАКТИВАТОР - PGC-1α, В ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ МИОКАРДА

Дегтярь Н.И., Герасименко Н.Д., Расин М.С.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Миокард нуждается в постоянном притоке АТФ, которая генерируется либо в цитоплазме путем анаэробного гликолиза, либо в митохондриях путем окисления жирных кислот (ЖК) или пирувата. Аэробный процесс дает во много раз больше энергии, чем анаэробный, однако зависит от постоянного притока кислорода и ЖК. И то, и другое постоянно меняется, как и энергетическая потребность миокарда. Сердце обладает удивительной пластичностью в координации и переключении производства энергии с одного пути на другой. Это обеспечивается как аллостерической регуляцией активности ферментов гликолиза и окисления ЖК (ОЖК), так и транскрипционной регуляцией их активности. Последняя находится под контролем ядерных транскрипционных факторов (ЯТФ) – рецепторов, активирующих пролиферацию пероксисом (PPAR). Все три изотипа PPAR: PPARα, PPARβ/δ и PPARγ представлены в миокарде. Наиболее экспрессированы PPARα и PPARβ/δ. Они полностью контролируют ОЖК. Многие формы кардиомиопатии сопровождаются сдвигом метаболизма энергии в миокарде в сторону преобладания ОЖК, что, по ряду данных, играет важную роль в их патогенезе. Снижение активности PPARα отмечено при сердечной недостаточности у людей, что указывает на общность изменений у животных и людей и необходимости поиска путей контроля системы PPAR - PGC-1α. Последствием деактивации этого комплекса и увеличение анаэробного гликолиза является адаптивным механизмом экономии потребления кислорода. В подтверждение этого, частичное угнетение митохондриального окисления ЖК является одним из подходов к лечению болезней сердца.

Положительный эффект фенофибрата был зарегистрирован в клиническом исследовании (FIELD), а также ряде доклинических исследований. Пиоглитазон в исследовании PROactiv также оказывал позитивный эффект на функции миокарда, общую и сердечно-сосудистую смертность. Гиперактивность системы PPAR - PGC-1α отмечена при сахарном диабете 2 типа.

ОЦЕНКА ВАЗОДИЛАТАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Демихова Н.В., Псарева В.Г., Матийцив Н.С.

Сумской государственный университет, Украина

Цель: изучить взаимосвязь эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и показателей суточного мониторирования артериального давления (АД) при артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. В исследование были включены больные с АГ (n = 105,67 мужчин и 64 женщины). Проводили пробу с ЭЗВД, используя ультразвук высокого разрешения (линейный датчик 7,5 мГц), суточное мониторирование АД с помощью АВРМ-02 (Венгрия) 24 часа.

Результаты. Суточный уровень систолической АД при АГ II степени составил (148,0 ± 2,4) мм рт. ст. и III степени (159,0 ± 2,8) мм рт. ст. (p = 0,018). При этом систолическое АД дневное составляло (154,0 ± 1,8) мм рт. ст. и (162,0 ± 3,1) мм рт. ст. и ночное (149,0 ± 2,4) мм рт. ст. и (140,0 ± 2,3) мм рт. ст., что также достоверно отличалось в зависимости от степени гипертонии. Суточный профиль систолического АД при II степени АГ non-dipper составил 47,6 %, dipper – 35,0 %, over-dipper – 6,8 % и night-peaker 10,7 %; диастолического АД при II степени АГ изменения типа non-dipper – у 46,6 %, dipper – 28,2 %, over-dipper – 13,6 % и night-peaker – 11,7 %. При III степени АГ частота систолического АД non-dipper составила 42,9 %, dipper – 40,5 %, over-dipper – 2,4 % и night-peaker – 14,3 %; суточный профиль диастолического АД типа non-dipper составил 50,0 %, dipper – 23,8 %, over-dipper – 19,0 % и night-peaker – 7,1 %. Анализ сосудодвигательной функции показал, что диаметр плечевой артерии был наибольшим у больных с профилем АД типа night-peaker, составлял 4,25 (3,80; 5,00) мм, затем у больных с non-dipper 4,20 (3,70; 4,60) мм, dipper – 4,10 (3,50; 4,65) мм и уменьшен в наибольшей степени у больных over-dipper при этом скорость движения крови достоверно снижена была у больных с night-peaker – 0,60 (0,53; 0,84) м/с. Вазодилататорная реакция при декомпрессии была выражена менше у больных с night-peaker – 5,47 (3,04; 11,72) % (p < 0,00014 по сравнению с другими группами, которая в группе больных с non-dipper составила 11,63 (7,76; 18,92) %, dipper 8,94 (7,04; 15,46) % и over-dipper 7,24 (5,82; 13,32) %. Обратная корреляционная зависимость в виде снижения вазодилататорного эффекта на диагностические пробы имеется между типом суточного АД non-dipper r = -0,27 (p = 0,009), степенью ночного снижения диастолического АД r = -0,25 (p = 0,014), показателями дилатации плечевой артерии при пробе с нитроглицерином r = -0,24 (p = 0,017), степенью ночного снижения систолического АД r = -0,22 (p = 0,030). Прямая корреляционная связь отмечена между степенью эндотелиальной дисфункции и night-peaker изменениями суточного АД r = 0,23 (p = 0,026).

Вывод. При АГ эндотелиальная дисфункция наиболее часто сочетается с изменением суточного ритма АД по типу night-peaker.

СТАН ГЕМОДИНАМІКИ ТА ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Денисенко В.П., Топчій І.І., Кірієнко О.М., Мазій В.В., Смолкін М.Г.

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

Метою дослідження було визначення стану серця та нирок у хворих на діабетичну нефропатію (ДН) із артеріальною гіпертензією (АГ) з надлишковою масою тіла в динаміці лікування препаратами базисної (ІАПФ та антагоністи кальцію) терапії та сулодексиду.

Об'єкт дослідження: 116 хворих на ДН та АГ, із них 34 хворих із нормальною масою тіла та 82 хворих із ожирінням I-III ст., 20 хворих на гіпертонічну хворобу та 10 практично здорових осіб.

Серцева гемодинаміка вивчалася методом кількісної ехокардіографії. Нирковий кровоток вивчали за допомогою допплерографії. Функціональний стан нирок визначали за рівнем швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) по формулі Кокрофта.

Дослідження показали, що у хворих на ДН з надлишковою масою тіла спостерігається пришвидшене прогресування ремоделювання серця. Це проявляється в більш високих значеннях індексу жорсткості міокарду, індексу маси міокарду, лінійних (товщина задньої стінки та міжшлуночкової перетинки) та об’ємних показників (кінцеві систолічний та діастолічний об’єми) стану лівого шлуночка серця, що приводить до вірогідного прогресування діастолічної дисфункції (коефіцієнт кореляції між ІММ і Ve:Va становить – 0,51), та раннього виникнення систолічної дисфункції.

При лікуванні, у хворих з надлишковою масою тіла дія препаратів базисної терапії на діастолічну дисфункцію була менш значима (Ve:Va. зростало з (0,919 ± 0,059) лише до (0,1054 ± 0,038) проти (0,1123 ± 0,049) у хворих з нормальною масою тіла). Сулодексид же суттєво не впливав на кардіальну гемодинаміку.

У хворих з надлишковою масою тіла на ранніх стадіях ДН відмічено пришвидшений темп ремоделювання нирок, що проявляється в більш інтенсивному зростанні абсолютних значеннях ШКФ, а також швидкому зменшенню ШКФ розпочинаючи з III стадії ДН. У хворих не виявлено суттєвої залежності ниркової гемодинаміки від маси тіла. При лікуванні препаратами базисної терапії одержано виражений нефропротекторний ефект. У динаміці лікування з додатковим використанням сулодексиду одержано суттєвий приріст нефропротекторної ефективності комбінованої терапії, який виражався в більш значимому зниженні рівня мікроальбумінурії чи протеїнурії, та більш швидшими темпами нормалізації ШКФ.

«ПАРАДОКС ОЖИРІННЯ» У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

Деркач З.В., *Радченко О.М.

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна,
**Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

До хвороб, синтрофічно пов'язаних з ожирінням, відноситься і хронічна хвороба нирок (ХХН). Поєднання ХХН з ожирінням характеризується несприятливим прогнозом та частими ускладненнями. Особливості перебігу ХХН на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння точно не встановлені. **З метою в**иявлення особливостей перебігу ХХН за умов надлишкової маси тіла та ожиріння обстежено 150 пацієнтів з ХХН, 113 чоловіків і 37 жінок віком (48,5 ± 1,5) роки. Тривалість ХХН (10,7 ± 1,5) роки.

Виявилося, що лише у 40,7 % обстежених ХХН перебігала на фоні нормальної маси тіла (група 1). У 39,3 % виявлено надлишкову масу тіла (група 2), у 20,0 % ожиріння (група 3). Функція нирок залежала від маси тіла, причому найгірші параметри визначались у пацієнтів з надлишковою масою: значення креатиніну було істотно вищим, ніж у хворих з нормальною масою ((273,9 ± 32,7) мкмоль/л та (180,0 ± 25,3) мкмоль/л, p = 0,004) та ожирінням ((155,3 ± 20,5) мкмоль/л, p = 0,02). Аналогічно змінювався вміст сечовини, який був істотно вищим, ніж при нормальній масі ((15,4 ± 1,7) ммоль/л та (9,8 ± 1,1) ммоль/л, p = 0,001). Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) була мінімальною ((55,8 ± 4,9) мл/хв/1,73 м^2), істотно порівняно з групами 1 ((69,8 ± 4,7) мл/хв./1,73 м^2, p = 0,003) та 3 ((85,1 ± 7,8) мл/хв./1,73 м^2, p = 0,001). Сечовий синдром в них проявлявся значно вищим вмістом лейкоцитів у сечовому осаді. В осіб з ожирінням рівень тригліцеридів (ТГ) крові був максимальним серед усіх груп ((2,23 ± 0,35) ммоль/л), істотно вищим, ніж у хворих з надмірною ((1,50 ± 0,11) ммоль/л, p = 0,03) та нормальною ((1,49 ± 0,13) ммоль/л, p = 0,05) масами. У пацієнтів з нормальною масою тіла істотно частіше зустрічався нормальний рівень ТГ, ніж у хворих з ожирінням (63,6 % та 53,3 %, p = 0,04). Групи відрізнялись також за наявністю та вираженістю анемічного синдрому, який був максимально вираженим за умов надміру маси. Перебіг хвороби не супроводжувався розвитком анемії істотно частіше у хворих з нормальною масою тіла (72,1 %; p = 0,008) та істотно частіше у хворих з ожирінням (76,7 %, p = 0,01), ніж з надмірною масою тіла (47,5 %).

Висновки. ХХН на фоні надмірної маси тіла мала найбільш несприятливі характеристики порівняно з пацієнтами з нормальною масою та ожирінням: вищі стадії хвороби, істотно вищі значення креатиніну та сечовини, нижчу ШКФ, більший вміст лейкоцитів у сечовому осаді, частіший та важчий анемічний синдром. Виявлені нами дані є ще одним свідченням так званого «парадоксу ожиріння», що вимагає подальших наукових досліджень.

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ СТИЛЬ РОБОТИ ЯК НЕОБХІДНА СКЛАДОВА ОБСЛУГОВУВАННЯ ІНКУРАБЕЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ

Децик О.З., Золотарьова Ж.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мультидисциплінарний підхід в паліативній і хоспісній допомозі (ПХД) – ключ до цілісного вирішення складних медичних, соціальних, психологічних та духовних проблем інкурабельного хворого та його близьких. Крім того, професійна діяльність в сфері ПХД супроводжується високим психоемоційним напруженням і командний стиль роботи, в цьому контексті, є одним з факторів профілактики емоційного вигорання у медичних працівників.

Мета. Вивчити поінформованість медичних працівників з питань командного стилю роботи та потребу в ньому при обслуговуванні інкурабельних пацієнтів.

Матеріали і методи. За спеціально розробленою програмою опитано 389 осіб медичного персоналу закладів охорони здоров'я м. Івано-Франківська, які в різній мірі працюють з інкурабельними хворими.

Результати дослідження показали гострий дефіцит базових знань. Більшість респондентів (80,9 %) визнали, що не мають достатніх знань з паліативної допомоги. Не сформованість системи ПХД проявилась у відповідях щодо внеску конкретних її надавачів. Так, практично всі респонденти (87,1 %) визнали, що основний тягар догляду за невиліковним хворим припадає на плечі його рідних. Натомість вагомість внеску власне медичних працівників була визначена значно нижче і дещо неадекватно до сучасних поглядів. Зокрема, більшість респондентів цілком слушно оцінювали роль середніх (73,8 %) і молодших (66,8 %) медичних працівників як найбільш потрібну в обслуговуванні інкурабельного пацієнта. Проте, внесок лікарів-спеціалістів оцінений занадто високо (62,3 %), в той час, як психотерапевтів (51,6 %) і лікарів первинної ланки (46,6 %) – недостатньо. Не відповідає вимогам і рівень співпраці з іншими надавачами ПХД: священнослужителями (53,8 %), соціальними працівниками (42,2 %) та волонтерами (40,2 %). Разом з тим, респонденти висловили потребу в такій спільній роботі, особливо з представниками соціальної сфери (76,0 %), адже практично всі (96,9 %) вказали на її дефіцит. Також, абсолютна більшість опитаних медиків (81,7 %) вважали, що для ефективного надання допомоги паліативним хворим необхідно запровадити координацію зусиль фахівців як медичного, так і немедичного спрямування.

Висновок. Практично всі опитані медичні працівники сфери паліативної медичної допомоги висловили потребу в командній роботі, що показує необхідність її популяризації та впровадження при обслуговуванні інкурабельних хворих.

АСАКОЛ В ЛІКУВАННІ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

Дзвонковська В.В., Нейко В.Є., Дзвонковська Т.Т., Ромаш Н.І.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) – актуальна і серйозна проблема гастроентерології, оскільки в останнє десятиріччя спостерігається зростання захворюваності на дану патологію у всьому світі. По поширеності і соціальній значимості НВК займає одне з ведучих місць серед захворювань органів травлення, має рецидивуючий перебіг та несприятливий медико-соціальний прогноз. До теперішнього часу етіологія та механізми його формування до кінця не вивчені. Недостатня ефективність медикаментозної корекції, часто призводить до розвитку серйозних ускладнень та інвалідності хворого, що визначає необхідність подальшого дослідження даного захворювання.

Метою роботи було вивчення ефективності лікування хворих на НВК препаратом Асакол.

Комплексно клініко- лабораторно та інструментально обстежено 20 хворих на НВК, віком від 28 до 49 років, серед яких було 11 чоловіків та 9 жінок.

Основними скаргами було почастішання стільця до 5-8 раз на добу з домішками слизу (100 % хворих), болі в животі, які у 75 % хворих локалізувалися в лівій здухвинній ділянці, а у 25 % – болі по усьому животу та ректальні кровотечі різної інтенсивності (100 %). Для верифікації діагнозу всім хворим проведені загальний аналіз крові, копрограма. Колоноскопія дозволила встановити поширеність патологічного процесу в товстому кишківнику і оцінити ступінь тяжкості. Так, у 7 хворих виявлений проктит, у 9 – проктосигмоідит, а у 4 – лівобічний коліт. У 6 хворих візуалізувалася гіперемія, набряк та зернистість слизової оболонки(СО) і відсутність судинного малюнка (мінімальна ступінь активності), у 14 – виявлені ерозії та дрібні виразкові дефекти, контактна кровоточивість СО, виражені гіперемія і набряк СО (середня ступінь активності). Усім хворим призначений Асакол (Словенія) 800мг у вигляді таблеток, покритих кишковорозчинною оболонкою у дозі 2,4 г на добу протягом 30 днів.

Після проведеного лікування болі зникли у 85 % хворих, у 15 % – суттєво зменшилися. Кількість дефекацій у всіх 20 хворих не перевищувала 3 рази на добу. У 3 хворих залишилися прожилки крові у калі, у 17 – ректальні кровотечі припинилися. Контрольна ендоскопія виявила ремісію у 6 хворих, у 5 – зберігалася середня ступінь активності, а у 9-мінімальна ступінь активності.

Таким чином, використання препарату Асакол сприяє покращенню клінічних та ендоскопічних ознак НВК мінімального та середнього ступеня важкості.

НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИНАМИКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Дроздова И.В., *Мацуга О.Н., Демченко М.В.

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

**Днепропетровский национальный университет им. Олеся Гончара*

Открытое контролируемое исследование, после получения информированного согласия, охватывало 256 больных с ВПС. Для изучения личностных особенностей больных и инвалидов использовали методику многостороннего исследования личности. Больные и инвалиды с оперированными ВПС характеризовались ипохондрической фиксацией, зажатостью, сверхконтролем, повышенной ориентацией на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к нарушениям физического здоровья, вытеснением тревоги, эмоциональной лабильностью, высокой чувствительностью к средовым воздействиям, демонстративным поведением, стремлением к преодолению препятствий. Им были присущи аффективная ригидность, склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях, осмотрительность, осторожность, враждебно-подозрительное отношение, боязливость, конституционально обусловленная тревожность, неуверенность, конформность, индивидуализм, своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности, затруднения в осуществлении межличностных контактов, обращенность преимущественно в мир субъективных переживаний. Особенностью больных, в сравнении с инвалидами, было выраженное заострение личностных особенностей, таких как стремление привлечь к себе внимание, решение проблем путем «углубления в болезнь», использование соматических симптомов как способа уклонения от ответственности; увеличение внимания к эмоциональным оттенкам, уменьшение доминантности и грубости, сензитивность и низкий уровень гетероагрессии у мужчин, непринужденность и уверенность в себе, доминантность и гетероагрессивные тенденции, решительность и низкая сензитивность – у женщин; враждебно-подозрительное отношение, боязливость, неуверенность, конформность. Перспективами дальнейших исследования является необходимость разработки этиопатогенетического подхода к определению личностных и характерологических особенностей у больных с ВПС, к особенностям формирования их внутренней картины болезни и адаптационных возможностей, к изучению роли психологических особенностей и когнитивных функций в формировании ограничений жизнедеятельности, препятствующих полноценному функционированию таких лиц в обществе.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АНАЛІЗУ ІНВАЛІДНОСТІ (НА МОДЕЛІ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ)

Дроздова І.В., Степанова Л.Г., Яковенко Н.О., Ємець М.М., Омельницька Л.В.

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Мета роботи: визначити актуальні питання аналізу первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу (ХСК) в Україні.

Методи дослідження: в основу розробленої інформаційної технології покладено кластерний аналіз та адаптивні методи короткострокового прогнозування.

Результати: За даними статистичної звітності у 2012 році вищі рангові місця за рівнем первинної інвалідності дорослого населення внаслідок ХСК посідали Вінницька (15,0), Полтавська (14,0), Запорізька (13,4) області; нижчі – Херсонська (7,3), Донецька (7,7), Закарпатська (8,4 на 10 тис. нас.) області. Найвищою «скрита» інвалідність була у Київському, Вінницькому, Черкаському й Хмельницькому, дещо нижчою – у Волинському, Донецькому, Закарпатському, Луганському, Сумському регіонах, Києві й Севастополі. Високий рівень інвалідності (11,83-16,70 на 10 тис. нас.) відзначався у Вінницькій, Запорізькій, Львівській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Чернівецькій, Чернігівській областях, Києві та Севастополі. Відносний ризик зростання первинної інвалідності дорослого населення внаслідок ХСК високий у Вінницькій, Полтавській, Запорізькій, Київській, Львівській, Миколаївській, Одеській, Чернівецькій, Чернігівській областях, Києві й Севастополі. За адаптивними методами короткострокового прогнозування передбачається зростання показника первинної інвалідності дорослого населення внаслідок даної нозологічної форми у Волинському, Донецькому, Житомирському, Закарпатському, Київському, Миколаївському, Одеському, Тернопільському, Черкаському, Чернівецькому, Чернігівському регіонах; найвищі рангові місця посідатимуть Севастополь (17,5), Чернівецька (14,1) та Одеська (13,7 на 10 тис. нас.) області. Зниження цього показника спостерігатиметься як у цілому по Україні, так і у більшості інших регіонів; найнижчі місця матимуть АР Крим (7,4), Херсонська (7,0), Донецька (7,8) й Дніпропетровська (7,9 на 10 тис. нас.) області.

Висновки: дана технологія дозволяє одержувати якісну статистичну інформацію про стан інвалідності населення України та є основою для утворення доказової бази медико-соціологічних досліджень, отримання нових знань, визначення складних залежностей, оцінки динамічних змін у стані інвалідності населення і медико-соціальної експертизи та удосконалення управлінських заходів у системі охорони здоров'я та медико-соціальної експертизи.

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Дроздова И.В., Храмцова В.В.

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

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при изучении активности и участия выделяет несколько доменов: обучение и применение знаний, общие задачи и требования, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные взаимодействия и отношения, главные сферы жизни. Методом отбора информативных признаков были выделены наиболее значимые для лиц с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) домены жизнедеятельности: главные сферы жизни (100), бытовая жизнь (99), мобильность (81), межличностное взаимодействие (50), общение (28), обучение и применение знаний (27), самообслуживание (0). Основными сферами среди них были: управление транспортом (100), работа и занятость (87), образование (85), приобретение жилья и передвижение, отличающееся от ходьбы (по 74), жизнь в сообществах (69), экономическая жизнь (65), семейные отношения (59), помощь другим (57), ходьба и передвижение с использованием транспортных средств и по различным поверхностям (по 54), ведение домашнего хозяйства (51), формальные отношения, отдых и досуг (по 50), забота о домашнем имуществе, религия и духовная практика (по 49), изменение позы тела (42), неформальные социальные отношения (36), выполнение работы о дому (35). В главных сферах жизни наиболее значимыми для лиц с ХОБЛ были работа и занятость, возможность получения образования и экономическая жизнь. Период ученичества у лиц с ХОБЛ ассоциирован лишь с пассивной психологической защитой в виде проекции. К барьерам, связанными с поиском работы у них относились личностные (Hs-ипохондрия, D–депрессия, Ну–истерия, Ра–паранойя, Pt–психастения, Sc-шизоидность), эмоциональные особенности (уравновешенность), активная психологическая защита (самоконтроль), форсированная и жизненная ёмкости лёгких на вдохе. К факторам, препятствующим выполнению работы такими пациентами, принадлежали личностные особенности (Pd-психопатия, Ра-паранойя, Pt-психастения), форсированная и жизненная ёмкости лёгких на вдохе, объём форсированного выдоха за 1 сек и мгновенная объёмная скорость 75 % ФЖЁЛ; и лишь уравновешенность, как эмоция, способствовала выполнению работы больными ХОБЛ.

Таким образом, возможности реализации лицами с ХОБЛ при выполнении работы и занятости препятствовали личностные особенности (Ну-истерия, Ра-паранойя, Pt-психастения) и уровень жизненной ёмкости лёгких на вдохе; но способствовали эмоциональные свойства (уравновешенность).

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ І ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ СЕРЕДНІХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ДОЗ РОЗУВАСТАТИНУ ТА АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

Дубровінська Т.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На сьогодні гостро постає питання тактики гіполіпідемічної терапії у хворих з поліморбідною патологією – інфарктом міокарда (ІМ) у поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ), яким, з одного боку, повинні призначатися високодозовані режими статинотерапії з метою досягнення найнижчих рівнів холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), а з іншого боку, використання агресивної статинотерапії у хворих з паренхіматозними захворюваннями печінки небезпечне та вивчене недостатньо. Саме тому, актуальним залишається підбір статину, який, вже у середніх терапевтичних дозах, забезпечив би максимальну ефективність при найменшій частоті виникнення побічних ефектів у даної категорії хворих.

Мета дослідження – в порівняльному аспекті дослідити ефективність та безпечність ранньої та довготривалої гіполіпідемічної терапії у хворих на ІМ у поєднанні з НАСГ шляхом визначення ліпідного спектру крові, рівня С-реактивного протеїну (СРП) крові, функціонального стану печінки, детоксикаційної та білково-синтетичної функції гепатоцитів, на фоні прийому середніх терапевтичних доз розувастатину та аторвастатину.

Матеріали та методи. Обстежено 42 хворих (середній вік – (56,5 ± 0,5) років) на ІМ у поєднанні з НАСГ, які при госпіталізації на фоні базисної терапії отримували розувастатин у дозі 10 мг/добу (19 (45,2 %) хворих) і аторвастатин у добовій дозі 40 мг (23 (54,8 %) пацієнта) та через 3 місяці статинотерапії досягли цільових рівнів ХС ЛПНЩ (нижче 1,8 ммоль/л).

Виявлена еквівалентність гіполіпідемічного та протизапального ефектів обох режимів статинотерапії з перевагою розувастатину у швидкості зниження рівня СРП крові. На фоні прийому запропонованих доз статинів досягнуто зниження високої вихідної активності трансаміназ до припустимих меж з перевагою розувастатину у зниженні активності аланінамінотрансферази. Доведено зниження високої вихідної детоксикаційної активності печінки на фоні прийому розувастатину та незначне зворотне пригнічення білково-синтетичної функції гепатоцитів на початку терапії аторвастатином.

Висновок. Враховуючи сприятливий профіль безпечності та протизапальну активність, використання розувастатину у дозі 10 мг/добу має бути приорітетним у схемах лікування хворих на ІМ у поєднанні з НАСГ.

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ДИСФУНКЦІЇ ЖОВЧНОГО МІХУРА В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА ДАНИМИ ЕХО-ЩІЛЬНОСТІ ЙОГО ВМІСТУ

Дудар Л.В., Назарко Н.М.

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

Актуальність. Відомо, що своєчасна діагностика дисфункції жовчного міхура дозволяє виявити осіб із ризиком виникнення конкрементів. Сьогодні загальноприйнятою є оцінка моторики біліарного тракту за допомогою динамічного трансабдомінального ультразвукового дослідження жовчного міхура із застосуванням холекінетиків пероральним шляхом та контролем динаміки його об'єму. Проте, цей спосіб не дає можливості визначити зміни щільності вмісту жовчного міхура після прийому холекінетика і кількісно моніторувати даний показник підчас проби, що й потребує поглибленого вивчення.

Мета. Розробити таки спосіб діагностики дисфункції жовчного міхура в осіб молодого віку, що забезпечив би більш високу точність дослідження за рахунок визначення динаміки щільності вмісту жовчного міхура.

Матеріали та методи. Обстежено 52 особи віком (21 ± 0,5) роки. Всім пацієнтам вранці натще у положенні лежачи проводилось ультразвукове дослідження жовчного міхура до та після прийому холекінетика (сорбіт). У вихідному стані і через 60 хвилин після проби проводилось трасування вмісту жовчного міхура і розраховувалась середня градація ехо-щільності.

Результати дослідження. Ультразвукове дослідження показало, що середня щільність вмісту жовчного міхура (середня градація) натще у них склала (24,85 ± 1,1) од., а після проведеної проби з сорбітом на 60 хвилині – (16,65 ± 1,4) од. Відсоток зниження середньої градації вмісту жовчного міхура на 60 хвилині по відношенню до вихідного стану становив (18,2 ± 1,9) % ($p < 0,001$), а середнє квадратичне відхилення середньої величини (δ) – 6,0. Прийнято, що середня градація ультразвукової щільності вмісту жовчного міхура після прийому сорбіту та відновлення його об'єму, повинен при нормальній функції жовчного міхура складати не менше, ніж середня величина мінус дві сигми (δ). Тому при зниженні середньої градації у межах 2-х δ середньої величини (≥ 12 %) діагностують збережену функцію жовчного міхура, менше 2-х δ середньої величини (< 12 %) - незадовільну його функцію.

Висновки. Спосіб діагностики дисфункції жовчного міхура в осіб молодого віку дозволяє більш точно дослідити зміни щільності вмісту жовчного міхура при прийомі жовчогінних засобів і, таким чином, своєчасно виявити осіб з дисфункцією жовчного міхура і ризиком виникнення конкрементів.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Дядичева Т.А., Лоскутов А.Л., Ефименко Д.Ю., Шевелёва А.М.
Луганский государственный медицинский университет, Украина

В настоящее время избыточный вес и ожирение принимают характер глобальной эпидемии и встречаются практически во всех возрастных категориях. Они относятся к числу основных факторов риска в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы у молодых лиц.

Проведен опрос 50 студентов II и III курсов медицинского университета, среди которых 12 юношей и 38 девушек в возрасте 19-25 лет. Анкета включала 11 пунктов, в том числе вопросы питания, образа жизни и наличие хронических заболеваний. У всех студентов рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по формуле $I = m/h^2$, где m-масса тела в кг, h-рост в м. Избыточную массу тела считали при ИМТ ≥ 25, а ИМТ ≥ 30 – ожирение.

Получены следующие результаты: 68 % студентов имеют нормальный вес, 18%-избыточную массу тела. У 10 % – дефицит массы тела. Ожирение I степени выявлено у двух студентов. В группе с избыточной массой тела и ожирением были практически все лица женского пола и только один юноша.

Увеличение массы тела выявлено в основном у тех лиц, которые принимают пищу после 23 часов. Отмечено, что 8 % опрошенных питаются в сутки около 8 раз, пять человек – только 1 раз в день. Почти половина (48 %) – 3-4 раза, 34 % – 2 раза.

Установлено, что у лиц с избыточной массой тела и ожирением наиболее насыщенным является ужин, при наличии нормального веса преобладает обед. Ночной сон у третьей части студентов составляет в среднем 3-4 часа. Большинство студентов ведут малоподвижный образ жизни. Только 6 человек занимаются аэробикой и танцами. Вредных привычек никто не отмечает.

2/3 студентов с избыточным весом и ожирением страдают нейроциркуляторной дистонией с различными вариантами ее проявления. Заболевания желудочно-кишечного тракта – гастриты, панкреатиты колиты выявлены у лиц с нерегулярным питанием. Среди факторов риска отмечают в основном преобладание стрессов.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о значительной частоте (22 %) выявления избыточного веса и ожирения у студентов начальных курсов. Это требует проведения профилактических мероприятий, во многих случаях упорядочения образа жизни, прежде всего режима питания и повышения физической активности.

ЗНАЧЕННЯ БРОНХОСПАСТИЧНОГО СИНДРОМУ В ПАТОГЕНЕЗІ ТА ДІАГНОСТИЦІ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Дядічева Т.О., Сабадаш В.Є., Виприцька Л.П., Сисойкіна Т.В.

Луганський державний медичний університет,
Міська клінічна лікарня № 7, м. Луганськ, Україна

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – важка для діагностики і дуже поширена причина смерті у госпіталізованих хворих похилого віку. Її частота – один випадок на100 у віці більш ніж 76 років (Krogel C. Reissig A. 2003)

Серед багатьох факторів в патогенезі ТЕЛА значне місце займає бронхоспастичний синдром. Він виникає внаслідок анатомічної оклюзії кровоносних судин, вилучення із тромбів медіаторів, поглиблення альвеолярної вентиляції, гіпокапнії. Внаслідок цього виникають підвищення тиску в системі легеневої артерії, формування посттромботичного пневмофіброзу, хронічного легеневого серця з респіраторною і серцевою недостатністю.

Клінічні симптоми ТЕЛА в багатьох випадках схожі з захворюваннями легень і серцево-судинної системи. Для ілюстрації приведене клінічне спостереження над пацієнтом 76 років. У хворого були відсутні ознаки флеботромбоза і тромбофлебіта глибоких вен нижніх кінцівок. ТЕЛА маскувалась тяжким довготривалим перебігом бронхіальної астми і астматичним статусом на фоні хронічного обструктивного бронхіту. Внаслідок чого діагноз цієї патології був несвоєчасним (на дев’яту добу) і лікування неефективним.

Отже, для ранньої діагностики ТЕЛА при наявності тривалого бронхообструктивного синдрому і відсутності ефекту від стандартної терапії необхідна професійна орієнтація лікаря на вірогідність цієї патології, обґрунтоване обстеження і тривале спостереження для своєчасної діагностики і проведення профілактичної терапії.

ЕКСПРЕСІЯ АДГЕЗИВНИХ МОЛЕКУЛ ТА МАРКЕРІВ АПОПТОЗУ В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ЯСЕН У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Ємельянова Н.Ю., [*]Гальчінська В.Ю., Назарян Р.С., [*]Єфімова Н.В., [*]Шапкін А.С.

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

На даний час накопичені численні дані про взаємозв'язок серцево-судинної патології з дистрофічно-запальними ураженнями пародонта, проте механізми як системного, так і локального характеру, що беруть участь в поразці пародонтального комплексу та асоційовані з серцево-судинними захворюваннями майже не вивчені.

Мета дослідження – вивчення адгезивних та апоптотичних характеристик клітин епітелію слизової оболонки (СО) ясен у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Матеріали та методи. Імуноцитохімічні дослідження проводили на зіскрібках слизової оболонки ясен 43 хворих на ІХС. Група контролю була представлена 20 соматично здоровими особами, репрезентативними за статтю та віком. Дослідження експресії поверхневих маркерів CD54 (молекули міжклітинної адгезії ICAM-1) та CD95 (маркер готовності до апоптозу) проводили непрямим імуноцитохімічним пероксидазним методом з використанням моноклональних антитіл до антигенів CD54 та CD95 «Сорбент» (Росія). Кількість клітин в стані апоптозу визначали, використовуючи ядерний барвник Хехст 33342.

Результати дослідження. При проведенні типування лейкоцитів СО ясен за експресією на їх поверхні кластерів диференціації (CD-маркерів) нами було встановлено, що у хворих на ІХС в порівнянні з контролем суттєво зростає питомий вміст CD54+-клітин. Відсоток імунопозитивних клітин у хворих на ІХС та у здорових осіб становив (49,09 ± 0,74) % та (32,2 ± 0,94) %, відповідно. В групі обстежених пацієнтів в порівнянні з контролем також зростала кількість клітин з рецептором програмування клітинної смерті (CD95+клітини) ($P < 0,05$). Відсоток CD95+клітин в СО ясен у хворих на ІХС становив (31,98 ± 1,35) %, а в групі контролю – (25,85 ± 1,15) %. Також при серцево-судинній патології зростала і кількість клітин в стані апоптозу ($P < 0,05$). Відзначені порушення стану слизової оболонки ясен можуть бути обумовлені факторами розвитку серцево-судинних захворювань, зокрема, наявністю запалення, гіпоксії та ішемії і зниженням трофічних процесів в тканинах.

Висновки. У хворих із серцево-судинною патологією відзначаються суттєві порушення адгезивних та апоптотичних характеристик СО ясен, що відображає процес локального запалення та ураження пародонту.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БУЛЬБОКАВЕРНОЗНОГО РЕФЛЕКСА У МУЖЧИН С НАРУШЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ

Еременко Е.Н., Ромалийская О.В.

Запорожский государственный медицинский университет,
Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника»,
г. Запорожье, Украина

Цель: изучить особенности показателей бульбокавернозного рефлекса (БКР) у мужчин с нарушением половой функции.

Материалы и методы: обследовано 12 мужчин имеющих нарушение половой функции и 12 практически здоровых мужчин. Пациенты были поделены на 4 группы: I – мужчины с жалобами на угасание половой функции, средний возраст которых составил (55,16 ± 13,92) лет; III – с жалобами на быстрое семяизвержение, в возрасте (39 ± 9,69) лет; II и IV – группы контроля со средним возрастом (53,16 ± 13,92) лет и (37,1 ± 8,9) лет, соответственно. Все пациенты обследованы согласно локальным протоколам и тестированы по опросникам МИЭФ-5 и депрессии Бека. БКР исследовался на аппарате «Нейрон-СПЕКТР 4МВП» («Нейро-Софт», г. Иваново, Россия).

Результаты: латентный период (ЛП) реализации БКР в I группе ((52,9 ± 11,4) с) был достоверно больше ($p < 0,05$), чем во II группе ((34,9 ± 1,04) с). ЛП в III группе ((26,03 ± 4,43) с) был меньше в 1,3 раза, чем в IV ((34,3 ± 0,5) с). Уровень тестостерона во всех группах составил (2,9 ± 0,5) нг/мл. По данным МИЭФ 5 в I ((12,6 ± 6,8) балл) и III ((12 ± 7) балл) группах имеется умеренное нарушение эректильной функции. По шкале Бека в 1 группе имеется легкая депрессия ((14,5 ± 7,06) б), во 2, 3 и 4 таких расстройств не выявлено: (3,83 ± 0,7), (7,8 ± 4,8), (5 ± 1,3), соответственно.

Выводы. Латентный период БКР увеличен у пациентов с эректильной дисфункцией, что свидетельствует об угнетении функции парасимпатического эректильного центра спинного мозга, и укорочен у мужчин с ранней эякуляцией, что может свидетельствовать об усилении парасимпатической импульсации, однако не зависит от возраста, степени тяжести нарушений половой функции, уровня тестостерона и нервно-психического состояния мужчины.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ ІН'ЄКЦІЙНИХ ФТОРХІНОЛОНІВ ХВОРИМ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

Єременчук І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета роботи. Провести порівняльну характеристику ефективності дії фторхінолонів (ФХ) III та IV поколінь на момент завершення інтенсивної фази хіміотерапії (ІФХТ).

Об'єкт дослідження: пацієнти із вперше діагностованим мультирезистентним туберкульозом легень.

Хворі включені у дослідження поділені на групи: I група (гр. I), 23 пацієнтам в ІФХТ левофлоксацин застосовувався внутрішньовенно по 1000 мг на добу упродовж 1-х місяця, а потім по 1000 мг перорально упродовж 7-ми місяців; II група (гр. II), 5 пацієнтам в ІФХТ застосовувався внутрішньовенно моксифлоксацин (концентрат розчину для інфузій 20 мг/мл) по 400 мг на добу упродовж 1 місяця, продовжили прийом перорально по 400 мг упродовж 7-ми місяців; III група (гр. III), 4 пацієнтам в ІФХТ застосовувався внутрішньовенно гатифлоксацин по 400 мг (розчин для інфузій 0,4 % по 200 мл) на добу упродовж 1 місяця, потім перорально по 400 мг у блістерах упродовж 7 місяців.

Результати та їх обговорення. Аналіз ефективності дії програм хіміотерапії з включенням ін'єкційних ФХ (упродовж 1 місяця) за результатами рентгенологічного обстеження проводився на момент завершення ІФХТ. При призначенні ін'єкційної форми левофлоксацину у гр. I повне розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін відмічалося у 23,5 % випадках, часткове розсмоктування – у 29,3 %, негативна рентгенологічна динаміка (посилення) у 7,9 % осіб. Загоєння порожнин розпаду спостерігалася у 37,2 % пацієнтів, 2,1 % осіб – без змін.

Рентгенологічне підтвердження повного розсмоктування вогнищевих та інфільтративних змін у гр. II зареєстровано в 52,3 % випадків, часткове розсмоктування – 3,8 % та негативна рентгенологічна динаміка (посилення) у 1,8 % осіб. Загоєння порожнин розпаду спостерігалася у 41,1 % випадках відповідно, 1,0 % випадків – без змін.

У гр. III повне розсмоктування вогнищевих та інфільтративних змін зареєстровано в 49,1 % випадків, часткове розсмоктування – 8,8 % та негативна рентгенологічна динаміка (посилення) у 1,5 % осіб. Загоєння порожнин розпаду спостерігалася у 39,2 % випадках відповідно, без змін – у 1,4 % осіб.

Отже, ефективність лікування у гр. I становить 90 %; у гр. II – 98,2 %; у гр. III – 97,1 % за рахунок високого відсотку повного розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін та загоєння порожнин розпаду, що є епідеміологічно важливими показниками для моніторингу поширення туберкульозної інфекції.

ЧАСТОТА ЗАГАЛЬНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ РЕАКЦІЙ АДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ

Жакун В.М.

Комунальний заклад «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», Україна

Одним з критеріїв адаптації організму до дії зовнішніх чинників є реактивна (РТ) та особистісна (ОТ) тривожність. Оскільки тривога є важливим психоемоційним компонентом, який відображає загальну реакцію організму на стрес, рівень тривожності можна вважати характеристикою адаптації. Оцінка рівня тривожності – один з важливих критеріїв визначення типу адаптації організму до дії несприятливих чинників. Відомо, що серед пацієнтів з хворобами внутрішніх органів виявляється висока частота тривожних розладів. Реактивна тривожність відображає стан організму на даний момент. РТ у пацієнтів із соматичними розладами може бути пов’язана із реакцією особистості на хворобу. Особистісна тривожність розглядається як схильність реагувати на різні ситуації станом тривоги.

У дослідженні була визначена вираженість РТ та ОТ у хворих з психосоматичними захворюваннями. Найчастіше визначався низький рівень РТ (58,2 %), виражена реактивна тривожність діагностувалась лише у 13,6 % хворих. Особистісна тривожність характеризувалась високою частотою помірного (43,6 %) та вираженого (35,4 %) її рівнів. Виявлена залежність частоти реакцій адаптації (РА) несприятливого типу від рівня реактивної тривожності: за умов більшої вираженості РТ зростає кількість реакцій несприятливого типу. За умов низької РТ несприятливі адаптаційні реакції діагностувались істотно рідше порівняно з реакцією орієнтування.

У пацієнтів з вираженою РТ на фоні зменшення частоти реакції орієнтування зростала частота як сприятливих, так і несприятливих РА. Отримані дані можна пояснити мобілізацією адаптаційних можливостей організму на фоні вираженої РТ. Найчастіше сприятливі реакції адаптації виявлені в осіб з високою ОТ, тоді як за умов низької та помірної ОТ вони діагностувались в 1,6 рази рідше. Особи з низькою ОТ характеризувались найнижчою частотою несприятливих РА, яка зростала у хворих з помірною та вираженою ОТ. За умов помірної ОТ несприятливі РА визначались у 27,1 % хворих. Із зростанням рівня ОТ спостерігається зменшення частоти реакції орієнтування: в пацієнтів з низькою ОТ орієнтування діагностується істотно частіше.

Отже, у хворих з психосоматичними хворобами найчастіше визначаються помірний та виражений рівні ОТ. На фоні збільшення рівня тривожності зростає частота визначення РА несприятливих типів.

ЗМІНА ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ З НР-ІНФЕКЦІЄЮ ПІД ВПЛИВОМ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

Жакун І.Б.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Відомо, що кожен п'ятий пацієнт з гастритом або виразкою, асоційованими з Helicobacter pylori (НР), має низький рівень холестерину (ХС) крові (Ю.М. Панчишин, О.О. Сорокопуд, І.Б. Жакун та співав., 2007). За даними Scharnagl H. et al. (2004), ерадикація НР викликає підвищення рівнів холестерину ліпопротеїнів високої густини (ХС-ЛВГ), аполіпопротеїну А-І та аполіпопротеїну А-ІІ, не впливає на рівень холестерину ліпопротеїнів низької густини (ХС-ЛНГ) та незначно підвищує рівні загального ХС, тригліцеридів та аполіпопротеїну В. Kanbay M. et al. (2005) також вказують та той факт, що ерадикація НР спричинює статистично достовірне підвищення рівня ЛВГ сироватки крові у хворих на НР-інфекцію. З метою визначення впливу ерадикації НР на ліпідний спектр крові, був проаналізований вміст ХС крові та інші біохімічні показники у хворих з гастродуоденальною патологією до та після лікування.

Для дослідження обрані 59 пацієнтів з гастродуоденальною патологією, асоційованою з НР-інфекцією. Залежно від рівня ХС крові всі пацієнти були розділені на три підгрупи, в кожній з яких були визначені середні показники ліпідного обміну та стану печінки. До першої підгрупи увійшли 32 (54 ± 6 %) пацієнтів з рівнем ХС менше 180 мг/дл. Другу групу становили 20 (34 ± 6 %) хворих з рівнем ХС від 181 до 220 мг/дл. До третьої групи увійшли 7 (12 ± 4 %) пацієнтів, які мали вищий рівень ХС – 221 мг/дл і більше. Серед обстежених хворих 38 % мали дуже низький рівень ХС крові (≤ 140 мг/дл), а підвищений вміст ХС (>220 мг/дл) зустрічався істотно рідше (12 %).

Дослідження розподілу частоти визначення різних рівнів ХС крові у пацієнтів з низьким рівнем ХС виявило наступні особливості: 7 % мали ХС < 120 мг/дл, 31 % – 121-140 мг/дл, 41 % – 141-160 мг/дл і 21 % – 161-180 мг/дл. Під впливом лікування динаміка рівнів ХС крові відбувалась за рахунок зменшення кількості хворих з гіпохолестеринемією (гіпоХС) і збільшення кількості хворих з нормохолестеринемією (нормоХС) та гіперхолестеринемією (гіперХС). Внаслідок проведеного лікування спостерігалось зростання вмісту ХС-ЛНГ у всіх підгрупах за рівнем ХС крові, особливо вираженими та істотними ці зміни були у підгрупах з гіперХС (у 1,8 разів) та у підгрупі з гіпоХС (у 1,65 разів).

Зважаючи на зменшення частоти визначення гіпоХС внаслідок проведеного лікування, зростання числа пацієнтів з нормоХС, можна думати, що ерадикація НР має позитивний вплив на ліпідний обмін.

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ждан В.Н., Бабанина М.Ю., Бабанина С.М., Шилкина Л.Н., Ткаченко М.В., Лебедь В.Г., Пылко А.Л.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Функциональная диспепсия (ФД) – биопсихосоциальное заболевание, на развитие которого влияют как анамнестические факторы, так и психосоциальные, что в конечном итоге приводит к нарушению секреции соляной кислоты, расстройствам моторики желудка и двенадцатиперстной кишки (замедление эвакуации, нарушения аккомодации и антродуоденальной координации), нарушениям висцеральной чувствительности.

В странах Западной Европы ФД встречается у 30-40 % населения и является причиной 4-5 % обращений к семейному врачу. В Украине распространённость ФД составляет 40 %, однако фактическое количество пациентов может быть гораздо больше. Приблизительно половина пациентов занимается самолечением.

В терапии пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта используют широкий спектр как немедикаментозных методов, так и фармакологических средств, однако достичь пролонгированного клинического эффекта у таких больных является сложной задачей. Лечение ФД должно быть комплексным, включать рекомендации по модификации образа жизни и питания, медикаментозную и при необходимости – психологическую коррекцию.

Доказанной эффективностью при лечении ФД обладает кислотосупрессивная терапия с помощью ИПП и применение прокинетиков.

При смешанном варианте ФД рекомендуется сразу назначать комбинированые препараты, сочетающие в себе ИПП и прокинетики. В Украине в качестве комбинированного лекарственного средства прекрасно зарекомендовал себя препарат «Лимзер» в виде капсул, содержащих 20 мг омепразола и 30 мг домперидона. Применение препарата «Лимзер» 1 раз в сутки позволяет существенно улучшить приверженность больных к лечению и повысить его эффективность.

К преимуществам препарата также следует отнести инновационную технологию замедленного высвобождения действующих веществ, благодаря чему продлевается время его действия, что позволяет достичь хорошего клинического эффекта и улучшить качество жизни пациентов.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Ждан В.М., Лебідь В.Г., Бабаніна М.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Остеоартроз (ОА) – найпоширеніша форма ураження суглобів і найголовніша причина непрацездатності, що викликає погіршення якості життя пацієнтів і значні фінансові витрати, складає 80 % усієї патології суглобів. Відзначено, що в популяції досить частим є поєднання ОА і артеріальної гіпертензії (АГ), яке спостерігається в 40-70% хворих. На даний час не існує єдиної думки про вплив комплексної терапії на рівень артеріального тиску (АТ) у хворих на ОА у поєднанні з АГ.

У дослідженні взяли участь 42 пацієнти, чоловіків і жінок у віці 48-67 років з ОА I-II стадії в поєднанні з АГ I-II ст. Контрольна група – 20 здорових осіб. Основній групі призначалася традиційна патогенетична терапія, яка включала: хондропротектор (структум, який приймали по 1 капсулі 2 рази на добу після їжі, 6 місяців); інгібітор ангіотензинперетво-рюючого ферменту (лізиноприл 5-10 мг на добу після їжі, 6 міс.), препа-рати кальцію (кальцемін адванс або сільвер, або кальцій $Д_3$ нікомед по 2 таблетки на добу після їжі по 4 міс. в весняний і осінній періоди), статини (розувастатин 10мг на добу після їжі, 1 рік).

Ефект лікування оцінювали за індексом Lequesne, Річі, оцінку болю при ходьбі, наявність труднощів у повсякденному житті, обсяг рухів, аналіз больового та запального індексу показники візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю, 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 56 %, ранкова скутість на 27 %, вираженість болю після стояння протягом 30 хв. – 32 %, після подолання певної дистанції – на 57 %, зменшення вираженості болю та дискомфорту при підйомі з положення сидячи – на 40 %. Якість життя за критеріями EuroQol-5D – зменшилися на 56 % труднощі під час ходьби, також при виконанні повсякденної роботи – на 48 %, помірний біль та дискомфорт зменшилися на 36 %, покращився настрій хворих про це свідчить зменшення помірної тривоги і депресій.

Отже, клінічна ефективність проведеної комплексної терапії свідчить про її позитивний вплив на артрологічний статус, якість життя у хворих на ОА в поєднанні з АГ.

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ АУТОІМУННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНІСТЮ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Железнякова Н.М., Гопцій О.В., Зелена І.І.
Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи. Визначення шляхів реалізації аутоімунних реакцій у хворих з коморбідним перебігом хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали і методи. З цією метою було обстежено 47 хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ХП, які склали основну групу, і 32 пацієнта з ізольованим перебігом ХОЗЛ, які увійшли до групи порівняння. Контрольна група була представлена 20 практично здоровими особами, рандомізованими за віком та статтю. Рівень аутосенсибілізації лімфоцитів відносно нормальних тканинних антигенів легень, печінки і міокарда визначали в реакції бласттрансформації лімфоцитів (РБТЛ) з підрахунком кількості проліферуючих лімфоцитів на 100 клітин і відсотка проліферації.

Результати. При оцінці результатів дослідження було виявлено, що у хворих з ХОЗЛ відзначається достовірне підвищення імуногенності у присутності власних антигенів легень – (5,5 ± 0,39) % (норма – (1,67 ± 0,45) %), міокарда – (5,9 ± 0,31) % (норма – (2,45 ± 0,22) %) і печінки – (2,8 ± 0,35) % (норма – (1,34 ± 0,22) %). При ХОЗЛ та ХП також спостерігається достовірне збільшення всіх показників, проте відзначається певний перерозподіл акцентів: найбільша імуногенність спостерігається до антигенів міокарда – (6,8 ± 0,34) % і печінки – ((4,7 ± 0,37) %, при деякому її зниженні до антигенів легенів – (4,2 ± 0,43) % по відношенню до аналогічних показників групи порівняння ($p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів з коморбідних перебігом ХОЗЛ і ХП відзначається значне підвищення ризику формування аутоімунних ускладнень з боку органів-мішенів порівняно з пацієнтами з ізольованим ХОЗЛ, що проявляється достовірним збільшенням імуногенності до нормальних тканинних антигенів печінки і міокарда при даному «нозологічному тандемі».

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Журавльова Л.В., Александрова Н.К., Летік І.В., Федоров В.О.
Харківський національний медичний університет, Україна

Ураження підшлункової залози (ПЗ) при ревматоїдному артриті (РА) зустрічається досить часто. Це зумовлено як розростанням сполучної тканини в ПЗ і розвитком ревматоїдних васкулітів, так і з різноплановою, а іноді і токсичною дією лікарських препаратів.

Мета: визначення стану зовнішньосекреторної функції ПЗ у хворих на РА.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилося 43 хворих на РА в фазі загострення у віці від 35 до 58 років. Із них 28 жінок та 15 чоловіків з тривалістю захворювання від 5 до 20 років. Діагноз РА встановлювали згідно критеріїв Американської ревматологічної асоціації. У всіх хворих була суглобова повільно прогресуюча форма РА. Серопозитивний варіант РА – у 27 хворих (42,2 %). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Хворі одержували базисну терапію (13 – метотриксат, 11 – азатіоприн, 12 – сульфасалазин, 7 – сульфасалазин та преднізолон 10 мг).

Результати. У всіх хворих виявили ураження ПЗ. Але клінічні проявлення порушення екзокринної функції ПЗ були лише у 29 (67,4 %), які проявлялися болями в мезогастрії (15-34,7 %), здуттям живота (24-55,8 %), порушення випорожнення (14-32,5 %). При УЗД ПЗ виявлено неоднорідність структури з ділянками підвищеної ехо-щільності (17-39,5 %), нерівномірність контуру (9-20,9 %) та зменшення розмірів (6-13,9 %). При дослідженні дуоденального вмісту відмічено зниження вмісту основних компонентів панкреатичного соку натще та після стимуляції ($p < 0,05$) при нормальній концентрації цих ферментів в крові ($p > 0,01$). Дослідження імунореактивної фекальної еластази-1 показало зниження її рівня нижче 200 мкг/г кала (стандартний показник норми) у всіх пацієнтів, що свідчило про порушення екзокринної функції ПЗ ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих на РА визначено порушення екзокринної функції ПЗ. Це зумовлено як розростанням сполучної тканини в ПЗ (дані УЗД) в результаті аутоімунних процесів, розвитком васкулітів (погіршення кровообігу в ПЗ), так і токсичною дією ліків (азатіоприн, метотриксат) на ацінарні клітини, що призводить до підвищення в'язкості секрету. Глюкортикоїди (преднізолон) з одного боку стимулюють екзокринну активність ПЗ, з другого – сприяють гіперкоагуляції та підвищенню в'язкості її секрету. Дані порушення можна розцінити як розвиток хронічного панкреатиту: медикаментозного – у випадках негативного впливу лікарських препаратів, ішемічного – в випадках наявності ревматоїдного васкуліту. При цьому незалежно від етіології дані зміни потребують коригуючої терапії ферментними препаратами.

АМБУЛАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ И СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Журавлева Л.В., Ильченко И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Несмотря на необходимость строгого контроля артериального давления (АД), подчеркнутую в рекомендациях по лечению артериальной гипертензии (АГ) ESC, ESH, Ассоциации кардиологов Украины, большинство гипертензивных пациентов не имеют достаточного контроля АД.

Цель. Оценка результатов домашнего измерения АД и суточного мониторирования (СМАД) у пациентов с АГ.

Материал и методы. Проанализированы результаты наблюдения за 286 пациентами с АГ 2-3 степени, которые обращались в клинику в течение года: 135 мужчин и 151 женщина; средний возраст – (58,8 ± 6,4) года; длительность АГ – (15,2 ± 5,8) лет. Оценивались данные двукратного в течение суток (утром и вечером) домашнего измерения АД и СМАД, проводившегося минимум дважды в течение года.

Результаты. Установлено, что регулярно измеряли АД в домашних условиях 72 % больных. Целевые уровни АД < 140/90 мм рт. ст. были достигнуты у 53 %, < 130/85 мм рт. ст. – у 24 %, < 130/80 мм рт. ст. – у 9 % больных; оставались > 140/90 мм рт. ст. – у 14 % больных. По результатам СМАД были получены следующие данные: среднесуточное систолическое АД (САД) снижалось < 130 мм рт. ст., < 140 мм рт. ст. и < 150 мм рт. ст. у 21 %, 42 % и 25 % пациентов, соответственно; оставалось > 150 мм рт. ст. – у 12 % больных. Показатели среднедневного САД < 130 мм рт. ст., < 140 мм рт. ст. и < 150 мм рт. ст. отмечались, соответственно, у 29 %, 37 % и 23 % больных; выше 150 мм рт. ст. – у 11 % больных. Показатели средненочного САД < 120 мм рт. ст., < 130 мм рт. ст., < 140 мм рт. ст. были зафиксированы у 26 %, 44 % и 21 % больных, соответственно; у 9 % лиц оставались > 140 мм рт. ст. Среднесуточное диастолическое АД (ДАД) < 80 мм рт. ст., < 85 мм рт. ст. и < 90 мм рт. ст. было у 19 %, 34 % и 38 % больных, соответственно; оставалось > 90 мм рт. ст. – у 9 % пациентов. Среднедневное ДАД < 80 мм рт. ст., < 85 мм рт. ст. и < 90 мм рт. ст. отмечено у 24 %, 37 % и 28 % больных, соответственно; сохранялось > 90 мм рт. ст. – 11 % случаев. Средненочное ДАД < 80 мм рт. ст., < 85 мм рт. ст. и < 90 мм рт. ст. было у 32 %, 39 % и 19 % больных; оставалось > 90 мм рт. ст. у 10 % больных. При анализе проводимой терапии установлено, что пациенты с хорошим контролем АД принимали 3 (59 % больных), 4 (33 % больных) и 5 (8 % больных) гипотензивных препарата. Пациенты с недостаточным контролем АД получали 1 (9 % больных), 2 (72 % больных) или 3 (19 % больных) препарата.

Выводы. Домашнее измерение АД – наиболее оптимальный режим контроля АД для пациентов, однако является недостаточным и не позволяет выявить скрытую и ночную АГ: в нашем исследовании – у 32 % и 29 % больных, соответственно. Выявление данных нарушений на ранних стадиях и своевременная коррекция терапии необходимы для предотвращения сердечно-сосудистых событий.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Журавльова Л.В., Лахно О.В., Цівенко О.І.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи: вивчити ефективність вітчизняного препарату урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) – Укрлів у хворих з неалкогольної жирової хворобою печінки (НАЖХП).

Матеріали і методи. Дослідження проведені у 25 пацієнтів НАЖХП. Усім хворим проводилося клініко-біохімічне, імунологічне, вірусологічне (маркери не виявлені), ультразвукове дослідження (УЗД). У 5 хворих з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) була проведена пункційна біопсія печінки. Стеатоз діагностовано у 10 пацієнтів, НАСГ – у 15 хворих. Надлишок маси тіла відзначався у 4 хворих, ожиріння I ступеня – у 5, II ступеня – у 8, III ступеня – у 3 пацієнтів. У 10 хворих виявлено порушення вуглеводного обміну (у 6 осіб – порушення ТТГ, у 4 – цукровий діабет (ЦД) 2 типу). Хворі отримували препарат Укрлів 10 мг на кг 1 раз на добу в поєднанні з метформіном по 1000 мг на добу протягом 3 місяців на тлі дієтотерапії та модифікації способу життя.

Результати. На тлі лікування відмічено регресування рівня холестерину з 7,3 ммоль/л до 5,7 ммоль/л. У 8 пацієнтів зменшився осад в порожнині жовчного міхура. У пацієнтів зі стеатогепатитом в 3 випадках нормалізувалися показники АЛТ, АСТ, білірубіну, у 17 – достовірно знизилися. У 5 осіб з порушенням ТТГ дійшли нормі показники глікемії, у 4 хворих з ЦД покращилися значення вуглеводного обміну.

Висновки. Призначення препарату Укрлів у поєднанні з метформіном є патогенетично обґрунтованим підходом в терапії НАСГ, тому що Укрлів володіє такими ефектами препаратів цієї групи, як гепатопротекція, антиоксидантна, гіполіпідемічна та антифібротична дія. Отримані результати можуть бути підставою призначення препаратів УДХК для лікування НАЖХП не тільки на стадії стеатогепатиту, а й на етапі стеатозу для профілактики прогресування захворювання.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕВМАТОЛОГИИ

Журавлева Л.В., Федоров В.А., Александрова Н.К., Олейник М.А., [*]Ерахторина Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
[*]КУОЗ областная клиническая больница – центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, г. Харьков, Украина

Основой современной биологической терапии, существенно изменившей всю систему лечения ревматических заболеваний, является применение антагонистов фактора некроза опухолей альфа (ФНО-α). Препараты этого класса в наибольшей степени соответствуют представлениям о «болезнь-контролирующих» средствах, поскольку значительно уменьшают непосредственные проявления заболеваний и существенно тормозят деструкцию суставов, приводя к развитию ремиссии заболевания с недостижимой ранее частотой.

Цель: изучить эффективность применения химерных моноклональных антител больным с хроническими воспалительными заболеваниями опорно-двигательной системы.

Материалы и методы. В ревматологическом отделении КУОЗ «Областная клиническая больница – центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» Харькова (база кафедры внутренней медицины №3 ХНМУ) биологическая терапия была включена в схемы лечения 25 больных (19 мужчин и 6 женщин) с ревматологическими заболеваниями, из них 18 больных с анкилозирующим спондилоартритом, 5 с ревматоидным артритом и 2 с псориатическим артритом. Средний возраст – (51,5 ± 9,5) лет. Всем пациентам на начальном этапе был назначен ремикейд. Двум больным анкилозирующим спондилоартритом, у которых не было достаточного эффекта после 2-х курсов применения ремикейда, была назначена хумира (также двумя курсами), с помощью которой удалось остановить прогрессирование патологического процесса.

На основании проведенных наблюдений отмечено, что после применения биологических препаратов практически у всех больных было достигнуто прекращение прогрессирования суставной деструкции, снижение болевого синдрома и увеличение объема движений в суставах. Из побочных эффектов у 1 больного отмечалось появление аллергической сыпи после применения ремикейда.

Выводы. Назначение биологической терапии приводило к прекращению прогрессирования суставной деструкции, уменьшению болевого синдрома и улучшению общего состояния пациента. Однако для более полноценных выводов необходимо большее количество наблюдаемых больных, более длительный период наблюдения для оценки действия препаратов, дальнейшее изучение вопросов безопасности их применения.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТОГЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Журавлева Л.В., Шеховцова Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью данного исследования было изучение эффективности методов лечения панкреатогенного сахарного диабета (СД) при различных формах хронического панкреатита (ХП).

Методы. В исследование были включены 65 больных ХП и впервые выявленным СД. Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа включала 27 больных с алкогольной формой ХП и 2-я группа – 38 больных билиарной формой ХП. Критерии включения – наличие одного из двух факторов: злоупотребление алкоголем или заболевания желчевыводящей системы. Критерии исключения – наличие 1-го и 2-го типов СД. Диагноз ХП устанавливался на основании клиники, определения α-амилазы крови, эластазы-1 в кале, СРП, а также УЗИ. Диагностика СД и нарушения толерантности к глюкозе проводилось согласно рекомендациям ВОЗ (1999), с определением гликемического, глюкозурического профилей, гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Всем больным с впервые выявленным СД рекомендовали изменение образа жизни, диетотерапию, согласно стандартам, а также прием креона в дозе 40000- 80000 ед./сутки. Результаты оценивались через 3 и 6 месяцев по уровню HbA1c. При недостаточной компенсации углеводного обмена через 3 месяца к лечению добавлялись метформин или гликлазид.

Результаты. Изменение образа жизни на фоне ферментной терапии оказалось более эффективным у больных билиарным ХП, при котором целевые уровни HbA1c были достигнуты у 21 % больных, в отличие от алкогольной – у 9,8 % больных. Добавление к терапии гипогликемических препаратов дало существенный результат у больных обеих групп. При алкогольной форме ХП на фоне приема гликлазида целевые уровни HbA1c достигались у 29 % больных. А при билиарной форме ХП более высокую эффективность показал гликлазид, чем метформин, у 29 % и у 33 % больных соответственно, были достигнуты целевые уровни HbA1c.

Выводы. Этиология, особенности клинического течения СД накладывают определенные отпечатки на результаты лечения панкреатогенного СД. Установлено, что изменение образа жизни и прием ферментов дает положительный результат лишь у 10-20 % больных, что требует дополнительного назначения гипогликемических препаратов. Дальнейшие исследования в данной области представляют значительный практический интерес.

ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО СКЛАДУ СЛИНИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З ЕЗОФАГЕАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Заздравнов А.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

У хворих на ревматоїдний артрит (РА) езофагеальні ускладнення є досить частими. Печія, основна ознака гастроезофагеального рефлюксу, турбує осіб з РА в 2,4 рази частіше ніж в популяції. Зацікавленість в дослідженні слини у даних пацієнтів обумовлена її провідною роллю в преепітеліальному захисті стравоходу. Окрім загального об'єму слини, значна роль в езофагопротекції належить її мінеральному складу. Особливу увагу привертають есенційні мікроелементи цинк (Zn) та мідь (Cu). За участю Zn відбувається посттравматична регенерація, він справляє антиульцерогенний ефект. Cu бере участь в синтезі колагену та еластину, її дефіцит спричиняє анемію, порушення остеогенезу, появу артритів.

Мета роботи: дослідити вміст Zn та Cu в слині хворих на РА, ускладнений патологією стравоходу. З'ясувати впливу дисбалансу даних мікроелементів на патогенез езофагеальних ускладнень у хворих на РА.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 55 хворих на РА з езофагеальними ускладненнями (основна група) та 25 осіб з РА без патології стравоходу (група порівняння). Групи хворих були співставимі за основними ознаками. Забір слини проводили вранці, впродовж 10 хвилин пасивної секреції. Вміст Cu та Zn вивчали методом колориметрії. Отримані результати порівнювали з аналогічними показниками 20 практично здорових осіб (контрольна група).

Результати та їх обговорення. На етапі сіалометрії було виявлено достовірне ($p < 0,05$) зменшення базальної секреції слини в основній групі хворих ((0,26 ± 0,010) мл/хв.) при співставленні з групою порівняння ((0,31 ± 0,021) мл/хв.) та групою контролю ((0,41 ± 0,022) мл/хв.). Вміст Zn в слині був меншим ($p < 0,05$) у хворих основної групи ((0,20 ± 0,012) мг/мл) порівняно з групами порівняння ((0,25 ± 0,020) мг/мл) та контролю ((0,31 ± 0,03) мг/мл). Саліварна концентрація Cu в групах хворих не мала вірогідних ($p > 0,05$) розбіжностей. Отже, дефіцит слини у осіб основної групи обтяжувався ще й зниженим саліваторним вмістом Zn. До речі, жоден з обстежених хворих основної групи та 20 (80 %) пацієнтів групи порівняння не мали повного зубного ряду, що можна пояснити як гіпосалівацією, так і зниженим рівнем Zn в слині, адже його дефіцит сприяє каріозному процесу.

Висновки. У хворих на РА із езофагеальними ускладненнями спостерігається знижена концентрація Zn на тлі гіпосалівації. Дані розлади сприяють порушенню преепітеліального захисту слизової оболонки стравоходу та виступають одним з чинників існування й прогресування езофагеальних ускладнень.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ СЕРЕД СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО РАЙОНУ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

[*]Зазикіна Д.С., Флегантова Б.Л.

[*]ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Полтавська державна аграрна академія

Формування центрів первинної медичної допомоги спонукає розробляти механізми вивчення і аналізу стану здоров'я всіх членів родини

Відома важлива роль мікроелементів і, особливо, заліза у забезпеченні нормального ерітропоеза і нормальної діяльності всіх систем організму. Задачею нашого дослідження було вивчення розповсюдження залізодефіцитної анемії (ЗДА) в усіх вікових групах населення. Ми використали дані щорічної статистичної звітності за формою № 071-1/$_0$ впродовж трьох – 2010,2011,2012 років. На кінець 2010 і 2011 років кількість дітей від 0 до 14 років була однакова - 8051, але хворих на ЗДА у 2011 році було більше на 37 дітей. У 2012 році кількість дітей від 0 до 14 років зросла і становила 8196, а число хворих на ЗДА зменшилось на 11 осіб. Дослідили структуру ЗДА у дітей за віком. Найбільша кількість хворих зареєстрована у віці 0-6 років вродовж всіх трьох років. У подальшому у віці 7-14 років чисельність хворих дітей на ЗДА зменшилась на 23 %.

Загальна кількість людей в районі від 18 років і старше дорівнює у 2010 році – 56695; 2011 році-67020; 2012 році – 57068. Загальні дані кількості хворих на ЗДА у віковій групі від 18 років і старше ,у тому числі жінки 55 років і чоловіки 60 років представлені у таблиці.

Таблиця. Кількість хворих на ЗДА

Роки	Усього	Чоловіки	Жінки
2010	714	114	600
2011	779	156	623
2012	846	163	683

За даними таблиці виявлена значна перевага і зростання у 2012 році кількості жінок хворих на ЗДА.

Висновки. Порівняння кількості хворих дітей на ЗДА у віці 0-6 років і 7-14 років свідчить про те, що діти у віці 0-6 років потребують особливої уваги з метою забезпечення достатнього вмісту заліза у харчовому раціоні для усунення залізодефіцитної анемії.

Особливу увагу необхідно звернути на збереження кількості хворих жінок на залізодефіцитну анемію у віці 55 років і старше у 2012 році.

СПОСІБ ПРИЗНАЧЕННЯ ПОДВІЙНОЇ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ФОРМИ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З АСПІРИНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Запровальна О.Є., Бондар Т.М., Ткаченко О.В., Бесєдіна А.С.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування хворих на хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) (стабільна стенокардія напруження, післяінфарктний кардіосклероз) при наявності вторинної аспіринорезистентності.

Характеристика пацієнтів і методи. Обстежено 60 хворих (60 % чоловіків і 40 % жінок у віці від 45 до 74 років (середній вік – (55,56 ± 1,28) років) на хронічні форми ІХС, зокрема 56 хворих зі стабільною стенокардією напруження 2-3 класу, які у догоспітальний період приймали ацетилсаліцилову кислоту (АСК). Індивідуальну чутливість до АСК у пацієнтів, які у догоспітальний період приймали АСК, оцінювали шляхом додаткового визначення у сечі концентрації стабільного метаболіту тромбоксану А2, 11-дегідро $ТхВ_2$ імуноферментним методом.

Результати: розроблений та запатентований в Україні **(**заявка на корисну модель № u2013 07876; пріоритет 20.06.2013 р.) спосіб призначення подвійної антитромбоцитарної терапії у комплексному лікуванні аспіринорезистентних хворих на хронічні форми ІХС, у якому у складі комплексного лікування із застосуванням антиангінальних (нітрати та бета-адреноблокатори), антигіпертензивних (ІАПФ та ін.) та гіполіпідемічних препаратів (статини) призначають у якості антитромбоцитарного препарату ацетилсаліцилову кислоту (АСК) (діапазон доз 81-162 мг/добу) для постійного прийому. При цьому до початку лікування у хворих оцінюють індивідуальну чутливість до АСК. Новим є те, що якщо концентрація 11-дегідро $ТхВ_2$ у сечі на тлі довгострокового прийому АСК більш або дорівнює 3,0 нг/мг креатиніну, свідчать про вторинну резистентність до АСК, і додатково до АСК (у дозі 75 мг/добу) призначають клопідогрель у дозі 75 мг/добу. При цьому здійснюють постійний моніторинг аспіринорезистентності на тлі регулярного прийому АСК на черговому етапі обстеження, кожні 3 місяці.

Висновки. Додаткове визначення у сечі концентрації 11-дегідро $ТхВ_2$ забезпечує можливість здійснювати більш достовірну оцінку індивідуальної чутливості до АСК простим, відтворюваним та неінвазивним методом. А це дозволяє у аспіринорезистентних хворих з хронічними формами ІХС здійснювати адекватну корекцію антитромбоцитарних препаратів, зменшити смертність та нефатальні серцево-судинні події та підвищити ефективність лікування цієї категорії в цілому.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Запровальная О.Е., Комир И.Р., Бондарь Т.Н., Ченчик Т.А., Дмитренко Р.И.

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

Цель исследования. Оценить взаимосвязь индекса массы тела (ИМТ) с показателями тромбоцитарного гемостаза у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 85 пациентов с верифицированной ИБС, длительно принимающие ацетилсалициловую кислоту (АСК). В качестве критерия биохимической аспиринорезистентности (АР) определяли уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 в моче (нг/мг креатинина) иммуноферментным методом с использованием набора реактивов производства Assay Designs, Inc.(США). Для выявления функциональной АР оценивали агрегационную активность тромбоцитов турбидиметрическим методом с использованием в качестве индукторов агрегации АДФ (концентрация в кювете 10 мкМ) и арахидонат (0,5 мМ). ИМТ рассчитывали по методу Кетле на основании антропометрических измерений согласно стандартным методикам.

Результаты: По результатам проведенной антропометрии пациенты были разделены на 5 групп: 1-ю группу составили 10 пациентов с ИМТ < 18,5 %, 2-ю – пациенты с нормальным значением ИМТ от 18,5-24,9 % (12 человек), пациенты с ИМТ 25,0-29,9 % составили 3-ю группу (22 человека), 4-я группа (31 человек) включала пациентов с ИМТ 30-35 %; и 5-я – пациентов с ИМТ более 35 % (13 человек).

Оценка активности тромбоцитарного гемостаза по уровню АДФ-СИАТ выявила достоверные различия только между показателями пациентов 1-й и 5-й группами (59,4 ± 4,1) % и (74,4 ± 3,1) % ($p < 0,05$). По уровню арахидонат-СИАТ показатели пациентов с ожирением (4-я и 5-я группы) не только достоверно отличались от показателей пациентов с недостатком веса (1-я группа), но и от показателей пациентов нормального веса (2-я группа). Оценка уровня ТхВ2 в моче также подтвердила более высокую активность синтеза тромбоксана А2 у пациентов с ожирением.

Выводы. Ожирение может являться дополнительным фактором, способствующим повышению активности тромбоцитарного гемостаза и снижающим эффективность антитромбоцитарной терапии.

ВЛИЯНИЕ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Запровальная О.Е., Оврах Т.Г., Ткаченко О.В., Клименко Т.И., Клещевникова Л.Л.

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

Цель исследования. Оценить возрастные особенности тромбоцитарного гемостаза у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ).

Материалы и методы. Обследовано 110 человек трех возрастных групп. 67 пациентов с ИБС, находящихся на ДАТ (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75 мг/сут. и клопидогрель 75 мг/сут.: 30 пациентов до 60 лет (средний возраст (51,11 ± 5,80) лет), 28 пациентов 60-70 лет (средний возраст (63,06 ± 2,35) лет), и 9 пациентов старше 70 лет (средний возраст – (75,11 ± 3,89) лет). Группу контроля составили лица без ИБС, не получавшие антиагреганты: 25 человек до 60 лет (средний возраст – (42,84 ± 2,36) лет), 10 человек 60-70 лет (средний возраст – (62,0 ± 2,28) лет) и 8 лиц старше 70 лет (средний возраст – (74,25 ± 2,60) лет). Оценивалась АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов по суммарному индексу агрегации тромбоцитов (СИАТ, %). У пациентов с ИБС дополнительно оценивали уровень 11-дегидро-тромбоксана B_2 в моче (нг/мг креатинина).

Результаты. Оценка агрегационной активности тромбоцитов у лиц контрольной группы выявила увеличение СИАТ АДФ-АТ с возрастом: до 60 лет (65,95 ± 2,07) %, 60-70 лет – (76,65 ± 1,62) %, старше 70 лет – (80,9 ± 1,76) %, ($p < 0,05$) СИАТ АДФ-АТ пациентов с ИБС за счет ДАТ был достоверно ниже, чем показатели лиц контрольной группы соответствующих возрастных групп. При сравнении разных возрастных категорий пациентов с ИБС также отмечалось достоверное увеличение индекса агрегации у лиц старших возрастных групп, по сравнению с пациентами в возрасте до 60 лет. СИАТ АДФ-АТ группы до 60 лет составил (50,71 ± 1,62) %, 60-70 лет – (63,20±1,43) %, старше 70 лет – (58,9 ± 1,56) %, ($p < 0,1$). Уровень 11-дегидро-ТхВ2 в моче в группе пациентов с ИБС до 60 лет составил (1,86 ± 0,28) %, 60-70 лет (2,84 ± 0,54) %, старше 70 лет – (2,39 ± 0,46) %, ($p < 0,1$). При этом показатели пациентов с ИБС в возрасте старше 70 лет имели тенденцию к снижению по сравнению с показателями группы в возрасте 60-70 лет

Выводы. Агрегационная активность тромбоцитов увеличивается с возрастом как при ИБС, так и у здоровых лиц. ДАТ наиболее эффективно блокирует активность тромбоцитов у больных с ИБС в возрастной категории до 60 лет. У пациентов старше 60 лет наблюдается снижение чувствительности к АСК, что может способствовать увеличению агрегационной активности тромбоцитов и снижению эффективности антитромбоцитарной терапии.

ИММУНОПРОТЕКТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ МАЗИ ТИОТРИАЗОЛИНА С НАНОЧАСТИЦАМИ СЕРЕБРА ПРИ ЛОКАЛЬНОМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОМ ОБЛУЧЕНИИ

Звягинцева Т.В., Гринь В.В., Мироненко С.И.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью данной работы было изучение иммунопротекторной активности мази тиотриазолина с наночастицами серебра при локальном ультрафиолетовом облучении (УФО) кожи морских свинок.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 24 морских свинках-альбиносах, распределенных на 4 группы: интактные (первая группа), животные, подвергшиеся локальному УФО (контроль, без лечения, вторая группа), животные, подвергшиеся локальному УФО с применением препарата «Мазь тиотриазолина 2 %» (третья группа) и мази тиотриазолина с наночастицами серебра (четвертая группа). Фотопротекторную активность изучали на модели острого экссудативного воспаления – УФ-эритемы. Облучение проводилось дозой 1 МЭД (минимальная эритемная доза). Мази наносились на поврежденную поверхность кожи за 40 минут до, через 2 часа после облучения и ежедневно до исчезновения эритемы. Уровень интерлейкина-12 (IL-12) и интерлейкина-13 (IL-13) в крови определяли иммуноферментным методом после исчезновения эритемы.

Результаты исследования. По результатам нашего исследования после исчезновения эритемы (10 сутки) уровень IL-12 и IL-13 в сыворотке крови морских свинок, подвергшихся локальному УФО, был сниженным в сравнении с интактными животными на 39 % и 25 %, соответственно. Под влиянием препарата «Мазь тиотриазолина 2 %» в ранний постэритемный период (8 сутки) содержание IL-12 возрастало на 32 %, а концентрация IL-13 – на 42 % по сравнению с контролем. При применении мази, содержащей тиотриазолин с наночастицами серебра, на 6 сутки (время исчезновения эритемы) уровень IL-12 увеличивался по отношению к группе без лечения на 47 % и на 17 % по сравнению с группой, получавшей мазь тиотриазолина. Содержание IL-13 также возрастало на 49 % по сравнению с контролем и на 11 % по сравнению с группой, получавшей препарат сравнения.

Выводы. Включение наночастиц серебра в мазь тиотриазолина повышает ее иммунопротекторную эффективность, о чем свидетельствует увеличение уровней IL-12 и IL-13 в крови, снижение которых индуцировано УФО.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Іванова Л.М., Компанієць К.М., Височин М.В., Пілієва О.В.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

Обстежено 269 хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) у сполученні з ішемічною хворобою серця (ІХС), середній вік яких склав (42,5 ± 4,5) років, з тривалістю поєднаної патології від 1 до 12 років. Верифікацію ХНХ здійснювали відповідно з Наказом МОЗ України № 271 (2005); ІХС – Наказом МОЗ України № 436 (2006), а також на підставі рекомендацій Української асоціації кардіологів (2011). При створенні програми медичної реабілітації частині хворих, у яких виявлена нестійка ремісія ХНХ (56 осіб), в середньому через 3 місяця після завершення основного лікування було призначено сучасний комплексний рослинний препарат фітосед (по 2 капсули 3 рази на добу перорально через 30 хвилин після їжі, запиваючи 100 мл рідини, впродовж 4 тижнів), якому притаманні седативний ефект, зниження рівня ліпідів, холестерину та тригліцеридів крові. У результаті клінічних спостережень встановлено, що істотне поліпшення самопочуття та ліквідація проявів астеноневротичного синдрому у хворих, які отримували рослинний препарат фітосед, відбувалася протягом перших 2-3 тижнів з моменту призначення курсу реабілітації. Поряд з істотним поліпшенням загального самопочуття пацієнтів та зменшенням кількості скарг, які характеризують психоемоційний стан, істотно зменшувались скарги на тяжкість в правому підребер'ї – в 8,9 та в 1,7 рази відповідно ($p < 0,01$) в порівнянні з хворими (49 пацієнтів), яким призначали традиційні реабілітаційні заходи (ферментні препарати, відвари фітозборів з протизапальною та жовчогінною дією, фізіотерапевтичні процедури), ліпідний профіль крові зберігався в межах нормальних значень ($p > 0,05$), що свідчить про позитивний ефект призначення фітоседу.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Ілащук Т.О., Бачук-Понич Н.В., Лукашевич І.В., Кардаш Г.Я.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останні десятиліття серед найбільш актуальних проблем сучасної медицини виділяється проблема коморбідності захворювань. Згідно з даними ВООЗ у людей віком до 40 років констатується 2-4 захворювання, віком до 60 років – 5-7 захворювань, після 70 років – 8-10 захворювань. Наявність метаболічного синдрому (МС) значно підвищує ризик серцево-судинних або ниркових подій у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та артеріальну гіпертензію.

Метою дослідження було вивчення добової ритміки артеріального тиску у 50 хворих на стабільну стенокардію (СС) ІІ-ІІІ функціонального класів та метаболічним синдромом. Аналізуючи результати добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ) виявлено вірогідне зростання показника середньодобового систолічного артеріального тиску (САТ) у пацієнтів із СС та МС порівняно з групою хворих без МС (дані показники становили, відповідно, (157,26 ± 5,13) мм рт. ст. і (143,24 ± 4,71) мм рт. ст., $p < 0,05$). Аналогічна тенденція спостерігалась і для величини стандартного відхилення (СВ) систолічного АТ, яка характеризує добову варіабельність АТ (дані показники становили відповідно у пацієнтів зі СС та МС (19,24 ± 0,72) %, у хворих на СС – (15,98 ± 0,31) %, $p < 0,005$). У досліджуваних хворих відбувалось зменшення значень добового індексу (ДІ) як систолічного, так і діастолічного АТ, причому у пацієнтів з супутнім МС ці зміни були виражені сильніше, що є прогностично несприятливим фактором та може бути зумовлено формуванням монофазної добової кривої АТ, яка є маркером дестабілізаціє перебігу ІХС. Домінуючим типом добового ритму у хворих на СС та МС була монофазна добова крива з ДІ менше 10 % (“non-dipper”) і реєструвалась у 60 % пацієнтів цієї групи.

Досліджено зміни рівня глікозильованого гемоглобіну (HBA1c) у пацієнтів зі СС та МС в залежності від того, який добовий профіль АТ зареєстровано під час проведення ДМАТ. Виявлено, що у пацієнтів з прогностично сприятливим добовим профілем АТ «dipper» рівень HBA1c був достовірно меншим ((7,56 ± 0,37) %) у порівнянні з пацієнтами, у яких реєструвалися прогностично несприятливі профілі АТ ((8,78 ± 0,44) %, $p < 0,05$),

Згідно з отриманими результатами дослідження виявили, що перебіг АГ у пацієнтів з МС є більш агресивним, що може призвести до стрімкого розвитку цереброваскулярних, ниркових ускладнень, і, як наслідок, до збільшення ризику кардіоваскулярної та загальної смертності у хворих на ІХС.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ОСТЕОАРТРОЗОМ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ: ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

Ілащук Т.О., Швець Н. В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою роботи є огляд літератури з аналізом впливу підвищеного артеріального тиску (АТ) на функціональний стан нирок у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім остеоартрозом, на фоні надлишкової маси тіла з оцінкою ефективності застосування омега 3 поліненасичених жирних кислот (Омега3 ПНЖК) у даної групи пацієнтів.

В усьому світі зростає поширеність ожиріння. Підвищений АТ, що вимагає лікарського обстеження і лікування, є майже у кожного четвертого жителя нашої планети. Ряд численних досліджень показує, що вищезазначені стани між собою взаємопов'язані, і підвищення АТ корелює зі зростанням індексу маси тіла. Особливістю літнього віку є наявність остеоартрозу (ОА), який у віці понад 75 років складає 90 %. Ключовими засобами для лікування уражень опорно-рухового апарату залишаються нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). З метою усунення симптоматики ОА хворі вимушені приймати їх іноді роками. Питання кардіоваскулярної безпечності НПЗП залишається відкритими.

Одним із органів-мішеней за гіпертензії є нирки. Вони чутливі до коливань АТ, і по мірі прогресування гіпертензії зазнають незворотних анатомо-фізіологічних змін. Відповіддю їх за гіпертензії може стати включення ряду якісно нових факторів підтримання гіпертензії, що призводить до замикання «вадного кола» і самопідтримки прогресії гіпертензії.

Гіперхолестеролемія як маркер розвитку кардіоваскулярної патології є також одним із факторів ризику для ОА: продукти вільнорадикальної модифікації ліпідів, такі, як окислені ліпопротеїди низької щільності, задіяні у продукції реактогенних форм кисню посередництвом стимуляції лектиноподібних рецепторів, і подальшої стимуляції утворення прозапальних цитокінів: фактор некрозу пухлин (TNF-альфа), інтерлейкінів-1β та -6. Тучність вважають незалежним фактором розвитку і прогресування кардіоваскулярної патології. Експансія жирової маси в організмі часто асоціюється з присутністю маловираженого прозапального фону, котрий взаємодіє і модифікує процеси метаболізму в різних тканинах і органах, зокрема, суттєво порушує метаболізм сполучної тканини опорно-рухового апарату та сигнальні властивості інсуліну.

За надлишкової маси тіла гормони та цитокіни, які утворює жирова тканина, взаємодіють на рівні нейрональних систем, спричиняючи гіперактивацію симпатичної активності, зростання рівня АТ.

Таким чином, показано єдність патогенезу досліджуваних патологічних процесів, для лікування яких доцільним є призначення оЗ-ПНЖК, що стануть основою вдосконалення патогенетично обґрунтованого і впровадженого в практику охорони здоров'я підходу до лікування метаболічних порушень.

ОСОБЛИВОСТІ МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З МІТРАЛЬНОЮ РЕГУРГІТАЦІЄЮ

Ілляш М.Г., Зелененька Л.І., Базика О.Є., Довганич Н.В.

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

Мета дослідження - вивчити добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ ст. та гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ) з мітральною регургітацією (МР) І та ІІ ст. 42 хворим проведено ДМАТ на тлі антигіпертензивного лікування. В залежності від ступеню МР, визначеної за даними доплер-ЕхоКГ, в 1-шу групу ввійшли пацієнти з МР І ст. (n = 30), 2-гу групу – з МР ІІ ст. (n = 12).

Аналіз показників систолічного та діастолічного офісного АТ (САТ та ДАТоф.) продемонстрував тяжчий перебіг ГХ в 2й групі. Значення САТ оф. у осіб 1ої групи були достовірно ($p < 0,05$) меншими – (154,7 ± 3,2) проти показників в 2й групі – (172,1 ± 9,2) мм рт. ст. Показники ДАТоф. були (95,7 ± 1,9) проти (99,7 ± 2,4) мм рт. ст. в 1й та 2й групах, відповідно ($p > 0,05$).

Аналіз показників середньодобового систолічного та діастолічного АТ (САТсер.доб. та ДАТсер.доб.) (таблиця 1), не показав достовірних відмінностей між показниками в групах хворих. Не було відмінності в групах між САТсер. денним, САТсер. нічним, ДАТсер. денним та ДАТсер. нічним. Значення добового індексу (ДІ) АТ в 1 й групі були достовірно ($p < 0,01$) вищими в порівнянні з 2ою групою. Аналіз значень ДІ показав, що кількість осіб із добовим профілем АТ (10–20 %) – “dipper” склала майже однакову частку в обох групах. В 1й групі основна кількість осіб були з ДІ (0–10 %) – “non-dipper”, в 2й групі вдесятеро більша кількість хворих мала найбільш прогностично несприятливий тип добового профілю АТ – “night-peaker”(0 – -10 %).

Таблиця – Показники ДМАТ у групах хворих

Групи хворих	САТ доб., мм рт. ст.	ДАТ доб., мм рт. ст.	ДІ, %	Dipper, %	Non-dipper, %	Night-peaker, %
з МР І ст. (n = 30)	132,72 ± 2,94	82,4 ± 2,33	9,2 ± 1,4*	29,6	69,2*	3,9*
з МР ІІ ст. (n = 12)	133,45 ± 3,36	78,34 ± 3,11	3,7 ± 4,45	22,2	33,33	44,4

* - $p < 0,05$ – достовірність показників.

Результати дослідження вказують, що у хворих на ГХ ІІ ст. МР ІІ ст. стає одним із чинників погіршення добового профілю артеріального тиску, що в свою чергу обумовлює вплив на прогноз життя у пацієнтів з тривалим перебігом ессенціальної гіпертензії.

СПОСОБ МОДИФИКАЦИИ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Исаева А.С., Мартыненко А.В., Остропolец С.В.

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

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Целью данной работы было создание модифицированной системы оценки сердечно-сосудистого риска, включающей гормональный фактор, у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы. Метод уточнения риска сердечно-сосудистых событий основан на стандартной шкале SCORE. Все данные были разбиты на 6 групп согласно значениям SCORE. Достоверность различия между группами была проверена на основании двухфакторного рангового дисперсионного анализа Фридмана для связанных выборок на уровне значимости $p < 0,005$. В качестве признака, центрирующего распределения была выбрана медиана. Во всех группах отмечалось увеличение ФСГ и возраста с ростом SCORE. При этом в группах со SCORE=3 и SCORE=4 при одинаковом значении медианы возраста – 61 год, меньшее значение медианы ФСГ соответствует меньшему значению SCORE. Факторный анализ всей совокупности данных указывает на наличие 2-х факторов, формирующих приращение SCORE. Анализ методом главных компонент позволяет идентифицировать факторы как: 1 – Гормональный; 2 – Возрастной. Гормональный фактор преимущественно связан с ФСГ, а возрастной определялся не только календарным возрастом пациентки, но связан с гормональным статусом женщины (таблица).

Таблица – Факторные координаты по переменным ФСГ и Возраст представленные для шести групп пациенток, образованных в соответствии с уровнем SCORE

	Факторы	0_{SCORE}	1_{SCORE}	2_{SCORE}	3_{SCORE}	4_{SCORE}	5_{SCORE}
ФСГ	1	26.2	23.2	24.1	18.7	13.1	33.5
	2	-0.3	-0.2	-0.4	0.1	0.8	0.5
Возраст	1	1.7	1.2	2.1	-0.2	-2.4	-2.1
	2	5.1	4.1	4.1	3.9	4.6	4.9

Корректировка гормонального статуса (оцененного по ФСГ) оказывает существенное влияние на уровень SCORE

Таким образом, оценка сердечно-сосудистого риска у женщин в перименопаузе определяется не только их биологическим возрастом, но также зависит от гормонального статуса. В первую очередь это имеет значение для пациенток с естественной менопаузой в возрасте от 60 до 65 лет.

ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Кадикова О.І., Кравчун П.П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Наявність супутньої патології істотним чином впливає на перебіг артеріальної гіпертензії (АГ). Найчастіше АГ ускладнюється цукровим діабетом (ЦД). Основним методом виявлення АГ та оцінки ефективності терапії в повсякденній практиці залишається одно – або кількаразове (триразове за рекомендаціями ВООЗ) вимірювання артеріального тиску (АТ). Певний прогрес в уточненні та доповненні традиційного одноразового вимірюванні АТ пов'язаний з впровадженням методу добового моніторування артеріального тиску (ДМАТ).

Мета – оцінити показники добового моніторування артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Відповідно до мети дослідження нами проведено комплексне обстеження 105 хворих на АГ. Усі пацієнти з АГ були поділені 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 (ЧСС), добовий індекс САТ, ДАТ, індекс навантаження часом для САТ, ДАТ.

Установлено, що для більшості обстежених хворих на АГ та ЦД 2 типу (44,6 %) характерний двофазний ритм АТ «non-dipper» при добовому індексі 0-10 %. Достовірно рідше, ніж у контрольній групі, зустрічався збережений двофазний ритм «dipper» при величині добового індексу 10-20 % (у 25 % хворих). Двофазний ритм «over-dipper» з нічним зниженням АТ більш 20 % зафіксований у 9,4 % хворих. Ритм «night-peaker», який характеризується підвищенням нічних показників АТ (негативний добовий індекс), спостерігався в 5 % хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу. У частини хворих (16 %) відзначений невизначений добовий ритм АТ з різними якісними категоріями добових індексів САД і ДАТ.

Таким чином, у 75 % хворих на АГ та ЦД 2 типу відзначається відхилення двофазного добового ритму в порівнянні з нормою «dipper».

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЗАСОБІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З УРАХУВАННЯМ ДИНАМІКИ АДИПОКІНОВОГО ОБМІНУ

Кадикова О.І., Дунаєва І.П.

Харківський національний медичний університет, Україна

Недостатньо дослідженими є питання низької прихильності та чутливості хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу до антигіпертензивної терапії, що, за даними літератури, не перевищують 25-50 % і, певною мірою, визначаються індивідуальною фармакогенетикою та фармакогеномікою препаратів.

Мета дослідження – оцінити динаміку адипоцитокінового обміну у хворих на артеріальну гіпертензію з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Для порівняльної оцінки терапевтичного ефекту було сформовано дві групи хворих: перша група хворих на АГ з ЦД 2 типу, яким було призначено терапію раміприлом (n = 30) у добовій дозі 10 мг й друга група хворих на АГ з ЦД 2 типу, яким було призначено терапію валсартаном (n = 30) у добовій дозі 160 мг.

Для визначення рівня резистину було застосовано імуноферментний метод із використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «BioVendor» (Чеська Республіка). Вміст адипонектину в сироватці крові хворих визначали імуноферментним методом із використанням набору реактивів Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit виробництва фірми «ASSYPRO» (США).

При попередньому аналізі вихідні антропометричні (маса тіла, індекс маси тіла, об’єм талії та об’єм стегон), гемодинамічні (систолічний та діастолічний артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, пульс) і біохімічні показники в підгрупах достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). На підставі цього можна стверджувати, що дія дослідженого способу медикаментозної терапії реалізовувалася на ідентичному тлі.

При вивченні динаміки адипоцитокінового обміну, на тлі терапії раміприлом, було виявлено достовірне зниження рівня резистину на 9,38 % і збільшення рівня адипонектину на 21,80 % у порівнянні з валсартаном ($p < 0,05$).

Таким чином, раміприл відповідає всім вимогам, що пред'являються до антигіпертензивних препаратів і забезпечує не тільки адекватний добовий контроль артеріального тиску, а й надає позитивну метаболічну дію, що призводить до значного зниження ризику розвитку та прогресування серцево-судинних ускладнень у порівнянні з валсартаном.

РІВЕНЬ ОСТЕОПОНТИНУ У ХВОРИХ З КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Калашник Д.М., Крахмалова О.О., Бондар Т.М., Колесникова О.М., Гетман О.А., Гордієнко М.О.

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

Мета: дослідити рівень остеопонтину у хворих на хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), ішемічну хворобу серця (ІХС) та поєднану патологію – ХОЗЛ та ІХС.

Матеріали і методи дослідження: обстежено 16 хворих на ХОЗЛ , 19 – на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, 15 – з ІХС. Контрольну групу склали 12 практично здорових осіб. Середній вік обстежених – (64,5 ± 3,8) років. Аналіз вмісту остеопонтину в плазмі крові виконано з використанням набору реагентів для імуноферментного аналізу "Osteopontin (human), ELISA kit" виробництва Enzo Life Science (Швейцарія).

Результати дослідження. Встановлено, що вміст остеопонтину вищий при ХОЗЛ порівняно з пацієнтами із сумісною патологію, хоча ці відмінності мають лише характер тенденції ($p > 0,05$). Рівень остеопонтину в плазмі крові хворих трьох груп достовірно вищий за контроль (23,7 ± 2,8), ($p < 0,05$). Так, в групі хворих на ХОЗЛ рівень остеопонтину (51,36 ± 6,64) нг/мл, ХОЗЛ + ІХС – (48,83 ± 2,93), ІХС – (43,68 ± 5,28) нг/мл, відповідно. Не встановлена достовірна асоціація між рівнем остеопонтину і віком пацієнтів, гендерними відмінностями, кількістю загострень ХОЗЛ на рік ($p > 0,05$).

Висновок: при ХОЗЛ вміст остеопонтину в плазмі крові найбільший порівняно з хворими на ІХС та ХОЗЛ + ІХС, що може бути пов’язано з його участю в розвитку запальної реакції та пошкоджені ендотеліальних клітин і розвитку фіброзу.

АГРЕГАЦІЯ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ

Калашник Д.М., Ченчик Т.О., Колеснікова О.М., Васильєв О.О., Грідасова Л.М.

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

Мета дослідження: визначити рівень тромбоцитів та АДФ-індуковану агрегацію тромбоцитів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) різних стадій.

Матеріали і методи: За темою дослідження обстежено 36 хворих на ХОЗЛ, середній вік яких склав (62,7 ± 11,8) роки, з них 21 чоловіків та 15 жінок. Всі пацієнти були розділені на 3 групи: першу групу (гр. 1) склали 14 хворих з ХОЗЛ II ст., в другу групу (гр. 2) увійшли 12 хворих на ХОЗЛ III ст., третю (гр. 3) склали 10 пацієнтів з ХОЗЛ IV ст. Контроль – 15 практично здорових осіб, віком 30-50 років. Діагноз ХОЗЛ було встановлено згідно GOLD, 2012. Всім хворим була проведена спірометрія («Спіроком», Україна) за стандартною методикою. Стан тромбоцитарної ланки гемостазу визначався за гематологічним показниками (кількість тромбоцитів, тромбокріт) і агрегаційної активності тромбоцитів. Аналіз проводили із використанням динатрієвої сілі аденозин-5'-дифосфорної кислоти (АДФ). Розраховували сумарний індекс агрегації тромбоцитів (СІАТ) за формулою: $СІАТ = (E_1 - E_2)\cdot(E_1^{-1} - E_2^{-1})\cdot 100$ %, де: Е-оптична щільність бідної на тромбоцити плазми в одиницях екстинції; E_1-оптична щільність збагаченої тромбоцитами плазми (ЗТП) до агрегації в одиницях екстинції; E_2-оптична щільність ЗТП після агрегації в одиницях екстинції. Статистична обробка проводилася з застосуванням стандартного пакету аналізу програми Statistika for Windows Microsoft.

Результати дослідження. В 2 та 3 групі хворих рівень тромбоцитів був достовірно вищими за контрольну групу (197 ± 1,43), ($p < 0,05$). Так, в 1 групі хворих рівень тромбоцитів склав (199 ± 1,37) ($p > 0,05$), у 2 гр. – (240 ± 2,37), 3 групі – (354 ± 1,79) m/mm^3 ($p < 0,001$). Встановлено зворотній кореляційний зв'язок між рівнем тромбоцитів та ОФВ1 ($r = -0,19$, $p = 0,008$). Між тим, зростання агрегації тромбоцитів відбувається вже у хворих на ХОЗЛ II ст. (1 гр). Так, у хворих на ХОЗЛ II-IV ст. СІАТ, індукований АДФ, достовірно зростав по зрівнянню з контрольною групою, становив відповідно (57,14 ± 2,68) vs. (46,51 ± 1,32) % у 1 гр., ($p < 0,05$); (70,37 ± 2, 76) vs. (46,51 ± 1,32) % у 2 гр., ($p < 0,001$); (91,38 ± 1,3) vs. (46,51 ± 1,32) % у 3 гр., ($p < 0,001$). В ході дослідження вставлена пряма кореляційна залежність між СІАТ та курінням (п/роки) – ($r = 0,76$, $p = 0,017$).

Висновки. Рівень тромбоцитів у хворих на ХОЗЛ III-IV ст. достовірно вищий за рівень тромбоцитів у здорових осіб ($p < 0,001$). АДФ-індукована агрегація тромбоцитів збільшується пропорційно стадії ХОЗЛ.

ДИНАМИКА СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Каменир В.М., Гетман Е.А.

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

Цель работы: исследовать уровни метаболитов оксида азота у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в зависимости от степени тяжести ХОЗЛ.

Материалы и методы: под наблюдением находился 51 пациент с диагнозом ХОЗЛ в сочетании с ГЭРБ. Средний возраст обследуемых пациентов – (48,08 ± 0,6) года, мужчин 50 (63,2 %), женщин 29 (36,7 %). Средняя продолжительность заболевания ХОЗЛ и ГЕРБ составила (5,2 ± 0,32) года и (6,94 ± 0,37) года, соответственно. Исследование суммы стабильних метаболитов NO (NO2 + NO3) нитрита и нитрата, а так же нитрит – аниона (NO2) в плазме венозной крови и в моче определяли с помощью фотометрического метода на колориметре SPECOLL-11.

Результаты исследования: по результатам исследования при IV степени тяжести ХОЗЛ уровень суммы стабильных метаболитов NO2+NO3 в моче достоверно, превышал аналогичные показатели у пациентов с I и II стадией ХОЗЛ, в 2,1 и 1,5 раза ((731,59 ± 4,15) мкмоль/л и (344,98 ± 3,18) мкмоль/л; (731,59 ± 4,15) мкмоль/л и (458,96 ± 3,53) мкмоль/л) ($p < 0,05$). При изучении суммы стабильных метаболитов NO2+NO3 в плазме крови, была выявлена достоверная, зависящая от стадии заболевания разница. У пациентов с IV стадией ХОЗЛ эти показатели в 2,5, 2,1 и 1,5 раза ((93,38 ± ,48) ммоль/л и (36,31 ± 6,73) ммоль/л; (93,38 ± 3,48) ммоль/л и (42,47 ± 6,92) ммоль/л; (93,38 ± 3,48) ммоль/л и (59,23 ± 6,88) ммоль/л), соответственно, превышали у пациентов с I, II и III стадией ХОЗЛ ($p < 0,05$). Уровень NO2 в моче у пациентов с IV стадией ХОЗЛ, также, с высокой степенью достоверности, превышал эти показатели у пациентов с I, II и III стадией в 8,5, 2,9 и 1,8 раза ((10,95 ± 4,37) ммоль/л и (1,28 ± 1,57) ммоль/л; (10,95 ± 4,37) ммоль/л и (3,45 ± 2,56) ммоль/л; (10,95 ± 4,37) ммоль/л и (5,85 ± 3,29) ммоль/л) ($p < 0,05$). При анализе уровня NO2 в плазме крови достоверных межгрупповых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Выводы: определена прямая связь между степенью тяжести ХОЗЛ и уровнем стабильных метаболитов NO. Чем тяжелее степень тяжести ХОЗЛ, тем более высокие уровни метаболитов регистрируются у пациентов этой группы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ

Камышникова Л.А., Белкина Л.А.

НИУ «БелГУ» Медицинский институт, г. Белгород, Россия

В Российской Федерации неинфекционные заболевания (НИЗ), к которым в первую очередь относятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), злокачественные новообразования, хронические респираторные болезни и сахарный диабет служат причиной 75 % всех смертей. Этот процент можно было бы снизить с помощью профилактических мероприятий, снижающих уровень факторов риска (ФР) НИЗ. По данным ВОЗ, основные ФР: повышенное артериальное давление (АД) (35,5 %), гиперхолестеринемия (23 %), курение (17,1 %), недостаток фруктов и овощей (12,9 %), избыточная масса тела (12,5 %), злоупотребление алкоголем (11,9 %), гиподинамия (9 %).

Целью исследования явилось выявление факторов риска развития НИЗ**,** для дальнейшей разработки научно обоснованных индивидуальных профилактических рекомендаций.

Проведен анализ 1477 протоколов обследования «здоровых» лиц (1119 женщин и 358 мужчин) обратившихся в профилактический центр «Здоровье» г.Белгород. Все обратившиеся проходили анкетирование состоящее из 12 общих вопросов по состоянию здоровья, наследственных и хронических заболеваниях, характере употребления алкоголя и табака, активности труда и отдыха, а также цели обращения пациента в центр здоровья. Пациенты проходили комплексное обследование включающее: ангиологический скрининг с автоматической системой измерения систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса, экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы, экспресс-оценку насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом, частоты пульса и регулярности ритма с помощью пульсоксиметра, спирографию.

В результате исследования выявлено, что на первом месте среди факторов риска – отклонение по холестерину (81,4 %), при этом у женщин (87,6 %) выше фактор риска по сравнению с мужчинами (62,3 %). На втором месте – повышенное АД (53,6 %), (у мужчин 48,9 %, женщин 55,0 %). Третье место принадлежит ожирению (44,1 %), (у мужчин 33,8 %, женщин 47,4 %) Гиподинамией страдает 40,9 % без достоверных гендерных различий. Стресс отмечен у 14,7 % населения, а курение у 11,2 %, причем мужчины курят на 15 % чаще. Употребление алкоголя выявлено у 15,9 % (мужчины – 34,4 %, женщины – 10 %). У 3,6 % выявлено нерациональное питание, гипотрофия выявлено у 0,9 % населения.

Таким образом, при проведении массового скрининг обследования условно здорового населения, выявлено множество факторов риска, для коррекции которых необходима разработка научно обоснованных индивидуальных профилактических рекомендаций.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Камышникова Л.А., Ефремова О.А.

НИУ «БелГУ» Медицинский институт. Белгород, Россия

В настоящее время основной причиной заболеваемости и смертности населения в развитых странах являются сердечно сосудистые заболевания. В этой связи актуальны усовершенствование профилактики и прогнозирования развития заболевания.

Факторы риска (ФР) являются значимыми при постановке диагноза, выбора дальнейшего лечения и ведения пациента. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), вследствие своей мультифакториальности, требует более широкого рассмотрения общего состояния здоровья человека. Полное секвенирование генома человека в программе «Геном человека», позволили идентифицировать гены и генных маркеров болезни сердца и других заболеваний. На данный момент известно более 150 генов, полиморфные варианты которых связывают с предрасположенностью к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Идентификация данных групп генов, а также ассоциации с другими составляют научную основу предиктивной медицины. Тестируя аллельные варианты можно получить достаточно объективную информацию о состоянии той или иной метаболической системы организма, оценить риск заболевания и применить соответствующие меры профилактики.

Для облегчения учета всех данных, которые может собрать врач за ограниченный период времени, в НИУ «БелГУ» создано программное обеспечение «АРМ кардиолог». Одной из основных процедур данного автоматизированного интеллектуального рабочего места является формирование диагностических признаков ИБС. Для каждого признака в данной программе предусматривается значимость для конкретного пациента на основе его состояния здоровья. По мнению авторов, данная программа способствует повышению точности ранней диагностики.

Таким образом, в связи с переходом на генный уровень диагностирования ФР заболеваний, в частности ИБС, объем информации, которую должен обрабатывать врач, растет в геометрической прогрессии. Использование программных обеспечений на рабочем месте врача будет способствовать качественной и эффективной высокотехнологичной помощи больным.

ВИЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНІВ ПРИ ВІБРАЦІЙНІЙ ХВОРОБІ

Капустник В.А., Архіпкіна О.Л.
Харківський національний медичний університет, Україна

Вібраційна хвороба (ВХ) є досить розповсюдженим захворюванням серед працівників машинобудівної промисловості. Вплив виробничої вібрації на організм працюючого викликає цілу низку порушень у роботі основних гемостатичних систем та призводить до розвитку складних нейрорефлекторних та нейрогуморальних порушень. Відомо, що фактор некрозу пухлин альфа (TNF-α) є одним з найбільш ранніх цитокінів, який продукується при різних патологічних станах та чинить пошкоджуючу дію на судини. Інтерлейкін 10 (IL-10) відноситься до протизапальних цитокінів, який здатний пригнічувати активований моноцитами TNF-α. У механізмах розвитку вібраційної ангіопатії важливе значення набуває перебудова клітинних та неклітинних компонентів стінок судин, що залежить від локальних факторів росту, вазоактивних субстанцій та гемодинамічних стимулів. Метою дослідження було вивчення вмісту цитокінів TNF-α та IL-10 у хворих на ВХ.

Матеріали та методи. Обстежено 118 чоловіків, хворих на ВХ від дії локальної вібрації. ВХ I ступеня мали 46 хворих, ВХ II ступеня – 72. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Вміст цитокінів TNF-α та IL-10 у сироватці крові визначали імуноферментним методом на аналізаторі Stat Fax2100 (USA). Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використання програмного забезпечення Statistica 8,0 для Windows.

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних виявив зміни балансу імунорегуляторних цитокінів. У результаті проведеного дослідження виявлено високий вміст запального цитокіну TNF-α, рівень якого був найвищим при I ступені ВХ. Так рівень TNF-α склав $(83,74 \pm 5,09)$ пг/10^6 у обстежених з I ступенем ВХ проти $(72,92 \pm 4,35)$ пг/10^6 при II ступені ВХ та $(42,59 \pm 1,98)$ пг/10^6 у контролі. Оцінка протизапального цитокіну IL-10 показала зниження його вмісту у обстежених хворих, що було найвиразніше продемонстровано у хворих з I ступенем ВХ. При I ступені ВХ вміст цитокіну склав $(23,21 \pm 1,75)$ пг/10^6, у той час, як при II ступені – $(27,51 \pm 2,13)$ пг/10^6, а в контролі був $(33,04 \pm 2,51)$ пг/10^6. Зміни, які констатовані при I ступені ВХ, можливо, нівелюються появою компенсаторного синдрому на подальших стадіях розвитку патологічного процесу.

Висновки. У хворих на ВХ було визначено переважання вмісту запального цитокіну (TNF-α) на тлі зниження активності протизапального (IL-10) при усіх ступенях виразності ВХ. Однак, ці зміни найяскравіше маніфестували при першій стадії ВХ.

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН

Капустник В.А., Брек В.В., Телегина Н.Д.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: изучить особенности развития ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин.

Материалы и методы: обследовано 43 женщины в возрасте 42-69 лет с клинически установленным диагнозом ИБС. Больным регистрировали ЭКГ, проводили эхокардиографию, оценивали результаты проб с физической нагрузкой, определяли индекс массы тела, липидный профиль, уровень глюкозы крови.

Результаты исследования. Наблюдение за больными в динамике позволило установить, что у женщин наиболее важным фактором риска ИБС является низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и повышенный уровень липопротеина (а) (ЛП (а)). Наличие сахарного диабета в три раза увеличивает суммарный риск развития ИБС. У женщин, выкуривающих более 30 сигарет в день риск развития инфаркта миокарда в три-четыре раза выше, чем у некурящих. Использование пероральных контрацептивных средств является дополнительным фактором, увеличивающим риск развития ИБС и усугубляющих его течение. Кроме того, артериальная гипертензия, аутоиммунные заболевания, беременность относятся к факторам, которые усугубляют ишемию миокарда. Ожирение способствует увеличению риска развития ИБС более чем на 60 %. Диагностика ИБС у женщин затруднена, так как нередко отсутствует типичная клиника стенокардии, а болевой синдром выражен слабо. Исходные изменения на ЭКГ, особенно нарушения конечной части желудочкового комплекса усложняют выявление изменений, характерных для ИБС. Как правило, требуется дополнительное проведение стресс-эхокардиографии, медикаментозных проб, коронарографии. Развитие нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда без зубца Q, при отсутствии значимого поражения коронарных артерий, связано с наличием микрососудистой эндотелиальной дисфункции и нестенозирующим коронарным атеросклерозом. Лечение больных предполагает назначение блокаторов β-адренергических рецепторов ивабрадина, ингибиторов АПФ, дезагрегантов, статинов, триметазидина. При отсутствии эффекта требуется проведение балонной ангиопластики или аорто-коронарного шунтирования.

Выводы. Развитие ИБС у женщин имеет характерные особенности, связанные с воздействием таких факторов, как низкий уровень ХС ЛПВП, повышенный ЛП (а), наличие артериальной гипертензии, курение, ожирение, прием контрацептивов. Обследование и лечение больных следует проводить с учетом особенностей течения ИБС.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Капустник В.А., Костюк И.Ф., Шелест Б.А., Полищук В.Т.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одним из важных постоянно присутствующих механизмов развития хронической болезни почек (ХБП) есть усиление вазоконстрикторных реакций за счет формирования дисфункции эндотелия (ДЭ). Доказана прямая корреляция между уровнем метаболитов оксида азота (МОА) с артериальным давлением (АД) и повышением сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Остается не до конца изученным вопрос о наиболее эффективных воздействиях на ДЭ при ХБП с АГ.

Цель - сравнение эффективности лизиноприла с кандесартаном в отношении динамики фактора Виллебранда (фВ) и МОА (S–нитрозотиолов) у пациентов с ХБП и АГ.

Методы исследования. Было обследовано 67 пациентов со II-III стадиями ХБП и артериальной гипертензией (I-II степень). Первую группу составили 37 пациентов, получавших на фоне базисной терапии лизиноприл 10 мг/сут. Вторая группа - это больные (30 человек), которым дополнительно к основной терапии назначили кандесартан по 8 мг/сут. Содержание МОА (S-нитрозитиолов) определяли спектрофотометрическим методом. Изучение фактора Виллебранда проводилось ристомициновым (Sigma chemical Co˚ (USA) агрегометрическим методом («Биола»-Москва). Математическая обработка результатов проведена в STATISTIKA 8.0.

Результаты и обсуждение. Уровень МОА у пациентов с ХБП и АГ при лечении лизиноприлом увеличился на 10,03 % ($p > 0,1$) до (0,139 ± 0,038) ммоль/л. Применение кандесартана приводило к повышению содержания МОА на 12,23 % ($p > 0,1$). Под влиянием как кандесартана, так и лизиноприла САД и ДАД снижались сопоставимо. Исходный уровень фВ был повышен в сравнении с контролем на 43,32 % ($p < 0,01$) и составил (158,37 ± 6,79) %, то на фоне проводимой в течение 8-х недель терапии лизиноприлом его содержание снизилось на 10,5 % и составило (141,75 ± 5,75) % ($p < 0,01$). После проведенной терапии кандесартаном в течение 8-х недель уровень фВ снизился на 8,61 % ($p < 0,05$), и составил (151,33 ± 5,12) % ($p < 0,05$).

Выводы. Терапия как с добавлением лизиноприла, так и кандесартана в течение 2-х месяцев приводила к повышению S-нитрозотиолов, таким образом, улучшая функцию эндотелия у обследованных больных. Одним из механизмов действия лизиноприла и кандесартана является способность уменьшать содержание фактора Виллебранда в крови, причем более выражено у лизиноприла.

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ ФАЗЫ ГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КРИВОЙ В ФОРМИРОВАНИИ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М., Хатамова Д.Т.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан

Цель работы. Изучение формирования некоторых компонентов метаболического синдрома (МС) при нарушении симпатоадреналовой фазы гликемической кривой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 366 мужчин обследованных дважды с интервалом в 12 лет. В качестве компонентов МС рассматривались артериальная гипертония (АГ), избыточная масса тела (ИМТ), гиперхолестеринемия (ГХ), гипертриглицеридемия (ГТГ), гипербетталипопротеидемия (ГБЛИП), сахарный диабет 2 типа (СД) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). Обследованные лица были распределены на группы с СД, с нарушением симпатоадреналовой фазы гликемической кривой (гипергликемия через 1 час после нагрузки глюкозой), нарушением вагоинсулярной фазы гликемической кривой (гипергликемия через 2 часа после нагрузки глюкозой) и сочетанием нарушений этих фаз.

Результаты. Установлено, что как нарушения симпатоадреналовой, так и вагоинсулярной фаз гликемической кривой связаны с частотой различных компонентов МС. В течение 12 лет имело место увеличение частоты АГ во всех изучаемых группах. Однако наибольшее увеличение новых случаев АГ было отмечено у лиц с нарушением вагоинсулярной фазы. Частота ГХ также увеличилась в группах с нарушением различных фаз гликемической кривой. Похожая ситуация имела место и в отношении распространенности ГБЛИП и ГТГ. В течение 12-летнего наблюдения было показано, что среди лиц с нарушением симпатоадреналовой фазы гликемической кривой частота ИМТ снизилась, а среди лиц с нарушением вагоинсулярной фазы увеличилась.

Выводы. Таким образом, анализ связи динамики распространённости различных компонентов МС показал, что они в определённой мере связаны с нарушением обеих фаз гликемической кривой. Нарушение вагоинсулярной фазы гликемической кривой в большей степени ассоциируется с этими показателями. Однако, среди лиц с нарушением симпатоадреналовой фазы гликемической кривой прирост новых случаев отдельных компонентов МС достоверно выше, чем при нормальной толерантности к глюкозе. Эти факты указывают на целесообразность выявления нарушений толерантности к глюкозе, имеющих место через 1 час после нагрузки глюкозой.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Каюмов У.К., Хасанова Х.Д., Хатамова Д.Т., Саипова М.Л., Зиямухамедова М.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан

Цель работы. Изучение распространённости артериальной гипертонии (АГ) и состояния артериального давления (АД) в зависимости от возрастных и половых различий.

Материалы и методы. Обследовано 1018 мужчин и 1373 женщин в возрасте 20-49 лет в репрезентативной выборке из населения Ташкента. В работе использованы стандартные методы, рекомендованные ВОЗ для популяционных исследований. При измерении и оценке артериального давления использованы современные рекомендации, разработанные экспертами ВНОК с учётом классификации ВОЗ. Вместе с тем, независимо от показателей АД, АГ фиксировалась в случаях, когда пациент находился на гипотензивной терапии в течении 2-х недель, предшествовавших обследованию.

Результаты. Согласно полученным данным, распространённость АГ среди мужского населения более чем в 2 раза выше, чем среди женского. Средние показатели, как систолического АД, так и диастолического АД среди мужчин оказались выше, чем среди женщин. По мере старения популяции имеет место увеличение распространённости АГ, как среди мужчин, так и среди женщин. Вместе с тем, при меньшей распространённости АГ среди женщин, темпы прироста уровня АД среди них выше. Особенно быстрый прирост частоты АГ среди женщин происходит после 40 лет. Установлена связь частоты встречаемости АГ и уровней АД с основными компонентами метаболического синдрома (сахарный диабет типа 2 и нарушение толерантности к глюкозе, ожирение и избыточная масса тела, дислипидемия). При этом, выявлена достоверная связь между уровнями АД и частотой АГ с одной стороны и нарушениями различных фаз гликемической кривой – с другой. У пациентов с нарушением симпатоадреналовой фазы гликемической кривой в большей степени выражено систолическое АД, а при нарушении вагоинсулярной фазы – диастолическое АД.

Выводы. Общая распространённость АГ среди женского населения города Ташкента ниже, чем среди мужского населения. По мере увеличения возраста темпы прироста частоты АГ среди женщин значительно выше, чем среди мужчин. При оценке АД представляется целесообразным учитывать наличие у пациента нарушений как вагоинсулярной, так и симпатоадреналовой фаз гликемической кривой

АССОЦИАЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ СНА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Каюмова М.М., Гафаров В.В.

Филиал ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», г. Тюмень, Россия

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ФГБУ «НИИ терапии» СО РАМН, ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, ФГБУ Филиал «НИИ кардиологии» СО РАМН), г. Новосибирск, Россия

Целью исследования явилось определение ассоциации распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и нарушений сна (НС) в открытой мужской популяции 25-64 лет.

Исследование проводилось с использованием стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная. Репрезентативная выборка была сформирована из избирательных списков граждан одного из административных округов г. Тюмени – мужчины 25-64 лет в количестве 1000 человек. Выделение различных форм ИБС осуществлялось на основании стандартных методов, используемых в эпидемиологических исследованиях. Выделяли «определённую» ИБС (ОИБС) и «возможную» ИБС (ВИБС). Отклик на кардиологический скрининг составил 85,0 % – 850 участников. Ассоциации НС с ИБС оценивались с помощью расчета отношений шансов (ОШ) с 95 %-м доверительным интервалом (ДИ).

В тюменской популяции у мужчин 25-64 лет распространенность ИБС составила 12,4 %, ОИБС – 6,6 %, ВИБС – 5,7 %. Стандартизованный по возрасту показатель распространенности респондентов с плохим сном составил 8,9 %, с очень плохим сном – 0,6 %. ОШ при наличии – отсутствии ИБС по расширенным эпидемиологическим критериям и нарушений сна в мужской популяции 25-64 лет оказалось равным 5,05 (95 % ДИ = (2,92 ± 8,74), $p < 0,05$). При оценке влияния высоких градаций НС на развитие ОИБС и ВИБС были получены соответственно ОШ 5,28 (95 % ДИ = (2,67 ± 10,46), $p < 0,05$) для ОИБС и ОШ 3,13 (95 % ДИ = (1,47 ± 6,65), $p < 0,05$) для ВИБС, то есть у лиц с ОИБС и ВИБС 25-64 лет высокие градации НС встречались достоверно чаще, чем у лиц без ОИБС и ВИБС.

Следовательно, в открытой мужской популяции 25-64 лет г. Тюмени у лиц с нарушением сна наблюдается увеличение шансов развития ишемической болезни сердца.

ПЛЕЙОТРОПНІ ЕФЕКТИ ЛІЗИНОПРИЛУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ

Квасницька О.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дослідження останніх років показали, що інгібітори АПФ, окрім антигіпертензивної дії, володіють деякими антиоксидантними, ендотелій регулюючими та вазопротекторними властивостями. Дані літератури свідчать також, що у пацієнтів з захворюваннями печінки наступає дисбаланс в функціонуванні ренін-ангіотензин-альдостеронової системи.

Метою нашого дослідження було дослідити вплив інгібітору АПФ лізиноприлу на оксидативні процеси та ендотеліальну дисфункцію у хворих на хронічний токсичний гепатит (ХТГ).

Для реалізації мети було обстежено 21 хворий на малоактивний ХТГ у віці від 23 до 58 років. Діагноз верифікували за стандартними клініко-лабораторними та інструментальними діагностичними критеріями. Вільнорадикальні процеси в організмі оцінювали за рівнем малонового альдегіду (МА); систему антиокидантного захисту (АОЗ) – за рівнем глутатіону відновленого (ГВ), активністю супероксиддисмутази (СОД) та глутатіонтрансферази (ГТ). В якості моделі мембрани використовували мембрану еритроциту, функціональний стан якої оцінювали за індексом деформації (ІДЕ), а стан ендотелію – за концентрацією метаболітів NO в крові. Усі хворі були поділені на дві групи: основну – в комплексі лікування використовували лізиноприл (“Диротон”, Гедеон Ріхтер) в дозі 2,5 мг на добу протягом 3-х тижнів; контрольну – призначали стандартне лікування, яке включало гепатопротектори, спазмолітики, дезінтоксикаційні та вітамінні препарати.

Результати дослідження показали, що, на відміну від контрольної, в основній групі у пацієнтів спостерігалось покращення самопочуття, зменшення набряків вже на 5-й день лікування. Використання лізиноприлу в комплексній терапії сприяло зменшенню проявів оксидативного стресу: в крові знижувався рівень МА на 15 % ($p < 0,05$), вірогідно збільшився рівень ГВ на 34 % та активність СОД на 11 %, нормалізувалась активність ГТ. Позитивний мембраностабілізуючий та антиоксидантний ефект даного препарату підтверджувався нормалізацією показника ІДЕ, вірогідним зниженням активності цитолітичних ферментів (АлАТ та АсАТ) порівняно з контрольною групою. Ендотелійпротективний ефект лізиноприлу проявлявся вірогідним збільшенням концентрації метаболітів NO на 12 % порівняно з вихідним рівнем та 10 % порівняно з групою контролю.

Таким чином, нами встановлено позитивний антиоксидантний, мембраностабілізуючий, ендотелійпротективний ефекти гідрофільного інгібітору АПФ лізиноприлу, який не містить SH-групи, в комплексному лікуванні хворих на ХТГ.

ПЕРЕНОСИМІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КАРВЕДІЛОЛУ У ЛІТНІХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАСТІЙНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Кітура О.Є., Кітура Є.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні серцево-судинних захворювань поширеність хронічної серцевої недостатності (ХСН) не тільки не знижується, але постійно зростає. У США до 92 % всіх випадків смерті від ХСН припадає на осіб віком понад 65 років. Захворюваність на ХСН залежить від віку і зростає з 1 % у віці 50-59 років до 10 % у віці 80-89 років.

У дослідження включено 53 літніх пацієнта з III і IV функціональним класом СН: 43 (81,1 %) – з ішемічною хворобою серця, 10 (18,9 %) – з дилатаційною кардіоміопатією. У 31 (58,4 %) хворого зареєстрована фібриляція передсердь.

У період госпіталізації, а також під час амбулаторного відвідування (через 3, 6, 12 місяців лікування) кожний пацієнт проходив комплексне клінічне та ехокардіографічне обстеження, визначалася дистанція 6-хвилинної ходьби, проводилася оцінка асоційованої зі станом здоров'я якості життя пацієнтів з використанням Мінісотського опитувальника «Життя із серцевою недостатністю».

Після стабілізації стану хворого (через 7-8 днів від початку лікування) додатково до стандартної терапії (еналаприл, фуросемід, верошпірон, за показанням дігоксин або нітрати) призначали β-адреноблокатор (β-АБ) карведілол. Дозу β-АБ підбирали методом індивідуального титрування, починаючи з 1/8 від середньої терапевтичної дози. Цільова доза карведілолу становила 50 мг.

Застосування β-АБ дозволило покращити якість життя пацієнтів, збільшити дистанцію 6-хвилинної ходьби уже через 3 місяці терапії. Позитивна динаміка переносимості фізичного навантаження проявлялася у збільшенні дистанції з 6-хвилинною ходьбою: через 3 міс. – на (35,8 ± 2,6) % (p □ 0,01), через 6 міс. – на (46,9 ± 3,8) % (p □ 0,001). Через 6 міс. застосування карведілолу приріст ФВ сягнув рівня статистичної достовірності і становив (16,4 ± 1,8) % (p □ 0,05), був досягнутий також регрес патологічного ремоделювання, що виражалося в значному зменшенні не тільки кінцевого діастолічного об’єму, але й кінцевого систолічного об’єму лівого шлуночка. Позитивні клініко-гемодинамічні ефекти β-АБ не залежали від етіології ХСН.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Клименко Н.И., Шапошникова Ю.Н., Панченко Г.Ю., Плиева И.Ю., Александрова Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, 28 городская больница, г. Харьков, Украина

Цель исследования: изучить влияние розувастатина (Крестор) на липидный обмен у больных артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы: Было обследовано 46 больных с наличием ГБ и ожирения и СД 2 типа. Средний возраст которых составил (58,8 ± 8,8) года. Среди обследованных были 20 мужчин (43,47 %) и 26 женщин (56,53 %). Для коррекции артериальной гипертензии II ст применялись диета и традиционная гипотензивная терапия. У всех больных выявлены нарушения липидного обмена. Всем пациентам был назначен розувастатин (Крестор) в дозе 10 мг/сут. Исходно и через 8 недель лечения проводилось определение уровня общего холестерина, триглицеридов, ХС ЛПНП, ХСЛПОНП, ХС ЛПВП, АСТ, АЛТ, КФК, мочевины, креатинина и билирубина.

Результаты: до лечения средний показатель общего холестерина составил (7,32 ± 2,21) ммоль /л, средний показатель ХС ЛПНП – (4,21 ± 2,90) ммоль /л, средний показатель ХС ЛПВП – (1,75 ± 0,16) ммоль/л, средний показатель триглицеридов – (1,77 ± 0,66) ммоль/л.

Через 8 недель лечения достигли целевых значений липидного спектра 76 % больных. Среди побочных явлений выявлено: у 1 больного незначительное повышение АСТ, АЛТ. В среднем биохимические показатели функции печени практически не изменились.

Выводы: розувастатин (крестор) оказывает значительное влияние на липидный обмен уже через 2 месяца лечения, причем большинство пациентов достигают целевых значений на дозе 20 мг/сутки.

Таким образом, розувастатин оказывает положительный эффект на показатели липидного обмена и может успешно использоваться в лечении пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНАЦИИ БИСОПРОЛОЛА С ИНДАПАМИДОМ НА АКТИВНОСТЬ NO-СИНТАЗЫ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Ковалева О.Н., Герасимчук Н.Н., Сафаргалина-Корнилова Н.А., Потабенко С.В.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одним из проявлений патогенеза такой сочетанной патологии как артериальная гипертензия (АГ) и ожирение является развитие эндотелиальной дисфункции.

Цель работы. Исследование синтеза и метаболизма оксида азота на основе определения активности эндотелиальной (e-NOS) и индуцибельной (i-NOS) NO-синтаз у больных с АГ и ожирением на фоне терапии бисопролола в сочетании с индапамидом.

Материалы и методы. В условиях стационара было обследовано 48 пациентов с 1-3 степенью АГ в возрасте от 46 до 70 лет (средний возраст – – (51,3 ± 9,8) года), которым ранее не проводили регулярную антигипертензивную терапию. Группу контроля составили 16 практически здоровых лиц. Биохимическим методом определяли активность e-NOS и i-NOS (пмоль/мин.х мг белка)

Результаты и их обсуждения. В сыворотке крови пациентов стационара снизилась активность e-NOS до (0,766 ± 0,07), в контроле (0,782 ± 0,045), $p > 0,05$. При этом активность i-NOS увеличилась до (0,605 ± 0,07), в контроле (0,208 ± 0,089), $p < 0,05$.

Анализ полученных результатов показал, что через 14 дней терапии бисопрололом (2,5-10 мг/сут.) в сочетании с индапамидом (1,5-2,5 мг/сут.) повысилась активность в сыворотке крови e-NOS на 5,6 % ((0,810 ± 0,09), ($p < 0,05$)) по сравнению с уровнем до лечения (0,768 ± 0,07) и снизилась активность i-NOS на 10,6 % ((0,541 ± 0,09); ($p < 0,05$)) в сравнении с уровнем до лечения (0,605 ± 0,07).

Через 2 месяца терапии ($n = 10$) продолжает повышаться активность e-NOS на 8,14 % (0,850 ± 0,08) по сравнению с уровнем до лечения ((0,786 ± 0,06), ($p = 0,08$)) и уменьшается активность i-NOS на 11,3 % (0,549 ± 0,07) по сравнению с уровнем до лечения ((0,619 ± 0,06), ($p < 0,05$).

Выводы: 1. У больных АГ с ожирением снижение активности e-NOS свидетельствует о наличии эндотелиальной дисфункции.

2. Антигипертензивный эффект исследуемой комбинации гипотензивных препаратов сопровождается активацией системы эндотелийрасслабляющего фактора (NO-системы).

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАМИПРИЛОМ И СИМВАСТАТИНОМ

Ковалёва Ю.А., Котелюх М.Ю., Кожин М.И., Борзова Е.Ю., Рынчак П.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Одним из факторов риска развития ишемической болезни сердца является ожирение. Однако механизмы влияния ожирения на развитие атеросклероза недостаточно изучены и представляют научный интерес.

Материалы и методы исследования: было обследовано 48 больных стабильной стенокардией напряжения (ССН): с ожирением – у 28 больных, с избыточной массой тела (ИМТ) – у 7 больных. Контрольная группа составила 13 лиц. Исследование проведено на базе Харьковской клинической городской больницы №27. Были изучены показатели цитокинового профиля: ІЛ-1β, ІЛ-4. Для исследования этих показателей использовался иммуноферментный набор ТОВ «Укрмедсервис» (Украина). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Microsoft Exel» 2007 и Windows STATISTIKA 6.0. Больные применяли рамиприл 2,5 мг/сутки до 14 дней, затем 10 мг в сутки. Начальная доза симвастатина составила 20 мг/сутки. Препараты входят в протокол лечения больных стабильной стенокардии напряжения.

Результаты исследования: Уровень ІЛ-1β у больных ССН с ИМТ составил $(74,27 \pm 21,32)$ пг/мл ($p < 0,01$) в сравнении с контрольной группой ($(42,86 \pm 7,14)$ пг/мл). Под влиянием лечения через 2-3 недели уровень ІЛ-1β равнялся $(61,68 \pm 16,43)$ пг/мл ($p > 0,1$ в сравнении с начальным уровнем). Через 12 недель лечения уровень ІЛ-1β составил $(56,13 \pm 18,45)$ пг/мл. У больных ССН с ожирением показатели ІЛ-1β составили $(117,78 \pm 13,87)$ пг/мл ($p < 0,01$ по сравнению с контрольной группой), через 3 недели – $(88,23 \pm 15,94)$ пг/мл ($p < 0,01$), через 12 недель лечения – $(61,46 \pm 11,25)$ пг/мл. Уровень ІЛ-4 до лечения равнялся $(15,17 \pm 1,46)$ пг/мл в сравнении с контролем $(18,25 \pm 1,75)$ ($p < 0,01$). При лечении через 2-3 недели он повышался и достиг уровня $(16,03 \pm 1,12)$ пг/мл ($p > 0,1$). При дальнейшем лечении через 3 месяца ІЛ-4 увеличился до $(16,72 \pm 1,63)$ пг/мл и почти достиг уровня показателей контрольной группы. У больных ССН с ожирением ІЛ-4 ($(12,66 \pm 1,89)$ пг/мл) до лечения был ниже в сравнении с контрольной группой ($p < 0,01$), через 2-3 недели лечения составил $(14,8 \pm 1,73)$ пг/мл, а через 3 месяца лечения – $(16,92 \pm 1,58)$ ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что цитокиновый профиль у больных ССН с избыточной массой тела и ожирением подвергается коррекции, однако для достоверного использования комбинации препаратов необходимы дальнейшие исследования.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ЦИРКУЛЮЮЧИХ АУТОАНТИТІЛ ДО АНТИГЕНІВ ГЛУТАМАТДЕКАРБОКСИЛАЗИ ТА ОСТРІВЦЕВИХ КЛІТИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Коваль В.Ю., Архій Е.Й., Ганич О.М.

Ужгородський національний університет, Україна

Вступ. Наслідком хронічного панкреатиту може бути формування вторинного цукрового діабету, який виникає при пошкодженні паренхіми підшлункової залози. Аутоімунне пошкодження бета-клітин підшлункової залози, яке викликає повне припинення секреції інсуліну можна виявити за допомогою визначення циркулюючих аутоантитіл до антигенів глутаматдекарбоксилази (GADA) та острівцевих клітин (ICA).

Метою роботи було оцінити частоту виявлення циркулюючих аутоантитіл до антигенів GADA та ICA у хворих хронічним панкреатитом.

Матеріали та методи дослідження. Проведено визначення циркулюючих аутоантитіл до антигенів глутаматдекарбоксилази (GADA) та острівцевих клітин (ICA) у 40 хворих хронічним панкреатитом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака в 2012-2013 році. Визначення аутоантитіл до антигенів GADA та ICA проводили імуноферментним методом з наборами тест-систем фірми BIOMERICA, INC. В групу обстежених входило 73 % чоловіків та 27 % жінок. Вік хворих чоловіків склав (47,26 ± 1,77) років, жінок – (48,08 ± 4,64) років.

Результати дослідження. Циркулюючі аутоантитіла до антигенів глутаматдекарбоксилази (GADA) виявлено у 29 (73 %) хворих хронічним панкреатитом: (2,02 ± 0,07) Од/мл проти (0,43 ± 0,07) Од/мл у групі хворих хронічним панкреатитом з відсутністю аутоантитіл GAD. В 6 (15 %) хворих виявляли циркулюючі аутоантитіла до антигенів острівцевих клітин: (1,32 ± 0,09) Од/мл проти (0,68 ± 0,02) Од/мл з відсутністю аутоантитіл ICA. Наявність обох видів циркулюючих антитіл було виявлено у 10 % хворих хронічним панкреатитом.

Висновки. 1. У хворих хронічним панкреатитом виявлено високу частототу циркулюючих аутоантитіл до антигенів глутаматдекарбоксилази, що дасть можливість втрутитися в деструкцію острівцевих клітин і зберегти максимально можливу частину бета-клітин.

2. Наявність циркулюючих аутоантитіл до острівцевих клітин свідчить про безсимптомну фазу переддіабету.

3. Своєчасне визначення циркулюючих аутоантитіл до антигенів GADA та ICA дасть можливість розробити профілактичні заходи щодо формування інсулінзалежного цукрового діабету.

УРИКЕМИЯ И ПАРАМЕТРЫ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Коваль С.Н., Божко В.В., Снегурская И.А., Дунаевская М.М., Ярына Н.А., Бенько Е.Г.

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

Цель работы – определение связей между уровнями урикемии (гиперурикемия (ГУЕ) и нормоурикемия (НУЕ)) и показателями углеводного и липидного обменов у больных гипертонической болезнью (ГБ) с различной степенью высокого кардиоваскулярного риска (КВР).

Материалы и методы. В обследование были включены больные (n = 71) ГБ II-III стадии, 3 степени. Первую (I) подгруппу составили 38 больных с высоким КВР, вторую (II) – 33 больных с очень высоким КВР. У 46 больных ГБ диагностирована ГУЕ, у 25 пациентов – НУЕ. О степени ожирения судили по величине индекса Кетле (ИК). Абдоминальное ожирение диагностировали по окружности талии (у мужчин > 94 см, у женщин > 80 см). В крови определяли уровни мочевой кислоты (МК), гликемии натощак и после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), инсулина натощак, липидный спектр. За верхнюю норму уровня МК считали 360 мкмоль/л, независимо от пола и возраста больных.

Результаты исследования. У больных ГБ с очень высоким КВР (по сравнению с больными ГБ с высоким КВР) отмечалось достоверное увеличение ИК ($p < 0,05$); более высокая частота ГУЕ (73 % против 58 % ($p < 0,05$), соответственно); достоверно более высокие показатели гликемии натощак, ($p < 0,05$). У пациентов II подгруппы, по сравнению с больными I подгруппы, отмечен достоверно более высокий уровень холестерина липопротеидов низкой плотности ($3,5 \pm 0,2$) ммоль/л и ($2,8 \pm 0,1$) ммоль/л, $p < 0,05$, соответственно), также более низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности ($1,0 \pm 0,1$) ммоль/л и ($1,4 \pm 0,1$) ммоль/л, $p < 0,05$, соответственно). Анализ корреляционных взаимоотношений выявил высокую положительную корреляцию между уровнями МК и холестерина липопротеидов низкой плотности, с одной стороны, и абдоминальным ожирением – с другой, в обеих группах больных. При анализе исследуемых показателей у больных с ГУЕ и НУЕ выявлено, что ГУЕ ассоциировалась с повышением уровня инсулина ($r = 0,34$, $p = 0,036$), а также – с гипертриглицеридемией ($r = 0,36$, $p = 0,027$), гипо-альфахолестеринемией ($r = 0,55$, $p = 0,006$)

Выводы. У больных с очень высоким кардиоваскулярным риском, по сравнению с больными с высоким кардиоваскулярным риском, отмечались более выраженные негативные изменения пуринового, углеводного и липидного обменов. Повышение уровня мочевой кислоты у больных ГБ ассоциировалось с гиперинсулинемией, гипертриглицеридемией и гипоальфахолестеринемией.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ, ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ ТА АНТИДІАБЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Коваль С.М., Рєзнік Л.А., Старченко Т.Г., Юшко К.О., Конькова В.С., Корнійчук І.А.

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. Було обстежено 39 хворих на ГХ з ЦД 2 типу до та після 12-місячної комбінованої терапії. Антигіпертензивне лікування проводилось з використанням периндоприлу в добовій дозі 10 мг та амлодипіну в добовій дозі 5-10 мг. В якості гіполіпідемічного засобу використовувався аторвастатин 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 за допомогою наборів фірми DRG (США).

Результати. Вказана терапія гальмувала процеси кардіоваскулярного ремоделювання (стримувалось збільшення індексу маси міокарду лівого шлуночка (ЛШ), порожнин ЛШ та лівого передсердя, не знижувалась фракція викиду ЛШ, не відмічено зростання товщини комплексу інтима-медія загальних сонних артерій (СА) та не зареєстрована поява нових випадків атеросклеротичного ураження СА) та покращувала показники діастолічної функції ЛШ - підвищення співвідношення Е/А ($p < 0,05$) та зменшення показника IVRT ($p < 0,05$). В цілому по групі хворих в динаміці лікування рівень ІФР-1 вірогідно не змінився: 158,2 (132,1 ÷ 175,3) нг/мл – до лікування та 152,1 (128,2 ÷ 165,5) нг/мл – після, $p > 0,05$. 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, $p < 0,01$. У той же час при терапії метформіном у комбінації з гліклазидом вірогідних змін рівня ІФР-1 не встановлено.

Висновки. Отримані дані свідчать про різний характер впливу комбінованої антигіпертензивної та гіполіпідемічої терапії на рівень ІФР-1 в крові у хворих на ГХ з ЦД 2 типу в залежності від виду антидіабетичного лікування. Застосування метформіну сприяло зниженню рівня ІФР-1 в крові у даних хворих. У той же час при додаванні до метформіну гліклазида не спостерігалось вірогідних змін рівня ІФР-1 в крові. Таке підтримання продукції ІФР-1 у хворих з вихідними низькими рівнями ІФР-1 є прогностично сприятливим та може попереджувати подальше прогресування розширення порожнини ЛШ.

ЗНАЧИМІСТЬ ФАКТОРІВ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ ДЛЯ ОЦІНКИ ПРОГНОЗУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ПОРУШЕННЯМ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ

Коваль С.М., Снігурська І.О., Пенькова М.Ю., Мисниченко О.В., Божко В.В., Милославський Д.К.

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

Мета дослідження – визначення ролі окремих факторів кардіометаболічного ризику для прогнозування розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з метаболічним синдромом (МС) та гіперурикемією.

Матеріали і методи. Було обстежено 132 хворих на АГ 2-3 ступеня. У 90 (68 %) хворих на АГ діагностовано МС. ГУЕ виявлено у 58 (44 %) хворих. 42 хворих на АГ обстежено в динаміці річного спостереження. В крові визначали показники ліпідного метаболізму, рівні глюкози натще та після перорального навантаження глюкозою, рівні інсуліну та сечової кислоти (СК). Рівень ВЕФР визначали імуноферментним методом. Критерієм гіперурикемії вважали рівень СК в сироватці крові більший за 360 мкмоль/л . Хворим проводили добове моніторування артеріального тиску (АТ). Морфо-функціональні параметри серця визначали методом ультразвукового дослідження за стандартними методиками.

Результати дослідження. На підставі даних, отриманих за допомогою методу багатовимірної регресії були виявлені фактори, які мають найбільшу прогностичну значимість для розвитку таких серцево-судинних уражень як гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ), наявність серцевої недостатності (СН), стабільної стенокардії напруги (СтС) та мікроальбумінурія (МАУ) у хворих на АГ з МС. Так, найбільш вагомими факторами, які асоціюються з розвитком ГЛШ, були наступні: рівень тригліцеридів (ТГ), ($\beta = -0{,}166$, $p = 0{,}037$), рівень ХС ЛПВЩ ($\beta = -0{,}191$, $p = 0{,}007$), рівень васкулоендотеліального фактору росту у крові ($\beta = 0{,}137$, $p = 0{,}041$), рівень СК крові ($\beta = 0{,}164$, $p = 0{,}025$), рівень глюкози крові натще ($\beta = 0{,}213$, $p = 0{,}007$), рівень глюкози через 2 години після перорального глюкозотолерантного тесту ($\beta = -0{,}225$, $p = 0{,}004$). Прогностичну значимість у розвитку СтС у хворих на АГ з МС мають: індекс маси тіла (ІМТ), ($\beta = 0{,}796$, $p = 0{,}0002$), рівень ХС ЛПДНЩ ($\beta = 0{,}548$, $p = 0{,}003$), показник коефіцієнта атерогенності (КА), ($\beta = 0{,}537$, $p = 0{,}001$), рівень СК ($\beta = -0{,}328$, $p = 0{,}040$), індекс HOMA ($\beta = -0{,}369$, $p = 0{,}006$), розмір лівого передсердя ($\beta = -0{,}374$, $p = 0{,}042$), товщина задньої стінки ЛШ ($\beta = ,380$, $p = 0{,}005$). В розвитку СН у хворих на АГ з МС прогностичну цінність мають: ІМТ ($\beta = -855$, $p = 0{,}017$), рівень ТГ ($\beta = -0{,}558$, $p = 0{,}009$), показник КА ($\beta = 0{,}517$, $p = 0{,}029$), рівень СК крові ($\beta = -0{,}387$, $p = 0{,}030$). Для розвитку МАУ найбільш вагомим є рівень діастолічного АТ ($\beta = -0{,}368$, $p = 0{,}019$).

Висновки. У хворих на АГ з МС та ГУЕ виявлені найбільш вагомі чинники кардіометаболічного ризику, асоційовані з розвитком таких уражень органів-мішеней та ускладнень АГ як ГЛШ, СН, СтС та МАУ, що дозволить розробити диференційовані способи первинної та вторинної профілактики серцево-судинних ускладнень у цієї категорії хворих.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА БЕЗ ТАКОГО НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

Коваль С.М., Старченко Т.Г., Юшко К.О., Рєзнік Л.А.

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

Мета дослідження: встановлення особливостей ліпідного обміну, сечової кислоти (СК) крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) в залежності від наявності або відсутності цукрового діабету (ЦД) 2 типу та виявлення взаємозв'язків досліджуваних показників з антропометричними даними.

Матеріали і методи. Обстежено 116 хворих на ГХ 2-3 ступеню з АО (згідно Рекомендацій асоціації кардіологів України (2012 р.)) в віці від 40 до 70 років. Серед обстежених 58 хворих (50 %) мали ЦД 2 типу. Рівні СК та показники ліпідного обміну в сироватці крові визначали ферментативним методом. Гіперурікемію (ГУЕ) встановлювали при концентрації СК більше 360 мкмоль/л (для чоловіків та жінок), згідно критеріїв «EULAR» (2006 р.). Усім хворим визначали зріст, вагу з розрахунком індексу маси тіла (ІМТ), вимірювали окружність талії (ОТ) та стегон (ОС).

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів показав вірогідно вищі показники СК крові серед хворих на ГХ з АО з ЦД 2 типу ((380 ± 12,25) мкмоль/л) в порівнянні з хворими без ЦД 2 типу ((335 ± 11,65) мкмоль/л), $p < 0,05$. Серед хворих на ГХ з АО та ЦД 2 типу ГУЕ зустрічалась вірогідно частіше ніж у хворих без ЦД 2 типу (48 % проти 26 %, відповідно, $p < 0,05$). Дисліпідемія серед хворих на ГХ з АО та ЦД 2 типу зустрічалась в 88 %, а серед хворих без ЦД 2 типу – у 86 % випадків. Не було виявлено вірогідних відмінностей між середніми показниками ліпідного обміну в досліджуваних групах. При проведенні кореляційного аналізу між антропометричними даними та метаболічними показниками серед хворих на ГХ з АО без ЦД 2 типу був встановлений позитивний кореляційний зв'язок ОТ з рівнями тригліцеридів ($r =+ 0,32$, $p < 0,05$), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності ($r =+ 0,32$, $p < 0,05$) та негативний зв'язок з холестерином ліпопротеїдів низької щільності ($r=-0,32$, $p < 0,05$), а також позитивний зв'язок СК з ОТ ($r =+ 0,5$, $p < 0,05$), з ОС ($r =+ 0,37$, $p < 0,05$) та з ІМТ ($r =+ 0,5$, $p < 0,05$). Серед хворих на ГХ з АО з ЦД 2 типу подібних вірогідних взаємозв'язків нами не виявлено.

Висновки. Хворі на ГХ з АО та ЦД 2 типу характеризуються не лише порушеннями вуглеводного та ліпідного обмінів, та й пуринового. Виявленні кореляційні зв'язки між ОТ та показниками ліпідного обміну та СК свідчать про суттєвий внесок АО в виявлені метаболічні порушення.

ТРАНСЛОКАЦІЯ ЛІТІЮ В ЕРИТРОЦИТАХ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ

Ковальский П. П., Ковальска Т. М.

ДЗ «Вузлова лікарня станції Стрий ДТГО «Львівська залізниця», Україна

Найрізноманітніші модуляції еритроцита та деяких нееритроїдних клітин є надзвичайно важливою ланкою патогенезу низки захворювань, які визначаються як "іонні мембранопатії". Спільною рисою цих захворювань є те, що функції тих чи інших мембранозв'язаних структур набувають невластивих для фізіологічного стану характеристик. Це насамперед стосується іон-транспортувальних систем, що здійснюють трансмембранний рух моновалентних іонів. Завдяки функціонуванню овабаїн-резистентних механізмів потоки неорганічних елементів рухаються в одному напрямку (котранспорт) або різновекторно (протитранспорт).

Іони Li^+ можуть транспортуватись будь-якими із вказаних шляхів, заміщуючи Na^+ або K^+. Приблизно 75 % виходу Li^+ відбувається за посередництвом Na^+/Na^+-протитранспортного механізму, а залишкова фракція Li^+ транспортується натрієвою помпою. Вивчення типів порушень Na^+-транспортних систем, їх зіставлення з іншими фізіологічними характеристиками клітин та кінетичними особливостями можуть мати вирішальне значення в з'ясуванні конкретних варіантів захворювання та полегшити опрацювання методів лікування, що забезпечують необхідний профіль біологічної та лікувальної дії.

Обстежено 74 хворих на стабільну стенокардію напруги за критеріями МКХ-10 I-IV функціональних класів (ФК) згідно з класифікацією Канадської асоціації кардіологів. Визначали концентрації іонів Na^+ та K^+ в еритроцитах, плазмі й середовищах інкубації та вимірювали швидкість Na^+/Li^+-протитранспорту.

Іон-транспортувальним механізмом, властивості якого в еритроцитах за стабільної стенокардії напруги зазнають найбільш істотних модуляцій, виявились механізми Na^+/Li^+-протитранспортування. Швидкість вказаної транслокації у хворих на стабільну стенокардію напруги II-IV ФК статистично значущо збільшувалася, а у хворих на стабільну стенокардію напруги I ФК цей параметр був таким, як у групі практично здорових осіб ($p < 0,05$).

Аналіз проблеми іонних мембранопатій сприяє не лише з'ясуванню ролі окремих Na^+-транспортувальних механізмів за розвитку стабільної стенокардії напруги, але і конкретизує значення модуляцій їх властивостей за різних функціональних класів даного захворювання.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СМАД У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Колесник Т.В., Косова А.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Цель исследования: оценить взаимосвязь параметров суточного профиля артериального давления (АД) и показателей структурно-функционального состояния сердца у больных с артериальной гипертензией (АГ) 2 степени и нарушением диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ).

Методы исследования: обследовано 68 мужчин с АГ 2 степени. Пациенты были разделены на 2: 1-я группа – пациенты с нормальной ДФ ЛЖ (n = 15), 2-я группа – с диастолической дисфункцией (ДД) (n = 53). По уровню среднего АД ((148,22 ± 2,16) мм рт. ст.в 1-ой и (149,74 ± 1,06) мм рт. ст. во 2-ой группе) и длительности заболевания ((8,23 ± 1,58) лет в 1-ой и (7,57 ± 1,02) лет во 2-ой группе) пациенты обеих групп были сопоставимы. Возраст пациентов с ДД был достоверно больше ((50,19 ± 1,28) лет в 1-ой и (45,38 ± 2,15) лет во 2-ой группе) ($p < 0,05$).

Результаты: при оценке влияния показателей суточного мониторирования артериального давления на степень ДД ЛЖ у пациентов 2-ой группы выявлена достоверная корреляция по уровню систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) в ночное время ($r = -0,36$ та $r = -0,34$; $p < 0,05$), и в ранние утренние часы ($r = -0,53$ та $r = -0,36$; $p < 0,05$). Негативная ассоциация наблюдалась между выраженностью ДД и индексом площади гипертензии (ИП) по САД и ДАД в утренние часы ($r = -0,53$ та $r = -0,38$; $p < 0,05$), и показателем двойного произведения (ДП) в ночное время и утренние часы ($r = -0,38$ и $r = -0,54$;$p < 0,05$). У пациентов с ДД ЛЖ влияние на индекс массы миокарда (ИММ) ЛЖ оказывали уровень САД ($r = 0,31$;$p < 0,05$) и показатели индекса времени гипертензии (ИВ) по САД и ДАД в утренние часы ($r = 0,27$ и $r = 0,28$; $p < 0,05$), величина утреннего подъема ДАД ($r = 0,28$; $p < 0,05$). В группе с нормальной ДФ ЛЖ установлена взаимосвязь между ИММ ЛЖ и уровнем вариабельности САД и ДАД в ночное время ($r = 0,43$ и $r = 0,43$;$p < 0,05$), а также обратная связь со степенью ночного снижения САД и ДАД ($r = -0,50$ и $r = -0,44$; $p < 0,05$).

Выводы: на степень выраженности ДД ЛЖ наибольшее негативное влияние оказывают абсолютный уровень САД и ДАД в сочетании с показателями нагрузки давлением в ночное время и ранние утренние часы. Уровень САД и ИВ САД и ДАД в утренние часы также влияют на показатель ИММ ЛЖ у этих больных. В то время как у пациентов с нормальной ДФ ЛЖ, возможно на этапе формирования ДД, увеличению ИММ ЛЖ способствует повышение ночной вариабельности в совокупности с нарушением циркадного ритма САД и ДАД.

СОЧЕТАННОЕ ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Колесникова Е.В.

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

Важный вклад в раннее развитие неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) вносят генетически обусловленные вариации активности белков, вовлеченных в процесс как атерогенеза, так и связанных с отложением жира в печени. Согласно последним данным, ключевую роль в развитии НАЖБП играет комбинация наследственной предрасположенности и факторов риска, не связанных с генетическим профилем больного.

В этой связи, **целью** исследования явилось определение клинической значимости носительства аллельных вариантов полиморфного гена PNPLA3 и их сочетание с факторами, влияющими на накопление жира в печени.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента, в возрасте от 20 до 55 лет. Стеатоз печени устанавливался при проведении компьютерной томографии. Для определения аллелей и генотипов полиморфного гена rs738409 PNPLA3 проводили выделение геномной ДНК из венозной крови. Молекулярно-генетическое тестирование ДНК выполняли методом ПЦР с использованием набора реагентов DIAtom™ DNA Prep Prep 200 (производство ООО «Лаборатория ИзоГен»).

Результаты. С повышенным риском формирования НАЖБП ассоциировался генотип GG гена PNPLA3 (OR = 10,2), независимо от содержания жира в печени, процента жировой массы тела. С повышенным риском развития и прогрессирования НАЖБП ассоциировались сочетания GG генотипа PNPLA3 с гиперхолестеринемией (OR = 6,0), с артериальной гипертонией (OR = 2,8) и курением (OR = 2,7). С уменьшением риска развития НАЖБП ассоциировался генотип CC гена PNPLA3 (OR = 0,48), а его сочетание с более низкими уровнями общего холестерина, активностью АЛТ, АСТ, ГГТП, в сравнении с носителями GG генотипа (p = 0,0001) свидетельствовало в пользу снижения риска прогрессирования НАЖБП.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что больные НАЖХП, у которых G > C rs738409 PNPLA3, имеют не только повышенный риск развития заболевания, но и его прогрессирования в будущем за счет накопления жира в печени, также наличия ассоциативных связей с показателями АСТ, АЛТ, ГГТП и общего холестерина.

БЕЗСИМПТОМНА ГІПЕРУРИКЕМІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ З ТА БЕЗ СУПУТНЬОЇ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ

Коломієць М.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Метою нашого дослідження стало вивчення ролі безсимптомної гіперурикемії у хворих хронічною серцевою недостатністю (ХСН) з та без супутньої хронічної хвороби нирок (ХХН) та розробка методів їх корекції.

Обстежено 41 хворий на ХСН. В залежності від наявності або відсутності супутньої ХХН хворі розділені на групи: основна – 31 хворий на ХСН з ХХН II-IVст. та група порівняння – 10 хворих ХСН без ХХН. Середній вік обстежених хворих склав: (72±9) років. Діагноз ХХН встановлювали, виходячи з показників швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), розрахованої за формулою Cokroft – Gault. Рівень сечової кислоти сироватки крові визначався за допомогою ферментативного колориметричного тесту, PAP-методу з антиліпідним фактором.

У когорті обстежених хворих гіперурикемія була виявлена у 33 (80,5 %) осіб, при цьому середній рівень сечової кислоти плазми крові склав (425,9 + 110,4) мкмоль/л. Рівень сечової кислоти сироватки крові змінювався в залежності від стадії ХСН у обстежуваних хворих, зростав з її функціональним класом. Виявлено від'ємний кореляційний зв'язок між рівнем сечової кислоти сироватки крові та фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка серця (r = -0,4), ШКФ (r = -0,5), а також прямий кореляційний зв'язок з рівнем систолічного артеріального тиску (+0,3) та альбуміну сечі ((r = +0,2).

При аналізі впливу рекомендованої терапії хворих з ХСН на рівень сечової кислоти сироватки крові виявлено, що застосування діуретиків призводило до його підвищення. Суттєвого зниження рівня сечової кислоти сироватки крові у хворих, які у складі комплексної терапії приймали β-адреноблокатори, виявлено не було. У хворих, які отримували інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (АПФ), рівень сечової кислоти крові знизився лише на 4,8 %, порівняно з 12,5 % у хворих, що приймали лосартан. Тому зниження рівня сечової кислоти більшою мірою відбувалося під впливом терапії лосартаном, що підтверджує його гіпоурикемічний ефект і відрізняє від інших представників групи блокаторів ренін – ангіотензин – альдостеронової системи (РААС). В цілому ж, зазначено, що ефект проведеної терапії на рівні сечової кислоти був більш виражений у хворих без супутньої ХХН.

Отримані дані дозволяють зробити висновок про необхідність подальшого поглибленого вивчення, своєчасного виявлення і адекватного лікування безсимптомної гіперурикемії у хворих ХСН з та без супутньої ХХН з метою запобігання прогресування даної патології, поліпшення якості життя хворих, зниження рівня смертності.

ОСОБЛИВОСТІ ГУМОРАЛЬНОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГІПЕРТРОФІЧНИЙ ФАРИНГІТ

Коляда Т.І., Вдовіченко Н.І., Тупотілов О.В., Аттіков В.Є.
ДУ "Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова НАМН України", м. Харків

Актуальність проблеми пов'язана із широкою розповсюдженістю хронічного гіпертрофічного фарингіту (ХГФ), високою вірогідністю рецидивів захворювання та розвитку ускладнень. У порівнянні з попередніми роками спостерігається значне зростання захворюваності на хронічний фарингіт, що може свідчити про недостатню ефективність стандартного лікування. Існує необхідність у застосуванні адекватної імунотерапії, заснованої на сучасних даних щодо особливостей імунного статусу при хронічних запальних процесах.

Метою дослідження було удосконалення стандартної терапії із використанням комплексу імуномодуляторів.

Об'єкт дослідження – хворі на ХГФ в стадії загострення: 15 осіб отримували стандартну терапію, 20 осіб додатково до стандартної терапії, отримували імуномодулюючі препарати (мукозальну вакцину ІРС-19 упродовж одного тижня, та імуномодулятор Дерінат упродовж місяця) та клінічно здорові (17 осіб). Обстеження проводили в динаміці: при надходженні до стаціонару, а також через на 14, 45 та 90 добу.

Концентрації сироваткових імуноглобулінів IgM, IgA, IgG визначали методом радіальної імунодифузії за Manchini; IgE визначали імуноферментним методом з використанням тест-системи «ІФА-БЕСТ-СТРІП».

Результати дослідження. В результаті обстеження було встановлено, що при гіпертрофічній формі виявляється гіперпродукція гуморальної ланки імунної системи на фоні загострення хвороби. На момент надходження в стаціонар у хворих на ХГФ спостерігалося зростання рівню показників IgA, IgM, IgG та IgE по відношенню до групи контролю. Через два тижні після стандартної терапії рівень імуноглобулінів IgA та IgG знизився нижче контрольних значень, що свідчить про імунодефіцит.

Відновлення рівня імуноглобулінів IgA та IgG (на 45 та 90 добу) спостерігалося тільки при використанні імунотерапії, що свідчить про доцільність використання обраних імуномодуляторів.

ВПЛИВ ВВЕДЕННЯ КРІОЕКСТРАКТУ ПЛАЦЕНТИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРКИ ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ГОСТРОЇ ТА ХРОНІЧНОЇ НИРОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кондаков І.І., Юрченко Т.Ю., Топчій І.І., Строна В.І., Кірієнко О.М., Грідасова Л.М., Щенявська О.М.

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

Мета – дослідити вплив введення кріоконсервованого плацентарного матеріалу (алогенного кріоекстракту (КЕП)) на функціональні показники нирок при моделюванні гострої (ГНН) та хронічної ниркової недостатності (ХНН).

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом дослідження служили 40 білих беспородних щурів вагою 200-300 г, віком 4 місяці. Для моделювання ГНН щурам вводили 50 % водний розчин гліцеролу в дозі 10 мл на кг маси тіла. КЕП вводився підшкірно в якості лікувального фактора. Тварини були розподілені на 3 групи: 1-а (група контролю) – тварини без введення кріоекстракту, 3 тижні після введення гліцеролу. 2-а – група «А» з моделлю ГНН, яким через 7 діб після введення гліцеролу вводили 3-х кратно протягом тижня кріоекстракт алогенної плаценти. Через 3 (А 3), 8 (А8) і 16 (А 16) тижнів тварин виводили з експерименту. 3-я – група «В» – з моделлю ХНН, яким через 8 тижнів від введення гліцеролу вводили 3-х кратно кріоекстракт алогенної плаценти. Через 10 (В 10) і 16 (В 16) тижнів тварин виводили з експерименту. Усі експерименти проводилися відповідно до «Загальних етичних принципів експериментів над тваринами», схваленими Першим національним конгресом з біоетики (20.09.2001 р., м. Київ). Вимірювання розмірів ниркових клубочків, капсули Шумлянського, та мезангію проводили за допомогою програми ToupTek ToupView.

Результати. Проведені гістологічні і морфометричні дослідження мікропрепаратів нирок тварин при моделюванні ГНН і ХНН показують, що найбільш інформативними показниками для оцінки функцій нирок є площа поперечного зрізу клубочка, площа перетину капілярів клубочка, площа капсули Шумлянського-Боумена, а так само площа просвіту канальців. Основним субстратом ГНН в групі А 3к є дистрофічні і некротичні процеси в епітелії проксимальних і дистальних канальців на фоні порушення кровообігу. Перехід в стадію ХНН (група А 8к, В 16к) має під собою інший субстрат, це – інтерстиціальний нефрит і нефросклероз.

Висновки. 1.Введення КЕП в ранні терміни приводить до швидкого усунення пошкоджень епітелію канальцевого апарату і запобігає розвитку ХНН. Ефект від введення КЕП зберігається 16 тижнів, далі розвивається ХНН (група А 16). 2. Введення КЕП на тлі сформованої ХНН приводить до деякого поліпшення, проте ефект цей не стійкий і морфологічна картина погіршується через 6 тижнів. Введення КЕП на пізніх термінах ХНН виявилося неефективним.

УРОВЕНЬ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 У БОЛЬНЫХ РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Копица Н.П., Белая Н.В., Титаренко Н.В., Копица Г.Н., Иванова Т.Н.

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

В результате избыточной активации протеолитического фермента матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9), а также в результате снижения синтеза ее тканевого ингибитора (ТИМП-1) происходит деструкция коллагенового каркаса покрышки атеросклеротической бляшки, что делает ее нестабильной.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня ММП-9 при разных формах острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. Было обследовано 85 пациентов с ОКС в возрасте (55,6 ± 2,1) лет, поступивших в стационар в первые 24 часа с момента появления ангинозных болей. Пациенты с наличием острого инфаркта миокарда с зубцом Q (ОИМЗQ) составили 35 (43,75 %) человек, с наличием инфаркта миокарда без зубца Q (ОИМБЗQ) – 25 (31,25 %) человек и с нестабильной стенокардией (НС) – 20 (25 %) человек. Концентрация ММП-9 в сыворотке крови определялась при помощи иммуноферментного метода с использованием набора «Human MMP-9 ELISA", Австрия. Для статистического анализа полученных результатов использовался пакет программ обработки данных общего назначения Statistica for Windows версии 6.0.

Результаты и их обсуждение. Уровень ММП-9 в группе больных с ОИМЗQ составил (150,65 ± 16,91) нг/мл, в группе больных с ОИМБЗQ – (83,01 ± 7,1) нг/мл, в группе с НС – (43,6 ± 3,24) нг/мл, у здоровых лиц – (17,5 ± 3,1) нг/мл.

При межгрупповом анализе обращает на себя внимание тот факт, что существовала достоверная разница между концентрациями ММП-9 в различных группах больных ОКС ($p = 0,0001$-$0,0175$)

Уровень ММП-9 у здоровых лиц был достоверно ($p < 0,05$) ниже такового у больных всех трех групп. Наибольшая концентрация ММП-9 была выявлена у пациентов с ОИМЗQ, что является следствием наиболее выраженной интенсивности воспалительно-деструктивного процесса в атеросклеротической бляшке при данном виде ОКС.

Выводы. Повышение уровня ММП-9 выявлено в сыворотке крови всех больных ОКС. Наиболее высокий уровень ММП-9 наблюдался у больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q, наименьший – при НС, что соответствует степени поражения коронарных сосудов и может использоваться с целью ранней диагностики деструкции атеросклеротической бляшки.

ЗНАЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БИОМАРКЕРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Копица Н.П., Гилёва Я.В., Титаренко Н.В., Белая Н.В.

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

В атерогенезе ключевую роль играет сосудистое воспаление. В связи с чем, для клинической оценки пациентов, используют биомаркеры отражающие воспалительные процессы в атеросклеротической бляшке. В последние годы на ряду с высокочувствительным С-реактивным белком вч(СРБ) активно исследуется новый маркер воспаления – секреторная фосфолипаза А2 (секФЛА2) роль которой при ОКС остается неопределенной.

Цель исследования: изучить значение воспалительных биомаркеров секФЛА2 и вчСРБ у больных с различными формами ОКС.

Методы и результаты. В исследование было включено 75 больных ОКС, средний возраст – (57,6 ± 1,9) лет, поступивших через (9,4 ± 2,0) часа после начала болевого синдрома. Всем пациентам в первые сутки производилось определение секФЛА2, вчСРБ иммуноферментным методом наборами фирм Cayman Chemical (США) и DRG (Германия) и липидного спектра ферментативным методом. Общая группа пациентов с ОКС была разбита на 3 группы: пациенты с Q-позитивным ИМ Q”+”ИМ (n = 39), пациенты с Q-негативным ИМ (Q”-“ИМ) (n = 16) и пациенты с нестабильной стенокардией (НС) (n=20). Средний уровень секФЛ А2 в группе НС составил (472,46 ± 55,67) нг/дл, в группе Q"-"ИМ – (667,13 ± 162,74) нг/дл, и группе Q"+"ИМ – (709,28 ± 98,71) нг/дл. Наиболее высокие показатели секФЛ А2 отмечены в группе больных с Q"+"ИМ, однако отмечалась лишь тенденция к достоверности по сравнению с группой НС. Достоверное отличие по уровню СРП отмечено в группах с Q"+"ИМ и НС – (7,13 ± 0,64) мг/л и (5,40 ± 0,78) мг/л, соответственно. Уровень вчСРП в общей группе пациентов с ОКС коррелировал с уровнем ХЛОНП – 0,25 ($p < 0,05$). Отмечена средняя корреляционная связь секФЛ А2 с уровнем вчСРБ 0,32 ($p < 0,05$). В группе пациентов с Q"+"ИМ отмечена корреляционная связь средней силы между уровнем вчСРП и секФЛ А2 – 0,39 ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Воспалительные механизмы у пациентов с ОКС подтверждаются наличием корреляционной связи между вчСРБ, секФЛА2 и ХЛОНП.
2. Наиболее высокие показатели секФЛА2 отмечаются в группе больных с Q"+"ИМ, что отражает взаимосвязь между уровнем сосудистого воспаления и величиной поражения миокарда.

БЕЛОК, СВЯЗЫВАЮЩИЙ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПРИЗНАКАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Копица Н.П., Петюнина О.В., Петенева Л.Л.

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

Белок, связывающий жирные кислоты (БСЖК) – небольшой цитоплазматический протеин, включающийся в энергетический гомеостаз клетки. В течение последующего повреждения миокарда вследствие острого коронарного синдрома (ОКС) БСЖК транспортирует жирные кислоты с клеточной мембраны в митохондрии для оксигенации. В настоящее время БСЖК позиционируется как ранний диагностический маркер у пациентов, страдающих ОКС. Однако, его роль в диагностике и прогнозе пациентов с сердечной недостаточностью (СН) остается недостаточно изученной.

Методы: в исследование включено 171 пациент с острым коронарным синдромом, 37 – нестабильная стенокардия (21,6 %), 36 – инфаркт миокарда без зубца Q (21 %), 98 – с зубцом Q (57,4 %). Из них 119 мужчин и 52 женщины. Сердечная недостаточность по Killip I – 125, Killip II – 33, Killip III – 13. Кровь для анализа набиралась при поступлении пациента в стационар, до 48 часов от начала болевого синдрома (при инфаркте). Определяли БСЖК в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью реактивов фирмы Вектор Бест, г. Новосибирск, Россия.

Результаты. Выявлена следующая закономерность распределения уровней БСЖК при разных формах ОКС: при нестабильной стенокардии составил в среднем 0,84 нг/мл, при инфаркте миокарда без зубца Q – 3,28 нг/мл, с зубцом Q – 6,03 нг/мл. При СН с Killip I его уровень составил 0,46 нг/мл, Killip II – 3,15 нг/мл, Killip III – 5,96 нг/мл.

Выводы. В результате выполненной работы продемонстрировано, что уровень БСЖК сыворотки крови у пациентов с ОКС и сердечной недостаточностью достоверно выше и ассоциируется с ее функциональным классом. Повышенный уровень БСЖК может идентифицировать пациентов с более выраженными структурными повреждениями миокарда.

ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ НЕСПРИЯТЛИВИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Копиця М.П., Титаренко Н.В., Біла Н.В., Петеньова Л.Л., Гільова Я.В.

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

Гострий коронарний синдром (ГКС) є основною причиною смертності населення у розвинених країнах світу. У зв'язку з цим важливою є виявлення хворих з високим ризиком несприятливих подій в майбутньому у даної категорії хворих. Визнаним предиктором несприятливого прогнозу при ГКС є підвищення рівню біохімічних маркерів. На сьогоднішній час у світі спостерігають підвищений інтерес до вивчення нейрогормональних факторів, та серед них – ролі мозкового натрійуретичного пептиду у визначенні прогнозу у хворих з ГКС.

Метою нашого дослідження було прогностичної цінності N-термінального фрагмента про-МНП (НТ-проМНП), інших біохімічних і клінічних маркерів у відношенні розвитку нестабільної стенокардії, повторного інфаркту міокарду, інсульту, необхідності в реваскуляризації через рік після перенесеного ГКС.

Методи та результати. Обстежено 114 пацієнтів з ГКС в першу добу захворювання, середній вік – (62,5 ± 4,7) року. Усім хворим проведено визначення рівня НТ-проМНП імуноферментним методом (Biomedica, Словаччина). Вивчено клінічні результати через рік від початку розвитку захворювання: смерть, повторний інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, інсульт, необхідність у реваскуляризаційних процедурах. Для аналізу були взяті параметри, які суттєво відрізнялися у пацієнтів з і без несприятливих подій: вік, частота серцевих скорочень (ЧСС) при надходженні до стаціонару, рівень гемоглобіну і НТ-проМНП. Криві чутливості і специфічності були використані на основі методу ROC аналізу і порогові значення були вибрані для кожної змінної. Однак, чутливість та специфічність НТ-проМНП та інших обраних показників виявилась недостатньою в визначенні прогнозу ускладнень. Була проведена бальна оцінка кожного показника відносно порогового значення та запропоновано шкала розрахунку діагностичного коефіцієнту (ДК) за методом Гублера. Як показали розрахунки, негативне значення ДК виявилось пов'язаним з розвитком несприятливих подій у хворих з ГКС. ДК мав чутливість 87,5 % та специфічність 75,6 % для прогнозування несприятливого результату у хворих з ГКС протягом 1 року спостереження.

Висновок. Вивчення ролі обраних показників та розробка прогностичної моделі з урахуванням рівнів НТ-проМНП, гемоглобіну, ЧСС і віку з наступним визначенням ДК надає достовірну інформацію відносно прогнозу у хворих на ГКС протягом 1 року.

РОЛЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ТРОПОНИНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

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 (вчТн) у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST).

Материалы и методы: обследовано 51 больной ОКСБПST с последующим развитием Q-негативного инфаркта миокарда (ИМ). Среднее время от начало болевого синдрома до поступления в стационар составило (3,0 ± 0,5) часов. Всем пациентам определялся уровень стандартного тропонина I и вчТн при поступлении, через 3 часа, 6 часов и 12 часов после поступления. Также оценивались ЭКГ критерии.

Результаты и обсуждение:

Из 51 пациента у 8 отмечалась депрессия сегмента ST по типу субэндокардиальной ишемии до 2 мм. У 5 больных с наиболее высоким уровнем тропонина (более 5нг/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 вчТн позволило диагностировать ИМ в течении первых трех часов у 21 больного (41 %), в то время как повышение стандартного Тн у отмечалось у 2 больных (4 %). К 6 часовому периоду наблюдения повышение вчТн отмечено у 40 пациентов (78 %). Стандартный ТнI в это же время повышался более чем у 60 % больных. У 12 больных с повышенным уровнем вчТн, показатели уровня обычного тропонина I не превышали пороговых величин, что вероятно связано с более поздним временным пиком высвобождения. Этих больных можно условно отнести к категории «ложно тропонин отрицательным».

Выводы:

1. Применение методики определения высокочувствительного тропонина позволяет в ранние сроки (до 3 часов) выявлять некротические поражения миокарда с большей точностью и чувствительностью по сравнению со стандартным тропонином.
2. У части больных с более поздним пиком высвобождения стандартного тропонина высокочувствительный тропонин позволяет своевременно улавливать минимальные некротические изменения миокарда, что имеет важное прогностическое значение.
3. Использование высокочувствительного тропонина позволяет применить агрессивную тактику лечения больных с ОКСБПST уже в первые часы заболевания.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З МЕТАБОЛІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Королюк О.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Вступ. Ожиріння є обов'язковим критерієм метаболічного синдрому, фактором ризику серцево-судинних захворювань і цукрового діабету 2 типу (ЦД 2). Однак, є чимало повідомлень про кращий прогноз в осіб з більшим індексом маси тіла (ІМТ), а за даними Pacchioni A. et al. (2013) у хворих на ІХС, незалежно від віку, нестабільні атеросклеротичні бляшки частіше виявляли в осіб з меншим ІМТ.

Мета: порівняти прогноз у хворих на ІХС з метаболічними розладами залежно від ІМТ та з'ясувати які патогенетичні фактори впливають на прогноз.

Матеріали і методи: 116 хворим на ІХС (у 36 стабільна стенокардія II-IV ФК, у 58 нестабільна стенокардія, у 22 гострий інфаркт міокарда з елевацією ST) та метаболічними розладами – дисліпідемією за критеріями ЄТК (2012) та вперше виявленим рівнем глікемії $\geq 5{,}6$ ммоль/л проведено антропометрію, глюкозотолерантний тест, визначення інсуліну, глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}), показників ліпідограми, С-реактивного протеїну (СРП). Розподіл хворих проведено за класифікацією ВООЗ: 9 осіб з нормальною масою тіла (група 1), 43 з надмірною масою тіла (група 2), 44 з ожирінням I ступеня (групи 3) і 20 осіб з ожирінням II-III ступеня (група 4). Спостереження тривало 40 місяців (медіана 19 місяців), враховували виникнення ЦД 2 та гострих серцево-судинних ускладнень (ГССУ). Виживання аналізували методом Каплана-Мейєра («Statistica for Windows 6.0», Statsoft, USA).

Результати. В осіб групи 1 зафіксовано найбільше ГССУ (77,8 %) і мінімальну кумулятивну частку виживання (22,2 %) з істотною різницею порівняно з групами 2 і 4 ($p_{1-2} = 0{,}031$, $p_{1-4} = 0{,}022$), що пов'язано з віком (середній вік у групах: $(67{,}8 \pm 3{,}4)$ років; $(64{,}0 \pm 1{,}4)$ років; $(59{,}5 \pm 1{,}5)$ років; $(61{,}3 \pm 2{,}6)$ років). У пацієнтів з ожирінням I ступеня частіше виникали ГССУ ($p_{3-4} = 0{,}067$) та ЦД 2 ($p_{3-4} = 0{,}026$), ніж в осіб з ожирінням II-III ступеня. Показники глікемії, холестерину (ХС), ХС ліпопротеїнів низької та високої щільності, HbA_{1c}, інсуліну та індексу HOMA-IR у групах 3 і 4 суттєво не відрізнялися. В осіб з ожирінням I ступеня виявлено значно більші рівні тригліцеридів ($p_{3-4} = 0{,}0004$), відношення тригліцеридів до ХС ліпопротеїнів високої щільності ($p_{3-4} = 0{,}027$), СРП ($p_{3-4} = 0{,}017$) та максимальні значення відношення окружності талії до стегон ($p_{1-3} = 0{,}007$, $p_{2-3} = 0{,}005$, $p_{3-4} = 0{,}005$ у жінок).

Висновки. У хворих на ІХС з нормальною масою тіла гірший прогноз щодо розвитку ГССУ був зумовлений віком. У пацієнтів з ожирінням I ступеня несприятливий прогноз щодо ГССУ та ЦД 2 порівняно з хворими з ожирінням II-III ступеня пояснюється діабетичною дисліпідемією, переважанням андроїдного типу ожиріння та активацією запалення.

О КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПЫЛЕВОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Костюк И.Ф., Полищук В.Т., Бязрова В.В., Стеблина Н.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. У рабочих различных специальностей, имеющих контакт с пылью, наиболее частой патологией является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). По данным ряда авторов, ХОБЛ сочетается с сахарным диабетом в 16 % случаев, обострения ХОБЛ при СД часто возникают более трех раз в год (у 53,8 %). Смертность у больных ХОБЛ на фоне неадекватного гликемического контроля значительно выше.

Цель исследования. Изучение клинических, структурно-функциональных и иммунных особенностей ХОБЛ профессионального генеза при сахарном диабете 2 типа.

Полученные результаты и их обсуждение. Обследовано 48 больных с ХОБЛ пылевой этиологии, средней степени тяжести (II стадия), рабочих пылевых профессий машиностроительной промышленности (литейщики, шлифовщики, сварщики). Для изучения особенностей течения ХОБЛ в сочетании с СД все больные были распределены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, производственному стажу. Основную группу составили 23 пациента с ХОБЛ пылевого генеза на фоне СД II типа средней тяжести. У 10 (43,4 %) больных СД предшествовал развитию ХОБЛ, у 13 (56,6 %) пациентов СД был выявлен одновременно с ХОБЛ. Группу сравнения составило 25 больных ХОБЛ без СД. Для коррекции углеводного обмена больные СД находились на диете и сахароснижающей терапии. Диагноз устанавливался в соответствии с критериями GOLD (2012 г.) и инструкцией МЗ Украины (приказ № 128 от 19.03.2007) Учитывалась санитарно-гигиеническая характеристика условий труда, пылевой, наличие вредных привычек, результаты общеклинических, инструментальных и иммунологических методов исследований

Проведенный анализ клинических особенностей у больных ХОБЛ пылевой этиологии в сочетании с СД показал, что заболевание протекает более тяжело с частыми и выраженными обострениями, клиническими проявлениями, имеет прогрессирующее течение. Сдвиги в иммунном статусе у лиц основной группы характеризовались нарушением цитокинового профиля с преимущественной активацией провоспалительных цитокинов. Была установлена зависимость между выраженностью вентиляционных нарушений и степенью компенсации СД .определялась выраженная легочная гипертензия со структурно-функциональными изменениями не только правого, но и левого сердца.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования выявили патогенетические особенности ХОБЛ пылевой этиологии в сочетании с СД, которые следует учитывать при лечении данной категории больных.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИЛІКОЗУ У ПРАЦЮЮЧИХ НА МАШИНОБУДІВНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ

Костюк І.Ф., Стебліна Н.П., Прохоренко В.Л., Бязрова В.В.
Харківський національний медичний університет, Україна

Збільшення кількості працюючих в шкідливих та небезпечних умовах праці створюють передумови до зростання професійної захворюваності. В структурі професійної патології значне місце займають хвороби органів дихання (хронічні бронхіти, пневмоконіоз).

Мета дослідження. Вивчення особливостей перебігу силікозу у жінок, які працюють в умовах підвищеного рівня кремнеземвміщуючого пилу на машинобудівних підприємствах міста.

Одержані результати та їх обговорення. В дослідження включено 80 хворих на силікоз (40 жінок та 40 чоловіків). Середній вік хворих складав 61 рік. За фахом у групі жінок більш питома вага приходилась на професії: вибивальник, формовник. Другу групу склали чоловіки цих же професій. Найбільш несприятливими були умови праці в ливарних цехах, що характеризувались дією не тільки високих концентрацій пилу, що вміщували кварц, але й нагріваючого мікроклімату, шуму, вібрації та інш. Усе це сприяло розвитку та прогресуванню не тільки пневмоконіозу, але і хронічного бронхіту. У більшості обох груп встановлено повільнопрогресуючий перебіг силікозу, а у 5 хворих першої групи та 3 хворих другої мав місце пізній розвиток. Зміна умов праці, багатокомпонентний склад пилу та зниження інтенсивності пилового навантаження супроводжувалися збільшенням стажу праці та зміною форм перебігу пневмоконіозів. Переважала інтерстиціальна форма фіброзу, яка нерідко ускладнювалась розвитком бронхообструктивного синдрому, що погіршував перебіг захворювання, вів до розвитку емфіземи та легенево-серцевої недостатності. Вузликовий силікоз частіше. виявлявся у хворих жінок та характеризувався довготривалим періодом формування процеса, з раннім бронхітичним синдромом, ускладненнями емфіземою (96,4 %), легеневою недостатністю (75,6 %). Аналіз розповсюдженості хронічного бронхіту виявив більш високу тривалість захворювання у чоловіків ніж, у жінок. Клінічні прояви хронічного бронхіту мали місце як серед жінок, так і чоловіків з частотою загострень від 2 до 3 разів на рік, але чоловіки мали більш виражену симптоматику та більш тяжкий перебіг хронічного бронхіту.

Висновки. Дослідження показало, що предикторами несприятливого перебігу силікозу як у жінок, так і чоловіків є висока концентрація фіброгенного пилу в робочій зоні та тривалість праці. Пневмоконіоз у жінок розвивається у більш ранні строки порівняно з чоловіками при однакових умова праці та характеризується швидким розвитком ускладнень.

ЦИТОКІНИ ЯК ПЕРВИННІ МЕДІАТОРИ В РЕГУЛЯЦІЇ РЕАКЦІЇ ЗАПАЛЕННЯ

Кочубєй О.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Однією з важливих проблем сучасної медичної науки є запальна реакція, яка виникнула на ранніх етапах еволюції і має дві незмінні риси: з одного боку це процес, що допомагає організму в боротьбі за виживання, з іншого – це пошкодження з загрозою для органа або для всього організму. Реакцію запалення in vivo регулює система первинних та вторинних медіаторів. До первинних медіаторів відноситься сімейство цитокінів.

Цитокіни здатні проявляти біологічну активність як дистанційно, після секреції кліткою-продуцентом (місцево і системно), так і при міжклітинному контакті, будучи біологічно активними у вигляді мембранної форми. Синтезуючись в осередку запалення, цитокіни впливають практично на всі клітини, що беруть участь в запальній реакції, включаючи гранулоцити, макрофаги, фібробласти, клітки ендотелію та епітелію, а потім на Т- і В-лімфоцити. В рамках імунної системи цитокіни здійснюють взаємозв'язок між неспецифічними захисними реакціями і специфічним імунітетом, діючи в обох напрямках.

Цитокіни синтезуються у відповідь на стимуляцію через короткий проміжок часу. Потрібно відзначити, що більшість цитокінів продукується не постійно, вони швидко синтезуються і секретуються під впливом антигенних і інших стимулів в малих кількостях. Тільки при інтенсивному і тривалому запальному процесі в крові відбувається накопичення прозапальних цитокінів, які можуть впливати на клітини дистальних органів. Синтез припиняється за рахунок різноманітних механізмів ауторегуляції, включаючи підвищену нестабільність РНК, і існування негативних зворотних зв'язків, опосередкованих простагландинами, кортікостероїдними гормонами та іншими факторами. Одні і ті ж цитокіни можуть продукуватися різними типами клітин організму в різних органах.

Не дивлячись на те, що більшість цитокінів є типовими індуцибельними медіаторами і не синтезуються клітинами поза запальної реакції та імунної відповіді, деякі не потрапляють під це правило. Частина цитокінів синтезуються постійно, і у великих кількостях знаходиться в циркуляції, регулюючи проліферацію і диференціювання окремих типів клітин.

Узагальнено аналізуючи чинні наукові данні, можна зазначити, що на тканинному рівні цитокіни відповідальні за розвиток запалення і регенерацію тканин. При розвитку системної запальної реакції вони впливають практично на всі органи і системи організму, беручи участь у регуляції гомеостазу.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ І СУДИН У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ

Кочуєва М.М., Кочуєв Г.І., Шалімова А.С., Браславська А.П.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Дані епідеміологічних досліджень свідчать, що хронічна серцева недостатність (ХСН) досі залишається одним із найважчих і прогностично несприятливих ускладнень серцево-судинних захворювань. Враховуючи те, що в патогенезі ХСН, яка розвивається на тлі гіпертонічної хвороби (ГХ), ключову роль відіграють порушення функціонального стану ендотелію, розвиток ішемії та метаболічних розладів в органах-мішенях, великий інтерес представляє вивчення ефективності фармакотерапевтичних засобів, що мають цитопротекторний ефект, зокрема Р-FOX інгібіторів, одним з яких є Мілдронат GX.

Мета дослідження – вивчення впливу 16-тижневої терапії Мілдронатом GX на динаміку показників систолічної та діастолічної функцій лівого шлуночка серця, ступінь ендотелійзалежної вазодилатації плечових артерій (ЕЗВД) при ХСН на тлі ГХ.

Досліджено 60 хворих у віці від 37 до 60 років з ХСН II-III функціональних класів на тлі ГХ II стадії з АГ 2 ступеня. Всі хворі отримували стандартну терапію, яка включала інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту, бета-адреноблокатор, ацетилсаліцилову кислоту, статин. Методом рандомізації хворі були розділені на 2 групи по 30 чоловік в залежності від терапії, яку їм проводили протягом подальших 16 тижнів. Хворі першої групи отримували стандартну терапію, хворі другої групи на тлі стандартної терапії додатково отримували Мілдронат GX в добовій дозі 1,0 г.

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що після 16-тижневого лікування з використанням на фоні базисної терапії Мілдронату GX достовірно ($p < 0,01$) збільшилася ступінь ЕЗВД, чого не спостерігалося в групі пацієнтів, які не отримували Мілдронат GX. У всіх групах хворих мала місце позитивна динаміка показників, які характеризують систолічну і діастолічну функції серця, проте ступінь динаміки зазначених показників у групі хворих, які отримували Мілдронат GX, виявилася достовірно більшою, ніж у пацієнтів, які отримували тільки препарати базисної терапії ($p < 0,05$).

Таким чином, встановлено, що додаткове призначення пацієнтам з ХСН на тлі ГХ Мілдронату GX сприяє зменшенню вираженості дисфункції в міокарді і судинах.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ АКТИВНОСТІ РААС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК НА ФОНІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІІА СТ.

Кравцова В.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Доведено взаємний негативний вплив дисфункції нирок та серця, який виражається прогресуванням ниркової дисфункції при зростанні хронічної серцевої недостатності (ХСН) та погіршенні функції серця при прогресуванні хронічної хвороби нирок (ХХН).

Мета: вивчення активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) за рівнем активного реніну (АРС) та альдостерону сироватки крові (АСК) у залежності від стадії ХХН у хворих ХСН ІІА ст., терапевтична корекція стану з зостасуванням іАПФ спіпаприла 6 мг та БРА кандесартана 8 мг, а також проведення прогнозування ппо методу Вальда-Генкіна.

Матеріали та методи: обстежено 76 пацієнтів (52 жінки, 34 чоловіка) з ХХн ІІ-ІІІ ст. на фоні ХСН ІІ ст. віком від 25 до 65 років.

Результати: у хворих ХХН ІІ ст з ХСН ІІА ст. з середньою швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) 68 мл/хв./1,73 м^2 (за формулою Cockcroft-Gault) показники активності РААС збільшились на 38,6 % (активність реніна) та на 57,3 % (альдостерон) у порівнянні з контролем, та у хворих з середньою ШКФ 44 мл/хв./1,73 м^2 ці показники збільшились на 46,1 % (активність реніну) та на 39,4 % (альдостерон). У групі хворих, які прийали іАПФ спіраприл АРС знизилась на 8 %, АСК – на 16,1 %, а в групі хворих, які приймали БРА кандесартан АРС знизилась на 7 %, АСК – на 16,7 %. З метою прогнозування кардіоренального синдрому 2 типу використовувалась неоднорідна послідовна процедура по Вальду-Генкіну. Високу інформативність мав як показник альдостерону (І-4,13), який відповідав діапазону від 92 пг/мл до 141 пг/мл (норма АСК 114-172 пг/мл), та показник АРС (І-3) і відповідав діапазону від 0,35 мкг/г*л до 4,0 мкг/г*л (норма до 0,96 мкг/г*л). Тобто, в групі іАПФ пацієнти мали сприятливий прогноз, т. я. АСК до лікування у середньому дорівнювала 96,63 пг/мл при ХХН ІІ ст. з ХСН ІІА ст. и 98,56 пг/мл при ХХН ІІІ ст. з ХСН ІІА ст. та знизилось до 85,2 пг/мл и до 92,3 пг/мл відповідно, АРС знизилось з 0,78 при ХХН ІІ ст. з ХСН ІІА ст. и с 0,75 при ХХН ІІІ ст. з ХСН ІІА ст. до 0,70 мкг/г*л в обох групах; у групі БРА АСК знизився з 125,6 пг/мл при ХХН ІІ ст. з ХСН ІІА ст., та з 158,7 при ХХН ІІІ ст. з ХСН ІІА ст. до 112 пг/мл и 140 пг/мл, відповідно, АРС – з 1,6 при ХХН ІІ ст. з ХСН ІІА ст. та з 1,1 при ХХН ІІІ ст. з ХСН ІІА ст. до 0,9 при ХХН ІІІ ст. з ХСН ІІА ст. і до 0,83 мкг/г*л при ХХН ІІІ ст. з ХСН ІІА ст.

Висновки: активація РААС у хворих поєднаною патологією відбувається при зростанні важкості ХХН. Враховуючи високу інформативність показників активності реніна та альдостерона сироватки крові показано, що при лікуванні хворих кардіоренальним синдромом блокаторами РААС іАПФ спіраприлом у пацієнтів був більш сприятливий погноз, ніж в групі хворих, які приймали БРА кандесартан. Зниження показників свідчить про ефективне блокування РААС та переважному застосуванні іАПФ.

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА СУТОЧНЫЙ РИТМ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кравченко И.Г., Черненок М.Э.

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

Целью исследования явилось изучение влияния бисопролола (фирма «SANDOZ») на суточный ритм и вариабельность артериального давления (АД) у больных, страдающих сердечной недостаточностью (СН), развившейся на фоне ИБС и гипертонической болезни (ГБ).

Материал и методы. В исследование было включено 38 больных (28 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 39 до 65 лет, страдающих ИБС (стабильная стенокардия II-IV функциональный класс (ФК) в сочетании с ГБ, течение болезни, у которых осложнилось развитием ХСН II-IV ФК. Длительность СН составила (5,6 ± 2,8) лет. Уровень «офисного» АД не превышал значений 180/110 мм рт. ст. Суточное мониторирование АД проводили с помощью портативной системы MEDITECH ABPM, Венгрия, до лечения и через 12 недель приема бисопролола в дозе 2, 5-5,0 мг в сутки дополнительно к стандартной терапии. В дневные часы измеряли АД каждые 15 минут, в ночные – каждые 30 минут.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что улучшение клинического состояния больных сопровождалось снижением среднесуточного как систолического АД (САД) на 10,5 % ($p \leq 0,05$), в основном, за счет снижения в период бодрствования, так и диастолического АД (ДАД) – на 10,8 % ($p \leq 0,05$), ЧСС – на 8,3 % ($p \leq 0,05$). Исходно повышенная вариабельность АД у большинства больных (90 %) под влиянием применения бисопролола достоверно снизилась для значений САД и достигла нормальных величин ($p > 0,05$), для средних значений ДАД и ЧСС – уменьшилась на 7,6 % ($p > 0,05$) и 6,6 % ($p \leq 0,05$), соответственно. Физиологический суточный ритм АД (dipper) в исходном состоянии наблюдался у 43 % больных, после лечения не изменился. Наиболее существенные изменения наблюдались в группе больных с суточным ритмом по типу «non dipper» – у 9 больных из 13 нормализовался суточный профиль АД ($p \leq 0,05$). В конце лечения увеличилось число больных с суточным профилем типа «dipper» на 20 % за счет уменьшения числа больных с суточным ритмом «non-dipper» и «night-peaker». Побочные явления наблюдались у 1 больного – в виде аллергической реакции, прошли самостоятельно, у 1 больного ЧСС снизилась до 48 ударов в 1 мин.

Выводы. У больных СН прием бисопролола в терапевтической дозе был безопасен и вызывал позитивную коррекцию суточного профиля АД, нормализацию суточной вариабельности АД, что способствовало улучшению состояния больных и клинического течения болезни.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кравчун Н.А., Черняева А.А.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков

Актуальность проблемы. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является самой частой формой хронической патологии печени в мире: распространенность ее в различных популяциях колеблется от 10 до 40 %. В то же время, распространенность сахарного диабета (СД) увеличивается темпами, существенно превосходящими прогнозируемые, в основном, за счет СД 2 типа. Эти патологические состояния имеют общие патогенетические механизмы: связь с ожирением и инсулинорезистентностью, которые являются основой патогенеза НАЖБП, СД 2 типа, артериальной гипертензии и других заболеваний. НАЖБП выявляется во всех возрастных группах населения, включая детей, но чаще (в 60-75 % случаев) встречается у женщин в возрасте 40-50 лет с различными метаболическими нарушениями

Цель: Оценить распространенность НАЖБП у больных с СД 2 типа, определить удельный вес сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с указанной патологией по данным клиники.

Материалы и методы: За 2012 год на базе отделения фармакотерапии эндокринных заболеваний ГУ «ИПЭП им. В. Я. Данилевского НАМН» Украины обследовано 626 пациентов с СД 2 типа. Из них: 222 пациента с СД 2 типа, в сочетании с НАЖБП.

Результаты: Среди пациентов страдающих СД 2 типа и НАЖБП женщины составили 59,5 %, а мужчины 40,5 %. Средняя длительность диабета составила (7,8 ± 0,5) лет. Тяжелая форма СД 2 типа была диагностирована у 41,3 % пациентов, у других пациентов был СД средней тяжести. Заболевания сердечно-сосудистой системы выявлено у большинства больных с СД 2 типа в сочетании с НАЖБП, среди них гипертоническая болезнь наблюдалась у 81,7 % пациентов, ишемическая болезнь сердца – у 76,2 % пациентов. У 25 пациентов в анамнезе были сердечно-сосудистые катастрофы: ишемический инсульт у 9 пациентов и инфаркт миокарда у 16, что составляет 4,05 % и 7,2 %, соответственно.

Выводы. Полученные результаты исследования диктуют необходимость более тщательного обследования больных, страдающих СД 2 типа и НАЖБП, с целью раннего выявления и коррекции кардиометаболических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИЗНАЧЕННЯ ВИРАЗНОСТІ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ В ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Кравчун Н.О., Дорош О.Г., *Овсяннікова Т.М.

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

**Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна*

Значну увагу вчених натепер привертає проблема формування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) за наявності цукрового діабету (ЦД) 2. Натепер вивчається роль оксидативного стресу (ОС) у виникненні початкових патологічних змін з боку печінки при ЦД 2, при цьому важливо встановити як виразність змін з боку печінки відображається на показниках ОС.

Мета. Визначення рівня 8-ізопростану та продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) (дієнових (ДК), триєнових (ТК), оксидієнових (ОДК), тетраєнових (ТрК) кон'югатів), як індикаторів інтенсивності та швидкості ОС.

Матеріали та методи. Обстежено 77 хворих на ЦД 2, у тому числі 23 особи з ЦД 2 в поєднанні з НАЖХП (I група), 30 осіб з ЦД 2 (II група), 24 особи з ЦД 2 та НАЖХП в стадії стеатозу на тлі регулярної терапії гепатопротекторами (III група), та 10 здорових осіб (IV група).

Вміст 8-ізопростана в сироватці крові хворих оцінювали імуноферментним методом за допомогою набору «8-iso-prostane ELISA», (США). Показники ДК, ТК, ОДК, ТрК визначали спектрофотометричним методом з використанням молярного коефіцієнта поглинання продуктів. Статистичну обробку даних проводили з використанням t-критерію Ст'юдента, різниці вважали ймовірними при $p < 0,05$.

Результати. Середній рівень 8-ізопростану у пацієнтів з ЦД 2 в поєднанні з НАЖХП мав достовірно вищі значення в порівнянні з пацієнтами на ЦД 2 ((386,29 ± 42,23) пг/мл; (202,2 ± 84,5) пг/мл, відповідно, $p_{1-2} < 0,05$) та в 10 разів більші в порівнянні зі здоровими особами ((38,8 ± 6,03) пг/мл; $p_{1-4} < 0,001$), також встановлено достовірно менші значення рівня 8-ізопростану у групі хворих із ЦД 2 в поєднанні з НАЖХП в стадії стеатозу на тлі терапії порівняно з хворими на ЦД 2 ((30,8 ± 4,003) пг/мл; $p_{2-3} < 0,05$). При аналізі показників ПОЛ встановлено достовірно більші значення ДК, ОДК і ТрК у всіх групах хворих з ЦД 2 порівняно зі здоровими особами ((436,70 ± 63,7) нмоль/л; (57,60 ± 20,03) нмоль/л, $p_{1-4} < 0,001$); ((105,01 ± 18,3) нмоль/л; (49,75 ± 19,3) нмоль/л, $p_{1-4} < 0,05$) та ((2,21 ± 0,3) нмоль/л; (1,01 ± 0,43) нмоль/л, $p_{1-4} < 0,05$), відповідно.

Висновки. Доведено, що 8-ізопростан є високочутливим маркером ОС у хворих на ЦД 2 з НАЖХП. Інформативними показниками стадійного перебігу НАЖХП у хворих на ЦД 2 є ДК, ОДК, ТрК.

СУЧАСНІ СТАНДАРТИЗОВАНІ МЕТОДИ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ АЛЕРГІЇ

Кравчун П.Г., Бабаджан В.Д.

Харківський національний медичний університет, Україна

Переважна більшість алергічних реакцій реєструються на антибіотики, місцеві аналгетики, нестероїдні протизапальні препарати, гетерологічні сироватки, рентгенконтрастні засоби, білкові препарати крові людини, вакцини, ферменти, вітаміни, транквілізатори, протидіабетичні препарати, психотропні препарати, інгібітори АПФ, антиаритмічні засоби. Проте будь-яка лікарська речовина може стати причиною медикаментозної алергії. Алергічні реакції можуть викликати консерванти, що входять в состав багатьох лікарських препаратів, такі як сульфіти, комплексони та інш. Якщо на підставі анамнезу не вдалося визначити причину алергії, застосовують лабораторні методи.

З метою виявлення гіперчутливості негайного типу використовують наступні in vitro тести: визначення активності триптази у сироватці крові з метою встановлення наявності дегануляції мастоцитів; визначення концентрації специфічних імуноглобулінів Е у сироватці крові; проведення тесту активації базофілів в присутності потенційного алергену.

Для виявлення гіперчутливості уповільненого типу використовують наступні in vitro тести: тест трансформації лімфоцитів в присутності потенційного алергену; визначення появи маркерів CD69 Т-лімфоцитів в присутності потенційного алергену; визначення рівнів цитокінів у супернатанті лімфоцитів після інкубації в присутності потенційного алергену; визначення цитотоксичності (чи її продуктів).

Лабораторні методи виявлення алергії, що засновані на визначенні імуноглобулінів, зокрема специфічних до лікарських препаратів, медіаторів (триптаза) і цитокінів стандартизовані і з безпеки та можливості використання в будь-який період захворювання залишаються переважними.

Нові діагностичні засоби, такі як тест активації базофілів, тест трансформації лімфоцитів і тест антигенної стимуляції клітин, розроблені декілька років тому в теперішній час вже стандартизовані, але деякі з них проходять ретельну перевірку на великому масиві хворих у провідніх імунологічних центрах світу. Їх використання дозволить призвести до збільшення результативності діагностичних обстежень, тим самим зменшуючи необхідність проведення провокаційних тестів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНІВ НЕОПТЕРИНА ТА СТУПЕНЯ СТЕНОЗУ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ЗА ДАНИМИ КОРОНАРОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА ОЖИРІННЯ

Кравчун П.Г., Габісонія Т.Н.

Харківський національний медичний університет, Україна

У структурі смертності населення від ССЗ перше місце займає ішемічна хвороба серця (ІХС). Найбільш поширеною формою ІХС є стабільна стенокардія напруги. Частота її коливається в різних регіонах від 1,8 % до 6,5 %.

Метою нашого дослідження було визначити динаміку неоптерину у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння в залежності від ступеня стенозу коронарних судин на підставі даних коронарографії.

Матеріали та методи. Для вивчення анатомічних особливостей судин коронарного русла та виявлення атеросклеротичних змін і гемодинамічно значущих звужень у вінцевих судинах 39 хворим, зі встановленим діагнозом стабільна стенокардія та супутнім ожирінням була проведена МСКТ коронарографія. Серед хворих було обстежено 9 (30 %) жінок та 30 (70%) чоловіків, середній вік хворих склав (59 ± 1,3) роки. Рівень неоптерина визначали імуноферментними методиками на імуноферментному аналізаторі “LabLine-90” (Австрія). Концентрацію неоптеріну визначали з використанням набору фірми "IBL international Neopterin ELISA" (Німеччина).

Результати. При аналізі отриманих результатів виявлено, що по мірі збільшення стенозу за рахунок атеросклеротичної бляшки відбувалось достовірне підвищення неоптерину на 12,27 % у хворих за встановленим стенозом коронарних артерій 75-95 % та на 51,2 % у хворих зі стенозом 95-100 % в порівнянні з хворими які мали стеноз судин до 50-75 %, що, в свою чергу, дозволяє розглядати підвищення рівня неоптерину, як маркера ризику розвитку ускладнень стабільних форм ІХС. Ці результати підтверджуються позитивним достовірним кореляційним зв'язком між неоптерином та ступенем стенозу ($r = 0,68$; $P < 0,01$)

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

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ МИКРОАЛЬБУМИНУРИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кравчун П.Г., Золотайкина В.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования: Диабетическая нефропатия характеризуется протеинурией и является лидирующей причиной конечной стадии хронической почечной недостаточности. Настоящее исследование проведено с целью выявления связи между уровнем микроальбумина и креатинина в моче и липидного профиля у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД) и сопутствующей хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: Было обследовано 50 пациентов с компенсированным СД 2 типа средней длительностью (10,2 ± 1,6) лет и сопутствующей ХСН I-III классов по NYHA, контрольную группу составили 20 больных с ХСН без СД, репрезентативных по полу и возрасту. Проводились определения уровня микроальбумина и креатинина, а также их соотношения (М/К) (мг/ммоль), показателей липидного профиля – общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП), триглицеридов (ТГ) с использованием автоматических анализаторов.

Результаты. М/К в контрольной группе составило (0,7 ± 0,02) мг/ммоль, в группе пациентов с СД – (4,1 ± 0,13) мг/ммоль ($p < 0,01$). Отмечалось значительное повышение уровней ОХ ((7,07 ± 1,52) ммоль/л) ($p < 0,05$), ХЛПНП ((3,9 ± 0,49) ммоль/л) ($p < 0,05$), ТГ ((2,12 ± 0,35) ммоль/л) ($p < 0,01$) у пациентов с СД II типа по сравнению с пациентами контрольной группы. Была установлена положительная статистически достоверная корреляция соотношения М/К с уровнем ХЛПНП ($p = 0.020$, $r = 0.831$) и ТГ ($p = 0.015$, $r = 0.845$). Остальные маркеры липидного профиля не имели достоверной корреляции с соотношением М/К.

Выводы. Микроальбуминурия может быть использована как предиктор для ранней диагностики кардиоваскулярных и ренальных нарушений наряду с маркерами липидного профиля улиц с ХСН для предотвращения смертности от осложнений СД 2 типа. Использование определения соотношения микроальбумина и креатинина в моче рекомендуется как предпочтительная стратегия скриннинга для всех пациентов с СД 2 типа.

КОМОРБІДНИЙ ФОН ТА ІМУНОЗАПАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ПРИ ГОСТРІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Кравчун П.Г., Лапшина Л.А., Золотайкіна В.І.
Харківський національний медичний університет, Україна

Метою даного дослідження стало встановлення зв'язків між існуючим коморбідним фоном та станом імунозапальної активності при гострій серцевій недостатності (ГСН). Було вивчено вміст рівнів медіаторів запалення − фактору некрозу пухлин-α (ФНП-α), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), С-реактивного білку (СРБ) в залежності від анамнезу у пацієнтів з ГСН. Обстежено 100 хворих ІХС, ускладненою ГСН, а також 20 пацієнтів ІХС без серцевої недостатності, що склали контрольну групу. У загальній групі хворих з ГСН значення ФНП-α склали (157,74 ± 20,6) пкг/мл, ІЛ-6 − (133,58 ± 26,7) пкг/мл, СРБ − (21,7 ± 3,8) мг/л, що перевищувало показники контрольної групи в 3,2 ($p < 0,001$), 2,6 ($p < 0,01$), 4,5 ($p < 0,001$) раз відповідно, що свідчить про активацію імунозапальних механізмів у хворих з ГСН.

Серед обстежених пацієнтів 72 % страждали на артеріальну гіпертензію (АГ). Збільшення рівнів ФНП-α, ІЛ-6, СРБ, які вірогідно перевищують контроль, визначено в пацієнтів ГСН із АГ і без неї в анамнезі. Однак у пацієнтів ГСН без АГ рівні ФНП-α, ІЛ-6 виявилися вірогідно вище, ніж із АГ ($p < 0,05$, $p < 0,05$), при цьому більш високий показник ступеня важкості клінічного стану відзначався також у групі без АГ ($p < 0,05$). У хворих ГСН із цукровим діабетом (ЦД) (36 %) в анамнезі в порівнянні з пацієнтами без ЦД значення ФНП-α, ІЛ-6, СРБ вірогідно перевищували такі у хворих без ЦД ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$), що вказує на внесок патогенетичних механізмів ЦД у механізми імунної відповіді при ГСН. У пацієнтів ГСН із перенесеним інфарктом міокарда (48 %) визначена активація імуномаркерів у порівнянні з контролем, знайдене достовірне збільшення ФНП-α, ІЛ-6, СРБ у порівнянні з пацієнтами без інфаркту ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$). Інтенсифікація імунозапальних процесів при ГСН із постінфарктним кардіосклерозом може бути зв'язана з місцевою міокардіальною продукцією цитокінів у періінфарктній зоні, з більш вираженими порушеннями внутрішньосерцевої гемодинаміки, обумовленими постінфарктним ремоделюванням. Аналіз імуномедіаторів залежно від ФК ХСН, на тлі якого з'явилася ГСН, показав вірогідно більш високі значення ФНП-α, ІЛ-6, СРБ у групі з вихідним III-IV ФК ХСН ($p < 0,01$, $p = 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,001$).

Надані результати свідчать, що ГСН індукує додаткові механізми активації експресії цитокінів і посилення продукції СРБ у хворих із ХСН, які багато в чому визначені вихідними симптомами серцевої недостатності.

ТЕРАПИЯ ЛОВАСТАТИНОМ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЙ

Кравчун П.Г., Шелест А.Н., Ломакина О.В., Шушляпин О.И., Ковалёва Ю.А., Титова А.Ю., Рындина Н.Г., Лазарева С.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Введение. Гиперлипопротеидемия является одним из важнейших факторов риска развития “заболеваний столетия” (атеросклероза и ишемической болезни сердца, ИБС) – болезней, которые ведут к увеличению уровня триглицеридов и/или холестерина в плазме крови. В связи с этим коррекция нарушений липидного обмена выступает ведущей проблемой в современной кардиологии.

Материал и методы исследования. Изучение препарата ловастатин проводилось по определенной программе с учётом критериев отбора больных и проведением контроля „плацебо-периода”, фиксированным курсом у больных с ИБС. В 1-ю группу вошли 41 больной (28 мужчин и 13 женщин), средний возраст составлял (54 ± 4,5) лет (принимали ловастатин). Ловастатин принимали в дозе 20 мг 1 раз в день перед ужином с увеличением при необходимости вдвое дозы препарата через 4 и 8 недель лечения до 40 или 80 мг 1 раз в день после ужина, если уровень общего холестерина плазмы крови к моменту соответствующего клинического эффекта оставался выше 5,2 ммоль/л. Во вторую группу (контрольную) вошло 20 человек, средний возраст которых составлял (52 ± 3) годы.

Результаты исследования. Общая характеристика изменений липидного состава крови характеризовалась достоверным снижением холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) с (5,2 ± 0,39) ммоль/л до (4,35 ± 0,52) ммоль/л к концу 4-й недели лечения и, в дальнейшем, прогрессирующим его изменением до (3,73 ± 0,51) ммоль/л через 8 недель и до (3,21 ± 0,45) ммоль/л до конца 12-й недели лечения. Триглицериды, соответственно, снижались с (1,51 ± 0,31) ммоль/л до (1,389 ± 0,29) ммоль/л (через 4 недели), до (1,3 ± 0,24) (через 8 недель) и до (1,27 ± 0,21) ммоль/л ($p < 0,05$, через 3 месяца).

Выводы. Ловастатин у больных стенокардией может применяться как весьма эффективный препарат, который вместе со снижением уровня общего холестерина и ХС ЛПНП приводит к достоверному снижению содержания в плазме крови триглицеридов и увеличению содержания ХС липопротеидов высокой плотности. Гипохолестеринемическое действие ловастатина более выражено в подгруппах больных с дислипопротеидемией (ДЛП) II Б типа, чем для больных с ДЛП II А типа, что позволяет рекомендовать его в комбинации из антиангинальними средствами для достижения быстрого благоприятного эффекта, и это более выражено у больных с более тяжелым течением стенокардии.

РОЗВИТОК ЗМІН ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Крамарьова В.Н.

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

Ризик серцево-судинних ускладнень у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ) підвищується при поєднанні таких факторів як ожиріння, дисліпідемія, цукровий діабет, що впливає на систему коагуляційного гемостазу.

Мета роботи. Встановити зміни системи гемостазу та фібринолізу у хворих на есенціальну АГ з метаболічними порушеннями.

Матеріал і методи. Обстежено 118 хворих на есенціальну АГ з ожирінням, гіперінсулінемією, дисліпідемією, цукровим діабетом, в тому числі 68 чоловіків та 50 жінок у віці (60,1 ± 4,3) роки. Визначали індекс маси тіла (ІМТ), ліпіди крові, рівень інсуліну, глюкози, показники системи гемостазу та фібринолізу: агрегацію тромбоцитів, вміст фібриногену, розчинного фібрину (РФ), протеїну С, активність факторів IX, Віллебранда, антиген тканинного активатора плазміногену (t-PA), інгібітор тканинного активатора плазміногену (PAI-1).

Результати. Встановлено, що у хворих на есенціальну АГ з метаболічними порушеннями достовірно підвищена ступень індукованої агрегації тромбоцитів у відповідь на АДФ ((33,9 ± 2,3) % проти (43,9 ± 3,1) %) і активність фактора Віллебранда ((0,63 ± 0,09) u/мл проти (0,25 ± 0,1) u/мл) в порівнянні з контролем. Відомо, що підвищення АДФ-агрегації тромбоцитів є ознакою подовження активації тромбоцитів і формування тромбоцитарного тромбу, а висока активність фактора Віллебранда свідчить про ендотеліальну дисфункцію, що створює умови для тромбоутворення. Дослідження довело, що у обстежених хворих суттєво збільшується вміст фібриногену, розчинного фібрину ((4,02 ± 0,07) г/л проти (2,84 ± 0,15) г/л та (1,89 ± 0,26) мкг/мл проти (0,58 ± 0,15) мкг/мл) в порівнянні з контролем. Утворення РФ, як відомо, відбувається внаслідок дії тромбіну на фібриноген, і є маркером тромбінемії. У хворих на есенціальну АГ з метаболічними порушеннями значно зростає активність фактора IX в порівнянні з контролем: (108,2 ± 4,3) % проти (92,4 ± 2,5) %, що також свідчить про підвищення згортуючого потенціалу крові. Визначено, що у обстежених хворих збільшується рівень протеїну С в порівнянні зі здоровими: (46,7 ± 5,1) % проти (28,4 ± 2,2) %. Його активація – найважливіший захисний механізм у відповідь на тромбогенний стимул.

Аналіз показників фібринолітичної активності крові у обстежених пацієнтів виявив значне підвищення рівнів антигену тканинного активатора плазміногену (t-PA): (0,98 ± 0,33) нг/мл проти (0,38 ± 0,12) нг/мл і вмісту інгібітора тканинного активатора плазміногену (PAI-1): (40,3 ± 6,5) нг/мл проти (12,5 ± 1,64) нг/мл в порівнянні з контролем. Високий рівень PAI-1, як встановлено, знижує фібринолітичну активність крові.

Таким чином, виявлені зміни системи гемостазу у хворих на есенціальну АГ з метаболічними порушеннями мають протромбогенний характер та диктують необхідність призначення препаратів, що зменшують процеси фібриноутворення.

ВЛИЯНИЕ МАГНИЯ ОРОТАТА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХСН

Крапивко С.А.

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьковская городская клиническая больница № 27, Украина

Постоянная гипергликемия усиливает сосудистые заболевания, связанные с сахарным диабетом и ХСН. В высоких концентрациях глюкоза оказывает непосредственное (независимое от осмомолярности) токсическое действие на эндотелиальные клетки сосудов. Это токсическое действие может вести к уменьшению эндотелий-зависимого расслабления сосудов, увеличению вазоконстрикции, стимуляции гиперплазии гладкомышечных клеток, ремоделированию сосудов и развитию атеросклероза. Магний влияет на эндотелий, который играет значительную роль в сосудистом гомеостазе, за счет продукции оксида азота и участия в управлении агрегацией тромбоцитов. Адекватная работа эндотелиоцитов невозможна в условиях атеросклеротического повреждения сосудистой стенки.

Цель исследования: изучить влияние магния оротата на функциональное состояние эндотелия у больных сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей ХСН, ишемического генеза..

Материал и методы. Обследовано 98 больных, из которых 68 больных с ХСН и СД 2 типа, 30 больных с ХСН. Из них 41,8 % составили мужчины, 58,2 %-женщины. Все больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты с ХСН и сахарным диабетом 2 типа (n = 68), во вторую группу пациенты с ХСН без сахарного диабета(n = 30). На фоне приема препаратов магния наблюдали статистически достоверное снижение уровня глюкозы крови на 10 % (до лечения 7,75-0,33 и 7,02-0,28 после лечения), уровня эндотелина – на 3,3 %. Установлена обратная корреляция уровня магния плазмы крови и эндотелина – при $M < 0,49$, $Э = 4,28\text{-}0,52$, при $M > 0,49$, $Э = 3,01\text{-}0,20$, магния и глюкозы крови – у больных с магнием менее 0,59, глюкоза крови больше, чем у больных, у которых магний выше 0,59 (8,85-0,61 и 7,31-0,39, соответственно ($p < 0,01$)), что доказывает негативное влияние дефицита магния на уровень глюкозы крови; прямая корреляция магния и нитратов – при уровне магния меньше 0,65 содержание нитратов составляет 16,81-0,86; а при уровне магния больше или равно 0,65, содержание нитратов=20,46-0,90 ($p = 0,0077$).

Выводы: магний повышает продукцию оксида азота, снижает уровни эндотелина, тем самым улучшает функцию эндотелия.

ЗНАЧЕННЯ ОСТЕОПОНТИНУ, ЯК МАРКЕРУ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛЕГЕНЕВИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Крахмалова О.О., Гетьман О.А.

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

Мета дослідження – удосконалити методи ранньої діагностики легеневої гіпертензії у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) шляхом визначення ролі остеопонтину як біомаркеру ремоделювання легеневих судин.

Методи дослідження: загальне клінічне дослідження, спірографія, ехокардіографія з визначенням середнього тиску в легеневій артерії, тест з 6-хвилинною ходою, визначення рівню остеопонтину в сироватці крові.

Було обстежено 42 хворих, середній вік яких склав (61,9 ± 9,17) років, з них 29 чоловіків та 13 жінок. У всіх пацієнтів було верифіковане ХОЗЛ різного ступеня тяжкості у поєднанні із ІХС. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи в залежності від тяжкості бронхообструкції: група 1 – ОФВ1 більше ніж 50 % (ХОЗЛ 1-2 ступеня) та група 2 – ОФВ1 менше ніж 50 % – ХОЗЛ 3-4 (тяжкого та дуже тяжкого ступеня).

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у 50 % пацієнтів з ІХС та ХОЗЛ тяжкого та дуже тяжкого ступенів формується середньо-тяжка та тяжка вторинна легенева гіпертензія. У пацієнтів середнього ступеня ХОЗЛ та супутньою ІХС в стані спокою відсутні дані за наявність легеневої гіпертензії, але на тлі фізичного навантаження (тест з 6-хвилинною ходою) у 64 % ($p < 0,05$) хворих відзначено суттєве підвищення тиску в легеневій артерії, яке негативно корелювало із сатурацією кисню ($p < 0,01$; $r = -0,46$).

Висновки. Доведено, що позитивна прогностичні цінність остепонтину як маркеру розвитку легеневої гіпертензії у пацієнтів із ХОЗЛ та ІХС при підвищенні його концентрації більше ніж 47 нг/мл досягає 71 % (чутливість – 86 %, специфічність – 83 %).

СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ РАЗВИТИИ У НИХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Крахмалова Е.О., Гетман Е.А., Калашник Д.Н., Каменир В.М., Ченчик Т.А.

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

Цель работы – сравнительный анализ показателей, характеризующих клинические проявления заболевания, состояние тромбоцитарного звена гемостаза у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия или отсутствия у них синдрома легочной гипертензии.

Материалы и методы – у 118 амбулаторных и стационарных пациентов с установленным диагнозом ХОЗЛ и ИБС оценивали степень одышки при помощи шкал Борга и mMRC, толерантность к физической нагрузке (проба с 6 минутной ходьбой), показатели функции внешнего дыхания, эхокардиографические показатели (уровень среднего давления в легочной артерии), показатели тромбоцитарного звена гемостаза (суммарный индекс агрегации тромбоцитов (СИАТ), скорость агрегации (СА), индексы агрегации (ИАТ) и дезагрегации тромбоцитов), в зависимости от наличия или отсутствия синдрома легочной гипертензии.

Результаты и обсуждение. Установлена корреляционная связь между степенью ЛГ и тяжестью ХОЗЛ ($r = 0,63$; $p < 0,01$), числом обострений за год ($r = 0,61$; $p < 0,01$), результатами теста с 6 минутной ходьбой, ($r = 0,53$, $p < 0,05$), степенью выраженности одышки по шкале Борга ($r = 0,51$, $p < 0,05$) и шкале mMRC ($r = 0,48$, $p < 0,05$), СИАТ и скоростью агрегации.

Выводы. Развитие ЛГ у пациентов с сочетанной кардиопульмональной патологией (ХОЗЛ и ИБС) сопровождается статистически достоверными нарушениями тромбоцитарного звена гемостаза – увеличением количества тромбоцитов, тромбокрита, а также агрегации тромбоцитов, что может быть связано с активацией воспаления и развитием микротромбозов в стенке легочных сосудов, приводящих к их ремоделированию. Гиперкоагуляция связана не столько со степенью бронхообструкции у пациентов с ХОЗЛ И ИБС (при сопоставимом функциональном классе ИБС), сколько коррелирует с величиной среднего давления в ЛА.

ВНЕЛЕГОЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ – ОСТЕОПОРОЗ

Крахмалова Е.О., Каменир В.М., Калашник Д.Н., Гетман Е.А.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т.Малой НАМН Украины», г. Харьков

Широкая распространенность и прогрессирующий рост заболеваемости хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) в мире составляет одну из серьезных проблем современной медицины. При этом высоко актуальна проблема внелегочных проявлений (ВП) у этих пациентов, патогенетическая связь которых с ХОЗЛ затруднена. Особого внимания, среди ВП, заслуживает остеопороз (ОП) — как следствие использования глюкокортикостероидов (ГКС), так и развившийся самостоятельно в ходе патогенеза ХОЗЛ.

Цель исследования: проанализировать показатели минеральной плотности пяточной кости (МППК) у пациентов с ХОЗЛ в зависимости от факторов риска (ФР).

Материалы и методы исследования: обследовано 123 пациента, 83 больных ХОЗЛ (средний возраст – (64,8 ± 7,6)) (1-я группа), 40 пациентов с диагностированным остеопорозом (средний возраст – (64,6 ± 7,9)) (2-я группа). Исследование МППК выполнено методом ультразвуковой денситометрии на аппарате Achilles Express Lunar. Определялись:Т-критерий (величина стандартного отклонения, SD). Согласно рекомендациям ВОЗ интерпретация результатов исследования МППК проводилась с учетом Т-критерия: норма – Т-критерий от 0 до -1 SD, остеопения – Т-критерий от – 1 до -2,5 SD, остеопороз – Т-критерий ниже -2,5 SD. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistika 6,0».

Результаты и их обсуждение: при сравнении индивидуальной МППК с референтной базой, данные отклонения показателей от нормы в группе ХОЗЛ были выявлены у 79,4 % больных, при этом преобладали умеренные изменения МПК, соответствующие остеопении (41,3 %), однако у 38,1 % пациентов отмечался остеопороз. Проведенное сравнение показателей МППК больных 1-й и 2-й группы показало, что для больных ХОЗЛ характерно достоверное снижение показателей денситометрии по сравнению с пациентами без бронхолегочных заболеваний ($p < 0,05$).

Выводы:

1. У пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ОП выявлено большое количество ФР, которые могут способствовать снижению МПК и развитию ОП.
2. Анализ показателей МПК в группе больных ХОЗЛ показал, что среди этих пациентов отмечались достоверно более низкие показатели Т-критерия по сравнению с группой сравнения.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІЮ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Крахмалова О.О., Самохіна Л.М., Калашник Д.М., Бондар Т.М.

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

Основною причиною втрати працездатності і смертності хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЛ) є декомпенсація «легеневого серця», у формуванні та прогресуванні якого чимале значення має функціональний стан ендотелію. NO бере участь в регуляції судинного тонусу в легеневих артеріях і венах людини, що впливає на тяжкість порушень і прогресування захворювань. Кліренс NO відбувається шляхом утворення стабільних метаболітів оксиду азоту (СМОА) – нітритів і нітратів, які досить реакційноздатні, постійно перетворюються один в одного. Порушення кліренсу NO може віддзеркалюватися на активності еластази, що синтезується і вивільняється ендотеліоцитами, тобто ендотеліальної еластази (ЕЕл),

Мета – провести сумісний аналіз вмісту СМОА та активності ЕЕл у пацієнтів з ХОЗЛ на фоні ІХС.

Вміст СМОА досліджено у 77 хворих, із них з ХОЗЛ+ІХС (n = 31) віком (63,00 ± 1,05) рр., ХОЗЛ (n = 29), (64,00 ± 1,01) рр., ІХС (n = 27) віком (62,00 ± 1,52) рр. Активність ЕЕл – у 37 пацієнтів, із них з ХОЗЛ (n = 17), з ХОЗЛ+ІХС (n = 12), з ІХС – (n = 8), середній вік – (56 ± 7,2) рр. Діагноз ХОЗЛ встановлювали відповідно з критеріями GOLD (2010) та Наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Виключали хворих на ХОЗЛ у фазі загострення та з тяжкою серцевою патологією. Контрольна група представлена 10 практично здоровими особами, середній вік (35,0 ± 3,5) рр. Досліджували вміст СМОА в плазмі крові спектрофотометричним методом за реакцією Гриса, активність ЕЕл – ензиматичним методом з використанням Ала-Ала-субстрату, кон'югованого з пероксидазою хрону, та пригнічення за допомогою етилендіамінтетраацетату та фенілметилсульфонілфлюориду конкуруючих еластаз.

У всіх хворих виявлено низький вміст СМОА та активності ЕЕл порівняно з контролем, що може бути обумовлено зниженням синтетичних процесів, віком обстежених хворих, пригніченням функціональних можливостей серцево-судинної системи з віком, залученням у кліренс NO проміжних стадій взаємодії з супероксидом або гемоглобіном і утворенням пероксинітриту, відновленням NO-редуктазою, пов'язано зі збільшенням вмісту малоеластичної сполучної тканини в серці і судинах, з формуванням змін об'єму під впливом коливання тиску.

Враховуючи неспецифічність змін на фоні патологічного стану організму, можна зробити висновок, що низький вміст СМОА та активності ЕЕл обумовлено віковими змінами в ендотеліоцитах, пов'язаними з ураженням коронарних судин, зниженням експресії генів, оксидативним стресом.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПАТОГЕНЕЗА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Криворучко И.А., Балака С.Н., Сорокина И.В., Гончарова Н.Н.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Целью исследования явилось определение некоторых особенностей морфологического строения стенки панкреатогенных псевдокист при остром панкреатите.

Биопсийный материал, полученный в ходе операции, изучали с использованием иммуногистохимических методик: интерлейкин-продуценты дифференцировали с помощью моноклональных антител к IL-2 и IL-6, коллагены моноклональными антителами к коллагенам I, III и IV типов. У больных с неосложненным течением острых псевдокист (27) при иммуногистохимическом исследовании в соединительной ткани псевдокисты и паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) определялись коллагены I и III типов, в строме железы преобладал коллаген III типа, а в стенке псевдокисты – I типа. Коллаген IV типа отмечался в паренхиме ПЖ в составе эпителиальных базальных мембран ацинусов и выводных протоков, а также в составе сосудистых базальных мембран. При иммуногистохимическом исследовании цитокин-продуцирующие клетки отмечались как в просветах сосудов, так и в соединительной ткани в составе воспалительного инфильтрата, а их количество в стромально-сосудистом компоненте паренхимы ПЖ было больше, чем в капсуле псевдокисты. У больных с осложненным течением (22, 18 нагноение, 4 кровотечение в просвет) при иммуногистохимическом исследованием в стенке острой псевдокисты были выявлены все три типа коллагена с преобладанием III типа и очаговым размещением зрелого интерстициального коллагена I типа в меньшем количестве. Коллаген IV типа, не определявшийся по внутреннему краю псевдокист, отмечался в базальных мембранах сосудов стенки кист, в составе эпителиальных мембран ацинусов, протоков и в базальных мембранах сосудов прилежащей к псевдокисте паренхиме ПЖ. Цитокин-продуцирующие клетки (IL-2 и IL-6) были выявлены в небольшом количестве в области воспалительного инфильтрата, а также в просветах сосудов.

Известно, что факторы роста и цитокины являются триггерами фиброгенеза ПЖ. При этом, IL-2 и IL-6 способствуют синтезу внутриклеточного матрикса, богатого коллагеном I и III типа, и фиброзу ПЖ при панкреатите. Более благоприятное течение патологического процесса у больных с отсутствием осложнений может быть связано, в частности, с более активной продукцией в системе местного иммунитета IL-2 и IL-6. Полученные нами данные позволяют более точно определить показания к консервативному, минимально инвазивному (УЗ-контроль, эндоскопия, ангиография), традиционному оперативному подходам и их сочетанию при лечении больных с острыми псевдокистами ПЖ.

МАТЕМАТИЧНА МОДЕЛЬ ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Тесленко С.М., Тесленко М.М.

Харківській національний медичний університет, Україна

Актуальність. Хронічний панкреатит (ХП) – прогресуюче захворювання, перебіг якого супроводжується загостреннями, що приводить до обмеження всіх аспектів нормального життя людини. Покращення результатів хірургічного лікування хворих на ускладнені форми ХП можна досягти систематизуючи, аналізуючи та вивчаючи віддалені результати хірургічного лікування.

Мета: покращення якості життя (ЯЖ) хворих на ХП.

Матеріали та методи: проаналізовано віддалені результати лікування 115 хворих на ускладнені форми ХП у терміни від 1 до 7 років після операції. Для оцінювання ЯЖ використовували статистичний підхід на основі даних, отриманих за допомогою адаптованих опитувачів SF-36 та GSRS, з урахуванням способу оперативного лікування та часу, який минув з моменту операції до моменту опитування. Проводили оцінювання ЯЖ у 9 хворих, яким виконані резекційні втручання на ПЗ (панкреатодуоденальна резекція (ПДР) за Whipple's та ПДР за Longmire-Transverso's); у 34 хворих – дуоденозберігаючі резекції (ДЗР) голівки ПЗ; у 27 хворих – дренуючі операції (ДО) та у 45 хворих – симптоматичні операції (СО).

Результати дослідження: Методами дискримінантного аналізу та дерев класифікації були визначені найбільш значущі показники для прогнозування ЯЖ: рольове функціонування, диспепсичний синдром, абдомінальний біль, психічне здоров'я та синдром закрепів. Ураховуючи характер змін цих показників розроблено нелінійну математичну модель (ММ) для оцінювання ЯЖ, загальна точність якої склала 87,8 %. Застосування ММ, дозволило встановити, що після ПДР у 11,1 % хворих отримані добрі, у 77,8 % – задовільні та у 11,2 % – незадовільні результати; після ДЗР у різних модифікаціях добрі результати отримані у 79,5 %, задовільні – у 20,6 %, незадовільні– у 5,9 %; після ДО добрі результати отримані у 22,2 %, задовільні – у 44,5 %, незадовільні – у 33,3 %; після СО добрі результати отримані у 8,9 %, задовільні – у 62,2 % та незадовільні – у 28,9 % в терміни від 1 до 7 років після операції.

Висновки. Дослідження стану хворих у віддаленому післяопераційному періоді та розробка ММ дозволили визначити кількість та причини незадовільних результатів, ліквідація яких дала змогу покращити ЯЖ цих пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАННЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Криворучко І.А., Гончарова Н.М., Тесленко С.М., Тесленко М.М.

Харківській національний медичний університет, Україна

Актуальність. Лікування хворих, які перенесли оперативне втручання із приводу ускладнених форм хронічного панкреатиту (ХП), є складною проблемою для лікарів різних фахів. Після виконання різних операції у віддалені терміни у 10-70 % хворих лікувальний ефект може бути незначним, працездатність відновлюється менш ніж у 33 % хворих.

Мета: зниження кількості ускладнень у оперованих хворих з ХП.

Матеріали та методи: проаналізовано результати хірургічного лікування 253 хворих на ускладнені форми ХП: I група-130 хворих (за період з 1996-2003 рр.); II група -123 хворих (за період з 2004 по 2013 рр.).; з них чоловіків – 55,3 %, жінок - 44,7 %. Алкогольний ХП спостерігався у 187 (73,9%) хворих, біліарний – у 59 (23,3 %), ідіопатичний – у 7 (2,8 %). У I період виконано дренуючі – 62 (47,7 %) та симптоматичні – 53 (40,8 %) операції, 9 (6,9 %) панкреатодуоденальні резекції (ПДР) та 6 (4,6 %) лівобічні резекції (ЛР) підшлункової залози (ПЗ). У II період виконано резекційні дуоденозберігаючі операції – 36 (29,3 %), резекційні: 11 (8,9 %) – ПДР, 6 (4,3 %) – ЛР), дренуючі при псевдокістах ПЗ -25 (20,3 %) та симптоматичні операції – 45 (36,6 %).

Результати дослідження: У I період післяопераційні ускладнення виникли у 20 %, летальність склала 6,9 % хворих; у II період відповідно в 11,4 % та 0,81 % хворих. У 28,3 % хворих основної групи після операції спостерігалося підвищення рівня глюкози, у 23,6 % хворих – гіпераміла земія. У 18 хворих відбувалася гіперліпаземія, рівень ліпази знаходився в межах (276,3 ± 48,9) ($p < 0,05$). У 21 хворих спостерігався помірний ступінь (середній рівень фекальної еластази-1 знаходився у межах (121,9 ± 13,7) мкг/г калу), у 10 хворих – важкий ступінь екзокринної недостатності (середній рівень фекальної еластази-1 – (60,2 ± 10,8) мкг/г калу). Профілактику ускладнень при втручаннях на ПЗ здійснювали з використанням: сандостатину або октреотиду: 0,05 мкг п/ш за 30 хв до операції, 0,05 мкг під час виконання основного етапу й надалі (по 0, 1 мкг кожні 8 годин протягом 3-5 діб); антибіотиків: цефалоспорини III-IV покоління + антианероб, інгібітор-захищені пеніциліни + аміноглікозид III покоління; фторхінолони + антианероб; низькомолекулярних гепаринів; раннього ентерального зондового харчування; органоспецифічної та підтримуючої терапії.

Висновки: Дотримування індивідуалізованого лікувально-тактичного підходу до лікування хворих дозволило знизити кількість після операційних ускладнень з 20 % до 11,4 % та летальність з 6,9 % до 0,81 % ($p = 0,002$).

ОСНОВОПОЛОГАЮЩАЯ РОЛЬ ПОЛИМОРБИДНОСТИ В РАЗВИТИИ ИСХОДОВ ОСТРОЙ ТРАВМЫ У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кривцунов А.Н.

АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва, Россия

В настоящее время медицинская помощь, оказываемая людям старших возрастных групп с острой травмой включает в себя широкий комплекс лечебно-диагностических мероприятий. Однако, несмотря на это, очень часто исход лечения оказывается неудовлетворительным. Причиной этого является отягчающая состояние больного, сопутствующая терапевтическая патология

Цель исследования: изучение влияния сопутствующее терапевтической патологии на исход острой травмы у людей старших возрастных групп.

Материал и методы: обзор научной медицинской литературы за период с 1990 по 2011 гг.

Результаты и их обсуждение. К особенностям патологии пожилого возраста можно отнести хроническое течение заболеваний, стертость клинической картины, изменившуюся фармакокинетику и фармакодинамику, а так же позднюю обращаемость за медицинской помощью. Распространенность сопутствующих заболеваний у всех пациентов колеблется между 8,8 % и 19,3 %. Однако, следует отметить, что у пострадавших в возрасте старше 60 лет частота выявленных сопутствующих заболеваний достигает 30 %. У каждого мужчины старше 60 лет диагностируется 4,3 заболевания, а у женщин того же возраста 5,2. В дальнейшем каждые 10 лет к ним еще присоединяются по одному два заболевания. Около 75-80 % пожилых больных имеют разную сопутствующую патологию, которая, оказывает влияние на течение и исход острой травмы. На основании исследований влияния сопутствующей патологии на выживаемость у пострадавших старших возрастных групп с острой травмой было выяснено, что заболевания печени, сердечнососудистой, мочевыделительной и дыхательной систем, а также сахарный диабет неблагоприятно влияют на выживаемость у таких больных.

Заключение. Таким образом, у пожилых пациентов в отличие от больных более молодого возраста основное внимание должно уделяться не только лечению острой травмы, но и лечению сопутствующей терапевтической патологии. От правильности и своевременности именно этих действий на различных этапах оказания медицинской помощи зависит не только исход травмы, но и жизнь больного.

КОМОРБІДНІСТЬ У ПІДЛІТКІВ ДОПРИЗОВНОГО ВІКУ З НЕЗНАЧНОЮ ПРОТЕЇНУРІЄЮ

Крот В.Ф., Дудар І.О., Шіффріс І.М., Лобода О.М., Брижаченко Т.П., Красюк Е.К., Алексєєва Н.Г., Савчук В.М., Крилова М.Г.

ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ,
Київський міський науково-практичний центр нефрології та гемодіалізу

Метою нашого дослідження було оцінити коморбідність у підлітків допризовного віку з незначною протеїнурією (рівень добової протеїнурії до 1 г/добу).

Матеріали та методи. Було проведене ретроспективне вивчення даних історій хвороб/карт амбулаторного спостереження за період 30 років. Проаналізовані результати обстеження 5472 призовників у віці 16-21 рік, які були направлені в нефрологічне відділення Київської міської клінічної лікарні № 3 медичними комісіями військкоматів. З метою диференційної діагностики застосовувались загально клінічні методи, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та нирок, оглядова та екскреторна урографія, радіонуклідні методи (за необхідністю), ангіографія (за необхідністю) тощо). За показаннями призначались консультації суміжних спеціалістів.

Результати. Серед обстежених у 66,3 % констатовані імунозапальні ураження нирок, у 22,8 % – інфекції сечової системи, у 4,3 % – вроджені вади розвитку нирок та сечовивідної системи, у 6,6 % – ортостатичну протеїнурію. Коморбідні стани були визначені у 24,8 % пацієнтів з імунозапальними захворюваннями нирок, у 21,7 % пацієнтів з інфекціями сечової системи, вроджені стани супроводжувались супутніми патологіями в 30,9 % випадків. В структурі супутньої патології переважали захворювання верхніх дихальних шляхів – 47,1 % (зокрема хронічний тонзиліт, хронічний гайморит) та захворювання шлунково-кишкового тракту – 35,4 % (зокрема хронічний гастродуоденіт, дискінезія жовчовивідних шляхів, хронічний холецистопанкреатит). Патологія з боку серцево-судинної системи в структурі супутньої патології займала 3 місце – 16,6 %, найбільш часто спостерігалася у осіб з імунозапальними захворюваннями нирок.

Висновки. Вперше отримані дані про структуру коморбідних станів в підлітків допризовного віку з незначною протеїнурією. В структурі супутньої патології переважали захворювання верхніх дихальних шляхів – 47,1 % та захворювання шлунково-кишкового тракту – 35,4 %.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСМОТИЧЕСКОЙ СТОЙКОСТИ И ИНДЕКСА СФЕРИЧНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ МЫШИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Кудокоцева О.В., Коваленко И.Ф., Ломакин И.И.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Фторурацил (ФУ) угнетает костный мозг, что приводит к временному снижению показателей клеток периферической крови (ПК). Эритроциты (Э) ПК после химиотерапии повреждаются в меньшей, чем лейкоциты, степени, однако их показатели в наших экспериментах достоверно снижались на 2-ые сутки после ФУ (в 2-3 раза) и возвращались к норме на 12-13 сутки. **Целью** данной работы было определение плотности распределения Э мыши по индексу сферичности, для чего были получены экспериментальные кривые их осмотической хрупкости в норме и после однократного воздействия ФУ (228мг/кг), используя физико-математическую модель гипотонического гемолиза эритроцитов в растворе непроникающего вещества [Пат.47910 А (Україна) МПК7 G01N33/49.-2002.-С.106].

В результате проведенной работы было показано, что на 2-ые сутки после воздействия ФУ резко возрастает количество Э предгемолитических форм по сравнению с контролем. 50-%-ный гемолиз суспензии эритроцитов наступает при более высоких значениях тоничности среды (136 мОсмоль – контроль, 157 мОсмоль – на 2-ые сутки ФУ). На 9-ые сутки после ФУ доля предгемолитических форм остается еще высокой, хотя тоничность среды, при которой наступает 50-%-ный гемолиз суспензии, снижается до 149 мОсмолей, и только на 16-ые сутки состав эритроцитов приближается к контролю. Изменяется и форма Э: на 2-ые и 9-ые сутки исследования достоверно падает процент нормальных дискоцитов (до 18,3 % и 26,4 %, соотв., при 38,3 % в контроле) и плоских дискоцитов (0,8 % и 3,8 %, соотв., при 11,1 % в контроле), при этом возрастает процент Э со сфероидной формой, характеризующей завершающийся жизненный клеточный цикл.

Таким образом, определение плотности распределения эритроцитов по индексу сферичности лежит в основе общей оценки состояния популяции эритроцитов и может отражать влияние применения химиотерапевтических препаратов, в частности фторурацила, не только на процентное количество эритроцитов в формуле крови, но и на степень их зрелости, форму, а также на состояние мембран этих клеток.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ ВЕСТЕРНБЛОТ В ДІАГНОСТИЦІ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРИТОМ

Кудрявцева В.Є., Єгорова С.Ю., Татарчук О.М., Вінник Н.В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Хронічний гастрит (ХГ) − найбільш розповсюджене захворювання органів травлення. Одним з головних етіологічних чинників ХГ вважають Helicobacter pylori (Hp). Високоспецифічним тестом діагностики Hp є метод вестернблот, який дозволяє провести якісний аналіз наявності антитіл людини класу IgG (IgA) до Hp у сироватці крові. В тестовому комплекті знаходяться блот-стрічки з електрофоретично розділеними антигенними екстрактами з Hp. Використані в аналізі антигени розподіляють на три категорії. Перша категорія включає перехреснореагуючі та невизначені антигени (серед них − білок флагеліну 67 кДа), друга – уреазу В (антиген з молекулярною вагою 66 кДа та 19 кДа), третя – видоспецифічні та високоспецифічні антигени (CagA – цитотоксин асоційований білок та VacA – вакуолізуючий цитотоксин). Результат реакції обробляють за допомогою скануючої комп'ютерної програми.

Мета − визначити доцільність використання методу вестернблот для діагностики хелікобактерної інфекції у хворих на ХГ.

Обстежено 66 хворих на ХГ. Проведено порівняльний аналіз методів дослідження Hp за допомогою вестернблота та імуноферментного аналізу (ІФА). Використовували діагностичний набір Westernblot Helicobacter pylori виробництва "Microgen" (Німеччина) та тест-систему для ІФА "Biohit" (Фінляндія).

Методом вестернблот у 54,6 % обстежених хворих виявлені високотоксигенні штами CagA та/або VacA Hp (VacA+уреазна активність, CagA+уреазна активність або VacACagA+уреазна активність), що вказує на необхідність проведення ерадикаційної терапії. У 25,8 % пацієнтів виявлено лише уреазну активність, що може свідчити про раніше проведену ерадикацію Hp. У 19,6 % хворих результат тесту вестернблот був негативний, проте, лише у 6,1 % обстежених хворих за результатами ІФА виявлено відсутність Hp інфекції. Аналізуючи результати, встановили, що різниця обумовлена тим, що у 13,5 % хворих за результатами вестернблоту виявлено антитіла до антигенів першої категорії (перехреснореагуючі антигени).

Таким чином, застосування методу вестернблот дозволяє виявляти антитіла до цілого спектру антигенів Helicobacter pylori, що значно підвищує інформативність дослідження.

УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕРИОДИКА В НАУКОМЕТРИЧЕСКИХ БАЗАХ

Кулешова Е.М., Кужель У.Н.

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

В связи с вступлением в силу 1.09.2013 г. приказа МОНМС №112 от 17.10.2012 г., актуальным представляется вопрос о наукометрических базах данных. Требованием приказа «Про опублікування результатів дисертацій на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук», является публикация статей в научных периодических изданиях зарубежных стран по теме диссертации. К таким публикациям могут быть приравнены работы в изданиях Украины, включенных в международные наукометрические базы данных. **Цель работы** – представить украинские медицинские журналы, которые отражаются в зарубежных базах данных.

Коммерческие платформы: **Web of Science** (корпорация Thomson Reuters) отражает только журнал «Цитология и генетика»; **SciVerse Scopus** (корпорация Elsevier) – «Лікарська справа», «Мікробіологічний журнал», «Український біохімічний журнал», «Фізіологіний журнал», «Цитология и генетика».

Некоммерческие платформы: **Google Scholar** представляет журналы – «Кровообіг та гемостаз», «Ліки України», «Медицина невідкладних станів», «Серце і судини», «Сучасна гастроентерологія», «Український медичний альманах», «Український медичний часопис», «Український терапевтичний журнал», «Цитология и генетика»; **IndexCopernicus Journal Information (**сделано в Польше**)** – «Актуальные проблемы транспортной медицины», «Вісник морської медицини», «Львівський медичний часопис», «Проблеми екології та медицини»; **РИНЦ** (сервис российской научной периодики) – «Вісник проблем біології і медицини», «Вестник неотложной и восстановительной медицины», «Гастроентерологія», «Запорожский медицинский журнал», «Медичні перспективи», «Новости медицины и фармации», «Проблемы экологии и медицины», «Світ медицини та біології», «Сучасна гастроентерологія», «Український кардіологічний журнал», «Український радіологічний журнал», «Український терапевтичний журнал»; **SCIENCE INDEX** (аналитическая надстройка над РИНЦ) – «Вестник клуба панкреатологов», «Вестник Сумского государственного университета. Серия:Медицина», «Журнал Національної академії медичних наук України», «Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия», «Международный неврологический журнал», «Мікробіологічний журнал», «Морфологія», «Проблемы старения и долголетия», «Проблемы экологии и медицины», «Світ медицини та біології», «Украинский медицинский журнал», «Фізіологічний журнал», «Цитология и генетика».

Таким образом, можно сделать вывод, что не все журналы, включенные в перечень ВАК Украины, отражаются в наукометрических базах данных.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ N-ТЕРМІНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТУ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ - NT-pro-BNP У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Курилів Г.М.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Вступ. Серед сучасних методів діагностики хронічної серцевої недостатності (ХСН) визначення рівнів натрійуретичних пептидів займає важливе місце. Визначення концентрації в плазмі деяких натрійуретичних пептидів або їхніх прекурсорів (BNP і NT-proBNP) допомагає діагностувати серцеву недостатність. Підвищення рівня натрійуретичних пептидів допомагає виокремити групу хворих високого серцево-судинного ризику ускладнень. В той же час, даний метод діагностики є більш актуальним для спеціалізованих відділень і залишається недоступним в первинній ланці надання медичної допомоги, хоча, його діагностична цінність є високою.

Методи і матеріали. Для вивчення рівня NT-pro-BNP нами проводилось динамічне спостереження за 152 хворими із ХСН II А стадії, III ФК (NYHA) зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЗФВЛШ) та систолічною дисфункцією ЛШ (СДЛШ), які розвинулись на фоні ішемічної хвороби серця та перенесеного інфаркту міокарда (100 %). Обстеження та спостереження за хворими проводили на базі обласного клінічного кардіологічного диспансеру м. Івано-Франківська (клінічна база кафедри внутрішньої медицини №2). У 78 хворих (51,6 %) діагностовано ХСН з ЗФВЛШ, а у 74 хворих (48,4 %) – ХСН із СДЛШ.

Результати. Виявлено, що рівень NT-pro-BNP у плазмі обстежених хворих значно перевищував показник норми (189,76 ± 14,46) фмоль/мл, так, у хворих із ЗФВЛШ у 2,7 рази (516,82 ± 12,91) фмоль/мл ($p < 0,001$), а у хворих із СДЛШ – у 3,2 рази (614,93 ± 7,44) фмоль/мл ($p < 0,001$).

Рівень NT-pro-BNP у хворих із СДЛШ у 1,2 рази перевищував показник у хворих із ЗФВЛШ ($p < 0,001$). При аналізі кореляційних зв'язків встановлено, що існує сильна кореляційна залежність між інтенсивністю продукції прозапального цитокіну TNF-α та концентрацією NT-pro-BNP ($r = +0,87$, $p < 0,001$). У хворих із ЗФВЛШ між пройденою відстанню за даними тесту із 6-хвилинною ходою та NT-pro-BNP виявлено від'ємний кореляційний зв'язок середньої сили ($r = \square 0,56$, $p < 0,01$).

Висновок. Встановлено, що у хворих на ХСН спостерігається підвищений рівень N-термінального фрагменту мозкового натрійуретичного пептиду. При цьому, у хворих із СДЛШ рівень NT-pro-BNP вищий, ніж у хворих із ЗФВЛШ ($p < 0,001$).

КОНЦЕНТРАНЦІЯ РІВНЯ ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Курилів Г.М.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Вступ. Поширеність хронічної серцевої недостатності (ХСН) у XXI столітті продовжує зростати. В патогенезі розвитку і прогресування ХСН важливе місце займає ендотеліальна дисфункція (ЕД), яка є дизбалансом між системами локальної регуляції гомеостазу і судинного тонусу. ЕД обмежує вазодилятаторні резерви, сприяє підвищенню ризику тромбоутворення, системного емболізму, активації імунокомпетентних клітин та медіаторів цитокінового каскаду, які ініціюють системну імунозапальну активацію. Підвищення рівня вазоконстриктора ендотеліну-1 вважається одним із маркерів ЕД.

Методи і матеріали. Для вивчення показників ендотеліальної дисфункції нами проводилось динамічне спостереження за 152 хворими із ХСН II А стадії, III ФК (NYHA) зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЗФВЛШ) та систолічною дисфункцією ЛШ (СДЛШ), які розвинулись на фоні ішемічної хвороби серця та перенесеного інфаркту міокарда (100 %). Обстеження та спостереження за хворими проводили на базі обласного клінічного кардіологічного диспансеру м. Івано-Франківська (клінічна база кафедри внутрішньої медицини № 2). У 78 хворих (51,6 %) діагностовано ХСН з ЗФВ ЛШ, а у 74 хворих (48,4 %) – ХСН із СДЛШ.

Результати. Дослідження динаміки ЕТ-1 у обох групах хворих показав наступне: у хворих із ЗФВЛШ концентрація ЕТ-1 становила (7,06 ± 0,07) пг/мл, що перевищувало значення цього показника у здорових людей на 34,0 % (5,27 ± 0,30) пг/мл ($p < 0,001$). У хворих із СДЛШ концентрації ЕТ-1 достовірно перевищувала показник здорових людей на 50,9 % ((7,95 ± 0,05) проти здорових людей (5,27 ± 0,30)) пг/мл ($p < 0,001$).

Проаналізувавши показники рівня ЕТ-1 у хворих із ХСН не залежно від типу дисфункції ЛШ встановлено, що його рівень зростав із збільшенням тривалості захворювання. Зокрема, у хворих із тривалістю ХСН до 5 років, концентрація ЕТ-1 в крові складала (7,17 ± 0,05) пг/мл, що на 36,0 % перевищувало показник здорових людей (5,27 ± 0,31) пг/мл ($p < 0,001$). Із подовженням тривалості ХСН більше 5 років, вміст ЕТ-1 збільшувався на 57,0 % (8,29 ± 0,05) пг/мл відносно здорових людей (5,27 ± 0,31) пг/мл ($p < 0,001$).

Висновок. Встановлено, що у хворих на ХСН спостерігається підвищений рівень вазоконстриктора ендотеліну-1. У хворих із СДЛШ рівень ЕТ-1 у дещо вищий, ніж у разі ЗФВЛШ. Виявлено, що чим більша тривалість захворювання, тим вищий рівень ЕТ-1 у сироватці крові хворих.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПОЖИЛЫХ

Кутовой В.И.

Государственное научное учреждение
«Научно-практический центр профилактической и клинической медицины»
Государственного управления делами, г. Киев, Украина

Актуальность: фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее частая причина кардиоэмболических инсультов (КЭИ). Очень низкий % назначения антикоагулянтов в Украине, одна из причин широкой распространенности КЭИ у пациентов с ФП. Количественный критерий контроля терапии варфарином есть время, в течение которого МНО находится в целевом терапевтическом диапазоне 2,0-3,0. Необходимость частого и длительного контроля МНО снижают приверженность пациентов пожилого возраста к приему препарата. Поэтому поиски наиболее удобной и эффективной альтернативы варфарину не прекращаются.

Цель: изучить влияние различных пероральных антикоагулянтов на возникновение КЭ событий и приверженность к лечению у больных с ФП старше 75 лет на догоспитальном этапе.

Методы и результаты. Обследовано 134 пациента с постоянной формой ФП и высоким риском инсульта. Средний возраст 76,6 лет. Женщин было 55 %, мужчин 45 %. Риск возникновения сосудистой катастрофы оценивали по шкале CHA_2DS_2-VASc. Все пациенты принимали дабигатран 150 мг 2 р. в сутки. Группу контроля составили пациенты, принимавшие варфарин под контролем МНО. Наблюдение продолжалось 1 год. К концу года только 64 % пациентов принимавших варфарин и 96 % дибигатран полностью завершили наблюдение. Инсульт или системная эмболия были зарегистрированы у 1,3 % пациентов, принимавших дабигатран 150 мг, и у 2,68 %, которые принимали варфарин. Частота геморрагического инсульта составила 3,38 % в год в группе варфарина по сравнению с 1,32 % в год в группе дабигатрана 150 мг ($p < 0,001$). Большие кровотечения развивались с частотой 3,36% в год при лечении варфарином, 3,11 % в год при приеме дабигатран 150 мг ($p = 0,31$). Частота больших гастроинтестинальных кровотечений в группе дабигатрана 150 мг была статистически незначимой с таковой в группе варфарина. Суммарная частота больших сосудистых событий, больших кровотечений и смерти составила 7,64 % в год в группе варфарина и 6,91 % в группе дабигатрана 150 мг ($p = 0,04$).

Вывод: дибигатран в дозе 150 мг 2 раза в сутки по суммарной частоте больших сосудистых событий сопоставим с варфарином. В группе дабигатрана более высокая приверженность к лечению в связи с отсутствием необходимости постоянного контроля МНО в сравнении с группой варфарина при более низком суммарном риске возникновения осложнений, что ставит дабигатран в более выгодные условия при лечении пожилых.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА ТА ФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ

Кушнір Ю.С., Курята О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Ожиріння та ендотеліальна дисфункція є незалежними факторами ризику в розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН), проте, їх взаємозв'язок в прогресуванні ХСН недостатньо вивчена.

Мета: оцінити взаємозв'язок індексу маси тіла та функції ендотелію у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) зі збереженою фракцією викиду (ФВ), обумовленою ішемічною хворобою серця.

До дослідження включено 27 хворих на ХСН II-III функціонального класу (згідно класифікації Нью-Йоркської асоціації кардіологів (NYHA)) із збереженою систолічною функцією ЛШ (фракція викиду ЛШ більше 45 %, середня – (54,0 ± 3,4%)) у віці від 47 до 75 років (середній вік – (66,8 ± 3,2) роки). Чоловіки склали 77,8 % (21 особа), жінки – 22,2 % (6 осіб). Усім хворим визначали функціональний стан ендотелію судин з використанням дуплексного ультразвукового сканування в середній третіправої плечової артерії на 2-4 см вище від ліктьового суглоба за методом Celermajer D.S. Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за формулою як співвідношення маси (кг) до квадрату зросту ($м^2$). Пацієнти були розподілені на три групи з урахуванням наявності порушення жирового обміну. Групи дослідження хворих на ХСН: I група – 6 хворих з нормальною масою тіла, ІМТ 18,5-24,9; II група – 9 хворих з надлишковою масою тіла, ІМТ 25,0-29,9; III група – 12 хворих з ожирінням I-II ступеня, ІМТ 30,0-39,9. Статистична обробка отриманих даних здійснювалась за допомогою електронного пакету програми «Statistica 7.0»

У всіх досліджених хворих на ХСН зі збереженою систолічною функцією виявлена ендотеліальна дисфункція. Визначено поступове достовірне зменшення діаметра плечової артерії у пробі з реактивною гіперемією в міру прогресування порушень жирового обміну ($p < 0,05$). Відсоток вазодилатації плечової артерії зменшувався залежно від підвищення ІМТ. За отриманими даними, найгірші показники функції ендотелію отримані в групі хворих з ожирінням.

Таким чином, ІМТ є незалежним фактором, який впливає на функцію ендотелію у хворих на ХСН зі збереженою фракцією викиду.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГЕРХ ПРИ ПОЄДНАННІ З ГІПОМОТОРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Кушніренко І.В., Мосійчук Л.М., Петішко О.П., Демешкіна Л.В., Ярош В.М., Бочаров Г.І.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

В останні роки спостерігається широке розповсюдження захворювань біліарної системи та гастродуоденальної зони, спричинених порушеннями моторної функції, які досить часто поєднуються, призводячи до обтяження перебігу, посилення клінічних проявів, виникнення грізних ускладнень. З'ясування основних факторів розвитку дисфункцій та їх корекція може сприяти гальмуванню процесу переходу захворювання з категорії «функціональне» в «органічне». Отже, **метою роботи** стало визначення факторів ризику розвитку ГЕРХ при поєднанні з гіпомоторною дисфункцією жовчного міхура.

Матеріал і методи. В обстеження включено 40 пацієнтів на ГЕРХ з поєднанням гіпомоторної дисфункції жовчного міхура, з них чоловіків було 22 (55,0 %), жінок – 18 (45,0 %). Середній вік пацієнтів становив (42,4 ± 11,6) року. При аналізі анамнестичних даних бралися до уваги можливі фактори ризику досліджуваної патології.

Результати. Серед факторів ризику розвитку гастроентерологічної патології було досліджено особливості харчування і встановлено, що найбільший внесок має нерегулярний прийом їжі – 62,5 %, чверть пацієнтів приймали надмірну кількість їжі на ніч, вживання гострої та жирної їжі відзначили 12,5 % опитаних.

Більше половини пацієнтів вказували на емоційне перенапруження – 22 (55,0 %). Підйом тяжкостей та надмірне фізичне навантаження не мали вагомого внеску як фактор ризику розвитку поєднаної патології, оскільки їх наявність відмічали лише 6 (15,0 %) і 2 обстежених пацієнти (5,0 %), відповідно.

Прийом алкоголю характерний більше як для половини пацієнтів, проте слід зазначити, що осіб, які б зловживали алкогольними напоями, при обстеженні не виявлено. Проте, кореляційний аналіз виявив прямий кореляційний зв'язок між прийомом алкоголю із ознаками езофагіту при встановленні діагнозу ГЕРХ ($r = 0,427$; $p = 0,006$). Аналогічні дані виявлені також між ознаками езофагіту при встановленні діагнозу ГЕРХ та підйомом тяжкостей ($r = 0,325$; $p = 0,04$).

Таким чином, найбільш вагомим аліментарним фактором ризику розвитку ГЕРХ при поєднанні з гіпомоторною дисфункцією жовчного міхура переважна більшість респондентів вважає нерегулярність харчування та періодичний прийом алкогольних напоїв. Враховуючи виявлені кореляційні зв'язки, рекомендації пацієнтам щодо модифікації способу життя залишаються невід'ємною частиною терапевтичних заходів.

ВНЕСОК ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ” В ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-ТЕРАПЕВТІВ ТА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ У 2012 РОЦІ

Лавренко Т.А., Ярина Н.А., Богун Л.В.

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 і лікування захворювань внутрішніх органів. Указана робота проводиться під час проведення науково-практичних конференцій, «Днів терапевта», засідань Харківського наукового медичного товариства терапевтів на базі Інституту, засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів, виїзних науково-практичних конференцій, наукових семінарах.

Організовані і проведені Всеукраїнські науково-практичні конференції, присвячені сучасній діагностиці, лікуванню та профілактиці серцево-судинних захворювань; щоквартально проводяться Інтернет-конференції в межах освітньої Інтернет-програми для лікарів «Проблеми інтерніста» з найактуальніших питань кардіології за участю лікарів різних спеціальностей м. Харкова і області; проведено 3 виїзні науково-практичні конференції в Вінницьку, Хмельницьку, Закарпатську області та 1 науково-практичний семінар в Чернігівську область.

Так, у 2012 році організовані і проведені Всеукраїнські науково-практичні конференції: “Щорічні терапевтичні читання: оптимізація профілактики, діагностики та лікування в клініці внутрішніх хвороб”, “Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики” присвячена Дню науки, “Мультидисциплінарний підхід – ключ до успішної терапевтичної науки та практики” присвячені проблемам діагностики, лікування та профілактики найбільш розповсюджених хронічних неінфекційних захворювань. Також у 2012 році установою проведено 7 науково-практичних конференцій, 7 «Днів терапевта» та спільних засідань товариства терапевтів, 9 засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів, 1 наукова сесія, 1 семінар в рамках Всесвітнього Дня здорового харчування.

Загалом в 2012 р. у роботі науково-практичних конференцій на базі Інститут терапії підвищили кваліфікацію 2986 осіб, з них безпосередньо на базі установи – 2241 особа, на виїзних науково-практичних конференціях та семінарах – 745. У роботі «Днів терапевта» та засідань Харківського наукового медичного товариства терапевтів та засідань Харківського наукового медичного товариства гастроентерологів прийняли участь 1062 лікаря.

ЦИСТАТИН С В ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Лапшина Л.А., Михайлова Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – определить роль цистатина С при дисфункции миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП).

Обследовано 103 пациента с ишемической болезнью сердца, 58 больных ХСН в сочетании с ХБП, 45 – ХСН без ХБП. Диагноз ХСН и ХБП устанавливался в соответствии со стандартами ЕОК, Ассоциации кардиологов Украины, протоколами МОЗ Украины. Уровень креатинина определяли методом Яффе, цистатина С – иммуноферментным методом (Human Cystatin C ELISA («BioVendor GMBH», Германия), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease); состояние кардиогемодинамики оценивали методом эхокардиографии; статистические методы.

У больных ХСН с ХБП и ХСН без ХБП показатели креатинина увеличивались на 66,3 % ($p < 0,01$) и 22,9 % ($p < 0,05$), уровни цистатина С на 83,3 % ($p < 0,01$) и 48,3 % ($p < 0,05$), СКФ снижалась на 48,5 % ($p < 0,01$) и 27,4 % ($p < 0,05$) по сравнению с нормой. У пациентов с ХСН и ХБП, а также ХСН без ХБП с ФВ ≥ 45 % (35 и 31 больных) уровни креатинина превышали контроль на 32,5 % и 24,1 % ($p > 0,04$; $p > 0,05$), уровни цистатина С – на 66,6 % и 32,5 % ($p < 0,01$; $p < 0,05$), СКФ снижалась на 44,4 % и 26,6 % ($p < 0,01$; $p < 0,05$). При ХСН с ХБП и ХСН без ХБП в группах с ФВ < 45 % (23 и 14 больных) уровни креатинина превышали норму на 81,9 % и 20,4 % ($p < 0,001$; $p < 0,01$), цистатина С на 85,3 % и 63,7 % ($p < 0,001$; $p < 0,01$), определялось снижение СКФ на 53,5 % и 29,6 % ($p < 0,001$; $p < 0,05$).

Определение уровня цистатина С у пациентов ХСН с ХБП можно рекомендовать в качестве маркера прогрессирования систолической дисфункции миокарда.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лебединская М.Н., Шоп И.В., Березняков В.И., Матлахов А.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

В течение последнего десятилетия растет интерес к изучению качества жизни (КЖ) как нового интегрального показателя, который описывает наиболее важные функции человека и позволяет дать глубокий многоплановый анализ изменения этих функций при развитии болезни и их восстановление на фоне лечения.

Цель. Изучить влияние внебольничной пневмонии (ВП) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) на физическое, психическое состояние пациента и на его самочувствие с помощью опросников «Шкалы оценки ВП»(ШОВП), CapSym-12, SF-36.

Материалы и методы исследования. Обследовано 146 больных с ВП, средний возраст обследованных ($M \pm \sigma$) (56,9 ± 6,2) лет, 66 мужчин (46,3 %) и 78 женщин (53,4 %). Больных распределили на 3 группы: 1 группа - больные ВП с сопутствующей ХСН (n = 77), 2 группа – больные ВП без ХСН (n = 39), 3 группа – больные с ХСН без ВП (n = 30). Динамику жалоб обследованных оценивали через 48-72 часа, (7 ± 1) дней и (12 ± 2) дней от начала лечения.

Результаты и обсуждение. Анализ данных опросника ШОВП показал, что течение ВП у больных с ХСН более тяжелое по сравнению с пациентами без ХСН. У больных основной группы более низкими показателями индекса ВП и респираторной шкалы в течение всего периода наблюдения, а также выявлены различия в показателях шкалы самочувствия через 48-72 часа и (7 ± 1) дней от начала лечения. При использовании опросника CAP-Sym-12 были получены следующие данные: у больных с ХСН течение ВП в начале инфекционного заболевания и в течение первых нескольких дней после назначения антибиотиков более тяжелое по сравнению с пациентами без ХСН. Через неделю лечения разница между течением ВП у больных с ХСН и без нее исчезает. По результатам оценки показателей опросника SF-36 выявлено, что наличие ХСН у больного с ВП по сравнению с больными без ХСН оказывает негативное влияние на все стороны КЖ, за исключением ограничении жизнедеятельности, которые обусловлены проблемами со здоровьям за последние 4 недели (шкала RP)

Выводы. При оценке качества жизни пациентов выявлено, что на фоне улучшения клинико-лабораторных показателей параллельно наблюдается восстановление показателей качества жизни. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что ХСН негативно влияет на клиническое течение и прогноз больных с ВП и увеличивает риск неблагоприятного исхода заболевания.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

Ліснянська І.С.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Експериментальними та клінічними дослідженнями встановлено, що будь-які патологічні стани в організмі людини супроводжуються активацією вільнорадикальних процесів у тканинах та органах хворого. На сьогодні інтерес дослідників зріс до вивчення механізмів взаємодії активних форм кисню (АФК) з білками. Актуальність цих досліджень зумовлена надзвичайно важливим значенням білків у обмінних процесах живих організмів. Виходячи з цих теоретичних положень, важливим є комплексне вивчення процесів окисної модифікації білків (ОМБ) як складових неспецифічної резистентності організму та, особливо, їх ймовірної ролі у хронізації запальних захворювань нирок.

Мета роботи. Встановити ступінь ОМБ у хворих на хронічний пієлонефрит у стадії загострення.

Матеріали та методи. Обстежено 65 хворих на хронічний пієлонефрит (ХПН) в стадії загострення: 58 жінок та 7 чоловіків у віці від 26 до 62 років. Тривалість анамнезу ХПН у хворих склала від 4 до 20 років. Діагностику ХПН здійснювали згідно наказу МОЗ України №593 від 02.12.2004 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Нефрологія”.

ОМБ у сироватці пацієнтів визначали методом Е. Е. Дубініної, який включав визначення альдегідо- і кетонопохідних динітрофенілгідразонів основного (при довжині хвилі 430 нм) та нейтрального (при довжині хвилі 370 нм) характеру. Контрольні дослідження проведені у 20 практично здорових осіб.

Результати дослідження. Встановлено, що у хворих на ХПН відбувається вірогідне зростання інтенсивності ОМБ. Ми виявили, що початковий рівень аліфатичних альдегідо- і кетонопохідних динітрофенілгідразонів основного характеру був нижчим, ніж нейтрального. Виявлено достовірне зростання $ОМБ_{356}$ та $ОМБ_{370}$ – в 1,62 та в 1,66 рази, $ОМБ_{430}$ та $ОМБ_{530}$ – в 2,22 та 1,67 рази в порівнянні з контролем.

Висновки. Таким чином, у пацієнтів з ХПН відмічено підвищення процесів ОМБ, що є захисною реакцією та призводить до руйнування патологічно змінених білків з наступним виведенням їх з організму. Отже, визначення продуктів ОМБ може служити діагностичним маркером ХПН.

ПОРІВНЯННЯ ПРОГНОСТИЧНОЇ ЗНАЧИМОСТІ ВИСОКОЧУТЛИВИХ ТРОПОНІНУ І ТА СРБ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Литвин О.І., Копиця Г.М., Петеньова Л.Л., Іванова Т.М.

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

Високочутливий тропонін І (ТрІ) та високочутливий С-реактивний білок (СРБ) застосовуються у визначенні прогнозу хворих на гострий коронарний синдром (ГКС).

Мета роботи – визначення значимості біохімічних маркерів ТрІ та СРБ для прогнозування повторних серцево-судинних подій (ПССП) у хворих на ГКС.

Матеріали і методи дослідження. Було досліджено 260 хворих на ГКС, з них – 179 чоловіків (69 %) та 81 жінок (31 %). Середній вік хворих склав (58,78 ± 1,24) років. Хворі на ГКС з підйомом сегмента ST представлені 129 хворими (49,6 %), хворі на ГКС без підйому сегмента ST представлені 52 (20 %) хворими, хворі на нестабільну стенокардію – 79 (30,4 %) пацієнтами. Визначення високочутливого ТрІ (вчТрІ) здійснювалось за допомогою метода Access AccuTnI, Beckman Coulter**.** Аналіз AccuTnI є хемілюмінесцентним імунним аналізом з використанням парамагнітних часток, що використовують для кількісного визначення рівнів серцевого Тр І (сТпІ) у людській сироватці та плазмі. Визначення Тр І імунноферментним методом здійснювалось за допомогою наборів Diagnostic Automation, inc. (DAI), USA. Визначення високочутливого СРБ іммунноферментним методом здійснювалось за допомогою наборів DRG, CRP, HS, USA. Отримані дані представлені у вигляді медіани (стандартне відхилення) – M(δ).

Результати. Кореляційний аналіз виявив високий кореляційний зв'язок: між рівнем СРБ та ймовірністю повторної шпиталізації (r = +0,66); комбінованої точки – смерть або інфаркт міокарда (r = +0,69) з ймовірністю виникнення серцевої недостатності підчас шпиталізації (r = +0,51). Аналіз даних дає тенденцію до значного збільшення рівня ТрІ в групі 1, що не досягла вірогідності. По відношенню до вчТрІ та СРБ ця тенденція не відзначалась. Використовувався ROC-аналіз за Леоновим В.П. Сутність аналізу – будування кривій ROC, що використовується для демонстрації результатів бінарної класифікації. У нашому випадку має значення площа під ROC-кривій, що у випадку значимих результатів має перевищувати 0,6. Наявність ПССП протягом 6 місяців була позначена як 1, їх відсутність – як 0. Можна стверджувати, що рівень вчТрІ є пов’язаним з розвитком ПССП протягом 6 місяців після перенесеного ГКС та рівень СРБ не пов’язаний с розвитком ПССП протягом 6 місяців після перенесеного ГКС

Висновки. Рівень ТрІ в групі хворих з ПССП вірогідно перевищував такий в групі хворих без даних подій та є пов’язаним з розвитком ПССП протягом 6 місяців після перенесеного ГКС. Рівень СРБ в групі хворих ПССП вірогідно не відрізнявся від такого в групі хворих без даних подій та не є пов’язаним з розвитком ПССП протягом 6 місяців після перенесеного ГКС.

ВЛИЯНИЕ СПОНТАННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ

Ломако В.В., Коваленко И.Ф.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Работа выполнена на 7-8 мес. самцах белых крыс с соблюдением всех биоэтических норм при работе с экспериментальными животными. Спонтанная гипертермия (СГ) (температура тела (Тт) 41 ^{0}C) развилась в ходе сеанса краниоцеребральной гипотермии (КЦГ), осуществляемого при помощи созданной в ИПКиК НАН Украины специальной установки, у наркотизированных крыс. Наркоз (смесь тиопентала натрия и оксибутирата натрия) применяли для блокады центров терморегуляции. Длительность СГ составила (70 ± 15) мин. Методом малоуглового рассеяния света в суспензии эритроцитов (30 % гематокрит) определяли их индекс сферичности (ИС) (поверхностно-объемное соотношение). Преобладающие формы эритроцитов соответствовали следующим интервалам ИС: сфероциты (1÷1,3), стоматоциты (1,3÷1,7), нормальные (1,7÷2,1) и уплощенные (2,1÷3) дискоциты. Оценивали также уровни осмотической хрупкости (ОХ) и гемолиза, для чего в измерительные ячейки с раствором NaCl разной концентрации вносили 3,0 мкл эритромассы. Статистическую обработку данных проводили методом Стьюдента-Фишера.

В процессе проведения КЦГ у группы крыс, вместо ожидаемого снижения Тт (гипотермии) наблюдалось ее повышение до 41 ^{0}C (гипертермия), сопровождавшееся тахикардией и учащением дыхания. Применяемый наркоз способствовал увеличению доли сфероцитов в крови крыс, при этом количество нормальных форм эритроцитов достоверно не менялось, как и уровень гемолиза и ОХ. При СГ не происходило каких-либо изменений в соотношении форм эритроцитов, уровней их ОХ и гемолиза. Не отмечено достоверных отличий от контрольных значений. Следует указать, что при КЦГ 32 ^{0}C (данные опубликованы нами ранее) в крови крыс количество нормальных клеток значительно снижалось, а число измененных форм эритроцитов – возрастало, ОХ и гемолиз увеличивались.

Таким образом, эритроциты крыс оказались устойчивыми к действию гипертермии (41 ^{0}C), что согласуется со следующими фактами, полученными другими авторами. При гипертермии активируются процессы ПОЛ, продукты которого могут индуцировать усиление резистентности эритроцитов, которая напрямую зависит от терморезистентности белков. Денатурация белков мембраны и цитоскелета происходит при более высоких температурах (46-50 ^{0}C), в частности, периферического белка спектрина – при 50 ^{0}C, главного интегрального белка anion exchanger – при 67 ^{0}C. Мягкая гипертермия (39 ^{0}C) стимулирует эритропоэз. Причины наблюдаемой нами СГ остаются не выясненными.

АКТИВНОСТЬ ПРОТЕИНАЗ И ИХ ИНГИБИТОРОВ В ТКАНЯХ КРЫС ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ АМИНАЗИНА

Ломако В.В., *Самохина Л.М.

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

Работа выполнена на 7-8-месячных крысах с соблюдением всех биоэтических норм. Аминазин 2,5 % (25 мкг/мл) вводили внутрибрюшинно по 0,2 мл с периодичностью 1 раз в 3 суток в течение 2 недель. Контрольную группу составили интактные крысы. Артериальное давление (АД) регистрировали при помощи тонометра, накладывая манжету на хвост. В сыворотке крови и безъядерных фракциях гомогенатов тканей коры мозга, сердца, легких, печени и почек определяли общую активность протеиназ (ОАП) и активность нетрипсиноподобных протеиназ (НТПП), а также их ингибиторов – α-1-ингибитора протеиназ (α-1-ИП) и α-2-макроглобулина (α-2-МГ) высокочувствительным ферментативным методом. Статистическую обработку результатов проводили методом Стьюдента-Фишера с использованием программного обеспечения Excel.

У крыс аминазин вызывал заторможенность, значительно снижал двигательную активность, потребление пищи и воды, тактильную и болевую чувствительность. Температура тела снижалась на $(3,5 \pm 1,5)\ ^0C$ (контроль 38 ^0C), АД – на (35 ± 5) мм рт. ст. при контрольном уровне $(100,5 \pm 4,6)$ мм рт. ст.

Действие аминазина способствовало резкому повышению ОАП и активности НТПП во всех изученных образцах тканей, при этом активность α-1-ИП не менялась, а уровень α-2-МГ значительно снижался во всех тканях, кроме сыворотки крови, где наблюдалось его существенное повышение. Известно, что α-2-МГ не полностью подавляет каталитическое действие протеиназ, а ограничивает их функции. Для оценки уровня функционального баланса в системе протеиназа-ингибитор протеиназ мы рассчитывали протеолитические коэффициенты (ПК) – ОПА/α-2-МГ и НТПП/α-2-МГ, изменения которых носили разнонаправленный характер. ПК ОПА/α-2-МГ снижался во всех тканях, кроме сыворотки крови и коры мозга (повышался), ПК НТПП/α-2-МГ, наоборот, повышался во всех тканях, кроме сыворотки крови (снижался), т.е. существенная активация НТПП при пролонгированном действии аминазина в основном не была скомпенсирована увеличением содержания их ингибиторов. Увеличение ПК указывает на активацию реакций ограниченного протеолиза. Повышение активности НТПП и ПК НТПП/α-2-МГ может отражать активацию вазоконстрикции с участием НТПП, в частности, химазы (при высоком содержании ангиотензина I) и тонина. Поскольку α-2-МГ является компонентом иммунной системы, резкое снижение его активности при действии аминазина может свидетельствовать о подавлении иммунитета у крыс.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАОПАТИИ У ЛИЦ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Лысова Е.А.

ОГКУЗ Госпиталь для ветеранов войны, Украина

Целью данного исследования явилось сравнить клинические проявления дисциркуляторной энцефалопатии в различных возрастных группах. В исследовании приняли участие 30 пациентов среднего и 30 пациентов пожилого возраста с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия I-II стадии.

Жалобы пациентов среднего возраста были следующими: головная боль встречалась в 73,3 % случаев (22 человека), головокружение в 46,7 % (14 человек), шаткость – в 43,3 % (13 чел.), общая слабость – в 6,7 % (2 человека), снижение памяти – в 76,7 % (23 человека), нарушения сна отмечали 43,3 % (13 человек). Среди жалоб пожилых больных наиболее часто встречались головная боль 66,7 % (20), головокружение системного и несистемного характера 83,3 % (25), шаткость походки 66,7 % (20), общая слабость 6,7 %, снижение памяти 50,0 % (15), ощущение скованности 3,3 % (1), слабость в ипсилатеральных конечностях 3,3 % (1), нарушение сна 23,3 % (7), эмоциональная неустойчивость 13,3 % (7).

В неврологическом статусе были выявлены следующие синдромы.

Синдромы	Лица среднего возраста	Лица пожилого возраста
Аффективные расстройства	36,7 %	61,5 %
Когнитивные нарушения	20,0 %	70,0 %
Пирамидная симптоматика	6,7 %	19,2 %
Вестибуло-атактический синдром	46,7 %	92,3 %
Экстрапирамидный синдром	0 %	11,5 %

Выводы:

1. Пациенты пожилого возраста предъявляют значительно больше жалоб, и имеет более выраженные изменения в неврологическом статусе.
2. Пациенты среднего возраста чаще отмечали у себя головную боль и нарушение сна.
3. У пациентов среднего возраста преобладают жалобы на снижение памяти по сравнению с пожилыми больными. Что говорит о снижении критики к своему состоянию у пожилых пациентов с одной стороны, и, вероятно, меньшей когнитивной активности часто в силу профессиональной незанятости.

ДЕЯКІ ПРОБЛЕМИ ДОВГОТРИВАЛОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Важливим розділом роботи сімейного лікаря є проблеми довготривалого медичного обслуговування: хронічні хвороби, хвороби літніх людей, інвалідність, небезпечні для життя хвороби (рак, СНІД), стійки функціональні порушення, лікування наркоманів, хворих на тяжкі психічні захворювання, організація лікування та нагляду за вмираючими.

Коли хвороба не одна, а декілька, перед пацієнтом виникає питання: лікуватися йому у спеціаліста вузького профілю чи у сімейного лікаря? Однак не викликає сумніву і те, що лікування у великої кількості спеціалістів навряд чи відкриває будь - кому більше перспектив. У зв'язку з цим координуюча діяльність сімейного лікаря, який краще знає сімейні, професійні, побутові та фінансові умови життя пацієнта, набуває надзвичайного значення.

Пацієнт та його оточення очікують від сімейного лікаря, особливо при лікуванні хронічних хвороб, не тільки професійної компетенції, але й людяності та життєвої мудрості. Такі якості фахівця також допомагають співробітництву хворого і пацієнта, прийняттю найбільш оптимальних сумісних рішень.

Перебіг більшості хронічних захворювань слід розділяти на окремі лікувальні періоди. Деякі хронічні захворювання у пацієнтів похилого віку не завжди потребують постійного лікування. Наприклад, при нездужанні, що викликається дегенеративними змінами скелету, періоди короткотермінового лікування при загостренні процесу чергуються з періодами, вільними від лікування.

Ефективність лікування необхідно всебічно доводити до свідомості хворого. При цьому треба акцентувати його увагу навіть на стабілізації стану хвороби, як на позитивному моменті лікування.

Ще однією серйозною проблемою для сімейного лікаря є деякі хронічні захворювання, що викликають прогресуюче порушення функцій організму. Це пов'язано не тільки з труднощами лікування, а і загрозою появи недовіри до лікаря, що значно погіршуватиме наслідки терапії. Роль сімейного лікаря у таких випадках зводиться до пошуку шляхів адаптації хворого, профілактики інвалідизації або зменшення її ступеня.

Таким чином, у питаннях організації компетентного, тривалого і кваліфікованого нагляду за хронічними хворими координуюча роль сімейного лікаря є унікальною.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН З БЕЗРЕМІСІЙНИМ ПЕРЕБІГОМ ХВОРОБИ (КОГОРТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Маркозова Л.М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», м. Харків

Важливими етапами надання допомоги пацієнтам із залежністю від психоактивних речовин (ПАР), в тому числі від алкоголю, є лікувальний та реабілітаційний. Кінцева ціль цих етапів – становлення ремісії, від тривалості якої залежить якість життя пацієнтів та їх родичів. У рамках когортного дослідження (2010-2013рр.) було обстежено 106 пацієнтів із залежністю від ПАР/алкоголю. У результаті обстеження встановлено, що 33 % пацієнтів мали безремісійний перебіг хвороби (БПХ), 5 % від загальної кількості хворих померли вдома за період обстеження. Причини смерті зі слів родичів: гостра серцево-судинна недостатність, гострий панкрео-некроз, тромбоемболія. Особливістю медикаментозного лікування для осіб з БПХ є призначення препаратів детоксикаційної та метаболічної дії на фоні вітаміно- та психотерапії. Але для пацієнтів з БПХ виникнення ремісії здається неможливим, в цьому пацієнти переконують своїх родичів. Не зважаючи на негативний вплив ПАР/алкоголю на стан здоров'я, на появу у пацієнтів непсихотичних розладів психічного регістру, порушення адаптаційних процесів, щомісячне медикаментозне виведення зі стану відміни ПАР/алкоголю (детоксикація) та пов'язані з цим матеріальні витрати, погіршення стану здоров'я родичів, розлади в сімейних стосунках та ін., пацієнти подовжують зловживати ПАР/алкоголем, а співзалежні родичі підтримують поведінку хворих. Для переривання цього хибного кола пацієнтам потрібно вести здоровий засіб життя тривалий час, що можливо в умовах реабілітаційного центру, а співзалежним родичам отримувати допомогу психолога на заняттях для цього контингента. З 2010 року співробітники відділу наркології співпрацюють з представниками наркологічного центру соціальної адаптації «Позитив». За даними співробітників цього центру, за період 2004-2012 реабілітацію пройшли 1463 пацієнта з залежністю від ПАР/алкоголю, з котрих 857 пройшли повний курс реабілітації. Ремісія не менше 1,5 років спостерігалась у 618 пацієнтів. У процесі реабілітації пацієнти працюють з психологом, соціальними педагогами, отримують консультації терапевта, нарколога, психіатра. У центрі існують програми набуття професійних навичок.

Таким чином, при бажанні пацієнта одужати, адекватній терапії та правильному ставленні родичів до хворих можливо надання допомоги в умовах стаціонару, в інших випадках – в умовах реабілітаційного центру.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ГРУПАХ ОСІБ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (КОГОРТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Маркозова Л.М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», м. Харків

Якість життя є єдиним із значущих показників, які впливають на тривалість ремісії. Звісно, чим триваліша ремісія, тим кращий прогноз перебігу хвороби.

Мета: зробити порівняльний аналіз якості життя (ЯЖ) в групах осіб з різними видами хімічної залежності.

Методи: анкетний; статистичний; визначення ЯЖ за методикою Mezzich. Обстеження проведено на базі відділення №2 КЗОЗ «ХОКНЛ» (n = 264). Пацієнтів розподілено на групи: 1 група – залежні від алкоголю [А] (n = 181); 2 група – від опіоїдів (n = 60); 3 група – від психостимуляторів (n = 23).

У результаті обстеження встановлено, що ЯЖ була оцінена особами 1 групи вище, ніж особами, залежними від наркотичних речовин (НР) за загальним сприйняттям ЯЖ. Так, в 1 групі цей показник складав (5,88 ± 0,18) балів, в 2 та 3 групах – (2,07 ± 0,19) балів та (2,35 ± 0,22) балів відповідно ($p < 0,01$). Так, в 1 групі показник фізичного благополуччя становив (5,76 ± 0,15) балів, тоді як у 2 та 3 групах цей показник складав (2,24 ± 0,22) балів та (3,96 ± 0,50) балів, відповідно ($p < 0,001$). Найбільші розбіжності між групами, залежних від А та залежних від НР, були за показниками “Працездатність” (7,28 ± 0,18) балів проти (2,80 ± 0,26) балів та (3,96 ± 0,31) балів, відповідно і “Міжособистісна взаємодія” (7,12 ± 0,18) балів проти (3,31 ± 0,28) балів та (3,61 ± 0,34) балів, відповідно. При зіставленні показників ЯЖ у групах, залежних від НР встановлено, що за деякими шкалами ЯЖ в осіб 3 групи вище, ніж в осіб 2 групи. Показники фізичного благополуччя в 2 групі склали (2,24 ± 0,22) балів, а в 3 групі – (3,96 ± 0,50) балів ($p < 0,01$). Виявлено, що в окремих групах оцінка ЯЖ була неоднорідною, а саме: одні шкали оінювалися значно вище за інших. Так, в 2 групі більш високими були оцінки за шкалами № 3 – “Самообслуговування й незалежність у діях”; № 4 – “Працездатність”; № 5 – “Міжособистісна взаємодія та самореалізація”. У групах, залежних від НР більш вираженими були наступні показники: № 1 – “Фізичне благополуччя”, № 4 – “Працездатність” та № 5 – “Соціо-емоційна підтримка”.

Таким чином, найнижчу ЯЖ мають залежні від НР, а найвищу – залежні від А, що є наслідком як розбіжностей у клініці зазначених розладів, так і відмінностей у ставленні суспільства: традиційно поблажливого до хворих на алкоголізм і стигматизуючого до хворих на наркоманію.

СПЕКТР КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У ОСІБ ІЗ ХІМІЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ (КОГОРТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Маркозова Л.М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», м. Харків

Коморбідна патологія внутрішніх органів ускладнює перебіг стану відміни психоактивної/наркотичної речовини, а в деяких випадках провокує розвиток стану відміни речовини з делірієм. В такому випадку передбачити прогноз перебігу хвороби важко.

Мета: вивчити спектр коморбідної патології внутрішніх органів у осіб із хімічною залежністю.

Методи: анкетний; вимір артеріального тиску (АТ), частоти скорочень серця, частоти дихання, статистичний.

Обстеження проведено на базі КЗОЗ «ХОКНЛ» (n = 447). Пацієнтів розподілено на групи: перша група – залежні від алкоголю (n = 181); друга група – від опіоїдів (n = 60); третя група – від психостимуляторів (n = 23); четверта – особи з іншими (в т.ч. комбінованими) видами залежності (n = 183).

У результаті обстеження встановлено, що найбільшу частоту та різноманітність патології виявлено у осіб першої групи, а саме: патологія ЛОР-органів, серцево-судинної, кістково-м’язевої, ендокринної, нервової систем, системи органів дихання, травлення, сечовиділення, шкіри та слизових оболонок – (45-63 %), а у осіб другої та третьої груп – ураження шкіри, периферичних лімфатичних вузлів, серцевої та нервової систем, судинна патологія. За об’єктивних показників вітальних функцій (АТ, частота скорочень серця, частота дихання) виявлено статистичні достовірні відмінності між групами порівняння. Найбільш за цими показниками відрізняються перша – друга, перша – четверта та третя – четверта групи. Виявлені об’єктивні розлади співпадають із даними опитування досліджених. Матеріали об’єктивного фізикального дослідження підтверджують наявність широкого кола коморбідної соматичної патології. Розповсюдженість та структура цієї коморбідної соматичної патології пов’язана з видом психоактивної/наркотичної речовини, яку звично вживають досліджені (наркотичними та токсичними ефектами вжитої речовини).

Таким чином, спектр коморбідної соматичної патології, який виявлено в результаті анамнестичних досліджень, а також фізикального огляду у осіб зі станами залежності різного походження, потребує мультидисциплінарного підходу до ведення хворих, тому допомога хворим наркологічного профілю має бути доповнена обов’язковою консультативною допомогою фахівців неврологічного, кардіологічного, дерматологічного та отоларингологічного профілів і має бути внесеним до національних стандартів надання наркологічної допомоги.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ (КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Маркозова Л.М., Линская А.В., 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 им. Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков*

Одним из важных этапов в оказании помощи больным наркопрофиля с нарушением функций гепатобилиарной системы является своевременная диагностика.

Цель работы: изучение клинико-биохимических данных и показателей ультразвукового исследования (УЗИ) у лиц с алкогольной зависимостью (АЗ).

Методы: клинический, биохимический, ультразвуковой (УЗИ органов брюшной полости, эластография), статистический.

Обследование лиц мужского пола с АЗ (n = 7) проведено на базе отделения №2 КУОЗ «ХОКНБ» (средний возраст (36,0 ± 3,9) лет).

В результате исследования выявлено, что впервые вкус алкоголя (А) пациенты узнали в (15,71 ± 0,18) лет. Формирование синдрома отмены А произошло в течение (2,36 ± 0,32) лет. Длительность болезни составила (8,0 ± 2,02) лет. В 72 % случаев у пациентов имела место запойная форма пьянства. Максимальное количество потребляемого больными А в сутки, выраженное в стандартных дозах алкоголя (1СДА = 13 г этанола), в среднем равнялось (15,11 ± 2,29) СДА. Предпочтение отдавали водке (72 %) больных; остальные – пиву. Амнестические нарушения в среднем отмечались в течение последних (4,13 ± 1,36) лет. 86 % больных лечилось повторно. При первичном осмотре у лиц с АЗ имела место боль при пальпации печени, плотный край которой определялся на 4-7см ниже края реберной дуги. В жалобах больные указывали на тошноту, горечь в ротовой области/металлический привкус, отрыжку, метеоризм, боль в области печени, у 43 % лиц иррадиирующую в область правой лопатки, подключичную область справа. В результате УЗИ установлено, что в 57 % случаев выявлены эхо-признаки умеренно выраженных диффузных изменений структуры печени, в 43 % – выраженных; изменения стенок желчного пузыря были незначительными и умеренными соответственно. При анализе биохимических показателей крови – гиперферментемия (в среднем АлАТ (1,84 ± 0,20) мМ/ч-л, АсАТ (1,13 ± 0,18) мМ/ч-л), остальные показатели печеночных проб крови не превышали нормы.

Таким образом, у лиц с АЗ с ранним знакомством с алкоголем, злокачественным течением болезни, с высокой дозой потребляемого алкоголя 0,6-0,8 л водки/сут, длительностью течения заболевания более 8 лет имеют место признаки хронического холецистита, выраженность которых коррелировала с дозой и длительностью течения заболевания.

ВЛИЯНИЕ СЕЛЕНОТЕРАПИИ ТИРЕОПАТИЙ НА ИСХОДЫ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Матвеева С.Л., Шевченко О.С.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Ранее нами показано, что тиреоидная патология оказывает неблагоприятное влияние на исходы противотуберкулезной химиотерапии. В последние 100-200 лет в почве и воде Украины отмечается низкое содержанием селена, вследствие чего население страны страдает селенодефицитом. Достаточное снабжение щитовидной железы селеном необходимо для ее нормального функционирования. Определение значения селена на исходы химиотерапии у больных туберкулезом легких является актуальной задачей.

Цель: изучение влияния препарата селенита натрия – на восстановление селенодефицита у больных деструктивным туберкулезом легких с сопутствующими тиреопатиями и на исходы противотуберкулезной химиотерапии у этих больных. В исследование включено 60 больных с впервые диагностированным туберкулезом легких. Группа наблюдения: 30 больных туберкулезом и тиреопатиями с включением препарата цефасель (Cefak, Германия) в комплексную терапию в течение фазы интенсивной химиотерапии. Группы сравнения: 30 больных туберкулезом, из них 10 – без тиреопатий и 20 больных с тиреопатиями со стандартными режимами противотуберкулезной химиотерапии.

Методы исследования. Наличие тиреопатии определялось при ультразвуковом исследовании щитовидной железы и определении уровней содержания свободного тироксина, тиреотропного гормона гипофиза, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе в сыворотке венозной крови больных. У всех больных, помимо стандартного обследования, определялся уровень селена в сыворотке крови в лаборатории «Синево» (Германия).

Результаты и их обсуждение. Среднее значение уровня содержания селена в свободном кровотоке у общего числа больных туберкулезом снижено (70,37 ± 9,67 мкг/л) по сравнению с нормой. У больных туберкулезом легких с тиреопатиями содержание этого микроэлемента значительно ниже (почти в 1,5 раза) и находится за пределами нижней границы нормы (66,2 ± 18,31 мкг/л) по сравнению с больными без патологии щитовидной железы, у которых этот показатель сохраняется в пределах нормальных значений (94,40 ± 10,94 мкг/л). В группе больных, получавших цефасель, в более ранние сроки наступало прекращение симптомов интоксикации (на 7 дней раньше), а также наблюдался более высокий процент прекращения бактериовыделения и рассасывания инфильтративных и очаговых изменений течение фазы интенсивной химиотерапии. Назначение селенита натрия больным туберкулезом легких в сочетании с тиреопатиями восстанавливает содержание селена в свободном кровотоке и улучшает исходы химиотерапии.

Таким образом, своевременное выявление уровня селена у больных туберкулезом с тиреопатиями и его коррекция имеют клиническое значение для исходов противотуберкулезной химиотерапии.

К ВОПРОСУ О ВОЗРАСТНЫХ ОСОБЕННОСТЯХ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Матевосян С.И., Пономарева И.П., Прощаев К.И.

АНО «НИМЦ «Геронтология», г. Москва, ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Россия

Актуальность: остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) часто проявляется не только локальными, но и системными симптомами, что может привести к недооценке клинической картины. По этой же причине больные могут длительно не обращаться за стоматологической помощью. Поэтому представляется актуальным изучение распространенности остеоартроза данной локализации в разные возрастные периоды для выявления потребности в специализированной помощи при выше названной патологии. **Цель:** изучить возрастные особенности распространенности остеоартроза ВНЧС.

Материалы и методы исследования: методы системного анализа литературы по проблеме исследования.

Результаты исследования. Заболевания ВНЧС занимают особое место среди стоматологических заболеваний ввиду трудности их диагностики и лечения. Эти трудности связаны с отсутствием четкого представления об этиологии и патогенезе заболеваний ВНЧС, а также с тем, что вопросы диагностики рассматриваются в отрыве от анализа изменений зубочелюстной системы, составной частью которой является ВНЧС [Потапов В.П. и соавт., 2011]. Остеоартроз ВНЧС относится к числу довольно распространенных заболеваний, которым страдают 50 % людей старше 50 лет и более 90 % – старше 70 лет [Потапов В.П. и соавт., 2011]. Хватова В.А. (1982г.) в своих работах указывает на то, что 75 % больных с давностью заболевания сустава 2 года и более имеют рентгенологические признаки остеоартроза [Хватова В.А., 1982]. Проявления артроза ВНЧС чаще могут быть обнаружены у женщин молодого и среднего возраста, а также у лиц обоего пола в преклонном возрасте [Хватова В.А., 1982; Иванов А.С., 1984, 1988]. У лиц пожилого и старческого возраста как проявление возрастных особенностей изменение хрящевых тканей может наступить без патологических процессов [Иванов А.С., Иорданишвили А. К., 1988]. В литературе имеются данные о том, что заболевания ВНЧС встречаются весьма часто и диагностируются у 20-80 % стоматологических больных пожилого и старческого возраста [Хватова В.А., 1993; Иорданишвили А.К., 2005; Ивасенко П.И. и соавт., 2009]. Многие больные с данной патологией вообще за медицинской помощью не обращаются, и эти заболевания выявляются случайно, при обращении пациентов в стоматологические поликлиники и кабинеты для лечения и протезирования зубов [Сидоренко А.Н., 2000; Optitz C. et all., 2004]. Вместе с этим имеющиеся сведения о частоте этой патологии противоречивы.

Вывод: распространенность остеоартроза ВНЧС возрастает с возрастом, при этом больные за стоматологической помощью не обращаются, заболевание выявляется случайно, что затрудняет своевременную диагностику и лечение.

СТАН ПРОФЕСІЙНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ В ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ В 2008-2012 РОКАХ

Мельник О.Г., [*]Боровик І.Г., Моргун Т.М.

НДІ гігієни праці та профзахворювань ХНМУ,

[*]Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета роботи: визначити тенденції щодо професійної захворюваності (ПЗ) в Харківському регіоні в 2008-2012 рр. Згідно з даними клініки НДІ гігієни праці і профзахворювань ХНМУ, кількість потерпілих внаслідок профзахворювань становила відповідно 251 у 2008 р., 224 – у 2009 р., 147 – у 2010 р., 115 – у 2011 р. та 108 – у 2012 р.

На протязі 2008-2012 рр. найбільша кількість постраждалих відзначалась у машинобудуванні і коливалась у межах 79,7-90,4 %, а близько 5,00-10,00 % випадків припадало на галузь промбудматеріалів, що обумовлено регіональними особливостями економіки Харківщини. В структурі ПЗ більш 50,00 % припадало на пилову патологію, у тому числі понад 30,00 % – на хронічний пиловий бронхіт та понад 20,00 % – на пневмоконіози. Наступні рангові місця займали відповідно нейросенсорна приглухуватість (понад 25,00 %), захворювання опорно-рухового апарата (близько 8,00 %), вібраційна хвороба (біля – 5,00 %). Розподіл ПЗ щодо пилової патології, рангові місця інших профзахворювань обумовлені, насамперед, недосконалістю застосовуваних технологій на підприємствах Харківщини. Серед хворих переважали чоловіки (понад 60,00 %), а відсоток жінок складав біля 40,00 %, хоча в окремі роки він досягав майже 50-ти. Серед потерпілих переважали працівники вікових груп 50-59 та понад 60 років, на яких разом припадало понад 80,00 %. Відсоток постраждалих віком 40-49 років переважав над відповідним показником вікової групи 30-39 р. і коливається у межах 6,48-8,16. На протязі 2008-2012 рр. діагноз профзахворювання переважно встановлювали працівникам зі стажем роботи в шкідливих умовах 20-29 р., далі слідували стажова група понад 30 р., 10-19 р. та менш 10 р. 1-е рангове місце серед підприємств щодо кількості потерпілих внаслідок ПЗ протягом 2008-2011 рр. посідало Державне підприємство (ДП) «Завод ім. Малишева», далі слідували ВАТ «Харківський тракторний завод» (ХТЗ), ПАТ «Харківський плитковий завод», ДП «Електроважмаш», ПАТ «Турбоатом». У 2012 р. на перше місце посіло ВАТ «ХТЗ».

Таким чином, хоча рівень ПЗ в Харківській області у порівнянні з середнім в Україні залишається досить високим, кількість постраждалих в 2008-2012 рр. зменшилась більш ніж в 2 рази. Структура ПЗ та рангові місця промислових підприємств залишається стабільними, що свідчить про пріоритет запровадження заходів профілактичного спрямування саме на підприємствах машинобудування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ДІЇ РІЗНИХ КОМБІНАЦІЙ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Милославський Д.К., Божко В.В., Мисниченко О.В., Щенявська О.М.

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

Мета: вивчення ефективності різних комбінацій антигіпертензивних препаратів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з гиперурикемією (ГУЕ) на підставі оцінки їх впливу на показники артеріального тиску (АТ) в спокої та при фізичному навантаженні (ФН), морфо-функціональні параметри серця, чинники малоінтенсивного запалення і функцію ендотелію пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 62 хворих на ГХ II стадії, 2-3 ступеня віком від 35 до 65 років. Морфо-функціональний стан міокарда оцінювали ехокардіографічно, проводили добове моніторування АТ (ДМАТ) і велоергометрію (ВЕМ), імуноферментним методом визначали рівні сечової кислоти (СК) крові, С-реактивного протеїну (СРП), мікроальбумінурії (МАУ). ГУЕ встановлювали за критеріями «EULAR», (2006). В якості базового препарату всім пацієнтам призначали антагоніст рецепторів ангіотензину II олмесартан (О) в дозі 20 мг на добу протягом 12-ти тижнів. 28 пацієнтів додатково отримували високоселективний β-адреноблокатор небіволол (Н) з NO- активуючою дією в дозі 5 мг на добу, а 34 пацієнти – антагоніст кальцію III покоління лерканидіпін в дозі 20 мг на добу.

Результати. Після 12-ти тижнів лікування О у поєднанні з Н призводив до досягнення цільового АТ у 69 % хворих; О в комбінації з Л – у 71 % пацієнтів, відповідно. За даними ВЕМ-проби у хворих, які отримували О та Л, підвищувалась толерантність до ФН. На тлі призначення О і Н у пацієнтів зменшувалась гіпертензивна відповідь та поліпшувалось відновлення ЧСС після ФН ($p < 0,05$). За даними ДМАТ, О і Н достовірно зменшили варіабельність денно-нічних показників АТ, О і Л – знизили «навантаження тиском» ($p < 0,05$). Встановлено покращання контрактильных здібностей міокарда після курсового прийому О та Н і релаксаційних процесів після призначення О та Л у обстежених хворих ($p > 0,05$). Терапія О та Н і О та Л зменшувала виразність ГУЕ, знижуючи рівні СК на 11,4 % і 10,8 %, відповідно. Крім того, О та Н знизили рівень СРП від $(9,11 \pm 0,78)$ мг/л до $(5,81 \pm 0,48)$ мг/л. О з Л гальмував МАУ (рівень МАУ знизився від $(52,5 \pm 6,9)$ мкг/мл до $(34,8 \pm 4,1)$ мкг/мл ($p < 0,05$), що відображає нефропротекторний вплив цієї комбінації.

Висновки. Встановлена висока ефективність двох варіантів 12-ти тижневої комбінованої терапії (О з Н та О з Л) у хворих на ГХ з ГУЕ. Обидва варіанти терапії достовірно знижували АТ за даними ДМАТ, позитивно впливали на морфо-функціональні показники серця. Гемодинамічні ефекти препаратів асоціювалися зі зниженням рівнів СК, СРП і МАУ, що робить їх препаратами вибору у даної категорії пацієнтів.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ПОРУШЕННЯМ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ

Милославський Д.К., Божко В.В., Щенявська О.М., Лавренко Т.А.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

Мета. Розробка шляхів покращання лікування та профілактики порушень пуринового обміну (ППО) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з метаболічним синдромом (МС) з урахуванням патогенетичних особливостей захворювань.

Матеріали і методи. Обстежено 69 хворих на ГХ II стадії, 2-3 ступеня з ознаками МС віком від 40 до 65 років. Здійснювали добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ) та ехокардіографію. У крові визначали рівні глюкози, загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів (ЛП) високої та низької щільності (ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ), інсуліну, С-реактивного протеїну (СРП), вміст сечової кислоти (СК). Наявність гіперурикемії (ГУЕ) встановлювали згідно критеріїв «EULAR» (2006 р.). Індекс інсулінорезистентності (ІР) розраховували за алгоритмом HOMA. В якості терапії у осіб з ГУЕ призначали комбінацію 5 мг небівололу та 20 мг лерканідипіну на добу з додаванням 20 мг аторвастатину і 100 мг інгібітора ксантиноксидази алопуринола (Ал) на тлі гіпокалорійної, гіпопуринової дієти.

Результати дослідження. У хворих на ГХ з МС та ГУЕ встановлені висока частота «нічної гіпертензії» та концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ), комбіновані ліпідні зрушення (IIа, IIб, IV типів), більш високі рівні СК, СРП, глюкози та інсуліну, ніж у хворих без ГУЕ ($p < 0,05$). Призначення хворим з ГУЕ малих доз Ал на тлі антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії в більшій мірі, покращувало гемодинамічні і метаболічні показники, знижувало рівні СК в крові, сприяло гальмуванню активації СРП ($p < 0,05$). У хворих з ГУЕ рекомендовані профілактичні заходи потенціювали ефекти базової терапії з додаванням Ал, гальмували ураження нирок та утворення конкрементів.

Висновки. Призначення хворим на ГХ з МС і ППО, окрім антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії, малих доз Ал покращує гемодинамічні і метаболічні показники, знижує активність процесів запалення. Даній категорії хворих вищевказану терапію слід проводити тлі гіпокалорійної, гіпопуринової дієти та поряд з профілактичними заходами, спрямованими на підвищення виведення СК з сечею, що гальмує утворення конкрементів.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Місяченко М.М., Футумайчук Н.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) залишається важливим завданням сучасної гастроентерології. У хворих на ВХ ДПК із тривалим перебігом захворювання (більше 5 років), частими рецидивами та вираженою клінічною картиною рекомендовано проводити антихелікобактерну терапію (АХБТ) впродовж 14-ти днів. Частим проявом гепатотоксичної дії медикаментів та інших токсичних чинників є внутрішньопечінковий холестаз. Доведено, що урсодезоксихолева кислота (УДХК) впливає на основні ланки патогенезу внутрішньопечінкового холестазу та має імуномодулюючий ефект.

Метою роботи було вивчення функціонального стану печінки при тривалій АХБТ у хворих на ВХ ДПК та її корекція шляхом комплексного лікування із застосуванням препарату УДХК урсохолу (“Дарниця”).

Матеріали та методи. Обстежено 84 хворих на ВХ ДПК, з яких 64 пацієнти приймали АХБТ впродовж 14 днів. Серед обстежених було 65 (77,3 %) чоловіків та 19 (22,7 %) жінок, віком від 18 до 65 років. Діагноз встановлювали на основі клінічних, лабораторних, інструментальних та рентгенологічних досліджень. В залежності від лікування хворі були розподілені на групи: у І групу ввійшли 40 хворих на ВХ ДПК, які отримували базову АХБТ в загальноприйнятих дозах. ІА групу складали 20 хворих, які отримували АХБТ впродовж 7 днів; ІБ групу – 20 хворих, які отримували АХБТ впродовж 14 днів. У ІІ групу ввійшли 44 хворих, яким до АХБТ, що тривала 14 днів, додатково включали урсохол (“Дарниця”) в дозі 250 мг двічі на добу впродовж 15 днів. До і після курсу лікування оцінювали клініко-функціональний стан печінки, ферментний спектри крові (активність аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартатамінотрансферази (АсАТ), аргінази, лужної фосфатази (ЛФ), гамма-глутамілтранспептидази (ГГТП). Аналіз показників функціонального стану печінки дозволив виявити, що у хворих на ВХ ДПК ІБ групи тривала АХБТ супроводжувалась незначним підвищенням активності АлАТ у 1,79 рази ($p < 0,05$), АсАТ – 1,20 рази ($p < 0,05$), аргінази –у 2,4 рази ($p < 0,05$), що вказує на розвиток помірного цитолітичного синдрому; збільшенням активності ГГТП і ЛФ – у 4,49 і у 1,75 рази відповідно ($p < 0,05$), що вказує на розвиток помірного синдрому внутрішньопечінкового холестазу.

У хворих IV групи виявлено найбільш виражену позитивну динаміку показників функціонального стану печінки, що вказує на попередження розвитку у них синдромів цитолізу, внутрішньопечінкового холестазу та гепатоцелюлярної недостатності на тлі тривалої АХБТ.

ФАРМАКОКІНЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ДІЇ АНТИКОНВУЛЬСАНТІВ

Мовчан О.Д.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України», м. Київ

Причинами формування толерантності до дії антиконвульсантів можуть бути зсуви ряду фармакокінетичних параметрів цієї групи лікарських препаратів. Теоретично це може бути пов'язано з кількісним перерозподілом протисудомних засобів у крові і мозку та змінами активності ферментів метаболізму ліків, в першу чергу системи ферментів Р-450. Були проведені дослідження, спрямовані на визначення вмісту антиконвульсантів у крові і мозку нетолерантних тварин і тварин, толерантних до протисудомних препаратів. Рівень антиконвульсантів визначався методом ВЕРХ. Крім того, вивчався вплив антиконвульсантів на тривалість сну, викликаного дією барбітуратів (гексенал і натрія тіопентал) у нетолерантних і толерантних тварин, що давало можливість оцінити функціональний стан ферментативної системи Р-450. Кількісні зміни вмісту протисудомних препаратів у крові і мозку визначалися в дослідах на білих щурах, яким за 1 год до забору крові і декапітації внутрішньоочеревинно (в/о) вводилися: фенобарбітал в дозі 20 мг/кг, карбамазепін – 125 мг/кг, вальпроат натрія – 155 мг/кг, топірамат – 300 мг/кг, ламотриджин – 30 мг/кг. Вказані антиконвульсанти в цих же дозах в/о) вводилися білим мишам при вивченні їх впливу на тривалість гексеналового чи тіопенталового сну. Гексенал вводився в/о в дозі 100 мг/кг, тіопентал натрію – 50 мг/кг, в/о через 1 год. після протисудомних засобів. Параметри сну (тривалість бокового положення тварин) порівнювалися з даними контролю, а також між нетолерантними і толерантними тваринами.

Толерантність до дії антиконвульсантів формувалася шляхом щоденного, одноразового, в/о їх введення: фенобарбіталу протягом 7 днів; карбамазепіну, депакіну, топірамату і ламотриджину – протягом 14 днів.

Встановлено, що:

1. Толерантність до дії антиконвульсантів формується на тлі змін у вмісті цих препаратів у крові і мозку тварин.
2. Вміст депакіну і карбамазепіну у крові і мозку толерантних тварин практично не визначається. При цьому обидва препарати проявляють властивості індукторів Р-450, що пояснює причину зниження рівня препаратів у тканинах мозку і як наслідок припинення їх протисудомної дії.
3. Кількість фенобарбіталу і ламотриджину у крові і мозку толерантних тварни зростає і це відбувається, незважаючи на те, що обидва препарати проявляють властивості індуктора Р-450. Отже, у даному випадку мова йде про ефект кумуляції фенобарбітала і ламотриджина, що не попереджує розвиток толерантності до їх дії.
4. Топірамат проявляє властивості інгібітора Р-450, що може бути причиною підвищення рівня препарату у мозку толерантних тварин.
5. Отримані результати є теоретично-експериментально обґрунтованим попередженням про недоцільність підвищення доз фенобарбіталу, ламотриджину, топірамату, карбамазепіну і депакіну з метою подолання толерантності до їх протисудомної дії.

ВЛИЯНИЕ β-БЛОКАТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ АПОПТОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мозговая Ю.Н.

Харьковский государственный медицинский университет, Украина

Апоптоз играет ведущую роль в структурной деградации сердца в результате потери массы кардиомиоцитов при хронической сердечной недостаточности (ХСН), способствуя ее декомпенсации. Существуют мнения, что β-адреноблокаторы (β-АБ) способны эффективно ингибировать апоптоз кардиомиоцитов, индуцированный различными стимулами. Однако, данные этих исследований немногочисленны и противоречивы.

Цель – изучить динамику сывороточных уровней апоптоз-опосредуемых факторов при лечении ХСН β-блокаторам бисопрололом.

Материалы и методы: обследовано 52 пациента ХСН I-IV ФК, ишемической этиологии, принимавших на фоне базисной терапии бисопролол. Определение содержания апоптоз-опосредованных факторов – показателя sCD95 (Fas/APO-1, так называемого растворимого рецептора фактора некроза опухоли-α) и протеина p53 в сыворотке крови производили иммунноферментным методом.

Результаты: средняя продолжительность приема больными бисопролола составила $(15,7 \pm 2,4)$ месяцев ($p > 0,05$). Среднесуточная терапевтическая доза селективного β_1-адреноблокатора составила $(6,8 \pm 0,8)$ мг (при целевой 10 мг). Сывороточный уровень показателя sCD95 в период рандомизации составил $(79,3 \pm 6,5)$ пг/мл. На фоне применения бисопролола выявлено достоверное уменьшение концентрации уровня «сигнальной» молекулы апоптоза (на 23,3 %, $p < 0,05$), и на момент окончания исследования составило $(60,8 \pm 5,2)$ пг/мл. Однако, концентрация показателя sCD95 на фоне терапии не достила такового в контрольной группе ($(42,3 \pm 3,7)$ пг/мл). Динамика сывороточного уровня протеина p53 при приеме бисопролола была не достоверной. Так, в период рандомизации концентрация протеина p53 в сыворотке крови больных ХСН составила $(3,21 \pm 0,70)$ ЕД/мл, на момент окончания исследования – $(2,42 \pm 0,53)$ ЕД/мл, в группе контроля – $(1,92 \pm 0,63)$ ЕД/мл. На фоне приема препарата отмечено достоверное снижение недельной дозы фуросемида (на $(45,7 \pm 3,3)$ %, при $p < 0,05$), достигнуто снижение ЧСС (на 31,8 %).

Выводы: применение препаратов группы β-АБ в фармакотерапии ХСН, является патогенетически обоснованным, с точки зрения влияния на «программированную клеточную гибель». Бисопролол оказывает ингибирующее влияние на рецепторный путь реализации апоптоза.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К САМОКОНТРОЛЮ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Молодан В.И., Кудрявцев А.А., Верховодова Ю.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

По данным исследователей количество больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, связанными с атеросклерозом и сахарным диабетом (СД) неуклонно увеличивается. При этом развитие СД является значительным фактором, который обуславливает развитие сердечно-сосудистой патологи. Опубликованы результаты исследования EuroHeart survey, согласно которым у 60 % пациентов с острым инфарктом миокарда выявлено нарушение углеводного обмена, а у каждого четвертого диагностирован СД 2 типа. Исследования DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) доказывают, что самоконтроль и поддержание уровня глюкозы крови в пределах, близких к нормальным значительно снижает риск поздних осложнений, вызванных СД, и уменьшает степень их тяжести. Таким образом, для успеха терапии важным является точное и частое измерение уровня глюкозы в крови, что определяет эффективность, безопасность лечения, а следовательно, оказывает влияние на долгосрочный прогноз. Для решения этой задачи оптимально подходят современные глюкометры, двух типов: фотометрические и глюкометры, использующие электрохимический метод, основанный на измерении тока, появляющегося при реакции глюкозы крови с глюкозооксидазой. В последние годы появились приборы, которые могут определять и уровень кетоновых тел в крови, что позволяет выявлять ухудшение метаболического обмена. Можно утверждать, что для больных СД цель лечения в отношении углеводного обмена состоит в поддержании близкого к нормальному уровня гликемии, необходимого для профилактики микро- и макроангиопатий. Так же необходимо проведение дополнительного самоконтроля в следующих ситуациях: острые заболевания, стресс, изменения в терапии, проявление симптомов гипогликемии или эпизодов бессимптомной гипогликемии, беременность, ухудшение значений гликозилированного гемоглобина, изменение образа жизни (питания, физических нагрузок, путешествия, перемена часовых поясов и т. д.).

Исходя, из вышеизложенного следует, что поскольку СД является хроническим заболеванием, требующим длительного амбулаторного наблюдения за больными, эффективная его терапия на современном уровне предусматривает обязательное проведение самоконтроля. Однако, следует помнить, что сам по себе самоконтроль не улучшает компенсацию – это происходит лишь в случае, если обученный больной использует его результаты как отправную точку для адекватной адаптации сахароснижающей терапии и питания.

КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА У ХВОРИХ НА ГЕРХ ПРИ ПОЄДНАННІ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ

Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Петішко О.П., Демешкіна Л.В., Васильєва І.О.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

Розповсюдженість захворювань, в основі яких лежать порушення моторики, з кожним роком має тенденцію до збільшення. Незважаючи на те, що клінічна симптоматика при моторній дисфункції різноманітна та залежить від локалізації процесу, його характеру і першопричини, досить часто ці прояви нашаровуються при поєднанні захворювань, в патогенезі яких важливу роль відводять порушенням моторики. Тому **метою роботи** стало визначення особливостей клінічних проявів моторних порушень верхніх відділів травного каналу та жовчовивідної системи.

Матеріал і методи. В обстеження включено 40 пацієнтів на ГЕРХ з поєднанням хронічного безкам'яного холециститу з дисфункцією жовчного міхура, з них чоловіків – 24 (60,0 %), жінок – 16 (40,0 %). Середній вік пацієнтів становив (43,6 ± 13,9) року. Проводилося ретельне опитування зі звертанням уваги на наявність скарг, характерних для ГЕРХ і захворювань жовчовивідних шляхів. Оцінка інтенсивності скарг проводилася за трибальною шкалою: незначна, помірна, виражена.

Результати. У 16 пацієнтів (40,0 %) ознак езофагіту виявлено не було. Гіпомоторну дисфункцію жовчного міхура спостерігали в 90,0 % випадків. Дуоденогастральний рефлюкс встановлений 17,5 % особам. Серед супутньої патології більш часто відзначали хронічний гастродуоденіт та панкреатит – 67,5 %, дисбіоз кишечника виявлено у 25,0 % обстежених.

Хоча у 40,0 % пацієнтів ознак езофагіту не виявлено, майже усі пацієнти мали скарги на біль в епігастрію, печію та відриг повітрям, з перевагою значного ступеня вираженості. За періодичністю виникнення переважала щоденна печія – 42,5 % хворих, близько як у чверті обстежених періодичність печії становила більше 3 разів на тиждень, а у п'ятої частини пацієнтів – менше 2 разів на тиждень. 57,5 % обстежених скаржилися на наявність болю у правому підребер'ї, найчастіше (37,5 %) помірної інтенсивності, половину пацієнтів турбувала періодична гіркота у роті. Більш, ніж у третини хворих спостерігали здуття живота та розлади дефекації, що проявлялися у чверті випадків зміною закрепів і проносів.

Таким чином, найбільш частими та інтенсивними у клінічній симптоматиці були біль у епігастрію і правому підребер'ї, печія, відриг повітрям. Враховуючи, що ГЕРХ та дисфункції жовчовивідної системи, часто поєднуються між собою і, нашаровуючись, посилюють клінічні прояви, необхідно застосовувати єдиний підхід до терапії, спрямованої на нормалізацію рухової функції жовчного міхура та езофагогастродуоденальної зони.

НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ НА ТЛІ ПРИХОВАНОЇ ПОЛІОРГАННОЇ ПАТОЛОГІЇ: КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ

Мостовой Ю.М., Вільцанюк О.О.

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

Проблема лікування негоспітальних пневмоній у хворих з поліорганною недостатністю хворих на опійну наркоманію залишається актуальною проблемою в зв'язку з ускладненим перебігом та високою летальністю.

Метою нашої роботи було вивчення перебігу НП у наркозалежних хворих.

В результаті проведених досліджень встановлено, що негоспітальна пневмонія на тлі прихованої поліорганної патології у хворих на опійну наркоманію має важкий ускладнений перебіг і супроводжується розвитком синдрому системної запальної відповіді. Причиною такого перебігу захворювання є антибіотикостійкі високо-вірулентні збудники та наявність прихованої поліорганної патології внаслідок внутрішньовенного введення сурогатів опію кустарного виробництва.

На основі отриманих даних розроблено спосіб лікування важких негоспітальних пневмоній з використанням направленого транспорту антибіотиків в легеневу тканину у фармакоцитах та проведення санації трахео-бронхіального дерева катіонним поверхнево-активним антисептиком декасаном.

Використання розробленої методики лікування пневмоній в експерименті забезпечувало повільніше, ніж в контролі, розповсюдження запального процесу, зменшувало мікробну забрудненість легеневої тканини, профілактувало розвиток абсцесів та деформуючого бронхіту.

Отримані дані експериментальних досліджень свідчать про високу ефективність розробленого способу лікування пневмоній і дозволяють рекомендувати його використання в клінічній практиці.

РАННЯ НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ (АЛКОГОЛЬНИХ ГЕПАТИТІВ, СТЕАТОЗІВ, ЦИРОЗІВ ТОЩО) ЗА ДОПОМОГОЮ МЕТОДУ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ЕЛАСТОГРАФІЇ ЗСУВНИХ ХВИЛЬ ТА БІОХІМІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ У ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

Мусієнко Г.О., Лінський І.В., Мінко О.І., Лінська Г.В., Слюсар В.В., Шалашов В.В., Гольцова С.В., Маркозова Л.М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня»

Розвиток алкогольного ураження печінки, біліарної системи та прояви його тяжкості залежать від частотної та кількісної характеристики вживання спиртних напоїв. Шлунково-кишковий тракт, у т.ч. підшлункова залоза, а печінка, особливо – одна з головних мішеней токсичного впливу етанолу та його дериватів. Зловживання спиртними напоями та залежність від них відносяться до основних причин різних проявів хвороб печінки. Ураження печінки певною мірою визначається спадковою схильністю, яка певною мірою обумовлена генетичним дефіцитом цитоплазматичних ферментів – каталізаторів реакції окислення етанолу. Особливості харчування, а саме недоїдання, що, у свою чергу, пов'язане з дефіцитом білків, підвищують схильність біліарної системи до алкогольного ураження. З іншого боку, надмірне вживання ненасичених жирів та ожиріння, сприяють ураженню біліарного апарату у осіб, які зловживають спиртними напоями та їх дериватами. Формалізовані критерії діагностики алкогольного ураження печінки здійснюються у Європі на підставі положень МКХ-10, а у інших країнах (США та більшість неєвропейських країн) – завдяки положенням DSM-IV; клінічні ж ознаки, – за допомогою лабораторних маркерів зловживання етанолом та залежності від алкоголю, а саме – АлТ та АсТ. На сьогодні продовжується пошук нових неінвазивних методів діагностики ураження гепато-біліарної системи, які необхідні як для загальної клінічної практики, так і для наркологічної практики, зокрема. Саме ці обставини визначили мету і завдання поточного етапу дослідження.

Комплексно обстежені 23 особи чоловічої статі з проявами алкогольної залежності. За результатами комплексного ультразвукового та біохімічного досліджень виявлено загальні та специфічні психічні та поведінкові розлади у осіб хворих на алкогольну залежність як з ознаками ураження печінки, так і без них. Завдяки єдності розробленого перспективного підходу у використанні неінвазивної діагностики алкогольного ураження печінки, а саме методу ультразвукової еластографії зсувних хвиль та біохімічного виявлення змінених метаболічних профілів, зокрема шляхом кількісного виявлення метаболітів біохімічних реакцій у осіб з проявами алкогольної залежності. Попередньо отримані нові дані про роль уражень гепато-біліарної системи у механізмах формування проявів психічних та поведінкових розладів при алкогольній хворобі, що в подальшому дасть змогу створити нові комплексні методи та методики ранньої неінвазивної діагностики патології печінки при алкогольній хворобі.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Несен А.О.

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

Цель работы – разработка патогенетически аргументированных подходов к усовершенствованию диагностически-терапевтической стратегии больных с коморбидностью атеросклероза (АС) и хронической болезни почек (ХБП) на основе визуализации атеросклеротических проявлений, исследования ренального кровотока, гистоструктуры почек и функционального состояния эндотелия гломерулярного аппарата, специфики оксидативных, ферментативных, воспалительных механизмов, с учетом состояния ренин-ангиотензиновой системы и структурных изменений эндотелия.

Материалы и методы. Клинико-инструментальные, лабораторно-биохимические, морфометрические, гистохимические, статистические.

Результаты и обсуждение. В исследовании приняло участие 369 пациентов с ХБП (хронический гломеруло- и пиелонефрит, диабетическая нефропатия) с выявленными субклиническими проявлениями АС; 86 больных гипертонической болезнью II-III стадии (группа сравнения) и 30 практически здоровых лиц (группа контроля).

Выводы. Даже ранние субклинические проявления АС являются независимыми факторами повышенного кардиоваскулярного риска и в значительной мере увеличивают вероятность осложнённого течения коморбидной патологии, являясь основанием для более агрессивной профилактической тактики и стратегии лечения. Морфологические изменения гистоструктуры почек ассоциируются со степенью поражения почек и степенью атеросклеротических изменений, что указывает на прогрессирующую дисфункцию эндотелия и вазоконстрикцию сосудов почки, и в дальнейшем приводит к склерозу и гиалинозу сосудов. Патологически стимулируемый каскад реакций со стороны иммунной и других систем организма способствует развитию атеросклеротического повреждения сосудистой стенки и тромбозу в сосудах, а ретенция раннего атерогенеза ассоциируется с транспортом липопротеидов и находится в тесной взаимосвязи с провоспалительной, оксидативной и ферментативной активацией.

Терапевтическая стратегия, нацеленная на коррекцию артериального давления, дислипидемии, ренального кровотока, эндотелиальной дисфункции, оксидативных, ферментативных и иммуновоспалительных процессов может существенно замедлить прогрессирование коморбидной патологии.

ПОЛІФАКТОРНИЙ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНИЙ ПІДХІД ТА ОЦІНКА КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ З УРАХУВАННЯМ КОМОРБІДНОСТІ

Несен А.О., Чернишов В.А., Грунченко М.М., Шкапо В.Л., Валентинова І.А., Чирва О.В., Ченчик Т.О., Резнікова О.І.

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

Сьогодні фахівцями вказується на безсумнівну важливість дослідження коморбідності і особливо відмічається, що синтропічні коморбідні та поліморбідні ураження є чинниками, які кардинально визначають тактику ведення хворого та його прогноз.

Мета роботи – оцінити коморбідність у хворих підвищеного кардіоваскулярного ризику (КВР) та розробити шляхи рекомендацій корекції факторів ризику у цієї категорії хворих.

Матеріали та методи. Клініко-інструментальні, лабораторно-біохімічні, статистичні.

Результати та обговорення. Відділом популяційних досліджень започатковано реєстр пацієнтів підвищеного КВР з урахуванням коморбідності та здійснюється ретроспективна оцінка динаміки і виявлення у хворих коморбідності з проведенням стандартизування отриманих даних відповідно зі світовою стандартизацією наукових досліджень. Для забезпечення повноти даних створюються спеціальні форми (в паперовому і електронному виді), що максимально відображають об’єм потрібної інформації, де основою є первинна документація (амбулаторні карти, історії хвороб, анкетування).

Для визначення особливостей поширеності коморбідності були відібрані історії хвороб (n = 40) пацієнтів підвищеного КВР. Первинний аналіз, визначив, що у всіх пацієнтів виявляється сполучення двох, або більше патологій: у (17,5 %) хворих - виявлено поєднання двох патологій, у (82,5 %) хворих – поєднання трьох і більше; середнє значення зваженого індексу коморбідності Чарлсона становило (4,73 ± 0,32).

Висновки. Поліфакторний підхід в оцінці КВР при коморбідності патологій дозволяє об’єктивно оцінити ступінь абсолютного серцево-судинного ризику, що має кардинальне значення для визначення стратегії лікування.

Застосування на практиці поліфакторного діагностично-лікувального підходу є для сьогоднішньої медицини визначальним і аргументовано доводить важливість й необхідність на індивідуальному і популяційному рівні врахування коморбідності у хворих підвищеного КВР для прогнозування виживаності і визначення ефективної стратегії лікування щодо модифікації всіх потенційних факторів ризику та уникнення поліпрагмазії.

ЩОДО ЯКОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Ніколенко Є.Я., Боровик І.Г., Ткач С.І., Шестаков В.Г., Лук'яненко О.Ю., [*]Захаров О.Г., Багмут В.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти,
[*]Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

Мета роботи – провести аналіз якості профілактичних медичних оглядів працюючих (ПМОП).

Матеріали дослідження – медична документація окремих закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Харкова, Черкас, Кривого Рогу, Дніпропетровська та Кременчука за результатами ПМОП, що проводилися у 2011-2012 рр. Проведено експертну оцінку амбулаторних медичних карток; карток працівників (П), які підлягали профілактичним медичним оглядам (МО); заключних актів за результатами періодичних МО П; а також списків П щодо періодичних МО, документів щодо організації МО в конкретних ЗОЗ. Щодо виконання вимог чинного наказу МОЗ України від 21.05.2007 р. № 246 стосовно організації ПМОП: в усіх ЗОЗ є накази стосовно створення комісій по проведенню профілактичних медичних оглядів працюючих, голови лікарських комісій (100 %) та переважна більшість лікарів цих комісій пройшли тематичне удосконалення з професійної патології (92,4-96,6 %); відсутні відповідні зміни щодо складу лікарських комісій у разі звільнення чи прийому на роботу лікарів, що приймають участь в ПМОП; в наказах наведені не всі інструментальні та лабораторні дослідження згідно з вимогами наказу МОЗ України № 246 (14,54 %). Надані в ЗОЗ списки працівників, що зазнають дії шкідливих та небезпечних чинників виробничого середовища та трудового процесу, узгоджені в закладах державних санітарно-епідеміологічних станцій, належним чином заповнені щодо обсягу обстежень.

Типові недоліки за підсумками експертної оцінки 853 карток щодо ПМОП: неповний обсяг обстеження П (7,74 %), некоректні висновки щодо професійної придатності П (4,22 %). Охоплення П профілактичними МО перевищувало 95,0 %, обсяг обстеження П не забезпечувався переважно із-за фінансових мотивів з боку роботодавців та відсутності в ЗОЗ необхідного діагностичного обладнання щодо спірографії (16,35 %), холодової проби і палестезіометрії (10,36 %), аудіометрії (12,48 %), динамометрії (5,23 %), реактивів для лабораторних досліджень тощо. У заключних актах були наведені списки П, які підлягають переведенню на іншу роботу за станом здоров'я, потребують проведення додаткових досліджень та обстежень, диспансерного спостереження; відомості щодо виконання заходів за підсумками попередніх ПМОП тощо.

Отже, на сьогодні ПМОП проводяться на задовільному рівні, їхнє покращання є здійсненним при систематичному підвищенні фахової підготовки лікарів з профпатології та належному оснащенні ЗОЗ.

ПОКАЗНИКИ СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СЕРЦЯ ПРИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ГЕНЕЗУ

Ніколенко Є.Я., Захаров О.Г., [*]Боровик І.Г., Пилипенко Н.О.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
[*]Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Процес ремоделювання серця у хворих на ХОЗЛ закономірно проходить декілька стадій і характеризується послідовним розвитком структурно-функціональних змін, як правих, так і лівих відділів серця.

Провели ехокардіографічне обстеження захворілих на ХОЗЛ I, II та III ступеня важкості, та групи контролю, клінічно здорових добровольців, які співпадають з основною групою за віком та статтю. На момент спостереження пацієнти перебували у фазі ремісії та не мали супутніх захворювань системи органів дихання. За даними санітарно-гігієнічної характеристики умов праці пил як основний виробничий фактор був присутнім на всіх робочих місцях захворілих.

При аналізі отриманих ехокардіографічних даних правих відділів серця відмітили, що розмір правого шлуночка у діастолу (КДР ПШ) збільшується при ХОЗЛ II та III ступені важкості, та достовірно ($p < 0,05$) перевищує показник контролю, а саме ($26 \pm 2,9$) мм ХОЗЛ II ст. важкості та ($27 \pm 2,3$) ХОЗЛ III ст. важкості проти ($22 \pm 2,4$) мм із групи контролю.

Кінцево-діастолічний розмір правого передсердя (КДР ПП) також збільшується у залежності від ступені важкості ХОЗЛ, так при II та III ступені важкості КДР ПП составляє 40±3,1 мм та ($42,7 \pm 3,5$) мм, що достовірно ($p < 0,05$) більше показника КДР ПП в групі контролю – ($38 \pm 2,8$) мм. Таким чином, розміри правого відділів серця - передсердя та правого шлуночку достовірно збільшуються при підвищенні ступеня важкості ХОЗЛ.

Товщина свободної стінки правого шлуночку (стінка ПШ) збільшена у всіх пацієнтів ХОЗЛ у порівнянні з групою контролю, причому цей показник достовірно відрізняється від групи контролю вже при I ступені ХОЗЛ, а саме контроль ($4,5 \pm 0,5$) мм, а середня товщина стінки ПШ при I ст. важкості ХОЗЛ ($5,1 \pm 0,7$) мм ($p < 0,05$). Середній тиск легеневої артерії (СрТЛА) у хворих на ХОЗЛ III стадії на 43,3 % перевищував такий показних серед групи контролю, та вже при I ст. СрТЛА на 6 % був вищим за контрольний показник.

При вивченні ехокардіографічних показників лівого шлуночку серця (ЛШ) виявили, що процеси гіпертрофії міокарда ЛШ (ГЛШ) у хворих на ХОЗЛ прогресують при підвищенні ступеня захворювання, а ділатаційні зміни ЛШ не характерні, ексцентрична гіпертрофія досить рідко зустрічалась у наших хворих від 4 % до 7 % без залежності до змін при різних стадіях ХОЗЛ.

ГІПОФЕРЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З СУПУТНІМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Никула Т.Д., Мойсеєнко В.О., Алєксєєва Н.Г., Красюк Е.К.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ,
Київський міський науково-практичний центр нефрології та діалізу

Згідно нових рекомендацій KDIGO (2013) до лікуванні хворих нефрологічного профілю слід підходити з міждисциплінарних позицій, враховуючи супутню патологію. Так, наявність холециститу в хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) може негативно впливати на корекцію анемії. При запальних захворюваннях порушується всмоктування заліза.

Мета – вивчити особливості анемії у хворих на ХХН III та IV стадій за наявності хронічного некалькульозного холециститу.

Матеріал і методи. Обстежено 54 пацієнтів з ГН, з них 28 – мали ХГН на тлі хронічного некалькульозного холециститу. Залежно від стадії ХХН та етіології хворі були рандомізовані на 2 групи: 1 групу склали 10 хворих на ХХН III стадії (СКФ 30-59 мл/хв./1, 73 м2) (1А), 18 – на ХХН IV стадії (СКФ 15-29 мл/хв./1,73 м^2) (1В), відповідно у 2-й групі було 10 хворих з III стадією ХХН (2А) і 16 – з IV стадією ХХН (2В). У всіх хворих поряд із загальноприйнятими дослідженнями вивчали: рівень гемоглобіну, гематокриту, кількість тромбоцитів і ретикулоцитів, середній обсяг еритроцита, середню концентрацію гемоглобіну в еритроциті, рівень сироваткового заліза, загальну залізо-зв'язуючу здатність сироватки, рівень вільного трансферину сироватки, коефіцієнт насичення трансферину, рівень сироваткового феритину. Оцінку показників проводили в період скринінгу і потім 1 раз на 1,5-3 міс. Стадії ХХН визначали за критеріями National Kidney Foundation, при цьому ШКФ розраховували за формулою GFR-EPI.

Результати та обговорення. Гіпоферемія на тлі супутньої патології розвивалася раніше, але з прогресуванням ниркової недостатності різниця між групами нівелювалася і сягала 100 % у хворих з IV стадією ХХН. Вихідна частота виявлення дефіциту заліза була вищою ($p < 0,05$) у групі 2А, ніж в групі 1А. Зниження рівня сироваткового заліза (35,4 ± 0,97мкг/дл) і насичення залізом трансферину (16,3 ± 0,64 %) у 95,4 % хворих групи 2А зберігався нормальний вміст сироваткового феритину, статистично значимо вищий, ніж у 1-й групі.

Таким чином, анемія при ХХН – гіпопроліферативна, як правило, нормохромна та нормоцитарна, морфологічно не відрізняється від анемії хронічного запалення. Наявність супутнього хронічного холециститу погіршує перебіг та прогноз основного захворювання. Запальний компонент у розвитку анемії хворих на ХХН у поєднанні з ХХ потребує подальшого вивчення, оскільки цитокін-індуковане пригнічення вироблення еритропоетину створює додаткові умови для підтримки анемії.

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ДІЇ ФАКТОРІВ ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ АВАРІЇ

Носач О.В.

Державна установа "Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук України", м. Київ

Глобальний тягар неінфекційних хвороб продовжує зростати і реагування на це, за оцінками ВООЗ, має бути одним з основних завдань у другому десятиріччі XXI сторіччя. Коморбідність (наявність двох та більше хронічних захворювань) є загальною медичною проблемою з широким спектром індивідуальних і соціальних наслідків, пов'язаних зі збільшенням інвалідизації та смертності, зниженням функціональних можливостей, якості та тривалості життя хворих. Різні аспекти питання медичного супроводу пацієнтів з коморбідністю стали одніми з найбільш актуальних у сучасній світовій медичній практиці.

Мета дослідження полягала в аналізі доступної наукової інформації щодо методологічних підходів, що можуть бути застосовані для комплексної оцінки коморбідних патологічних процесів у осіб, які зазнали дії факторів Чорнобильської аварії.

Протягом післяаварійного періоду повідомляється про поступове погіршення стану здоров'я учасників ліквідації наслідків Чорнобильської аварії з найбільшими порушеннями нервової, травної, дихальної, серцево-судинної, ендокринної (переважно щитоподібної залози) та імунної систем. Встановлено, що характерною особливістю стану здоров'я цієї категорії осіб є наявність кількох хронічних захворювань – у середньому від 8 до 11 нозологічних одиниць на одного хворого.

З плином часу накопичуються спостереження щодо того, що деякі комбінації захворювань та порушень життєдіяльності зустрічаються у хворих частіше, ніж можна було б очікувати. На сьогодні існує 9 загальновизнаних шкал (методів) оцінювання коморбідності (Cumulative Illness Rating Scale, Index of Co-Existent Disease, Charlson та ін.), системи прогнозування при окремих нозологіях з урахуванням супутньої патології та ряд шкал, що дозволяють пацієнтам самостійно оцінювати власну коморбідність. Проте жодна з цих шкал / систем не охоплює всі складові та не є універсальною. Відправними точками для розробки рекомендацій стосовно медичного супроводу хворих з коморбідною патологією є результати наукових досліджень з ідентифікації комбінацій найбільш поширених хронічних захворювань (або кластерів супутніх захворювань). Це становить основу епідеміологічного підходу щодо адаптації існуючих клінічних настанов до потреб цієї категорії хворих, при цьому важливим є їх акцентування саме на захворюваннях з високою поширеністю та серйозними наслідками для постраждалих осіб.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Шосаидов Ш.Ш.

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

Как известно, возраст многогранно и индивидуально влияет на клинические проявления, прогноз и лечение различных заболеваний. При этом физиологические изменения со стороны органов и систем органов часто обусловлены не только возрастом, но и анамнезом жизни пожилого больного. У женщин с возрастом чаще встречаются мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, анемия.

Цель – выявление возможности современных препаратов заместительной гормональной терапии (ЗГТ) по купированию мочеполовых расстройств у женщин пожилого возраста с патологическим течением климактерия.

Обследовано 65 женщин в постменопаузе (средний возраст – (63,4 ± 5,3) г.), страдающие мочеполовыми расстройствами, ранее не принимавшие ЗГТ. Из них 25 в анамнезе перенесли гистерэктомию. Всем пациентка назначена ЗГТ в течение 6-и месяцев по схеме. 22 пациентки получали климен, 22 – климонорм и 21 применяли – климару. До и после лечения проведены необходимые общеклинические, биохимические, инструментальные и др. методы исследования.

Результаты. У пациенток, принимавших климен, выявлена высокая эффективность препарата по коррекции генитальных и мочеполовых расстройств(72 %). У женщин, получавших климонорм, достаточно полно купировались все мочеполовые расстройства и их выраженность к концу лечения (6 месяцев приема ЗГТ), в 6 раз. Климара также благоприятно влияла на состояние мочеполового тракта и через 6 месяцев все мочеполовые расстройства у этих пациенток уменьшились в 4,5 раза. Все изученные препараты ЗГТ (климен, климонорм, климара) оказались достаточно эффективными в коррекции проявлений синдрома мочеполовых расстройств, связанных с эстрогенной недостаточностью у женщин старших возрастных групп с патологическим климаксом. ЗГТ способствовало не только улучшению общего состояния и исчезновению проявлений патологического климакса, но предупреждению развития мочекаменной болезни, хронического пиелонефрита и других серьезных заболеваний.

Таким образом, ЗГТ оказывает благоприятное влияние на течение патологического климакса, купирует мочеполовые расстройства, что значительно повышает качество жизни женщин пожилого возраста.

«ШКОЛЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ» ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Оленская Т.Л.

УО «Витебский государственный медицинский университет», Беларусь

Цель исследования. Определение реальной ситуации по оценке эффективности работы школ здоровья у больных артериальной гипертензией пожилого возраста с позиций гериатрических синдромов.

Материал и методы. В период международного фестиваля искусств «Славянский базар в Витебске» была проведена акция по оценке эффективности работы школ артериальной гипертензии (ШАГ). Было проведено анкетирование. Вопросы анкеты касались вопросам проведения самоконтроля. Желающие могли пройти обучение в развернутой на центральной улице «Школе больных артериальной гипертензией под открытым небом». Данные обработаны с помощью пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты. Было проанкетировано 3935 людей пожилого возраста. По результатам анкетирования 4,8 % респондентов старше 60 лет ответили, что проходили обучение в «ШАГ» во время реабилитации в санаториях.

Респонденты пожилого возраста, с повышенным уровнем АД, в 76 % случаев имели дома тонометр. Только в 22,5 % случаев ответили, что измерять АД их обучал врач. Самостоятельно научились измерять – 41,4 % опрошенных. Из них 6,7 % респондентов получили информацию из инструкции, прилагавшейся к тонометру, 93,3 % – обучили родственники или соседи, 0,6 % – затруднились ответить. 75 % респондентов ответили, что при измерении уровня АД не испытывают трудностей. Основные проблемы, связанные с измерением уровня АД были: не слышу тоны – 81 %; плохо виден циферблат – 12 %, устает рука – 1 %, не знали, как определять тоны – 5 %, затруднились ответить – 1 %. 23 % респондентов пожилого возраста согласились пройти обучение во время акции. При обучении правилам самоконтроля были выявлены основные ошибки при измерении: неправильное положение человека – 12 %, манжета надета поверх одежды – 51 %, быстрое стравливание воздуха – 30 %, неправильно накладывается манжета или фонендоскоп – 7 %.

Вывод: Недостаточный самоконтроль за уровнем АД приводит к серьезным гериатрическим синдромам – когнитивным дисфункциям, головокружению, что является причиной падений и обуславливает социальную значимость АГ в геронтологии. Организация «Школ артериальной гипертензии» требует модификации подходов работы с учетом позиции гериатрических синдромов.

Публикация тезисов поддержана Белорусским республиканским геронтологическим общественным объединением.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ВИЯВЛЕННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Оринчак М.А., Вакалюк І.І., Човганюк О.С., Гаман І.О., Шеремета О.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета – підвищити якість ведення пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) шляхом вивчення показників обміну заліза.

Матеріал і методи. Обстежено 79 хворих (28 чоловіки, 51 жінки; вік: (53,11 ± 7,97) роки) на ХСН ФК II-III NYHA із збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ > 50 %). Всіх хворих поділено на дві групи: I група – 24 хворих без анемії; II група – 55 хворих із анемією. Залежно від ФК ХСН у кожній групі виділено пацієнтів із II ФК (підгрупа А) та III ФК (підгрупа Б). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Проведено загальний аналіз крові: гемоглобін (Hb), еритроцити (Ер); визначення рівня сироваткового заліза (Fe^{+2}) (колориметричний метод), феритину та трансферину (Тф) у крові (імуноферментний метод).

Результати дослідження. У хворих I групи обох підгруп рівень Hb і Ер коливався в межах норми і складав (123,71 ± 7,42) г/л і (4,27 ± 0,69) × 10^{12}/л; у контролі – (127,32 ± 8,51) г/л і (4,52 ± 0,49) × 10^{12}/л, відповідно. У пацієнтів II групи обох підгруп рівень Hb був на 26,19 % нижче порівняно з I групою ($p < 0,05$) та на 26,19% нижче порівняно з контролем ($p < 0,05$); рівень Ер – на 28,98 % нижче порівняно з I групою ($p < 0,05$) та на 28,98 % нижче порівняно з контролем ($p < 0,05$), відповідно. У пацієнтів IA підгрупи рівень сироваткового Fe^{+2} знаходився в межах (21,50 ± 2,41) ммоль/л; феритин – (138,40 ± 14,27) мкг/л; Тф – (2,57 ± 0,23) г/л; у контролі – (22,36 ± 3,84) ммоль/л; (147,35 ± 18,84) мкг/л та (3,11 ± 0,14) г/л, відповідно ($p > 0,05$). У хворих IБ підгрупи рівень сироваткового Fe^{+2}, феритину та Тф був на 19,95 %; 22,32 % та 10,12 % нижче порівняно з хворими IA підгрупи ($p < 0,05$) та на 23,03 %; 27,04 % та 25,72% нижче порівняно з контролем ($p < 0,05$), відповідно. У пацієнтів IIA підгрупи показники негумового заліза виявились істотно зниженими: рівень сироваткового Fe^{+2} знаходився в межах (10,56 ± 3,88) ммоль/л; феритин – (61,14 ± 8,26) мкг/л; Тф – (2,18 ± 0,18) г/л ($p < 0,05$). У хворих IIБ підгрупи рівень сироваткового Fe^{+2}, феритину та Тф був на 25,37 %; 12,87 % та 16,05 % нижче порівняно з хворими IIA підгрупи ($p < 0,05$) та в 2,7; 2,5 та 1,4 рази нижче порівняно з хворими IA підгрупи ($p < 0,05$), відповідно.

Висновок. Обтяження перебігу ХСН залізодефіцитною анемією обумовлює прогресування серцевої недостатності. Рівні сироваткового заліза, феритину та трансферину в крові знижуються пропорційно до наростання функціонального класу ХСН. Для якісного ведення пацієнтів із ХСН необхідно контролювати гомеостаз заліза.

СИСТЕМНЕ ЗАПАЛЕННЯ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Оринчак М.А., Василечко М.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Мета. Порівняти вплив омега-3 поліненасичених жирних кислот (омега-3 ПНЖК) та L-аргінін на динаміку показників системного запалення у хворих на фібриляцію передсердь (ФП) з метаболічним синдромом (МС).

Методи дослідження. Обстежено 87 хворих на ФП із МС (ATP III, 2001), віком (70 ± 7) років, (41 чоловіки, 46 жінки). Залежно від лікування хворі були розділені на 2 групи: 1 група – 43 хворих, яким до комплексного лікування було включено омега-3 ПНЖК у дозі 1000 мг/д, 2 група – 45 хворих із включенням L-аргініну (Тівортін) у дозі 4,2 г/д довенно та перорально. Визначено рівень С-реактивного протеїну (С-РП) за імуноферментним методом, тестом UBI MAGIWEL CRP (США). Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Обстеження проводили до початку та через 2 місяці комплексного лікування.

Результати. Пароксизмальну форму відмічено у 21 (24,14 %), персистуючу – у 9 (10,34 %), перманентну – у 56 (64,37 %) випадках. Виявлено підвищення рівня С-РП у 79 % випадках серед хворих обох груп. Зокрема, у хворих 1 та 2 групи відмічено підвищення рівня С-РП до (6,01 ± 1,64) мг/л та (8,24 ± 1,22) мг/,л відповідно, в контролі – (1,45 ± 0,15) мг/л ($p < 0,05$), тобто, рівень С-РП перевищував у 4 рази (1 група) та у 5,5 разів (2 група) рівень в контролі ($p < 0,05$). У більшій мірі підвищення С-РП відмічено у хворих із перманентною формою ФП. Відзначена найбільша його концентрація при більш тривалій ФП. Під впливом лікування рівень С-РП знизився на 33,27 % (1 група) та на 43,44 % (2 група) порівняно із базальним рівнем та в контролі ($p < 0,05$). Нормалізація рівня С-РП досягнута у 25 (58,14 %) випадків (1 група) в більшій мірі у хворих із перманентною формою ФП та у 19 (42,22 %) випадках (2 група) більше у хворих із персистуючою формою ФП ($p < 0,05$).

Висновок. У хворих на ФП з МС істотно виражена системна запальна реакція, що проявляється збільшенням рівня С-РП в крові. Омега-3 ПНЖК та Тівортін в рівній мірі сприяють зниженню системного запалення та покращенню функції ендотелію у таких хворих.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЯМИ ІНСУЛІНУ, β_2-РЕЦЕПТОРАМИ ІНСУЛІНУ ТА ФАКТОРОМ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Оринчак М.А., Кочержат О.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета. Визначити залежність вмісту β_2-рецепторів інсуліну та фактору некрозу пухлин-альфа (ФНП-α) від рівня ендогенного інсуліну (ЕІ) в крові у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з метаболічним синдромом (МС).

Матеріал і методи. Обстежено 139 хворих на АГ з МС за критеріями АТР III (2001), віком (63 ± 8) років. У 1 групу ввійшло 59 хворих з нормальним рівнем ЕІ в крові; в 2 групу – 80 хворих із спонтанною гіперінсулінемією (ГІ). Визначено рівень офісного артеріального тиску (АТ), рівень глікемії (глюкозооксидазним методом), циркулюючого ЕІ, β_2-рецепторів інсуліну та ФНП-α за імуноферментними методами. Контроль 20 практично здорових людей.

Результати. Всі хворі мали три і більше критеріїв МС. Середні значення АТ в 1 та 2 групах знаходився в межах (182,55 ± 13,22) / (102,21 ± 10,29) та (183,52 ± 14,25) / (105,00 ± 12,35) мм рт. ст. ($p < 0,05$). Рівні глюкози в крові в обох групах не відрізнялись і знаходились в межах контролю – (4,21 ± 0,17) ммоль/л ($p > 0,05$). В 1 групі рівень ЕІ коливався в межах норми – (15,76 ± 2,11) мкОд/мл, в контролі – (10,60 ± 2,40) мкОд/мл ($p > 0,05$). Вміст β_2-рецепторів інсуліну виявився підвищеним до (15,23 ± 1,51) нг/мл (1 група); (23,43 ± 1,03) нг/мл (2 група), в контролі – (4,53 ± 1,63) нг/мл ($p < 0,05$). Рівень ФНП-α перевищував на 13,0 % та на 34,5 % відповідно порівняно з рівнем у здорових – (21,73 ± 0,45) пг/мл ($p < 0,05$). Виявлено прямі кореляційні зв'язки між наростанням ЕІ, рівнями β_2-рецепторів інсуліну та ФНП-α в крові. Зокрема, у хворих 1 групи виявлені прямі кореляційні зв'язки середньої сили: $r = 0,5877$ та $r = 0,4543$; в 2 групі – сильні прямі кореляційні зв'язки: $r = 0,6732$ та $r = 0,5461$ відповідно.У випадку спонтанної ГІ при концентрації в крові β_2-рецепторів інсуліну > 10,0 мг/л і ФНП-α > 23,0 пг/мл ризик виникнення «кінцевої точки» збільшувався в 2 і 1,7 разів відповідно ($p < 0,05$).

Висновок. Для хворих на АГ з МС характерною є специфічна патогенетична ланка, що проявляється розвитком інсулінорезистентності із збільшенням рівня циркулюючих в крові ЕІ, β_2-рецепторів інсуліну та ФНП-α. Підвищення рівня β_2-рецепторів інсуліну та ФНП-α свідчить про виражений ступінь інсулінорезистентності та наростання запального процесу у хворих на АГ з МС при спонтанній ГІ.

РЕСПІРАТОРНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ З ОЖИРІННЯМ

Оспанова Т.С., Заозерська Н.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Цукровий діабет (ЦД) в усьому світі визнається однією з найважливіших проблем сучасної медицини. Найтяжчим ускладненням ЦД є діабетична нефропатія (ДН). Згідно із даними ВООЗ, більше 30 млн. жителів планети мають надмірну масу тіла Абдомінальне ожиріння, артеріальна гіпертензія й цукровий діабет 2 типу є основними факторами збільшення кількості хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН). ЦД та порушена толерантність до глюкози незалежно асоціюються з обструктивними та рестриктивними змінами функції легенів, завдяки ураженню мікросудинного русла. При ожирінні найчастіше спостерігається наявність синдрому обструктивного апное під час сну у 50 % осіб. Визначення характеру ураження легенів та їхньої функціональної активності при ЦД з ДН в поєднанні з ожирінням дозволить більш ретельно прогнозувати розвиток уражень легенів.

Метою нашої роботи стало вивчення функції зовнішнього дихання у хворих на ЦД, що ускладнений ХХН: ДН в поєднанні із ожирінням.

Нами обстежено 121 пацієнта ендокринологічного відділення КЗОЗ «ОКЛ: ЦМЕД та МК», середній вік яких склав (49,44 ± 12,32) р. Залежно від наявності підвищеної маси тіла або ожиріння усі хворі були розподілені на дві групи: основну, до якої увійшли 83 хворих на ЦД з ДН та ожирінням та групу порівняння – 38 осіб з ЦД та ДН з нормальною масою тіла. Питома вага пацієнтів з 2 та 1 типами ЦД склала 67,75 % й 52,25 %, відповідно. Тривалість захворювання на ЦД в середньому складала (11,73 ± 0,9) років.

Усім хворим проводилося стандартне обстеження, що відзначало наявність ДН, дослідження мікроальбумінурії (МАУ), спірографічне вимірювання функції зовнішнього дихання (ФЗД) на апараті Spirolab_II_MIR.

Аналізуючи результати проведеної роботи, слід відмітити, що у 50 % хворих на ДН без ожиріння виявлене суттєве ($p < 0,001$) порушення ФЗД, яке у 70,4 % хворих проявляється обструктивним (у вигляді достовірного зниження $МОС_{50,}$ $МОС_{75}$ (максимальної об'ємної швидкості потоку) та $ОФВ_1$ (об'єму форсованого видиху за 1 сек.), а у 29,6 % □ змішаним типом респіраторних порушень. У хворих у поєднанні ЦД з ДН та ожирінням ці зміни виникають у 35,7 % пацієнтів. По мірі зростання важкості ХХН відмічається тенденція ($p > 0,05$) у вигляді поглиблення порушень ФЗД та збільшення частки хворих зі змішаним типом вентиляційних порушень.

Отримані результати свідчать про те, що респіраторні порушення при ЦД та ДН є самостійними змінами легенів що розвиваються на тлі діабетичної мікроангіопатії.

СРАВНЕНИЕ ОБЪЕКТИВНЫХ И СУБЪЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТАДИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ошмянська Н.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Точная морфологическая оценка объема фиброзной трансформации поджелудочной железы (ПЖ) играет важную роль, как для определения тяжести заболевания, так и для прогноза возможных осложнений.

Цель работы: сравнить данные, полученные методом компьютерной морфометрии с данными субъективного стадирования на разных стадиях развития фиброза у больных ХП.

Материалы и методы: Обследован 61 больной ХП, проходивший лечение в отделении хирургии ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины». У всех больных во время плановых операций были получены биоптаты ПЖ, гистологические срезы толщиной 3-5 мкм окрашивали по методу Маллори-Слинченко. Компьютерную морфометрию проводили с помощью программы ImageJ 1.45S (разработана в «National Institutes of Health», USA).

Результаты: после определения степени фиброза по Stolte больных разделили на 4 группы: I степень (5 человек), II степень (9 человек), III степень (14 человек), и IV степень (32 человека).

По данным компьютерной морфометрии в первой группе объемная доля ацинарной ткани составляла (84,46 ± 4,53) % от общей площади, соединительной – (11,77 ± 3,59). Во второй группе ацинарная ткань занимала (63,42 ± 4,01) %, соединительная – (28,83 ± 3,48). В третьей группе ацинарная ткань занимала (25,39 ± 2,01) %, соединительная – (64,33 ± 3,85). В четвертой группе доля ацинарной ткани составляла (2,71 ± 0,79) %, а соединительной – (74,91 ± 4,65). Многофакторный корреляционный анализ изучаемых показателей подтвердил наличие сильной обратной взаимосвязи между субъективной степенью фиброза и объемной долей ацинарной ткани ($r = -0,89$; $p < 0,05$), а также прямой связи меньшей силы между степенью фиброза и долей соединительной ткани ($r = 0,71$; $p < 0,05$). При этом, на поздних стадиях развития фиброза наблюдалось достоверное увеличение объемной доли жировой ткани, а общая доля жировой и соединительной ткани показала еще более сильную связь с субъективной степенью фиброза ($r = 0,92$; $p < 0,05$).

Выводы: сравнительный анализ показал достоверную сильную связь между субъективной степенью фиброза и объемной долей ацинарной и соединительной ткани. Таким образом, количественная оценка фиброза на биоптатах ПЖ методом компьютерной морфометрии является перспективной в качестве прогностического маркера, средства для оценки эффективности лечения и подтверждения достоверности субъективных методов морфологического стадирования.

СВЯЗЬ ДЕФОРМАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МИОКАРДА И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Павлюкова Е.Н., Кузьмичкина М.А., Лихоманов К.С.

ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, г. Томск, Россия

Актуальность работы. Проведено немало исследований**,** показавших, что при сердечной недостаточности происходит снижение вариабельности ритма сердца. На данный момент остается малоизученным наличие связи деформационных свойств ЛЖ (глобальной деформации ЛЖ в продольном направлении) с вариабельностью ритма сердца при хронической сердечной недостаточности.

Цель исследования – выявление связей временных параметров ВСР с глобальной деформацией ЛЖ в продольном направлении у пациентов с ДКМП и ИБС, с хронической сердечной недостаточностью.

В исследование включено 60 пациентов с III-IV функциональным классом сердечной недостаточности по NYHA. Из них 55 больных с ИБС и 15 – с ДКМП, с тяжелой левожелудочковой дисфункцией. Пациенты с ДКМП и ИБС не отличались между собой по значениям ФВ ЛЖ, типам диастолической дисфункции.

Заключение. Взаимосвязь внутрисердечной гемодинамики и глобальной деформации ЛЖ с вариабельностью ритма сердца.

Выявлены корреляционные связи временных параметров ВСР с КДО и КСО на уровне 4-х камер у лиц с ишемической болезнью сердца ($r = -0{,}928$; $p = 0{,}000$ и $r = -0{,}809$; $p = 0{,}0001$, для SDNN соответственно), а также на уровне 2-х камер ($r = -0{,}964$; $p = 0{,}000$ и $r = -0{,}936$; $p = 0{,}000001$, для SDNN, соответственно). Также с параметрами внутрисердечной гемодинамики обнаружены связи и стандартного отклонения средних значений RR-интервалов за все 5-минутные фрагменты (SDANN): на уровне 4-х камер у лиц с ишемической болезнью сердца ($r = -0{,}928$; $p = 0{,}000$ и $r = -0{,}809$; $p = 0{,}0001$, с КДО и КСО соответственно), а также на уровне 2-х камер ($r = -0{,}964$; $p = 0{,}000$ и $r = -0{,}936$; $p = 0{,}000001$, с КДО и КСО, соответственно). У пациентов с ДКМП подобных корреляционных связей не установлено.

В отличие от больных ДКМП у пациентов с ИБС временные и частотные параметры вариабельности ритма сердца коррелировали с глобальной деформацией ЛЖ в продольном направлении (VLF – $r = -0{,}900$, $p = 0{,}0003$; LF – $r = -0{,}900$, $p = 0{,}0003$; SDNN – $r = -0{,}900$, $p = 0{,}0003$; SDANN – $r = -0{,}820$, $p = 0{,}003$).

Проведенный регрессионный анализ взаимосвязи ВСР с Global Longitudinal Strain ЛЖ позволил установить, что наибольший вклад в величины деформации миокарда вносят временные характеристики вариабельности ритма сердца – SDNN, SDANN, ASDNN, pNN50.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Панченко Н.В., Самофалова М.Н., Фрянцева М.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Несмотря на достигнутые успехи, обусловленные внедрением в клиническую практику препаратов нового поколения, проблема лечения эндогенных увеитов остается актуальной по ряду причин. Во-первых, удельный вес увеитов неустановленной этиологии, по данным литературы, очень высок. Во-вторых, интенсивная и длительная медикаментозная терапия даже при установленной этиологии не всегда приносит ожидаемый эффект. В-третьих, сложный многокомпонентный этиопатогенез эндогенных увеитов приводит к полипрагмазии. В связи с этим проблема поиска новых методов лечения больных эндогенными увеитами остается актуальной.

Цель. Изучение эффективности применения плазмафереза в лечении увеитов, осложненных невритом зрительного нерва.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, в терапи которых применялся плазмаферез.

Обследование пациентов включало визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, периметрию, ультразвуковую биомикроскопию, оптическую когерентную томографию.

Результаты. Уже после проведения первого сеанса обменного плазмафереза пациенты отмечали улучшение состояния глазного яблока - купировался болевой синдром, светобоязнь и слезотечение.

У больных с передними увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, после второго сеанса плазмафереза наблюдалось увеличение прозрачности влаги передней камеры, во всех глазах были «разорваны» задние синехии. У пациентов с задними увеитами увеличилась прозрачность стекловидного тела, на глазном дне хориоретинальные очаги приобретали более четкие контуры.

В ходе лечения плазмаферезом передних увеитов, осложненных невритом зрительного нерва, рассасывался воспалительный экссудат во влаге передней камеры и преципитаты на эндотелии роговицы.

Во всех пациентов отмечалась положительная динамика зрительных функций – повышалась острота зрения, уменьшались относительные скотомы.

Выводы. Таким образом, применение плазмафереза в лечении пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, позволяет ускорить купирование воспалительного процесса и улучшить функциональные результаты лечения.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ГІПО- ТА ГІПЕРНАТРІЄМІЄЮ

Панчишин Ю.М., Зенін В.В., *Пилипюк В.А.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
**Військово-медичний клінічний центр західного регіону, м. Львів, Україна*

M. Gheorghiade et al. (2007) говорять про гіпонатріємію як маркер довшого перебування на стаціонарному лікуванні та вищої смертності в осіб з серцевою недостатністю.

Мета роботи: вивчити деякі показники метаболізму, функції серця та нирок у 167 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та серцевою недостатністю (в дослідження не включалися пацієнти з серцевою недостатністю III-IV функціонального класу за NYHA) та низьким і високим рівнями натрію крові. Діагноз верифікувався загальноприйнятими методиками. За гіпонатріємію (гіпоNa) вважали зменшення показника нижче 136 ммоль/л (група 1, 14 осіб), за гіпернатріємію (гіперNa) − > 145 ммоль/л (група 2, 35 осіб). Група з гіпонатріємією включала найбільше хворих з віком 70-79 і 80-89 р., 2 група − з віком 70-79 р. У групі з гіпоNa переважали особи з Hb 101-120 г/л. При гіпоNa більш як у третини хворих діагностувався дуже низький рівень гемоглобіну, тоді як при гіперNa такий рівень не виявлявся взагалі. При гіпонатріємії рідше виявлявся гемоглобін 121-130 г/л (7 % і 17 %, відповідно). У пацієнтів з гіпоNa не визначалися рівні холестеролу (ХС) < 100, 101-120, 161-240 мг/дл. Хворі з гіпернатріємією мали найчастіше вміст ХС 240-300 мг/дл. Гіперфібриногенемія частіше виявляється в осіб з гіперNa (32 % і 27 % відповідно). Гіперкреатинінемія зустрічається в 2,3 рази частіше в пацієнтів з гіпонатріємією. У хворих з гіпоNa в 57 % виявлена незначно знижена КФ, і з однаковою частотою (21,5 %) значно знижена та збережена. При гіпоNa значно частіше діагностували збільшене ліве передсердя та знижену фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка, а при гіперNa – збережену систолічну функцію.

Наші попередні дослідження (Панчишин Ю.М. та співавт., 2002, 2004, 2008, 2009) та дані літератури (Afsarmanesh N. et al., 2006; Horwich T.B. et al., 2008, Adams K.F. Jr. et al., 2009, Deubner N. et al., 2012, Cioffi G. et al. 2013, Carrasco-Sánchez F.J. et al., 2013, Shchekochikhin D.Y. et al., 2013**)** свідчать про гірший прогноз і перебіг серцевої недостатності при низькому рівні ХС, анемії, зниженій клубочковій фільтрації та гіпонатріємії.

Наявність анемії у 86 %, зниженої КФ – у 78 %, гіпоХС − у 79 %, систолічної дисфункції міокарда – у 50 %, дилятованого лівого шлуночка у 75 % та лівого передсердя в 92 % пацієнтів з гіпонатріємією дає підставу говорити про несприятливий прогноз у пацієнтів зі серцевою недостатністю. Не виключаємо, що такі пацієнти вимагатимуть інших підходів до лікування хвороби, ускладненням якої є серцева недостатність.

РІВНІ ЛІПІДІВ КРОВІ ТА ІНСУЛЬТИ

Панчишин Ю.М., Комариця О.Й.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

За даними літератури, розвиток, перебіг і прогноз інсультів пов'язані з вмістом холестеролу (ХС) крові (Koton S. et al., 2012). Рівні ХС та холестеролу ліпопротеїнів низької густини (ХС-ЛНГ) є незалежно поєднані з вищим ризиком ішемічного інсульту тільки у жінок (Tohidi M. et al., 2013). У осіб, які вижили після інсульту визначаються вищі концентрації загального ХС, тригліцеридів та атерогенних ліпопротеїнів. Попереднє вживання статинів в осіб з інсультом та ХС ≤ 150 мг/дл має гірші функціональній наслідки, а надмірне зниження рівня ХС може сприяти гіршому клініко-радіологічному відновленню після внутрішньо-мозкового крововиливу (Miura K. et al., 2011).

У дослідженні PROSPER не виявлено збільшення ризику геморагічного інсульту у людей похилого віку. У спостереженні AFCAPS/TexCAPS виявлено, що при рівнях ХС-ЛНГ та С-реактивного протеїну нижче середніх значень частота покращення загального стану за умов терапії ловастатином не відрізнялася від плацебо. Це дає підстави вважати, що на основі визначення вказаних показників можливий відбір пацієнтів, у яких терапія статинами не буде ефективною.

Вживання статинів чи гіперхолестеролемія на початковому етапі ішемічного інсульту поєднуються з кращим прогнозом, зниженням шпитальної смертності та неврологічної інвалідизації, але в той же час терапія статинами може збільшувати ризик внутрішньомозкових геморагій (Ricard G. et al., 2010). A. Feher et al. (2011) з'ясували, що в первинній та вторинній профілактиці судинних хвороб статини достовірно знижують частоту великих коронарних подій, але мало зменшують ризик повторного інсульту.

Достовірно краще виживання і функціональні наслідки відзначені для пацієнтів, які приймали статини після ішемічного інсульту впродовж одного року (Hjalmarsson C. et al., 2012, Martínez-Sánchez P. et al., 2013).

Вищий рівень ХС-ЛНГ супроводжується нижчим ризиком геморагічного інсульту (Wang X. et al. 2013), а низький – асоційований зі збільшеним ризиком смерті після внутрішньо-мозкового крововиливу (Rodriguez-Luna D. et al., 2011).

Цікавим є факт зниження рівнів ХС, ХС-ЛНГ та ХС-ЛВГ з віком в різних країнах, яке відзначається після 50 років у чоловіків та після 60 років у жінок (Félix-Redondo F.J. et al., 2013). Ступінь зниження вказаних вище показників є різним в різних популяціях.

Цей факт теж ставить додаткові питання щодо призначення гіполіпідемічної терапії людям різного віку. А лікар має ретельно оцінити стан пацієнта з гіпертензією чи інсультом перед призначенням статинів.

СПІВІДНОШЕННЯ НЕЙТРОФІЛІВ І ЛІМФОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Панчишин Ю.М., Кондратюк М.О., *Якубенко Ю.П.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

**Військово-медичний клінічний центр Західнго регіону, м. Львів, Україна*

Багато дослідників відзначають прогностичне значення співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (Н/Лф) для кардіоваскулярної патології. Коефіцієнт Н/Лф > 3 є достовірним незалежним предиктором великих серцево-судинних подій у пацієнтів з цукровим діабетом (Azab B. et al., 2012), асоціюється з важчою обструктивною коронарною хворобою (Arbel Y. et al., 2012), вищою внутрішньо-госпітальною кардіоваскулярною смертністю (Gazi E. et al. 2013).

Мета роботи: проаналізувати частоту індексу Н/Лф > 3 у 223 чоловіків зі стабільною стенокардією II-III функціонального класу та серцевою недостатністю I-II функціонального класу за NYHA та виявити певні клінічні особливості перебігу стенокардії у них (в дослідження не включалися пацієнти з III-IV ФК СН за NYHA). Порівняння проводилося з пацієнтами з Н/Лф менше 2 і 2,1-3.

Діагноз верифікований загальноприйнятими клінічними методиками. Результати опрацьовані статистично за допомогою пакету програм “Statistica for Windows 6.0” (Statsoft, USA).

Серед обстежених виявлено 37 осіб з Н/Лф менше 2, 64 хворих з індексом 2,1-3 і 122 пацієнти з коефіцієнтом більше 3. У пацієнтів з Н/Лф > 3 частота анемії склала 43 % та меншою була частка осіб з гемоглобіном 121-130 г/л порівняно з іншими ($P < 0,05$). Гіпохолестеролемія в аналізованій групі діагностована в 61 % осіб, гіперхолестеролемія – в 33 %. За критерієм $\chi 2$ у пацієнтів з Н/Лф > 3 достовірно рідше зустрічається нормоХС порівняно з групою з Н/Лф менше 2 ($P = 0,03$). З однаковою частотою Н/Лф > 3 (56 %) виявлявся у пацієнтів з гіпо- та гіперхолестеролемією. У пацієнтів Н/Лф > 3 частіше діагносувалася фракція викиду менше 40 % ($P = 0,0103$) та ожиріння ($P = 0,03$) порівняно з групою з Н/Лф < 2.

В аналізованій групі відзначені прямі кореляційні зв’язки між ХС і фракцією викиду лівого шлуночка, ХС і фібриногеном, обернені між віком і гемоглобіном, віком та ХС.

Пацієнти зі співвідношенням Н/Лф більше 3 характеризувалися наявністю рівня гемоглобіну 101-110 г/л на відміну від інших груп, найбільшою кількістю концентрації ХС 160-180 мг/дл в межах гіпохолестеролемії, зниженою фракцією викиду лівого шлуночка та перевагою надваги та ожиріння.

РОЛЬ АУТОИММУННЫХ ДЕВИАЦИЙ В ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОЖИРЕНИЯ

Пасиешвили Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Развитие нарушений во всех видах обмена в большинстве случаев связывают с так называемым метаболическим синдромом, нозологические формы которого определяют характер течения патологии и прогноз. К таким его составляющим относят артериальную гипертензию (АГ) и ожирение. По данным статистики, в Украине повышенные цифры артериального давления регистрируются у каждого третьего взрослого пациента, а избыточная масса тела или ожирение – более чем в 50 % наблюдений. Как было показано, сочетание данных заболеваний обуславливают изменения в показателях всех видов обменов, а также потенцируют участие иммунной системы в патогенезе заболеваний.

Целью работы было определение уровня аутосенсибилизации лимфоцитов к собственным антигенам путем изучения их пролиферативной активности в присутствии тканевых антигенов печени, миокарда и почек у больных АГ и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 27 больных АГ (группа сравнения) и 31 пациент с сочетанным течением АГ и ожирения. С учетом диагностических критериев АГ все больные имели 2 ст. заболевания. Возраст, пол и длительность анамнеза по АГ в группах были идентичны.

В сыворотке крови спектрофотометрическим методом определяли содержание ЦИК. Тканевые антигены были получены из трупной ткани молодого человека 1(0) группы крови, погибшего от случайной травмы.

Результаты и их обсуждение. Содержание ЦИК в обеих группах больных было повышенным и составило в основной группе (0,47 ± 0,01), в группе сравнения – (0,29 ± 0,01) при норме (0,12 ± 0,02) ($p < 0,01$). Также было установлено, что у больных основной группы в присутствии тканевых антигенов сердца показатель аутосенсибилизации лимфоцитов составил (7,4 ± 0,41) %, печени – (4,9 ± 0,0,3) % и почек – (7,1 ± 0,3) %. В группе контроля уровни данных антигенов регистрировались соответственно в: (6,1 ± 0,4) %, (3,4 ± 0,23) % и (5,9 ± 0,4) % случаев. Таким образом, при коморбидности АГ и ожирения отмечено увеличение содержания ЦИК и иммуногенности лимфоцитов по отношению к органам-мишеням.

Выводы. Сочетанное течение АГ и ожирения характеризуется прогностически неблагоприятным течением, что связано с усилением процессов аутосенсибилизации. Т.е. поражение органов-мишеней при АГ и ее сочетании с ожирением наступает не только в силу гемодинамических нарушений, но и в результате аутоиммунных девиаций.

ВПЛИВ КОМОРБІДНОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ОЖИРІННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ

Пасієшвілі Т.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Тривалий характер перебігу патологічного процесу, часте його рецидивування та прогресування складає негативний вплив на якість життя (ЯЖ) хворих. ЯЖ розглядають як інтегральну характеристику фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування людини, яка заснована на її суб'єктивному сприйнятті. Зміни ЯЖ відбуваються при всіх хронічних неінфекційних захворювань внутрішніх органів, до яких відносять й бронхіальну астму (БА). Основним моментом емоційно-особистісної сфери таких хворих є синдром задухи, його вираженість, тривалість та частота виникнення. Але між тим, прояви психоемоційного стану є не тільки результатом основного клінічного синдрому. Приєднання супутньої патології може провокувати психоемоційні відхилення. Серед таких захворювань, розповсюдження яких є значним, а вплив на розлади психо-особистісної сфери суттєвими, розглядають ожиріння.

Мета роботи: оцінити ЯЖ у хворих на БА, поєднану з ожирінням.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 42 хворих на БА та 61 особа при її поєднанні з ожирінням I (19) та II (42) ступеню. Діагноз встановлювали з використанням «Протоколів ведення хворих…» Оцінку ЯЖ проводили при використанні стандартизованого неспецифічного опитувальника SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status), який містить 36 питань, що відбивають різні аспекти життя пацієнтів.

Результати та їх обговорення. Так, було встановлено, що супутнє ожиріння вірогідно погіршувало ЯЖ хворих на БА за шкалами: «фізичне функціонування» ((47,7 ± 3,2) балів проти (59,9 ± 3,2) балів в групі порівняння ($t = 2,982$; $p < 0,01$)), «рольове фізичне функціонування» ((32,1 ± 3,1) балів та (49,3 ± 4,1) балів, відповідно, ($t = 3,346$; $p < 0,002$)), «загальний стан здоров'я» ((42,1 ± 3,1) балів та (54,1 ± 3,8) балів, відповідно, ($t = 2,293$; $p < 0,05$)) та «рольове емоційне функціонування» ((39,7 ± 4,1) балів та (56,0 ± 4,3) балів в групі порівняння ($t = 2,758$; $p < 0,01$)). Дані зміни характеризувалися пригніченням фізичної активності хворих: утрудненнями у виконанні обов'язкових повсякденних фізичних навантажень – прибирання, підняття та перенос невеликих та неважких предметів; порушеннями пересування сходами, проблемами виконання нахилів та присідань, які були пов'язані з надмірною вагою тіла. При цьому хворі відмічали збільшення часу, необхідного для проведення певного роду занять, і незадоволеність отриманим результатом.

Отже, сукупний перебіг БА та ожиріння є прогнозонегативним чинником, який впливає на ЯЖ означених хворих та потребує корекції.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Перцева Т.А., Чурсинова Т.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Цель исследования: изучить концентрацию половых, гонадотропных гормонов, частоту развития остеопороза у женщин в период перименопаузы в зависимости от тяжести бронхиальной астмы (БА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 120 женщин, страдающих БА в возрасте от 42 до 55 лет (средний возраст – (50,25 ± 0,38) лет). Пациентки были разделены на группы в зависимости от тяжести основного заболевания: 1 гр. – 30 больных БА интермиттирующего течения, 2 гр. – 28 пациенток, страдающие БА легкого персистирующего течения, 3 гр. – 32 пациентки с БА персистирующего течения средней тяжести, 4 гр. – 30 больных с тяжелым персистирующим течением астмы. Контрольную гр. составили 28 практически здоровых женщин в периоде перименопаузы (средний возраст – (50,82 ± 0,67) лет). Всем пациенткам проводился физикальный осмотр, определялась сывороточная концентрация фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола и прогестерона радиоиммунным методом. Состояние костной ткани изучалось при помощи ультразвуковой денситометрии, оценивался Т-масштаб.

Результаты. Уровень половых и гонадотропных гормонов у пациенток 1 и 2 групп достоверно не отличался от показателей обследованных контрольной гр. ($p > 0,05$). У больных 3 гр. наблюдалась тенденция к повышению концентрации эстрадиола, однако, достоверных различий по данному показателю между обследованными 3 и контрольной групп выявлено не было ($p > 0,05$). У пациенток 4 гр. наблюдалось достоверное снижение ФСГ ($p = 0,005$), эстрадиола ($p = 0,001$) и прогестерона ($p=0,001$) в сравнении с показателями контрольной гр. Также пациентки с тяжелым течением БА имели достоверно высокую частоту развития остеопороза – 46,67 % в сравнении с обследованными контрольной гр. – 14,29 % ($p = 0,006$). Выявлена положительная корреляционная связь между концентрацией эстрадиола и Т-масштабом ($r = 0,44$, $p = 0,001$).

Выводы. Пациентки, страдающие БА тяжелого персистирующего течения в периоде перименопаузы, имели выраженные нарушения гормонального статуса в виде низкого уровня половых гормонов, высокую частоту встречаемости остеопороза. Данная категория больных нуждается в коррекции гормонального статуса, в том числе с целью предотвращения потери костной массы.

ВПЛИВ ФОНДООЗБРОЄНОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВИМИ АПАРАТАМИ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ НА ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Петішко О.П., Скирда І.Ю.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» м. Дніпропетровськ

Забезпечення медичною допомогою населення і розвиток вітчизняної охорони здоров'я значною мірою визначаються ступенем оснащеності лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) медичною технікою. Якість медичної допомоги, її доступність і безпека безпосередньо пов'язані з фондоозброєністю медичного персоналу. Для ефективного управління ресурсним потенціалом охорони здоров'я дуже важлива достовірна інформація про стан і динаміку матеріально-технічних ресурсів, що забезпечують його розвиток. Отже, **метою роботи** стало визначення впливу фондоозброєності ультразвуковими апаратами ЛПУ України на показники захворюваності біліарного тракту.

Матеріал і методи. Аналіз показників оснащення сонографічними апаратами та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), гострий холецист (ГХ) проводився згідно офіційних даних в 25 областях України протягом 7 років. Загальна кількість об'єктів дослідження дорівнювала 175. Для виявлення залежності був застосований парний кореляційний аналіз.

Результати. За період 2006-2011 рр. первинна захворюваність на ЖКХ в середньому складала (1500,8 ± 167,3) випадків 95 % ДІ (1157,0; 1844,6), в той час як навантаження на 1 ультразвуковий апарат при обстеженні органів черевної порожнини було майже в 5 разів більшим і становило (7442,0 ± 325,7) досліджень 95 % ДІ (6769,8; 8114,2), що дозволяло вчасно діагностувати хвороби біліарного тракту. Поряд з цим встановлені позитивні кореляційні зв'язки між первинною захворюваністю на ЖКХ та кількістю діючих ультразвукових апаратів ($r = 0,70$; $p < 0,001$), сонологів ($r = 0,77$; $p < 0,001$), а отже і кількістю проведених досліджень на органах черевної порожнини ($r = 0,60$; $p < 0,001$), підкреслюють доцільність застосування своєчасної ультразвукової діагностики для попередження розвитку небажаних ускладнень, а саме ГХ, середній показник якого складав (6,2 ± 0,5) на 10 тис. населення 95 % ДІ (5,3; 7,2). Розрахована за 7 років фондоозброєність сонологічною апаратурою дорівнювала (263,7 ± 7,5) тис. грн. Встановлені зворотні кореляційні зв'язки між виявленням ГХ та фондоозброєністю ($r = -0,40$; $p < 0,05$) і навантаженням на один діючий апарат ($r = -0,41$; $p < 0,05$) вказують на досить низький рівень оснащення сучасною сонографічною апаратурою або на значну її зношеність.

Таким чином, дані офіційної статистики стосовно сонологічної служби та проведений аналіз свідчать про низький рівень сучасної високотехнологічної апаратури, одночасно підтверджуючи доцільність застосування її в діагностиці захворювань біліарного тракту.

КАРДИОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пивовар С.Н., Дмитренко Р.И.

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

Функция сердца определяется скоординированными взаимодействиями между несколькими типами клеток и различными компонентами внеклеточного матрикса. В условиях патологического процесса (острая ишемия, перегрузка давлением или объемом, врожденные или приобретенные пороки и т.д.) развиваются сложные изменения в кардиомиоцитах, кардиофибробластах, структурных компонентах внеклеточного матрикса, так и во взаимодействиях этих компонентов. Подобные изменения захватывают не только сам миокард, но и коронарные артерии. Эти изменения обозначаются как ремоделирование. Процесс включает в себя апоптоз кардиомиоцитов, пролиферацию кардиофибробластов, уменьшение плотности капиллярной сети коронарного русла. В конечном счете, ремоделирование приводит к сердечной недостаточности (СН). Лечение иАПФ, β-адрено-блокаторами привело к отсрочке манифестации заболевания, замедлению его прогрессирования, снижению летальности. Тем не менее, связанная с эти заболеванием смертность остается высокой. Изучение новых мероприятий, способных противостоять прогрессированию СН, остается актуальной задачей современной кардиологии. Однако недорогое лечение, влияющие на фундаментальные механизмы ремоделирования миокарда, являются не менее привлекательными. Как и в случае аспирина и β-адрено-блокаторов, применение существующих препаратов для новой цели (расширение показаний), может быть альтернативой разработке новых лекарственных средств и фармацевтических формул. За последние годы произошел виртуальный «взрыв» новых знаний во многих биомедицинских областях. Среди них важное место занимают данные о физиологических/ патофизиологических отношениях, которые существуют между щитовидной железой и сердечно-сосудистой системой. Основной гормон щитовидной железы (ГЩЖ) – тироксин (T_4) преобразуется в активную форму трийодтиронин (T_3) при помощи фермента дейодиназы (ДЙ) 1 и 2 типов в периферических тканях. Имеющиеся данные показывают, что уровень T_3 значительно снижается после инфаркта миокарда в связи с уменьшением превращения T_4 в T_3 и увеличением конверсии T_4 в «реверсивный» rT_3 с помощью $ДЙ_3$. Такое состояние при котором определятся нормальные уровни ТТГ, T_4, но низкая концентрация T_3, в литературе обозначается термином «синдром низкого трийодтиронина». Низкий уровень T_3 ассоциируются с патологическим ремоделированием сердца и СН. Восстановление нормального уровня трийодтиронина может противодействовать прогрессированию патологического ремоделирования миокарда, ингибировать апоптоз кардиомиоцитов, улучшать инотропную функцию и перфузию миокарда за счет неогенеза сосудов.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА ОЖИРІННЯ

Півторак К.В.

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

Ендотеліальна дисфункція патогенетично пов'язана з розвитком інсулінорезистентності, яка спостерігається у більшості хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НЖХП) з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Мета дослідження – оцінити стан функції ендотелію та ліпідний спектр крові у хворих на НЖХП з надлишковою масою тіла та ожирінням і проаналізувати зв'язок між маркерами ендотеліальної дисфункції та дисліпідемією.

Матеріал та методи. Було обстежено 59 хворих на НЖХП. Діагноз встановлювали на основі клінічних, лабораторних (біохімічних, серологічних, імунологічних) даних, результатів ультразвукового та морфологічного дослідження печінки. Біохімічні показники крові: рівні амінотрансферази (АсАТ, АлАТ), гаммаглутамілтранспептидази, лужної фосфатази, білірубіну, тимолову пробу, білковий спектр крові визначали за стандартними методиками. Вміст загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої щільності та тригліцеридів визначали на біохімічному автоаналізаторі. Хворі на хронічний гепатит вірусної етіології у дослідження не включалися. Ендотелійзалежну та ендотелійнезалежну вазодилатацію плечової артерії оцінено за методикою, розробленою K.E. Sorensen та співавторами (1995). Для діагностики інсулінорезистентності застосовували індекс HOMA. Досліджено рівень ендотеліну-1 (ЕТ-1) в плазмі венозної крові імуноферментним методом з використанням набору виробництва «Biomedica» (Австрія).

Результати дослідження. У хворих на НЖХП і ожирінням спостерігалися достовірні порушення вуглеводного та ліпідного обмінів, які залежали від інтенсивності стеатозу печінки. При порівнянні вмісту ЕТ-1 у плазмі крові хворих на НЖХП з таким у пацієнтів контрольної групи виявлено достовірні відмінності, виявлені порушення вазорегулюючої функції ендотелію, яке проявлялося зниженою ендотелійзалежною вазодилатацією. Індекс HOMA-IR також достовірно підвищувався (5,15-8,08), що свідчить про наявність синдрому інсулінорезистентності.

Висновки. У хворих на НЖХП з надлишковою масою тіла та ожирінням порівняно з контролем виявлено істотне підвищення вмісту ЕТ-1 у плазмі крові та достовірне зниження ендотелійзалежної вазодилатації плечової артерії. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої щільності та вмістом ЕТ-1 у плазмі крові та зворотній кореляційний зв'язок ендотелійзалежною вазодилатацією плечової артерії.

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РІЗНИХ ФАЗ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Півторак Н.А.

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

Труднощі раннього виявлення загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХДК) нерідко обумовлені її латентним моносимптомним перебігом.

Мета дослідження – виявити критерії ранньої діагностики загострення ВХДК за результатами комп'ютерного інтерв'ювання.

Матеріал та методи. Досліджувана група представлена 152 хворими ВХДК у фазі ремісії (121 чоловік і 31 жінка. У дослідження включені хворі переважно з легким та середнього ступеня тяжкості перебігом захворювання. Хворих основної групи інтерв'ювали (805 досліджень) за розробленою нами програмою. Для уніфікації опитування, виключення суб'єктивізму в оцінці симптоматики і даних анамнезу нами розроблений опитувальник; дані опитування кодувалися та піддавалися математичній обробці методом оцінки досліджуваних факторів за шкалою (багатофакторний дисперсійний аналіз). Визначена частота кожного симптому незалежно від інших і в поєднанні з іншими симптомами.

Результати дослідження. За результатами комп'ютерного інтерв'ювання виявлені найбільш характерні поєднання симптомів, що стало критерієм ранньої діагностики загострення виразкової хвороби. Ранніми клінічними проявами загострення ВХДК визначені клінічні симптоми у вигляді посиленого почуття голоду через 3-4 години після останнього прийому їжі та в пізній вечірній час, невизначені неприємні відчуття у верхній половині живота після вживання в їжу гострих, кислих, солоних, грубо оброблених харчових продуктів, погана переносимось кислих продуктів (оцту, кислих сортів яблук, соків, лимонів), відчуття "тяжкості" або "смоктання" в епігастральній області, посилення салівації, появи або посилення запорів, пригнобленого настрою, підвищеної стомлюваності. У той же час в групі хворих ВХДК з наявністю виразкового дефекту і рубцевої деформації цибулини дванадцятипалої кишки найбільш часто зустрічаються такі симптоми як нудота, відрижка повітрям і кислим, і рідше такі симптоми, як біль в епігастральній ділянці та правому підребер'ї на голодний шлунок, болі в епігастральній ділянці та правому підребер'ї через 1,5-2 години після їжі, біль в епігастральній ділянці та правому підребер'ї через 3-4 години після їжі. У групах хворих з наявністю виразкового дефекту найбільш значущими симптомами були голодні болі в епігастрії, що проходять після їжі, ниючого характеру, пригнічений настрій, нудота, відрижка кислим, печія, що поєднуються із загальною слабкістю, підвищеною стомлюваністю.

Висновки. Раннім критерієм загострення ВХДК в амбулаторних умовах у 26,9 % хворих є субклінічні прояви захворювання у вигляді "малих" симптомів, виявлених за допомогою комп'ютерного інтерв'ювання хворих.

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ, ЯК ПРИЧИНА РОЗВИТКУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТІ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ХВОРИХ

Підвербецька О.В., Підвербецький О.Я., Ільчишин Т.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Відносно новою небезпекою для людства стало поширення мультирезистентного туберкульозу (МРТБ). Поряд з порушенням режиму прийому антимікобактеріальних препаратів (АБП), однією з вагомих причин виникнення резистентних штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ) є порушення всмоктування ліків в шлунково-кишковому тракті. За даними літератури, ВІЛ-інфекція є найбільш важливим фактором ризику розвитку мультирезистентного туберкульозу внаслідок мальабсорбції.

Вперше асоціація ВІЛ-інфекції та МРТБ привернула до себе увагу вчених ще у 90-х роках, коли в Італії, США, Аргентині та Іспанії було відмічено спалахи МРТБ – всього 492 випадки, з яких доля ВІЛ-позитивних складала 91-100 % у різних госпіталях. Пізніше було описано випадки підтвердженого порушення всмоктування АБП у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з СНІД-асоційованою діареєю. Так, до прикладу, Kalpana B. Patel, Pharm D., Romelle Belmonte, M.D. Helen, M. Crowe (Hartford Hospital) описали двох пацієнтів, які отримали повний курс протитуберкульозного лікування за умов чутливості МБТ до усіх АБП першого ряду, та вже через рік були госпіталізовані з рецидивом ТБ, резистентного до ізоніазиду та рифампіцину. Визначення концентрації ізоніазиду (H), рифампіцину (R) та етамбутолу (E) в крові після перорального прийому показало зниження їх концентрації в 3-5 разів від належного рівня. Особливо вираженим було порушення всмоктування R – через 0,5-1,5 год після прийому концентрація R становила 0 μg/мл, через 4 год – 3,01 μg/мл, що в 2-8 разів нижче норми. Вважалось, що порушення всмоктування АБП виникає лише у хворих з діареєю. Проте, останні дані свідчать, що порушення всмоктування протитуберкульозних препаратів може розвиватись і у хворих без клінічної маніфестації мальабсорбції. Так, у ході дослідження, проведеного в Індії (Prema G., Geetha R., A. K. Hemanth K. [et al.] (Indian Council of Medical Research and Gov. Hospital for Thoracic Medicine), у хворих на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції було зафіксовано значне зниження всмоктування H та R, порівняно з ВІЛ-негативними хворими на туберкульоз та здоровими особами, яке не залежало від наявності діареї та призводило до розвитку МРТБ.

Отже, синдром мальабсорбції у ВІЛ-інфікованих, хворих туберкульозом, є вагомим чинником розвитку мультирезистентної стійкості мікобактерій та впливає не лише на рівень смертності серед хворих на ко-інфекцію, але й сприяє розвитку епідемії мультирезистентного туберкульозу.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСАПОПРОТЕЇНЕМІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Піонова О.М.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета дослідження: вивчення впливу абдомінального ожиріння й інсулінорезистентності на стан ліпідотранспортної системи та вікових особливостей апопротеїнеміі у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з супутнім абдомінальним ожирінням (АО).

Матеріали та методи: обстежено 102 хворих на АГ з супутнім ожирінням віком (54,66 ± 10,24) років. Пацієнти розподілені на 3 групи залежно від віку: перша група (n = 29) хворі віком до 49 років, друга група (n = 38) хворі віком від 50 до 59 років та третя група (n = 35) хворі віком від 60 років та більше. АО визначали відповідно до критеріїв IDF, 2005. Вуглеводний обмін оцінювали шляхом визначення глюкози, інсуліну, глікозильованого гемоглобіну натщесерце, індексу HOMA. Ліпідотранспортну систему оцінювали шляхом визначення апопротеїна А-І (Апо А-І) та апопротеїна В (Апо В).

Результати: У хворих 1 гр. тривалість АГ складала (4,5 ± 4,22) років, у хворих 2 гр. – (8,60 ± 7,25) років і хворих 3 гр. – (8,08 ± 7,07) років. Виявлено тенденцію до підвищення середнього показника обхвату талії залежно від віку ((96,17 ± 19,06) см, (9,07 ± 13,32) см і (101,08 ± 13,09) см, відповідно). Виявлено тенденцію до підвищення рівня Апо В залежно від віку, а саме, рівень Апо В у хворих на АГ 3 гр. ((137,31 ± 34,52) мг/дл) перевищував аналогічний показник у хворих 2 гр. ((132,67 ± 25,20) мг/дл) і 1 гр. ((129,12 ± 27,54) мг/дл). Рівень Апо А-І у хворих 2 гр. ((108,09 ± 20,44) мг/дл) перевищував аналогічний показник у хворих 1 гр. ((106,62 ± 18,84) мг/дл) і 3 гр. ((106,10 ± 22,34) мг/дл). У хворих 1 гр. рівень інсуліну позитивно корелював з рівнем Апо В ($R = 0,41$, $p < 0,03$) та негативно з рівнем Апо А-І ($R = -0,40$, $p < 0,03$). В 3 гр. виявлено 29 (82,85 %) хворих з наявністю АО, що на 3,54 % більше ніж в 1 гр. і на 3,91 % більше ніж в 2 гр. хворих, ($p < 0,05$). Хворі кожної вікової групи були розподілені залежно від наявності АО на додаткові підгрупи в яких проведено кореляційний аналіз. Дані свідчать, що у першої вікової групи хворих на АГ з наявністю АО рівень систолічного артеріального тиску позитивно корелював з рівнем Апо В ($R = 0,43$, $p < 0,05$) та співвідношенням Апо В / Апо А-І ($R = 0,45$, $p < 0,05$) і рівень інсуліну з рівнем Апо В ($R = 0,42$, $p < 0,05$).

Висновки: дисапопротеїнемія асоціюється з абдомінальним ожирінням, гіперінсулінемією і ступенем артеріального тиску, рівень атерогенного апопротеїну В підвищується з віком.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ КЛАСТЕРИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Плиговка В.В., *Шапошникова Ю.М., *Школьник В.В., *Немцова В.Д.

*ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины, *Харьковский национальный медицинский институт*

Сердечно-сосудистая система богата рецепторами тиреоидных гормонов и является одним из основных объектов действия гормонов щитовидной железы. В последние годы была установлена четкая взаимосвязь нарушений липидного обмена и изменений толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) у пациентов с клиническим гипотиреозом. У данной категории больных, выраженность коронарного атеросклероза вдвое больше, чем у пациентов с нормальным тиреоидным статусом. Однако влияние субклинического гипотиреоза (СГ) на прогрессирование атеросклероза до сих пор является предметом дискуссий.

Цель работы: изучить уровень высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) у больных с СГ, ожирением и гипертонической болезнью (ГБ) и его взаимосвязь с толщиной комплекса интима-медиа (ТКИМ), которая считается ранним маркером атеросклероза.

Материалы и методы: было обследовано 106 больных с СГ, ожирением I-II степени и ГБ I-II стадии, в возрасте (42 ± 6) лет, группу контроля составили 26 эутиреодных пациента, в возрасте (36 ± 6,7) лет, Всем больным определяли показатели липидного спектра крови, уровни гомонов щитовидной железы и СРБ определяли иммуноферментным методом. Критерием СГ служило изолированное повышение ТТГ более 4 мМЕ/л.

Результаты их обсуждение: При детальном исследовании концентрации различных классов липопротеидов в зависимости от начального уровня ТТГ было установлено, что пациенты с субклиническим гипотиреозом и уровнем ТТГ более 6,8 мМЕ/л имеют достоверно более высокий уровень ХС на 31,2 % ($p < 0,05$), ЛПНП на 18,7 % ($p < 0,05$), ТГ на 15,8 % ($p < 0,05$) и коэффициента атерогенности на 58,2 % ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами с СГ и уровнем ТТГ > 4,0 < 6,8 мМЕ/л Корреляционный анализ показал положительную связь между СРБ и ТКИМ ($r = 0,48$; $p < 0,05$) а также между ТТГ и ТКИМ ($r = 0,56$, $p < 0,01$) у пациентов с СГ и уровнем ТТГ > 6,8 мМЕ/л.

Выводы: при длительно существующем СГ происходит нарушение структуры ЛПВП и нарушение обратного транспорта ХС, который является основным антиатерогенным процессом в организме человека. Необходимо оценивать тиреоидный статус для ранней коррекции и снижения нежелательных эффектов на сердечно-сосудистую систему.

ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ – КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ, ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Погорєлов В.М., Брек В.В., Волкова І.В., Денисова С.В., Іванців В.М.
Харківський національний медичний університет, Україна

Хронічне легеневе серце (ХЛС) є наслідком бронхолегеневої патології з ураженням серця і судин. Причини у 2,6 % випадків смерті у відділенні лікарні були пов'язані з аналогічним коморбідним станом (Стяжкина С.Н. и соавт., 2011). Коморбідність суттєво впливає на діагностику і , особливо, на лікування хворих похилого віку, так як присутня поліпрагмазія негативно впливає на фармакокінетику лікарських засобів, тому є необхідність призначення препаратів, що мають позитивний вплив на обидві системи цього патологічного процесу (Комисаренко И.А., 2009). Тому лікування ХЛС і його ускладнень є важливою проблемою сьогодення. Зниження ефективної циркуляції крові безпосередньо підвищує секрецію вазоактивних речовин, порушує мікроциркуляцію та призводить до мікротромбозу і ішемії міокарду. У зв'язку з цим у терапії хворих ХЛС поряд з блокаторами рецепторів ангіотензину використовують метаболічні лікарські засоби, особливо з енергетичною спрямованістю, що надає нам можливість оптимізувати лікування цих хворих.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 53 хворих ХЛС. Середній вік хворих склав (58 ± 6) років. Всі хворі 1-ої групи одержували комплексну терапію. Хворим 2-ої групи (27 хворих) додатково включали мельдоній (Вазопро®) 1000 мг, який вводили в/в на 10,0 мл ізотонічного розчину. Стан внутрішньосерцевої гемодинаміки оцінювали за допомогою ЕхоКГ, а тиск в легеневій артерії (ЛА) за допомогою доплерЕхоКГ, визначали рівень ендотеліна-1 і цГМФ та рівень прозапальних цитокінів, таких як інтерлейкін (ІЛ) -1β, фактор некрозу пухлини α та протизапальний ІЛ-4 імуноферментним методом.

Результати дослідження. На тлі проведеної терапії з включенням мельдонія у хворих 2-ої групи порівняно з хворими 1-ої групи відзначалось зменшення тиску в ЛА, в зв'язку з чим зменшувалась задишка та біль в грудній клітці, що супроводжувалося збільшенням порога перенесення фізичного навантаження. Стан компенсації супроводжувався кардіогемодинамічними позитивними змінами. Крім цього, у 2-й групі відмічалось зниження рівня прозапальних цітокінів та фактора некрозу пухлини α та відмічалась тенденція підвищення рівня ІЛ-4.

Висновок. Зазначені позитивні клінічні, гемодинамічні та гуморальні зміни позитивно характеризують застосування мельдонія у терапії хворих ХЛС, як засіб метаболічної, протизапальної та судинної дії.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Позднякова[1,2] Н.М., Прощаев[1] К.И., Павлова[2] Т.В.

[1]АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва,
[2]НИУ «Белгородский государственный университет», Россия

Цель: изучить изменения морфофункциональных показателей крови человека при возраст-ассоциированной патологии.

Материалы и методы. В исследование было включено 253 человека: 122 человека среднего и 131 человек пожилого возраста. Проводилась электронная микроскопия эритроцитов с микроэлементным анализом, а также изучение содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови – интерферона-альфа и фактора некроза опухолей альфа; изучение содержания интерлейкинов 1-го, 2-го 6-го типов в сыворотке крови.

Результаты. При изучении эритроцитов с помощью сканирующей микроскопии было показано, что в зависимости от наличия/отсутствия возраст-ассоциированной патологии, ее тяжести, происходило нарастание морфофункциональных изменений эритроцитов, которые можно разделить на 5 групп. Также были отмечены разнообразные изменения в пропорциональном содержании микроэлементов в эритроцитах. В ходе работы были выявлены и достоверные изменения в сигнальном молекулярном взаимодействии при заболеваниях, ассоциированных с преждевременным старением. Это позволило предложить классификацию изменений параметров крови как ткани-мишени при преждевременном старении.

У больных пожилого возраста обнаружена большая степень выраженности изменений в морфофункциональных и молекулярных характеристиках крови при изученной патологии в количественном измерении. Однако, наличие во многом сходных по качеству изменений, как в организме пожилых людей, так и людей среднего возраста, при ряде соматической патологии (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа) позволяет считать эти заболевания в среднем возрасте ассоциированными с процессами преждевременного старения, а само преждевременное старение, в свою очередь, – рисковым фактором по возникновению указанной патологии и усугублению течения этих заболеваний. Возраст, в свою очередь, является фактором, усугубляющим патологические процессы.

Заключение. Кровь является тканью, подверженной процессам преждевременного старения и ассоциированных с ними заболеваний, и ее можно трактовать в этом контексте как геротропную ткань. При этом поражаются различные ее составляющие – как клеточные, так и молекулярные. Для интегральной оценки степени выраженности этих процессов более всего подходят эритроциты и сигнальные молекулы.

ДИНАМІКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З СУПУТНЬОЮ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ КВЕРЦЕТИНОМ

Попадинець І.Р.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Вступ. У формуванні запалення у дихальних шляхах при бронхіальній астмі (БА) бере участь значна кількість різних медіаторів. Їх функції багато в чому взаємозалежні, але про перебіг запального процесу можна робити висновок за деякими цитокінами, що відіграють провідну роль патогенезі БА. Так, наприклад, показано, що інтерлейкін-1β (ІЛ), ІЛ-2, інтеферон альфа, фактор некрозу пухлин-α (ФНП-α) беруть участь у розвитку бронхообстуктивного синдрому при БА.

Мета: дослідити ефективність лікування з застосуванням кверцетину з урахуванням імунологічних показників у хворих на БА з супутньою гастроезофагеальної рефлюксною хворобою (ГЕРХ).

Методи і матеріали. Обстежено 40 хворих на БА II-III ступеня тяжкості з супутньою ГЕРХ, з них 67,5 % були жінки та 32,5 % – чоловіки. Вік хворих в середньому склав (43,4 ± 4,2) роки. Пацієнтам було проведено загально-клінічне обстеження, комп'ютерна спірометрія та добова внутрішньостравохідна pH-метрія. Визначення ФНП-α, ІЛ-1β та ІЛ-10 здійснювали імуноферментним методом із використанням наборів «Diaclone» (Франція). Хворі були поділені на 2 групи – I та II. I отримувала базову терапію (БТ) БА згідно наказу МОЗ України №128, II – БТ та кверцетин в дозі 1г 2 рази на добу.

Результати дослідження. У обстежених хворих спостерігалось підвищення ФНП-α у 9,7 раз, ІЛ-1β – у 5,1 рази та незначне підвищення ІЛ-10 на 49,6 % ($p < 0,001$), що свідчить про виражену системну запальну реакцію. Після проведеного лікування у I групі рівень ФНП-α знизився на 42,1 %, а в II – на 57,4 %. Рівень ІЛ-1β у I групі став нижчим на 46,5 %, у II – на 63,3 % ($p < 0,001$). У обох групах спостерігалось достовірне ($p < 0,001$) підвищення рівня ІЛ-10, однак в II групі воно було вищим.

Висновки. Призначення кверцетину поряд з БТ БА сприяє більш вираженому протизапальному ефекту лікування, знижує рівень прозапальних цитокінів, що в свою чергу сприяє зменшенню запальної реакції в бронхах та бронхообструкції та покращує перебіг БА.

ЗНАЧЕНИЕ ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПОЛИМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Прощаев К.И., Бессарабов В.И., *Шамараева И.В., *Павлова И.А.

*АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва, *Национальный исследовательский университет «БелГУ», г. Белгород, Россия*

Фармакотерапия (ФТ) полиморбидных патологических состояний, характерных для людей пожилого возраста (ЛПВ), требует применения значительного количества современных фармакологических средств. Количество одновременно применяемых препаратов доходит до 7-10, что не может не сопровождаться неблагоприятным влиянием на органы желудочно-кишечного тракта, печень, почки и т.д. Прогрессирующая полипрагмазия при лечении гериатрических пациентов настоятельно требует поиска и изучения новых, ранее не известных, плейотропных эффектов зарегистрированных лекарственных препаратов, что в конечном итоге позволит существенно снизить лекарственную нагрузку на организм пациентов, поднять общий уровень приверженности ЛПВ к фармакотерапии.

Цель исследования состояла в определении эффективности использования плейотропных эффектов лекарственных средств при коррекции полиморбидных состояний у ЛПВ.

Материал и методы исследования: доступные базы данных биофармацевтических исследований, материалы собственных исследований плейотропных эффектов активных фармацевтических ингредиентов (АФИ), аналитическая оценка результатов на основе непараметрических методов статистического анализа.

Результаты. Показано, что ФТ является эффективной, безопасной и отвечает требованиям сочетанной коррекции нескольких заболеваний у ЛПВ, когда гериатр имеет возможность учесть и эффективно использовать плейотропные эффекты отдельных АФИ. Сочетание нескольких АФИ и вспомогательных веществ в одной лекарственной форме с учетом плейотропной составляющей каждого компонента позволяет расширить спектр фармакологической активности препарата, снизить вероятность возможных побочных эффектов, повысить приверженность пожилого пациента к фармакотерапии.

Вывод. Использование плейотропных эффектов зарегистрированных лекарственных препаратов является необходимым условием эффективной фармакотерапии полиморбидных патологий у ЛПВ.

КОРЕЛЯЦІЇ ПАРАМЕТРІВ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З НАДВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Радченко Л.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

З метою дослідження основних параметрів ліпідного метаболізму та їх кореляційних зв'язків у 85 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням (медіана віку 62 р.) за стандартними методиками визначені параметри ліпідограми та їх кореляції з лабораторно-інструментальними параметрами за методом Кендалла. **Встановлено**, що ліпідний спектр у хворих на ГХ на фоні ожиріння характеризувався збільшенням загального холестерину (ХС) (105,8 % верхньої норми), β-ліпопротеїнів (116 %), коефіцієнту атерогенності (112,7 %). Нормальний рівень ХС виявлявся лише у 18,8 %, істотно рідше, ніж підвищений (53,6 %, $p < 0,05$) та понижений (27,5 %, $p > 0,05$). За кореляційним ранговим аналізом Кендалла, відношення тригліцеридів (ТГ) до ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), що свідчить про накопичення малих щільних часточок та зростає при діабеті, прямо корелювало з коефіцієнтом атерогенності ($\tau = 0,47$; $p = 0,003$), ліпопротеїнами дуже низької щільності (ЛПДНЩ) ($\tau = 0,48$; $p = 0,002$), синдромом запалення (за лейкоцитами $\tau = 0,41$; $p = 0,012$; за загальним фібриногеном $\tau = 0,57$; $p = 0,006$), гіперкоагуляцією (обернена кореляція з протромбіновим часом $\tau = -0,49$; $p = 0,027$). Швидкість перетворення ЛПДНЩ у частинки низької щільності (ЛПНЩ) (за ЛПДНЩ/ХС та ЛПДНЩ/ЛПНЩ) прямо асоціювалась з вираженістю синдрому запалення (за лейкоцитами $\tau = 0,46$; $p = 0,003$ та $\tau = 0,44$; $p = 0,005$) та обернено з синдромом цитолізу (за печінковими трансферазами АЛТ та АСТ). Заблокованість апоВ-рецепторів (за зниженням співвідношення ЛПВЩ/ХС та зростанням ЛПНЩ) виникає за умов збільшення кардіоваскулярного ризику ($\tau = -0,59$; $p = 0,040$), збільшення вмісту ЛДНЩ, ЛПДНЩ ($\tau = -0,32$; $p = 0,034$ та $\tau = -0,38$; $p = 0,014$) та коефіцієнту атерогенності ($\tau = -0,85$; $p < 0,00001$), активації системного запалення за фібриногеном ($\tau = -0,45$; $p = 0,031$), подовження активованого часу рекальцифікації ($\tau = -0,74$; $p = 0,035$). Порушення зворотного транспорту ХС (за зростанням відношення ЛПНЩ/ЛПВЩ та зменшенням ЛПВЩ) прямо асоціюється зі збільшенням коефіцієнту атерогенності ($\tau = 0,59$; $p = 0,0001$), нестачею плазмових та тромбоцитарних факторів згортання крові (за подовженням активованого часу рекальцифікації $\tau = 0,474$; $p = 0,035$).

Висновки. У хворих на ГХ на фоні ожиріння активність синдрому запалення визначає зміни ліпідного метаболізму – накопичення малих часточок та діабетичний характер ліпідограми, заблокованість апоВ-рецепторів, швидкість перетворення ЛПДНЩ у ЛПНЩ. Це слід враховувати під час призначення лікування та використовувати препарати з протизапальною дією з метою попередження порушень ліпідного обміну.

КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ ПАРАМЕТРІВ ЖОВЧНОГО МІХУРА ЗА УМОВ РІЗНОГО ВМІСТУ ЛЕПТИНУ ТА АДИПОНЕКТИНУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Радченко Л.М., Комариця О.Й.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

З метою вивчення кореляційних зв'язків розмірів жовчного міхура (ЖМ) у хворих з метаболічним синдромом за умов лептину та адипонектину крові вище та нижче медіани обстежено 33 пацієнта. Рівні лептину та адипонектину визначені імуноферментним аналізом, непараметричним аналізом Кендалла вивчені зв'язки параметрів ЖМ з клініко-лабораторними показниками.

Встановлено, що розміри ЖМ пов'язані з низкою лабораторно-інструментальних параметрів, що залежало від рівнів адипоцитокінів. Найбільше істотних кореляцій було виявлено за умов нормального рівня лептину та адипонектину вище медіани, які можна вважати сприятливими. При лептині в межах норми довжина ЖМ прямо корелював з частотою серцевих скорочень (ЧСС) ($\tau = 0,53$; $p = 0,03$), холестерином (ХС) ($\tau = -0,49$; $p = 0,05$) та відношенням ХС/тригліцериди. Поперечний розмір та об'єм ЖМ прямо асоціювались з товщиною задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) та діаметром висхідного відділу аорти; обернено – з відношенням товщини міжшлуночкової перетинки (МШП) до задньої стінки ЛШ (ЗСЛШ). За умов високого рівня лептину поперечний розмір ЖМ та об'єм обернено корелювали з стадією ГХ, діаметром аорти та ЗСЛШ. Незалежним від рівня адипонектину був зв'язок його з товщиною стінки ЖМ ($\tau = -0,80$; $p = 0,05$): за умов запалення та потовщення стінки ЖМ паралельно зменшується адипонектин. За умов рівня адипонектину менше медіани поперечний розмір ЖМ був обернено пропорційним обводу талії ($\tau = -0,73$; $p = 0,04$), а поздовжній розмір – загальному вольтажу ЕКГ ($\tau = -0,80$; $p = 0,05$). При вмісті адипонектину вище медіани поперечний розмір та об'єм ЖМ обернено корелювали зі стадією ГХ ($\tau = -0,66$; $p = 0,02$ та $\tau = -0,65$; $p = 0,02$). Поздовжній розмір обернено корелював з віком хворих, МШП та відносними товщиною стінки ЛШ та МШП. Об'єм ЖМ був прямо пропорційним МШП ($\tau = 0,70$; $p = 0,05$) та її відносній товщині ($\tau = 0,87$; $p = 0,01$) та обернено пропорційним розміру правого шлуночка ($\tau = -0,83$; $p = 0,02$).

Висновки. Встановлені кореляції є проявами холецистокардіального синдрому. Кореляції розмірів ЖМ за умов високого лептину та адипонектину вище медіани були подібними. При рівні лептину в нормі розтягнення ЖМ супроводжується зростанням ЧСС, потовщенням ЗСЛШ, збільшенням діаметру аорти, зменшенням співвідношення МШП/ЗСЛШ. За умов вмісту адипонектину менше медіани довжина ЖМ обернено пропорційна загальному вольтажу ЕКГ, а в пацієнтів з вищою кількістю адипонектину розміри ЖМ корелювали зі стадією ГХ та структурними параметрами серця.

СИНДРОМИ ТОЛЕРАНТНОСТІ ТА ВІДМІНИ КАРДІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Радченко О.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Медикаментозне лікування хворих серцево-судинного континуума характеризується необхідністю застосовувати препарати тривало, потребою в одночасному використанні декількох засобів, переважно літнім віком хворих з сповільненням дії препаратів та високою коморбідністю.

Мета: висвітити проблему синдромів толерантності та відміни за умов кардіоваскулярних хвороб.

Протидія препарату починається в організмі одночасно з проявами його активності та має здатність кумулюватись. Синдром толерантності (резистентності, вислизання) – це зменшення тривалості та вираженості ефекту препарату за умов регулярного його застосування або потреба у збільшенні дози для досягнення того ж ефекту. Цей синдром описаний для нітратів, бета-блокаторів, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ), антитромбоцитарних засобів. Диспозиційна толерантність є наслідком зміни фармакокінетики лікарського засобу (резорбції, розподілу, біотрансформації чи екскреції). Істинна толерантність зумовлена реакцією організму та виникає внаслідок функціональної модифікації структур в органах-мішенях, зміни селективності рецепторів, ефекторних систем та адаптації клітин до інших умов внутрішнього середовища.

Механізми-реалізатори синдрому толерантності продовжують діяти і після припинення застосування препарату, забезпечуючи виникнення синдрому відміни (феномен рикошету чи віддачі, синдром післядії, негативної післядії), описаного для бета-блокаторів, нітратів, блокаторів Ca^{2+}-каналів, сечогінних, аспірину, гепарину та низькофракційних гепаринів. Проявами феномену відміни в кардіології можуть бути загострення стенокардії (до гострого коронарного синдрому), підвищення артеріального тиску вище вихідного, ішемія міокарду, тромбоз коронарних артерій, анурія.

Висновки. Саме в кардіології, де хворі отримують декілька ліків пожиттєво, застосування лікарського засобу має бути раціональним, тобто, «пацієнт отримує його у відповідності з клінічною необхідністю, у дозі, яка відповідає індивідуальним потребам, впродовж адекватного періоду часу при мінімальній вартості препарату для пацієнта та суспільства» (визначення ВООЗ). Практичні усі життєво необхідні кардіологічні препарати викликають синдроми толерантності чи відміни. Тому призначення мають бути зваженими без поліпрагмазії, дози титровані за потребою або ретельно вивірені, побічні наслідки – контрольовані.

СТАН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА УМОВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Радченко О.М., Радченко Л.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Підшлункова залоза (ПЗ) є ключовою ланкою в ґенезі багатьох синтропних хвороб, зокрема, метаболічного синдрому (МС), однак особливості її уражень вивчені недостатньо. **З метою** скринінгу стану ПЗ у хворих з МС обстежено 85 хворих (медіана віку 60 років) з артеріальною гіпертензією 2-3 ступенів високого (75 %) та дуже високого (19 %) кардіоваскулярного ризику з ожирінням (71 %) та надлишковою масою (29 %) тіла. Результати опрацьовані методами непараметричної статистики.

Встановлено, що скарги та анамнез, типові для патології ПЗ, були відсутні у всіх обстежених хворих, хоча під час прицільної самооцінки стану за допомогою модифікованої шкали Gastro-intestinal Symptom score/profile більшість хворих відмічала здуття живота (90,9 %), порушення травлення жирної чи смаженої їжі (81,8 %), нудоту і позиви до блювання (72,7 %), що перевищувало частоту в контролі. Медіани гостро фазових показників, глюкози крові натще, глікозильованого гемоглобіну, амілази сироватки та діастази сечі були в межах норми. Найчастішими ультразвуковими (УЗ)-ознаками стану ПЗ виявились збільшення ехогенності (60 %) та негомогенний сигнал (24 %). У 33 % УЗ картина була оцінена як прояви панкреатиту (без клінічних проявів), у 18 % – як фіброз залози. У 7-13 % пацієнтів залоза була збільшеною, частіше головка та тіло. Кореляційні зв’язки розмірів ПЗ з клініко-лабораторними параметрами залежали від вмісту адипоцитокінів лептину та адипонектину. Зростання лептину крові, збільшення кардіоваскулярного ризику та артеріального тиску асоціювались із зменшенням розмірів ПЗ. Розмір тіла ПЗ прямо корелював з індексованим розміром лівого шлуночка (КДРЛШ), а розмір головки – з вмістом холестерину крові. За умов низького вмісту адипонектину крові розмір головки ПЗ був прямо пропорційним масі тіла, ІМТ, об’єму, масі та відсотку жиру в організмі та обернено пропорційним фракції викиду лівого шлуночка. Розмір тіла ПЗ обернено корелював з відносними товщинами стінки лівого шлуночка, зокрема, задньої. За умов кількості адипонектину вище медіани розмір головки ПЗ обернено пропорційний кардіоваскулірному ризику та розміру лівого передсердя, та прямо пропорційний вираженості абдомінального типу відкладання жиру. УЗ розмір хвоста істотно асоціювався з обводом талії та стегон, збільшенням дилатації лівого шлуночка та зменшенням його гіпертрофії.

Висновки. Виявлені збільшення розмірів ПЗ, зміна її ультраструктури, тісні кореляційні зв’язки з показниками ліпідного обміну та структури серця, що залежали від вмісту лептину та адипонектину, можуть вважатись проявами залучення ПЗ у патологічний процес при МС та зумовлювати доцільність пошуку причинно-наслідкових зв’язків.

ФАКТОРИ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Распутіна Л.В.

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

Проблема поєднаного перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та артеріальної гіпертензії (АГ) знаходяться у фокусі вивчення різних аспектів. Зростання частки цих пацієнтів та несприятлива епідеміологічна ситуації зумовлюють пошуку механізмів та чинників, що дозволяють зрозуміти особливості поєднання цих захворювань.

Нами обстежено 256 хворих з поєднаним перебігом ХОЗЛ та АГ, середній вік (64,2 ± 7,9) років, серед них чоловіків було 138 (53,9 %) та жінок – 118 (46,1 %). Проаналізовані основні фактори ризику, що здатні впливати на прогноз та використовуються для стратифікації ризику.

Встановлено, що у 208 хворих (81,2%) діагностовано ожиріння, середній індекс маси тіла становив (31,6 ± 6,9) кг/м^2, 183 пацієнта (71,4 %) палили. Безсимптомне враження органів-мішеней діагностовано у всіх пацієнтів. Зокрема: пульсовий тиск становив (62,3 ± 6,5) мм рт. ст., гіпертрофія лівого шлуночка діагностована у 215 пацієнтів (83,9 %), потовщення комплексу інтима-медіа діагностовано у 147 (57,4 %) пацієнтів, при чому наявність атеросклеротичних бляшок виявляли у 98 хворих (38,3 %). Серед супутніх захворювань, що можуть впливати на прогноз виявляли у 156 хворих (56,7 %) ішемічну хворобу серця, у 56 (23,0 %) – цукровий діабет, у 79 (30,8 %) – цереброваскулярні захворювання.

Таким чином, проведений нами аналіз дозволяє визначити пацієнта з поєднаним перебігом ХОЗЛ та АГ, як хворого високого серцево-судинного ризику, якщо врахувати особливості, зумовлені хронічним запаленням, ця група пацієнтів потребують проведення ефективної антигіпертензивної терапії, застосування гіполіпідемічних та антитромбоцитарних засобів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Рєзнік М.А., Супрун С.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Мета роботи. Визначення впливу комбінованої антиоксидантної терапії (АТ) на показники окисного стресу (ОК) у хворих з хронічним панкреатитом (ХП).

Матеріали і методи. Були проаналізовані результати 3-х досліджень: Петракова А.В. та ін., 2011 (129 хворих з ХП , з них 36 пацієнтів були в ремісії і 93 – у періоді загострення); Дегтярьова І. І. та ін, 2004 (43 хворих з ХП в період загострення); Shah N., Siriwardena AK, 2013 (14 хворих з ХП розділені за видом проведеної терапії: 1 група (n = 7) – АТ (Antox: вітамін С – 65 мг, вітамін Е – 10 мг, вітамін А – 2766 МО), 2 група (n = 7) – плацебо).

Результати. Період загострення ХП характеризується активацією процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) (рівень малонового діальдегіду (МДА) в крові в період загострення склав (22,4 ± 2,5) нмоль/мл, в період ремісії – (18,88 ± 1,25) нмоль/мл, $p < 0,05$) і пригніченням активності антиоксидантної системи (АС) (рівень супероксиддисмутази (СОД) у крові в період загострення склав (3,4 ± 0,15) акт. Нв од., в період ремісії – (6,9 ± 0,65) акт. Нв од., $p < 0,05$). Використання антиоксидантної терапії (Antox) призводило до поліпшення показників АС. Так, після 6 місяців лікування в основній групі хворих, які отримували Antox, відмічено достовірне збільшення вмісту вітаміну С в крові (17,6 mg / dL, $p < 0,001$), вітаміну Е (17.8 mg / L, $p < 0,160$), селену (109 μg / L, $p < 0.007$), що супроводжувалося зменшенням кількості днів з наявністю больового синдрому. У групі плацебо ці показники достовірно не змінилися. У той же час через рівні таких про- та протизапальних цитокінів, як IL-1,IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNFα, VEGF, EGF, MCP-1, вірогідно не змінились ні в групі пацієнтів, які отримували антиоксиданту терапію, ні в групі плацебо.

Висновки. Період загострення ХП характеризується дисбалансом в системі окисного стресу – активацією ПОЛ і пригніченням системи АОС. Антиоксидантна терапія з застосуванням препарату Antox приводила до достовірного поліпшення показників АС, що супроводжувалось значним зменшенням больового синдрому у цієї категорії хворих. Відсутність динаміки і рівнях таких про- та протизапальних цитокінів, як IL-1,IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNFα, VEGF, EGFта MCP-1 при покращенні самопочуття хворих під впливом вищезазначеної терапії, може свідчить про те, що больовий синдром при ХП обумовлений не лише процесами запалення.

ПАТОЛОГІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІВ ПІСЛЯ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Родіонова В. В., Дроздов В.О.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета: проаналізувати типи уражень серцево-судинної системи у хворих на рак легенів після поліхіміотерапії.

Матеріал і методи: Проведено рандомізоване, відкрите, контрольоване дослідження 60 хворих на рак легенів на базі онкоторокального відділення та поліхіміотерапії.

Результати: Усі провідні скарги (серцебиття, порушення ритму серця, задишка) окремо були присутніми у 55,0 %, усі разом – у 5,0 % з пацієнтів. Частота серцевих скорочень (ЧСС) більше 80 уд/хв спостерігалась у 10,0 %, більше 90 уд./хв. – у 45,0 %, від 100 до 109 уд.\хв. – у 25,0 %, від 110 уд.\хв. й вище – у 20,0 % обстежених. Синусовий ритм зареєстровано у 80,0 % пацієнтів, у 10,0 % вперше відмічено виникнення фібриляції передсердь, у 5,0 % зареєстровано передсердний (нижньопередсердний) ритм. У 25,0 % хворих визначені політопні екстрасистоли. Порушення внутрішньо серцевої провідності у вигляді неповних блокад ніжок пучка Гісу було виявлено у 75,0 %, із них правої ніжки – у 50,0 %, лівої – у 15,0 %, у двох пучкова неповна блокада та повна блокада правої ніжки – по 5,0 % з пацієнтів. Порушень провідності не було тільки у 25,0 % осіб. Порушення процесів реполяризації міокарду (за даними ЕКГ) виявлено у 45,0 % хворих. Збільшення розмірів порожнин серця (за даними Допплер-ЕхоКГ) спостерігалось у 40,0 % пацієнтів. Зниження фракції викиду нижче 60 % зафіксовано у 75,0% пацієнтів: 59–50 % – у 25,0 %, 49–40 % – у 45,0 %, ниже 40 % – у 5,0 % з них. Зниження фракції викиду, поряд із збільшенням розмірів порожнин серця зафіксовано у 30,0 % хворих. У 75,0 % обстежених спостерігалась діастолічна дисфункція лівого шлуночка, у 25,0 % – явища перикардиту.

Висновки: проведення поліхіміотерапевтичного лікування у хворих на рак легенів викликає порушення серцевого ритму (синусова тахі- або брадикардія, блокада лівої ніжки пучка Гіса, шлуночкова тахікардія та фібриляція передсердь), безсимптомне зниження фракції викиду лівого шлуночка, діастолічна дисфункція, порушення процесів реполяризації та формування коморбідних психічних і поведінкових розладів хворих, що можуть призводити до «взаємообтяжуючого» впливу на основне захворювання за механізмом замкнутого кола і потребують відповідного лікування СС та нервової систем.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖНОГО СИМПАТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ КАРДИАЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ

Ромалийская О.В.[1], Демченко А.В.[1,2], Никитюк О.В.[1]

Запорожский государственный медицинский университет,
Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника»[1],
Кафедра семейной медицины и терапии ФПО[2], Украина

Цель: изучить особенности показателей кожного симпатического вызванного потенциала (КСВП) у мужчин призывного возраста имеющих кардиальную патологию – феномен CLC, пролапс митрального клапана (ПМК) 1 ст.

Материалы и методы: обследовано 30 допризывников имеющих кардиальную патологию–феномен CLC, ПМК 1ст (основная группа) и 15 практически здоровых мужчин (контрольная группа) в возрасте 18-23 лет (средний возраст – (20,7 ± 1,8) лет). Все пациенты обследованы согласно локальным протоколам. КСВП исследовался на аппарате «Нейрон-СПЕКТР 4МВП» («Нейро-Софт», г. Иваново, Россия).

Результаты: латентный период вегетативной реакции в основной группе ((1,26 ± 0,29) с) был достоверно меньше ($p < 0,05$), чем в контрольной группе ((1,49 ± 0,05) с). Амплитуда первой фазы (А1) в основной группе ((2,28 ± 1,3) мВ) была достоверно выше по сравнению с контрольной группой ((0,47 ± 0,09) мВ) ($p < 0,05$). Однако, амплитуда второй фазы (А2) существенно не отличалась в обеих группах. Длительность первой фазы (S1) в основной группе была в 1,6 раза больше ((1,24 ± 0,62) с), чем в контрольной ((0,76 ± 0,05) с). Длительность восходящей части второй фазы в контрольной группе ((1,24 ± 0,16) с) была достоверно меньше, чем в основной ((1,55 ± 0,62) с) ($p < 0,05$).

Выводы: изменения показателей КСВП свидетельствуют об усилении активности эрготропных (адаптивных) центров у допризывников, имеющих кардиальную патологию.

ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Романуха В.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

У світлі сучасних знань про поліморбідність захворювань внутрішніх органів, про частковий взаємозв'язок патогенетичних механізмів в розвитку хронічного панкреатиту(ХП) і метаболічного синдрому (МС) необхідно враховувати їх взаємозалежний стан, в ряді випадків сприяючий розвитку виражених системних механізмів, в тому числі і інсулінорезистентності, яка призводить не тільки до ураження серця, а й печінки, підшлункової залози, викликає її ліпоматоз і ліпоїдоз, сприяє розвитку метаболічних порушень, цукрового діабету(ЦД) ІІ типу.

З метою вивчення особливостей метаболічних порушень у обстежено 129 хворих на ХП, з них 84 хворих на ХП в поєднанні з МС. Стан вуглеводного обміну оцінювали на підставі визначення рівня глюкози сироватки крові глюкозооксидантним методом. Визначення вмісту імунореактивного інсуліну сироватки крові проводили методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "Stat Fax 303 Plus" (США) з використанням набору реагентів ELISA фірми "DRG". Розрахунок індексів інсулінорезистентності проводили за формулами HOMA (Homeostasis Model Assessment) і Caro. HOMA-IR = (G × I)/22,5, де G – рівень глікемії натще (ммоль/л), I – рівень інсуліну натще (мклОд/мл), 22,5 – коефіцієнт. Індекс Caro обчислювали за формулою: глюкоза (ммоль/л) / інсулін крові натще (мкОД/л).

Усі обстежені склали 3 групи. У І групу увійшли 45 хворих на ХП, в ІІ групу – 42 хворих на ХП в поєднанні з МС, компонентами якого було абдомінальне ожиріння((АО), підвищення артеріального тиску (АТ) вище 130/85 мм рт. ст. (або наявність діагностованої артеріальної гіпертензії), гіперглікемія натще більше 5,6 ммоль/л (або верифікований ЦД). Пацієнти ІІІ групи – 42 хворих на ХП в поєднанні з МС, компонентами якого було АО, підвищення АТ вище 130/85 мм рт. ст., гіперглікемія натще більше 5,6 ммоль/л (або верифікований ЦД), дисліпідемія. Контрольну групу складали 20 практично здорових осіб. Нами встановлено, що найважчі порушення вуглеводного обміну виявлено в ІІІ групі: рівень базальної інсулінемії перевищував такий на 13,9 % в ІІ групі ($p < 0,05$) і на 58,54 % у І групі ($p < 0,05$); індекс HOMA-IR на 15,3 % був вищий за аналогічний у ІІ групі і на 71,4 % у І групі ($p < 0,05$). Індекс Caro був нижчим у ІІ та ІІІ групі на 36 % ($p < 0,05$) в порівнянні із показниками пацієнтів І групи.

Таким чином, можна стверджувати, що дисліпідемія є додатковим потужним фактором порушення вуглеводного обміну у хворих на ХП в поєднанні МС та сприяє погіршенню перебігу та прогресуванню захворювання.

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ ХОМВІОТЕНЗИН В ЛІКУВАННІ М'ЯКОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

Ромаш Н.І., Нейко В.Є., Дзвонковська Т.Т., Дзвонковська В.В.
Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Під спостереженням перебувало 26 пацієнтів з діагнозом м'якої есенціальної артеріальної гіпертензії (гіпертонічної хвороби II ступеня,величина діастолічного артеріального тиску у яких не перевищувала 100 мм рт. ст.). Середній вік пацієнтів в групі становив 63,9 років з них чоловіків – 10, жінок – 16.Середня тривалість захворювання становила 9 років. Вивчалась ефективність комбінованого антигіпертензивного препарату ХОМВІОТЕНЗИН (Баварія, Арцнайміттель), до складу якого входить резерпін (0,032 мг), раувольфія (0,032 мг), омела (0,32 мг) та глід (0,64 мг). Впродовж чотирьох тижнів пацієнти отримували ХОМВІОТЕНЗИН в звичайному дозуванні – 1 таб. тричі на день.

На фоні прийому препарату артеріальний тиск зменшувався поступово, з 3-4 дня і досягав цільового рівня 140/90 мм рт. ст. до кінця першої декади лікування. Вже впродовж першого тижня від початку прийому ХОМВІОТЕНЗИНУ пацієнти відзначали покращення сну, зменшення головного болю, головокружінь, зменшення задишки при ході. Прийом ХОМВІОТЕНЗИНУ не викликав порушень ліпідного та вуглеводного спектру крові. Побічних ефектів та ускладнень при прийомі препарату не спостерігалось. В процесі лікування не спостерігалось негативної взаємодії ХОМВІОТЕНЗИНУ з іншими лікарськими засобами, які використовувались пацієнтами при лікуванні супутніх захворювань.

Враховуючи значну поліморбідність, притаманну пацієнтам похилого віку і поліпрагмазію, яка при цьому спостерігається, на нашу думку, доцільно призначати ХОМВІОТЕНЗИН таким пацієнтам з м'якою артеріальною гіпертензією.

СЕРЦЕВО-СУДИННА ПАТОЛОГІЯ: РОЛЬ МАГНІЮ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Васильчук Р.І., Гречко С.І., Поліщук О.Ю.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В даний час для більшості лікарів і вчених безсумнівним фактом є те, що дефіцит магнію лежить в основі багатьох серцево-судинних захворювань. Виявлено зв'язок між низьким рівнем магнію та факторами ризику серцево-судинної патології.

Раціон харчування сучасної людини, на жаль, містить значно менше магнію, ніж необхідно. Магній є важливим для організму елементом, він бере участь більш ніж у 350 різних біохімічних реакціях, служить універсальним регулятором обмінних процесів в організмі. Магній бере участь в енергетичному, пластичному й електролітному обміні. Граючи роль природного антагоніста кальцію, магній бере участь у розслабленні м'язового волокна, знижує агрегаційну здатність тромбоцитів.

Впродовж останнього десятиліття були вивчені антиаритмічні механізми дії магнію. Незважаючи на великий інтерес дослідників до аритмій, їх фармакологічний контроль до сих пір дуже утруднений. Магній надає багатоплановий вплив на ключові компоненти аритмогенеза. Він поєднує в собі властивості антиаритмічних засобів I (мембраностабілізуючі) і IV (антагоністи кальцію) класів. Магній запобігає втраті калію клітиною і впливає на варіабельність інтервалу QT, який є прогностично несприятливим фактором розвитку фатальних аритмій. Крім того, магній здатний пригнічувати симпатичні впливи на серце. Завдяки цим фактам сьогодні в усьому світі лікарі приділяють підвищену увагу включенню препаратів магнію в комбіноване лікування серцево-судинної патології.

Відомий американський лікар Роберт Адкінс, основна спеціальність якого – кардіолог, вважає, що не менше 98 відсотків людей потребують додаткового прийому магнію, а список можливих результатів регулярного прийому препаратів магнію швидше схожий на список бажань практично кожного «сердечника»:

• серцевий ритм стає стабільним;

• знижується кров’яний тиск;

• поліпшується баланс калію – ще одного мінералу, необхідного для нормальної роботи серцево-судинної системи;

• серце перекачує більший об'єм крові, не вимагаючи додаткового постачання киснем;

• знімається спазм кровоносних судин, завдяки чому поліпшується кровообіг;

• рідше трапляються напади стенокардії;

• знижується здатність крові згущуватися, завдяки чому зменшується вірогідність виникнення тромбів.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Качоровська О.Р., Боднар І.О., Іванчук П.Р.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я серцево-судинні захворювання є основною причиною смерті в усьому світі: ні з якої іншої причини щорічно не помирає стільки людей, скільки від хвороб серцево-судинної системи. Рання та вчасна діагностика захворювань, особливо якщо розпізнати хворобу на стадії передхвороби, – запорука збереження здоров'я.

Волосся, як ніякий інший біологічний субстрат, відображає процеси, які роками протікають у нашому організмі. Визначення вмісту елементів у сироватці або в крові може не відображати актуальну концентрацію цих елементів в організмі, оскільки діють механізми гомеостазу, що вирівнюють рівень елементів у крові за рахунок резервів у тканинах, і таким чином, незважаючи на хибно нормальну концентрацію в сироватці, вміст елементів в організмі може бути недостатнім. Статистика показує, що вміст мікроелементів у волоссі відображає мікроелементний статус організму в цілому, і проби волосся є інтегральним показником мінерального обміну.

Дуже важливим аспектом є те, що саме волосся допомагає діагностувати хронічні захворювання, коли вони себе ще нічим не проявляють. Перевагою цього неінвазивного методу є те, що взяття проби відбувається без травмування пацієнта і людина не ризикує отримати яку-небудь інфекцію.

Волосся свідчить про рівень необхідних хімічних елементів, допомагає діагностувати наявні хвороби і прогнозувати можливу появу нових. Так, у журналіста елементний аналіз волосся виявив нестачу магнію. Перед обстеженням відмічались (при навантаженні) судоми м’язів та стійка серцева аритмія. Через 4 місяці систематичного прийому лікарських засобів, що містять магній, припинились судоми (може пробігати 2-3 км за добу) та, головне, зникла аритмія, відновився правильний ритм серця.

Дефіцит магнію веде до підвищення тонусу судин, артеріального тиску, активації атеросклерозу, сприяє розвитку інсульту, кардіоміопатій, цукрового діабету. Прийом магнію з профілактичною метою зменшує ризик виникнення серцево-судинної патології. Його застосування ефективно для лікування і профілактики миготливої аритмії, пароксизмів передсердної і шлуночкової тахікардії, екстрасистолій, він показаний при синдромі Вольфа-Паркінсона-Уайта.

РОЛЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я

Руснак І.Т., Тащук В.К., Самойленко С.В.,
Андрієць М.М., Мойсюк В.Д.
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Хороший вислів: «Людина перестає тренуватися не тоді, коли починає старіти; скоріше, вона починає старіти, коли перестає тренуватися». Тіло повинне знаходитися в постійному русі, щоб м'язи і суглоби залишалися гнучкими і функціонували належним чином навіть у старості.

Фізична активність має такі позитивні ефекти.

Фізична активність допомагає запобігти раку, 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.

Результати одного широкомасштабного восьмирічного дослідження, що охопило більше 84 тисяч медсестер, красномовно свідчать про наступне. У тих із них, хто регулярно виконував комплекс фізичних вправ, ризик стати жертвами серцевого нападу або інсульту був 54 відсотка менше порівняно з жінками, які вели малорухомий спосіб життя.

Результати дослідження, проведеного співробітниками Joslin Diabetes Center, показали, що страждаючі ожирінням дорослі люди, які позбавились усього лише від 7 відсотків своєї ваги і протягом шести місяців здійснювали помірні фізичні вправи, зуміли поліпшити функції своїх кровоносних судин приблизно на 80 відсотків, причому це стосується навіть тих із них, хто був хворий на діабет 2-го типу.

Фізична активність покращує відтік лімфи. Лімфа переміщується по тілу завдяки скороченням м'язів. Не рухаючись, лімфатична система впадає в ступор. Але 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.

Фізична активність допомагає організму подолати стрес, скинути вагу і послабити апетит, допомагає контролювати рівень глюкози в крові. Фізична активність підвищує потовиділення (позбавлення від клітинних відходів), покращує пам'ять і швидкість реакції, пригнічує відчуття болю, допомагає побороти депресію, робить людину більш енергійною.

Якщо почати «приводити своє життя в рух», тобто виконувати фізичні вправи, це позитивно позначиться на здоров'ї.

КАРДІОРЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ

Руснак І.Т., Тащук В.К., Середницька Н.В., Єрохова А.А., Скоропадський В.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Всесвітня організація охорони здоров'я запропонувала визначення, згідно якого кардіореабілітація – це комплекс послідовних заходів, які впливають на вихідні причини захворювання, підвищують ефективність терапії, а також забезпечують створення кращих фізичних, психологічних та соціальних умов, що дозволяють пацієнту зберегти або відновити (у разі втрати) його соціальний статус.

Дослідження знову і знову показують, що занадто багато людей у розвинених країнах страждають ожирінням через неправильне харчування і відсутність у їхньому житті фізичної активності.

Гіпократ одного разу сказав: «Якби кожна людина правильно харчувалася і займалася гімнастикою – не занадто мало, але і не занадто багато, – людство зрештою знайшло би вірний шлях до міцного здоров'я».

За 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'явилась 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 була настільки сильною, що у нього з'явилися болі у 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). Пацієнту пояснили, що, згідно з результатами досліджень, чутливі до гормонів спалюючі жир ферменти активізуються після першої години ходьби і залишаються активними впродовж 12 годин. Тому, здійснюючи прогулянки два рази на день, регулярно активізується спалюючий жир фермент і досягається накопичувальний ефект його діяльності. Три місяці по тому цей чоловік відправився в один із знаменитих медичних центрів у Х'юстоні, щоб пройти остаточне обстеження і прийняти рішення з приводу шунтування. Його нова ангіограма не показала жодних ознак колишньої закупорки. Операція була йому більше не потрібна.

ХАРАКТЕР АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА 2 ТИПА И ИХ ДИНАМИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Рындина Н.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Многие авторы отмечают, что за последние годы значительно возрос уровень эмоционального стресса, в связи с чем все большую озабоченность вызывает проблема психического здоровья. Частота выявления депрессии у больных с хронической недостаточностью (ХСН) выше, чем у лиц без симптомов ХСН. По данным M. Polikandrioti и соавт., у 27,3 % пациентов ХСН были выявлены признаки депрессии легкой степени тяжести, у 20,9 % – средней и у 17,2 % – тяжелой. У больных с депрессией в 1,5 раза возрастает риск возникновения сердечно-сосудистой патологии и примерно в 3 раза – летальность при острых кардиоваскулярных событиях.

Цель исследования – оценить динамику депрессивных расстройств у пациентов с АС на фоне ХСН под влиянием стандартной терапии в сочетании с пероральными препаратами железа (Fe) III и антидепрессантом флуоксетином.

Материалы и методы. Обследовано 68 больных с ХСН II-IV ФК вследствие ишемической болезни сердца, которые находились на лечении в отделении кардиологии Харьковской городской клинической больницы № 27 (средний возраст – (71,42 ± 8,66) лет). У всех больных с ХСН выявлена анемия. Диагноз анемии определяли согласно критериям Медицинского комитета стандартов гематологии (ICST, 1989). Для оценки наличия и характера депрессивных расстройств использована шкала Бека (Beck Depression Inventory). Терапия ХСН проводилась в соответствии со стандартами лечения. Больные с АС на фоне ХСН получали препарат железа (Fe) (III) гидроксид полимальтозный комплекс перорально по 100 мг 1-2 раза в сутки (Мальтофер, Vifor, Швейцария). С целью коррекции депрессии у пациентов с ХСН и АС использовали антидепрессант флуоксетин 20 мг 1 раз в сутки (Флуоксетин, Nicomed, Германия). Статистическая значимость различных средних определялась по критерию F-Фишера.

Результаты исследования. Результаты исследования шкалы Бека показали наличие депрессивных расстройств у данной категории пациентов. Под влиянием стандартной терапии в сочетании с препаратом Fe (III) и флуоксетином достоверно улучшились показатели шкалы депрессии на 53,9 %, субшкалы соматических проявлений на 53,9 %, а также субшкалы когнитивно-аффективных расстройств на 61,3 % ($p < 0,001$).

Выводы. Назначение флуоксетина и препарата Fe (III) на фоне стандартной терапии у пациентов с АС на фоне ХСН обладает выраженным положительным эффектом, проявляющимся в виде достоверного снижения депрессивных проявлений, связанных как с соматическим, так и с когнитивно-аффективным компонентом.

ДІАСТОЛІЧНА ДИСФУНКЦІЯ І РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З АНЕМІЄЮ НА ТЛІ КАРДІОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМУ 2 ТИПУ

Риндіна Н.Г., Кравчун П.Г.

Харківський національний медичний університет, Україна

Наявність взаємовідносин між нирками, серцем та анемією, яка отримала назву кардіоренального анемічного синдрому, протягом останнього десятиріччя викликає інтерес дослідників.

Мета – вивчити особливості ремоделювання міокарду, а також оцінити параметри діастолічної дисфункції у хворих з анемією різного ступеня тяжкості, що розвинулась на тлі кардіоренального синдрому 2 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих з ХСН II-IV функціонального класу (ФК) ішемічного генезу, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27 (середній вік – (71,42 ± 8,66) років). У всіх хворих діагностовано анемію та ознаки ХХН II-III стадії на тлі ХСН. Статистична значущість визначено за критерієм F-Фішера.

Результати дослідження. Визначення типів ремоделювання у хворих зкардіоренальним синдромом 2 типу з анемією легкого ступеня тяжкості виявило наявність концентричного ремоделювання (КР) у 47 %, концентричної гіпертрофії (КГ) у 53 %. Нормальна геометрія, а також ексцентрична гіпертрофія (ЕГ) не виявлена у жодного пацієнта. У пацієнтів з анемією середньої тяжкості визначено КР у 23 % хворих, КГ у 68 %, ЕГ у 9 %. Вивчення стуктурних змін міокарда у хворих з тяжкою анемією показало наявність ЕГ у переважної більшості хворих (72 %). КГ визначено у 28 %, КР не було у жодного пацієнта. Дослідження діастолічної дисфункції (ДД) показало присутність змін трансмітрального потоку, що характерні для псевдонормального типу у 30 % хворих, порушення релаксації у 70 % хворих. У хворих з анемією середнього ступеня тяжкості на тлі кардіоренального синдрому 2 типу структурно-функціональні особливості характеризуються гетерогенністю, переважали пацієнти з ДД за типом псевдонормалізації (58 %), порушення релаксації діагностовано у 15 % хворих, 27 % мали порушення ДД за рестриктивним типом. Виявлено переважне формування ДД за рестриктивним типом у хворих з тяжким степенем анемії (61 %), псевдонормальний тип ДД спостерігався у 32 %, тоді як порушення релаксації відзначалося лише у 7 % пацієнтів.

Висновки. Наявність анемії у пацієнтів з кардіоренальним синдромом 2 типу має негативний вплив на структурно-функціональні параметри міокарду, що характеризується розширенням порожнин серця, раннім розвитком несприятливого типу ремоделювання міокарду та ДД.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: ФОКУС НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Рындина Н.Г., Кравчун П.Г.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

По данным Всемирной организации здравоохранения хроническая сердечная недостаточность (ХСН) не покидает лидирующих позиций среди сердечно-сосудистых заболеваний в Украине. По результатам многочисленных многоцентровых исследований анемия является независимым фактором риска неблагоприятного течения ХСН. В современной медицине большое внимание уделяется личности самого больного, его позиции к своему заболеванию, правильное понимание роли и влияния болезни на жизненное функционирование, эмоциональное состояние и социальные связи, то есть на качество жизни (КЖ) пациента.

Цель исследования – оценить динамику параметров КЖ у пациентов с анемическим синдромом (АС) на фоне ХСН под влиянием стандартной терапии в сочетании с пероральными препаратами железа (Fe) (III).

Материалы и методы исследования. Обследовано 68 больных с ХСН II-IV ФК вследствие ишемической болезни сердца, которые находились на лечении в кардиологическом отделении Харьковской городской клинической больницы № 27 (средний возраст – (71,42 ± 8,66) лет). У всех больных с ХСН выявлена анемия легкой степени. Диагноз анемии определяли согласно критериям Медицинского комитета стандартов гематологии (ICST, 1989). Для адекватной оценки КЖ у пациентов с анемией на фоне ХСН использовали опросник FACT-An (For patients with anemia/fatigue). Терапия ХСН проводилась в соответствии со стандартами лечения. Больные с АС на фоне ХСН получали препарат железа (Fe) (III) гидроксид полимальтозный комплекс перорально по 100 мг 1-2 раза в сутки (Мальтофер, Vifor, Швейцария). Статистическая значимость различных средних определялась по критерию F-Фишера.

Результаты исследования. У пациентов с ХСН и АС, получавших стандартную терапию с включением препарата Fe (III), происходило увеличение значений параметров PWB на 15 % ($p < 0,001$), SWB на 35 % ($p < 0,001$), EWB на 28 % ($p < 0,001$), FWB на 33 % ($p < 0,001$), шкалы AnS на 12 % ($p < 0,001$), FACT-G на 32 % ($p < 0,001$) и FACT-An total на 20 % ($p < 0,001$).

Выводы. Применение стандартной терапии с включением препаратов Fe (III) на фоне стандартной терапии у пациентов с АС и ХСН сопровождается улучшением КЖ, связанным преимущественно с физическими ограничениями, что проявляется в увеличении физической и социальной активности, а также улучшении эмоционального состояния за счет нивелирования соматического компонента.

ДОЗОЗАВИСИМОЕ ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

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

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

Цель работы. Оценить динамику показателей агрегации тромбоцитов и липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца на фоне разных режимов терапии статинами.

Материал и методы. Обследовано 44 пациентов с ИБС (стабильная стенокардия напряжения, II-III ФК) в возрасте от 45 до 70 лет. До момента, включения в исследование все пациенты получали стандартную терапию (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, ацетилсалициловая кислота 75 мг, аторвастатин 20 мг). Затем пациенты были рандомизированы на 2 группы, сопоставимые по возрасту и полу: 1 группа (25 чел.) продолжила прием 20 мг аторвастатина, пациентам 2 группы (19 чел.) доза аторвастатина была увеличена до 40 мг. Показатели липидного спектра сыворотки крови, оценивали по уровню общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП). Агрегацию тромбоцитов оценивали турбидиметрическим методом, используя в качестве индуктора аденозиндифосфат. Исследование проводили в момент включения и через 60 дней терапии.

Результаты. Исходно, показатели липидного обмена, несмотря на постоянный прием статинов, не соответствовали целевым значениям в обеих группах: в 1-й группе ОХС составил (5,13 ± 0,82) ммоль/л, ХСЛПНП (2,63 ± 0,76) ммоль/л, во 2-й группе – (5,07 ± 1,01) ммоль/л и (2,58 ± 0,88) ммоль/л, соответственно. При этом, суммарный индекс агрегации тромбоцитов (СИАТ) составил в 1 группе (62,2 ± 3,1) % и во 2 группе (64,6 ± 3,3) %, Оценка показателей через 60 дней лечения выявила, что в 1-й группе показатели агрегации и липидного обмена в динамике лечения не претерпели изменений, в то же время, во 2-й группе отмечалось достоверно снижение показателей и липидного обмена, и СИАТ. снижение ОХ до (4,66 ± 0,52) ммоль/л, ХСЛПНП до (2,09 ± 0,41) ммоль/л, ($p < 0,05$), которые сопровождались снижением СИАТ до (56,2 ± 2,4) % ($p < 0,1$), при этом отмечалась корреляционная зависимость СИАТ с уровнем ХСЛПНП ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Выводы. Применение 40 мг аторвастатина к 60 дню терапии не только достоверно снижает уровень проатерогенных липидов, но и может способствовать снижению агрегационной активности тромбоцитов.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ БІСОПРОЛОЛОМ ТА В СПОЛУЧЕННІ ІЗ АМЛОДИПІНОМ НА ЦИРКАДНІ РИТМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Сабадаш В.Є., Дядічева Т.О., Сисойкіна Т.В., Сігова А.В.
ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна

Досліджено 70 хворих на гіпертонічну хворобу з м'яким і середнетяжким плином захворювання у віці 45-65 років. Середній стаж захворювання становив (15 ± 2) роки. Добовий моніторинг артеріального тиску здійснювався з використанням монітора Omron RX- I (Німеччина). Центральна гемодинаміка – ехокардіографом Aloka- 680 у В- режимі сканування серця й тетраполярною грудною реографією. Реверсію гіпертрофії міокарда вивчали додатковим ехокардіографічним обстеженням пацієнтів через півроку після призначення гіпотензивної терапії. Хворі були розділені на дві рівні групи по 35 чоловік перша група получала бісопролол у дозі 10 мг, а друга бісопролол 10 мг і амлодіпін 5 мг 1 раз на добу в ранці. Амлодипін призначали в начальній дозі 5 мг 1 раз за добу. Для досягнення антигіпертензивного ефекту при необхідності дозу амлодипіну через 2 тижні підвищували до 10 мг за добу. Тривалість спостереження за хворими була на протязі 6 міс.

У хворих, що лікувались препаратом бісопролол та бісопролол з амлодипіном, систолічний артеріальний тиск (САТ) середньодобовий визначався на рівні (167,2 ± 3,2) мм рт. ст.; середньоденний САТ – (176,3 ± 3,1) мм рт. ст.; середньонічний САТ – (168,7 ± 2,5) мм рт. ст.

У динаміці лікування препаратами бісопролол та амлодипін більш значно, ніж при лікуванні тільки бісопрололом зменшувались показники середньодобового САТ на 18,0 % ($p < 0,05$), середньоденного САТ на 19,9 % ($p < 0,05$); середньонічного САТ на 18,5 % ($p < 0,05$). Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) був до лікування бісопрололом та бісопрололом з амлодипіном середньодобовий (102,4 ± 3,2) мм рт. ст., середньоденний – (104,6 ± 3,2) мм рт. ст., середньонічний – (100,4 ± 3,3) мм рт. ст. (102,5 ± 3,5) мм рт. ст. Після лікування бісопрололом в поєднанні з амлодипіном середньодобовий ДАТ достовірно більш зменшувався, чим при лікуванні тільки бісопрололом на 15,3 % ($p < 0,05$), середньоденний 9,6 % ($p < 0,05$), середньонічний на 12,5 % ($p < 0,05$).

Таким чином комбінована терапія бісопролола з амлодипіном більш ефективно зменшує як систолічний так і діастолічний артеріальний тиски на протязі доби в помірних дозах обох препаратів, ніж монотерапія бісопрололом.

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КЛОПИДОГРЕЛЕМ

Сабадаш В.Е., Дядичева Т.А., Сысойкина Т.В., Чайкина Е.П.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Украина

Изучался тромбоцитарний гемостаз у 80 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с нестабильной стенокардией (прогрессирующая стенокардия) и недостаточностью кровообращения (НК) II А и II Б и возможности его коррекции клопидогрелем. Кроме нитратов, блокаторов ангиотензинпревращающего фермента и диуретиков, клопидогрель давался внутрь по 75 мг.1 раз в сутки, в среднем 14 дней.

Агрегационная функция тромбоцитов изучалась по Born G.V. (1962), и кинетическим расчетом агрегатограмм по Русяеву В.А. (1982). Морфофункциональная характеристика тромбоцитов определялась по методике Ладного А.И. и соавт (1988). Сократительная функция сердца изучалась методом двухмерной эхокардиографиии. Морфо-функциональное состояние тромбоцитов у больных с НК II А характеризовалось содержанием в периферической крови отдельных тромбоцитов (90,0 ± 0,5) и меньшим их количеством с НК II Б (85,8 ± 0,8) ($p < 0,001$). Из них дискоцитов у больных с НК II А (68,0 ± 0,3) и меньше с НК II Б (60,3 ± 0,4) ($p < 0,001$), активированных с НК II А (12,7 ± 0,4), а с НК II Б – (10,2 ± 0,5) ($p < 0,001$), дегранулированных у пациентов с НК II А 9,1± 0,3, и больше (15,3 ± 0,3) с НК II Б ($p < 0,001$), содержанием тромбоцитов в малых агрегатах у пациентов с НК II А (8,2 ± 0,) и большим – у больных с НК II Б (9,9 ± 0,3) ($p < 0,001$), в средних агрегатах у пациентов с НК II А (2,1 ± 0,1) и большим- с НК II Б (4,3 ± 0,2) ($p < 0,001$). Скорость агрегации тромбоцитов у пациентов с НК II А V составляла (19,2 ± 2,4) мм/с, индекс агрегации γ (0,76 ± 0,01), а у пациентов с НК II Б V отмечалось на уровне (14,7,5 ± 1,2), а γ (0,68 ± 0,01).

В динамике терапии клопидогрелем отмечалась положительная динамика состояния тромбоцитарного гемостаза. Количество тромбоцитов в дискоцитах увеличилось на 7,8 % у пациентов с НК II А и 15,1 % с НК II Б ($p < 0,05$), активированных – уменьшилось на 15,3 % с НК II А и 18,9 % с НК II Б ($p < 0,05$), количество дегранулированных – уменьшилось на 33,7 % с НК II А и 44,1 % с НК II Б ($p < 0,001$), содержание тромбоцитов в малых агегатах уменьшилось на 13,4 % с НК II А и 30,1 % с НК II Б ($p < 0,001$), – в средних агрегатах – уменьшилось на 16,7 % и 22,9 % ($p < 0,01$) соответственно. Скорость агрегации тромбоцитов уменьшилась на 15,3 % у пациентов с НК II А и 18,9 % с НК II Б ($p < 0,05$), индекс агрегации уменьшился на 21,1 % и 33,2 %, соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, рекомендуется применение дезагрегантов (клопидогреля) в комплексе терапии больных ИБС с нестабильной стенокардией в сочетании с различной степени выраженности сердечной недостаточности.

ФОСФОЛИПИДЫ ЭРИТРОЦИТОВ, ТКАНИ СЕРДЦА И ЛЁГКИХ, КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛЁГКИХ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Садыкова Г.А., Касимова Г.М., Рахматуллаев Х.У.
РСНПМЦТиМР, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель. Изучение воздействия фототерапии на клеточный иммунитет, фосфолипиды ткани лёгких, сердца и структурно-функциональные параметры мембран эритроцитов при э-ХВЛ.

Материал и результаты. Модель э-ХВЛ у 120 белых крыс самцов. В динамике лечения проведены цитологические исследования (по Надмитдинову С.Т., 2000) из ткани лёгких, сердца. В эритроцитах и гомогенате из ткани легких, сердца изучены общие фосфолипиды, фосфолипидные фракции, водорастворимые продукты их метаболизма исследованы высокоэффективной проточной горизонтальной хроматографией по методу Каргаполова и Кейтс (1981). Определена активность эндогенных фосфолипаз по методу Бескер (1986). В первой серии опытов изучено воздействие концентрированным импульсным светом от светолечебной установки «СЛУ-2» с синим светофильтром при длине волны от 400 нм до 500 нм. Во второй серии проведено воздействие с зелёным светофильтром при длине волны 500-580 нм по 10 мин, ежедневно, на курс 10 процедур. Результаты. Исследования показали, что при э-ХВЛ до лечения снижены клеточные защитные механизмы. В гомогенатах изученных органов и эритроцитах крови произошли изменения фосфолипидного спектра всех шести фракций: ФХ, ФЭ, ФС, ЛФХ, ЛФЭ, ФИ. При этом отмечено снижение основных ФХ, ФЭ, ФС фракций и увеличение лизоформ ЛФХ, ПФЭ и ФИ в гомогенате сердца, лёгких и эритроцитах за счёт активации липолитической системы, в данном случае фосфолипазы А2. После курсового воздействия КИС в первой и второй группах в гомогенате сердца содержание ФХ увеличилось до (116,50 ± 0,5) мкг/мг белка, в лёгких до – (107,20 ± 1,46) мкг/мг белка ($P < 0,05$). В эритроцитах крови отмечено повышение ФХ до (3,97 ± 0,01) мкг /100 мг белка за счёт подавления фосфолипазной активности. В ткани лёгких альвеолярные макрофаги были активными, располагались вдали от альвеолярных мембран. В сердечной мышце выявлена лимфоцитарная реакция. В обеих группах прослеженная положительная динамика и благоприятное влияние КИС на клеточную макрофагальную реакцию, и спектр фосфолипидов отмечены и на 30 день последействия. По-видимому, при хронических воспалительных заболеваниях лёгких задействованы не только эритроциты, лёгочная ткань, плазматические мембраны, но также и сердечная ткань.

Таким образом, дозированная фототерапия КИС с указанными светофильтрами оказывает нормализующее действие на фосфолипидный спектр эритроцитов, сердечной, легочной ткани при з-ХВЛ вследствие повышения текучести, вязкости мембран эритроцитов и стимуляции клеточного иммунитета.

РОЛЬ ПЛАВАНИЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОЖИЛЫХ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Садыкова Г.А., Тишаева А.А.

РСНПМЦТиМР, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность реабилитации с использованием оздоровительного плавания у пожилых больных ХОБЛ и с сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Обследовано 27 больных ХОБЛ с различными патологиями опорно-двигательного аппарата вне стадии обострения в возрасте от 60 до 70 лет. Перед каждым занятием плавания проведены комплекс физических упражнений. Лечебное плавание включало различные комплексы специальных физических и плавательных упражнений, стилей плавания. Асимметрический стиль плавания в ластах, со специальными лопатками на кистях и т. д. Особое внимание уделялось на состояние пациента при выполнении всех упражнений. Для увеличения экскурсии грудной клетки, диафрагмы, функционального совершенствования основной и вспомогательной дыхательной мускулатуры использованы разнообразные дыхательные упражнения во время плавания в воде. В программу дозированного плавания также включены проплыв отрезков бассейна с ограниченной скоростью. Плавание с задержкой дыхания, тренируют устойчивость к гипоксии (умение переносить недостаток кислорода), что способствовало стимуляции развития дыхательных мышц, подвижности грудной клетки, увеличению ее размеров и жизненной емкости легких (ЖЕЛ), выработке правильного ритма дыхания.

Результаты. Занятия по оздоровительному плаванию проводились по назначению врача специалистами, прошедшими соответствующую подготовку, и регламентируются четкими рамками индивидуализированного и очень осторожного дозирования воздействия упражнений, которые подбирались с учетом возраста, уровня подготовленности и диагноза. Отслеживались температура воды и воздуха; велись наблюдения за динамикой параметров, отражающих объективное и субъективное состояние каждого занимающегося; при этом обязательно использовались чередование упражнений – на месте, в движении при плавании по элементам и в полной координации, на разной глубине погружения, в свободном и ускоренном темпе, с активным или пассивным отдыхом.

Выводы. Применение лечебного плавания больным ХОБЛ и БА с патологией опорно-двигательного аппарата в качестве реабилитации, способствовало улучшению состояния больных, увеличению бронхиальной проходимости уменьшению болезненности степени деформации позвоночника, и улучшению двигательной активности и качества жизни.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК 5 СТАДІЇ, КОРЕГОВАНУ ПРОГРАМНИМ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Салижин Т.І., Яцишин Р.І.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", Україна

Вступ. Поширеність хронічної хвороби нирок (ХХН), за різними даними, коливається від 10 % до 30 % у різних вікових групах. Відомо, що серцево-судинні ускладнення є найбільш частими причинами смерті хворих з хронічною нирковою недостатністю і складають 30-52 % від загальної летальності, що в 5-20 разів вище, ніж у загальній популяції. Поєднаний перебіг ХХН і серцевої недостатності (СН) спостерігається у 20-70 % випадків.

Матеріали і методи. Обстежено 104 хворих на ХХН, кореговану програмним гемодіалізом (ХХН 5Д), які отримували лікування регулярним гемодіалізом (ГД) тривалістю від 1 до 5 років. Тривалість процедури ГД складала не менше 12 годин на тиждень. Середня міждіалізна прибавка маси тіла хворих становила 2-3 кг. Адекватність сеансів ГД визначали шляхом вивчення гемодіалізного індексу KT/V. Усім хворим було проведено загально-клінічне та інструментальне обстеження. Вивчення морфофункціональних властивостей міокарда здійснювалось за допомогою ехокардіографії.

Результати. Серед усіх обстежених у 63 (61 %) хворих було виявлено СН IIA. Вік обстежених коливався від 22 до 67 років. Було відмічено, що пацієнти із супутньою СН IIA частіше використовували антигіпертензивні засоби, важче досягали «сухої маси», але ця різниця не була статистично достовірною ($p > 0,05$). За показниками ехокардіографії, у діалізних хворих із супутньою СН IIA, середній показник ФВ склав $(59,38 \pm 1,02)$ %, ІММЛШ – $(135,05 \pm 4,41)$ г/м^2. В динаміці лікування ГД у хворих прогресує ремоделювання міокарда, причому, якщо до початку лікування ГД відмічається переважання дилятаційних процесів при незначному розвитку гіпертрофії і зниженні систолічної функції, то після трьох років перебування на ГД виявляється значне переважання гіпертрофії міокарда з розвитком його діастолічної дисфункції.

Висновок. Встановлено, що у хворих на ГД розвивається діалізна кардіоміопатія, яка характеризується наступними ехографічними критеріями: зменшенням розміру і об'єму порожнини лівого шлуночка, збільшенням ТМШП, і розвитком діастолічної дисфункції. У більшості ГД хворих було виявлено СН IIA. Наявність супутньої СН ускладнює перебіг та симптоми ХХН 5Д, що потребує призначення додаткового лікування СН у діалізних хворих.

ЭЛАСТАЗА-2 В РАЗВИТИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ПРИ АЛКОГОЛЬ-ЗАВИСИМОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КРЫС

Самохина Л.М.

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

Химотрипсинподобную сериновую протеазу – эластазу-2 (Эл-2) считают ответственной за независимое от ангиотензинпревращающего энзима (АПЭ) образование ангиотензина II (AII) в тканях человека наряду с химазой, калликреином-2, катепсином G. Эл-2 крыс может образовывать AII 2-мя путями: из AI путем розщеплення Phe8-His9 и непосредственно из ангиотензиногена. Известно также, что Эл-2 может образовывать AII из AI при хроническом ингибировании АПЭ у крыс, но не в тканях сосудов человека; матричная РНК Эл-2 выявлена в тканях легких, сердца, почек, печени, селезенки, сонной артерии, и AII-образующая Эл-2А брыжеечных артерий крыс идентична Эл-2 поджелудочной железы.

Цель работы – изучить активность Эл-2 в тканях различных органов крыс с алкоголь-зависимой гипертензией (АЗГ).

АЗГ моделировали у самок крыс (7-8 месяцев), которые в конце эксперимента достигали 17-18-месячного возраста. Моделировали АЗГ «двухбутылочным» методом при наличии свободного выбора между водой и раствором 15 % этанола. Контроль – интактные крысы (17-18 месяцев). Исследовали активность Эл в безъядерных фракциях тканей коры мозга (КМ), легких, сердца, печени и почек высокочувствительным энзиматическим методом.

Отмечена активация Эл во всех исследуемых тканях в 8-12 раз, в почках – в 100 раз. Учитывая, что активация эндотелиальной Эл в КМ, легких, сердце при этом слабо выражена, а уровень металлоэластазы макрофагального происхождения снижается, можно свидетельствовать о существенном вкладе в проявление активности Эл ее серинового представителя. Активация Эл может быть обусловлена развитием оксидативного повреждения, связанным с образованием избыточного количества ацетальдегида при злоупотреблении алкоголем, что относят к периферическому механизму развития гипертензии. Увеличение уровня Эл-2 во всех исследуемых образцах может быть связано с распределением этанола в большинстве тканей, кроме того, в легких, сердце, печени и почках – с активацией синтетических процессов, что обусловлено локальным распределением мРНК Эл-2, в КМ – с влиянием этанола на мотонейроны, что может приводить к активации протеаз. Наиболее существенная активация Эл в почках, скорее всего, связана с локальным накоплением токсических веществ и наиболее существенным вкладом альтернативных путей РАС в формирование гипертензии.

Таким образом, развитие АЗГ у крыс приводит к активации сериновой Ел, что непосредственно связано с распределением этанола и участием Эл-2-зависимых механизмов активации вазоконстрикции.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ-2 В РАЗВИТИИ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ

Самохина Л.М., Коваль С.Н., Снегурская И.А.

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

Эластазы (Эл) человека кодируются 8-ю генами: химотрипсинподобные панкреатическая Эл-1 (ЕС 3.4.21.36), 2А (ЕС 3.4.21.71), 2В (ЕС 3.4.21.71), 3А (ЕС 3.4.21.70), 3В (ЕС 3.4.21.70), химотрипсин С (калдекрин) или Эл-4 (ЕС 3.4.21.2), нейтрофильная Эл или Эл-2 (ЕС 3.4.21.37), макрофагальная металлоэластаза (ЕС 3.4.24.65). Отличительной особенностью Эл-2 считают возможность ее участия в независимом от ангиотензин-превращающего энзима образовании вазоконстрикторного пептида – ангиотензина II (AII) в тканях человека наряду с химазой, калликреином-2, катепсином G. Причем эта эластаза может образовывать AII как путем розщеплення Phe8-His9 AI, так и непосредственно из ангиотензиногена.

Цель работы – исследование активности эластазы у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с гиперурикемией (ГУЕ).

Обследовано 24 пациента с АГ II стадии, 1-2 степени в возрасте 39-60 лет. Из них без ГУЕ (п = 12), 6 мужчин и 6 женщин, средний возраст – (47,2 ± 3,4) лет и с ГУЕ (п = 12), 7 мужчин и 5 женщин, средний возраст – (46,4 ± 3,1) года. Стадию АГ устанавливали в соответствии с European Society Hypertension recommendation (2007, 2011). Контрольная группа – 14 здоровых доноров, средний возраст – (34,8 ± 1,9) лет.

ГУЕ устанавливали при концентрации мочевой кислоты (МК) более 360 мкмоль/л (и для мужчин, и для женщин) согласно “EULAR evidence based recommendations for gout” (2006). Уровень МК оценивали фотометрическим методом с использованием наборов «CORMAY», Польша. В сыворотке крови определяли активность Эл высокочувствительным энзиматическим методом.

Отмечено снижение активности Эл независимо от наличия ГУЕ, что может быть обусловлено истощением возможности ее синтеза и/или высвобождения на стадии предзаболевания, развитием адаптивного ответа организма, самолимитирующего патологический процесс механизма. Низкая активность Эл нейтрофилов, кроме того, свидетельствует об отсутствии развития воспалительного повреждения тканей и блокировании участия Эл-2 в альтернативных путях образования AII.

Выявлено, что активность Эл несколько выше при АГ в сочетании с ГУЕ и может быть обусловлена активацией нейтрофилов, развитием оксидативного повреждения и указывает на возможное усиление вазоконстрикции на фоне ГУЕ за счет Эл-2-зависимых механизмов, свидетельствуя о необходимости модификации традиционной терапии.

ВКЛАД ПРОФЕССОРА А.П. ПЕЛЕЩУКА И ЕГО НАУЧНОЙ ШКОЛЫ В РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ (к 100-летию со дня рождения)

Свинцицкий А.С.

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

В 2013 году исполняется 100 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки УССР, лауреата Государственной премии УССР, доктора медицинских наук, профессора Анатолия Петровича Пелещука.

Деятельность научной школы корифея отечественной внутренней медицины поражает своей многогранностью. Традиционно одним из главных направлений ее работы было исследование заболеваний органов пищеварения. Важным аспектом научной тематики было изучение проблемы хронического гастрита, рефлюкс-гастрита, гастрита как предракового состояния и рака желудка.

Исследуя роль нервных и гуморальных механизмов, а также психоэмоциональных факторов в развитии болезней желудочно-кишечного тракта, профессор А.П. Пелещук сформулировал концепцию функциональных заболеваний пищеварительной системы. В ее рамках получило свое дальнейшее развитие и учение о рефлюксной болезни. Результаты исследований, выполненных под руководством Анатолия Петровича, позволили научно обосновать факты наличия у большинства больных рефлюксной болезнью явлений невроза и эмоциональных расстройств и установить механизмы ее развития при стрессовых ситуациях, употреблении алкоголя, курении, физической нагрузке и т.д.

Воспитанниками школы была разработана методика идентификации пузырной и печеночной желчи, которая базировалась на микроскопическом исследовании предварительно высушенных ее проб. Проведены исследования, посвященные ранней диагностике поражений печени и желчевыводящих путей у больных аллергозами и ревматическими заболеваниями.

Одной из традиций киевской терапевтической школы является широкое применение в лечебном процессе немедикаментозных методов. Возглавляя научную комиссию при Совете по управлению курортами профсоюзов УССР, профессор А.П. Пелещук внес большой вклад в разработку алгоритма санаторно-курортного лечения заболеваний органов пищеварения, в частности и у лиц пожилого возраста.

Многолетний опыт работы Анатолия Петровича в данном направлении обобщен в сотнях научных трудов, среди которых монографии «Клиническая гастроэнтерология», «Санаторное лечение хронического гастрита и язвенной болезни», «Функциональные заболевания пищеварительной системы», «Гастроентерологія» и т.д.

Учитывая все вышесказанное, можно с уверенностью говорить, что научной школой А.П. Пелещука сделан большой вклад в развитие украинской гастроэнтерологии во второй половине XX века.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ПРИ СУПУТНІЙ ГІПЕРУРИКЕМІЇ

Свінціцький І.А.

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

Гіперурикемія (ГУ) є важливою ланкою в патогенезі багатьох хвороб системи кровообігу, зокрема артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС), однак її роль як незалежного прогностичного чинника ризику розвитку та прогресування ураження нирок досі залишається предметом численних дискусій.

Мета роботи – вивчити особливості функціонального стану нирок у пацієнтів з АГ та ІХС при супутній ГУ.

Матеріали та методи дослідження. Нами було комплексно обстежено 44 хворих з АГ та ІХС (чоловіків – 23 (52,3 %), жінок – 21 (47,7 %)). Середній вік пацієнтів становив (61,4 ± 9,6) року. В залежності від рівня сечової кислоти (СК) в сироватці крові вони були розподілені на 2 групи: 1-ша (дослідна) складалася з 21 хворого з ГУ (рівень СК – (447,8 ± 51,4) мкмоль/л), а 2-га (контрольна) – із 23 осіб з нормоурикемією (рівень СК – (339,1 ± 58,7) мкмоль/л). Пацієнти обох груп статистично значимо не відрізнялися за віком, статтю, тривалістю АГ та ІХС.

Для визначення функціонального стану нирок розраховували швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI).

Статистична обробка отриманих даних проводилась із застосуванням пакету прикладних програм STATISTICA 7.0 (StatSoft Inc., США).

Результати. У пацієнтів з АГ та ІХС і супутньою ГУ в порівнянні з хворими без ГУ було виявлено достовірно вищі показники ШКФ (1 група – (67,71 ± 17,91) мл/хв./1,73 м^2, 2 група – (80,27 ± 15,16) мл/хв./1,73 м^2, p = 0,01).

В залежності від рівня ШКФ пацієнти обох груп розподілилися таким чином: 1) ШКФ ≥ 90 мл/хв./1,73 м^2: 1 група – 2 (9,5 %), 2 група – 5 (21,7 %); 2) ШКФ = 60-89 мл/хв./1,73 м^2: 1 група – 11 (52,4 %), 2 група – 16 (69,6 %); 3) ШКФ = 45-59 мл/хв./1,73 м^2: 1 група – 7 (33,3 %), 2 група – 2 (8,7 %); 4) ШКФ = 30-44 мл/хв./1,73 м^2: 1 група – 1 (4,8 %), 2 група – 0 (0 %).

Аналізуючи статево-вікові особливості функціонального стану нирок у хворих з АГ та ІХС при супутній ГУ, було виявлено тенденцію до зниження показників ШКФ у жінок ((64,25 ± 18,08) мл/хв./1,73 м^2) у порівнянні з чоловіками ((70,86 ± 18,01) мл/хв./1,73 м^2), однак ця різниця була недостовірною (p = 0,41), а також статистично значиме зниження ШКФ у пацієнтів старше 60 років ((54,82 ± 8,12) vs (79,44 ± 16,27) мл/хв./1,73 м^2 , p < 0,001).

Висновки. У хворих з АГ та ІХС при супутній ГУ спостерігається суттєве погіршення функціонального стану нирок, особливо у віці понад 60 років.

УРОВЕНЬ ВИСФАТИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Семеновых П.С., Топчий И.И., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С., Борисова Е.Л.

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

Висфатин (колониестимулирующий фактор преβ-клеток) – адипокин, который продуцируется висцеральными адипоцитами, клетками печени, костного мозга и мышц. Исследования висфатина при сахарном диабете (СД) определяют его ключевую роль в реакциях воспаления и фиброза, однако количество работ, которые касаются диабетической нефропатии (ДН), очень ограничено.

Целью исследования было определение уровня висфатина в периферической крови больных СД 2-го типа с учетом нарушения функции почек и индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. Объект исследования: 94 больных СД 2-го типа с разными стадиями ДН и 10 практически здоровых доноров (контрольная группа). В зависимости от ИМТ больные были распределены следующим образом: 32 обследованных имели нормальные значения ИМТ и 62 пациента – повышенный ИМТ. Концентрацию висфатина определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы производства «RayBiotech, Inc.» (США). В качестве индикаторного фермента применяли пероксидазу хрена. Диапазон измеряемых концентраций составлял от 0,1 нг/мл до 1000 нг/мл.

Результаты исследования показали, что у больных ДН имеет место существенное повышение уровня висфатина в плазме крови уже на начальных стадиях болезни. Дальнейшее развитие заболевания сопровождалось более значительным ростом показателя у пациентов с выраженными клиническими проявлениями поражения почек – протеинурией и почечной недостаточностью. В среднем в группе больных, страдающих ДН, уровень висфатина в плазме крови составил $(38,4 \pm 3,9)$ нг/мл, контроль – $(22,5 \pm 1,9)$ нг/мл. У больных с повышенным и высоким ИМТ отмечалось значительное повышение уровня висфатина в плазме крови в сравнении с пациентами с нормальным ИМТ. Мы выявили прямую корреляционную связь концентрации висфатина с уровнями альбумина мочи и креатинина крови и обратную корреляционную связь со скоростью клубочковой фильтрации.

Выводы. Нарушение продукции медиаторов воспаления и фиброза является важным звеном в патогенезе сосудистых осложнений диабета. Полученные нами результаты свидетельствуют, что провоспалительный адипокин висфатин играет принципиальную роль в формировании нефропатии при коморбидности диабета и ожирения.

ВЛИЯНИЕ РЕЙТОИЛА НА МОНОЦИТАРНЫЙ КЛИРЕНС ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Семеновых П.С., Топчий И.И., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С., Щербань Т.Д.

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

В последние годы четко установлена роль дислипидемии в патогенезе диабетического поражения почек. При гломерулосклерозе липидные включения обнаруживаются как в мезангиальных клетках и парамезангиальных областях, так и в моноцитах/макрофагах, инфильтрирующих мезангий. Продолжительное потребление омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) приводит к значительному снижению смертности, ассоциированной с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Тем не менее эффективность ПНЖК при диабетической нефропатии (ДН) практически не изучена.

Целью данного исследования было изучение влияния омега-3 ПНЖК на показатели липидного спектра плазмы и моноцитов крови больных ДН.

Материалы и методы. Было обследовано 112 пациентов с ДН, которых распределили на 2 группы. В первую группу включили 68 больных, которые получали базовую антигипертензивную и сахароснижающую терапию. 44 пациента второй группы дополнительно принимали препарат, содержащий омега-3 ПНЖК (рейтоил). После курса лечения (1 месяц) проводили мониторирование концентрации общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Моноциты из венозной крови выделяли методом градиентного центрифугирования. Определение липидного спектра в моноцитах проводили методом тонкослойной хроматографии. Исследовали основные фракции липидов (эфиры ХС, фосфолипиды, свободные жирные кислоты, ТГ).

Результаты. Установлено, что у больных ДН имеют место выраженные нарушения липидного спектра плазмы крови, которые характеризуются повышением уровней ТГ, ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП, а также снижением уровня ХС ЛПВП. В моноцитах периферической крови больных выявлено достоверное повышение содержания эфиров ХС, концентрации фосфолипидов и существенный рост уровня ТГ. Базовая терапия ДН существенным образом не влияла на исследуемые показатели. Комбинированное лечение, которое включало базовую терапию и рейтоил, приводило к достоверному уменьшению ТГ и ХС ЛПОНП, а также способствовало умеренному повышению ХС ЛПВП в плазме крови больных ДН. В моноцитах выявлено значительное снижение уровней ТГ и эфиров ХС и уменьшение концентрации свободных жирных кислот под влиянием комбинированной терапии. Содержание фосфолипидов достоверно не менялось.

Вывод: для нормализации липидного обмена и уменьшения фракций атерогенных липидов в моноцитах оптимальной является комбинация базовой традиционной терапии с рейтоилом.

НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ РОЗЧИНОМ ІЗОНІАЗИДУ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Сем'янів І.О., Сливка В.І., *Сулятицька Ж.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
**Чернівецький обласний протитуберкульозний диспансер, Україна*

Розробка методів для доставки протитуберкульозних препаратів безпосередньо в легені через дихальні шляхи є пріоритетною терапевтичною метою. Очевидні переваги інгаляційної терапії включають в себе можливість безпосереднього і швидкого впливу на зону запалення в слизовій оболонці, орієнтацію на альвеолярні макрофаги, що несуть мікобактерії, знижений ризик системної токсичності та поліпшення дотримання пацієнтом прийому препаратів.

При пероральному прийомі протитуберкульозних препаратів (ПТП) потрібно застосовувати великі дози, оскільки тільки незначна частина від загальної дози досягає легень. Проте, дія цієї незначної частини триває протягом декількох годин, що пояснює необхідність призначати декілька ПТП на регулярній основі, що не завжди дотримується пацієнтами.

Інгаляції антибіотиків рекомендують після визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до даної групи препаратів і відсутності індивідуальної підвищеної чутливості. При проведенні інгаляційної терапії необхідно дотримуватися певної послідовності використання лікарських речовин. Наявність великої кількості мокротиння перешкоджає всмоктуванню речовини, яка вдихається. У зв'язку з цим інгаляції потрібно починати з відхаркувальних засобів, що розріджують слиз.

Небулайзерну терапію при туберкульозі легень і бронхів стали застосовувати з тих пір, як з'явилися водорозчинні протитуберкульозні препарати, проте і зараз її не використовують в повному обсязі. Позитивний ефект продемонструвало загальне та місцеве застосування розчину ізоніазиду: через 2 години після сніданку 2,5 мл ізоніазиду розвести в 2,5 мл фізіологічного розчину та проводити інгаляції протягом 15 хвилин за допомогою небулайзера. Після чого 2,5 мл ввести внутрішньовенно. Дозу препарату необхідно коригувати відповідно до маси тіла пацієнта. Дану схему використовувати 1 раз на день протягом інтенсивної фази хіміотерапії.

Інгаляційна терапія при туберкульозі легень проводиться як додаткова на тлі базисної хіміотерапії, а при наявності туберкульозу бронхів вона стає, по суті, головною цілеспрямованої терапією цієї патології.

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ ІНГІБІТОРАМИ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮВАЛЬНОГО ФЕРМЕНТУ ТА БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ-ІІ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПРАВИХ ВІДДІЛІВ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ДЕКОМПЕНСОВАНЕ ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ

Середюк В.Н., Вакалюк І.П., Середюк Н.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Мета роботи. Дослідження впливу інгібітору ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) еналаприлу, блокатора рецепторів ангіотензину-ІІ **(**БРА-ІІ) кандесартану та їх поєднання на структурно-функціональний стан правих відділів серця у хворих на декомпенсоване хронічне легеневе серце (ХЛС).

Матеріал та методи. Обстежено 295 хворих (212 чоловіків та 83 жінки) на декомпенсоване ХЛС з недостатністю кровообігу (НК) І-ІІІ стадій. Досліджувані препарати, – еналаприл (Енап, “KRKA”) та кандесартан (Кандесар, “RANBAXY”), – призначали методом титрування, відповідно, від 2,5 до 10 мг/добу та від 4 мг/добу до 32 мг/добу. Проводили двомірну ехокардіографію (ЕхоКГ) та імпульсну допплер-ехокардіографію (апарати “Logiq-500”, Німеччина; “Logiq E”, США). Курс лікування – 6 місяців.

Результати дослідження. Встановлено, що поєднане застосування еналаприлу з кандесартаном на фоні базової терапії (БТ) у хворих на декомпенсоване ХЛС з НК ІІ стадії призводило до більш вираженого регресу ремоделювання правого шлуночка (ПШ) та покращення його функціонального стану, ніж в разі застосування БТ в поєднанні з еналаприлом. Про це свідчить динаміка зменшення метричних показників ПШ в основній підгрупі: кінцево-діастолічного розміру (КДРпш) – на 17,6 % ($p < 0,05$) і кінцево-систолічного розміру (КСРпш) – на 20,4 % ($p < 0,01$), а в контрольній підгрупі: КДРпш – на 13,5 % ($p < 0,05$) та КСРпш – на 13,7 % ($p < 0,05$). Показник товщини міокарда ПШ (ТМПШ) в основній підгрупі зменшився на 25,0 % ($p < 0,01$), а в контрольній – на 21,5 % ($p < 0,05$). В основній підгрупі Vmax у виносному тракті ПШ зросла – на 28,1 % ($p < 0,01$) см, тоді як у контрольній підгрупі була лише тенденція до збільшення ($p > 0,05$). Покращення діастолічної функції виявилось зростанням співвідношення пікових швидкостей раннього до пізнього діастолічного наповнення (Е/А) ПШ у хворих основної підгрупи на 30,4 % ($p < 0,01$) на відміну від контролю ($p > 0,05$). Аналогічна динаміка показників ЕхоКГ і допплер ЕхоКГ відмічалась і при НК ІІІ стадії.

Висновки. При важкій декомпенсації ХЛС з НК ІІ-ІІІ для покращення структурно-функціонального стану правих відділів серця доцільним є поєднання інгібітору АПФ еналаприлу з БРА-ІІ кандесартаном на тлі базової терапії.

ЛІПОПРОТЕЇНВМІСНІ ІМУННІ КОМПЛЕКСИ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІХС ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Серік С.А., Ченчик Т.О., Сєрдобінська-Канівець Е.М., Циганков О.І.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

Мета роботи – дослідити рівні ліпопротеїнвмісних імунних комплексів (ЛП-ІК) при серцевій недостатності (СН) у хворих на ІХС з цукровим діабетом 2 типу і без нього зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка у залежності від типу його діастолічної дисфункції.

Матеріал і методи. В обстеження включено 41 хворого на ІХС з цукровим діабетом 2 типу та 35 хворих без діабету з СН II-III функціональних класів і фракцією викиду лівого шлуночка більше 45 % та 19 осіб контрольної групи. У залежності від виявленого типу діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ДД ЛШ) пацієнти були розподілені на групи з ДД ЛШ типу уповільненої релаксації (I група) та ДД ЛШ псевдонормального типу (II група). Серед хворих на діабет ДД ЛШ типу уповільненої релаксації встановлена у 21 пацієнта, ДД ЛШ псевдонормального типу – у 20. У хворих без діабету група з ДД ЛШ типу уповільненої релаксації включала 18 пацієнтів, група з ДД ЛШ псевдонормального типу – 17 пацієнтів. ЛП-ІК з антитілами IgG, IgA та IgM класів визначали імуноферментним методом.

Результати. У хворих без діабету при ДД ЛШ типу уповільненої релаксації та псевдонормального типу рівні лише ЛП-IgA ((1,19 ± 0,12) ст. о. та (1,25 ± 0,13) ст. о., відповідно) були вищими, ніж в контрольній групі ((0,97 ± 0,10) ст. о.) ($p < 0,05$). Достовірних розбіжностей за ЛП-ІК між пацієнтами I та II групи не встановлено. У хворих на діабет рівні ЛП-IgA в I ((1,39 ± 0,12) ст. о.) та II групах ((1,64 ± 0,11) ст. о.) також перевищували показник контрольної групи ($p < 0,05$ та $p < 0,01$, відповідно). При цьому рівень ЛП-IgA у пацієнтів з ДД ЛШ псевдонормального типу був достовірно вищим, ніж у пацієнтів з ДД ЛШ типу уповільненої релаксації ($p < 0,05$). Крім того, у хворих на діабет значуще зростали рівні ЛП-IgG ((1,19 ± 0,10) ст. о. у I групі та (1,29 ± 0,11) ст. о. у II групі) ($p < 0,05$ та $p < 0,01$, відносно контролю ((0,99 ± 0,09) ст. о.), але розбіжності між групами за рівнями ЛП-IgG виявилися недостовірними.

Висновки. У хворих на ІХС і з цукровим діабетом 2 типу, і без нього при СН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка виявлено підвищення рівнів ЛП-IgA. Але тільки у хворих з діабетом з ДД ЛШ псевдонормального типу встановлено достовірне зростання рівнів ЛП-IgA у порівнянні з ДД ЛШ типу уповільненої релаксації. Крім того у хворих з діабетом відзначено збільшення ЛП-IgG, яке залежало від типу ДД ЛШ у меншому ступені, ніж ЛП-IgA.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ «ЭНЕМА КЛИН» ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Симоновна Е.В., Шевцова З.И., Сорочан Е.В., Стойкевич В.М., Толстикова Т.Н., Коненко И.Ю.

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

Ректороманоскопия и сигмоскопия применяются как для диагностики, так и для скрининга заболеваний дистальных отделов толстой кишки (ТК). Качество подготовки этих отделов ТК влияет на эффективность эндоскопической диагностики.

Цель исследования. Изучить эффективность препарата «Энема Клин» для подготовки к эндоскопическому исследованию дистальных отделов толстой кишки

Материалы и методы. Обследовано 27 больных, находящихся на лечении в отделении заболеваний кишечника, страдающих хроническим колитом и синдромом раздраженного кишечника; из них 18 женщин, 9 мужчин, в возрасте от 22 до 64 лет. Проведено 15 ректороманоскопий и 12 сигмоскопий. За 2-3 дня до исследования всем больным назначали низкошлаковую диету. Для подготовки толстой кишки использовали раствор для ректального введения «Энема Клин» (в 1 флаконе – 120 мл). «Энема Клин» – солевое слабительное, действие которого основано на увеличении с помощью осмотических процессов задержки воды в просвете кишечника. Накопление жидкости в кишке приводит к усилению перистальтики и последующему очищению кишечника. Время наступления эффекта – 5-7 мин после введения.

Для подготовки к ректороманоскопии (РРС) препарат вводили однократно (за 30 минут до исследования), к сигмоскопии – дважды (на ночь и за 30 минут до исследования). Качество подготовки оценивали как хорошее (отсутствие кишечного содержимого в просвете кишки), удовлетворительное (незначительное количество содержимого в просвете или на стенках, не влияющего на качество исследования), неудовлетворительное (значительное количество содержимого, препятствующее проведению исследования).

Результаты. При проведении РРС хорошая подготовка отмечена у 9 пациентов (60 %), удовлетворительная – у 6 (40 %). При проведении сигмоскопии хорошие результаты подготовки отмечены у 6 пациентов (50 %), удовлетворительная – у 5 (41,7 %), неудовлетворительная – у 1 (8,3 %). Все больные отметили простоту и удобство применения препарата. Переносимость препарата была хорошей.

Выводы. Применение препарата «Энема Клин» в комбинации с низкошлаковой диетой способствует эффективному очищению прямой кишки (однократное применение) и ректосигмоидального отдела толстой кишки (при двукратном применении препарата).

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ

Сипливый В.А., Петюнин А.Г., Марковский В.Д., Евтушенко А.В., Петюнин П.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель работы: определить морфологические и ультразвуковые критерии оценки функционального резерва печени у больных циррозом.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 137 больных циррозом печени (ЦП). Выполнены морфометрические исследования интраоперационных биопсий печени по методике В.А.Сипливого (1993). Для определения состояния сосудов системы воротной вены (ВВ) и кровотока в них проведено ультразвуковое (серошкальное и спектральное допплеровское) исследование (УЗИ) по методу Moriyasu et al.(1986).

Результаты: при анализе биопсийного материала выделены 3 типа (А, В, С) морфологической картины ЦП, отличающиеся между собой по стромально-паренхиматозному соотношению (СПС), объему гепатоцитов в состоянии некробиоза (ОГСН), объему гепатоцитов в состоянии деления (ОГСД), площади неизмененных гепатоцитов (ПНГ), площади соединительной ткани (ПСТ). При переходе от I (тип А) к III (тип С) гистологическому варианту ЦП уменьшается объем паренхимы печени и увеличивается доля соединительной ткани, что проявляется уменьшением ПНГ, увеличением ПСТ и СПС. При УЗИ портальной гемодинамики и сосудов системы ВВ у больных с морфологическим А-типом ЦП не наблюдалось изменений диаметров ВВ и селезеночной вены (СВ), линейной скорости кровотока (ЛСК), объемного кровотока (ОК) в ВВ и индекса портального застоя (ИПЗ) по сравнению с данными, полученными у здоровых лиц. У больных с циррозом В-типа отмечалось увеличение диаметра ВВ по сравнению со здоровыми лицами и больными с циррозом А-типа ($P < 0,001$), снижение ЛСК ($P < 0,02$), возрастал ИПЗ ($P < 0,001$). У больных с С-типом цирроза наблюдалось достоверное увеличение диаметра ВВ и СВ ($P < 0,001$), снижалась ЛСК ($P < 0,005$) и увеличивался ИПЗ ($P < 0,005$) по сравнению с теми же показателями у больных с А- и В-типом цирроза. Печеночная недостаточность (ПН) развилась у 52,6 % больных с В-типом ЦП и у 77,8 % больных с С-типом ЦП при диаметре ВВ более 1,5 см, ЛСК менее 10 см/с, ИПЗ более 0,14 см х с.

Выводы: морфологические изменения в печени взаимосвязаны с нарушениями портальной гемодинамики при ЦП. Наиболее точно характер патологических изменений отражают ЛСК и ИПЗ, что делает УЗИ сосудов портальной системы информативным методом определения функциональных резервов печени.

ДИНАМІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА БІЛІАРНУ ПАТОЛОГІЮ В УКРАЇНІ ЗА ПЕРІОД 2006-2012 РР.

Скирда І.Ю.

ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України", м. Дніпропетровськ

До початку XXI століття значно збільшилось число пацієнтів, які страждають на калькульозний холецистит, що послужило підставою говорити про його «тиху епідемію». Дані VI Всесвітнього конгресу гастроентерологів свідчать, що холецистолітіаз за розповсюдженістю поступається лише атеросклерозу та є приводом для щорічного проведення до 2,5 млн планових та екстрених операцій на жовчовивідних шляхах у світі. За даними офіційної статистики України до захворювань біліарної системи відносяться 2 статистичні одиниці: жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) та хронічний холецистит (ХХ) і холангіт.

Мета дослідження – проаналізувати динаміку поширеності і захворюваності на ЖКХ, ХХ і холангіт серед населення України.

Матеріали та методи. Вивчення показників проводилось на підставі аналізу матеріалів офіційної статистики Центру медичної статистики МОЗ України у динаміці 2006-2012 рр. Для виявлення характеру змін щодо визначення загальної тенденції використовувався темп приросту/зниження.

Встановлено, що поширеність ЖКХ та ХХ і холангіту загалом за вказані роки знизилась. Якщо у 2006 р. показник поширеності ЖКХ дорівнював 651,1 на 100 тис. населення, то у 2012 р. він знаходився на рівні 634,0 на 100 тис. населення; ХХ і холангіту – 3723,7, та 3503,5 відповідно за роками. Темп зниження показників ЖКХ та ХХ і холангіту становив відповідно 2,6 % та 5,9 %.

При аналізі рівня захворюваності (щорічної кількості вперше виявлених випадків захворювань) виявлено, що у період 2006-2012 рр. показник вперше встановлених діагнозів ЖКХ зменшився з 106,4 до 89,6 на 100 тис. населення відповідно, темп зниження складав 15,8 %. По кожному з років вивчення показника захворюваності виявили наступне: у 2007 р. відбулось зменшення показника на 0,7 %, у наступні 4 роки відбувалось його зростання (2008 р. – на 0,2 %; 2009 р. – на 1,5 %; 2010 р. – на 0,6 % та 2011 р. – на 1,9 %). За останній 2012 р. показник вперше встановлених діагнозів ЖКХ значно знизився на 18,6 %, що і зумовило суттєве його зменшення загалом за останні 7 років.

Коливання зазначених показників, напевно, було наслідком зменшення звертань населення за медичною допомогою, оскільки реальне зниження показників поширеності та захворюваності ЖКХ та ХХ і холангіту суперечить тенденціям формування та розвитку патології біліарної системи, коли у розвинутих країнах відмічають потужне зростання кількості таких пацієнтів.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЦИТОСТАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ

Скрипник І.М., Маслова Г.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Нові підходи до цитостатичної терапії гострих лейкемій (ГЛ) дозволили суттєво змінити результати лікування, збільшити строки виживаності пацієнтів. Складності при проведенні поліхіміотерапії (ПХТ) пов'язані з високою токсичністю препаратів цитостатичного ряду, частим розвитком поліорганних ускладнень, в т.ч. і з боку печінки. Вираженість гепатотоксичних ефектів залежить від віку, статі, наявності супутньої патології, дози і режимів введення ПХТ. Гепатотоксичність може стати лімітуючим фактором проведення специфічного лікування у даної категорії пацієнтів у необхідному обсязі, що є єдиним фактором ризику розвитку первинної резистентності до ПХТ, який не залежить від біологічного типу лейкемії та тяжкості стану хворого. Важливим напрямком в удосконаленні супровідної терапії ГЛ можна вважати розробку засобів лікування цитостатичних уражень печінки.

Мета – розробити диференційований підхід до лікування цитостатичних уражень печінки в динаміці ПХТ у хворих на ГЛ у динаміці ПХТ.

Методи. Обстежено 37 хворих на гостру лейкемію (21 – гострий мієлобластний лейкоз (ОМЛ), 16 – гострий лімфобластний лейкоз (ОЛЛ), вік 17-76 роки, чоловіки 17 (45,9 %), жінки 20 (54,1 %) по ECOG I-II, у яких в динаміці індукції ремісії виявлені цитостатичні ураження печінки. Вірусну етіологію захворювання печінки виключали. Визначали активність аланінової (АЛТ), аспарагінової (АСТ) амінотрансфераз, лужної фосфотази (ЛФ), гамма-глутамілтранспептидази (ГГТП) на момент діагностики ПХТ-індукованої гепатотоксичності та через 1 місяць. В залежності від призначеного лікування хворі розподілені на 2 групи: I (n = 19) – ПХТ+S-адеметіонін (S-AMe) 1200 мг/сут.+ессенціальні фосфоліпіди (ЕФЛ) 1800 мг/добу (1 місяць); II (n = 18) – ПХТ + S-AMe 1200 мг/сут. (1 місяць).

Результати. На момент включення пацієнтів у дослідження виявлені порушення функціонального стану печінки за змішаним типом, які розвинулись в динаміці ПХТ. Активність АЛТ і АСТ у сироватці крові перевищувала показники практично здорових у 2,8 та 2,6 рази (71,1 ± 23,1Ед/л; 62,1 ± 20,74 Ед/л), ЛФ і ГГТП в – 1,4 і 1,8 рази відповідно (331,2 ± 38,96 Ед/л; 72,2 ± 20,07 Ед/л). У пацієнтів I групи на фоні S-Аме +ЕФЛ знизилась активність АЛТ в 1,9 рази, АСТ – в 1,6, ЛФ – в 1,2, ГГТП – в 1,4 рази ($p < 0,05$) за одночасної тенденції до зменшення активності трансаміназ у сироватці крові хворих II групи на фоні ПХТ і S-AMe.

Висновок. При лікуванні токсичних уражень печінки у хворих на ГЛ, які отримують ПХТ, доцільно застосовувати комбінацію S-AMe+ЕФЛ, що дозволяє ефективно усувати біохімічні прояви порушень функціонального стану печінки та зменшити ступінь гепатоцелюлярної недостатності.

РОЛЬ ВІЛЬНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ У РОЗВИТКУ АНТРАЦИКЛІН-ІНДУКОВАНОЇ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ХВОРИХ НА ГЕМОБЛАСТОЗИ З СУПУТНЬОЮ ІХС

Скрипник І.М., Маслова Г.С., Лиманець Т.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Антрациклінові антибіотики (АА) належать до ефективних хіміотерапевтичних препаратів, що входять до більшості сучасних схем поліхіміотерапії (ПХТ). Однією із найважливіших проблем при лікування антрациклінами продовжує залишатись кардіотоксичність, від вираженості якої іноді залежить можливість продовження специфічної терапії. ПОЛ є провідним патогенетичним механізмом розвитку антрациклінових уражень міокарда. При проведенні ПХТ пацієнтам онкогематологічного профілю необхідно прогнозувати можливі побічні реакції, в т. ч. і антрациклін-індукованої кардіотоксичності, залежно від кумулятивної дози (КД) АА. Особливого значення набуває наявність супутніх захворювань з боку серцево-судинної системи, в першу чергу, ішемічної хвороби серця (ІХС).

Мета – оцінити дисбаланс прооксидантно-антиоксидантного статусу хворих на гемобластози в динаміці лікування АА з урахуванням супутньої ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 41 хворий на гострі та хронічні гемобластози (гострий лімфобластний лейкоз (n = 9), гострий мієлобластний лейкоз (n = 13), множинну мієлому (n = 11), В-клітинний хронічний лімфолейкоз (n = 8), віком 16–72 роки, чоловіки 23 (56 %), жінки 18 (44 %) осіб, до складу ПХТ яких входять АА. Хворі були розподілені на дві групи в залежності від наявності супутньої ІХС: I група (n = 24) – без супутньої ІХС; II група (n = 17) – із супутньою ІХС. У порівняльному аспекті пацієнтам I та II груп оцінку стану проводили двічі: до початку специфічної терапії, при досягненні кумулятивної дози АА від 100 до 200 мг/м^2. Активність процесів ПОЛ визначали за рівнем МДА, антиоксидантного захисту (АОЗ) за концентрацією каталази крові. До лікування у хворих I групи без супутньої ІХС концентрація МДА перевищувала показники норми в 1,2 рази, каталази – в 1,1 рази. У пацієнтів із супутньою ІХС відмічалось зростання рівня МДА в 1,46 рази за одночасної тенденції до зниження концентрації каталази у сироватці крові порівняно з нормою, що свідчить про пригнічення АОЗ на фоні ІХС. При досягненні КД АА 100-200 мг/м^2 концентрація МДА у сироватці крові була в 1,54 рази вищою у пацієнтів II групи, ніж в I групі ((4,81 ± 0,38) проти (3,12 ± 0,28) мкмоль/л; ($p < 0,05$). Одночасно за наявності супутньої ІХС в II групі рівень каталази у сироватці крові був в 2,1 рази нижче порівняно із хворими I групи ((72,5 ± 8,7) мккат/л проти (33,8 ± 3,2) мккат/л; $p < 0,05$)).

Висновок. Супутня ІХС у хворих на гемобластози на фоні лікування АА є додатковим фактором ризику розвитку кардіотоксичності, що зумовлено виснаженням системи АОЗ та поглибленням дисбалансу між утворенням та інактивацією вільних радикалів.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПОІНФОРМОВАНОСТІ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В М. СУМИ

Сміянов В.А., Тарасенко С.В., Сміянова О.І., Бокатов А.В.
Сумський державний університет, Україна

Для підвищення ефективності медичної допомоги хворим артеріальною гіпертензією (АГ) необхідним є визначення ступеня прихильності пацієнтів до лікування шляхом моніторингу рівня їх поінформованості.

Мета: аналіз результатів медико-соціального дослідження рівня поінформованості диспансерних хворих на АГ в м. Суми щодо перебігу їх захворювання, виконання заходів з профілактики, діагностики, лікування.

Матеріал і методи досліджень. Проводили анкетування, вимірювання тиску, профілактичну бесіду з хворими щодо модифікації стилю життя та факторів ризику. Опитано 2019 хворих. З них чоловіки склали – 29,21 %, жінки – 70,79 %. За віком аудиторія розподілилася таким чином: 18-34 р. – 7,23 %; 35-59 р. – 29,93 %; 60 і старше – 62, 84%. Отримані результати оброблялися за допомогою програми ОСА.

Результати. Більшість опитаних здійснюють контроль за артеріальним тиском. Так, 63 % хворих постійно проводять контроль тиску; 29 % періодично його вимірюють; 8 % – не вимірювали протягом року взагалі. Про високий рівень консультативної підтримки хворих свідчать такі дані: переважна більшість опитаних – 97 % – підтверджують отримання детальної інформації про їх хворобу в поліклініці. Медикаментозне лікування було призначене 93 % хворих. Проте незважаючи на високий рівень поінформованості хворих, результати опитування вказали на недостатній рівень їх відповідальності за власне здоров'я. Лише 48 % опитуваних регулярно приймають ліки, 33 % – нерегулярно приймає ліки; 19 % – взагалі не приймають. Основними причинами нерегулярного приймання ліків хворі називають такі: 48% – забуваю, 27 % – висока вартість медикаментів, 14 % – не хочу, 11 % – не допомагає. За результатами опитування 29% хворих артеріальною гіпертензією мали кризи у аналізованому періоді. Викликали дільничного лікаря 12 % опитуваних, 5 % – швидку медичну допомогу, 11 % – проходили стаціонарне лікування. Протягом року 42 % опитаних диспансерних хворих відвідали дільничного лікаря більше двох разів; 10 % – 2 рази; 16 % – один раз; 32 % – жодного разу не звернулися до лікаря.

Висновки. Хворі на АГ в м. Суми обізнані з перебігом своєї хвороби. Основною причиною незадовільного виконання рекомендацій лікаря хворі вказують: «забуваю», «не маю часу», «не хочу». Потребує впровадження система постійного нагадування хворим про необхідність контролю тиску, лікування, ведення здорового способу життя.

СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Снігурська І.О., Милославський Д.К., Божко В.В., Мисниченко О.В., Щенявська О.М., Семеліт Н.П., Беседіна А.С.

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

Мета дослідження: розробити диференційований підхід до призначення гіпоурикемічних лікарських засобів при лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з метаболічним синдромом (МС) та безсимптомною гіперурикемією (ГУЕ).

Характеристика пацієнтів і методи. Обстежено 39 хворих на АГ з МС віком 39–60 років: з ГУЕ (n = 18), з них 11 чоловіків і 7 жінок, середній вік – (47,2 ± 3,4) років, і без ГУЕ (n = 21), серед яких було 10 чоловіків і 11 жінок, середній вік – (46,4 ± 3,1) років. Стадію та ступінь гіпертонічної хвороби (ГХ) встановлювали згідно з рекомендаціями Українського товариства кардіологів 2011 р. Досліджені групи представлені пацієнтами з ГХ II стадії, 1-2 ступеня. Контрольна група – 16 здорових осіб, середній вік (34,8 ± 1,9) років.

Результати: на винахідницькому рівні **(**заявка на корисну модель № u2013 08366; пріоритет 03.07.2013 р.) розроблено спосіб диференційованої корекції порушень пуринового обміну (ПО), у якому н**овим є те, що** до лікування: **у сироватці крові**, окрім сечової кислоти (СК), концентрацію якої визначають відомим уриказним фотометричним методом, **додатково** визначають концентрації С-реактивного білку та васкулоендотеліального фактору росту відомими імуноферментними методами; **у сечі додатково** визначають концентрацію СК відомим вищевказаним методом. Гіпоурикемічні лікарські засоби (ЛЗ) призначають диференційовано, в залежності від виявленого типу ПО, а саме: при порушенні у хворого пуринового обміну, який асоціюється з гіперурикемією, та в умовах, коли концентрація СК перевищує нормативне значення тільки у сироватці крові, у якості гіпоурикемічного ЛЗ призначають ЛЗ з урикодепресивною дією, наприклад алопуринол в профілактичній дозі; при порушенні у хворого ПО, асоційованого з поєднанням ГУЕ та гіперурикозурії та в умовах, коли концентрація СК перевищує нормативне значення як у сироватці крові так і у сечі, призначають фіксовану низьку дозу комбінованого ЛЗ з урикодепресивною та урикозуричною діями, наприклад аломарон.

Висновки: Використання запатентованого способу у медичній практиці дозволить оптимізувати лікування хворих на АГ з МС та наявністю безсимптомної ГУЕ, проводити їм персоніфіковану терапію, спрямовану на гальмування активності прозапальних та проангіогенних показників.

АСОЦІАЦІЯ ФАКТОРІВ КАРДІОМЕТАБОЛІЧНОГО РИЗИКУ З РІВНЯМИ ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ПОРУШЕННЯМ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ

Снігурська І.О., Мисниченко О.В., Пенькова М.Ю., Божко В.В.

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

Мета – вивчити взаємозв'язок рівнів васкулоендотеліального фактору росту (ВЕФР) з окремими факторами загального серцево-судинного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з метаболічним синдромом (МС) і гіперурикемією (ГУЕ).

Матеріали та методи. Обстежено 132 хворих на АГ 2-3 ступеня. У 90 (68 %) хворих на АГ діагностовано МС. ГУЕ виявлено у 58 (44 %) хворих. У крові визначали показники ліпідного спектру, рівні глюкози натще та після перорального навантаження глюкозою, рівні інсуліну та сечової кислоти (СК). Рівень ВЕФР визначали імуноферментним методом. Критерієм ГУЕ вважали рівень СК в сироватці крові більший за 360 мкмоль/л. Добове моніторування АТ (ДМАТ) проводили з використанням системи АВМР Meditech (Угорщина). Морфо-функціональні параметри серця визначали методом ультразвукового дослідження за стандартними методиками.

Результати дослідження. Виявлено вірогідно вищі рівні ВЕФР в групі хворих на АГ з гіперхолестеринемією (233,2 ± 21,2) пг/мл, в порівнянні з групою хворих на АГ з нормохолестеринемією (162,34 ± 18,45) пг/мл, ($p<0,05$), у хворих на АГ з високою глікемією натще - (254,22 ± 23,56) пг/мл, в порівнянні з хворими на АГ з нормальним рівнем глюкози (184,0 ± 10,23) пг/мл ($p < 0,01$). Встановлено, що рівні даного фактору були вищими у осіб з ексцентричною гіпертрофією лівого шлуночка (ЛШ) – (225,5 ± 12,33) пг/мл у порівнянні з особами з нормальної геометрією серця (192,34 ± 18,65) пг/мл, ($p < 0,05$). Були виявлені позитивні кореляційні зв'язки між рівнем ВЕФР в крові і триваліcтю АГ ($r = ,48$, $p < 0,001$), величиною фракції викиду ЛШ ($r = + 0,40$, $p < 0,05$), розмірами лівого передсердя ($r = 0,36$, $p < 0,05$) та кінцевим діастолічним розміром ЛШ ($r = 0,44$, $p < 0,01$), рівнем глюкози натще ($r = 0,40$, $p < 0,05$), загального холестерину (ЗХС), ($r = 0,80$, $p < 0,01$) і ХС ЛПНЩ ($r = 0,60$, $p < 0,01$) в крові. У результаті використання методу багатовимірної регресії були виявлені фактори, які в найбільшій мірі впливають на динаміку рівнів ВЕФР. Встановлено, що достовірну прогностичну цінність в цьому плані мають наступні показники: індекс маси тіла, ($\beta = -0,159$, $p = 0,051$), рівень ЗХС ($\beta = -0,167$, $p = 0,050$), рівень тригліцеридів (ТГ) у крові ($\beta = 0,206$, $p = 0,041$), рівень СК ($\beta = -0,060$, $p = 0,020$), рівень глюкози натще ($\beta = 0,007$, $p = 0,006$) та тип геометрії ЛШ ($\beta = 0,078$, $p = 0,002$).

Висновки. Встановлені взаємозв'язки між рівнями ВЕФР та окремими кардіометаболічними показниками (рівень в крові глюкози натще, ЗХС, ТГ, ХСЛПНЩ, СК, характер ремоделювання серця) свідчать про активну участь даного фактору в патогенетичних механізмах розвитку АГ та її кардіометаболічних ускладнень, а також про вплив цілого ряду чинників на продукцію ВЕФР у хворих на АГ з МС та ГУЕ.

ТИПИ АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУ АЛЕРГІЮ

Сорокопуд О.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Медикаментозна алергія (МА) є актуальною проблемою сучасної медицини, оскільки для лікування переважної більшості хвороб людства на сьогоднішній день застосовують найрізноманітніші ліки. За даними M.A. Riedl та співав., МА становить близько 5-10 % усіх побічних ефектів медикаментів, може супроводжуватись як незначними порушеннями, так і спричиняти смерть хворого. МА починається з комплексу імунних реакцій гіперчутливості і через різні механізми проявляється цілим спектром клінічних ознак. У розвитку медикаментозної алергії, як і будь-якої алергії загалом, значну роль відіграє вплив різних факторів зовнішнього середовища , на фактори якого організм реагує формуванням сприятливих (спокійна та підвищена активація) та несприятливих (стрес, переактивація, неповноцінна адаптація) адаптаційних реакцій (АР), які створюють фон перебігу хвороб та впливають на ефективність лікування.

Досліджено типи АР у 40 хворих на МА віком (47,6 ± 2,6) р., з яких 30 жінок, 10 чоловіків. Діагноз МА встановлювали на основі даних анамнезу (поява клінічних проявів – набряку або висипки – після прийому медикаментів), фізикального обстеження, підтверджували проведенням реакції специфічної преципітації за Уап'є. Усі хворі були госпіталізовані на 1-2 добу від моменту появи клінічних проявів, отримували терапію згідно протоколу. АР оцінювали на момент госпіталізації. Тип АР визначали за вмістом лімфоцитів периферійної крові та індексом адаптації (співвідношення між рівнями лімфоцитів та сегментоядерних нейтрофілів): стрес – до 0,3; орієнтування – 0,31–0,5; спокійна активація – 0,51-0,7; підвищена активація – 0,71-0,9; переактивація – 0,91 і вище, неповноцінна адаптація – лейкопенія $< 4{,}0 \times 10^9$/л. Клінічно МА в обстежених хворих найчастіше проявлялась гострою кропив'янкою (20 хворих; (50,0 ± 8,0) %) або її поєднанням з набряком Квінке (18 хворих; (45,0 ± 7,9) %). Лише у 2 хворих (5 ± 3,5) % був діагностований ізольований набряк Квінке. Найчастішою причиною розвитку МА були антибактеріальні препарати (13 пацієнтів; (32,5 ± 7,5) %) та нестероїдні протизапальні препарати (9 хворих; (22,5 ± 6,7) %. Однаково часто МА викликали противірусні препарати, муколітики та полівітамінні комплекси (по 3 пацієнта; по (7,5 ± 4,2) %. Інші препарати спричиняли МА у 12 хворих (30,0 ± 7,3) %. Серед АР найчастіше діагностували стрес-реакцію (18 осіб; (45,0 ± 7,9) % та орієнтування (16 хворих; (40,0 ± 7,8) %). Значно рідше були виявлені інші типи АР: спокійної активації (3 пацієнта; (7,5 ± 4,2) %, підвищеної активації (1 хворий; (2,5 ± 2,5) %, переактивації (2 хворих; (5,0 ± 3,5) %. Реакція неповноцінної адаптації взагалі не спостерігалась серед обстежених пацієнтів.

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ ПАРАМЕТРИ ТА СТАН ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Старченко Т.Г., Рєзнік Л.А., Юшко К.О., Шуть І.В., Грідасова Л.М.
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

Мета – вивчити вплив нового блокатора рецепторів ангіотензина-II олмесартану медоксомілу у поєднанні з сучасним антагоністом кальцію лерканідіпином на клініко-гемодинамічні показники та стан перекисного окислення ліпідів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровий діабет (ЦД) 2 типу та без нього.

Матеріали і методи. Обстежено 36 хворих на ГХ, з яких у 14 був діагностований ЦД 2 типу. Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб. Стан перекісного окислення ліпідів оцінювали за рівнем в крові малонового діальдегіду фотометричним методом. Всім хворим протягом 3-х місяців призначали комбінацію двох антигіпертензивних засобів олмесартану медоксомилу в дозі 20-30 мг на добу та лерканідипіну по 10-20 мг 1 раз на добу. В якості гіполіпідемічного лікування призначали аторвастатин по 10-20 мг в вечері.

Результати. У результаті дослідження встановлена висока антигіпертензивна ефективність проведеної комбінованої терапії з використанням олмесартану та лерканідипіну у обстежених хворих на ГХ у поєднанні з ЦД 2 типу, а також у пацієнтів на ГХ без порушень вуглеводного обміну. На тлі даної терапії досягнення цільових рівнів артеріального тиску було встановлено у 77 % пацієнтів з ЦД 2 типу та 82 % – без ЦД. При вивчені рівнів малонового діальдегіду було виявлено вірогідне зменшення процесів перекісного окислення ліпідів, як у хворих на ГХ з ЦД 2 типу, так і у хворих на ГХ з нормальним вуглеводним обміном. Так, рівень малонового діальдегіду у сироватці крові у хворих на ГХ з ЦД 2 типу зменшився з (13,06 ± 1,11) мкмоль/л до (10,03 ± 1,05), $p < 0,05$, а при ГХ з нормальним станом вуглеводного обміну з (9,95 ± 0,71) мкмоль/л до (7,78 ± 0,61) мкмоль/л, $p < 0,05$.

Висновки. Таким чином, застосування комбінації нового блокатора рецепторів ангіотензина-II олмесартану медоксомілу та сучасного антагоніста кальцію лерканідіпину призводить до ефективного зниження рівнів артеріального тиску у хворих на ГХ як з ЦД 2 типу, так і без нього, що супроводжується вірогідним пригніченням процесів перекисного окислення ліпідів навіть в разі короткого терміну лікування.

ЗМІНИ В СИСТЕМІ КРОВІ ТА ЇХ ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ

Степаненко В.О., Мигайлюк Л.Д., *Мацкуляк Н.Г.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,

**Обласна клінічна лікарня, м. Чернівці, Україна*

Зміни в системі крові при туберкульозі мають специфічний характер та визначаються, головним чином, активністю процесу та ступенем туберкульозної інтоксикації. Як і при будь-якому загальному процесі, при туберкульозі місцева клітинна реакція перебігає за участю клітин крові, в першу чергу лейкоцитів, які виконують основну захисну функцію в організмі. Лейкоцити при туберкульозі підлягають значним кількісним змінам. Можливий великий діапазон коливань кількості лейкоцитів – від 5000 до 15000. І тільки лейкоцитоз вище 15000 змушує шукати, окрім туберкульозу, якесь інше захворювання або поєднання із туберкульозом другого захворювання.

При туберкульозі в основному розвивається нейтрофільоз з помірним ядерним «зсувом» вліво, лімфопенія, еозинопенія та моноцитоз. При дисемінації з розпадом та вираженій інтоксикації в периферичну кров із кісткового мозку можуть надходити мієлоцити. Саме ці клітини одними з перших надходять у вогнище запалення.

При спалаху туберкульозного процесу, обтяженні його та зростанні інтоксикації, поряд із змінами кількості лейкоцитів, загальним нейтрофільозом та ядерним «зсувом» вліво, прогресивно зменшується вміст еозинофілів в крові. Зростання кількості еозинофілів є однією з ранніх ознак зворотного розвитку процесу та наступає, як правило, раніше ніж збільшення кількості лімфоцитів.

Моноцитоз крові при туберкульозі відображає момент напруженого утворення в організмі епітеліоїдних клітин. Це той період, коли у їх формуванні бере участь ретикуло-ендотеліальна система, а не тільки сполучна тканина в місці вогнища. Отже, в клініці легеневого туберкульозу стійкий моноцитоз крові спостерігається тоді, коли відбувається формування нових горбиків, що відповідає фазі гематогенної дисемінації.

Функція базофілів вивчена недостатньо. Відомо, що базофіли беруть участь в алергічних реакціях, в окислювальних процесах та їм належить активна роль в процесі згортання крові завдяки вмісту в них гепарину. Останньою обставиною пояснюють можливе збільшення кількості базофілів при схильності до кровохаркання.

Стосовно частоти, характеру та патогенезу змін в еритроцитарному складі крові та в еритропоезі при туберкульозі немає єдиної думки. Туберкульоз перебігає з помірною анемізацією. По мірі обтяження туберкульозного процесу закономірно застосовують частоту та вираженість анемії. Якщо для легеневих форм туберкульозу розвиток анемії не є характерним, то при позалегеневих формах, а особливо лімфозалозистих ураженнях, порушення в еритропоезі більш закономірні.

ВЛИЯНИЕ ТИАЗОЛИДИНДИОНОВ НА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И НЕАЛКОГОЛЬНУЮ ЖИРОВУЮ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Степанова Е.В., Гопций Е.В., Зеленая И.И., Фролова-Романюк Э.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования заключалась в оценке эффективности применения пиоглитазона в снижении инсулинорезистентности (ИР), степени выраженности стеатоза печени.

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов с ИР и АГ II степени, принимавших пиоглитазон в течение 24 недель. Активность ферментов печени АлАТ, АсАТ и гамма – глютамил – аминотрансферазы (ГГлт), глюкозы натощак определяли клиническим методом. Уровень иммунореактивного инсулина определяли ИФА. Неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖХП) определяли по данным ультразвукового исследования. Коррекция ИР и уровня липидов проводилась пиоиглитазоном 15 мг/сут. с последующим повышением дозы до 30 мг/сут. в течение 24 недель.

Результаты. Среди обследованных 76 пациентов с ИР более 50 % составляли лица с жировой печенью с разной степенью выраженности. Отмечено снижение уровня аминотрансфераз печени: АсАТ на 27,27 % ($p < 0,05$), АлАТ на 41,2 % ($p < 0,001$), ГГлт – на 47,04 % ($p < 0,001$). Количество лиц без НАЖХП увеличилась на 35 %. Пиоглитазон снижал степень выраженности жировой печени (значительная степень выраженности к лечению обнаружена в 9,7 % после в 2,3 % , умеренная – у 27 % против 13 %), на 16 % снижает уровень глюкозы и на 30 % индекс HOMA-IR. Не отмечено случаев гепатотоксичности препарата или повышение уровня АсАт.

Выводы. Пиоглитазон улучшает чувствительность к инсулину, снижает уровень ферментов печени, степень выраженности жировой печени и индекс HOMA-IR.

ОЦІНКА РІВНІВ TNF-α В ПРОЦЕСІ ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ, ПОЄДНАНОЇ ІЗ АНЕМІЧНИМ СИНДРОМОМ

Стовбан М.П., Островський М.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Україна

Існує мало досліджень щодо стану балансу цитокінового каскаду (Яшина Л.О., 2007), зокрема рівня TNF-α у бронхоальвеолярному вмісті (БАВ), і його ролі в патогенезі запалення легень. Велике зацікавлення викликає й негативний вплив супутньої патології, зокрема анемічного синдрому (АС), на пацієнтів із негоспітальною пневмонією (НП), який зумовлений не тільки гіпоксією, але і зменшенням резистентності організму до інфекцій.

Мета. Оцінка рівнів TNF-α у БАВ в процесі лікування НП, поєднаної із АС.

Методи та результати дослідження. Динаміку рівнів TNF-α у БАВ вивчали у 11 пацієнтів із НП та у 35 пацієнтів із НП на фоні АС. Контрольна група – 15 практично здорових осіб (ПЗО). Рівні TNF-α у БАВ визначали методом імуноферментного аналізу на аналізаторі "StatFax 303 Plus" за допомогою реагентів "ПроКон" (ТЗОВ "Протеїновий контур", Росія).

Проведені дослідження показали, що у ПЗО рівень TNF-α у БАВ становив (22,11 ± 1,75) пг/мл ($p < 0,05$), тоді як до початку лікування у осіб із НП його вміст зріс у 1,55 рази, а в пацієнтів із НП на фоні АС рівень даного трансмітера зріс у 1,77 рази при порівнянні із групою ПЗО, склавши при цьому – (34,15 ± 1,22) пг/мл ($p < 0,05$) та (39,18 ± 1,26) пг/мл ($p < 0,05$), відповідно. На час повторної детекції, після завершення лікування осіб із НП вміст досліджуваного параметру зменшився на 16,78 % ($p < 0,05$), порівняно з показниками до лікування, але залишався в 1,29 рази ($p < 0,05$) вищим відносно групи ПЗО, що становило (28,42 ± 1,63) пг/мл ($p < 0,05$). За умови комплексного лікування хворих із НП на тлі АС нами спостерігалася компенсація рівня TNF-α на 33,10 % ($p < 0,05$) порівняно з його вихідним значенням, і в 1,17 рази вище, порівняно з групою контролю, що склало (25,86 ± 1,38) пг/мл ($p < 0,05$).

Висновки. Динаміка TNF-α на час завершення терапії була позитивно спрямованою, проте до значень норми даний трансмітер так і не повернувся. Верифікація АС при НП супроводжується достовірно більшим вмістом TNF-α у бронхоальвеолярному вмісті, який повністю не ліквідується при використанні загальноприйнятого лікування, що обумовлює пошук нових більш сучасних схем терапії поєднання таких патрологій.

ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ДО ТА ПІСЛЯ ГЕМОДІАЛІЗНОЇ СЕСІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

Сусла О.Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Дані літератури щодо впливу одного сеансу гемодіалізу (ГД) на прооксидантно-антиоксидатний гомеостаз у хворих із термінальною нирковою недостатністю (ТНН) достатньо суперечливі; не визначеним за цих умов залишається питання ролі оксидативного стресу (ОС) в розгортанні ендотеліальної дисфункції як важливого механізму прогресування атеросклеротичного пошкодження за хронічної хвороби нирок (ХХН).

Метою даної роботи було вивчення динаміки показників прооксидантно-антиоксидантної системи до та після ГД-сесії, а також дослідження взаємозв'язку прикінцевого продукту пероксидного окиснення ліпідів – малонового діальдегіду (МДА) – з вмістом стабільних метаболітів оксиду азоту (NO) – нітритів (NO_2) і нітратів (NO_3) – у хворих у діалізному періоді ХХН.

У дослідження було включено 20 (чоловіки, 9; вік, (41,0 ± 13,4) років; тривалість ГД, (40,4 ± 21,4) місяців) хворих із ТНН, які перебували на хронічному ГД (12 год/тиждень) з використанням синтетичних діалізаторів і бікарбонатного буфера. Переважали пацієнти з хронічним гломерулонефритом – 65 %. У хворих до та після сеансу ГД за стандартними методиками визначали плазмовий вміст МДА, активність супероксиддисмутази (СОД) і каталази (КТ) в еритроцитах, вміст SH-груп. Концентрацію NO_2 і NO_3 у плазмі крові вивчали спектрофотометричним методом. Для статистичного аналізу даних застосовували методи непараметричної статистики – Т-критерій Вілкоксона, рангові кореляції Спірмена.

Після сеансу ГД вміст МДА збільшився на 10,5 % ($p = 0,007$), активність СОД, КТ зросла на 8,9 % ($p = 0,005$) і 16,2 % ($p = 0,016$) відповідно, а концентрація SH-груп знизилась на 20,8 % ($p < 0,001$). Внаслідок ГД-сесії вміст NO_2 знизився на 18,4 % ($p < 0,001$), а NO_3 – на 13,4 % ($p = 0,007$). Вперше встановлено кореляційний зв'язок між вмістом МДА і NO_2 ($Rs = -0,56$, $p = 0,010$), водночас значущого зв'язку між показниками МДА і NO_3, стабільними метаболітами NO після сеансу ГД не зареєстровано.

Таким чином, одна ГД-сесія у хворих у діалізний період ХХН поєднується з активацією вільнорадикального окиснення ліпідів та дефіцитом NO. Розвиток ОС може бути одним із факторів зниження продукції і/чи біодоступності NO.

ВМІСТ МЕЛАТОНІНУ У ХВОРИХ ВІБРАЦІЙНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЇ

Сухонос Н.К.

Харківський національний медичний університет, Україна

Важливе місце в патогенезі вібраційної хвороби відіграє окислювальний стрес, який призводить до накопичення в тканинах цитотоксичних продуктів – вільних кисневих радикалів, що ушкоджують структурні білки, ферменти, клітинні макромолекули і дезоксирибонуклеїновою кислоту. Основна внутрішньоклітинна система інактивації вільних кисневих радикалів – мелатонін. Наявність циркадної ритміки артеріального і центрального венозного тиску у людей свідчить про участь мелатоніну і в регуляції функцій серцево-судинної системи. На користь цього говорить також присутність рецепторів до мелатоніну в м'язовому шарі і ендотелії судин.

Мета. Вивчення вмісту мелатоніну у хворих з вібраційною хворобою (ВХ) і супутньою гіпертонічною хворобою (ГХ) та оцінка впливу тяжкості патології на рівень його продукції

Матеріали та методи. Було обстежено 60 хворих на вібраційну хворобу, поєднану з гіпертонічною хворобою (основна клінічна група), 47 пацієнт з ВХ (група порівняння) та 22 практично здорових осіб (група контролю). У свою чергу кожна група була поділена на підгрупи за ступенем ВХ. Основну групу поділили на хворих ВХ I ступеня з ГХ II стадії (26 осіб) і другу підгрупу хворих ВХ II ступеня з ГХ II стадії (34 особи). Група порівняння була поділена на підгрупу з ізольованою ВХ I ступеня (21человек) і з ізольованою ВХ II ступеня (26 осіб). Вміст мелатоніну у сироватці крові визначали імуноферментним методом.

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, статистично достовірне зниження вмісту мелатоніну ($p < 0,001$) в основній клінічній группі при поєднанні ВХ II ст. та ГХ II ст.15, 2 пг/мл; Me [11,4; 18,2], в групі порівняння при ізольованій ВХ II 21, 2 пг/мл; Me [15,7; 25,9], у порівнянні з групою контролю 30,3 пг/мл; Me [23,4; 30,6]. У підгрупі ізольованої ВХ I ст. та ВХ I ст. ГХ II ст. статистично достовірного зниження вмісту мелатоніну не було виявлено.

Висновки. Таким чином, виявлені порушення мелатонінового обміну при ВХ та ГХ. Також виявлено, що на зниження продукції мелатоніну впливає не тільки прогресування ВХ, але більшою мірою поєднання ВХ з прогресуванням тяжкості ГХ.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ, ПОЄДНАНОЇ З ОСТЕОАРТРОЗОМ ТА НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА ЧИ ОЖИРІННЯМ ЗГІДНО КРИТЕРІЇВ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Тесленко Ю.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Актуальність теми. Досить часто стабільна стенокардія напруження (ССН) поєднуються з захворюваннями опорно-рухового апарату. При цьому одне з головних місць у даній категорії належить остеоартрозу (ОА). Згідно з сучасними даними ожиріння є первинним чинником ризику як для ОА, так і для серцево-судинних захворювань (ССЗ). Проведення оцінки якості життя (ЯЖ) у пацієнтів з коморбідними захворюваннями обумовлює не лише визначення стану пацієнтів, а й вибір тактики лікування.

Мета дослідження. Метою дослідження було вивчення особливостей перебігу ССН, поєднаної з ОА та надмірною масою тіла (НМТ) чи ожирінням (ОЖ) згідно критеріїв оцінки ЯЖ.

Матеріали та методи дослідження. За допомогою неспецифічного опитувальника для оцінки ЯЖ «SF-36 Health Status Survey» досліджено 145 хворих. Контрольну групу (КГ) склали 30 хворих (n=30) на стабільну стенокардію напруження (ССН) з нормальною масою тіла, без ОА. Дослідну групу (ДГ) склали 115 хворих (n = 115) на ССН в поєднанні з ОА та НМТ чи ожирінням. Згідно індексу маси тіла (ІМТ), як співвідношення ваги (кг) до зросту ($м^2$) хворих з НМТ (ІМТ 25-30 $кг/м^2$) було 10; з ОЖ І ступеню (ІМТ 30-35) 30 хворих; з ОЖ ІІ ступеню (ІМТ 35-40 $кг/м^2$) 40 хворих; з ОЖ ІІІ ступеню (ІМТ > 40 $кг/м^2$) 35 хворих. Чоловіків було 66 (45,5 %), жінок 79 (54,5 %). Середній вік хворих був 62 роки.

Результати проведеного дослідження. При обчисленні середніх значень загальних показників «Фізичного компоненту здоров'я» (Physical health – PH) та «Психологічного компоненту здоров'я» (Mental Health – MH) різниця була статистично значима для 1 % рівня значимості ($p < 0,01$) при зниженні середнього показника у хворих ДГ порівняно з КГ та відповідно до збільшення ІМТ. Показник PH був (41,48 ± 2,12) у хворих з НМТ; (33,09 ± 1,39) у хворих з ОЖ І ст.; (24,44 ± 1,15) у хворих з ОЖ ІІ ст. та (21,77 ± 0,82) у хворих з ОЖ ІІІ ст. порівняно з (43,67 ± 1,25) в КГ. Показник MH був (40,47 ± 2,55) у хворих з НМТ; (35,99 ± 1,37) у хворих з ОЖ І ст.; (30,5 ± 1,04) у хворих з ОЖ ІІ ст. та (24,99 ± 1,02) у хворих з ОЖ ІІІ ст. порівняно з (42,43 ± 1,28) в кг.

Висновок. Аналізуючи показники опитувальника SF-36 можна стверджувати, що у хворих на стабільну стенокардію напруження, поєднану з остеоартрозом та надмірною масою тіла або ожирінням відмічалось статистично достовірне зниження якості життя порівняного з хворими КГ та відповідно до збільшення ІМТ.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Титова А.Ю., Лепеева Е.А.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Соматогенные депрессии отличаются полиморфизмом симптоматики и, наслаиваясь на клиническую картину основного заболевания, затрудняют лечение и профилактику кардиоваскулярной патологии.

Цель – изучение аффективных расстройств у пациентов с острой сердечной недостаточностью (ОСН) на фоне первичного острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Обследовано 92 пациента с ОСН на фоне ОИМ. Пациенты были разделены на 3 группы согласно классификации ОСН по Killip. 1 группу составили 22 пациента с I классом ОСН (13 мужчин и 9 женщины, средний возраст (58,4 ± 6,8) лет), 2 гр. – 46 больных, II класс ОСН (27 мужчин и 19 женщин, средний возраст (59,4 ± 7,3) лет), 3 гр. – 24 пациента с III классом ОСН (13 мужчин и 11 женщин, средний возраст (63,6 ± 8,7) лет). Для оценки степени тревожно-депрессивных расстройств использовались шкала депрессии Бека. Оценка проводилась на 2 сутки от начала развития ОСН и на 12-14 сутки на фоне проводимой стандартной терапии, коррекция аффективных расстройств проводилась назначением флуоксетина.

Результаты. Изначально среди больных 1 группы преобладали пациенты с субдепрессией – 15 (68 %) ((13 ± 2) баллов по шкале Бека) и у 7 (32 %) пациентов была умеренная депрессия ((17 ± 2) баллов); у пациентов 2 группы были симптомы умеренной депрессии ((18 ± 1) баллов) у 14 больных (30,4 %) и депрессии средней тяжести ((23 ± 3) балла) – у 32 пациентов (60,6 %); в третьей группе у 10 пациентов (41,7 %) имела место выраженная депрессия ((26 ± 2) баллов), у 14 больных (58,3 %) – тяжелая депрессия ((36 ± 3) баллов). Выявленные соматогенные субдепрессивные расстройства у пациентов не требовали дополнительной коррекции и регрессировали на фоне проведения стандартной терапии. Пациентам с умеренной, выраженной и тяжелой депрессией назначался флуоксетин в дозировке 20мг, 40мг и 60 мг в сутки соответственно. На 12-14 день отмечалась позитивная динамика во всех трех группах в виде уменьшения степени тяжести аффективных расстройств на 4 балла в 1 группе, на 5 баллов во 2-й и на 7 баллов в 3-й.

Выводы: При нарастании тяжести ОСН у пациентов с ОИМ отмечается усугубление проявлений депрессивных расстройств. Учитывая отсутствие негативных кардиотропных эффектов и выявленный позитивный эффект в коррекции соматогенной депрессии у пациентов с ОСН на фоне ОИМ, флуоксетин может быть рекомендован для лечения данной когорты пациентов.

ОСОБЕННОСТИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Ткаченко О.В.

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

Цель исследования. Оценить изменения антропометрических показателей у женщин в менопаузе.

Материал и методы. Было обследовано 15 пациенток средний возраст (51,73 ± 6,96 лет) в менопаузе с диагнозом метаболическая кардиомиопатия, СН 1 ст., I-II ФК по классификации NYHA. Из обследованных 7 женщин (46,7 %) принимали ЗГТ (фемостон 1/10), 8 (53,3 %) ЗГТ не принимали. У 10 женщин (66,7 %) продолжительность менопаузы была менее 5 лет, у 5 женщин дольше (33,3 %). 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 9 обследуемых (60,0 %) отмечалась избыточная масса тела (ИМТ > 25). Процентное содержание жира в организме было выше нормы для данной возрастной категории у 13 женщин (86,7 %). Уровень висцерального жира превышал нормальные показатели для данной возрастной категории у 5 женщин (33,3 %), низкое процентное содержание скелетных мышц было отмечено у 3-х женщин (20,0 %) с менопаузой более 5-ти лет. Основной обмен у всех женщин составил менее 2000 ккал в сутки и положительно коррелировал ($r = 0.96$, $p = 0,0001$) с массой тела. При этом процентное содержание висцерального жира коррелировало с ИМТ ($r = 0,83$, $p = 0,003$).

Выводы: у женщин в менопаузе отмечается снижение основного обмена, сопровождаемое увеличением процентного содержания висцерального жира (Visceral fat) и увеличением ИМТ.

ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТНОМУ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ВВЕДЕННЯ

Тодоріко Л.Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,Україна

Мета дослідження. Оцінити клінічну ефективність застосування таблетованої та ін'єкційної форми левофлоксацину в інтенсивній фазі хіміотерапії (ІФХТ) у хворих на вперше діагностований мультирезистентний туберкульоз легень.

Об'єкт і методи дослідження. У відкрите рандомізоване дослідження включено 57 хворих (74,3 % чоловіків, 25,7 % жінок) віком від 20 до 76 років. Підбір хворих здійснювали за критеріями введення і виведення, згідно з вимогами Належної клінічної практики (GCP). Хворі включені у дослідження методом підбору пар, були поділені на 2 групи: I група (гр. I) – 25 хворих, яким в ІФХТ левофлоксацин (торгова назва «Лефлоцин», виробник ТОВ «Юрія-фарм») застосовувався у дозі 1000 мг перорально упродовж 8 місяців; II група (гр. II) – 23 пацієнти, яким в ІФХТ левофлоксацин (того ж виробника) застосовувався внутрішньовенно по 1000 мг на добу упродовж 1-го місяця, а потім по 1000 мг перорально упродовж 7-ми місяців. Моніторинг лікування хворих на МРТБ проводився (наказ МОЗ України № 1091 від 21.12.2012 р., розділ А.3.2.8 та додаток № 13): щомісячне мікроскопічне дослідження мокротиння та щомісячне культуральне дослідження мокротиння до його конверсії, у подальшому – 1 раз на 3 місяці. ТМЧ проводився на початку лікування і кожні 3 місяці, якщо у пацієнта продовжують визначати бактеріовиділення методом мікроскопії та/або посіву. Рентгенологічне обстеження – на початку та кожні 3-6 місяців. Загальний аналіз крові та сечі - на початку лікування та щомісячно.

Результати та їх обговорення. Під час завершення ІФХТ у гр.I бактеріовиділення припинилось у 20 % хворих та у гр. II у 34,8 % випадків. Повне розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін у групах порівняння відмічалося у 8,0 % та 13,0 % випадках відповідно; регресія каверн у 24,0 % та у 30,4 % пацієнтів. Нормалізація показників загального аналізу крові у гр. I відмічалося у 24,0 % пацієнтів, відповідно у гр. II – у 34,8 %. Відсутність основних клінічних проявів туберкульозу у гр. I спостерігалося у 36,0 % випадків та у гр. II – у 52,2 %, відповідно.

Висновок. При порівнянні ефективності таблетованої та ін'єкційної форм введення левофлоксацину в інтенсивній фазі хіміотерапії, встановлено, що ефективнішою виявилася ін'єкційна форма левофлоксацину ($p = 0,01$), при якій бактеріовиділення припинилось у 34,8 %, розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін відмічалося у 13,0 % випадках, регресія каверн у 30,4 %, відсутність основних клінічних проявів туберкульозу у 52,2 %.

СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ЯК ПРОЯВ СИСТЕМНОГО ЕФЕКТУ ПРИ ПОШИРЕНИХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Тодоріко Л.Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У хворих на туберкульоз легень (ТБЛ) патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ) займає третє місце по коморбідності. Ще у кінці XIX віку з'явилось поняття «претуберкульозної диспепсії». Це було пов'язане з тим, що у частини хворих з неясним діагнозом, що скаржилися на стійку відсутність апетиту, схуднення, неприємні відчуття в епігастральній області, і які роками відвідували лікаря, у подальшому виявлявся туберкульоз легень.

Хронічна патологія ШКТ, викликаючи глибокі обмінні порушення і дисфункцію вегетативної нервової системи на рівні головного мозку призводить до падіння імунної реактивності організму і поглиблює імунний дисбаланс при ТБЛ. Крім того, патологія дуоденальної області має негативний холінергічний вплив на легеневу вентиляцію, що сприяє торпідному перебігу інфекційних захворювань легень. Суттєву роль у патогенезі ТБЛ та коморбідності з ШКТ відіграють різноманітні порушення імунного гомеостазу, особливо у хворих з вираженими симптомами захворювання, тривалим, рецидивуючим перебігом. Значна частота поєднаних захворювань пояснюється не тільки спорідненими патогенетичними факторами захворювань, а й неблагоприємною дією лікарських препаратів на ШКТ у хворих на ТБЛ, поширенням серед останніх, обтяжених соціальних і поведінкових факторів. Однією з причин неефективного лікування ТБЛ є порушення всмоктування протитуберкульозних препаратів (ПТП), що приймаються per os, внаслідок чого у хворих не досягається необхідна концентрація у крові та вогнищах ураження, що сприяє розвитку хіміорезистентного ТБЛ. У хворих на ТБЛ спостерігається наростання ендогенної інтоксикації, що пов'язано з присутністю МБТ в організмі і формується метаболічна декомпенсація з катаболічною спрямованістю процесів білкового метаболізму, що супроводжується поступовим виснаженням важливого механізму детоксикації, зниженням концентрації сироваткового альбуміну. Надмірно виражений синдром системної запальної відповіді при ТБЛ призводить до формування синдрому мальабсорбції.

Для вирішення проблеми ефективного лікування слід рекомендувати парентеральний шлях уведення ПТП хворим на ТБ, з коморбідністю ШКТ. Перевагами ін'єкційного шляху введення ПТП хворим на ТБЛ є 100 % біодоступність та контроль, точне дозування, швидке утворення високої концентрації препарату у вогнищі ураження, що не залежить від стану травної системи, особливостей харчування, наявності супутньої патології, знижується кількість побічних ефектів, інтенсифікується лікування, зменшується ризик формування хіміорезистентних форм.

ТЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МИОКАРДИТОВ И КАРДИОМИОПАТИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ

Тодуров Б.М., Дружина А.Н., Ковтун Г.И., Михайлова А.В.
Киевская городская клиническая больница
«Киевский городской центр сердца», Украина

Цель. Оценить эффективность комплексного лечения тяжелых миокардитов и кардиомиопатий, включающего методы эфферентной терапии.

Материалы и методы. В исследование были включены 94 пациента с диагнозом дилатационная кардиомиопатия (ДКМП), хронический миокардит средней и тяжелой степени тяжести, из которых 90 (95,7 %) мужчин и 4 (4,3 %) женщины. Средний возраст (31 ± 8,5) года. Диагноз устанавливался на основании клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования. Клиническими проявлениями ДКМП и миокардитов были симптомы застойной сердечной недостаточности. Среди инструментальных методов диагностики важнейшим является эхокардиография, при проведении которой измеряли конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ) левого желудочка. Также проводилось лабораторное исследование уровня натрийуретического пептида (BNP), выделяющегося в ответ на избыточное растяжение кардиомиоцитов. Инструментальные методы исследования проводились до начала эфферентной терапии, а также последовательно после каждой процедуры и являлись основным диагностическим критерием для назначения дальнейших процедур. Лабораторные методы исследования проводились на начальных и конечных этапах терапии и являлись маркером эффективности проведенного комплексного лечения.

Результаты. В среднем по группе до начала проведения эфферентной терапии данные ЭхоКГ составили: КДО-285,5 мл (220-403 мл), КСО-217,3 мл (233-335 мл), ФВ – 24,7 % (19-29 %). После проведения курса эфферентной терапии были получены следующие результаты: КДО – 180,3 мл (130-230 мл), КСО – 114,1 мл (85-101 мл), ФВ – 37,3 % (30-44 %). Уровень BNP до начала лечения в среднем составил 4225,8 нг/мл (1250-4065 нг/мл), после курса терапии BNP составил 235,5 нг/мл (190-2030 нг/мл).

Выводы. Полученные результаты ЭхоКГ и уровня BNP у пациентов до и после лечения позволяют считать эффективным использование эфферентных методов лечения в комплексе с медикаментозной терапией.

АДГЕЗИВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОНОЦИТІВ ТА НЕЙТРОФІЛІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

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

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

Переміщення моноцитів та нейтрофілів з периферичної крові в тканину нирки обумовлене їх захисною функцією, але разом з тим може бути важливим чинником розвитку ураження ниркової тканини. Показано, що активація й адгезія моноцитів та нейтрофілів сприяє виникненню і прогресуванню ХХН та її ускладнень. Ефекти моноцитів та нейтрофілів реалізуються через міжклітинні взаємодії, які забезпечуються позаклітинним матриксом, розчинними медіаторами та адгезивними молекулами. Відомо, що провідна роль в адгезії клітин належить молекулам міжклітинної адгезії ICAM-1 (CD54).

Мета дослідження – вивчення експресії ICAM-1 на моноцитах і нейтрофілах крові хворих на ХХН.

Матеріали та методи. Було обстежено 45 хворих на ХХН у віці від 36 до 78 років. Хворі були розподілені на групи в залежності від ступеня ураження нирок. Нейтрофіли та моноцити виділяли з периферичної крові шляхом двоступеневого градієнтного центрифугування. Кількість CD54 позитивних клітин оцінювали непрямим імуноцитохімічним методом з використанням моноклональних антитіл до антигену CD54 (ТОВ “Сорбент”, Москва).

Результати дослідження. У хворих на ХХН спостерігається зростання експресії молекул адгезії ICAM-1 нейтрофілами та моноцитами, яке виражається підвищенням кількості CD54 позитивних клітин. При хронічному гломерулонефриті експресія ICAM-1 моноцитами та нейтрофілами вірогідно вища в порівнянні з хронічним пієлонефритом, що може обумовлюватися більш високим рівнем запальних процесів.

У всіх випадках експресія ICAM-1 на моноцитах була більш вираженою ніж на нейтрофілах. Останнє певною мірою відображає хронізацію захворювання.

Висновки. Зростання експресії адгезивних молекул на нейтрофілах та моноцитах при ХХН може сприяти порушенню клітинної кооперації при цьому захворюванні та відігравати визначальну роль в його патогенезі та розвитку ускладнень.

ПРИМЕНЕНИЕ АКТОВЕГИНА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Топчий И.И., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С., Семеновых П.С.
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», г. Харьков

Как причину потери клеток почки при диабетической нефропатии (ДН) в настоящее время рассматривают апоптоз – вид запрограммированной клеточной гибели. Содержание $CD95^+$-клеток в крови считается количественным показателем апоптической готовности.

В настоящее время доказаны антиоксидантные, антигипоксантные, вазодилатирующие эффекты актовегина при лечении больных сахарным диабетом. Однако особенности действия данного препарата при ДН изучены недостаточно.

Цель исследования: изучение влияния актовегина на апоптотическую готовность лейкоцитов периферической крови у больных ДН.

Материалы и методы. Обследовали 80 больных ДН в возрасте от 42 до 83 лет. Больные были распределены на две группы в зависимости от схем лечения. Первая группа состояла из 35 больных, которые получали базовую сахароснижающую и нефропротекторную терапию. Во вторую группу вошли 45 человек, которые дополнительно получали инфузии актовегина в дозе 400мг в сутки на протяжении 10 дней. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей. Для выделения лейкоцитов из периферической крови применяли метод градиентного центрифугирования. Количество $CD95^+$-клеток оценивали непрямым иммуногистохимическим методом с использованием моноклональных антител к антигену CD95 (ТОО “Сорбент”, Москва).

Результати исследования. При ДН имеет место существенное повышение апоптической готовности лейкоцитов по сравнению со здоровыми донорами. Так, у больных ДН количество CD95+-лейкоцитов составило $(51,9 \pm 4,8)$ %, контроль - $(26,3 \pm 3,5)$ %, ($p < 0,05$). После курса лечения в группе больных, которые дополнительно получали актовегин, отмечалось значительное снижение исследуемого показателя до $(38,2 \pm 4,6)$ %, тогда как в первой группе количество CD95+-клеток в динамике лечения составило $(47,6 \pm 4,3)$ %.

Выводы: У больных ДН значительно повышается экспрессия CD95 лейкоцитами периферической крови. Применение актовегина в комплексном лечении ДН понижает апоптическую готовность лейкоцитов. Вероятно, нефропротекторные эффекты препарата могут быть связаны с его влиянием на апоптоз.

ВЛИЯНИЕ КАРДИОАРГИНИНА НА ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МОНОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Топчий И.И., Семеновых П.С., Гальчинская В.Ю., Якименко Ю.С., Ефимова Н.В.

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

Принципиальную роль в формировании ренальной патологии и сердечно-сосудистых осложнений играют воспалительные реакции. Наиболее значимыми маркерами функциональной активности иммуннокомпетентных клеток являются: CD16 Fc-рецептор, способствующий активации моноцитов; а также трансмембранный гликопротеин CD95 – первый специализированный рецептор для индукции апоптоза. Роль данных маркеров в патогенезе таких заболеваний, как хронический гломерулонефрит (ХГН) и ишемическая болезнь сердца (ИБС), а также их зависимость от применяемой фармакотерапии изучены недостаточно.

Цель исследования – изучение экспрессии CD16- и CD95- антигенов моноцитами периферической крови больных ХГН в сочетании с ИБС в динамике лечения кардиоаргинином.

Материалы и методы. Обследовано 68 пациентов, страдающих ХГН в сочетании с ИБС. Контроль – 15 здоровых доноров. В зависимости от схем терапии больных распределили на 2 группы. Первую составили 32 пациента, которые получали базовую терапию: ингибитор АПФ, β-адреноблокатор, статины, ацетилсалициловую кислоту. Во вторую группу вошло 36 больных, которым дополнительно был назначен препарат, содержащий L-аргинин – кардиоаргинин. Моноциты выделяли из периферической крови путем градиентного центрифугирования. Количество CD16 + и CD95+ клеток оценивали непрямым иммунноцитохимическим методом.

Результаты исследования. Выявлено существенное повышение экспрессии CD16 и CD95 моноцитами пациентов с коморбидной патологией по сравнению с контролем. Применение базовой терапии способствовало снижению исследуемых показателей, однако, эти изменения не были достоверными. Дополнительное назначение кардиоаргинина приводило к существенному уменьшению количества CD16+моноцитов на 33,1 % и уровня экспрессии CD95 на 26,8 % по сравнению с показателями до лечения.

Выводы. Коррекция уровня активированных моноцитов и снижение их апоптотической готовности под влиянием кардиоаргинина может быть обусловлена противовоспалительными и антиоксидантными свойствами этого препарата. В комплексном лечении больных ХГН в сочетании с ИБС целесообразным является использование препаратов, которые содержат аргинин, в частности кардиоаргинина.

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТИ ПАРАОКСОНАЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

Топчий И.И., Кириенко А.Н., Щенявская Е.Н., Гридасова Л.Н., Бирюкова И.Т., Гальчинская В.Ю.

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

Целью работы было изучение изменений активности параоксоназы 1 (PON-1) и показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных хронической болезнью почек (ХБП) в динамике комбинированного лечения. PON1 – фермент, синтезирующийся в печени, относящийся к классу арилдиалкилфосфатаз (арилестераз), осуществляющих деструкцию (гидролиз) фосфорорганических соединений (нейротоксинов).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 84 больных, из них 21 пациент с гипертонической болезнью (ГБ), 27 больных – с хроническим пиелонефритом (ХПН) и 36 человек – с хроническим гломерулонефритом (ХГН). Диагноз ХХН устанавливали в соответствии с классификацией, принятой на II Национальном съезде нефрологов Украины в 2005 г. Активность PON1 определяли по методу, основанному на использовании параоксона для образования р-нитрофенола, концентрацию которого в пробе при pH 10,5 и 25°С измеряли спектрофотометрически при длине волны 405 нм.

Про-антиоксидантный статус оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) и сульфгидрильных групп (SH-групп) спектрофотометрическим методом. Уровень МДА определяли по реакции с тиобарбитуровой кислотой (ТБК), которая при высокой температуре (100°С) в кислой среде pH 2,5-3,5 приводит к образованию окрашенного триметилового комплекса, SH-групп – по реакции тиолдисульфидного обмена с использованием специфического тиолового реагента – 5,5 дитиобиснитробензойной кислоты (ДТНБ – реактив Элмана).

Для больных с ХГН и ХПН отмечалось характерное существенное повышение уровней конечных продуктов ПОЛ и снижение активности антиоксидантной системы в плазме крови. Под действием комплексного лечения больных с ХБП отмечено снижение уровней конечных продуктов ПОЛ ($p < 0,05$) и повышение уровней SH-групп. Также в процессе терапии отмечалось увеличение активности PON-1 как при ХПН ($p < 0,05$), так и ХГН ($p < 0,05$) на фоне снижения уровня МДА.

Взводы. Комплексное лечение больных с ХБП приводит к снижению уровней конечных продуктов ПОЛ, повышению уровня SH-групп и активности PON-1, что указывает на достоверный нефропротекторный эффект терапии.

ПОКАЗНИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК

Топчій І.І., Циганков О.І., Кірієнко О.М., Бенько О.Г., Дунаєвська М.М., Конькова В.С.

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

Мета дослідження – вивчення особливостей морфологічних та функціональних змін серця хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) та гіпертонічну хворобу (ГХ) у взаємозв'язку з функціональними показниками ендотелію та в динаміці лікування із застосуванням препаратів L-аргініну.

Матеріали та методи. Обстежено 86 хворих на ХХН у віці від 36 до 78 років, 54 хворих з хронічним пієлонефритом (ХПН), 32 хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН). Всі хворі були розподілені на групи в залежності від ступеня ураження нирок. Групу порівняння та групу контролю склали, відповідно, 46 хворих на ГХ та 22 здорових донорів репрезентативних за статтю та віком. Хворим проводили базисне лікування іАПФ або АРАІІ. Для корекції функціонального стану ендотелію використовували донатор L-аргініну – кардіоаргінін внутрішньовенно крапельно в дозі 10 мл на інфузію протягом 10 діб.

Вміст нітриту в плазмі венозної крові визначали фотометричним методом за реакцією Гріса. Вміст суми метаболітів оксиду азоту визначали за реакцією Гріса після відновлення нітрату з нітрит цинкової пилом

Серцева гемодинаміка вивчалася методом кількісної ехокардіографії з розрахунками параметрів кардіогемодинаміки по Teicholz L., et al. (1972).

Додаткове призначення кардіоаргініну приводило до потенціювання ефекту базисної терапії і додатковому достовірному зростанню концентрації нітриту ($p > 0,05$) і зниження вмісту суми нітрит + нітрат ($p > 0,05$) у плазмі крові у всіх групах хворих порівняно з показниками до лікування.

У хворих на гіпертонічну хворобу, хронічний гломерулонефрит і хронічний пієлонефрит додаткове призначення кардіоаргініна потенціює нефро- та кардіопротекторну ефективність терапії, покращує діастолічну функцію міокарду у вигляді підвищенням швидкості наповнення лівого шлуночка, яке обумовлене покращенням функції ендотелію.

СВЯЗЬ МЕЖДУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА В1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ

Удовиченко М.М., Рудык Ю.С., Лозик Т.В.

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

Целью данной работы было изучение связи антропометрических показателей, таких как рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), индекс талия/бедро (ИТБ) у пациентов с сердечной недостаточностью (СН) и различных типов полиморфизма гена β1-адренорецепторов.

Материалы и методы. Был обследован 121 пациент с установленной ХСН II-IV ФК по NYHA и со сниженной ФВ (менее 45 %). Среди обследованных пациентов – 99 (81,8 %) мужчин и 22 (18,2 %) женщины в возрасте от 38 до 86 лет (средний возраст (62,2 ± 0,9) года). С помощью полимеразной цепной реакции были определены полиморфизмы гена β_1-адренорецептора (Б1АР) по Gly389Arg и Ser49Gly точечным мутациям. Исследование антропометрических показателей проводилось с помощью ростомера, сантиметровой ленты и медицинских весов. Определение ИМТ проводили по формуле Кетле. Статистическая обработка проводилась методами вариационной статистики программного пакета «Statistica».

Результаты исследования. В результате исследований было установлено, что у носителей Ser49Ser генотипа масса тела составила (90,3 ± 2,0) кг, ИМТ (30,9 ± 0,6) кг/м², у пациентов с Ser49Gly полиморфным вариантом значения данных параметров составили (87,6 ± 3,5) кг и (30,0 ± 1,53) кг/м², соответственно. Достоверных корреляций между Ser49Ser, Ser49Gly вариантами и массой тела, ИМТ, ОТ, ОБ, ИТБ получено не было ($p > 0,05$). При анализе связей вышеперечисленных показателей и полиморфизмов гена Б1АР по 389 локусу, наименьший вес был выявлен у пациентов, носителей Gly389Gly (77,1 ± 4,3) кг по сравнению с пациентами с Arg389Arg генотипом (92,8 ± 2,6) кг, ($p < 0,05$). Данная тенденция сохранялась и для значений ИМТ ((27,7 ± 1,7) кг/м² в сравнении с (31,3 ± 0,8) кг/м², соответственно), однако не достигла статистической значимости ($p = 0,08$).

Выводы. Таким образом, присутствие Gly389 у пациентов с СН было ассоциировано с более низкими значениями массы тела. Достоверной связи между полиморфизмами гена Б1АР по 49 локусу и вышеперечисленными антропометрическими параметрами выявлено не было.

ЕКСПРЕСІЯ ЦИКЛООКСИГЕНАЗИ-2 В СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ СТРАВОХОДУ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Фадєєнко Г.Д., Кушнір І.Е., Гальчінська В.Ю., Єфімова Н.В., Шапкін А.С.

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

Молекулярні процеси, що лежать в основі виникнення та розвитку гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) залишаються невиясненими і в даний час знаходяться в фокусі інтенсивних досліджень. Не підлягає сумніву критична роль процесів запалення в реалізації патогенних механізмів цієї патології. На даний час в фокусі інтенсивних досліджень механізмів хронічного запалення в стравоході при ГЕРХ знаходиться маркер запалення індуцибельний фермент циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2)

Мета дослідження – вивчення експресії маркера запалення індуцибельного фермента циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) в слизовій оболонці (СО) стравоходу хворих на ГЕРХ.

Матеріали та методи. Для гістологічних досліджень застосовували забарвлення гематоксиліном і еозином. Подальше дослідження проводили на препаратах СО стравоходу з ознаками рефлюкс-езофагіту та порівнювали їх з препаратами незміненої СО.

Експресію ЦОГ-2 виявляли на парафінових зрізах завтовшки 5 мкм непрямим імуногістохімічним пероксидазним методом з використанням моноклональних антитіл виробництва Thermo Scientific (США) та з подальшою інкубацією з діамінобензидином і дофарбовуванням метиленовим зеленим або гематоксиліном Майєра.

Результати дослідження. При проведенні нами імуногістохімічного дослідження біопсійного матеріалу було виявлено, що імунореактивність ЦОГ-2 суттєво вища ($p < 0,05$) при рефлюкс-зофагіті 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.

Висновки. У хворих на ГЕРХ відзначається суттєве зростання експресії ЦОГ-2 в клітинах СО стравоходу, що може відігравати визначальну роль в патогенезі захворювання та його ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ ТА ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Фадєєнко Г.Д., Кушнір І.Е., Чернова В.М., Гальчінська В.Ю., Бондар Т.О., Єфімова Н.В.

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

Роль процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та оксиду азоту (NO) у розвитку та прогресуванні гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) в теперішній час не є однозначною. Завдяки участі NO не тільки регулюється моторика стравоходу, але і виконується захисна роль його в слизовій оболонці шлунку. Протективну роль NO пов'язують з підвищенням мікроциркуляції, стабілізацією функції опасистих клітин та епітелію. У той же час, надлишок NO, так само як і дефіцит, пригнічує бар'єрну функцію слизових оболонок, підвищує їх проникність та поглиблює клітинне ураження. Тому **метою** нашого дослідження було визначення стабільних метаболітів оксиду азоту в сироватці крові та сечі та показників ПОЛ у 20 хворих на ГЕРХ та неерозивну рефлексну хворобу (НЕРХ).

Вміст суми стабільних метаболітів NO – (NO_2 + NO_3) вимірювали у плазмі крові та у сечі спектрофотометричним методом за реакцією Гриса з 1 % розчином сульфонаміду та 0,1 % розчином N-1-нафтил-етилендіамін дігідрохлориду після відновлення нітрату до нітриту цинковим пилом. Депротеїнізацію зразків плазми та сечі здійснювали 55 мМ $ZnSO_4$ та 75 мМ NaOH у об'ємному співвідношенні 2/5. Вимірювання оптичної щільності забарвленого комплексу проводили на колориметрі фотоелектричному "SPEKOL-11" при 540 нм у кюветі з довжиною оптичного шляху 1см. Визначення малонового діальдегіду (МДА) у плазмі крові проводили за реакцією з тіобарбітуровою кислотою. Визначення вмісту сульфгідрильних груп (SH) в гемолізаті та у сироватці крові проводили з реактивом Еллана.

Визначено підвищення рівня МДА та відновлених сульфгідрильних груп, а також зниження вмісту супероксиддисмутази та глютатіонпероксидази у хворих на ГЕРХ, причому ступінь виразності змін корелювала зі ступенем важкості рефлюкс-езофагіту ($r_s = 0,28$; $p < 0,05$). Вміст стабільних метаболітів оксиду азоту (NO_2 + NO_3) у сироватці крові хворих на ГЕРХ складав (28,66 ± 3,89) мкмоль/л, у хворих на НЕРХ – (19,94 ± 1,96) мкмоль/л. Аналогічні результати були отримані при визначенні (NO_2 + NO_3) в сечі обстежених хворих. Так, у хворих на ГЕРХ рівень стабільних метаболітів складав (453,97 ± 146,06) мкмоль/л, у хворих на НЕРХ (205,56 ± 37,78) мкмоль/л.

Таким чином, були визначені достовірні відмінності між вмістом (NO_2 + NO_3) у сироватці крові та у сечі хворих на ГЕРХ та НЕРХ. Концентрація метаболітів оксиду азоту на НЕРХ була вірогідно нижчою порівняно з групою хворих на ГЕРХ, як у сироватці крові, так і у сечі. Причому ступінь порушень метаболізму NO зростала пропорційно обтяженню ступеня запально-деструктивних змін слизової оболонки стравоходу.

ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ПРИ СОЧЕТАНИИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Фадеенко Г.Д., Чирва О.В., Несен А.А.

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

Цель исследования: повысить эффективность прогноза кардиальной формы нейроциркуляторной дистонии (НЦД) в сочетании с функциональными заболеваниями органов пищеварения (ФЗОП) организма у больных лиц организованной студенческой популяции путем оценки адаптационных и функциональных возможностей организма.

Материалы и методы: обследовано 81 больных кардиальной формой НЦД (58 (71,6 %) женщин и (23 (28,4 %) мужчин, средний возраст (21,1 ± 3,3) лет. Всем пациентам определяли антропометрические, гемодинамические показатели, общеклинические анализы; инструментальное обследование – электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Индекс функциональных изменений (ИФИ) рассчитывали, используя формулу Р.М. Баевского: ИФИ = 0,011*частоту сердечных ссокращений + 0,014* (систолическое артериальное давление + возраст) + 0,008*диастолическое артериальное давление + 0,009*(масса тела (кг) – рост (см)) – 0,27. В зависимости от клинической картины обследуемые были поделены на четыре группы: I – (НЦД + ФД), II – (НЦД + СРК), III – (НЦД + ФД + СРК) («синдром перекреста»), IV – НЦД без ФЗОП (группа сравнения). Группу контроля составили 48 практически здоровых добровольцев.

Результаты: снижение адаптационных и функциональных возможностей было выявлено во всех группах. Так, показатели ИФИ в исследуемых группах составили: (НЦД + ФД (n = 21)) – (2,07 ± 0,05) (p > 0,05), (НЦД + СРК (n = 11)) – (3,68 ± 0,12) (p > 0,05), (НЦД + ФД + СРК (n = 10)) – (3,16 ± 0,31) (p < 0,001), группа сравнения (n = 39) – (3,71 ± 0,11) (p > 0,05), контроль (n = 48) – (3,58 ± 0,09). Функциональные возможности и адаптационное состояние были оценены как неудовлетворительные у 82,3 % больных группы (НЦД + ФД), 76,9 % – группы (НЦД + СРК), 33,4 % – группы (НЦД + ФД + СРК), 79,0 % – группы сравнения и 77,8 % – контрольной группы. Резко сниженные функциональных возможностей и срыв адаптации были выявлены у 5,9 % больных группы (НЦД +ФД), 7,7 % – группы (НЦД + СРК), 16,6 % – группы (НЦД + ФД + СРК), 10, 5% – группы сравнения.

Выводы: снижение адаптационных и функциональных возможностей наблюдается у большинства больных ФЗОП на фоне НЦД. Статистически значимый срыв адаптации и резкое снижение функциональных возможностей у лиц молодого возраста характерно для сочетания (НЦД + ФД + СРК).

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ГУМОРАЛЬНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ У ОСІБ, ЩО ЗАЗНАЮТЬ ХРОНІЧНОГО СОЛЬОВОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Фатула М.І., Рішко О.А., Блецкан М.М., Свистак В.В.
Ужгородський національний університет, Україна

Мета роботи: Вивчити особливості стану гуморальних систем організму у осіб, що проживають та працюють в умовах «хронічного сольового навантаження ».

Матеріали та методи. Обстежено 1452 осіб, що проживають та працюють в умовах «хронічного сольового навантаження». Обстеження включало: визначення порогу смакової чутливості до кухонної солі, вмісту електролітів в крові та добового натрій- та калійурезу; оцінку стану гуморальних систем організму з визначенням в плазмі крові: активності реніну, концентрації альдостерону, прогестерону, кортизолу; простагландинів F та E з наступним вирахуванням співвідношення простагландинів F/простагландинів E (ПГF/ПГE).

Результати та їх обговорення. Зміна біосинтезу простагландинів у хворих на артеріальну гіпертензію в умовах багаторічного перевантаження організму хлоридом натрію можуть бути однією з причин важкого перебігу хвороби та резистентності до антигіпертензивної терапії. Для даної категорії хворих характерно: зниження ниркового плазмотоку та кровотоку, зниження клубочкової фільтрації з збільшенням загального та ниркового судинного опору; підвищення в плазмі концентрації альдостерону; підвищення концентрації натрію в еритроцитах та плазмі крові; підвищення в крові рівня простагландинів F,що призводить, в свою чергу, до подальшого збільшення загального та ниркового судинного опору. Крім того, уже на початку захворювання у них формується переважно гіпокінетичний тип кровообігу та відмічається збільшення об'єму циркулюючої крові (″об'єм-залежна″ форма артеріальної гіпертензії).

Висновки. Провідною ланкою патогенезу артеріальної гіпертензії при хронічному перевантаженні організму хлоридом натрію є порушення пресорно-депресорної та гемодинамічної функції нирок, а збільшення об’єму циркулюючої крові призводить до формування ″об′єм-залежної ″ артеріальної гіпертензії, що необхідно враховувати при лікуванні даної категорії хворих.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАСОБИ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Фатула М.І., Рішко О.А., Блецкан М.М., Свистак В.В., Ганич О.Т.
Ужгородський національний університет, Україна

Вступ. На сьогодні розроблені методи діагностика та лікування хворих на хронічну серцеву недостатність, але немедикаментозним методам лікування, зокрема застосуванню лікарських трав у лікуванні даної категорії хворих, приділяється недостатня увага.

Метою дослідження було вивчення ефективності фітотерапевтичних засобів у комплексному лікуванні хворих на хронічну серцеву недостатність.

Матеріали та методи. Обстежено та проліковано 106 хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН), основною причиною якої були атеросклеротичний кардіосклероз, гіпертонічна хвороба II-III стадії, кардіоміопатії. Вік хворих коливався в межах 45-75 років, середній вік – (52,3 ± 3) роки. Чоловіків було 72 %, жінок – 28 %. Тривалість основного захворювання 3-18 років, в середньому – (7,8 ± 1,6) року.

Хворі були розподілені на дві репрезентативні групи: перша група (50 чоловік) отримувала базову терапію, друга група (56 чоловік) крім базової терапії додатково отримувала настій з лікувальних трав, який складався із березових бруньок, стовпчиків з приймочками кукурудзи, трави материнки звичайної, листя петрушки кучерявої, трави споришу звичайного, трави хвоща польового.

Результати та їх обговорення. У групі хворих із хронічною серцевою недостатністю, які додатково до базової терапії отримували настій лікарських трав, у порівнянні з першою групою, на 2–4 дні скоріше зменшувалися симптоми серцевої недостатності: задишка, асцит, набряки поясниці, ніг, покращувалися сон та самопочуття.

Добовий діурез у другій групі хворих в кінці першого тижня лікування настоями лікарських трав збільшився на 40 % при ХСН II, при ХСН III – на 32 %, при ХСН IV – на 15 %.

Висновки. Лікарські трави у комплексному лікуванні хворих із хронічною серцевою недостатністю доцільно призначати на початкових стадіях захворювання. Вони певною мірою посилюють діуретичну дію синтетичних діуретиків.

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ХВОРИХ З ПІДВИЩЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Феджага І.В.

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

Зв'язок ожиріння з захворюваннями підшлункової залози (ПЗ), у т. ч. з хронічним панкреатитом (ХП), вивчений недостатньо.

Мета дослідження – виявити і вивчити взаємозв'язок порушень екзокринної функції підшлункової залози і показників ліпідного обміну у хворих з підвищеною масою тіла та ожирінням

Матеріал та методи. Досліджено 228 хворих на ХП, серед них було 98 (42,9 %) чоловіків та 130 (57,1 %) жінок віком від 17 до 70 років (середній вік склав (42,6 ± 4,6 років). Серед пацієнтів відповідно до індексу маси тіла 68 хворих (28,6 %) були з нормальної масою тіла, ожиріння I ступеня діагностовано у 76 (32,1 %), II ступеня – у 57 (24,1 %), III ступеня – у 36 (15,2 %) хворих. Ожиріння у всіх хворих мало аліментарно-конституціональний характер. Система обстеження містила в собі як загальноклінічні, так і спеціальні методи обстеження. У роботі були застосовані наступні методи дослідження: збір даних анамнезу, клінічне спостереження за хворими, загальноклінічні лабораторні, біохімічні, імуноферментні методи дослідження; інструментальні методи дослідження: експрес-методика комп'ютерної внутрішньошлункової pH-метрії, багатогодинний та добовий моніторинг pH шлунка, C^{13}-уреазний дихальний тест, C^{13}-амілазний дихальний тест, УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору.

Результати дослідження. У групі хворих на ХП з підвищеною масою тіла та ожирінням виявлені супутні захворювання стеатогепатит (95 %), жовчнокам'яна хвороба (62 %), гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (61 %), ішемічна хвороба серця (25 %). Постпрандіальні зміни шлункової ацидності у хворих на ХП, отримані з допомогою добового гастро-pH-моніторингу, достовірно пов'язані із зовнішньосекреторною функцією підшлункової залози. Причому, більше вираженій зовнішньосекреторній недостатності відповідає менше виражене постпрандіальне залуження. Симптоми зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози, тобто «великий панкреатичний стілець», неперетравлені їжа в калі, швидке схуднення, прояв гіповітамінозу, зустрічалися рідко – тільки у 4 (2,5 %) хворих. У хворих з ожирінням виявлено дисліпопротеїдемію у вигляді підвищення рівня загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, особливо тригліцеридів та незначне зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності.

Висновки. Екзокринна функція ПЗ у хворих на ХП з підвищеною масою тіла та ожирінням, в цілому, збережена. Рівень загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів низької щільності, тригліцеридів був достовірно вищим у групі хворих на ХП з підвищеною масою тіла та ожирінням.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ НАЗНАЧЕНИЯ СТАТИНОВ ВРАЧАМИ ПОЛИКЛИНИК

Фесенко Э.В.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия

Цель исследования: изучить состояние назначения статинов врачами в системе первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы исследования: проведен контент-анализ состояния обеспечения статинами пациентов по данным выборочного анализа медицинских карт амбулаторного больного в городской поликлинике № 1 города Белгорода, объем выборочной совокупности для пациентов среднего возраста – 62 случая (средний возраст (53,2 ± 1,5) года), пожилого возраста – 60 случаев (средний возраст (64,1 ± 1,3) года), старческого возраста – 41 случай (средний возраст (78,2 ± 1,2) года).

Результаты и их обсуждение: При изучении состояния назначения статинов пациентам разного возраста врачами участковыми терапевтами при наличии показаний были получены следующие данные. По мере увеличения возраста достоверно снижался охват пациентов статинотерапией (средний возраст – 51,6 %, пожилой возраст – 35,0 %, старческий возраст – 29,3 %), при этом в назначениях игнорируются современные требования к назначению гидрофильных статинов людям старших возрастных групп (в пожилом возрасте удельный вес «Правастатина» в структуре назначений был 4,8 %, а в старческом возрасте – 16,7 %), при этом имевшийся в аптеках «Крескор» (розувастатин) не назначался вообще по причине высокой стоимости. Выявлено также, что статины назначались непродолжительное время, у 73,5 % пациентов всех возрастов до одного года, что потенциально снижает ценность статинотерапии. И это при том, что при исследовании не было выявлено наличия серьезных побочных эффектов при применении статинов во всех возрастных группах.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного контент-анализа свидетельствуют о недостаточной активности в назначении статинов людям разного возраста (особенно пациентам старше 60 лет) в системе первичной медико-санитарной помощи. Указанная ситуация обусловлена недостаточным уровнем информированности врачей участковых терапевтов. Изучение этой проблемы и поиск способов ее решения позволит исправить существующую ситуацию, повысить качество статинотерапии в старших возрастных группах, добиться максимальной реализации их ценных плейотропных эффектов.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Фесенко Э.В., *Варавина Л.Ю.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,

**Городская клиническая больница № 1, г. Белгород, Россия*

Цель исследования: изучить влияние статинотерапии на качество жизни больных пожилого возраста.

Материал и методы исследования. В контрольную группу вошло 32 пациента среднего возраста (средний возраст составлял (54,3 ± 1,2) года) и 31 пациент пожилого возраста (средний возраст был (71,2 ± 1,3) года); в основную группу вошли 30 пациентов среднего возраста (их средний возраст составлял (54,6 ± 1,3) года) и 32 пациента пожилого возраста (средний возраст был (71,4 ± 1,3) года). Пациентам основной группы был назначен отечественный препарат «Правастатин» в дозе 10 мг/сутки; пациентам контрольной группы – немедикаментозные меры коррекции нарушений липидного обмена.

Результаты. При применении опросника SF-36 в контрольной группе пациентов нами было показано отсутствие статистически закономерной динамики показателей качества жизни. В отношении основной группы, качество жизни у пациентов только среднего возраста улучшалось по показателю социальное функционирование; только у пожилых людей – по показателю психологического здоровья. У обеих групп качество жизни улучшалось по показателям общего здоровья, жизнеспособность, ролевое эмоциональное функционирование. Динамика качества жизни у пациентов, получавших статинотерапию, в возрастном аспекте: ролевое функционирование – средний возраст (25,2 ± 2,4) балла и (25,3 ± 2,2) балла, пожилой возраст – (25,4 ± 2,3) балла и (25,1 ± 2,1) балла, ($p > 0,05$); боль - средний возраст (14,5 ± 1,8) балла и (14,4 ± 1,7) балла, пожилой возраст – (14,5 ± 1,7) балла и (14,6 ± 1,8) балла, $p > 0,05$; физическое функционирование – средний возраст (24,7 ± 2,2) балла и (24,8 ± 2,3) балла, пожилой возраст – (24,6 ± 2,4) балла и (24,7 ± 2,3) балла, ($p > 0,05$); психологическое здоровье – средний возраст (21,8 ± 1,8) балла и (21,9 ± 1,7) балла, пожилой возраст – (21,9 ± 1,8) балла и (28,1 ± 1,8) балла, ($p < 0,05$) для людей пожилого возраста; ролевое эмоциональное функционирование - средний возраст (30,2 ± 2,2) балла и (35,8 ± 2,0) балла, пожилой возраст – (30,3 ± 2,1) балла и (36,1 ± 2,1) балла, ($p < 0,05$) для обеих возрастных групп; социальное функционирование - средний возраст (30,9 ± 2,4) балла и (35,5 ± 2,3) балла, пожилой возраст – (30,7 ± 2,2) балла и (30,6 ± 2,3) балла, ($p < 0,05$) для пациентов среднего возраста.

Заключение. Статинотерапия повышает качество жизни у людей как среднего, так и пожилого возраста, но при этом в пожилом возрасте это достигается за счет улучшения состояния психологического здоровья.

КОНТЕНТ-АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ НАЛИЧИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ СТАТИНОВ В АПТЕЧНОЙ СЕТИ

Фесенко Э.В. , Жилякова Е.Т., [*]Прощаев К.И.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
[*]АНО "Научно-исследовательский медицинский центр "Геронтология",
г. Москва, Россия

Цель исследования: изучить состояние наличия и реализации статинов в аптечной сети.

Материал и методы исследования: контент-анализ наличия и реализации статинов в аптечной сети города Белгорода на базе ведущих аптек. Изучены следующие позиции: спектр имеющихся препаратов-статинов в аптеках, их дозировка, средняя цена, которая колебалась в зависимости от величин дозировок (на состояние 01.05.2013 года), объемы реализации статинов.

Результаты и их обсуждение: Всего в наличие имелось 12 наименований статинов, при этом подавляющее большинство препаратов различных производителей относилось к симвастатину. Значительная часть статинов, которые имеются в наличии аптечной сети, принадлежит симвастатину ((51,3 ± 2,5) %). Вместе с тем, согласно Российским национальным и международным рекомендациям, для коррекции нарушений липидного обмена в пожилом и старческом возрасте необходимы гидрофильные статины, такие как правастатин и розувастатин. Их удельный вес в общем объеме препаратов был невысоким и составлял для правастатина (4,1 ± 0,2) %, для розувастатина – (10,0 ± 0,6) %, ($p < 0,05$) по отношению к группе симвастатина. При изучении объемов реализации статинов нами были получены следующие данные. На первом месте по объемам реализации находятся препараты, в основе которых положен симвастатин, в частности: «Зорстат» – (13,2 ± 2,5) %, «Симвагексал» – (9,9 ± 2,1) %, «Вазилип» – (12,3 ± 2,1) %, «Симвор» – (10,4 ± 2,2) %. На втором месте по объемам реализации находился «Аторвастатин», занимавший (21,4 ± 3,2) %, на третьем месте – «Ловастатин», который занимал в общей структуре продаж (16,9 ± 2,8) %. Реализация статинов, применение которых целесообразно для людей пожилого и старческого возраста, была невелика и составляла для правастатина (1,4 ± 0,1) %, для розувастатина – (2,2 ± 0,2) %, что достоверно ниже по отношению к лидерам объемов реализации.

Заключение. Таким образом, при наличии значительного количества людей пожилого возраста и высоком распространении у них нарушений липидного обмена возможности проведения возраст-ориентированной терапии статинами все же невелики. Оптимизация реализации и назначения статинов, особенно с учетом не только корригирующего действия в отношении атерогенных нарушений, но и плейотропных эффектов, позволит повысить качество жизни пожилых.

ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИЙ Taq1B ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CETP И Glu298Asp ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА eNOS С НЕКОТОРЫМИ ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Хайсам Абдалла, Масляева Л.В., Панченко Г.Ю.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – изучение ассоциаций Taq1B полиморфизма гена белка-переносчика эфиров холестерина (ХС) – CETP и Glu298Asp полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтетазы (eNOS) с такими значимыми факторами риска (ФР) атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС), как ожирение, курение и наличие отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям атеросклеротического генеза.

Для этого были проведены молекулярно-генетические исследования и оценка распространенности вышеперечисленных ФР среди лиц с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) (110 человек) и здоровых волонтеров (102 человека). Распространенность курения и ожирения в основной группе и группе контроля была одинаковой – соответственно 41,8 % (46 человек) и 46,1 % (47 человек) и 20,9 % (23 человека) и 18,6 % (19 человек). Отягощенную наследственность имели 60,0 % больных с перенесенным ИМ (66 человек) и 40,2 % лиц контрольной группы (41 человек) ($p < 0,05$).

Было установлено, что ожирение как ФР атеросклероза и ИБС ни у здоровых лиц, ни у больных не имело ассоциаций с полиморфизмом генов CETP (Taq1B) и eNOS (Glu298Asp). Taq1B полиморфизм гена CETP ни в контроле, ни в основной группе не ассоциировался с курением. У постинфарктных больных курение ассоциировалось с аллелем Asp гена eNOS и гомозиготным по этому алеллю генотипом Asp/Asp, что свидетельствовало о наличии у этих лиц дисфункции эндотелия. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям у здоровых лиц ассоциировалась с генотипом B2B2 полиморфного локуса Taq1B гена CETP, у больных с перенесенным ИМ - с аллелем B2 этого гена. Как у здоровых лиц, так и постинфарктных больных отягощенный семейный анамнез сочетался с носительством аллеля Asp гена eNOS и связанных с ним генотипов (Asp/Asp в контроле, Asp/Asp и Glu/Asp в основной группе).

Таким образом, одним из возможных механизмов, за счет которых отягощенная наследственность реализует себя как ФР атеросклероза и ИБС, может быть ее связь с аллелем B2 гена CETP и аллелем Asp гена eNOS, которые детерминируют низкую активность/экспрессию CETP с нарушением обратного транспорта ХС и развитие эндотелиальной дисфункции.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 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.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Цель исследования – оценить влияние Taq1B полиморфизма гена белка-переносчика эфиров холестерина (ХС) – CETP на результаты лечения больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), с использованием аторвастатина.

Согласно дизайну исследования аторвастатин (препарат «Аторис», KRKA, Словения) добавлялся к базисной терапии больных с перенесенным ИМ в суточной дозе 20 мг. Статин больные принимали в течение 3-х месяцев. Всего было пролечено 101 пациент. Эффективность аторвастатина у постинфарктных больных с разными генотипами полиморфного локуса Taq1B гена CETP оценивалась на основании изучения динамики показателей липидного обмена и суммарного уровня нитритов и нитратов в плазме крови (NO_x). При этом носителями генотипа B1B1 полиморфного локуса Taq1B гена CETP были 30 человек, генотипа B1B2 – 51 и генотипа B2B2 – 20 пациент.

Было установлено, что у постинфарктных больных с генотипами B1B1 и B1B2 базисная терапия с включением аторвастатина в суточной дозе 20 мг приводила к достоверному снижению общего ХС, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) а также к существенному повышению в крови уровня конечных метаболитов оксида азота, что свидетельствовало об улучшении функции эндотелия. Так, аторвастатин снижал общий ХС у пациентов с генотипом B1B1 на 42,1 %, у носителей генотипа B1B2 – на 40,6 %, ХС ЛПНП – соответственно на 47,2 % и 45,8 %, ТГ – на 30,8 % и 27,7 %, ХС ЛПОНП – на 25,9% и 22,7 %. Достоверного повышения ХС ЛПВП под влиянием аторвастатина у больных с этими генотипами не наблюдалось. Уровень NO_x к концу лечения повысился на 39,5 % у больных с генотипом B1B1 и на 37,6 % - у лиц с генотипом B1B2. При генотипе B2B2 аторвастатин в дозе 20 мг/сут не оказывал заметного гиполипидемического эффекта: препарат снижал общий ХС только на 2,8 %, ХС ЛПНП – на 2,5 %, ТГ – на 2,6 %, ХС ЛПОНП – на 2,6 %, ХС ЛПВП под влиянием аторвастатина повысился лишь на 3,0 %, а уровень NO_x – на 7,1 %.

Таким образом, генотипы B1B1 и B1B2 ассоциировались с высокой эффективностью аторвастатина. При генотипе B2B2 гиполипидемический эффект статина и его влияние на функцию эндотелия были незначительными.

РОЛЬ ЗАПАЛЕННЯ В РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННІ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗУ (АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ)

Ханюков О.О., Писаревська О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета дослідження – визначення ролі запалення в розвитку та прогресуванні мультифокального атеросклерозу (атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок та хронічної ішемічної хвороби серця). 98 пацієнтам з атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок (IIБ стадія за класифікацією Покровського) та хронічною ішемічною хворобою серця (стабільна стенокардія напруги II-III функціонального класу) проводили стандартне загальноклінічне обстеження, лабораторні (визначення рівнів інтерлейкіну-1 (ІЛ-1), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10), С-реактивного білку (СРБ) плазми крові, ліпідного спектру крові), інструментальні (визначення товщини комплексу інтима-медіа (ТКІМ), кісточково-плечового індексу (КПІ), ендотелійзалежної вазодилатації плечової артерії (ЕЗВДПА)) дослідження. У пацієнтів з мультифокальним атеросклерозом виявлено вірогідне (у порівнянні з практично здоровими особами) підвищення рівня прозапальних цитокінів ІЛ-1 ((19,21 ± 3,54) пг/мл проти (2,81 ± 0,34) пг/мл у практично здорових осіб, $p < 0,05$), ІЛ-6 ((12,66 ± 2,87) пг/мл проти (3,76 ± 0,41) пг/мл у практично здорових осіб, $p < 0,05$), С-реактивного білка ((16,43 ± 3,48) мг/л проти (4,83 ± 0,56) мг/л у практично здорових осіб, $p < 0,05$), зниження рівня протизапального цитокіна ІЛ-10 ((5,54 ± 1,38) пг/мл проти (7,34 ± 1,92) пг/мл у практично здорових осіб, $p < 0,05$), що свідчить про наявність хронічного системного запалення у цієї категорії хворих. Зафіксований прямий кореляційний зв'язок між рівнями ІЛ-1 та ХС ЛПНЩ ($r = 0,62$), ІЛ-1 та ТКІМ ($r = 0,71$), ІЛ-6 та ХС ЛПНЩ ($r = 0,76$), ІЛ-6 та ТКІМ ($r = 0,88$), С-РБ та ХС ЛПНЩ ($r = 0,79$), С-РБ та ТКІМ ($r = 0,89$); зворотний кореляційний зв'язок між рівнями ІЛ-1 та КПІ ($r = -0,60$), ІЛ-1 та ЕЗВДПА ($r = -0,77$), ІЛ-6 та КПІ ($r = -0,69$), ІЛ-6 та ЕЗВДПА ($r = -0,91$), С-РБ та КПІ ($r = -0,76$), С-РБ та ЕЗВДПА ($r = -0,94$). Виявлений прямий кореляційний зв'язок між рівнем ІЛ-10 та КПІ ($r = 0,67$), ІЛ-10 та ЕЗВДПА ($r = 0,75$); зворотний кореляційний зв'язок між рівнем ІЛ-10 та ХС ЛПНЩ ($r = -0,68$), ІЛ-10 та ТКІМ ($r = -0,70$).

Таким чином, для ефективного лікування хворих з мультифокальним атеросклерозом необхідно застосовувати комплексне медикаментозне лікування, що б було спрямоване на пригнічення хронічного системного запалення, як одного з провідних факторів ризику розвитку та прогресування атеросклерозу, з обов’язковим застосуванням статинів, які мають не тільки гіполіпідемічні, але і протизапальні ефекти.

ПАТОЛОГІЧНІ ПРОЦЕСИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Харченко-Севрюкова Г.С.

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

Мета дослідження – вивчити особливості патологічних процесів тканин пародонту у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Під спостереженням знаходилось 20 хворих на ХОЗЛ, які склали I групу (16 чоловіків і 4 жінки у віці від 40 до 80 років, середній вік – (64,9 ± 1,7) років). FEV_1 до проби з бронхолітиком – (50,1 ± 3,5) %; FEV_1/FVC – (52,8 ± 2,6)). FEV_1 після проби з бронхолітиком – (54,8 ± 3,4) %; FEV_1/FVC – (52,8 ± 2,7)). Контрольну (II групу) склали 20 практично здорових осіб (15 чоловіків і 5 жінок у віці від 40 до 80 років, середній вік – (59,8 ± 1,5) років). FEV_1 – (115,2 ± 4,1) %; FEV_1/FVC – (79,0 ± 0,7)), які добровільно погодилися взяти участь у дослідженні.

Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, функціональні – спірометрія на апараті “Master Screen PFT” фірми "Cardinal Health" (Німеччина), статистичні.

Результати дослідження. У всіх досліджуваних хворих основної групи на підставі клінічних симптомів, даних пародонтологічного обстеження і пантомограми було діагностовано захворювання пародонту. При цьому у 5 (25,0 %) із 20 хворих I групи визначена повна вторинна адентія. Ці пацієнти мали знімні зубні протези. У інших хворих цієї ж групи спостерігалась втрата значної кількості зубів, а на підставі даних пародонтологічного обстеження діагностований генералізований пародонтит – у 9 (45,0 %) хворих I ступеню і у 6 (30,0 %) II ступеню.

Ні у кого із пацієнтів II групи повної вторинної адонтії не спостерігалося, а при пародонтологічному обстеженні визначено катаральний гінгівіт у 6 (30 %) пацієнтів, генералізований пародонтит – у 10 (50,0 %) пацієнтів I ступеню і у 4 (20,0 %) II ступеню.

Висновки: У 25,0 % хворих на ХОЗЛ в порівнянні з практично здоровими особами того ж віку і статті спостерігалась повна вторинна адентія. Відсутність явної різниці клінічних ознак вираженості генералізованого пародонтиту між пацієнтами I і II груп на наш погляд обумовлена тим, що усі хворі на ХОЗЛ, які прийняли участь у дослідженні, тривалий час отримували в комплексному лікуванні інгаляційні або системні глюкокортикостероїди, що значно зменшувало запальний процес в ротовій порожнині.

Робота виконувалась за рахунок коштів державного бюджету.

РЕГРЕСУВАННЯ КЛІНІЧНИХ, ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ, СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СЕРЦЯ ПРИ ТРИВАЛОМУ КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ

Хомазюк І.М., Настіна О.М., Овсяннікова Л.М.

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

Першою маніфестацією ішемічної хвороби серця найчастіше є стенокардія. Вона сприяє збільшенню ризику інфаркту міокарда, смертності, скороченню тривалості життя. Її лікування актуальне як перспективний шлях до збереження здоров'я.

Мета. Оптимізація підходів до уповільнення прогресування стенокардії та її впливу на стан здоров'я.

Об'єкт і методи. Обстежено 160 чоловіків у віці до 65 років зі стабільною стенокардією ФКІ-ІІІ. В динаміці лікування із застосуванням антитромбоцитарних, гіполіпідемічних препаратів, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, бета-адреноблокаторів, міокардіальних цитопротекторів проводили клінічне обстеження, добове моніторування електрокардіограми (ЕКГ), ехо-допплеркардіографію, велоергометрію, досліджували показники вільнорадикального окиснення та антиоксидантної активації. За інформованою згодою 103 хворих продовжували підтримуючу терапію, 57 – лікувались епізодично.

Результати. Під час госпітального лікування достовірно зменшилась частота нападів стенокардії, ЕКГ-ознак ішемії міокарда в 1,7 рази, її тривалості – на 22,5 хв/добу. Не відбувалось прогресування гіпертрофії і дисфункції міокарда. Встановлено покращення показників перекисного окиснення ліпідів, антиоксидантної системи. На 42,9 % зменшився вміст дієнових і 50 % оксодієнових кон'югат, в 1,2 рази – сполук з ізольованими подвійними зв'язками, на 25,6 % зросла активність каталази. При підтримуючій терапії протягом року частота і тривалість епізодів ішемії міокарда скоротилась в 2 рази, безбольової ішемії міокарда – 2,5 рази, загальної ішемії міокарда за добу – на 49,7 хв. Збільшення відношення максимальної швидкості раннього і пізнього діастолічного наповнення і скорочення часу ізоволюметричного розслаблення міокарда характеризували зменшення його жорсткості і покращення діастолічної функції. Збільшення екскурсії стінок лівого шлуночка і міжшлуночкової перетинки характеризували покращення локальної скоротливості міокарда. Достовірно зросли порогова потужність, тривалість фізичного навантаження і відповідно на 20 % збільшився об’єм виконаної роботи.

Висновок. Можливість регресування провідних патогенетичних і клінічних ознак стенокардії обґрунтовує доцільність підтримуючого лікування для мінімізації її впливу на стан здоров'я.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЯК ПОКАЗНИК КАРДІАЛЬНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ФУНКЦІЇ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ

Хомазюк І.М., Сидоренко Г.В.

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

У хворих з кардіальною патологією підвищений рівень обміну катехоламінів. Іонізуюче випромінювання (ІВ) також впливає на збільшення їх рівня. Оцінка їх сенергічної взаємодії на основі дослідження варіабельності серцевого ритму (ВСР) актуальна в аспекті визначення впливу на розвиток і особливості перебігу стабільної стенокардії.

Мета. Оцінити стан і клінічне значення змін варіабельності серцевого ритму в учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС (УЛНА) зі стабільною стенокардією.

Об'єкт і методи. Обстежено 290 УЛНА зі стабільною стенокардією ФК I-III і 97 хворих контрольної групи. За даними добового моніторування електрокардіограми (система "DiaCard") оцінювали статистичні і спектральні значення ВСР: NN – середнє значення всіх RR інтервалів; SDNN-і – середнє значення стандартних відхилень NN за 5-хв. періоди за весь час реєстрації; SDANN – стандартне відхилення середніх за 5-хв. значень інтервалів R-R; RMSSD – квадратний корінь суми відмінностей послідовних інтервалів R-R; TP – потужність спектру, LF – потужність в діапазоні низьких, HF – високих коливань, LF/HF – їх відношення, ІН – індекс напруги регуляторних систем.

Результати. Зміни ВСР в УЛНА виникають навіть за відсутності кардіальної патології. Розвиток стенокардії у них асоціювався з вірогідним зменшенням статистичних і спектральних показників, високою симпатичною активністю. Встановлено кореляцію між рівнем показників ВСР і екскреції катехоламінів. Зміни ВСР в УЛНА починались у більш ранньому віці і прогресували більш інтенсивно, ніж в контролі, у віці до 50 років вони були схожі з показниками, закономірними для 60 років. Різниця між змінами ВСР посилювалась із збільшенням дози ІВ. Взаємодія ІВ, стресу, традиційних факторів ризику ініціювала передчасний початок порушень ВСР. Зменшення ВСР корелювало із важкістю стенокардії, різниця у хворих з ФК III і ФК I-II досягала 20-30 %. В 2 рази частіше при ФК III реєстрували SDANN < 85 мс, SDNN < 100 мс, SDNN-і < 40 мс, RMSSD < 15 мс, TP < 2000 мс^2, LF/HF > 2,5, ІН > 150 ум. од., які асоціювались з хронічною серцевою недостатністю, порушеннями ритму серця.

Висновок. Визначені зміни ВСР є чутливими ознаками кардіо-вегетативної дисфункції і предикторами розвитку і тяжкості перебігу стенокардії.

ПОДХОДЫ К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Храмцова В.В.

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

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся снижением скорости воздушного потока, различными функциональными нарушениями и психологическими проблемами. Затяжные постоянно повторяющиеся негативные переживания у этих больных способствуют формированию специфических нарушений на телесном уровне. Поэтому с учетом роли системных проявлений этого заболевания рекомендуется проведение как медикаментозной, так и не медикаментозной восстановительной терапии, затрагивающей психофизиологический, психологический и социальный уровни функционирования. У больных ХОБЛ ярко выражены жалобы на одышку, важным компонентом которой является субъективное отражение физиологических нарушений, а также психологического, эмоционального и социального неблагополучия. Нарушение дыхания затрагивает все сферы жизнедеятельности больного, что требует разработки специальных подходов психотерапевтического влияния, учитывающих личностные особенности этих лиц. Поэтому программа психотерапии базируется на эклектическом подходе, с учетом этапности влияния и связности занятий между собой, систематности. Психотерапевтическое воздействие в каждом сеансе должно затрагивать биологический (систему дыхания) и психологический уровни (эмоциональное реагирование), и способствовать психологическому развитию через восстановление свободного дыхания и движения, гармонизации личности и восстановлению продуктивного взаимодействия с окружающим миром. Мишенями психотерапевтического влияния являются дыхательные и двигательные паттерны. Психотерапия направлена на замену негативного дыхательного паттерна на свободный через специальные дыхательные упражнения и концентрацию на текущем сенсорном опыте. Телесные проявления неотреагированных эмоций реализуются посредством проживания эмоциональных состояний через тело с формированием здорового двигательного паттерна и собственных оптимальных двигательных режимов. Механизмы саногенеза реализуются за счет активного влияния на вегетативное звено эмоций через развитие или восстановления исцеляющего креативного процесса.

Таким образом, психотерапевтические методы, направленные на восстановление свободного аутентичного двигательного паттерна, тренировки дыхания, реструктурирования негативного опыта, повышающие стрессоустойчивость, способствуют восстановлению доверия к себе и своему телу, а также улучшению качества жизни пациентов с ХОБЛ.

НАРУШЕНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Цветков В.А.

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

Сахарный диабет (СД) 2-го типа является одним из главных независимых факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии, зачастую определяющей качество жизни и прогноз у больных данной категории. Кроме того, более 70-80% пациентов с СД 2-го типа имеют ожирение, усугубляющее поражение сердечно-сосудистой системы (ССС). Одним из важных, но в то же время мало изученным механизмом развития патологии ССС при СД, является нарушение автономной иннервации сердца. Согласно современным данным, снижение вариабельности сердечного ритма (ВСР) позволяет наиболее точно диагностировать наличие вегетативной нейропатии сердца.

Цель: изучить показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением.

Материалы и методы: обследовано 104 пациента с СД 2-го типа в возрасте от 43 до 75 лет. Из них у 70,1 % (73) обнаружено ожирение. Больные были разделены на две группы. I группу ($n = 73$) составили пациенты с СД 2-го и индексом массы тела (и.м.т.) более 30 кг/м^2, II группа – с СД 2-го типа без ожирения. ВСР изучали при помощи компьютерной системы Холтеровского мониторирования «Cardio Tens» («Meditech», Венгрия), и использовали стандартные методы временной области (SDNN, RMSSD, pNN50) и частотного спектра (LF, HF LF/HF).

Результаты: у пациентов в I группе обнаружено достоверное ($p < 0,05$) снижение значения временных параметров ВСР: SDNN (104,6 ± 6,9) мс., SDANNi (87,4 ± 5,39) мс., rMSSD (26,19 ± 2,02) мс., pNN50 (5,61 ± 1,01) %, в сравнении с II группой – SDNN (160,1 ± 14,2) мс., SDANNi (114,67 ± 10,12) мс., rMSSD (43,14 ± 3,63) мс., pNN50 (14,32 ± 2,07) %. Так же происходило снижение и показателей спектрального анализа ВСР: LF (409,5 ± 45,2) мс^2., HF (235,8 ± 30,6) мс^2., в сравнении с группой больных с и.м.т. Менее 30 кг/м^2 – LF (906,12 ± 52,3) мс^2., HF (412,3 ± 42,1) мс^2 ($p < 0,05$), то есть снижалась мощность всех частотных диапазонов, но оставалась относительная стабильность отношения LF/HF.

Выводы. У больных с СД 2-го типа в сочетании с ожирением отмечаются более выраженные признаки автономной вегетативной нейропатии сердца, проявляющиеся нарушением показателей ВСР. То есть, ожирение может рассматриваться в качестве дополнительной причины развития нарушений вегетативной иннервации сердца у данной категории пациентов.

ВАРИАНТЫ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Черкасова О.Г., Тищенко И.В., *Данилова А.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,
**КУ «Днепропетровская городская клиническая больница № 9» ДОС*

Актуальность: заболеваемость пневмониями занимает ведущие позиции среди болезней органов дыхания. До 82 % больных внебольничной пневмонией (ВП) выписываются из стационара с изменениями функции внешнего дыхания, кровообращения и газообмена. Пульсоксиметрия – простой, неинвазивный экспресс-метод диагностики дыхательной недостаточности – позволяет объективно оценить состояние больных пневмонией и провести его мониторинг в процессе лечения. В норме показатель сатурации кислорода (SpO2) в крови составляет 95-98 %.

Цель: оценить в динамике показатели насыщения крови кислородом больных ВП во время стационарного лечения.

Материалы и методы: проанализировано 69 историй болезни пациентов ВП III клинической группы, находящихся на лечении в терапевтическом отделении – 44 женщины (64 %) и 25 мужчин (36 %) в возрасте от 34 до 85 лет (средний возраст – (63 ± 1,4) года). Преобладали пожилые (старше 65 лет) пациенты: 51 % (35 человек). 48 больных (70 %) имели сопутствующую кардиальную патологию (гипертоническая болезнь, ИБС) без выраженной сердечной недостаточности. Анамнез курения у 19 мужчин (76 %) и у 11 женщин (25 %) без признаков хронической лёгочной недостаточности. Всем пациентам в динамике проводилось исследование показателя SpO2 методом пульсоксиметрии в состоянии покоя; лабораторное и рентгенологическое обследование.

Результаты: среднее значение SpO2 у обследованных больных в остром периоде – (93,1 ± 0,7) %, при выписке – (94,4 ± 0,5) %, у больных с кардиальной патологией при госпитализации – (92,8 ± 1,6) %, в конце лечения – (94,3 ± 1,1) %, а у лиц без фоновой патологии – (94,8 ± 0,8) % и (95,0 ± 0,6) %, соответственно. Показатели SpO2 у пожилых больных ВП при поступлении – (92,6 ± 1,2) %, при выписке – (94,0 ± 0,6) %; у лиц до 65 лет – (94,0 ± 0,8) % и (95,0 ± 0,7) %, соответственно. У женщин SpO2 составила (95,0 ± 0,5) % и (95,0 ± 1,4) % в начале заболевания и после лечения; у мужчин – (92,8 ± 0,7) % и (93,5 ± 0,8) %, соответственно. В группе курящих SpO2 – (93,6 ± 0,8) % при госпитализации и (94,1 ± 0,4) %.

Выводы: у всех пациентов после лечения сохранялось сниженное насыщение крови кислородом , что, возможно, связано с продолжающимся периодом реконвалесценции. а также другими факторами (сопутствующая кардиальная патология, курение, возрастные изменения дыхательной системы у пожилых пациентов). Не получено убедительных различий по влиянию исследованных факторов.

ВИЯВЛЕННЯ ПЛАЗМІД-ІНДУКОВАНИХ β-ЛАКТАМАЗ РОЗШИРЕНОГО СПЕКТРУ ДІЇ ТИПІВ TEM, SHV І CTX-M У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

Чуб О.І., Більченко О.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Інфекції сечової системи (ІСС) є найбільш поширеною групою інфекційних захворювань, переважно за рахунок хронічного пієлонефриту (ХП), на долю якого, в структурі вказаної групи хвороб, припадає більше 90 % випадків. В Україні, ХП посідає друге місце серед усіх причин, що призводять до розвитку хронічної ниркової недостатності (ХПН). Незважаючи на велику кількість сучасних антибактеріальних препаратів (АБП), лікування хворих на ХП залишається досить складним завданням в першу чергу за рахунок швидкого розвитку полімікробної резистентності, що пов'язують із безконтрольним, індукованим плазмідами трансфером генів стійкості між бактеріями.

Мета дослідження: визначити наявність плазмід-індукованих генів стійкості у хворих на ХП.

Матеріали і методи. Було обстежено 53 хворих з пієлонефритом: у 45 (84,9 %) хворих діагностована хронічна хвороба нирок (ХХН), ХП, у 8 (15 %) – гострий пієлонефрит. Серед обстежених було 47 (88,7 %) жінок і 6 (11,3 %) чоловіків. Вік обстежених коливався від 18 до 86 років, в середньому склав (44,13 ± 19,46) років. Окрім загальноприйнятих методів дослідження, всім хворим проводилась діагностика генів TEM, SHV і CTX-M, що кодують продукцію β-лактамаз розширеного спектру (βЛРС) методом полімеразної ланцюжкової реакції (ПЛР).

Результати. Було виявлено 13 генів резистентності, що кодують вироблення βЛРС у 11 (20,8 %) хворих: 9 (63,6 %) генів blaTEM; 2 (18,1 %) гена blaSHV; 2 (18,1 %) гена blaCTX-M, причому ген blaCTX-M визначився у комбінації з геном blaTEM. Для лікування пієлонефриту хворі получали наступні АБП: 22 (41,5 %) пацієнтів левофлоксацин у дозі 500 мг на добу, 18 (34 %) – цефтриаксон 2,0 грами на добу і 13 (24,5 %) – отримали комбінацію зазначених препаратів у зв'язку з відсутністю ефекту від монотерапії. При аналізі, у хворих, які не мали генів резистентності достатньо ефективною була монотерапія левофлоксацином (47 %) або цефтриаксоном (41 %) і тільки 12 % потребували комбіноване призначення АБП, тоді як у пацієнтів, що мали плазмід-індуковані βЛРС, ефективність від моно-терапії була низькою і 73 % хворих отримали комбіноване лікування левофлоксацином і цефтріаксоном.

Виводи. Наростаюча резистентність уропатогенів к рекомендованим АБП взаємопов'язана з продукцією плазмід-індукованих βЛРС, виявлення яких у хворих на ХП складає 21 %.

РИЗИК РОЗВИТКУ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ МЕДИЧНОМУ ЗАСТОСУВАННІ АНАЛГЕТИКІВ-АНТИПІРЕТИКІВ

Шевченко Т.Л., Ілляш М.Г., Базика О.Є., Деяк С.І.

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

Як визначає ВООЗ, співвідношення користь/ризик є головним критерієм оцінки ефективності та безпеки лікарського засобу (ЛЗ), підґрунтям сучасної раціональної фармакотерапії. Вивчення та аналіз факторів ризику виникнення побічних реакцій (ПР) ЛЗ при медичному застосуванні ліків є одним з головних напрямків діяльності фармаконагляду

Серед багатьох фармакологічних груп препаратів, які широко застосовуються в медичній практиці нестероїдні протизапальні лікарські засоби (НПЗЛЗ) є одними з найбільш поширеними фармакотерапевтичними засобами з доведеним високим рівнем ефективності. Зокрема це відноситься до анальгетиків-антипіретиків, таких як ацетилсаліцилова кислота (АСК), ацетамінофен (А), метамізол (М) та ібупрофен (ІБ).

Авторами проведене аналітичне дослідження випадків ПР при медичному застосуванні АСК, М, ІБ та А у пацієнтів закладів охорони здоров'я різних регіонів України за 2011-2012 рр., що виникали при проведенні фармакотерапії у пацієнтів з патологією опорно-рухового апарату та з іншими захворюваннями запального чи інфекційного генезу, що супроводжувалися больовим синдромом чи лихоманкою.

Усього за зазначений період часу методом спонтанних повідомлень було отримано повідомлень про ПР, що виникли при медичному застосуванні М – 196 випадки, ІБ – 427 випадків, А – 153 випадків, АСК – 64 випадки. Як свідчить аналіз даних ПР анальгетиків-антипіретиків в 2011-2012 рр., найбільша кількість випадків ПР виявлено при медичному застосуванні ІБ (50,3 % та 51,3 %, відповідно), за ним слідує М (26,0 % та 21,1 %, відповідно), далі А (16,1 % та 19,9 %, відповідно). на останньому місці – АСК (7,6 % та 7,7 %, відповідно), Аналіз надходження повідомлень про ПР зазначених ЛЗ свідчить, що протягом двох років не спостерігається критичного зростання випадків ПР, що виникають при медичному застосуванні АСК, А, М та ІБ .

За типом усі ПР, що виникли при медичному застосуванні АСК, А, М та ІБ були передбаченими, тобто про ймовірність їх виникнення було зазначено в інструкціях для медичного застосування цих ЛЗ. Співвідношення серйозних ПР до несерйозних ПР склало 1: 2,6.

Проведення аналізу щодо вікових та гендерних особливостей ПР АСК, М, А та ІБ дозволило виявити певні особливості. Серед дорослого населення ПР вище зазначеними ЛЗ виникали у осіб 46-60 років, переважно у жінок. У дітей ПР переважно виникали у віці 28 днів – 23 місяці, а в загальній кількості більшість ПР виникали у хлопчиків

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РАЗНЫХ КЛАССАХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS ЭКГ

Шевчук М.И.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

Цель работы: установить прогностические критерии влияния терапии ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) лизиноприла, бета-адреноблокатора (ББ) бисопролола и их комбинации на вариабельность сердечного ритма (ВСР), величину артериального давления (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ)

Материалы и методы. Обследовано 138 пациентов (78 мужчин и 60 женщин) с 1-2 степенью и II стадией АГ в возрасте (60 ± 17) лет. Средняя продолжительность АГ – (7 ± 5) лет. Систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД) измерялись по методу Короткова, ЭКГ и ВСР на компьютерном электрокардиографе «Cardiolab+2000». Продолжительность комплекса QRS измеряли в отведениях II, V1, V5, V6 с выбором максимального значения. Определяли показатели ВСР (общую мощность спектра (total power) (TP), мощность очень низкочастотного спектра (VLF), низкочастотную мощность LF (Low Frequency) в диапазоне от 0,05 Гц до 0,15 Гц, мощность спектра высоких частот HF (High Frequency) в диапазоне от 0,15 Гц до 0,40 Гц и соотношения LF/HF).

Выделены 2 класса продолжительности комплекса QRS ЭКГ: ≤ 100 мс и > 100 мс и 3 группы пациентов (группа терапии лизиноприлом, бисопрололом и их комбинацией). Пациенты получали лизиноприл (20 мг/дн.), бисопролол (7,5 мг/дн.) и комбинированную терапию лизиноприлом и бисопрололом (10 мг и 5 мг, соответственно).

Результаты оценивали методом шагово-дискриминантного анализа (ШДА). Для определения прогностических значимых показателей полученные значения F сравнивали с критическими и определяли коэффициенты уравнений разграничительной функции. Расчет показателей определяли «MathCad 14.0».

Результаты. Статистически значимыми показателями в классе продолжительности комплекса QRS ЭКГ ≤ 100 мс в группе терапии лизиноприлом были САД, ДАД, LF/HF, бисопрололом – САД, ДАД, ЧСС, комбинированной терапии – САД, ДАД, LF/HF, и в классе > 100 мс – в группе терапии лизиноприлом САД, ДАД, продолжительность QRS ЭКГ, бисопрололом – САД, ЧСС, продолжительность QRS ЭКГ, комбинированной терапии – САД, ДАД, продолжительность QRS ЭКГ, ЧСС.

Вывод. В контроле артериальной гипертензии, в том числе выборе антигипертензивных препаратов, в числе иных критериев необходимо учитывать продолжительность комплекса QRS ЭКГ, которые могут опираться на результаты ШДА.

МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ: РОЛЬ В ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Шевчук С.Г., Осташевська Т.Г., Бичков О.А., Бишовець Р.В.

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

В останні десятиріччя проблема серцево-судинних захворювань залишається однією з найбільш актуальних в сучасній медицині, оскільки вони займають перше місце серед причин смертності по всьому світі. Серед чинників ризику цих захворювань провідне місце займає ожиріння, на яке за статистикою ВООЗ страждає понад 30 % населення планети. Висока поширеність ожиріння в першу чергу зумовлена зниженням фізичної активності, доступністю калорійної їжі, генетичними факторами та урбанізацією країн. Ожиріння є негативним фактором, який впливає на прогноз перебігу артеріальної гіпертензії. Так, частота інсультів у осіб працездатного віку з ожирінням в 16,5 разів вища за дані у осіб з нормальною масою тіла, а інфарктів – в 3,5 рази.

Мета роботи – визначити вплив модифікації способу життя на показники артеріального тиску та перебіг артеріальної гіпертензії.

Для вирішення поставленої мети було проаналізовано та досліджено антропометричні дані та параметри артеріального тиску у 138 хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ) II та III стадії, які мали супутнє ожиріння. Середній вік обстежених пацієнтів складав (54,45 ± 5,23) роки.

Результати. В результаті аналізу отриманих даних та спостереження пацієнтів, яке проводилось в кардіологічному відділенні КМКЛ №3 встановлено, що у пацієнтів із ГХ II-III спостерігався помірний та високий рівень артеріального тиску (САТ – (178,3 ± 11,4) мм рт. ст.; ДАТ – (107,9 ± 8,7) мм рт. ст.). Серед обстежених пацієнтів переважали жінки віком понад 50 років. Індекс маси тіла (ІМТ) складав (35,7 ± 2,56) кг/м^2, об'єм талії у жінок (97,3 ± 4,5) см, а у чоловіків – (105,4 ± 4,8) см, що свідчило про наявність вісцерального ожиріння II стадії. Обстежені пацієнти були рівномірно розподілені на 2 групи. Обидві групи пацієнтів приймали стандартну антигіпертензивну терапію (інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, сечогінні) та гіполіпідемічні засоби. Пацієнти I групи впродовж року спостереження ретельно дотримувалися рекомендацій з модифікації способу життя, що при заключному обстеженні призвело до зниження ІМТ на (4,2 ± 1,3) кг/м^2 та зменшення об'єму талії на (4,2 ± 0,9) см. Динамічні спостереження за показниками артеріального тиску показало, що у 93,8 % пацієнтів вдалося досягти цільових показників артеріального тиску.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що модифікація способу життя є вкрай важливим фактором ефективності лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ожирінням. Нормалізація харчування та адекватний фізичний режим пацієнтів поряд з медикаментозними засобами дозволяє в подальшому зменшити дозу антигіпертензивних препаратів, покращити якість життя пацієнтів та знизити ризик розвитку судинних ускладнень.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шелест А.Н., Добровольская И.Н., Шушляпин О.И., Золотайкина В.И., Залюбовская Е.И., Сидоров А.П., Ковалёва Ю.А., Кононенко Л.Г.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Введение. В ходе данного исследования была проанализирована частота встречаемости в каждой из клинических исследуемых групп такого фактора кардиоваскулярного риска, как ожирение.

Целью исследования явилась обследованная общность диабетологических больных характеризовавшаяся неблагоприятными изменениями такого фактора кардиоваскулярного риска как ожирение.

Методы исследования: Для выполнения работы из 196 больных, находившихся на лечении в городской клинической больнице № 27, г. Харькова по поводу ишемической болезни сердца (ИБС), отобраны 106 пациентов с проявлениями ХСН II-III функционального класса. По факту наличия сахарного диабета 2 типа (СД) все 106 больных ИБС, которые имели признаки ХСН, были распределены на две группы: 1-я группа А (больные ИБС с проявлениями ХСН) количеством 15 лиц и 2-я группа В (больные ИБС с проявлениями ХСН и сопутствующим СД 2 типа с наличием метаболического синдрома-МС) количеством 91 больной. С целью определения особенностей течения ИБС с признаками ХСН при наличии СД 2 типа и МС в сравнении с больными СД 2 типа и метаболическим синдромом (МС) без наличия ИБС и проявлений ХСН была сформирована группа С (больных СД 2 типа с МС без ИБС и проявлений ХСН) количеством 14 человек.

Результаты и их обсуждение: У больных группы В отношение ОТ/ОБ составляло – 1,11, (в группе С оно составляло 1,06). Это может указывать на более глубоко зашедшие нарушения метаболизма у пациентов с наличием ИБС и ХСН. Для диабетологических больных (группы В и С) характерно более частое наличие ожирения как по сравнению со здоровыми лицами, так и с больными группы А. При этом у больных СД 2 типа с МС при присоединении ХСН и ИБС частота встречаемости ожирения 2-3 степени резко возрастает, что, вероятно, является следствием как ухудшения метаболической ситуации у данной категории больных, так и значительного сокращения их двигательной активности

Выводы. Полученные данные указывают на глубокие нарушения метаболизма у больных с ИБС и ХСН, что подтверждает и тот факт, что частота встречаемости абдоминального ожирения более чем в 1,52 раза выше в группе В, чем в А, и в 4,26 раз, чем в группе С.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХОЛОДОВОЙ АККЛИМАЦИИ НА ОСМОТИЧЕСКУЮ ХРУПКОСТЬ И ИНДЕКС СФЕРИЧНОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ КРЫС

Шило А.В., Луценко Д.Г., Венцковская Е.А., Коваленко И.Ф., Бабийчук Г.А.

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Известно, что даже короткий контакт с холодовым фактором сопровождается значительным повышением уровня гемоглобина, количества эритроцитов (Эр), гематокрита, средней концентрации гемоглобина в клетке, альбумина сыворотки крови, систолического и диастолического давления и выраженным уменьшением среднего объема и скорости осаждения Эр. Кроме того, острая реакция на холодовой стресс у грызунов вначале запускает механизмы сократительного термогенеза, которые впоследствии замещаются несократительным термогенезом. Оба эти процесса находятся как под нейрональным, так и гормональным контролем, и их суммарное действие направлено на увеличение оксидативного метаболизма, продукцию тепла и повышение потребления кислорода, которое сопровождается увеличением продукции кислородных радикалов и может приводить к оксидативному стрессу. По мере приспособления организма к стрессовому фактору механизмы защиты от стресса заменяются механизмами адаптации. Повышение концентрации свободных радикалов (окислительный стресс) на начальных этапах действия холода может приводить к деградации определенных групп белков и повышать активность соответствующих систем антиоксидантной защиты. Возникающие при этом модификации мембраны приводят к изменению хрупкости и деформируемости Эр, что в свою очередь может сказаться на времени жизни Эр в крови, их популяционном составе и способности «протискиваться» через мелкие капилляры, где они подвергаются значительному механическому воздействию. Возрастание вязкости крови, уменьшение снабжения органов и тканей кислородом или даже блокада микроциркуляции также может быть следствием нарушения деформационной способности Эр.

Целью настоящего исследования была оценка изменения осмотической хрупкости (ОХ) и индекса сферичности Эр после влияния холодовых воздействий, приводящих к повышению устойчивости организма к холоду – постоянного длительного (ПДХВ) и ритмически организованных (РХВ). Показано, что в зависимости от типа, интенсивности и длительности холодового воздействия в крови происходили трансформации формы Эр, определяемые по изменению индекса сферичности. При этом РХВ1 ($Т_{воздействия}$ -12˚С, 2-е сут.) приводили к увеличению ОХ, РХВ2 ($Т_{воздействия}$ +10˚С, 2-е сут.) – к некоторому уменьшению ОХ, а РХВ3 ($Т_{воздействия}$ +10˚С, 1 мес.) и ПДХВ ($Т_{воздействия}$ +5˚С, 1 мес.) – к модификации мембраны без изменения ее ОХ.

БІОЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ ЦНС ПРИ СПОЛУЧНОМУ ВПЛИВІ ГІПОКСІЇ, ГІПЕРКАПНІЇ І НИЗЬКОЇ ТЕМПЕРАТУРИ

Шило О.В., Ломако В.В.,

Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків

Відомо, що при комбінованому впливі наростаючої гіпоксії-гіперкапнії і низької температури середовища теплокровний організм занурюється в зворотній гіпометаболічний стан (ГМС) і в цих умовах контроль функціонування ЦНС, зокрема реєстрація та аналіз біоелектричної активності (БЕА) мозку, є необхідним і максимально інформативним.

Робота проведена на статевозрілих білих щурах з дотриманням усіх біотичних норм. Сполучний вплив гіпоксії, гіперкапнії і низької температури здійснювали методом «закритої судини» в холодовій камері протягом 2,5-3 год. Температуру тіла вимірювали електронним термометром. Реєстрацію БЕА, відведеної епідурально від фронтальної та парієтальної областей некортексу, амплітудний і частотний аналіз електроенцефалограми (ЕЕГ) здійснювали на комп'ютерному електроенцефалографі Нейрон-Спектр-2 («Нейрософт», Росія) з використанням пакету програм «Нейрон-спектр».

Під впливом означених факторів організм тварин занурювався в стан глибокої гіпотермії (температура тіла (16,5 ± 0,5) ^{0}C, при контролі 38 ^{0}C), що супроводжувалось різким падінням частотних і амплітудних складових БЕА мозку. Період відновлення здійснювався в 2 етапи. Для 1 етапу тривалістю 5-7 хв. характерними були виражена депресія БЕА мозку в усіх діапазонах частот, низькі значення амплітудних показників ЕЕГ, в деяких випадках підвищувались індекси δ-, θ- і в меншому ступені α-ритму. На 2 етапі тривалістю біля 100 хв. підвищувались амплітудні характеристики ЕЕГ: вклад активності серця і дихання в БЕА мозку знижувався, що відображалося у відповідному зменшенні індексів δ-, θ- и α-ритму на фоні зростання індексу β-ритму. β-ритм відновлювався до начальних величин раніше і в подальшому, в процесі нормалізації, заміщався ростом індексу δ- і декілька пізніше – підсиленням θ-ритма, наближаючись до нормального рівня до 90 хв. В подальшому рівень цих індексів залежав від функціонального стану тварин. Приблизно через 2 год. відновлення параметри БЕА мозку навіть дещо перевищували вихідні рівні з наступною їх нормалізацією, появою сноподібного стану, грумінгу та пошукової активності.

Таким чином, сполучний вплив вивчених фізичних факторів, що сприяють зануренню в ГМС, призводить до істотних змін активності ЦНС щурів. Відбувається депресія всіх частотних складових ЕЕГ, у частини тварин спостерігається генералізація активності серця і дихання на ЕЕГ. Відновлення відбувається на фоні домінування δ-активності, потужність та кількість спектральних компонент ЕЕГ зростає.

ПРОБА З ІЗОМЕТРИЧНИМ ФІЗИЧНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ У ДІАГНОСТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Шимеліс І.В., Халтагарова В.М.

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

Основною умовою покращення епідеміологічної ситуації в країні стосовно розповсюдження захворювань системи кровообігу є зниження впливу факторів ризику, провідне місце серед яких займає артеріальна гіпертензія (АГ). Поширеність ізометричних зусиль в професійній, побутовій і спортивній діяльності людини, особливості і вираженість гемодинамічних реакцій у відповідь на них обумовлюють необхідність використання поряд із пробами з динамічними ФН, проб з ізометричними фізичними навантаженнями (ФН). До теперішнього часу не існує загальновизнаної методики проведення цієї проби та чітких критеріїв для оцінки відповідної гемодинамічної реакцій, що і було метою нашої роботи.

Для вивчення впливу ізометричних ФН на показники гемодинаміки нами були проведені дослідження з використанням стандартної проби на стискання кистьового динамометра величиною 50 % від максимальної довільної сили (МДС) правої кисті впродовж 1 хвилини у 250 практично здорових осіб молодого віку (115 чоловіків і 135 жінок). Дослідження проводились за запатентованим нами способом (патент України на корисну модель А 61 В5/00 № 61834 від 25.07.2011р).

Оцінку гемодинамічної реакції у відповідь на пробу з ізометричним ФН здійснювали за рівнями абсолютних значень середньо–динамічного артеріального тиску (АТ), якого досліджувані досягали в кінці 1 хвилини утримання навантаження. Відомо, що величини показника середньо–динамічного АТ відображають зміни як систолічного, так і діастолічного АТ, крім того стійкість до підвищення цього показника є найважливішим мірилом компенсаторних можливостей систем кровообігу і має високий кореляційний зв'язок з реакціями депресорної гуморальної системи.

Рівень стрес-індукованого середньо–динамічного АТ давав можливість виділити осіб з нормальною (рівень АТ до 126,4 мм рт. ст.), граничною (від 126,4 мм рт. ст. до 140 мм рт. ст.) і патологічною (140 мм рт. ст і більше) гемодинамічними реакціями на пробу. Граничні реакції АТ, що характеризували високий ризик розвитку АГ, були виявлені нами у 39 % чоловіків і 20 % у жінок. Гіпертонічну реакцію на пробу мали 20 % чоловіків і 4,4 % у жінок обстеженої групи. Ці особи потребували клінічного до обстеження на предмет уточнення діагнозу АГ.

Запропонований тест із стандартним ізометричним ФН на кистьовому динамометрі величиною 50 % МДС має високу чутливість, інформативність, безпечність при верифікації діагнозу АГ при масових обстеженнях.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ 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 якість життя (ЯЖ) хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з коморбідною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено 95 хворих на ГХ з супутніми захворюваннями: 72,6 % страждали на ішемічну хворобу серця (ІХС), 10,5 % перенесли інфаркт міокарда (ІМ), 35,0 % мали клінічні ознаки серцевої недостатності (СН) на момент обстеження, 22,1 % – цукровий діабет (ЦД), переважно 2-го типу, 27,4 % – хронічну хворобу нирок (ХХН). Серед них 35 (36,8 %) чоловіків та 60 (63,2 %) жінок, середній вік яких склав – (60,5 ± 0,4) років. Всі хворі були розподілені на 4 групи: 1 гр. (n = 35) хворі з ГХ та ІХС, 2 гр. (n = 21) – хворі з ГХ, ІХС та ЦД, 3 гр. (n = 13) склали хворі на ГХ та серцево-судинні ускладнення (ІМ, інсульт, мультиінфарктну хворобу мозку, порушення серцевого ритму). В 4 гр. (n = 26) увійшли хворі на ГХ з ХХН. ЯЖ вивчалась за результатами заповнення анкети SF-36. Кількісно оцінювали такі показники: «фізичне функціонування»; «вплив фізичного стану на рольове функціонування»; «інтенсивність болю»; «загальний стан здоров'я»; «життєва активність»; «соціальне функціонування»; «вплив емоційного стану на рольове функціонування»; «оцінка психічного здоров'я». Ці шкали формують два загальних показники: «фізичний компонент здоров'я» (ФКЗ) та «психологічний компонент здоров'я» (ПКЗ).

Результати. Хворі на ГХ з коморбідною патологією мали значне, порівняно зі здоровою популяцією, зниження оцінок ЯЖ за всіма шкалами. Особливо низькими були показники за шкалами, що характеризували «рольове функціонування» (42,1 ± 4,6) та (49,5 ± 3,2). У пацієнтів спостерігались значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності, зумовлені як фізичним, так і психічним станом. Загальні показники ФКЗ та ПКЗ були значно меншими від нормального для популяції значення (42,0 ± 5,1) та (40,8 ± 2,7), відповідно ($p < 0,05$). Показники «рольового функціонування» були нижчі за нормальні в перших трьох групах, що також підтверджувало низьку ЯЖ у цих хворих. ФКЗ та ПКЗ були знижені в усіх чотирьох групах. Найбільш низькі показники виявлено в групі, де ГХ була поєднана з серцево-судинними ускладненнями – ФКЗ та ПКЗ відповідно склали (35,5 ± 1,5) та (36,6 ± 2,0) ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що ЯЖ хворих на ГХ з коморбідною патологією знижена за всіма показниками, а особливо значні обмеження у виконанні повсякденної діяльності зумовлені як фізичним, так і психічним станом (рольове функціонування).

ЛЕЧЕНИЕ КОМБИНАЦИЕЙ АТОРВАСТАТИН+НЕБИЛЕТ+КАРДИОМАГНИЛ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЕЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Шумова Н.В., Шушляпин О.И., Крапивко С.А., Рынчак П.И.
Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Введение. Главным и ведущим патогенетическим механизмом атеросклероза является отложение холестерина в стенку артерий, значимость которого и морфологические изменения при котором определяются стадией процесса и степенью привлечения в процесс структурно - функциональных компонентов сосудистой стенки и эндотелиальной дисфункции.

Материал и методы исследования. Больные были разделены на группы: в 1-ю группу вошли 19 больных (12 мужчин и 7 женщин), средний возраст составил (54 ± 4,5) лет, и проводилось сравнение с контрольной – 2-й группой больных, в которую вошли 20 человек, средний возраст которых составлял (52 ± 3) года.

Показатели липидного обмена (общий холестерин – ОХС, холестерин липопротеидов высокой плотности – ХС ЛПВП, триглицериды – ТГ) определяли наборами фирмы Boehringer Mannheim (Австрия) ферментативным методом на анализаторе “Corona” (Швеция), содержание холестерина липопротеидов низкой плотности – ХС ЛПНП рассчитывали по формуле Friewald.

Проводилось изучение эндотелиальной дисфункции, используя пробу с реактивной гиперемией с помощью допплерУЗД в продольном пересечении на 2 см выше локтевого сгиба с одновременной оценкой агрегации тромбоцитов и показателей липопротеидов в динамике терапии (до и после лечение) в течение 6 недель.

Результаты исследования. Под воздействием лечения комбинацией небилет+кардиомагнил+аторвастатин при ДЛП IIA типа свидетельствовал о снижении ОХС после 4-х недельного лечения; при ДЛП IIБ типа после лечения отмечалось снижение как ОХС, так и ХС ЛПНП с (5,3 ± 0,02) ммоль/л – до лечения до (3,56 ± 0,12) – после лечения; при ДЛП IV типа после лечения вышеназванной комбинацией препаратов отмечалось снижение как ОХС, так и ХС ЛПНП, что было более достоверным при ДЛП IV типа по сравнению ДЛП IIA и IIБ типов.

Выводы. Комбинация небилет + кардиомагнил + аторвастатин в терапии дислипидемий и эндотелиальной дисфункции наиболее патогенетически обоснована и эффективна у больных ИБС: стабильной и нестабильной стенокардией.

ВПЛИВ НОВИХ ПОХІДНИХ АЦЕТАМІДІВ 4*H*-ПІРИДО[4′,3′:5,6]ПІРАНО[2,3-*d*]ПІРИМІДИНУ НА ТКАНИНИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ТВАРИН

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

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

Дослідження гострої токсичності є первинним етапом при визначенні токсикологічних характеристик нових речовин, метою якого є одержання інформації щодо безпечності досліджуваних сполук в умовах короткотривалої дії.

Мета роботи – дослідити вплив нової похідної 2-(6-гідроксиметил-9-метил-2арил-5*H*-піридо[4`,3`:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідин-4-ілсульфаніл)-ацетамідів на тканини внутрішніх органів тварин при первинному токсикологічному вивченні параметрів їх гострої токсичності.

Матеріали та методи. У рамках первинного токсикологічного дослідження найактивнішої за нашими попередніми даними похідної 2-(6-гідроксиметил-9-метил-2арил-5*H*-піридо[4`,3`:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідин-4-ілсульфаніл)ацетамідів сполуки **4***{149}* проведено патоморфологічне вивчення її впливу на тканини внутрішніх органів тварин. 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». Огляд морфологічного матеріалу проводили під мікроскопом Olympus BX-41. Мікрофотографування 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. Після одноразового внутрішньоочеревинного введення похідної ацетамідів **4***{149}* у дозах 500,0 мг/кг та 630,0 мг/кг маси мікроскопічна картина органів тварин відповідала такій в контрольній групі. При введенні сполуки **4***{149}* у дозі 800,0 мг/кг маси у паренхіматозному компоненті органів ознаки дистрофії не були виражені, а некрозу відсутні. Після одноразового внутрішньоочеревинного введення похідної ацетамідів **4***{149}* у максимальній дозі 1000,0 мг/кг маси у паренхіматозному компоненті міокарда, печінки, нирок виявлено ознаки внутрішньоклітинної дистрофії, крім того в печінці та нирках спостережено слабо виражені некробіотичні зміни, а у селезінці – ознаки антигенної стимуляції у вигляді гіперплазії білої пульпи з наявністю активних світлих центрів.

Висновок. За результатами патоморфологічного дослідження впливу перспективної похідної ацетамідів 4*H*-піридо[4′,3′:5,6]пірано[2,3-*d*]піримідину на тканини внутрішніх органів тварин визначена дозозалежність змін, виявлені органи-“мішені”, означено характер та ступінь патологічних змін тканин органів.

ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Яковлева Л.М., Целуйко В.Й.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета дослідження: вивчити генетичні фактори, пов'язані з розвитком артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІКС) у мешканців Харківської області.

Матеріали та методи. Обстежено 120 хворих на ІХС, які були розподілені на дві групи: I група – 25 (20,8 %) хворих на ІХС без АГ, II – 95 (79,1 %) осіб з АГ. Контрольну групу склали 35 здорових осіб. Дослідження алельного поліморфізму Т-786С промотора гену ендотеліальной NO-синтази (eNOs), інсерційно-делеційного (I/D) поліморфізму гену ангіотензи-нперетворюючого ферменту (АПФ) та поліморфізм А1166С гену рецептора ангіотензина 2 типа 1 (AT_2R1) проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з електрофоретичною схемою детекції результату з використанням наборів реактивів "SNP-ЭКСПРЕСС" виробництва ООО НПФ "Литех" (РФ).

Результати. При генотипуванні поліморфізму Т-786С промотора гену eNOs в контрольній групі співвідношення гомозигот ТТ, гетерозигот ТС і патологічних гомозигот СС склало 45,7 %; 48,6 % та 5,7 %, відповідно. У II групі частота патологічного СС генотипу була вищою ніж у групі контролю (24,2 % проти 5,7 %, X^2 = 5,63, p = 0,02) та в I групі (24,2 % проти 8,0 %, X^2 = 3,17, p = 0,05). Встановлена позитивна асоціація СС генотипу з розвитком АГ у хворих на ІХС (відносний ризик (RR) = 3,7 [2,76-4,64]). Співвідношення II, ID та DD генотипів поліморфізму гена АПФ в групі контроля склало 40 %, 42,9 % та 17,1 %, відповідно. Питома вага генотипів з домінантною D делецією у II група склала 56,3 %, що більше, ніж у групі контролю – 38,6 % (X^2 = 4,67, p = 0,03) та ніж в I групі – 42,0 % (X^2 = 3,77, p = 0,05). Встановлена позитивна асоція D алелю з розвитком АГ у хворих на ІХС (RR = 1,98 [0,88-3,08]). При дослідженні розподілу частот алелей і генотипів поліморфізму А1166С гену AT2R1 між I, II групами і контролем статистично вірогідних відмінностей не встановлено.

Висновки. Високий ризик розвитку АГ у хворих на ІХС, які є мешканцями Харківської області, асоційований с носійством поліморфного D алелю гена АПФ та наявністю СС генотипу поліморфізму Т-786С промотора гену eNOs. Не виявлено залежності поліморфізму А1166С гену AT2R1 з розвиток АГ у хворих на ІХС, які є мешканцями Харківської області.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Яресько М.В., Зайченко О.Є., Панченко Г.Ю.

Харківський національний медичний університет, Україна

За останні роки спостерігається велика тенденція до зростання кількості хворих на поєднану патологію. Спільний перебіг гастроезофагеальної рефлюксної хвороби та гіпертонічної хвороби обумовлен не тільки їх поширеністю, а й тісними патогенетичними взаємозв'язками, а отже, клінічним перебігом і вибором оптимальної медикаментозної терапії. Але, водночас, проблема поєднання гіпертонічної хвороби та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби залишається недостатньо вивченою, відсутні дані клінічних досліджень про особливості добового профілю артеріального тиску у зазначеної категорії хворих, не вивчені атипові прояви гастроезофагеальної рефлексної хвороби та взаємозв'язок проявів гастроезофагеального рефлюксу на тлі підвищення артеріального тиску.

Метою дослідження було визначення особливостей добового профілю артеріального тиску(АТ) у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою.

В ході дослідження було обстежено 60 хворих на гіпертонічну хворобу I-II стадії, 1-2 ступеню віком від 30 до 65 років, які приймали відповідну антигіпертензивну терапію, 35 з яких мали поєднання гіпертонічної хвороби та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. Групу виключення склали пацієнти з важкою серцевою недостатністю (III-IV ФК по NYHA), вади серця, гострий інфаркт міокарда. До групи контролю увійшли 20 практично здорових осіб.

Для обстеження пацієнтів проводилось вимірювання АТ за методом Н.С. Короткова, добове моніторування АТ, езофагогастродуоденоскопія, добова pH-метрія.

Аналіз результатів дослідження показав, що у хворих на гіпертонічну хворобу в поєднанні з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою спостерігається відносно доброякісна структура добових характеристик АТ, що обумовлено меншим добовим підвищенням рівня АТ та меншою змінністю АТ протягом доби на 35 % в порівнянні з пацієнтами, що страждають на ізольовану гіпертонічну хворобу та мають рівень змінності 60 % протягом доби.

Таким чином, можна зробити висновок, що спільний перебіг гіпертонічної хвороби та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби є сприятливим і позитивно впливає на рівень та варіабельність АТ у хворих з поєднанням цих патологій.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОЇ РН-МЕТРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Яресько М.В., Зайченко О.Є., Панченко Г.Ю., Супрун С.А.

Харківський національний медичний університет, Україна

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) відноситься до найпоширеніших кислотозалежних захворювань у розвинутих країнах Європи та Америки. За останніми епідеміологічними даними, серед населення України розповсюдженість цієї нозології досягає 30 %. Спільний перебіг ГЕРХ з артеріальною гіпертензією (АГ) обумовлений не тільки їх поширеністю, а й тісними патогенетичними взаємозв'язками, а отже, клінічним перебігом і вибором оптимальної медикаментозної терапії.

Метою нашого дослідження стало визначення особливостей добової рН-метрії у пацієнтів з асоційованим перебігом цих патологій.

В ході дослідження було обстежено 50 хворих у віці 25-50 років. 27 з яких мали поєднання ГЕРХ з АГ. До основної групи було включено 23 хворих з ізольованим перебігом ГЕРХ. Усі обстежувані були порівняні за статтю, віком, стажем АГ та індексом маси тіла. Для верифікації ГЕРХ проводилася фіброгастродуоденоскопія. Добова рН-метрія проводилася за допомогою ацідогастромонітора "Гастроскан-24". Оцінювалося загальне число кислотних рефлюксів (КР), число КР тривалістю більше 5 хв, час найбільш тривалого КР, час з $pH < 4$. Результати оброблялися з використанням програми «STATISTICA 6.0». Було визначено достовірне зменшення числа КР у пацієнтів з асоційованим перебігом ГЕРХ і АГ, у порівнянні з групою пацієнтів з ізольованим перебігом ГЕРХ ((170,2 ± 13,4, проти (189,7 ± 14,2), $p = 0,004$). Оцінюючи загальний відсоток часу з $pH < 4$ (найбільш значуща відмінність між патологічним і фізіологічним рефлюксами) було виявлено, що в групі АГ+ГЕРХ цей показник достовірно знижується в зіставленні з групою ізольованого перебігу ГЕРХ ((8,2 ± 0,67) % проти (10,1 ± 1,2), $p < 0,01$). Вивчаючи показник часу найбільш тривалого КР, виявлено, що виражені зміни були зареєстровані в групі АГ + ГЕРХ, де він достовірно зменшувався в порівнянні із самостійним перебігом ГЕРХ ((75,4 ± 7,4) проти ((90,5 ± 10,3), $p < 0,01$). Число КР тривалістю більше 5 хв. перевищувало в групах з ізольованим перебігом ГЕРХ. При поєднанні даної патології з АГ, цей показник достовірно знижувався.

Таким чином, були визначені деякі особливості в перебігу ГЕРХ з АГ в порівнянні з ізольованим перебігом ГЕРХ. При оцінці кислотоутворюючої функції шлунка відзначена тенденція до високих значень у групі з ізольованим перебігом ГЕРХ на відміну від асоційованих форм. Це можна пояснити тим, що коморбідних протягом ГЕРБ і АГ посилює наявний спочатку надлишковий вплив симпатичної нервової системи у пацієнтів з АГ, що приводить до парасимпатичної недостатності та зменшенню числа кислотних рефлюксів.

МОНИТОРИНГ ВЫЕЗДНЫХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ, ПРОВОДИМЫХ ИНСТИТУТОМ ТЕРАПИИ В РЕГИОНАХ УКРАИНЫ В 2013 ГОДУ

Ярына Н.А., Богун Л.В., Лавренко Т.А.

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

В 2013 году ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» запланировано проведение 4 научно-практических конференций, зарегистрированных в УкрИНТЭИ.

30 мая 2013 г. в г. Черновцы прошла научно-практическая конференция «Школа терапевтов имени Л.Т. Малой», посвященная Дню науки, на тему «Современные подходы к профилактике, диагностике и лечению внутренних болезней», организованная институтом терапии совместно с Департаментом здравоохранения и гражданской защиты населения Черновицкой облгосадминистрации. В ней приняли участие 197 врачей из г. Черновцы и Черновицкой области, городов Киева и Харькова. Врачам области для внедрения в практическое здравоохранение было рекомендовано 45 научных разработок сотрудников Института в виде методических рекомендаций, патентов, информационных писем, нововведений.

В городе Симферополе в рамках «Школы терапевтов имени Л.Т. Малой» 20 июня 2013 г. прошла научно-практическая конференция «Новые достижения в диагностике, лечении и профилактике терапевтических заболеваний». В работе конференции приняли участие 132 врача из городов Симферополя, Киева, Харькова, Алушты, Ялты, Джанкоя и Евпатории. Врачам Автономной республики Крым были рекомендованы для внедрения 52 научные разработки.

26 сентября в г. Николаеве была проведена научно-практическая конференция «Школа терапевтов имени Л.Т.Малой» под названием «Особенности диагностики и лечения больных с кардиологической и нефрологической патологией». Численность аудитории составила 156 участников из 19 районов области и 4 городов – Николаева, Южноукраинска, Первомайска, Вознесенска, а также Киева и Харькова. Для внедрения было рекомендовано 54 научные разработки.

Проведение научно-практической конференции «Актуальные вопросы лечения больных с сочетанной патологией внутренних органов» в г. Ровно планируется на 24 октября этого года. Для внедрения в здравоохранение области подано около 50 разработок сотрудников.

Проведение конференций в рамках «Школ терапевтов имени Л.Т. Малой» способствует более плодотворным, конструктивным взаимоотношениям между ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины» и лечебно-профилактическими учреждениями страны, приближая научные достижения к практическому здравоохранению.