

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ “МОЛОДІ ВЧЕНІ ТА СПЕЦІАЛІСТИ
ІНСТИТУТІВ НАМН УКРАЇНИ М. ХАРКОВА”
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1 ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ

МАТЕРІАЛИ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ

**ВНЕСОК МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В
РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ПРАКТИКИ**

17 травня 2012 року

Харків 2012

УДК: 616.001.8-25.12

В 33

Редакційна рада
Г.Д. Фадеєнко (голова)
О.Є. Гріднев (заступник голови)

Д.М. Калашник, В.В.Школьник, Г.В. Болотських, Т.А. Лавренко

Відповідальний секретар: Г.В. Болотських

В 33 «Внесок молодих спеціалістів в розвиток медичної науки і практики»: Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції присвяченій Дню науки 17 травня 2012 р./ Ред. рада Г.Д.Фадеєнко(голова) та ін.; НАМН України та ін. -Х., 2012.- 163 с.

Адреса редколегії:
ДУ «Інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України»
пр. Постишева, 2-а, м.Харків, 61039, Україна

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез.

ДУ «Інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», 2012

ЗМІСТ

ВЛИЯНИЕ ДОКСИЦИКЛИНА НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА У КРЫС Александрова А.В.....	17
ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОСТЯХ ТАЗА Анацкий А.Н., Новиков Д.Ю.....	18
ВПЛИВ ІМУНОМОДУЛЯТОРУ АЛЬФАРЕКІНУ НА ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З ГІПЕР- ПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСАМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ Аткіков В. Є., Бруснік С. В., Коляда О. М., Маркова Х. В., Нестеренко А. М., Шушляпіна Н. О.	20
РОЛЬ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА ПРОМОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ 6-МЕСЯЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ Белая Н.В., Титаренко Н.В., Колосов Е.В.....	21
РЕЗИСТЕНТНЫЕ К ТЕРАПИИ МЕДИАСТИНАЛЬНЫЕ ЛИМФОМЫ Белый А.Н.	22
ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОСТОМИЯ В СРАВНЕНИИ С ОТКРЫТОЙ НЕФРОСТОМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Белоусов П.Н.	22
МЕТАБОЛІЧНА ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ДЕРМАТОЗІВ Біловол А.М., Берегова А.А., Колганова Н.Л.....	23
ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСОРИАЗУ ПРИ НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОЇ СЕРЦЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ Біловол А.М., Берегова А.А., Колганова Н.Л.....	24
БІЛКОВОУТВОРЮЮЧА ФУНКЦІЯ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ ЗА УМОВИ ГОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОТРУЄННЯ Біловус Д. М., Криницька І.Я.....	25

РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Бобро В.В.....	26
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	
Богат С.В.....	28
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Бородай И.С.	29
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ВИСКОТТ-ОЛДРИЧА	
Бочарова К.А., Щербаченко Д.С., Мухамедов Д.Ю.	30
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕР-IGE-СОСТОЯНИЙ И ГИПЕР- IGE-СИНДРОМА (СИНДРОМА ИОВА)	
Бочарова К.А.	31
ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
Буряк В.В.	32
ДИНАМІКА ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У КРОВІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ НА ФОНІ ЗАСТОСОВАНОЇ ТЕРАПІЇ	
Бутов Д.О., Гринішина О.О., Синенко Т.О.	33
ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	
Бутова Т.С., Кукушка О.В.	34
ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	
Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Колесников В.С.	35
ОБОСНОВАННОСТЬ ВЫБРАННОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВУЗов	
Вашките И.Д.	36

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, ЗУМОВЛЕНИЙ ВІРУСАМИ ГЕПАТИТІВ С ТА В, У ПРОГНОСТИЧНОМУ АСПЕКТІ Винокурова О.М., Соломенник Г.О., Загороднева О.В., Гаврилов А. В.	38
ПОСТПРАНДІАЛЬНА ГЛІКЕМІЯ І РІВЕНЬ НВА1С У ФОКУСИ ПРЕДІАБЕТ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ Візір М.О., Піонова О.М.	39
ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПРОСМОТРА ТЕЛЕПЕРЕДАЧ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Волошина Д.Н., Линский И.В.	40
АНАЛІЗ ПРОФІЛІВ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МЕТИЦИЛІНОРЕЗИСТЕНТНИХ СТАФІЛОКОКІВ Воронкіна І.А.	41
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДОРΟΣЛИХ Войтова А.І., Колесник Р.О., Драч І.В., Вовкі.О.	42
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ В ЛЕГЕНЯХ І ЇХ СУДИННИХ РУСЛАХ ЧЕРЕЗ ОДНУ ДОБУ ПІСЛЯ СТЕНОЗУВАННЯ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ Гавліч О. Б.	43
СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ Гладун К.В., Слепян О.В.	44
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПІДНОГО ПРОФІЛЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Гетман Е.А., Калашник Д.Н., Каменир В.М., Измайлова Е.В.	45
АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ КАТАБОЛИЗМА ЭНДОГЕННЫХ АЛЬДЕГИДОВ В СУБКЛЕТОЧНЫХ ФРАКЦИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕРДЦА КРЫС ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА Глонягина И.С.	46

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ХСН ІШЕМІЧНОЮ ЕТІОЛОГІЇ З СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Голубовська О.С., Табаченко О.С.	47
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФНП-α З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ	
Гопцій О.В., Зелена І.І.	48
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ВЕНОСМІН ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВИНИКНЕННЯ ПІЗНІХ ПРОМЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ	
Григоренко С.В., Щурський В.О., Лук'яненко О.А., Конькова Т.В., Вітюк Н.В., Щербатюк Т.М., Нечипорук Т.С., Корчинський О.Г., Калван Л.Ф.	50
КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ, ІНДУКОВАНИХ УЛЬТРАФІОЛЕТОВИМ ОПРОМІНЕННЯМ	
Гринь В.В.	51
ЗМІНА РИТМІВ ПРОДУКЦІЇ КОРТИЗОЛУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ НА ЕТАПАХ ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ	
Громакова І.С.	52
ПРОЦЕСИ ПЕРОКСИДАЦІЇ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА	
Гулага О.І., Полянська О.С., Тащук В.К.	53
К ВОПРОСУ О БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	
Давыдова А.Г., Капустин С.А.	54
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	
Давыдова А.Г., Тимошенко Г.В., Панченко А.В.	55
РАССТРОЙСТВА, КОМОРБИДНЫЕ СИНДРОМУ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	
Датиева В.К.	56
ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
Делевська В. Ю.	58

ХАРАКТЕР ЛІПІДНОГО СПЕКТРА ПРИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ	
Диннік О.О.	59
ВНЕСОК ОЖИРІННЯ У ПАТОГЕНЕЗ ФОРМУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	
Дорошенко О.В., Шоп І.В., Махаринська О.С., Лебединська М.М.....	60
РАННІ МАРКЕРИ ПОРУШЕННЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ТА ТУБУЛЯРНОГО АППАРАТІВ НИРОК У ДІТЕЙ	
Дриль І.С., Підвальна Н.А.....	61
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ МІХУРОВО-СЕЧОВИДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ	
Дриль І.С., Кисельова Т.С.....	62
ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ (АСК)	
Емельянов Д.В.	63
ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ, ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	
Заикина Т.С.....	64
ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	
Зайцев П.В.....	65
СТАТИНОТЕРАПИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ ПРОБЛЕМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ	
Злобина И.А., Куршубадзе И.Н.	66
ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ КИСЛОТНОСТІ В СТРАВХОДІ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ГАСРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ	
Іванова К.О.	68
ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Іващенко М.І., Подліанова Е.І.	69

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Кадыкова О.И.....	70
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ Калашник Д.М., Каменір В.М., Гетман О.А., Колеснікова О.М. Ізмайлова О.В.....	71
ВПЛИВ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ХВИЛЬ НА ПРАВЦЕВИЙ АНАТОКСИН Калініченко С.В., Скляр Н.І., Рижкова Т.А.....	72
АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ Кіреєв С.С., Ларченко В.І.	73
ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ФОСФОЛПАЗИ А₂ ЗА УМОВ УРАЖЕННЯ БІЛИХ ЩУРІВ СОЛЯМИ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ Кирилів М. В. , Криницька І. Я. , Бекус І. Р.	75
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ Ковальова Ю.О., Шелест Б.О.....	76
ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ЕВВ-ІНФЕКЦІЇ Колесник Р.О., Менжуліна Є.В.	77
СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ Корсун К.В.	78
ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКОВОЇ ГРУПИ Кочубей О.А., Потабенко С.В.	79
РОЛЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИВАННЯ В ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКЕ СИНКОПАЛЬНИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Кравец Л.В.....	80
ПАДЕНИЯ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПЕРЕЛОМОВ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Кривцунов А. Н.	81

МІТОХОНДРІАЛЬНИЙ ТРАНСМЕМБРАННИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК МАРКЕР ОКИСНЮВАЛЬНОГО СТРЕСУ У ЩУРІВ З ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ	
Криницька І. Я.	82
ВЫБОР МЕТОДА ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ	
Кузьмина О.А.	83
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ	
Кукушка Е.В., Бутова Т.С.	84
ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ТА ЗМІСТУ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНУ В КРОВІ ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ, УСКЛАДНЕННЯМ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ	
Кулешова Д.К.	85
ПОКРАЩЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ПАЦІЄНТОК З МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	
Курічова Н.Ю.	86
РОЗПОДІЛ CD5⁺V₁-ЛІМФОЦИТІВ В ДЕЦИДУАЛЬНІЙ ТКАНИНІ МАТКИ В І-У І ІІ-У ТРИМЕСТРАХ ВАГІТНОСТІ	
Куц О.Г., Злобіна О.В.	87
ВИРАЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ	
Лазур Я.В.	88
ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ НАСТРОЮ	
Лакинський Р.В.	89
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКОБАКТЕРИЙ В ОБЛАСТИ КАВЕРНЫ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ	
Лискина И.В., Олексинская О.А., Кузовкова С.Д.	90
ДИССИНХРОНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА	
Лопин Д.А., Родионова Ю.В.	92

РОЗВИТОК СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ ПРИ НАЯВНОСТІ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА Лопіна Т.О.	93
ІМУНОФАН В КОРЕКЦІЇ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ У СПОЛУЧЕННІ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ Лоскутов А.Л., Іванова Л.М.	94
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ В ДІАГНОСТИЦІ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ Лупальцова О.С.	95
РАННЯ ДІАГНОСТИКА РЕЦИДИВОВ И/ИЛИ МЕТАСТАЗОВ ДИФФЕРЕНЦІРОВАНОГО ТИРЕОИДНОГО РАКА Луховицкая Н.И.	96
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТА А В КРУПНОМ МЕГАПОЛИСЕ УКРАИНЫ (Г.ХАРЬКОВ) Лютая Е.А., Макарова В.И.	97
КОРЕКЦІЯ ІНТЕФЕРОНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ Макаревич В.А.	98
БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ФІБРОЗНИХ ЗМІН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ПАЦІЄНТІВ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Макарчук В.А., Гравіровська Н.Г., Кленіна І.А.	99
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ МАСИ ТІЛА У ДІТЕЙ З ЖОВТЯНИЦЕЮ «ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ» НА ПЕРШОМУ МІСЯЦІ ЖИТТЯ Малиновська Н.О., Соколенко О.О., Усенко Д.В.	100
ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З ДИСФУНКЦІЯМИ БІЛПАРНОГО ТРАКТУ Малиновська Н.О., Ласюк К.В.	101
РОЛЬ ОКИСНОГО СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ Марущак М.І., Виваль М.Б.	102

НОВОЕ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ GOLD 2011 ГОДА ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	
Меленевич А. Я.	103
ЗАХОДИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕФРОЛІТІАЗУ	
Михайлець П.О., Мойсеєнко В.О.	104
КАРДІОРЕНАЛЬНІ ВЗАЄМВІДНОСИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ	
Михайлова Ю.О.	105
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ	
Мишенина Е.В.	106
ДИНАМИКА ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ	
Мищенко Т.С., Баранова Е.В., Рыбалко Т.П.	108
РІВЕНЬ АСИМЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГІНІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	
Молодан Д.В.	109
ПОЛІМЕРАЗНА ЛАНЦЮГОВА РЕАКЦІЯ Real-time ДЛЯ ОЦІНКИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ	
Молчанова О.В.	110
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСЕМІЇ ТА ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З КАНДИДОЗОМ ПРИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	
Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Парамонова К.В., Паранько А.С.	111
ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ КИШЕЧНИКУ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗІ	
Москалюк І.І., Федів О.І., Москалюк В.І.	112

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ИЛИ ПОДАГРОЙ	
Мохначёв А.В.	113
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ	
Мудраковская Э.В., Горелик С.Г., Колпакова Н.А.	114
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УРОНЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
Мудраковская Э.В., Колпакова Н.А., Горелик С.Г.	115
МОНОЛАТЕРАЛЬНАЯ СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА	
Новиков Д.Ю., Анацкий А.Н.	117
РОЛЬ РАННЕГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В ПОПЕРЕДЖЕННІ ВИНИКНЕННЯ ЕРОЗИВНИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ ХВОРОБИ	
Нурдінов Х.Н., Польовий В.П., Пауль Харі.....	118
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЛЕПТИНОМ, ФАКТОРОМ НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ-АЛЬФА И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ	
Отнева Е.В.	119
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	
Одинец Ю.В., Головачева В.А.	120
ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЖИРОВОГО ОБМІНУ В ЛЕГЕНЯХ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ФІБРОЗНО-КАВЕРНОЗНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ	
Олексинська О.О., Кузовкова С.Д., Ліскіна І.В.	121

СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ У ПАТОГЕНЕЗІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: КОНТЕНТ – АНАЛІЗ	
Ольховський Д.В. Наріжна А.В., Кравчун П.П.	123
ЗМІНИ РІВНІВ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТА-β1 В КРОВІ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕН- ЗИВНОЇ, ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ, АНТИДІАБЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
Першина К.С., Старченко Т.Г.	124
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	
Поляков П.И., Горелик С.Г., Волков Д.В.	125
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Пятикоп-Черняева О.В., Руденко М.А.	126
РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО БЕЗКАМ'ЯНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ (ХБХ) ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ (ГБ)	
Резуненко О.В.	127
БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПАТОГЕННИХ КОРИНЕ-БАКТЕРІЙ ЗА МІКРОАЕРОФІЛЬНИХ УМОВ	
Рижкова Т. А.	128
РЕГУЛЯТОРЫ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА И ЭРИТРОПОЭЗА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Рындина Н.Г., Титова А.Ю.	129
ОЖИРЕНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ПИЩЕВОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ	
Роттер М.М.	130
СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХСН	
Рыначак П.И., Граматюк А.Н.	131
ЛІКУВАННЯ ЖІНОЧОГО НЕПЛІДДЯ, ОБУМОВЛЕНОГО ЕНДОМЕТРІОЗОМ	
Салтовський О.В., Таравнех Д.Ш., Маракушина Є.А.	132

ПРОБЛЕМЫ ВИЧ - АССОЦИИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ Семенченко Л.А., Богдан Ю.А.....	133
ПОРУШЕННЯ В СИСТЕМІ ПРОТЕЇНАЗА -ІНГІБИТОР ПРОТЕЇНАЗ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ Сердобінська-Канівець Е.М.,Серік С.А.,Самохіна Л.М.	134
ХРОМАТИДНІ АБЕРАЦІЇ І ГЕНОМНІ ПОРУШЕННЯ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ВІДДАЛЕНІ СТРОКИ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ Сипко Т.С., Пшенічна Н.Д., Мазник Н.О., Вінніков В.А.	135
ДЕЯКІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ Скорбач О.І., Таравнех Д.Ш.....	136
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХЕМОТЕРАПІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГІСТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПУХЛИНИ У ХВОРИХ ІЗ ЗАНЕДБАНИМИ ФОРМАМИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ Слободянюк О.В., Щит Н.М., Сухін В.С., Харченко Ю.В.	137
СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Смирнова А.С.....	138
ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ДИНАМИКУ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Смоляник Е. Ю., Годлевская О. М.	140
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 Сокольников Н.В.....	141
ПРЕИМУЩЕСТВО ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ Сорочан А.П.....	142
ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ Сухин В.С., Слободянюк О.В.	143

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ КСЕРОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ	
Сухина И.С., Сплюхина О.В.	144
ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ	
Ткаченко Т.В.	145
ЭФЕКТИВНІСТЬ АНТ РАЛЮ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК	
Ульянов О.В.	146
МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ОЦІНЦІ МОРФО- ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	
Федуленкова Ю.Я.	147
ПРЕДИКТОРЫ СИНДРОМА ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ	
Франкова И.А.	148
ОЦІНКА СТАНУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ З НОРМОАЛЬБУМІНУРІЄЮ	
Цимбал В.М.	149
АКТИВНІСТЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ	
Черненко Л.М.	150
ЗВ'ЯЗКИ РІВНІВ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ І СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СЕРЦЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК	
Шалімова А. С.	151
АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	
Шевелёк А.Н., Складная Е.В., Христинченко М.А.	153
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 2	
Шеховцова Ю.А.	154

ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ	
Юрко К.В., Новокшонова А.О.....	155
АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД КЛІНІЧНИХ ГРУП РИЗИКУ	
Юрко К.В., Новокшонова А.О., Соломенник Г.О., Могиленець О.І. ...	156
ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ, ВИРАЖЕНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ	
Юшко К.О., Снігурська І.О.....	157
ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ НА ФОНЕ ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД	
Буйвало Т.А.....	158
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ	
Бондаренко С.Е.....	159
ОЦІНКА ДОЗОВИХ НАВАНТАЖЕНЬ ПАЦІЄНТІВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ	
Носик О.В.....	160
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ІНДЕКСАМИ МАСИ ТІЛА ПРИ ОЦІНЦІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ, ПОЄДНАНОЇ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
Тесленко Ю.В.....	161

ВЛИЯНИЕ ДОКСИЦИКЛИНА НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА У КРЫС

Александрова А.В.

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков
Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры*

Цель и задачи: определить состояние антиоксидантных ферментов в коже в процессе заживления термического ожога у крыс при лечении синтетическим ингибитором матричных металлопротеиназ доксициклином.

Материалы и методы: Исследования были проведены на 96 крысах популяции WAG массой 200–250 г. Животные были разделены на 4 группы: интактные (1 группа), с экспериментальным ожогом без лечения (2 группа), лечение тиотриазолином (препарат сравнения) в дозе 30 мг/кг (3 группа), лечение доксициклином в дозе 2.5 мг/кг (4 группа). Животных выводили из эксперимента на 7, 14, 21 и 28 сутки. Активность ферментов антиоксидантной системы оценивали по содержанию каталазы (Кат) методом, основанном на способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойкий окрашенный комплекс и супероксиддисмутазы (СОД) методом окисления кверцетина в модификации В.А.Костюка и сотр.

Результаты: В группе животных, с термическим ожогом, не получавших лечение активность ферментов антиоксидантной системы была снижена на протяжении всего периода эксперимента. Применение тиотриазолина не приводило к восстановлению активности Кат. Ни в одном сроке наблюдения не обнаруживалось достоверных отличий по сравнению с группой без лечения. Активность СОД, хотя и не достигала показателей интактных животных, но на 21 сутки оказывалась выше, чем в группе без лечения. И только под влиянием доксициклина происходило восстановление активности Кат и СОД к 28-м суткам эксперимента.

Выводы: Влияние синтетического ингибитора матричных металлопротеиназ доксициклина в дозе 2,5 мг/кг оказывает положительное воздействие на состояние антиоксидантной системы в очаге термического ожога – восстанавливает активность антиоксидантных ферментов Кат и СОД. Доксициклин наиболее активно восстанавливает активность этих ферментов в очаге, превышая препарат сравнения тиотриазолин.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОСТЯХ ТАЗА

Анацкий А.Н., Новиков Д.Ю.

Национальный исследовательский университет «БелГУ», МБУЗ

«Городская клиническая больница №1»

г. Белгород

Цель: улучшить результаты реконструктивных операций на костях таза путем оптимизации анестезиологического и трансфузиологического обеспечения периоперационного периода.

Материалы и методы: За последние 2 года в МБУЗ «Городской клинической больнице №1» г. Белгорода было выполнено 5 реконструктивных операций на костях таза (3 мужчин и 2 женщины). В одном случае операция была выполнена в условиях общей неингаляционной анестезии с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). Во втором - в условиях сочетанной анестезии: периоперационная эпидуральная анальгезия по Н.Breivik и G.Niemі, в модификации проф. Горбца Е.С. (ропивакаин 2 мг/мл + адреналин 2 мкг/мл + фентанил 2 мкг/мл) и общая неингаляционная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ. В остальных трех случаях операции были выполнены в условиях сочетанной анестезии: продленная эпидуральная анестезия (ропивакаин 75 мг/мл) и общая неингаляционная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ. С целью кровосбережения у больных с сохраненной кислородной емкостью крови при плановых реконструктивных операциях на костях таза использовались следующие методики:

1) После обеспечения доступа не менее чем к одной из центральных вен катетером с внутренним диаметром 1,4 мм, индукции анестезии, начала ИВЛ с FiO_2 0,6, производили забор аутокрови (в объеме 500-800 мл) гравитационным способом. Емкости с аутологичной кровью в стандартных гемаконах 500/300 с раствором «Глюгидир», хранили в операционной комнате при постоянном перемешивании.

2) Острую интраоперационную гемодилюцию (ОИГ) осуществляли инфузией растворов кристаллоидов и коллоидов в объеме 2000-2400 мл в соотношении 3:1 соответственно. Объем инфузии коллоидов, и кристаллоидов контролировали по уровню центрального венозного давления, целевое значение которого в конце инфузионной подготовки составляло 10-15 см.вод.ст. Противопоказанием для проведения ОИГ с аутогемотрансфузией являются уровень гемоглобина менее 90 г/л, гематокрит < 30%, гипопротейнемия (общий белок менее 60 г/л), уровень тромбоцитов менее 170×10^9 /л.

3) Использовали транексамовую кислоту внутривенно капельно в дозе 10-15 мг/кг за 20-30 минут до вмешательства.

4) Операцию проводили в условиях искусственной гипотонии (артериальное давление удерживали на цифрах 90/60 – 110/70 мм.рт.ст.), т.к. хорошая васкуляризация тканей в области операции, трудность гемостаза губчатых костей при повышенном артериальном давлении создают дополнительные технические трудности хирургической бригаде и усиливают операционную кровопотерю. Периоперационный мониторинг осуществлялся с помощью монитора МПР6-03 «Тритон».

Результаты: Полученные данные позволяют судить об эффективности и безопасности сочетанного применения методик кровосбережения в условиях сочетанной анестезии: продленной эпидуральной анестезии и общей неингаляционной анестезии с интубацией трахеи и ИВЛ, у пациентов при реконструктивных операциях на костях таза. Применение вышеописанной методики позволило значительно снизить объем интраоперационной кровопотери (в среднем 500-800 мл), сохранить стабильность сердечно-сосудистой системы, максимально обеспечить хирургическую стресс-протекцию и зачастую (у 3-х больных 60%) избежать использование заместительной терапии препаратами донорской крови.

Выводы:

- Наиболее оптимальным методом анестезиологического пособия при реконструктивных операциях на костях таза является сочетанная анестезия: продленная эпидуральная анестезия и общая неингаляционная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ.

- Сочетанное применение методик кровосбережения при реконструктивных операциях на костях таза позволяет значительно уменьшить, а иногда и полностью исключить использование препаратов донорской крови.

- Применение модифицированной тактики инфузионно-трансфузионной терапии с сочетанным использованием кровосберегающих методик в условиях сочетанной анестезии сокращает сроки пребывания больных в стационаре, а так же минимизирует риск возникновения гемотрансфузионных осложнений и возможность заражения гемотрансмиссивными инфекциями.

ВПЛИВ ІМУНОМОДУЛЯТОРУ АЛЬФАРЕКІНУ НА ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ З ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСАМИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ.

**Аттіков В. Є., Бруснік С. В., Коляда О. М., Маркова Х. В.,
Нестеренко А. М., Шушляпіна Н. О.**

*ДУ “Інститут мікробіології та імунології ім. І. І. Мечникова АМН
України”, Харків*

Відомо, що елімінація патогенів здійснюється за допомогою факторів імунної системи. Є очевидним, що оптимальний клінічний ефект при лікуванні хронічних та персистуючих інфекцій може бути досягнутий при стимуляції захисних сил організму та антибактеріальних або противірусних препаратів. Група інтерферонів є однією з найефективніших груп препаратів, що характеризуються високою лікувальною ефективністю. Одним з перспективних препаратів цього ряду інтерферонів є альфарекін – рекомбінантний інтерферон -2b.

Гіперпластичні захворювання верхніх дихальних шляхів (ВДШ) у останній час пов'язують із хронічним запаленням, внаслідок персистенції бактеріальної або грибової мікрофлори у слизових оболонках. Тому при цих захворюваннях є доцільним застосування імуномодуляторів.

Метою даного дослідження була оцінка впливу імуномодулятора альфарекіну на показники клітинного імунітету в хворих на гіперпластичні захворювання ВДШ.

У дослідженні приймали участь 48 хворих на гіперпластичні захворювання ВДШ. Хворих розділили на дві рівні дослідні групи. Пацієнти першої дослідної групи (23 людини) отримували альфарекін внутрішньом'язово у дозі 1 млн МЕ 1 раз на добу протягом 10 днів. Пацієнти контрольної групи (25 чоловік) отримували плацебо.

Встановлено, що застосування альфарекіну призвело до достовірного підвищення загальної кількості лімфоцитів CD3 ($82\pm 3,5$)% проти ($57\pm 2,05$)% ($p < 0,05$) в контролі та CD4 лімфоцитів ($54\pm 2,2$) проти ($42\pm 1,8$) ($p < 0,05$).

Результати нашого дослідження свідчать про те що застосування альфарекіну для лікування хворих з запальними процесами слизових оболонок ВДШ при гіперпластичних процесах спостерігалось підвищення кількості показників CD3, CD4 лімфоцитів. Такі позитивні зміни можуть сприяти зниженню важкості захворювання та зменшенню ускладнень.

РОЛЬ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА ПРОМОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ 6-МЕСЯЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Белая Н.В., Тигаренко Н.В., Колосов Е.В.

Институт терапии им. Л.Т.Малой НАМН Украины, г. Харьков

Ишемия миокарда приводит к активации нейрогормональной системы, что сопровождается выработкой мозгового натрийуретического пептида. В настоящее время актуальным является изучение мозгового натрийуретического пептида, как маркера неблагоприятного прогноза у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Целью исследования было изучение роли N-терминального фрагмента промозгового натрийуретического пептида (НТпроМНП) в прогнозировании 6 – месячной летальности у больных с ОКС.

Материалы и методы: Обследовано 114 пациентов с ОКС, поступивших в первые сутки заболевания, 84 мужчины и 30 женщин, средний возраст $62,5 \pm 4,7$ года. Всем больным в первые сутки проведено определение уровня НТпроМНП иммуноферментным методом (Biomedica, Словакия). Пациенты наблюдались в течение 6 месяцев после перенесенного ОКС. По данным клинической картины, изменений на ЭКГ и уровню тропонина I среди пациентов с ОКС у 34 (29,8%) пациентов была диагностирована нестабильная стенокардия (НС), у 26 пациентов (22,8%) - инфаркт миокарда без зубца Q (не-Q-ИМ), у 54 пациентов (47,4%) - инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ).

Результаты: При анализе полученных данных было установлено, что уровень НТ-проМНП в группе больных с НС составил $(210,82 \pm 260,20)$ пг/мл и был достоверно ($p=0,03$) выше такового $(425,49 \pm 279,31)$ пг/мл в группе больных не-Q-ИМ. У пациентов Q-ИМ уровень НТ-проМНП был достоверно выше - $(938,17 \pm 1132,225)$ пг/мл, чем в группе пациентов с НС - $(210,82 \pm 260,20)$ пг/мл ($p=0,01$). В группах пациентов с Q-ИМ - $(938,17 \pm 1132,225)$ пг/мл и не-Q-ИМ - $(425,49 \pm 279,31)$ уровень НТпроМНП достоверно не отличался, ($p>0.05$). Для выявления прогностической ценности НТпроМНП была построена характеристическая кривая (ROC кривая) и определена чувствительность и специфичность НТ-проМНП в прогнозе развития 6-месячной летальности.

Выводы: В качестве порогового значения по данным ROC кривой было получено значение НТ-проМНП $>1270,3$ пг/мл, которое в первые сутки с чувствительностью – 44,4% и максимальной специфичностью 97,9% позволяет прогнозировать летальный исход через 6 месяцев после ОКС.

РЕЗИСТЕНТНЫЕ К ТЕРАПИИ МЕДИАСТИНАЛЬНЫЕ ЛИМФОМЫ

Белый А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: Улучшить результаты лечения больных с резистентными к терапии медиастинальными лимфомами (РТМЛ).

Материалы и методы: Обследовано и пролечено 8 больных в возрасте от 24 до 46 лет с РТМЛ. Всем больным через 2 месяца после химиолучевого лечения была произведена компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Впоследствии всем больным было выполнено удаление остаточных масс в средостении.

Результаты: При КТ ни у одного больного не удалось выявить каких-либо признаков, позволяющих отличить активную опухолевую ткань от фиброза. В то же время высокоинтенсивный сигнал при МРТ от остаточной медиастинальной массы или отдельных ее участков служил основанием для подозрения на активный опухолевый процесс, что и было выявлено у 4 больных. У оставшихся 4 пациентов сигнал на T2-сканах был низкоинтенсивным, что наиболее соответствовало фиброзной ткани. Всем больным было выполнено удаление остаточных медиастинальных масс. При этом остаточная опухолевая ткань была определена у 4 больных, у остальных 4 пациентов – фиброзная ткань. Находки при МРТ совпали с данными гистологического исследования у всех больных. Больным с остаточными медиастинальными опухолевыми массами дополнительно были проведены курсы полихимиотерапии по другим схемам. У пациентов с фиброзом удалось воздержаться от проведения курсов полихимиотерапии.

Выводы: Наиболее эффективным методом неинвазивной диагностики у больных с РТМЛ является МРТ. Удаление остаточных медиастинальных масс после проведенного комбинированного лечения с гистологическим исследованием удаленных препаратов позволяет четко определить дальнейшую тактику лечения в этой группе пациентов.

ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОСТОМИЯ В СРАВНЕНИИ С ОТКРЫТОЙ НЕФРОСТОМИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Белоусов П.Н.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

Цель исследования: сравнение методов дренирования верхних мочевых путей (ВМП) путем чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС)

с традиционной открытой нефростомией (ОНС) и изучить результаты их применения в лечении острого обструктивного пиелонефрита у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: В рандомизированном исследовании, которое проводилось с 2009 по 2011гг., было проанализировано оперативное лечение обструктивного пиелонефрита 34 пациентов старше 60 лет, пролеченных в урологическом отделении. Средний возраст составил 71 год (от 61 до 85 лет). Четверо пациентов подверглись оперативному лечению в объеме – открытая нефростомия (11.76%) – 1 группа, остальным выполнена операция чрескожная пункционная нефростомия (88.24%) – 2 группа. ЧПНС выполнялась под местной анестезией, ОНС под эндотрахеальным наркозом.

Результаты: В обеих группах интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Средняя длительность операции 110 ± 25 мин в 1 группе, 15 ± 10 мин во второй группе. Предоперационная подготовка во 2 группе не требовалась, о чем нельзя сказать про первую группу. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале и введение анальгетиков в послеоперационном периоде первые 3 дня были значительно ниже у пациентов, перенесших ЧПНС, по сравнению с пациентами, которым выполнена ОНС. Причем назначение наркотических анальгетиков не требовалось пациентам, перенесшим ЧПНС. В послеоперационном периоде в 1 группе требовалась дополнительная проведение симптоматической терапии и профилактика тромбозомболических осложнений. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила в первой группе 15 суток, во второй 3 суток. Дренаживание ВМП методом ЧПНС позволило во всех наблюдениях купировать атаку острого пиелонефрита, не прибегая к открытым оперативным пособиям.

Выводы: опыт оперативного лечения острого обструктивного пиелонефрита, описанный в этом исследовании, показывает, что чрескожная пункционная нефростомия – малотравматичная, безопасная и высокоэффективная альтернатива открытой нефростомии и предоставляет собой минимально инвазивный хирургический метод, что позволяет считать его как операцию выбора у пациентов пожилого старческого возраста.

МЕТАБОЛІЧНА ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ДЕРМАТОЗІВ

Біловол А.М., Берегова А.А., Колганова Н.Л.

Харківський національний медичний університет

Стійка тенденція до зростання поширеності патології органів дихання, яка відмічається в останні роки, як у цілому, так і за окремими но-

зологічними формами, визначає важливість проблеми та потребує фундаментального вивчення патогенетичних механізмів розвитку найбільш розповсюджених поєднаних клінічних варіантів. Саме тому в останні роки особливу увагу привертають коморбідні стани, пов'язані з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи (ХЗБЛС). Зростанню поширеності ХЗБЛС, частим їх рецидивам, тривалій непрацездатності та інвалідності сприяє їх поєднаний перебіг у молодому віці.

Дотепер залишається остаточно невизначеною роль екзо- та ендогенних факторів у формуванні поєданого перебігу у осіб молодого віку щодо поєднаної патології, що необхідно для розробки діагностичних алгоритмів. Серед хворих на псоріаз у поєднанні з ХЗБЛС вивчено особливості метаболічного забезпечення біоенергетичних (БЕО), вільнорадикального окислення (ВРО) на рівні перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), окисної модифікації білків (ОМБ) та нуклеїнових кислот. Залежно від тривалості перебігу СД виявлено метаболічно зумовлений перерозподіл ресурсів ВРО з переключенням енергообміну на гліколітичний шлях при зниженні ($p < 0,05$) біоенергетики клітин та зменшенні ($p < 0,05$) рівня модифікованих нуклеїнових кислот.

Стан окисно-відновних процесів та їх біоенергетичного забезпечення залежить від тривалості СД, яка в свою чергу, впливає ($p < 0,05$) на зниження енергетичного потенціалу з пошкодженням окремих ланок БЕО за рахунок гальмування аеробних механізмів гліколізу та збільшення рівня ОМБ на тлі функціональної нестабільності підсистеми ПОЛ. Отже, підвищення ефективності лікування хворих з поєднаними захворюваннями можливе за умов урахування типу реакцій метаболічної компенсації, що визначає потребу у антиоксидантних засобах, застосування яких, виключає поліпрагмацію.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСОРИАЗУ ПРИ НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОЇ СЕРЦЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Біловол А.М., Берегова А.А., Колганова Н.Л.

Харківський національний медичний університет

Псоріаз (лускатий лишай)- один з найпоширеніших, хронічно рецидивуючих дерматозів, проблема якого привертає увагу дослідників у зв'язку з неясністю етіології та патогенезу, недосконалістю методів лікування. Результати багатьох епідеміологічних досліджень дозволяють розглядати псоріаз як фактор ризику досить широкого кола серцево-судинних захворювань (гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби

серця, міокардиту, ураження клапанних утворень серця), що нерідко розвиваються в молодому віці та при тривалому перебігу призводять до хронічної серцевої недостатності. Висловлюється припущення про наявність взаємозв'язку між характером змін у серцево-судинній системі та тяжкістю клінічного перебігу псоріазу і зростанням кровообігу через розширені кровоносні судини шкіри.

Виявлення захворювання серцево-судинної системи у хворих на псоріаз уже на початкових стадіях має велике прогностичне значення, тому що розширює перспективи ефективної вторинної профілактики. Важливим є диференційований підхід до проведення терапії хворим на різні клінічні форми та в залежності від ступені тяжкості захворювання в максимально ранні строки виявлення, застосування адекватних комплексних методів, спрямованих не лише на припинення чи мінімізацію запальних процесів, але й на покращення стану серцево-судинної системи. Це, в свою чергу, сприятиме зниженню кількості інвалідизуючих форм псоріазу, збереженню професійної працездатності та соціальної адаптації, покращенню якості життя пацієнтів. Потребує удосконалення діагностики та проведення обґрунтованих лікувально-профілактичних заходів комплексного етапного та системного лікування, а також диспансерний нагляд за перебігом захворювання. Незважаючи на фундаментальність досліджень, які присвячені псоріазу, багато аспектів щодо розвитку на його фоні артеріальної гіпертензії, залишаються недостатньо вивченими. До них, наприклад, відносяться питання взаємодії та ролі інтегративних систем організму-нейромедіаторної, ендокринної, імунної. Їх вирішення дозволить підійти до поглибленого вивчення патогенезу хвороби з позиції полісистемної оцінки гомеостатичної функції організму на основі стану моніторингових показників обміну речовин і систем їхньої регуляції з урахуванням провідних факторів ризику.

БІЛКОВОУТВОРЮЮЧА ФУНКЦІЯ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ ЗА УМОВИ ГОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ОТРУЄННЯ

Біловус Д. М., Криницька І.Я.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»*

За даними ВООЗ, алкоголізм як причина смерті, займає у світі за частотою третє місце, поступаючись тільки злякнісним новоутворенням і захворюванням серцево-судинної системи. Спектр дії етанолу на організм є досить широким: виникнення електролітних і мікроциркуляторних

розладів, порушення тканинного і клітинного метаболізму, пригнічення імунітету, токсична і стресова дія.

Метою нашої роботи було оцінити білковоутворюючу функцію печінки у щурів за умови гострого алкогольного отруєння.

Досліди проводили на 16 безпородних щурах-самцях масою 180-200 г. Гостре алкогольне отруєння моделювали шляхом одноразового внутрішньочеревного введення етилового спирту, який попередньо розводили в 0,9 % розчині натрію хлориду, з розрахунку 12,5 мл 40 % розчину етанолу на 1 кг маси. Білковоутворюючу функцію печінки оцінювали за концентрацією загального білка плазми крові та вмістом білкових фракцій.

Одноразове введення етилового спирту викликає підвищення вмісту загального білка в плазмі крові на 17 % печінки на 3-тю добу з моменту введення отрути. На 5-у та 7-у доби експерименту спостерігалось зниження концентрації білка, але рівня інтактних тварин досягнуто не було (109 % відносно інтактних тварин). Крім того, гіперпротеїнемія в уражених тварин супроводжувалася значною диспротеїнемією. Вміст альбуміну достовірно знижувався на 3-тю добу з моменту введення отрути (78,5 % від рівня інтактних тварин), а концентрація α_1 - та α_2 - глобулінів зростала в 2 і 1,5 рази відповідно. Щодо β - глобулінів, то спостерігалась тенденція до підвищення їх вмісту на 3-тю добу експерименту і зменшення на 5-у та 7-у доби. Вміст γ - глобулінів достовірно підвищувався на 3-тю добу експерименту і складав 143 % від рівня інтактних тварин і незначно зменшувався на 5-у та 7-у доби. Підвищення концентрації β - та γ - глобулінів ймовірно слід розглядати як результат загальної реакції ретикуло – ендотеліальної системи на дію токсичних факторів, а їх деяке зниження мабуть обумовлене меншою ірритацією в зв'язку з припиненням отруєння.

Отже, гостре отруєння етиловим спиртом супроводжується суттєвим порушенням білковоутворюючої функції печінки та розвитком вираженої диспротеїнемії.

РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бобро В.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель работы: изучение динамики тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (T_3) и тироксина (T_4) у больных с псевдокистами под-

желудочной железы (ПКПЖ) в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследовано 47 больных с ПКПЖ в раннем послеоперационном периоде. Работа выполнена на базе ДУ «ИЗНХ АМН Украины». Вошедшие в исследование пациенты были рандомизированы на 2 группы. В I группу вошли 30 больных ПКПЖ с неосложненным течением или осложнениями 1 класса, во II группу - 15 больных с осложнениями 2 и 3 класса (по классификации D. Dindo et al., 2003). В качестве контроля были использованы показатели тиреоидной функции 15 здоровых добровольцев. Для определения уровня ТТГ, T_3 , T_4 в сыворотке крови использовалась тест-система фирмы «ДИАплюс», г.Москва). **Результаты:** у больных обеих групп достоверного изменения показателей ТТГ гипотиза в зависимости от возраста больных и этиологии ПКПЖ не выявлено. При этом у больных I группы уровень T_3 и T_4 в первые 3 дня послеоперационного периода недостоверно снижались ($p_1 < 0,1$; $p_2 < 0,2$ соответственно), однако к 7-10 дню послеоперационного периода у 96% больных полностью нормализовался, что указывало, согласно данным литературы, на благоприятное течение заболевания. Анализируя показатели тиреоидной функции у пациентов II группы, можно сделать вывод, что у них отмечено T_3 -дефицитное состояние — «синдром низкого трийодтиронина». Так, у 36,3% больных II группы в первые 3 дня послеоперационного периода уровень T_3 был ниже на 27%, а у остальных 63,7% больных – на 23% по сравнению с контролем ($p < 0,001$; $p < 0,5$). При этом у 4 из 11 больных этой группы T_3 был в 2,5 раза, а уровень T_4 - в 1,2 раза ниже контрольных показателей, что может быть ранним признаком генерализации воспалительного процесса, являясь ранним маркером напряженности лейкоцитарной фазы воспаления и недостаточности микробицидной функции фагоцитов.

Выводы. При неосложненном течении послеоперационного периода или осложнениях 1 класса выявлен «синдромом низкого трийодтиронина», при тяжелом течении – сочетанная псевдодисфункция ЩЖ с синдромом низкого трийодтиронина и низкого тироксина. Выявленные изменения тиреоидного статуса могут служить в качестве ранних предикторов гнойно – септических осложнений в послеоперационном периоде при любом способе оперативного вмешательства.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Богат С.В

Национальный исследовательский университет Белгородский государственный университет

Цель: выявить клинико-эпидемиологические и возрастные аспекты гиперхолестеринемии у больных хирургического стационара

Материалы и методы: Объектом исследования явился контингент больных, пролеченных в отделении гнойной хирургии МБУЗ МГКБ № 1 г. Белгорода за 2011 год.

Результаты и обсуждения: За 2011 год в отделении гнойной хирургии было пролечено 950 больных, из них с гиперхолестеринемией было 191 человек (что составило 20, 11%). Мужчин - 91(47, 64%), женщин- 100 (52, 36%). Все больные распределены на 5 возрастных категорий: молодой возраст (до 44 лет) - 41 (21,47%) больной, лица среднего возраста (45-59 лет)- 63 (32,98%) пациента, пожилой возраст (60-74 года) - 56 (29,32 %) человек, престарелый возраст (75 – 89 лет)- 30 (15,71%) больных, долгожители (более 90 лет)- 1 человек (0,5%). Средний уровень холестерина по данным возрастным категориям составил: молодой возраст – 6,36 ммоль/л, средний возраст – 6,48 ммоль/л, пожилой возраст – 6,29 ммоль/л, престарелый возраст- 6,15 ммоль/л, долгожитель – 5,31 ммоль/л.

Из сопутствующих и фоновых заболеваний наиболее часто встречались: гипертоническая болезнь – у 77 (40, 31 %) пациентов, из них ОНМК перенесли 4 человека (5, 20%), ИБС – у 65 человек (34,03%), из них инфаркт миокарда перенесли 15 (23,08 %) больных. Сахарным диабетом 2 типа страдали 43 (22,51%) пациента, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей встречался у 19 (9, 95%) больных.

Следует отметить, что статины не были назначены ни одному больному, проходившему лечение в данном отделении.

Выводы:

1. Гиперхолестеринемией страдают лица всех возрастов и обоих полов. При этом средний уровень холестерина у категории лиц молодого и среднего возраста выше, чем у больных более старших возрастных категорий.
2. Большая доля пациентов имеют фоновые или сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, из них сосудистые катастрофы (инфаркты и инсульты) перенесли 19 (9,95 %) больных.

3. Тем не менее, стационарный этап не являлся стартовым при назначении статинотерапии, говоря другими словами, при отсутствии предшествующей антихолестериновой терапии, вопрос о ее назначении в хирургическом стационаре не поднимался. Это объясняется особенностью формирования и действия нынешних медицинских стандартов, что требует их соответствующего пересмотра

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Бородай И.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Невынашивание беременности относится к наиболее актуальным проблемам современного акушерства. Частота этой патологии колеблется от 10 до 25% к числу всех беременностей и не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования: снижение репродуктивных потерь путем определения особенностей иммунного статуса при привычном невынашивании беременности (ПНБ) и разработка новых подходов к комплексному лечению данной патологии.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Определить состояние клеточного и гуморального иммунитета при ПНБ и их изменения в процессе терапии.
2. Оценить клиническую эффективность лечения ПНБ с применением экстракта клеток плацентарной ткани (ЭКПТ) в сравнении с традиционными методами лечения.

Было проведено иммунологическое обследование 85 беременных женщин с ПНБ. I группу составили 43 беременных, которым проводилась стандартная терапия угрозы прерывания беременности. II – 42 беременных, которым проводилась комплексная терапия с применением ЭКПТ. После проведенного лечения IgG у женщин I группы вырос с $9,22 \pm 0,12$ г/л до $9,44 \pm 0,03$ г/л, тогда как во II группе он поднялся с $9,27 \pm 0,06$ до $9,96 \pm 0,02$ г/л ($p < 0,05$), количество Т-хелперов снизилось более интенсивно во группе – с $36,0 \pm 1,5\%$ до $24,5 \pm 0,7\%$, тогда как у беременных I группы – с $34,5 \pm 1,4\%$ до $27,4 \pm 0,7\%$ ($p < 0,05$). Количество фагоцитирующих нейтрофилов после лечения более интенсивно повысилось во II группе – с $2,9 \pm 0,01 \times 10^9$ /л до $4,0 \pm 0,01 \times 10^9$ /л, тогда как в I группе – с $3,0 \pm 0,01 \times 10^9$ /л до $3,5 \pm 0,01 \times 10^9$ /л. Фагоцитарное число в I группе после лечения увеличи-

лось с $3,0 \pm 0,05$ до $3,6 \pm 0,02$, тогда как во II – с $3,1 \pm 0,01$ до $3,8 \pm 0,02$ ($p > 0,05$ при сравнении результатов лечения в I и II группах).

Выводы:

1. У беременных с ПНБ наблюдается дефицит IgG ($9,25 \pm 0,12$ г/л) и Т-супрессоров ($22,1 \pm 0,6$ %), повышение содержания Т-хелперов ($36,0 \pm 1,5$ %) и дисбаланс фагоцитарной активности нейтрофилов.
2. Применение ЭКПТ в комплексном лечении ПНБ оказывает выраженное иммунокорректирующее действие, что способствует пролонгации беременности, позволяет значительно снизить число осложнений беременности и улучшить исход родов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ ВИСКОТТ-ОЛДРИЧА

Бочарова К.А., Щербаченко Д.С., Мухамедов Д.Ю.

НИУ БелГУ, г.Белгород, Россия

Актуальность проблемы: встречаемость синдрома Вискотт-Олдрича варьирует от 1:15 000 до 1:1 000 000, чаще страдают мальчики.

Результаты: больной А., 1,5 года, находится под наблюдением в связи с генерализованной полиморфной сыпью с элементами крупнопластинчатого шелушения и выраженным зудом, рецидивирующими инфекциями. Анамнез заболевания: родился с желтухой новорожденных, сохранявшейся в течение 1 месяца. В возрасте 7 недель появилась легкая полиморфная сыпь на щеках, шее, в области локтевых и коленных складок. Через 3 недели сыпь прошла самостоятельно. В возрасте 3 месяцев появилась генерализованная сыпь. Назначен Фенистил, Полисорб, Е-АКК – достигнут незначительный регресс сыпи. В возрасте 4 месяцев появилась гиперемия, усиление сыпи. Назначена симптоматическая терапия – гиперемия исчезла, осталось крупнопластинчатое шелушение и мелкопапулезная сыпь. В период с 5 до 10 месяцев сыпь отсутствовала. В возрасте 11 месяцев пациент перенес гнойную ангину, на фоне лечения появилась крупная монетовидная генерализованная сыпь. В возрасте 1 года 4 месяцев перенес полисегментарную пневмонию, был назначен курс антибактериальной терапии. Отмечалось усиление сыпи, мокнутие, выраженный зуд. Симптомы сохраняются по настоящее время. Анамнез жизни: наследственность отягощена по аллергическим заболеваниям (у матери пациента на первом году жизни наблюдался атопический дерма-

тит, в настоящее время страдает аллергией на клубнику, цитрусы, шоколад, проявляющейся в виде сыпи, отец и дедушка пациента страдают от инсектной аллергии); у прабабушки пациента из 12 родившихся детей 8 умерли в младенческом возрасте. При обследовании: тромбоцитопения, снижение среднего объема тромбоцитов, снижение IgA, IgM, IgG, повышение содержания NK-клеток, снижение экспрессии белка WASP лимфоцитами.

Прогноз: при регулярном в/в введении человеческого иммуноглобулина и профилактической антибактериальной терапии прогноз относительно благоприятный. При отсутствии данной терапии летальный исход в течении 5-6 лет.

Выводы: Синдром Вискотт-Олдрича - это заболевание, характеризующееся дефектами клеточного и гуморального звеньев иммунитета. При регулярном в/в введении человеческого иммуноглобулина и профилактической антибактериальной терапии прогноз относительно благоприятный. При отсутствии данной терапии летальный исход в течении 5-6 лет.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕР-IgE-СОСТОЯНИЙ И ГИПЕР- IGE-СИНДРОМА (СИНДРОМА ИОВА)

Бочарова К.А.

ФГАОУ ВПО НИУ «Белгородский государственный университет»

Гипер-IgE-синдром впервые был описан в 1966 г, и в настоящее время определяется как первичный иммунодефицит, характеризующийся рецидивирующими кожными абсцессами, повторными пневмониями с образованием пневмоцеле, экзематозным дерматитом и повышенным содержанием в сыворотке крови IgE. Заболевание является генетически опосредованным, с аутосомно-доминантным/рецессивным типами наследования. В основе аутосомно-доминантного типа наследования лежит мутация STAT3-гена, аутосомно-рецессивного - мутация DOCK8. Частота гипер-IgE-синдрома неизвестна. Имеются отдельные описания клинических случаев. Диагностика затруднена в связи с наличием поражения множества органов и систем, изменчивостью клинических симптомов в зависимости от возраста пациента. Это приводит к развитию необратимых поражений органов и тканей и инвалидизации. Национальным институтом здоровья (США) была разработана бальная система диагностики гипер-IgE-синдрома: количество баллов, превышающее 40, может

указывать на высокую вероятность наличия гипер-IgE-синдрома. Но некоторые ученые показывают, что наличие 15 и более баллов также может свидетельствовать о высокой вероятности наличия гипер-IgE-синдрома. Нами были проанализированы клинические случаи 54 пациентов, имеющих сывороточные уровни IgE выше 1000 МЕ (десятикратное превышение верхней границы нормы), рекомендуемое как критерий постановки диагноза. Возраст пациентов составил от 5 мес. до 18 лет. Исследование проводилось по единому плану. Содержание Ig A, G, M, E в сыворотке определялось на нефелометре BN 100 (Dade Bering, ФРГ), фенотипирование лимфоцитов - на приборе FacsScan (Becton Dickenson, США). У всех обследованных не было отмечено отклонений от возрастных норм показателей иммунитета, кроме повышения IgE выше 1000 МЕ (до 7510 МЕ); содержание эозинофилов более 700 кл в мкл; наличие сыпи в период новорожденности; наличие (легкая/средняя степень тяжести) дерматита; частота острых респираторных инфекций свыше 3 раз в год. Несмотря на высокое содержание IgE свыше 1000 МЕ, максимальное количество баллов – 30, было зафиксировано только у одного ребенка. В основном, количество баллов составляло от 8 до 15. Полученные данные показывают, что одного десятикратного повышения IgE недостаточно для постановки диагноза гипер-IgE-синдром. Количество баллов при суммировании от 15 до 30 также является недостаточным для направления такого пациента для генетической диагностики гипер-IgE-синдрома.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Буряк В.В.

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: встановити особливості ліпідного спектру у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ). **Задачі дослідження:** виявити особливості компонентів ліпідного профілю та встановити їх взаємозв'язок з показниками артеріального тиску (АТ) у хворих на ГХ. **Матеріали і методи:** до дослідження було залучено 100 хворих на ГХ II стадії з артеріальною гіпертензією (АГ) 1-3 ступеню, середній вік та тривалість захворювання яких склали $57,52 \pm 0,87$ років та $8,84 \pm 0,37$ років відповідно. В першу групу увійшли 50 хворих на ГХ II ст., другу – склали 50 пацієнтів з АГ, асоційованою з наявністю атероми у загальній сонній артерії. Контрольну групу становили 30 практично здорових осіб. Проводилося визначення компонентів ліпідного спектру плазми крові біохімічним методом

та вимірювання показників системного АТ за Коротковим. **Отримані результати:** кількість осіб із дисліпідемією становила 72% та 92% у першій та другій клінічних групах відповідно проти 20% у групі контролю, при цьому хворі на ГХ характеризувалися наявністю переважно високоатерогенних типів дисліпідемії (IIa та IIb). Плазмові рівні загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) та тригліцеридів, а також індекс атерогенності у всіх хворих на ГХ були вірогідно вищими за відповідні показники серед практично здорових осіб і переважали у хворих другої клінічної групи. Поряд із цим у пацієнтів першої групи спостереження збільшення віку, тривалості і тяжкості захворювання асоціювалося з вірогідним зростанням плазмових рівнів ЗХ на 4,95% ($P<0,05$), 4,91% ($P<0,05$) і 5,13% ($P<0,05$) відповідно та ЛПНЩ - на 7,27% ($P<0,05$), 5,42% ($P<0,05$) і 5,63% ($P<0,01$) відповідно. Подібною була динаміка показників ЗХ та ЛПНЩ і в другій клінічній групі - 20,44% ($P<0,001$), 20,43% ($P<0,001$) і 14,03% ($P<0,05$) відповідно та 22,89% ($P<0,01$), 22,37% ($P<0,01$) і 26,32% ($P<0,01$) відповідно. Плазмова концентрація ЗХ позитивно корелювала з систолічним АТ ($r=0,344$, $P<0,05$) та середнім АТ ($r=0,327$, $P<0,05$), а ЛПНЩ - з систолічним АТ ($r=0,326$, $P<0,05$) і пульсовим АТ ($r=0,32$, $P<0,05$) лише у пацієнтів другої клінічної групи. **Висновки:** 1. Погіршення ліпідного спектру у хворих на гіпертонічну хворобу асоціюється зі збільшенням віку, тривалості анамнезу і тяжкості захворювання, що найбільш виражено у пацієнтів другої клінічної групи. 2. Зміни компонентів ліпідограма обумовили формування дисліпідемій IIa та IIb типу у хворих першої та другої клінічних груп відповідно. 3. Взаємозв'язок компонентів ліпідного спектру плазми крові з показниками системного артеріального тиску має місце у пацієнтів з артеріальною гіпертензією за умови формування атероми у руслі загальної сонної артерії.

ДИНАМІКА ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У КРОВІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ НА ФОНІ ЗАСТОСОВАНОЇ ТЕРАПІЇ

Бутов Д.О.¹, Гринішина О.О.², Синенко Т.О.³

1. Харківський національний медичний університет
2. Обласний протитуберкульозний диспансер №3 м. Змієва
3. Обласна туберкульозна лікарня №1 м. Харків

Мета: вивчити динаміку цитокінового профілю у крові хворих на вперше діагностований туберкульоз легень на фоні застосованої терапії.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням було обстежено

180 людей з них: 30 відносно здорових донорів (контрольна група) та 150 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (основна група) у віці від 20 до 70 років. У всіх хворих при госпіталізації був інфільтративний туберкульоз легень. У зв'язку з великими туберкульозними змінами у легенях та/або тяжким клінічним перебігом туберкульозу легень, терапія антимікобактеріальними препаратами проводилась на інтенсивному етапі (2 місяці) лікування 5 основними протитуберкульозними препаратами (ізоніазід (0,3 г), рифампіцин (0,6 г), піразинамід (2,0 г), етамбутол (1,2 г) та стрептоміцин (1,0 г)) – з подальшим зменшенням інтенсивності лікування. Динаміка цитокінів сироватки венозної крові вивчалася на підставі показника інтерлейкіну - 2 (ІЛ-2) та інтерлейкіну - 4 (ІЛ-4). Рівень ІЛ-2 та ІЛ-4 вимірювався імуноферментним способом з використанням набору для імуноферментного дослідження фірми «Вектор-Бест», (Росія).

Отримані результати: при госпіталізації у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень спостерігалось достовірне підвищення ІЛ-2 ($35,34 \pm 0,71$) пг/л та зниження ІЛ-4 ($10,83 \pm 0,36$) пг/л при зіставленні з відносно здоровими ІЛ-2 ($21,6 \pm 0,8$) пг/л і ІЛ-4 ($29,99 \pm 1,27$) пг/л, ($p < 0,001$). Після проведеної двохмісячної стандартної терапії стан цитокінів у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень достовірно знизився ІЛ-2 ($27,06 \pm 0,93$) пг/л та підвищився ІЛ-4 ($21,07 \pm 0,49$) пг/л при зіставленні показників до лікування та через два місяці, ($p < 0,001$).

Висновки: у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень спостерігається достовірне зниження ІЛ-4 та підвищення ІЛ-2 у зрівнянні з відносно здоровими, що свідчить про підвищення активності Т-хелперів 1-го порядку і зниження Т-хелперів 2-го порядку. Стандартна терапія забезпечує достовірне підвищення ІЛ-4 та зниження ІЛ-2 в продовж двохмісячної терапії. Таким чином, отримані данні цитокінового профілю, після двохмісячної стандартної терапії свідчать про опосередковане збільшення активності Т-хелперів 2-го порядку, під впливом яких знижується діяльність Т-хелперів 1-го порядку, що характеризує позитивну динаміку відновлення імунної відповіді.

ГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Бутова Т.С., Кукушка О.В.

Харківський національний медичний університет

Понад одного мільярда людей у всьому світі хворіють на артеріальну гіпертензію (АГ). Збільшення в популяції кількості хворих на АГ,

зростання смертності від серцево-судинних захворювань, що є ускладненнями АГ, наявність спадкової схильності до АГ, служать достатньою підставою для пошуку нових генетично детермінованих чинників ризику захворювання.

На сьогодні приділяється значна увага вивченню фенотипічних ознак, обумовлених змінами в одному гені. Точковий нуклеотидний поліморфізм (SNP-single nucleotide polymorphism), обумовлений варіаціями в гені, коли один нуклеотид замінюється на інший, становить приблизно 90% всіх змін в геномі людини. SNP з'являються з частотою 1 на кожні 800-1200 основ. Теоретично можливе існування приблизно 10 млн. SNP. Вони виникають як у кодуючій, так і в некодируючій частині геному та еволюційно стабільні, не змінюються від покоління до покоління і передаються у спадок.

У патогенезі АГ беруть участь близько 150 генів, поліморфізми яких асоційовані з розвитком артеріальної гіпертонії. Широко проводиться ідентифікація комбінацій SNP, асоційованих з певними змінами у функціонуванні білків, які обумовлюють, у свою чергу, зміни метаболічних процесів, що лежать в основі виникнення АГ: AGT, ACE, APOE, ADD1, ADM, AGTR1, AGTR2, ATP2B1, AT2R1, ADRB1, ADRB2, ADRB3, BCAT1, CYP11B2, CYP17A1, CYP1A2, CYP3A5, ENPEP, FIGN-GRB14, FGF5, MTHFR, NOS3, NPR3-C5orf23, PPARGC1A, PLCD3, ZNF652, GUCY1A3-GUCY1B3, GNB3, GOSR2, Gnas-EDN3, SH2B3, ST7L-CAPZA1, STK39, фурин-FES та ін.

ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Колесников В.С.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Кафедра внутренней медицины №1*

Цель: оценить влияние фармакологического прекондиционирования на временные показатели variability сердечного ритма (BCP) у больных стенокардией напряжения.

Материал и методы: обследованы 18 больных (11 мужчин и 7 женщин, средний возраст 56 ± 3 года) со стенокардией напряжения 2-3 функционального класса и прогрессирующей стенокардией на момент включения в исследование. Пациенты были разделены на 2 сравнимые

между собой группы: в 1-й (9 человек) - назначалась стандартная терапия прогрессирующей стенокардии, во 2-й (9 человек) - в дополнение к ней с целью фармакологического прекондиционирования - адвокард (фирма «ФарКоС», Украина) в дозе 3 таб/сут на протяжении 1 мес. Контрольную группу составили практически здоровые лица (10 человек). В дальнейшем все больные амбулаторно продолжили стандартное лечение стенокардии напряжения. Пациентам в течение 1-й нед после стабилизации стенокардии (исходно) и спустя 3 мес проводилось суточное мониторирование ЭКГ с оценкой временных показателей ВСП.

Результаты: исходно временные показатели ВСП существенно не различались между 1-й и 2-й группами, но были достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в контроле (стандартное отклонения NN-интервалов (SDNN) - 140 ± 36 мс; величина квадратного корня из средней суммы квадратов разностей между соседними NN-интервалами (RMSSD) - 27 ± 12 мс; число последовательных пар интервалов, различающихся более чем на 50 мс (NN50) - $37 \pm 2,9$; триангулярный индекс - 47 ± 11 мс). При этом стандартное отклонение средних значений NN интервалов, вычисленных по 5-минутным промежуткам в течение всей записи (SDANN) было достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в контроле (127 ± 35 мс). Спустя 3 мес во 2-й группе было отмечено достоверное повышение SDNN (с 109 ± 15 мс до 132 ± 30 мс, $p < 0,05$), и RMSSD (с 18 ± 12 мс до 25 ± 8 мс, $p < 0,05$) до уровня показателей контрольной группы ($p > 0,05$). Кроме того, в обеих группах отмечалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение SDANN до значений сравнимых с данными контроля (с 168 ± 27 мс до 86 ± 16 мс в 1-й и с 158 ± 14 мс до 93 ± 18 мс во 2-й). NN50 и триангулярный индекс в 1-й и 2-й группах достоверно не изменились.

Вывод: у пациентов со стенокардией напряжения наблюдается снижение ВСП. Фармакологическое прекондиционирование с использованием адвокарда способствует её существенному увеличению.

ОБОСНОВАННОСТЬ ВЫБРАННОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВУЗов

Вашките И.Д.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время более чем у 110 млн. человек в мире – 3-6% популяции – выявлены

те или иные клинически значимые проявления данных расстройств. Аналогичная тенденция отмечается и в Украине.

Увеличение числа аффективных, в частности, депрессивных состояний связано с рядом факторов: ростом числа аффективных расстройств, патоморфозом психических заболеваний, протекающих на более легких психопатологических уровнях, тенденций психических расстройств к соматизации со сложными вегетативными и висцеральными нарушениями и с дезадаптациями больных.

Аффективные расстройства, в том числе субклинического уровня оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, социальную и эмоциональную адаптацию, повышают риск суицидов в студенческой среде.

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима.

Специфика вузовского образования предопределяет высокую частоту депрессивных проявлений у студентов, связанную со значительными стрессовыми нагрузками, которые создают дополнительные условия для манифестации предрасположенности к заболеванию или для активного проявления до тех пор латентного болезненного процесса.

Учитывая, что депрессивные расстройства у студентов относятся, как правило, к невротическому регистру, ведущим терапевтическим методом является психотерапия.

В силу особенности формирования депрессивных расстройств у студентов, оптимальным вариантом при лечении депрессий является сочетание приема антидепрессантов с прохождением курса когнитивной психотерапии.

Психотерапевтический процесс следует с исследования личности через осознание внутренней динамики к коррекции нарушенных отношений личности и фокусируется в основном на когнитивных аспектах, базируется на сбалансированном использовании личностью когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов.

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, ЗУМОВЛЕНИЙ ВІРУСАМИ ГЕПАТИТІВ С ТА В, У ПРОГНОСТИЧНОМУ АСПЕКТІ

Винокурова О.М., Соломенник Г.О., Загороднєва О.В., Гаврилов А. В.
Харківський національний медичний університет

Мета нашої роботи - пошук та уточнення прогностичних критеріїв несприятливого перебігу у хворих на цироз печінки, що викликаний вірусами гепатитів С та В. Завдання – дослідити клініко – біохімічні показники у хворих із цирозом печінки. Матеріали і методи - клініко - біохімічно обстежено 18 пацієнтів на цироз печінки, що викликаний вірусами С та В (етіологія підтверджувалась методом імуноферментного аналізу та полімеразної ланцюгової реакції) віком від 28 до 69 років. При визначенні стадії цирозу печінки були використані міжнародні критерії печінкової недостатності у стадії цирозу печінки - класифікація Child-Pugh. У відповідності до мети дослідження хворі були розподілені на групи: 1 група – 11 хворих, у яких спостерігався декомпенсований цироз печінки (10 балів по класифікації Child – Pugh), але був сприятливий наслідок і хворі були виписані зі стаціонару. 2 група – 7 осіб , у яких спостерігався декомпенсований цироз печінки (12 балів по класифікації Child – Pugh), та був несприятливий летальний наслідок. Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програмних пакетів Statistica 6,0. З метою пошуку та уточнення показників, за допомогою яких можливо було б прогнозувати перебіг хвороби при вступі хворого до стаціонару, був використаний метод порогів змінних - відповідно до таблиць сопряження на підставі критерію χ^2 Пірсона. Результати: у групі хворих із несприятливим перебігом хвороби рівень загального білірубіну та його прямої фракції, лейкоцитів та паличкоядерних клітин був вірогідно більшим ніж у хворих іншої групи. Виявлено показники, рівень яких у хворих із несприятливим перебігом хвороби був вірогідно меншим – кольоровий показник, лімфоцити, моноцити, протромбіновий індекс, фібрин. Виявлено, що групи хворих вірогідно різняться по таким порогам: рівень лейкоцитів - 7,85, загального білірубіну - 135. Враховуючі вірогідність різниці між вмістом цих показників у хворих 1 та 2 груп, доцільно припустити, що вміст в сироватці крові хворих загального білірубіну 135 мкмоль/л та вище й рівень лейкоцитів у загальному аналізі крові $7,85 \times 10^9/\text{л}$ та вище свідчить про можливість розвитку несприятливого перебігу хвороби. Висновки: вміст в сироватці крові загального білірубіну 135 мкмоль/л та вище і рівень лейкоцитів у загальному аналізі крові $7,85 \times 10^9/\text{л}$ та більше у хворих на цироз печінки (стадія декомпенсації), зумовлений вірусами С і В, доцільно враховувати при прогнозуванні несприятливих наслідків хвороби.

ПОСТПРАНДІАЛЬНА ГЛІКЕМІЯ І РІВЕНЬ НВА1С У ФОКУСИ ПРЕДІАБЕТ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Візір М.О., Піонова О.М.

Харківський національний медичний університет, м.Харків

Артеріальна гіпертензія (АГ) один із провідних факторів високого кардіоваскулярного ризику. В Україні у 46,8% дорослого населення реєструється АГ. Серед пацієнтів з АГ у 50-75% зустрічається супутнє ожиріння. Ризик формування цукрового діабету (ЦД) 2 типу зростає у 5-9 разів за умов асоціації АГ, ожиріння, порушень вуглеводного та ліпідного обмінів. Порушення глікемії натщесерце (ПГН) та порушення толерантності до вуглеводів (ПТГ) та рівень НвА1с від 5,7% до 6,4% є маркером предіабету і ризику розвитку серцево-судинних захворювань

Мета і завдання. Вивчення показників вуглеводного обміну в стані натщесерце та постпрандіально для визначення маркерів предіабету у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з ожирінням.

Матеріали і методи: Обстежено 94 хворих на АГ з ожирінням, середній вік - $54,4 \pm 9,49$ років, із них 51,06% жінок та 48,94% чоловіків. Контрольна група - 21 здорова особа, середній вік $53,40 \pm 11,80$ років, із них 52,38% жінок та 47,62% чоловіків. Абдомінальний тип ожиріння (АО) і вуглеводний обмін натщесерце і після сурогатного сніданку оцінювали згідно рекомендацій IDF 2005, 2007. Рекомендації ADA (2010) використовували для оцінки НвА1с. Хворих ЦД 2 типу виключали із обстеження. Показники вуглеводного обміну визначали за допомогою загальнопринятих методик. Визначали чутливість та специфічність тестів.

Результати. Пацієнти розподілені згідно обхвату талії (ОТ) на 2 групи: 1 група - АГ без АО (18 осіб), середній показник ОТ дорівнював $80,11 \pm 10,11$ см, 2 гр. - АГ з АО (76 осіб), ОТ - $104,22 \pm 12,24$ см. При проведенні скринінгу нормоглікемія спостерігається на 13,59% менше у хворих 2 гр. [83,33% (15/18) в 1 гр. і 69,74% (53/76) в 2 гр.]. Одночасно збільшується відносна кількість хворих з ПГН, на 7,01% більше в 2 гр. [16,67% (3/18) в 1 гр. і 23,68% (18/76) в 2 гр.]. У 6,58% (5/76) хворих 2 гр. виявлено ПТГ. У осіб контрольної групи спостерігалась нормоглікемія натщесерце ($5,05 \pm 0,63$ ммоль/л), постпрандіально ($6,21 \pm 0,64$ ммоль/л), НвА1с ($5,22 \pm 1,78$ ммоль/л). У 9,43% (5/53) хворих 2 гр. з нормоглікемією та у 11,11% (2/18) хворих 2 гр. з ПГН виявлено постпрандіальну гіперглікемію ($>7,8$ ммоль/л). У 33,33% (5/15) хворих 1 гр. з нормоглікемією та у 66,66% (2/3) хворих 1 гр. з ПГН виявлено предіабет згідно рівня НвА1с. Одночасно в 2 гр. у 43,39% (23/53) хворих нормоглікемією та у 22,22% (4/18)

хворих з ПГН виявлено предіабет згідно рівня НвА1с.

Висновки. Визначення постпрандіальної глікемії і НвА1с чутливий і специфічний тест для ідентифікації предіабету у гіпертензивних хворих з супутнім абдомінальним ожирінням.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПРОСМОТРА ТЕЛЕПЕРЕДАЧ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Волошина Д.Н., Линский И.В.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН УКРАИНЫ», г.Харьков

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных степеней телевизионной аддикции у пациентов с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы в сравнении с психически здоровыми лицами контрольной группы.

Материалы и методы: На базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 обследовано 24 пациента мужского пола в возрасте 50 ± 15 лет с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. Группу сравнения составили 24 здоровых добровольца мужского пола в возрасте 45 ± 10 лет. В группах оценивали выраженность степеней зависимости от просмотра телепередач с помощью комплексной оценки аддиктивного статуса в баллах (Линский-Минко, TV-UDIT (TeleVision Use Disorders Identification Test), № 29600, 27.07.2009).

Количество набранных баллов в диапазоне от 0 до 7 классифицировали как относительно безопасную увлечённость, от 8 до 15 как опасную увлечённость, от 16 до 19 – увлечённость с вредными последствиями, от 20 до 40 – зависимость от просмотра телепередач. Обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft Office XL 2010 с расчётом процента (P) и его ошибки (sp).

Результаты: В основной группе отсутствие увлечённости от просмотра телепередач не наблюдалось, относительно безопасная увлечённость наблюдалось в $33 \pm 10\%$, опасная увлечённость в $16 \pm 7\%$, увлечённость с вредными последствиями у $8 \pm 5\%$, сформировавшаяся зависимость от просмотра телепередач присутствовала у $43 \pm 10\%$ обследованных. В контрольной группе отсутствие увлечённости от просмотра телепередач наблюдалось у $15 \pm 7\%$, относительно безопасная увлечённость наблюдалось у $68 \pm 9\%$, опасная увлечённость в $10 \pm 6\%$, увлечённость

с вредными последствиями выявлена у 7±5%, сформировавшаяся зависимость от просмотра телепередач не зарегистрирована.

Выводы: У пациентов с психопатологическими последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы, по сравнению со здоровыми лицами контрольной группы, отсутствие увлечённости от просмотра телепередач наблюдалось на 15% реже, относительно безопасное увлечённость наблюдалось на 35% реже, в то время как увлечённость с вредными последствиями регистрировалась на 1% чаще, у 43% пациентов выявлена сформировавшаяся зависимость от просмотра телепередач, в то время как в контрольной группе она отсутствовала.

АНАЛІЗ ПРОФІЛІВ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МЕТИЦИЛІНОРЕЗИСТЕНТНИХ СТАФІЛОКОКІВ

Воронкіна І.А.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології
ім. І.І. Мечникова НАМН України»*

У останні роки світовою тенденцією є зростання резистентності патогенів до більшості антимікробних препаратів, у цьому плані золотистий стафілокок (*S.aureus*) не є виключенням. Особливої уваги потребують метицилінорезистентні штами стафілококу (MRSA). Відомо, що MRSA володіють полірезистентністю і є частими збудниками, як внутрішньолікарняних інфекцій, так і позалікарняних. ВООЗ створено комп'ютерну програму WHONET 5.1., яка дозволяє здійснювати мікробіологічний моніторинг та епідеміологічний аналіз антибіотикорезистентності мікроорганізмів. На основі тестів визначення чутливості до антибіотиків WHONET 5.1. створює профілі резистентності, які можуть бути використані в якості внутрішньовидової мітки при проведенні епідеміологічного аналізу.

Мета нашої роботи – створення профілів резистентності метицилінорезистентних *S.aureus*, циркулюючих в Харківському регіоні.

Об'єктом досліджень було 159 ізолятів бактерій роду *Staphylococcus*, вилучених із різних біотопів хворих з гнійно-запальними захворюваннями, із них 69 штамів ідентифіковано як MRSA. Дані по кожному ізоляту (дата, джерело виділення, чутливість до антибіотиків та ін.) внесено в єдину базу даних, створену за допомогою WHONET 5.1.

Визначено, що 31,9% MRSA, виділених від стаціонарних та амбулаторних хворих були стійкими до двох різних груп антибіотиків і мали наступні профілі резистентності – MR (ампіцилін, цефуроксім), MFR

(ампіцилін, цефоперазон/сульбактам, цефуроксім), МССТ (ампіцилін, цефазолін, цефоперазон/сульбактам, цефтріаксон). Для 14,5% ізолятів характерною була резистентність до трьох груп антибіотиків та наступні профілі: AZT (амікацин, азітроміцин, цефтріаксон), MZT (ампіцилін, азітроміцин, цефтріаксон). AZCR (амікацин, азітроміцин, цефазолін, цефуроксім).

Аналіз профілів резистентності показав, що серед госпітальних MRSA кількість полірезистентних штамів була в 2 рази більшою, ніж серед позалікарняних при цьому переважна більшість штамів мала профіль МССТ.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДОРΟΣЛИХ

Войтова А.І., Колесник Р.О., Драч І.В., Вовкі.О.

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика,
кафедра інфекційних хвороб*

Мета- оцінити клінічну характеристику перебігу інфекційного мононуклеозу (ІМ).

Матеріали і методи: Обстежено 115 осіб віком від 15 до 39 років хворих на ІМ. Діагноз ІМ був встановлений за даними клінічних проявів та показників гемограми і підтверджували виявленням ДНК ЕБВ у крові методом ПЛР та ІgМ до капсидного антигену ЕБВ

Результати: При направленні діагноз ІМ було встановлено 60 (52,17%) хворим. Проведені дослідження показали, що за віком хворі на ІМ розподілилися наступним чином: від 15 до 19 років 73 хворих (63,48%), від 20 до 24 років - 26 (22,61%), від 25 до 29 – 10 (8,7%), від 30 до 34 – 4 (3,48%), від 35 до 39 років – 2 (1,74%). Захворювання мало гострий початок у 91 (79,13%), підгострий у 24 (20,87%). Легкий перебіг був у 5 (4,35%), середньотяжкий у 105 (91,3%) та тяжкий у 5 (4,53%). Температурна реакція була у 105 (91,3%), із них субфебрильна у 48 (41,74%), фебрильна у 52 (45,22%), у 5 хворих (4,35%) спостерігався гектичний тип температурної кривої. На біль в горлі скаржилися 100 хворих (86,96%), при цьому явища тонзиліту об'єктивно відмічалися у 103 (89,57%) хворих, із них катаральний тонзиліт у 36 (34,95%), фолікулярний у 7 (6,8%), лакунарний у 58 (56,31%), виразково-некротичний у 2 (1,94%) хворих. Спостерігалась генералізована лімфаденопатія у 113 (98,26%), відмічалось переважне збільшення шийних та піднижньощелепних лімфовузлів у 39 (34,5%), в деяких випадках була відмічена мікрополіаденопатія у 34

(30,09%) та поліаденоватія у 30 (26,54%). у 4 (3,54%) було ізольоване збільшення шийних лімфовузлів, у 6 (5,3%) - піднижньощелепних лімфовузлів. Гепатоспленомегалія за даними УЗД була виявлена у 54 (47,8%), у 25 (21,72%) хворих був наявний гепатоз, спленомегалія у 21 (18,3%), гепатомегалія у 7 (6,12%) та спленіт у 3 (3,06%) хворих. Екзантема спостерігалася у 23 (20%) хворих, у вигляді плямистих, плямисто-папульозних, плямисто-уртикарних та уртикарних висипань.

Висновки: ІМ у дорослих зберігає типову клінічну картину: гострий початок, перебігає з субфебрильною та фебрильною температурою тіла, лімфаденопатією, тонзилітом та гепатоспленомегалією. Однак, у оркемих пацієнтів на перший план виступають: екзантема нудота, блювання, болі в здихвинній ділянці та епігастрії, відсутність апетиту, пожовтіння склер, шкіри, потемніння сечі, рідкі випорожнення, що веде до помилок при постановці первинного діагнозу.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ В ЛЕГЕНЯХ І ЇХ СУДИННИХ РУСЛАХ ЧЕРЕЗ ОДНУ ДОБУ ПІСЛЯ СТЕНОЗУВАННЯ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

Гавліч О. Б.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»*

Закупорка нижньої порожнистої вени - одна з найбільш важких форм хронічної венозної непрохідності наслідком якої може бути той чи інший ступінь гіповолемії. Одним із крайніх проявів зниження об'єму циркулюючої крові (ОЦК) є гіповолемічний шок. Однак, до кінця залишається невирішеним питання: чи даний вид шоку розвивається у зв'язку із зменшенням ОЦК, чи його причина полягає в інтенсивності саме втрати крові як рідкої тканини із специфічними функціями.

Метою нашої роботи було встановити особливості морфофункціональних змін в легеневої тканині і її судинних руслах при зменшенні венозного повернення до серця.

Досліди проводили на 12 білих статевозрілих щурах з яких 6 складала контрольну групу, іншим 6-ом під кетаміновим знечуленням здійснювали звуження каудальної порожнистої вени безпосередньо над впадінням у неї ниркових вен на 2/3 її діаметра. Для гістологічного дослідження забирали шматочки тканини із різних відділів легенів через одну добу від початку експерименту.

У щурів експериментальної групи спостерігалось повнокрів'я в

системі притоків легеневих вен, а гілки легеневих артерій були навпаки безкровними. Просвіт і стінки артерій м'язово-еластичного типу суттєво не відрізнялися від контрольних тварин, а от просвіт дрібних артерій м'язового типу і артеріол був звуженим, а їх стінки виглядали потовщеними. Ендотеліоцити в таких судинах випиналися у просвіт у вигляді «частоколу». Слизова оболонка бронхів у більшості була розгладженою, а просвіт їх розширеним, що свідчило про зниження тонуусу бронхіальної мускулатури. Разом з тим зустрічалися бронхи дрібного калібру із складчастою слизовою і звуженим просвітом. Бронхіальні артерії на відміну від гілок легеневих артерій були розширеними, нерідко заповненими форменими елементами крові. Їх просвіт, як правило, мав чітку округлу форму. Міжальвеолярні перегородки виглядали дещо потовщеними у порівнянні з аналогічними структурами у контрольних тварин.

Отже, в ранні терміни після моделювання стенозу каудальної порожнистої вени артеріальний відділ кровоносного руслу легенів реагує збільшенням ємності судин м'язово-еластичного типу з одночасним зниженням пропускнуої здатності артерій м'язового типу.

СТАН ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З РІВНЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ

Гладун К.В.¹, Слепян О.В.²

¹Запорізький державний медичний університет, кафедра госпітальної педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

²КУ «Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня» Запорізької обласної Ради

Метою нашого дослідження було вивчення показників вуглеводного обміну у підлітків з ожирінням та визначення його взаємозв'язку з показниками артеріального тиску (АТ). Для досягнення мети нами було обстежено 65 дітей підліткового віку з ожирінням. Оцінку артеріального тиску проводили за допомогою вимірювання рівню «офісного» артеріального тиску з подальшим проведенням амбулаторного моніторингу артеріального тиску (ДМАТ). Серед обстежених, у 37 підлітків, які склали першу групу, спостерігалось підвищення «офісного» АТ, 28 дітей мали нормотонію при амбулаторному обстеженні та увійшли до другої групи спостереження. Контрольну групу склали 16 практично здорових дітей з нормальною вагою, репрезентативних за віком і статтю. Стан вуглеводного обміну визначали за результатами оцінки інсулінемії та глікемії натще, за допомогою орального тесту толерантності до вуглеводів, індексів

НОМА та QUIСКИ. За результатами аналізу ДМАТ, у дітей з ожирінням та підвищеним рівнем «офісного» АТ, було виявлене достовірне ($p < 0,05$) збільшення показників середнього систолічного, діастолічного та пульсового АТ за добу, день, ніч, відповідно статі, віку та зросту у порівнянні з контрольною групою, що являється індикатором формування ригідності судин крупного калібру. У 61% обстежених другої групи мав місце недостатній ступінь нічного зниження АТ, що виступало свідченням нестабільного перебігу АГ та високого ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Близько 19% дітей з ожирінням та нормальним «офісним» тиском, при ДМАТ мали підвищення показників систолічного АТ та добового навантаження тиском. При визначенні рівня глікемії натще та після навантаження глюкозою між обстеженими групами достовірної різниці не було ($p > 0,05$). Вміст інсуліну був достовірно більшим у підлітків з ожирінням у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$), а серед груп спостереження мав значно вищий рівень у підлітків з підвищеним АТ ($p < 0,05$). Аналіз індексів НОМА у осіб з ожирінням був значно вищим за показники контрольної групи ($p < 0,05$), хоча для індексу QUIСКИ було одержано лише тенденцію ($p > 0,05$) до зменшення у дітей з ожирінням. Отримані дані виступають свідченням формування у дітей з ожирінням порушень толерантності до вуглеводів, що, в свою чергу, призводить до ремоделювання серцево-судинної системи шляхом втрати еластичності судинної стінки, порушення мікроциркуляції та до зросту судинного опору і стабілізації артеріальної гіпертензії.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Гетман Е.А., Калашник Д.Н., Каменир В.М., Измайлова Е.В.
ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины»

Цель: исследовать основные показатели липидного спектра у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и сочетанной кардиопульмонологической патологией.

Материалы и методы: Обследовано 44 пациента, рандомизированных по полу, возрасту и длительности заболевания. В 1-ю группу вошли 16 пациентов с сочетанной ИБС и ХОЗЛ, во 2 группу – 15 больных с изолированным ХОЗЛ, в 3 группу – 13 больных с ИБС. Липидный спектр (ОХС, ТГ, ЛПНП, ЛПВП) определяли в сыворотке крови ферментативным методом. Уровень холестерина липопротеинов

низкой плотности (ХСЛПНП) рассчитывали по формуле W.T. Friedewald: ХСЛПНП (ммоль/л) = (ОХС - ТГ / 2,2 - ХСЛПВП).

Результаты: При анализе показателей липидного спектра у представителей 1-й группы по сравнению с больными 2-й группы отмечено достоверно более высокие показатели холестерина ЛПНП (3,61 (95%ДИ 2,96-4,26) – 3,14 (95%ДИ 2,83-3,45) $p=0,041$). Между показателями липидного спектра у пациентов 1-й и 3-й групп достоверных различий не установлено ($p>0,05$). С другой стороны, пациенты 3-й группы по сравнению с представителями 2-й группы, имели достоверно более высокие показатели общего холестерина (4,99 (95%ДИ 4,6-5,37) - 4,67 (95%ДИ 4,28-5,06) $p=0,019$) и холестерина ЛПВП (1,29 (95%ДИ (1,16-1,42) – 1,09 (95%ДИ 1,01-1,18) $p=0,013$). Обращает на себя внимание тот факт, что среднее значение показателя общего холестерина плазмы крови выше целевого уровня был выявлен только у пациентов 1-й группы, что может свидетельствовать о более тяжелом атеросклеротическом поражении, недостаточной коррекции дислипидемии или более низкого комплаенса пациентов с сочетанной патологией (ХОЗЛ и ИБС).

Выводы: ХОЗЛ ухудшает течение ИБС, что подтверждается увеличением значений факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, а именно повышением на 10,4% - уровня общего холестерина, на 15,7% - холестерина ЛПНП, на 20,7% - индекса атерогенности по сравнению с пациентами с изолированной патологией.

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ КАТАБОЛИЗМА ЭНДОГЕННЫХ АЛЬДЕГИДОВ В СУБКЛЕТОЧНЫХ ФРАКЦИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕРДЦА КРЫС ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Глонягина И.С.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины»,
Харьков

В подростковом возрасте повышается чувствительность тканей внутренних органов к оксидативному стрессу и, в следствие, заболеваемость патологией сердечно-сосудистой и др. систем. Можно предположить, что одна из причин подобного возрастного феномена - понижение устойчивости организма к действию стрессов на этапе полового созревания. Особое значение в его возникновении имеет возрастная модуляция активности ферментов, катализирующих катаболизм карбонильных продуктов свободнорадикального окисления (СРО), как своеобразных мессенджеров повреждения клеток, таких как альдегиддегидрогеназы

(АДДГ), альдозоредуктазы (АзР) и альдегидредуктазы (АР). В настоящее время отсутствуют данные об участии данных ферментов в антистрессовой защите организма. Учитывая это, целью исследования стало изучение активности данных энзимов в субклеточных фракциях печени и сердца крыс пубертатного возраста.

В работе использовали 57 крыс самцов линии Вистар четырех возрастных групп: 1–1,5-месячные (ранний пубертат), 2–2-месячные (поздний пубертат); 3–3-месячные (ранний половозрелый возраст) и 4–12-месячные (взрослые половозрелые). В выделенных субклеточных фракциях печени и сердца определяли активность NAD-зависимой АДДГ и NADH-АР с использованием глутарового альдегида в качестве субстрата, а также АзР. Концентрацию белка в пробах измеряли по методу Лоури.

Исследования показали, что активность АДДГ в постмитохондриальной фракции печени и сердца у 1,5-, 2- и 12-месячных крыс существенно не различается, а в печени и сердце 3-месячных крыс ее величина оказывается ниже, чем у 12-месячных. В митохондриальной фракции печени 3- и 12-месячных крыс активность АДДГ одинакова, тогда как у 1,5-месячных животных ее величина ниже, а у 2-месячных – на много выше, чем у 12-месячных крыс. В митохондриальной фракции миокарда 1,5-, 2- и 3-месячных животных активность АДДГ так же много выше, чем у 12-месячных. С увеличением возраста животных до 12 месяцев, повышается вклад немитохондриальных ферментов.

Результаты указывают, что в печени и сердце животных пубертатного возраста формируются условия эффективной утилизации карбонильных продуктов СРО в окислительно-восстановительных реакциях. Но в условиях *in vivo*, скорость ферментативной утилизации карбонильных продуктов СРО может существенно модулироваться. Изучению этого вопроса будут посвящены наши дальнейшие исследования.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ХСН ІШЕМІЧНОЮ ЕТІОЛОГІЇ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Голубовська О.С., Табаченко О.С.

*Харківський національний медичний університет,
Харківська міська клінічна лікарня №27*

Мета та завдання дослідження: оптимізація діагностики та лікування ХСН з супутнім цукровим діабетом 2 типу на основі вивчення впливу магнію оротату на ендотеліальну дисфункцію, вуглеводний обмін,

ліпідний спектр і кардіогемодинаміки.

Матеріали та методи: обстежено 52 хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю I-III Ф.К. по NYHA з супутнім цукровим діабетом 2-го типу. Всі пацієнти були розподілені на групи: 1 - хворі на ХСН і ЦД 2 типу, які отримували стандартну терапію з додаванням магнію оротату, $n = 18$; 2 - хворі на ХСН і ЦД 2 типу, які отримували тільки стандартну терапію без магнію оротату, $n = 18$; 3 - хворі на ХСН без ЦД, які отримували стандартну терапію і магнію оротат, $n = 16$. Магнію оротат призначався в дозі 1000 мг 3 рази на добу - 7 днів, потім по 500 мг 2 рази на добу.

Отримані результати : при аналізі вмісту магнію виявлено, що у пацієнтів 1-ї групи гіпомагніємія (рівень магнію $< 0,74$; при $N = 0,74 - 1,2$ ммоль / л) спостерігалася у 92% пацієнтів до початку лікування і в 18% людей після лікування. У 2 групі гіпомагніємія відзначалася у 80% пацієнтів до лікування і в 73,3% пацієнтів після лікування, в 3 групі (хворі з ХСН, $n = 16$) гіпомагніємія виявлена в 33,3% хворих до лікування, і в 6,6% хворих після лікування. На тлі прийому препаратів магнію спостерігалася статистично достовірне зниження ($p \leq 0,01$) рівня глюкози в крові на 10%, зниження рівня ендотеліну на 33% (до лікування $3,16 - 0,19$ ммоль / л, після $2,13 - 0,13$ ммоль / л) ($p \leq 0,001$), а також підвищення показників нітритів на 22% ($p \leq 0,01$), нітратів на 15% ($p \leq 0,05$), магнію на 21,12% ($p \leq 0,05$) у пацієнтів з ХСН та СД 2 типу, які отримували магнію оротат. Пацієнтів з ХСН та СД 2 типу, які не отримували магнію оротат, глюкоза знизилася на 5,8% ($p \leq 0,01$), рівень ендотеліну на 10,2% ($p \leq 0,01$), підвищилися рівні нітритів на 24,6% ($p \leq 0,05$), нітратів на 11% ($p \leq 0,001$), рівень магнію на 22,7% ($p \leq 0,001$).

Висновки: у хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу дефіцит магнію більш виражений (на 12%), ніж у хворих на ішемічну хворобу серця з хронічною серцевою недостатністю без цукрового діабету.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФНП- α З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Гопцій О.В., Зелена І.І.

Харківський національний медичний університет

В осіб з ожирінням адіпоцити секретують відносно велику кількість прозапального цитокіну ФНП- α . Показано, що даний адіпоцитокін значно корелює з інсулінорезистентністю (ІР) і може бути

першою ознакою розвитку цукрового діабету.

Мета дослідження. Вивчити взаємозв'язок між рівнем ФНП- α та індексом ІР в сироватці крові у гіпертензивних пацієнтів залежно від рівня інсуліну.

Матеріали і методи. Обстежено 123 хворих. Ожиріння визначали за допомогою індексу маси тіла (ІМТ). Рівні ФНП- α , інсуліну визначали імуноферментним методом. Індекс ІР (індекс НОМА) розраховували по формулі: $\text{індекс НОМА} = \text{глюкоза крові натще (ммоль/л)} \times \text{інсулін крові натще (МОД)} / 22,5$. Індекс НОМА $> 2,77$ ум. од. розцінювався як наявність ІР.

Результати. Пацієнтів було поділено на тертілі залежно від вмісту інсуліну в крові натще: 1-ий (n=41) – рівень інсуліну становив від 1,75 до 7,66 мкОд/мл; 2-ий (n=41) – рівень інсуліну становив від 7,72 до 14,44 мкОд/мл; 3-ій (n=41) – рівень інсуліну становив від 14,45 до 77,20 мкОд/мл (табл.).

Таблиця

Середні показники ІМТ, артеріального тиску, рівня інсуліну, ФНП- α , індексу ІР залежно від рівня інсуліну в сироватці крові хворих на АГ

Показники	1 тертіль	2 тертіль	3 тертіль
САТ, мм рт.ст.	164,21 \pm 2,36	171,09 \pm 1,99*	183,34 \pm 2,63* **
ДАТ, мм рт.ст.	99,80 \pm 1,29	99,39 \pm 0,89	105,24 \pm 1,33* **
ІМТ, кг/м ²	29,02 \pm 0,72	31,33 \pm 0,79*	36,43 \pm 0,83* **
ФНП- α , пг/мл	5,42 \pm 0,044	6,71 \pm 0,38 *	10,38 \pm 0,070 * **
Інсулін, мкОД/мл	5,09 \pm 0,21	10,27 \pm 0,31*	32,34 \pm 2,53* **
НОМА, ум.од.	1,04 \pm 0,05	2,04 \pm 0,09*	7,35 \pm 0,70* **

Примітка. * - розбіжності між групами хворих 1-го та 2-го і 3-го тертілей достовірні, $p < 0,05$; ** - розбіжності між групами обстежених 2-го та 3-го тертілей достовірні, $p < 0,05$.

Кореляційний зв'язок показав пряму достовірну залежність між рівнем інсуліну та вмістом ФНП- α ($R=0,36$; $p=0,002$) у хворих 2-го тертіля. Між рівнем інсуліну та рівнем ФНП- α ($R=0,44$; $p=0,004$); між індексом НОМА та рівнем ФНП- α ($R=0,44$; $p=0,003$) у пацієнтів 3-го тертіля.

Висновки. Встановлено, що показники артеріального тиску, ІМТ, рівень ФНП- α достовірно збільшуються паралельно підвищенню рівня інсуліну в крові гіпертензивних хворих. Виявлений достовірний зв'язок між рівнем ФНП- α та індексом ІР у хворих 3-го тертіля.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ВЕНОСМІН ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВИНИКНЕННЯ ПІЗНІХ ПРОМЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ

**Григоренко С.В., Щурський В.О., Лук'яненко О.А., Конькова Т.В.,
Вітюк Н.В., Щербатюк Т.М., Нечипорук Т.С., Корчинський О.Г.,
Калван Л.Ф..**

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

Лімфедема придбана обумовлена впливом на здорові тканини будь-яких чинників, що призводять до лімфостазу і фіброзу. Незапальна її форма виникає внаслідок перетинання великих лімфатичних колекторів, радіотерапії, порушення кровообігу. Для оцінки клінічних проявів лімфатичного набряку виділяють дві стадії: лімфедему і фібреду. Для першої стадії характерний лімфатичний набряк, в основі його скупчення лімфи в інтерстиціальній тканині. Розвивається лімфангіосклероз, склероз шкіри і підшкірної жирової клітковини. Захворювання переходить в стадію фібреду. Виділяють чотири стадії лімфатичного набряку в залежності від його клінічного перебігу: 1 ступінь - інтермітуючий набряк; 2 ступінь - постійний набряк; 3 ступінь - фіброзно-склеротичні зміни; 4 ступінь - слоновість. Нашою метою було зменшити вплив вище викладених не запальних факторів. В досліджувану групу увійшли 43 хворих які лікувались в 2010 році. Вони отримали комбіноване лікування з приводу раку молочної залози -26 хворих, прямої кишки - 9, раку шийки матки - 8 хворих. Веносмін отримували по 2 пігулки на добу в 2 прийоми перший тиждень. На другому тижні по 2 на день одноразово. При гострих станах призначали до 6 пігулок на добу протягом перших 4-х днів. Тривалість реабілітації становила 2-3 місяці. У 36(83,7%) хворих спостерігались променеві реакції легкого ступеня, у 7 (16,3%) хворих - середнього ступеня, реакції важкого ступеня не спостерігались. Пізні променеві ускладнення в групі цих хворих не виникли. Таким чином можливо зробити висновки, що препарат веносмін є ефективним засобом профілактики ранніх та пізніх променевих реакцій в комплексі вже існуючих заходів. Для складання індивідуальних схем профілактики ускладнень та реабілітації є необхідність провести спостереження в більшій групі хворих.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ, ІНДУКОВАНИХ УЛЬТРАФІОЛЕТОВИМ ОПРОМІНЕННЯМ

Гринь В.В.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра фармакології та медичної рецептури*

Мета дослідження. Вивчення ефективності застосування препаратів «Мазь тіотриазоліну 2%» та «Мазь Метилурацилова 10%» для корекції порушень, індукованих ультрафіолетовим опроміненням (УФО).

Завдання дослідження. Дослідження проводили на 54 мурчаках-альбіносах масою (550-650) г. Фотопротекторну активність вивчали на моделі гострого ексудативного запалення - ультрафіолетової еритеми. Рівень дії, що ушкоджує, оцінювали за рівнем відповідної еритемної реакції шкіри, з огляду на час появи після опромінення й інтенсивність еритеми. Тварини були розподілені на 3 групи: без лікування (1 група), лікування препаратами «Мазь тіотриазоліну 2%» (2 група), «Мазь Метилурацилова 10%» (3 група) за 1 годину до й через 2 години після опромінення. Тварин виводили з експерименту за появою ефекту (зникнення еритеми) та на 14, 28 добу після УФО шляхом декапітації згідно з нормами біоетики. Реєструвались загальний стан тварин, інтенсивність еритеми.

Результати. При місцевому УФО шкіри мурчаків уже через 1 годину після опромінення еритема розвивалася у 100% тварин. Сумарна еритема - 0,75 балів, через 2 години - 1,02 бали. Через 4 години після опромінення сумарна інтенсивність 3-х плям зростає, становлячи 1,28 балів, досягає максимуму на 2 добу - 1,55, з 3 доби починає поступово знижуватися і зникає на 10 добу. При лікувально-профілактичному застосуванні мазі метилурацилової через 1 годину після опромінення сумарна еритема досягає 1,07 балів, на 2 год. - 1,04, через 4 год. - 1,01, максимум - на 2 добу (1,38 б.), зникає на 9 добу. При застосуванні мазі тіотриазоліну показники інтенсивності еритеми відповідно 1 год. - 0,8; 2 год. - 0,8; 4 год. - 0,91; 2 доба (максимум) - 1,2 балів; зникає на 8 добу.

Висновки. При УФО спостерігається виражена еритема. Обидві мазі проявляють фотозахисну активність порівняно з групою контролю, але «Мазь тіотриазоліну 2%» має більш виражену лікувально-профілактичну дію.

ЗМІНА РИТМІВ ПРОДУКЦІЇ КОРТИЗОЛУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ НА ЕТАПАХ ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ

Громакова І.С.

*ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»,
м. Харків, Україна*

Наведено свідчення про порушення біоритмів гематологічних, імунних, ендокринних показників в онкологічних хворих. У той же час відсутні дані щодо характеру змін біоритмів при проведенні протипухлинного лікування, тоді як ці знання можуть бути корисні при проведенні терапії з урахуванням фактора часу.

Метою даного дослідження було оцінити зміни ритмів продукції кортизолу у хворих на рак тіла матки на етапах лікування.

Матеріали й методи: У 30 хворих на рак тіла матки (РТМ) II-III стадії рівні кортизолу в сироватці крові вимірювали о 8:00 та 16:00 на трьох етапах обстеження: до лікування (I етап), після проведення хірургічного лікування (II етап) та після проведення променевого лікування (III етап). Рівні кортизолу визначали за допомогою набору реагентів «Стероид-ИФА-кортизол-01» (Росія, «Алкор Био»).

Результати дослідження: Значна варіабельність рівнів гормону і співвідношення ранкової і денної продукції кортизолу на I етапі обумовила необхідність розподілу пацієток на 2 групи. В 1 групу були включені хворі зі значною різницею ранкової й денної продукції кортизолу (медіана співвідношення кортизолу о 8:00 та 16:00 складала 3,1), у другу – хворі зі згладженим ритмом продукції кортизолу (медіана співвідношення дорівнювала 1,3). До лікування в 1 групі відмічено вірогідно більш високий рівень кортизолу у ранковий час і більш низький у вечірній час у порівнянні з показниками 2 групи ($p=0,04$ і $p=0,02$, відповідно). На II етапі в 1 групі відзначене вірогідне підвищення денного рівня гормону, а в 2 – ранкового, що відбилося на зміні співвідношень рівнів кортизолу о 8:00 і 16:00, медіани яких склали 2,0 та 1,5 в 1 і 2 групах, відповідно. На III етапі у пацієток 1 групи вірогідно знижувалися, у порівнянні з показниками II етапу, ранкова і денна продукція кортизолу ($p=0,01$ і $p=0,02$, відповідно). В 2 групі відзначене вірогідне зниження тільки денної продукції кортизолу ($p=0,01$). Відзначені зміни супроводжувалися подальшим зближенням співвідношень ранкової і денної продукції кортизолу у 2 групах, які на 3 етапі склали 1,8 та 2,0 у 1 і 2 групах, відповідно.

Висновки: Після проведення протипухлинного лікування відбувається синхронізація ритмів продукції кортизолу в групах зі

значною вихідною різницею продукції кортизолу в ранковий і денний час. Після проведення хірургічного лікування, а ще в більшій мірі після променевої терапії у хворих на рак тіла матки значно звужуються межі коливання співвідношення продукції кортизолу в ранковий і денний час.

ПРОЦЕСИ ПЕРОКСИДАЦІЇ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Гулага О.І., Полянська О.С., Ташук В.К.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Метою дослідження є вивчення співвідношення між про- та антиоксидантними системами, які відіграють важливу роль у виникненні інфаркту міокарда (ІМ) та його ускладнень.

У зв'язку з цим, нами досліджено 37 хворих на ІМ. Рівень ліпопероксидації оцінювали за вмістом у еритроцитах одного з вторинних продуктів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) – малонового альдегіду (МА). Інтенсивність пероксидації протеїнів визначали за рівнем окисної модифікації білків (ОМБ) плазми. Активність АО захисту оцінювали за вмістом у плазмі головного антиоксидантного ферменту крові – церулоплазміну (ЦП), каталази (К), глутатіонпероксидази, глутатіон-S-трансферази та SH-груп, основним донором яких є глутатіон, якому належить ключова роль у захисті клітин від реакційноздатних інтермедіатів кисню. Контрольну групу склали 10 осіб відповідного віку.

При аналізі цих показників у хворих порівняно з контролем виявлено, що рівень МА, як кінцевого продукту процесів ПОЛ, зростає майже в 1,6 разів ($p < 0,01$). Різка активація вільнорадикальної трансформації пов'язана із зростанням вмісту реакційноздатних форм кисню, джерелами яких є ендотеліальні клітини, стимульовані фагоцити, і може бути свідченням накопичення інших продуктів, які мають аритмогенний ефект. Звертає на себе увагу, що рівень ОМБ зростає у хворих на ІМ в 1,8 разів ($p < 0,05$). При аналізі систем антиоксидантного захисту виявлено значне, у 1,8 разів, зростання активності каталази у хворих на ІМ порівняно з контролем (з $7,23 \pm 0,33$ проти $13,38 \pm 0,49$ мкМоль /хв·л; $p < 0,01$). Активність ГП у хворих дослідної групи також в 1,87 рази переважала контрольні показники ($p < 0,01$). Активність глутатіон-S-трансферази при цьому зросла у 1,6 разів ($p < 0,01$) порівняно з контролем. Відмінності у вираженості зростання активності ферментів глутатіонової системи у обстежених хворих можна пояснити тим, що ГП проявляє свою дію в цитоплазмі клітин, виділяючи пероксид водню за рахунок окиснення глутатіона, а глутатіон-S-трансфераза проявляє свою активність в плазмі

крові. Зважаючи на те, що при цьому рівень SH-груп у хворих був на 32% більшим, ніж у контролі ($p < 0,01$), а основним донором їх є глутатіон, можна стверджувати, що однією з основних ланок АОЗ у хворих на ІМ є система глутатіона. Звертає на себе увагу, що активність церулоплазміна в плазмі крові, як одного зі складових АО системи, хоч і зростала (з $164,73 \pm 6,63$ до $218,73 \pm 13,55$ мг/л; $p < 0,05$), але менш виражено, ніж інші антиоксидантні ферменти, що, можливо, пов'язано з наявним при серцевій недостатності ураженням печінки, яка є основним джерелом церулоплазміну.

Проведене дослідження свідчить про виявлений дисбаланс між про- та антиоксидантними системами у хворих, що призводить різкого порушення клітинного та тканинного метаболізму і визначає перебіг ІМ.

К ВОПРОСУ О БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Давыдова А.Г.,¹ Капустин С.А.²

¹*Запорожский государственный медицинский университет*

²*Запорожская городская детская многопрофильная больница №5*

Бронхолитическая терапия является основой купирования бронхообструктивного синдрома (БОС) любой этиологии. Согласно современным протоколам терапии БОС у детей препаратами выбора являются β -адреномиметики (сальбутамол) или их комбинация с м-холинолитиками (беродуал). В случае неэффективности ингаляционной бронхолитической терапии рекомендуется использовать парентеральное введение эуфиллина. Однако применение последнего ограничено побочными эффектами и рядом противопоказаний. Так, его применение не показано при органических поражениях ЦНС с судорожным синдромом, сердечной недостаточности, нарушениях ритма сердца и т.д.

Учитывая недостаточную эффективность ингаляционных бронхолитиков у детей при тяжелом БОС, требующем интенсивной терапии, целью нашей работы стал поиск альтернатив к применению эуфиллина для его купирования. По данным зарубежной литературы, рекомендуется использование магния сульфата 20% при неэффективности ингаляционных препаратов, в том числе – именно как альтернатива еуфиллину ([Kowal A., Panaszek B., Barg W. et al., 2007](#); [Wiebe K., Rowe B.H., 2007](#); [Singh A.K., Gaur S., Kumar R., 2008](#); [Papis S.A., Manali E.D., et al., 2009](#)). Известно, что магний модулирует ионный транспорт и влияет на внутриклеточную концентрацию кальция, потому гипوماгнемия, возможно,

приводит к повышению нейромышечной возбудимости. Следовательно, магний - катион, который модулирует сократимость клеток гладкой мускулатуры: гипомагнемия вызывает их сокращение, гипермагнемия – расслабление (Kowal A, Panaszek B, Barg W et al, 2007).

Нами исследована сывороточная концентрация магния у 27 детей с тяжелым БОС в отделении интенсивной терапии и у 10 относительно здоровых детей. Средняя концентрация магния в сыворотке крови у детей с БОС была достоверно ниже, чем у здоровых детей (Критерий Манна-Уитни, $U=121,5$, $z=1,4$, $p<0,05$). Дефицит магния выявлен у 37% детей с тяжелым БОС и ни у одного из обследованных здоровых детей. Таким образом, дефицит магния достоверно ассоциирован с тяжелым БОС ($OR=5,9$, $p<0,05$). Применение магния сульфата 20% в разовой дозе 0,1-0,2 мл/кг способствовала регрессии тяжелого бронхоспазма и позволила в большинстве случаев снизить дозу эуфиллина с 10-12 до 5-7 мг/кг в сутки. При наличии противопоказаний к применению эуфиллина использовался только магния сульфат, при этом клинически получен удовлетворительный бронхолитический эффект. Побочных эффектов при внутривенном введении магния сульфата отмечено не было. Таким образом, применение магния сульфата в комплексной терапии тяжелого БОС у детей является патогенетически и клинически обоснованным.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Давыдова А.Г.¹, Тимошенко Г.В.², Панченко А.В.²

¹Запорожский государственный медицинский университет

²Запорожская городская детская многопрофильная больница №5

Бронхообструктивный синдром (БОС) осложняет до 30% острых респираторных заболеваний у детей раннего возраста (Платонова О.М. с соавт., 2006) и может сопровождаться легочной гипертензией, достоверно возрастающей пропорционально тяжести БОС (Лебедев А.Б., 2001). Основным патогенетическим механизмом развития легочной гипертензии при остро возникшей бронхиальной обструкции является гипоксическая вазоконстрикция. Помимо риска развития острого легочного сердца, это состояние неблагоприятно в связи с пропотеванием жидкости в интерстиций и развития перибронхиального отека, что еще больше ухудшает проходимость бронхов и, следовательно, состояние больного.

Целью нашей работы был поиск путей оптимизации терапии тяжелого бронхообструктивного синдрома у детей в условиях отделения

интенсивной терапии и клинико-инструментальное обоснование необходимости купирования легочной гипертензии у этой группы больных.

Известно, что в норме среднее давление в легочной артерии (ЛА) находится в пределах 10-20 мм рт.ст. (Атыков О.Ю., 2009). Нами проведено доплерографическое исследование кровотока в ЛА у 15 больных, находившихся в отделении анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) Запорожской городской детской многопрофильной больницы №5 по поводу тяжелого БОС. Из исследования исключались дети, страдавшие пороками сердца с обогащенным легочным кровотоком. У 9 из обследованных (60%) выявлено повышение среднего давления в легочной артерии выше 20 мм рт.ст., у 3 из них (20%) этот показатель превысил 25 мм рт.ст., среднее давление в ЛА у этой группы детей составило $21,1 \pm 4,9$. С целью купирования легочной гипертензии этой группе детей вводился изосорбида динитрат 0,1% (изокет) в начальной дозе 0,1 мг/кг/час с помощью линеомата в течение 1 суток в 53% случаев, 2 –х суток – в 27%, и 2 больных с затяжным тяжелым бронхиолитом получали изокет в течение 3-4-х суток. При улучшении клинического состояния ребенка и регрессии признаков тяжелого БОС производилась отмена изокета и повторное исследование давления в ЛА, при котором его повышение выше 20 мм рт.ст. зарегистрировано только у 1 ребенка (7%), при этом показатель был ниже исходного. Среднее давление в ЛА после отмены изокета составило $15,3 \pm 3,2$, что достоверно ниже исходного ($t=2,2$, $p<0,5$). При снижении среднего давления в ЛА до 10-15 мм рт.ст. клиническая картина заболевания не требовала проведения интенсивной терапии и позволяла перевести ребенка в отделение общего профиля. Таким образом, данный показатель коррелировал с тяжестью БОС. Использование изокета в комплексной терапии тяжелого БОС у детей позволило добиться более быстрой и полной регрессии симптомов заболевания и профилировать развитие острого легочного сердца.

РАССТРОЙСТВА, КОМОРБИДНЫЕ СИНДРОМУ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Датиева В.К.

*Российская медицинская академия последипломного образования,
г. Москва, Россия*

Помимо классических двигательных нарушений для БП характерен широкий спектр немоторных проявлений, включающий психические, вегетативные, сенсорные, диссомнические расстройства, которые

отражают вовлечение других структур центральной и периферической нервной системы в патологический процесс. Синдром хронической усталости (СХУ) при болезни Паркинсона (БП) - состояние крайнего утомления, упадка сил, физических и/или психических, наступающее в результате выполнения привычной для больного нагрузки, ограничивающее его функциональную активность. Данный феномен рассматривается в качестве самостоятельного симптома заболевания. Его происхождение, клиническая значимость, подходы к терапии остаются недостаточно изученными.

Цель исследования: оценить аффективные нарушения (депрессия, тревога), коморбидные СХУ при БП

Методы и материалы. Были обследованы 60 пациентов с БП без деменции, средний возраст которых составил $62,6 \pm 9,2$ года, средняя продолжительность заболевания: $6,04 \pm 2,47$. В первую группу были включены 40 пациентов с СХУ. Группу сравнения составили 20 больных БП, свободных от СХУ, сопоставимых по возрасту и тяжести БП. Стадия БП по шкале Хен – Яра составила $2,7 \pm 0,7$. Используются следующие методы: Унифицированная шкала оценки БП международного общества расстройств движений (UPDRS - MDS), шкала тревоги Спилбергера, шкала усталости при БП (PFS), шкала депрессии Бека (BDS), краткое исследование психического статуса (MMSE).

Результаты. Средний балл по PFS в первой группе составил $3,71 \pm 0,39$. Во второй группе аналогичный показатель - $2,4 \pm 0,6$. В группе с СХУ уровень депрессии оказался выше, чем в группе сравнения. Средний показатель по BDS $13,7 \pm 6,2$. В контрольной группе уровень депрессии составил $8,1 \pm 5,7$. В первой группе показатель тревожности оказался больше, чем в контрольной ($51,1 \pm 7,2$ vs $44,6 \pm 9,7$). Корреляции между показателями PFS, уровнем депрессии, тревожности не выявлено.

Закключение. Проявления синдрома хронической усталости у пациентов с БП нередко сопровождаются признаками депрессии и тревожности. Однако прямой корреляции между указанными симптомами не обнаружено. Это свидетельствует о самостоятельном характере СХУ, сложных причинно – следственных взаимоотношений между СХУ и указанными немоторными симптомами. В любом случае, с учетом сложных механизмов возникновения СХУ, его коррекция должна носить комплексный характер, включать воздействия на состояния, коморбидные СХУ.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.

Делевська В. Ю.

Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Лікування хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) представляє певні складності, до яких відносяться низька фізична активність, вторинний еритроцитоз, вторинний гіперальдостеронізм, легенева гіпертензія, гіпертензивний ефект деяких медикаментів при лікуванні ХОЗЛ. Серед препаратів, що застосовуються у хворих на ХОЗЛ з метою зниження артеріального тиску, важливе місце займають антагоністи кальція (АК). **Мета роботи** – вивчення ефективності застосування АК у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з АГ.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 24 хворих АГ в поєднанні з ХОЗЛ, що знаходилися на лікуванні в ХКМЛ № 27 (з них чоловіків - 11 (46%), жінок у віці 40-75 років - 13 (54%), середній вік $57,6 \pm 3,24$ роки). АГ II ст. була виявлена у 15 пацієнтів (75%), АГ III ст. - у 5 (25%). Середня тривалість АГ склала $6,24 \pm 5,43$ р., ХОЗЛ - $16,1 \pm 8,94$ р.

Дослідження функції зовнішнього дихання включало дослідження форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ), обсягу форсованого видиху за 1 сек (ОФВ1), їх співвідношення, аналіз кривої потік-об'єм. **Результати проведеного дослідження** АК амлодипіну показали, що ефективність препарату в середній добовій дозі 10 мг є відмінною у 17 (71%) хворих, доброю - у 4 (17%), задовільною - у 3 (12%). Включення стамло в комплексне лікування хворих на ХОЗЛ (стартова доза 5 мг / добу з поступовим збільшенням до 10 мг / добу, курс терапії - 3 тижні) значно покращує морфофункціональні показники серцево-судинної системи і функцію зовнішнього дихання.

Після проведеної терапії було відзначено зниження початково підвищеного середнього тиску в легеневій артерії (СрДЛА) на 24% ($p < 0,001$), що є надзвичайно важливим аспектом, враховуючи контингент хворих. У пацієнтів ХОЗЛ у поєднанні з АГ відзначалося достовірне поліпшення діастолічної функції лівого шлуночка на 30,0% ($p < 0,01$) при зниженні індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) та маси міокарда лівого шлуночка (ММЛШ) на 11,5% ($p < 0,001$) і 12,1% ($p < 0,01$) відповідно. Таким чином, препарат надавав коригуючий вплив на процеси ремоделювання серця у досліджуваній групі хворих. Такий вплив терапії стамло

на морфофункціональні показники серця можна пояснити зниженням пост- і переднавантаження і зменшенням активності симпатoadреналової та ренінаангіотензинальдостеронової систем.

ХАРАКТЕР ЛІПІДНОГО СПЕКТРА ПРИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧАХ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

Диннік О.О.

Харківський національний медичний університет

У сучасний період не викликає сумнівів, що надлишкова маса у дітей – це проблема, яка потребує активного втручання з метою попередження ускладнень – цукрового діабету, дисліпідемії, раннього атеросклерозу, серцево-судиних захворювань, безпліддя.

Метою дослідження було вивчення особливостей ліпідного спектра крові у хворих на пубертатні маткові кровотечі (ПМК) із урахуванням маси тіла.

Обстежено 163 пацієнтки 11-17 років хворих на ПМК. Усім хворим визначали росто-вагові показники, індекс маси тіла, вміст у крові імуноферментним методом загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), проводили розрахунок рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), рівня холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), індексу атерогенності (ІА).

Вивчення ліпідного спектра дозволило встановити його особливості у пацієнтів із різною масою тіла. У 22,8 % хворих із ПМК реєструвалися його порушення. Причому у дівчат із надлишковою масою тіла (II гр.) вони зустрічалися вірогідно частіше. Так, при фізіологічній масі тіла (I гр.) дисліпопротеїдемії (ДЛП) виявлялися у 20,8 %, при дефіциті (III гр.) – у 11,1 %, а у хворих із надлишком маси тіла – у 34,0 % ($p_1 < 0,04$, $p_2 < 0,01$). Структура порушень ліпідного спектра в усіх групах була практично ідентичною і, в основному, відповідала таким типам дисліпопротеїдемії: II-а, IV і гіпоальфахолестеринемія. Зниження рівня ХС ЛПВЩ (нижче 25 перцентилі), який має кардіопротекторні властивості, відзначалося у 16,8 % пацієток усіх трьох груп, найчастіше серед дівчат II гр. (I гр. – 16,3 %; II гр. – 21,3 % і III гр. – 11,1 %; $p < 0,05$). Збільшення ІА реєструвалося у 14,4 % хворих II гр., що вірогідно частіше, ніж в інших групах (I гр. – 7,5 %; III гр. – 3,7 %; $p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,001$). Середні значення цього показника у пацієток II гр. були також вірогідно вищими, ніж у хворих I та III гр. (відповідно $2,25 \pm 0,14$ проти $1,88 \pm 0,08$) у I гр. і $1,86$

$\pm 0,11$) у III гр.; $\rho < 0,01$).

Аналіз вмісту ліпопротеїдів у сироватці крові хворих у залежності від наявності або відсутності інсулінорезистентності (ІР) виявив, що у пацієнок із ІР з'являються підвищені та збільшується кількість граничних значень ЗХ, ХС ЛПНЩ. Найбільш притаманні ці зміни хворим із надлишковою масою тіла.

Таким чином, у частини хворих із ПМК формуються ДЛП атерогенної спрямованості, і найчастіше це спостерігається у пацієнок із надлишковою масою тіла.

ВНЕСОК ОЖИРІННЯ У ПАТОГЕНЕЗ ФОРМУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Дорошенко О.В., Шоп І.В., Махаринська О.С., Лебединська М.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) та ожиріння (ОЖ) залишаються одними із найбільш розповсюджених захворювань у світі. У випадках поєднання цих захворювань імовірність розвитку ускладнень з боку організму зростає у 2-6 разів. Спільність патофізіологічних механізмів, що лежать в основі розвитку АГ та ОЖ, обумовлює доцільність удосконалення діагностики та оптимізації лікування цього контингенту хворих. Метою роботи стало вивчення впливу надмірної маси тіла (МТ) на рівень лептину у хворих на АГ з урахуванням кардіогемодинамічних показників.

Обстежено 97 хворих на АГ середнім віком 53,5(47-57) років. Контрольна група - 20 здорових осіб середнім віком 49(45-52) років. Усім пацієнтам було проведено загальноклінічне, антропометричне та ехокардіографічне дослідження.

Хворі на АГ були розподілені на групи залежно від типу ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) та індексу маси тіла (ІМТ). Проведене нами дослідження ехокардіографічних показників підтвердило наявність найбільш значних змін у міокарді хворих на АГ з ОЖ. В основній групі (хворі на АГ з ОЖ) пацієнти з наявністю гіпертрофії міокарда ЛШ становили 56%, у групі порівняння (хворі на АГ з нормальною МТ) - 39%. Значення маси міокарда ЛШ (ММЛШ) та індексу ММЛШ у хворих на АГ з ОЖ становили 241 (198-278) г; 121 (100-138) г/м² проти аналогічних значень у хворих на АГ з нормальною вагою - 210,5(179-259) г, 111,5(103-138) г/м² та в контрольній групі - 183,5(175,7-192,6) г; 105(92,5-114,5) г/м². Також

ми спостерігали збільшення середніх значень відносної товщини задньої стінки ЛШ, міжшлуночкової перетинки та відносної товщини стінок ЛШ у хворих в основній групі (0,49(0,46-0,52), 0,48(0,46-0,55), 0,49(0,44-0,53)), в групі порівняння (0,49(0,44-0,52), 0,49(0,41-0,52), 0,45(0,4-0,5)) відносно до здорових осіб (0,43(0,4-0,44), 0,43(0,4-0,44), 0,43(0,4-0,44); $p < 0,001$). Найвищий рівень лептину був у хворих з ексцентричною гіпертрофією (ЕГЛШ) - 25,8(22,9-27,9) нг/мл і з концентричною гіпертрофією (КГЛШ) - 21,8(16,8-27,3) нг/мл. Рівень лептину в групі хворих з нормальною геометрією (НГЛШ) - 16,6(9,3-21,5) нг/мл достовірно відрізнявся від цього ж показника у хворих з концентричним ремоделюванням (КРЛШ) - 19,3(14,9-27,1) нг/мл ($p < 0,001$). Згідно з медіанним тестом рівень лептину достовірно залежав від типу геометрії ЛШ та достовірно змінювався порівняно з контролем в усіх групах.

Навіть на початку формування змін міокарда ЛШ у наслідок гемодинамічного переважання можна спостерігати зміни в концентрації лептину. А вже під час формування гіпертрофічних типів ремоделювання міокарда ЛШ відбувається максимальне підвищення рівня лептину в сироватці крові. Зростання показника ІМТ призводить до погіршення параметрів кардіогемодинаміки у хворих на АГ. При дослідженні структури міокарда ЛШ у хворих на АГ з супутнім ОЖ переважали особи з КГЛШ та ЕГЛШ.

РАННІ МАРКЕРИ ПОРУШЕННЯ ГЛОМЕРУЛЯРНОГО ТА ТУБУЛЯРНОГО АППАРАТІВ НИРОК У ДІТЕЙ

Дриль І.С., Підвальна Н.А.

*Харківський національний медичний університет
Обласна дитяча клінічна лікарня*

Мета: визначити діагностичне значення ферментурії у дітей з різними видами хронічного захворювання нирок (ХЗН).

Матеріали та методи. Обстежено 187 дітей 6 - 17 років з різними видами ХЗН зі збереженими концентраційною функцією нирок та швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ): пацієнти з єдиною ниркою внаслідок агенезії (n=52), нефректомії (n=25), з єдиною функціонуючою ниркою (n=9), з єдиною підковоподібною ниркою (n=10), з дисметаболичною нефропатією (ДМН, n=43), з хронічним піелонефритом (ХП, n=48). Пацієнти обстежені за нефрологічною програмою з додатковим визначенням рівня ферментурії (γ -глутамілтрансферази (ГГТ - маркер пошкодження цитомембран тубулярних клітин), сукцинатдегідрогенази (СДГ- маркер глибокого ураження тубулярних клітин), холінестерази

(ХЕ - маркер пошкодження гломерулярного фільтра), лужної фосфатази (ЛФ - маркер пошкодження проксимального відділу каналців)). Групу порівняння складо 12 дітей без патології нирок.

Отримані результати. При множинному порівнянні рівнів ферментурії критерій Краскла-Уолліса Н по всім параметрам статистично значимий (всі $p < 0,05$). Це дозволило зробити висновок про те, що статистичні характеристики досліджуваних показників відмінні у дітей різних груп, а рівень ферментурії залежить від виду ХЗН. При попарному порівнянні з показниками групи контролю, рівень ферментурії за всіма ферментами у дітей з ХЗН був вірогідно вищим (згідно поправки Бонферроні всі $p < 0,0083$). У дітей з єдиною ниркою (ЕН) різного походження вірогідних відмінностей за рівнем ферментурії ГГТ, СДГ, ЛФ, ХЕ не виявлено. Не встановлено статистично вагомих відмінностей рівнів ферментів у дітей з ДМН та ХП. Рівень ГГТ в сечі був вірогідно вищим у пацієнтів з ЕН у порівнянні з пацієнтами з ХП та ДМН. Концентрація ЛФ в сечі дітей з ХП та ДМН статистично значимо вища, ніж у пацієнтів з ЕН. Рівні ХЕ та СДГ в сечі дітей з ХЗН різного генезу суттєво не відрізнялися. З'ясовані кореляційні зв'язки рівнів ферментів в сечі та показниками, що характеризують функціональний стан нирок, факторами прогресування ХЗН. Таким чином, підвищення рівня ГГТ, СДГ, ЛФ, ХЕ в сечі слід розцінювати як ранній маркер ураження гломерулярного та тубулярного відділів нефрона, а також на початкових стадіях ХЗН як індикатор підвищеного ризику його прогресування в бік хронічної ниркової недостатності.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ МІХУРОВО-СЕЧОВИДНОГО РЕФЛЮКСУ У ДІТЕЙ

Дриль І.С., Кисельова Т.С.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії №1 та неонатології ХНМУ*

Мета дослідження полягала у виявленні структурно-функціональних порушень сечовидільної системи у дітей з хронічним захворюванням нирок (ХЗН) на тлі діагностованого міхурово-сечовидного рефлюксу (МСР).

Матеріали та методи. Проведено обстеження 68 дітей (53 дівчинки, 15 хлопчиків) віком від 5 місяців до 16 років (середній вік $4,6 \pm 2,6$ роки), з ХЗН. Більшість дітей 48 ($70,5 \pm 5,5\%$) госпіталізовано для планового обстеження з приводу ХЗН МСР різного ступеню ускладненого вторинним піелонефритом, і 20 ($29,4 \pm 5,5\%$) дітей потрапили до стаціонару з проявами активного запального процесу в нирках. Всім дітям було про-

ведено повне нефро-урологічне обстеження з визначенням активності запального процесу, функціонального стану нирок, порушення уродинаміки.

Результати та їх обговорення. Уперше аномалію розвитку сечовидільної системи у вигляді МСР різного ступеня було діагностовано в 7 дітей (10,3±3,7%), з активним перебігом піелонефриту. У 45 (66,1±5,7%) дітей діагностовано однобічний МСР, у 23 (33,8±5,7%) - двобічний МСР різного ступеню. Розподіл дітей за ступенем вираженості МСР не виявив вірогідних відмінностей: 55,8±6,0% дітей з I-II ступенем МСР, 44,1±6,0% - з III-IV ступенем МСР. Серед 61 дитини, яким патологія сечовивідної системи була діагностована раніше, період загострення хронічного піелонефриту встановлено у 13 (21,3±5,2%) дітей, період часткової клініко-лабораторної ремісії - у 18 (29,5±5,8%), та ремісії - у 30 (49,1±6,4%) дітей. За рівнем ШКФ встановлені різні стадії ХЗН. ХЗН I стадії мало місце у 23 (36,5±6,1%) дітей, ХЗН II стадії - 26 (41,2±6,2%), ХЗН III стадії - 14 (22,2±5,2%) дітей. Таким чином, у 40 (63,5±6,1%) $p < 0,05$ дітей діагностовано ХЗН II-III стадій за рахунок порушення фільтраційної функції нирок.

Висновки. Перебіг ХЗН на фоні аномалії розвитку у вигляді МСР не завжди характеризується проявами активного запального процесу. Встановлене у вірогідної більшості дітей порушення фільтраційної функції є проявом прогресування ХЗН в напрямку розвитку ниркової недостатності.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВУЮ КИСЛОТУ (АСК)

Емельянов Д.В.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Ацетилсалициловая кислота, как «золотой стандарт», широко используется как лечебный и профилактический препарат при сердечно-сосудистой патологии. На сегодня, так и остается нерешенным вопрос о возможных изменениях состояния тканей пародонта у пациентов, с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда, которые вынуждены по стандартам, постоянно, или длительное время принимать ацетилсалициловую кислоту.

Цель: Изучение состояния тканей пародонта у данной категории пациентов.

Материалы и методы: были отобраны 30 пациентов (основная группа) с верифицированным диагнозом «Инфаркт миокарда», принимающие антиагрегационную терапию АСК, а также 10 соматически здоро-

вых пациентов – контрольная группа. Критериями исключения явились: активные воспалительные процессы в полости рта, эндокринная патология, заболевания желудочно-кишечного тракта, постклимактерический период. Для определения состояния тканей пародонта, пациентам, помимо клинического стоматологического осмотра проводили соскобы с эпителия десны с последующим морфометрическим анализом (определение площади и периметра эпителиоцитов и их ядер).

Результаты исследования:

Клинический осмотр полости рта пациентов основной группы выявил отсутствие выраженных клинических изменений тканей пародонта, что не имело достоверных отличий при сравнении с группой контроля. Однако, в цитологических препаратах слизистой оболочки десны пациентов основной группы имела место выраженная лейкоцитарная инфильтрация (преимущественно полиморфноядерные нейтрофилы и моноциты). Также в этой же группе отмечались выраженные морфологические изменения эпителиальных клеток (увеличение количества безъядерных клеток и клеток с большими неравномерно окрашенными ядрами), тогда как ядра эпителиальных клеток слизистой полости рта здоровых доноров были небольшими и компактными. Кроме того, у больных основной группы наблюдались двуядерные клетки и клетки с проявлениями кариорексиса и кариолизиса.

Выводы: Таким образом, эпителий слизистой оболочки десны пациентов, принимающих АСК по показаниям, и при видимом здоровом пародонте характеризуются:

1. изменением клеточного состава и структуры клеток
2. снижением клеточно/ядерного соотношения за счет увеличения площади ядер эпителиоцитов при отсутствии существенных изменений площади самих клеток.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА НА ТЕЧЕНИЕ, ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Заикина Т.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность проблемы острого инфаркта миокарда (ИМ) у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) определяется их широкой распространенностью, тяжестью течения и большей, чем в группе лиц без СД 2 типа, частотой развития нефатальных и фатальных осложнений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 48

пациентов Харьковской городской клинической больницы № 27, среди которых 20 мужчин и 28 женщин (средний возраст 58,2 лет +/- 3,4 года). Участники были разделены на 2 группы: I группа - с СД 2 типа (18 человек); II группа (контрольная) – без СД 2 типа (22 человека).

Методы исследования: общеклинические (жалобы, анамнез, объективное исследование), лабораторные (определение уровня глюкозы крови, определение уровня гликозилированного гемоглобина, определение маркеров некроза миокарда), инструментальные (ЭКГ).

Результаты. Анализ клинического течения ИМ показал высокую степень тяжести заболевания у пациентов с СД 2 типа: эти больные отличались большей частотой развития проникающего ($r=0,3$, $p=0,02$) ИМ; ИМ, протекающих с осложнениями острого периода в виде кардиогенного шока ($r=0,42$, $p=0,04$); жизнеугрожающих аритмий сердца ($r=0,6$, $p=0,02$).

Выводы. Наличие у пациента с острым ИМ сопутствующего СД 2 типа обуславливает более тяжелое течение острого ИМ, высокую частоту развития жизнеугрожающих аритмий, неблагоприятный прогноз в отношении развития нефатальных и фатальных осложнений острого ИМ, чем у больных без сопутствующего СД 2 типа.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Зайцев П.В.

Харьковский национальный медицинский университет

В последние годы установлено, что нарушение минеральной плотности костной ткани является прерогативой не только первичного остеопороза, а в большинстве случаев обусловлено другими хроническими заболеваниями внутренних органов, в частности, билиарного тракта. Так, при хроническом некалькулезном холецистите (ХНК), который сопровождается нарушением выработки желчных кислот, регистрируется уменьшение всасывания кальция в кишечнике, что можно рассматривать как один из факторов формирования осложнений – остеопенических состояний.

Целью данного исследования была оценка состояния костного метаболизма у больных ХНК.

Материалы и методы. Обследовано 35 больных ХНК в возрасте от 35 до 56 лет и длительностью заболевания $11,6 \pm 3,3$ лет. Среди пациентов преобладали женщины (77,1%). Кроме общепринятых методов

обследования при ХНХ определяли уровень общего и ионизированного кальция сыворотки крови, экскрецию кальция с мочой; исследовали маркеры костного ремоделирования - костный изофермент щелочной фосфатазы (КИЩФ) и тартратрезистентную кислую фосфатазу (ТРКФ).

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, что активный воспалительный процесс в желчном пузыре сопровождался снижением показателей общего ($2,34 \pm 0,02$ ммоль/л) и ионизированного кальция сыворотки крови ($1,16 \pm 0,02$ ммоль/л, при контроле – $2,68 \pm 0,03$ ммоль/л и $1,24 \pm 0,02$ ммоль/л соответственно), что приводило к перераспределению его между клеткой и внеклеточным пространством. В тоже время экскреция кальция с мочой была повышена до $14,5 \pm 0,12$ ммоль/л/д (при норме $12,7 \pm 0,12$ ммоль/л/д). При исследовании маркеров костной резорбции отмечалось повышение уровня ТРКФ до $2,15 \pm 0,25$ ед. Боданского при норме $0,95 \pm 0,12$ ед. на фоне снижения активности КИЩФ до $62,4 \pm 3,2\%$ (контроль - $71,3 \pm 6,8\%$). Выраженность данных изменений имела прямую зависимость от возраста больных и длительности анамнеза заболевания.

Выводы. У больных ХНХ возникают нарушения в кальциевом обмене, что приводит к усилению процессов костной резорбции, и может рассматриваться как неблагоприятный прогностический фактор течения заболевания.

СТАТИНОТЕРАПИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ ПРОБЛЕМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Злобина И.А., Куршубадзе И.Н.

*Научный руководитель – проф., д.м.н. К.И. Процаев
НИУ Белгородский государственный университет г. Белгород*

Цель исследования: Изучение популяционной и элективной стратегии применения статинов в реальной жизни с учетом наличия множества разнородных полиморбидностей.

Материалы и методы: В исследование было включено 200 пациентов из терапевтических отделений МГКБ № 2 и МБУЗ «ГКБ № 1», разделенных на следующие категории:

1. Категория больных молодого возраста – 18-40 лет – 50 человек (25%).
2. Категория больных среднего возраста – 41-60 лет – 50 человек (25%).
3. Категория больных пожилого возраста – 61-75 лет – 50 человек (25%).
4. Категория больных старческого возраста – 76-90 лет – 50 человек (25%).

Результаты: Доля пациентов с полиморбидностью в категории больных старческого возраста составляет 100% (50 человек), у больных среднего возраста – 92% (46 человек), у больных пожилого возраста – 86% (43 человека), у больных молодого возраста- 52% (26 человек). Наиболее высокий индекс полиморбидности в категории больных старческого возраста и составляет 4,68, у больных среднего возраста – 3,68, у больных пожилого возраста – 3,72 и у больных молодого возраста самый низкий показатель – 2,18. 48% сердечно-сосудистых заболеваний в популяционном полиморбидном континууме в категории больных пожилого возраста, у больных старческого возраста – 44%, у больных среднего возраста – 41% и среди пациентов молодого возраста – 21%. Доля сердечно-сосудистых заболеваний в индивидуальном полиморбидном континууме составляет 50% в категории больных пожилого возраста, 49% - у больных старческого возраста, 46% - у больных среднего возраста и наиболее низкий показатель у больных молодого возраста – 13%. Доля пациентов, прошедших скрининг холестерина наиболее высока у больных пожилого возраста и составляет 84% (42 человека), у больных старческого возраста – 74% (37 человек), у больных среднего возраста – 70% (35 человек), у больных молодого возраста – 64% (32 человека). Доля пациентов хотя бы с одним сердечно-сосудистым заболеванием, прошедших скрининг холестерина в категории больных молодого возраста наиболее высока – 92% (11 человек), у больных пожилого возраста – 87% (39 человек), у больных среднего возраста- 78% (31 человек), у больных старческого возраста – 74% (37 человек). Средний уровень холестерина и его фракций: наиболее высоки показатели холестерина в категории больных среднего возраста – 5,32ммоль/л, и наиболее низок у больных старческого возраста – 4,7ммоль/л, у больных пожилого возраста – 5,1ммоль/л, у больных молодого возраста- 4,76 ммоль/л; уровень ТАГ_{ср.} наиболее высок у пациентов молодого возраста и составляет 4,21 ммоль/л, а наиболее низок у пациентов среднего возраста – 1,38 ммоль/л, у пациентов старческого возраста он составляет 2,3 ммоль/л, а у больных пожилого возраста он не исследовался; уровень В-липидов_{ср.} наиболее высок у пациентов среднего возраста – 7,12 ммоль/л, самый низкий у пациентов старческого возраста – 5,94 ммоль/л, у пациентов пожилого возраста – 6,84 ммоль/л, а у пациентов молодого возраста они не исследовались. Доля пациентов, получающих статинотерапию из всех, наиболее высока в категории больных среднего возраста и составляет 10% (5 человек), у больных пожилого и старческого возраста она составляет по 6% (3 человека), а у пациентов молодого возраста – 0. Доля пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, получающих статинотерапию, в категории больных среднего возраста самая высокая – 13% (5 человек),

у больных пожилого возраста – 7% (3 человека), у больных старческого возраста – 6% (3 человека), а у пациентов молодого возраста – 0.

Заключение:

1. Наше исследование показало, что полиморбидность характерна для всех категорий возрастов, причем в категории больных старческого возраста она составила 100%. При этом значительную долю в популяционном полиморбидном континууме составляют сердечно-сосудистые заболевания. Было показано, что с возрастом увеличивается не только общее количество регистрируемых заболеваний у каждого пациента, но также и количество сердечно-сосудистой патологии, приходящейся на одного больного.
2. Отмечено, что больные пожилого и старческого возраста имеют высокий процент заболеваемости сердечно-сосудистой патологии (ИБС- 76% (76 человек), ГБ - 82% (82 человека)), из них сосудистые катастрофы (инфаркт миокарда) перенесли 19 % (19 больных).
3. Среди категорий больных среднего и пожилого возраста, имеющих повышенный средний уровень холестерина и В-липидов, доля пациентов, получающих статинотерапию у больных среднего возраста составила всего лишь 10%, а у больных пожилого возраста – 6%. Это свидетельствует о крайне неблагоприятно сложившейся ситуации, ведущей к тяжелым последствиям сердечно-сосудистых заболеваний, что требует повышенного внимания к данному вопросу.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ КИСЛОТНОСТІ В СТРАВХОДІ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ГАСРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Іванова К.О.

Запорізький державний медичний університет

Мета роботи: аналіз даних добового моніторингу кислотності (рН) в стравоході у дітей з ГЕРХ та їх особливості в залежності від вегетативного гомеостазу.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 20 хворих з ГЕРХ, 10-17 років ($14,5 \pm 2,3$ роки). Проводили одночасне добове моніторування рН в стравоході (ацидогастрограф АГ-ІрН-М, ТОВ «Старт», м.Вінниця) та Холтеровське моніторування серцевої діяльності з послідуочим аналізом варіабельності серцевого ритму (ВСР) за допомогою часового методу (SDNNi, RMSSD, pNN50) (КардиоСенс, ХАИ-медика, м.Харків). Статис-

тична обробка отриманих даних з використанням «Statistica-2006».

Результати дослідження. У 50,0% хворих реєструвались кислі рефлюкси, у 30,0% - змішані та у 20,0% лужні рефлюкси. Більша кількість рефлюксів тривалістю понад 5 хвилин була притаманна для дітей з гіперацидним станом і з кислими гастроезофагеальними рефлюксами (ГЕР). У 80,0% хворих реєструвались і нічні епізоди ГЕР, хоча загальна кількість їх вночі менша, а тривалість більша, ніж в денні часи, особливо у дітей з кислими ГЕР ($p < 0,05$). 50,0% дітей з нічними ГЕР скаржились на порушення сну, не залежно від характеру та тривалості ГЕР, що призводило до погіршення якості життя хворих. Встановлено кореляційний зв'язок між наявністю езофагіту та характером ГЕР у дівчаток ($R=0,81$; $p=0,01$): у дівчат з езофагітом ($n=3$) були наявні більш тривалі кислі ГЕР, та їх кількість за добу була вище, ніж у дівчаток без езофагіту ($Z=-2,39$; $p=0,02$), чого не спостерігалось у хлопчиків. У дітей з *H.pylori* ($n=9$) загальний відсоток кислих ГЕР був більшим, ніж у дітей без *H.pylori* ($R=0,44$; $p=0,049$). У дітей з кислими ГЕР в більшості випадків реєструвались знижені показники часового аналізу ВСР у бік симпатикотонії та чим нижчі показники ВСР, тим більша кількість тривалих ГЕР (вдень $R=-0,57$; $p=0,01$; вночі $R=-0,56$; $p=0,01$).

Висновки: Добовий моніторинг рН в стравоході дозволяє встановити не тільки кількість, але й характер ГЕР. А одночасне моніторування ВСР дозволяє визначити порушення вегетативного гомеостазу, які можуть впливати на розвиток відповідних ГЕР, що необхідно враховувати при розробці лікувальних заходів у дітей та підлітків з ГЕРХ.

ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Иващенко М.И., Подлианова Е.И.

Запорожский государственный медицинский университет

Значение определенных индивидуально-психологических особенностей человека в развитии соматических заболеваний является одним из ключевых вопросов психосоматики. У детей и подростков задолго до появления явных соматических расстройств, обнаруживается стойкое эмоциональное напряжение (Исаев Д.Н., 2003), что определяет высокую актуальность раннего выявления признаков психоэмоционального неблагополучия как факторов риска нарушения здоровья.

Цель исследования - изучение некоторых психологических особенностей школьников для оценки риска возникновения у них психо-

соматических расстройств. Материалы и методы: Во время проведения профилактического осмотра 247 учащихся 10-17 лет (127 девочек и 120 мальчиков) одного их лицеев г.Запорожье, дополнительно применили психологические методики - тест-опросник Шмишека для выявления типов акцентуации характера (Г.Шмишек, 1970) и тест Филлипса для оценки уровня школьной тревожности (Б.Н.Филлипс, 1987).

Результаты: Акцентуированных личностей больше регистрировалась среди девочек (82,7%, $p=0,005$), чаще в возрасте 12-14 лет. У мальчиков выявлялся один тип акцентуации (41%, $p=0,02$), у девочек - два и три (43,2%, $p=0,00001$). Акцентуация была представлена в основном типами, характеризующимися эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью: у девочек - циклотимическим, аффективно-экзальтированным и демонстративным, а у мальчиков – циклотимическим, возбудимым и эмотивным. Высокий уровень школьной тревожности чаще регистрировался также у девочек (24,4%, $p=0,0003$) и максимально выражен был в 13 лет (35,5%), а у мальчиков – в 12 лет (33,3%). При этом, если у последних присутствовал в основном только страх несоответствия ожиданиям окружающих (55,6%), то у девочек - страх самовыражения и несоответствия ожиданиям окружающих (41,9%), страх проверки знаний (25,8%) и низкая физиологическая сопротивляемость стрессу (25,8%). Последний вариант психофизиологической организации, снижающий приспособляемость ребенка к ситуациям стрессогенного характера, выявлен у всех школьников, имевших синдром вегетативной дисфункции и у 75,0% девочек с хроническим гастродуоденитом.

Выводы: Факторами риска психосоматического неблагополучия школьников является женский пол, возраст 12-14 лет, что следует учитывать при диспансеризации детей и подростков.

ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кадыкова О.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Сахарный диабет является неинфекционной эпидемией. 60-80% пациентов с сахарным диабетом 2 типа имеют артериальную гипертензию. Артериальная гипертензия, нарушения углеводного и липидного обменов патогенетически взаимосвязаны и являются следствием инсулинорезистентности.

Цель: изучить инсулинорезистентность, динамику показателей

углеводного и липидного обменов у больных сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование были включены 105 больных (41 мужчина и 64 женщины), средний возраст которых составил $65,16 \pm 1,53$ лет. Все больные были разделены на 2 группы: 1 - составили больные артериальной гипертензией с сахарным диабетом 2 типа ($n = 75$), 2 - составили больные артериальной гипертензией без сахарного диабета 2 типа ($n = 30$).

Определение содержания гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) в цельной крови проводили фотометрическим методом с использованием коммерческой тест-систем фирмы "Реагент" (Украина) в соответствии с прилагаемой инструкцией.

Уровень глюкозы определяли глюкозооксидантным методом в капиллярной крови, взятой натощак. Уровень инсулина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием набора «ELISA» (США). Определение уровня общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, холестерина липопротеидов очень низкой плотности и коэффициента атерогенности проводили в сыворотке крови ферментативным фотокolorиметрическим методом наборами фирмы «Human» (Германия).

Результаты. Уровни инсулина, HbA_{1c}, глюкозы и всех показателей липидного обмена, за исключением уровня липопротеидов высокой плотности были увеличены у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в сочетании с артериальной гипертензией.

Выводы. Наибольшими потенциаторами инсулинорезистентности являются сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Калашник Д.М., Каменір В.М., Гетман О.А., Колеснікова О.М.
Ізмайлова О.В.

ДУ „Інститут терапії ім. Л. Т. Малої НАМН України”, м. Харків

Мета - оцінити якість життя у чоловіків та жінок хворих на ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження: Обстежено 190 пацієнтів на ХОЗЛ II-IV ст. Серед обстежених було 118 чоловіків та 72 жінки (середній вік $58,6 \pm 2,32$) роки. У всіх осіб, що увійшли в дослідження, було отримано інформовану письмову згоду на участь. Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою SGRQ-C - це скорочена версія оригінального Респіраторного опитувальника св. Георгія (Sent George Respiratory Questionnaire

(SGRQ). Опитувальник включає в себе питання, які дозволяють оцінити три компоненти підсумкової оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям пацієнтів: «Симптоми» - відображає порушення дихання (задишка і кашель), їх частоту і тяжкість; «Активність» - характеризує ступінь обмеження фізичної активності хворого під час захворювання; «Вплив» - охоплює діапазон психологічних порушень і обмеження соціального функціонування. Підрахунок підсумку проводився за допомогою оціночного калькулятора опитувальника SGRQ, що базується на Excel.

Результати дослідження: В цілому, усі хворі на ХОЗЛ відмічали зміни у якості життя. Аналіз гендерних відмінностей продемонстрував, що оцінка «симптомів» ХОЗЛ була більш значущою у чоловіків і відрізнялася на 9.45 балів. Однак, жінки частіше відмічали задишку ($2,7 \pm 0,45$ vs $1,8 \pm 0,17$) та у меншій ступені кашель та мокротиння, аніж чоловіки ($p < 0,05$).

В оцінюванні «активності» та «впливу» встановлено зниження параметрів як у чоловіків, так і у жінок, хоча жінки вважали ці порушення більш тяжкими, ніж представники «сильної» статі ($p < 0,05$). Загальний негативний вплив хвороби на стан здоров'я і у жінок, і у чоловіків перевищував 50 балів, що свідчить про значний негативний вплив на якість життя. Але значуща відмінність перевищення показника «оцінка підсумку» достовірно вище у представниць «слабкої» статі ($(72,3 \pm 5,86)$ vs $(57,6 \pm 2,36)$), $p < 0,05$).

Висновки: У хворих на ХОЗЛ встановлені гендерні відмінності сприйняття якості життя. Так, оцінка «симптомів» захворювання більш виражена у чоловіків. Відчуття обмеження фізичної «активності», важка психологічна переносимість проблем, пов'язаних з ХОЗЛ, загально негативний вплив хвороби на стан здоров'я превалюють у жінок.

ВПЛИВ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ХВИЛЬ НА ПРАВЦЕВИЙ АНАТОКСИН

Калініченко С.В., Скляр Н.І., Рижкова Т.А.

ДУ «ІМІ ім. І.І.Мечникова НАМН України», м Харків

На сучасному етапі розвитку біотехнологічних процесів виробництво анатоксинів потребує вдосконалення, яке можливе за рахунок більш якісної очистки препаратів від домішок, що можуть викликати при імунізації утворення неспецифічних антитіл, посилювати реактогенність препаратів та їх сенсibiliзуючі властивості.

З метою визначення кількості баластних речовин були проведені хроматографічні дослідження очищеного за допомогою хімічних та фі-

зичних методів готового правцевого анатоксину промислового виробництва.

При гель-фільтраційній хроматографії правцевого анатоксину було отримано дві білкові фракції: А й В. Фракція А складалась із білків з молекулярною масою від 12 кДа і вище та становила 34,22%. Найбільшу питому вагу 65,78% становила фракція В, яка складалась із білків з молекулярною масою нижче 2 кДа. Експериментально доведено, що фракція В правцевого анатоксину не містить антигенних речовин, тобто представлена баластними білками.

Відомо, що подрібнення білкових сполук за допомогою ультразвукової кавітації збільшує площу стикання між речовинами та покращує відновлення дисперсійного білку, тому для очищення від зайвих баластних білків досліджуемий анатоксин обробили фізичним чинником – ультразвуком (ультразвуковий генератор ГЗ–109), впродовж 1, 2, 3, 4, 5, 6 та 7 годин.

Для встановлення складу зразків після впливу ультразвуку провели гель-фільтраційну хроматографію. Після обробки ПА ультразвуком фракційний склад дослідних зразків зазнавав певних змін, які деякою мірою залежали від режиму УЗ обробки. Найбільш суттєві результати було отримано при застосуванні ультразвуку протягом 1 та 7 годин. При обробці ПА впродовж 7 годин вихід фракції А становив 41,9%, що в 1,2 рази більше ніж для необробленої УЗ проби. При обробці ПА впродовж 1 години вихід фракції А становив 81,82%, що в 2,4 більше у порівнянні з контролем. Визначено, що фракція А є основним компонентом правцевого анатоксину й може застосовуватись в якості імунобіологічного препарату. Специфічна активність оброблених УЗ проб суттєво не відрізнялась від контрольної.

Таким чином встановлено, що очищений промисловий правцевий анатоксин має баластні білки, яких можливо позбавитись за допомогою додаткової обробки ультразвуком. Зменшення кількості баластних білків в ПА буде сприяти зниженню алергічних реакцій при подальшій імунізації зазначеним імунобіологічним препаратом.

АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ ЗАХИСТ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

Кіреєв С.С., Ларченко В.І.

Запорізький державний медичний університет

Метою даного дослідження стала оптимізація анестезіологічного захисту організму дитини під час хірургічного втручання з приводу

вроджених вад розвитку.

Матеріали та методи дослідження: анестезіологічне забезпечення проводилось дітям віком від 1 до 5 років під час хірургічної корекції гіпоспадії (9 хворих), пахової (19), пупкової грижі (11), варикоцеле (12 дітей). Для досягнення поставленої мети використовувалися наступні методи дослідження – пульсоксиметрія, моніторування гемодинамічних показників та сатурації за допомогою кардіомонітору Utas 3000, визначення тривалості післяопераційних медикаментозної седації та знеболення, штучної вентиляції легень в післяопераційному періоді.

Отримані результати: всі хворі були розділені на 4 групи: перша група – пацієнти, яким проводилось хірургічне втручання з приводу гіпоспадії, анестезія досягалась внутрішньовенним введенням диссоціативного анестетика кетаміну та гіпнотика рекофолу, друга група – хворі з гіпоспадією, хірургічна корекція якої відбувалась з використанням сочетаного методу анестезії (сакральна анестезія 0,25% розчином бупівакаїну та внутрішньовенна анестезія 5% кетаміном), до третьої та четвертої груп віднесені діти, яким хірургічне лікування варикоцеле, пахової, пупкової грижі проводилось ендоскопічно, ця методика вимагає проведення штучної вентиляції легень, а тому з метою міорелаксації використовувався депольаризуючий міорелаксант - 2% розчин дитиліну. Але пацієнтам з третьої групи анестезія забезпечувалась внутрішньовенним введенням кетаміну та рекофолу, хворі ж з четвертої групи отримали внутрішньовенну анестезію кетаміном і рекофолом + сакральну анестезію 0,25% бупівакаїном. В результаті пацієнти другої та четвертої груп, на відміну від першої та третьої, не потребували додаткової аналгезії в післяопераційному періоді, тривалість післяопераційної медикаментозної седації була значно коротшою, спостерігалась стабільність гемодинаміки протягом оперативного втручання та по його закінченні. Екстубація трахеї у пацієнтів з четвертої групи в 100% випадків відбувалась на операційному столі з накладанням останнього шва на післяопераційну рану та не було жодних ускладнень з боку дихальної системи. У двох хворих третьої групи післяопераційний період ускладнився бронхоспазмом, що був успішно купований.

Висновки: Регіонарна анестезія в педіатрії – бурхливо розвиваючийся напрямок сучасної анестезіології і частіше використовується у вигляді сочетаного знеболення. Переваги сочетаної анестезії роблять цей вид знеболення досить перспективним в педіатричній практиці. Позитивні ефекти регіонарної анестезії включають у себе: зменшення стресової реакції, адекватну післяопераційну аналгезію, усунення побічних ефектів анальгетиків та більш ранню екстубацію. Таким чином, при відсутності протипоказань, регіонарні методи анестезії можуть і повинні використовуватися у педіатричній хірургії. Наскільки

невелике самостійне значення місцевої анестезії у дітей, настільки широко вона може використовуватися у вигляді сочатаного знеболення.

ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ФОСФОЛІПАЗИ А₂ ЗА УМОВ УРАЖЕННЯ БІЛИХ ЩУРІВ СОЛЯМИ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ

Кирилів М. В. , Криницька І. Я. , Бекус І. Р.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»*

У процесі ендогенної інтоксикації солями кадмію та кобальту відбувається накопичення токсинів, продуктів протеолізу, продуктів пероксидного окиснення ліпідів. Фосфоліпаза А₂ (ФЛА₂) – Ca²⁺-залежний фермент, підвищення активності якого призводить до посилення окиснювальних процесів у мембранних ліпідах.

Метою нашої роботи було дослідити активність ФЛА₂ у печінці білих щурів при ураженні солями кадмію, кобальту та за їх поєднання.

Дослідження проведено на білих безпородних щурах-самцях масою 180-200 г, яких утримували у віварію на стандартному раціоні. Токсичне ураження викликали шляхом одноразового внутрішньошлункового введення щурам водного розчину кадмію хлориду в дозі 7 мг/кг маси тіла та кобальту хлориду в дозі 5 мг/кг. Тварин декапітували під тіопенталовим наркозом на 1-у, 4-у, 7-у та 10-у доби від моменту введення токсикантів. Активність ФЛА₂ визначали в печінці методом, що ґрунтується на здатності ферменту каталізувати реакцію відщеплення від лецитину жирних кислот. Кількість останніх розраховували шляхом титрування лугом за присутності фенолфталеїну.

Результати експериментальних досліджень показали, що за ураження тварин CdCl₂ максимальна активність ФЛА₂ в печінці відмічена на 4-у добу дослідження і становила (7,99±0,45)·10³ од./кг тканини (p<0,001), що було в 4,5 раза більше порівняно з інтактними тваринами. Активність ФЛА₂ за інтоксикації білих щурів йонами Co²⁺ досягала більшого значення, ніж при ураженні йонами Cd²⁺, і становила на 4-у добу експерименту (8,94±0,40)·10³ од./кг тканини (p<0,001). Одночасне введення солей кадмію і кобальту призводило до різкого підвищення активності ФЛА₂. Вже через 24 год цей показник був майже у 2,5 раза вищим порівняно з контролем, а на 4-у добу досягав (9,94±0,30)·10³ од./кг тканини. Надалі активність даного ферменту залишалася вірогідно високою до кінця експерименту. Зростання активності цього прооксидантного ферменту, можливо, відбувається внаслідок того, що через пошкоджені токсикантами мембрани із цистерн ендоплазматичного ретикулула виходять

йони Ca^{2+} , які активують FLA_2 . Остання, у свою чергу, каталізуючи відщеплення вищих жирних кислот від молекул фосфоліпідів, полегшує доступ вільних радикалів до ненасичених (подвійних) зв'язків цих кислот, що призводить до ще більшого посилення ліпопероксидації.

Таким чином, ураження тварин солями важких металів стимулює активність фосфоліпази A_2 , що далі призводить до руйнування фосфоліпідів мембран та пошкодження клітин.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ

Ковальова Ю.О., Шелест Б.О.

*Харківський національний медичний університет,
Харківська медична академія післядипломної освіти*

З сучасних позицій ключовою ланкою в патогенезі атеросклерозу вважається дисфункція ендотелію. Активація ендотелію широко використовується для позначення комплексу функціональних і біохімічних змін ендотеліальних клітин, що сприяють атеросклерозу, а на думку багатьох авторів і започатковують розвиток цього процесу в судинній стінці.

Відомо, що ендотелій не просто утворює бар'єр між кров'ю і гладкою мускулатурою судин, але й виробляє ряд вазоактивних речовин, що регулюють місцеві процеси гемостазу, проліферації, міграції клітин крові в судинну стінку і судинний тонус. Дисбаланс між чинниками, що забезпечують ці процеси - ендотеліальну дисфункцію - розглядають в даний час як ключовий момент у патогенезі атеросклерозу.

Ендотеліальна дисфункція також відіграє суттєву роль у виникненні коронарнопаспазму. У хворих з коронарним атеросклерозом ендотеліальна вазоактивна функція прогресивно погіршується, починаючи від селективного порушення функції ендотелію до повної її втрати.

Ендотелій судин є складним паракринним органом, який відіграє важливу роль у судинному гомеостазі. Його підтримка відбувається шляхом регулювання тонусу судин (рівновага між процесами вазодилатації та вазоконстрикції), будови судин (синтез та інгібування процесів проліферації) та місцевого запалення (синтез про- та протизапальних факторів).

Ендотелій судин відповідає за найпотужнішого з відомих ендогенних вазодилаторів оксиду азоту (NO), який синтезується з L-аргініну. Існує два рівня секреції NO - базальний та стимульований. Постійна базальна продукція NO відіграє важливу роль у регулюванні тонусу судин-

ної стінки, перешкоджаючи її конструкції.

В перетвореннях і функціонуванні оксиду азоту в живих системах важливу роль відіграють S-нітрозотіоли: по-перше вони можуть виступати як депо і, по-друге, як транспортний засіб оксиду азоту і можуть забезпечувати перетворення нейтральних молекул оксиду азоту при фізіологічних значеннях рН в йони нітрозонія, стабілізувати і переносити останні в клітинах і тканинах.

Оксид азоту відіграє значну роль у регулюванні фізіологічних процесів, які відбуваються в організмі. Серед ефектів NO найголовнішим є вазодилатація, хоча відомі й інші важливі властивості – NO гальмує проліферацію та міграцію гладком'язових клітин, запобігає процесу окислення ліпідів, гальмує агрегацію та адгезію тромбоцитів та лейкоцитів (моноцитів) на ендотеліальних клітинах, зниження вивільнення ендотеліну, ангіотензину II та промоутерів росту, що формують антипроліферативну дію, зниження окислювальної проліферації ліпідів, що перешкоджає формуванню пінистих клітин та прогресуванню атеросклерозу.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ EBV-ІНФЕКЦІЇ

Колесник Р.О., Менжуліна Є.В.

*Кафедра інфекційних хвороб Національної медичної академії
післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика*

За даними ВООЗ, близько 90% дорослого населення інфіковані Епштейна-Бар вірусом (далі EBV). Первинне інфікування призводить до пожиттєвої персистенції збудника з можливою періодичною реактивацією. EBV відіграє провідну роль не тільки в інфекційній, але і в неврологічній, ревматологічній, онкологічній, гематологічній та імунологічній патологіях. За останні роки значно підвищилася захворюваність на гостру EBV-інфекцію (інфекційний мононуклеоз – далі ІМ), що, скоріше за все, пов'язано не стільки з епідеміологічним підйомом, а з покращенням методів діагностики. Протягом 2007-2010 рр. на стаціонарному лікуванні в Київській міській лікарні №4 та ТМО м. Біла Церква знаходилось 115 хворих на ІМ. В рамках нашого дослідження ми вивчали: залежність тяжкості перебігу ІМ від рівня віроцитемії та залежність наслідків захворювання від призначення противірусної терапії. За рівнем віроцитемії хворі були розділені на 4 групи: I – до 5% віроцитів – 49 (42,6%), II – до 10% віроцитів – 18 (15,7%), III – до 15% віроцитів – 19 (16,5%), IV – більше 15% віроцитів – 29 (25,2%). Хворі в

кожній із груп були співставні по віку та статі. По тяжкості перебігу захворювання отримано такий розподіл: I – легкий – 2 (4,75%), середньої тяжкості – 44 (89,15%), тяжкий – 3 (6,1%); II – легкий – 1 (5,55%), середньої тяжкості – 16 (88,9%), тяжкий – 1 (5,55%); III – легкий – 2 (10,5%), середньої тяжкості – 16 (84,2%), тяжкий – 1 (5,3%); IV – легкий – 4 (13,8%), середньої тяжкості – 24 (82,75%), тяжкий – 1 (3,45%). Середня тривалість ліжко-днів склала: I – 14,6; II – 14,88; III – 13,87; IV – 14,41. 42 хворих отримували протівірусну (ацикловір, зовіракс, гевіран) та патогенетичну терапію, 73 хворих отримували лише патогенетичну терапію. Хворі були співставні по віку, статі та тяжкості захворювання. Серед хворих, які отримували протівірусну терапію, середня тривалість ліжко-днів склала 14,63; у пацієнтів, які отримували лише патогенетичну терапію – 13,0.

Висновки: Тяжкість ІМ не залежить від рівня віроцитемії. Незважаючи на те, що існує велика кількість ліцензованих протівірусних препаратів, які здатні пригнічувати реплікацію EBV *in vitro*, ефективність жодного з них не була доведена *in vivo*. Схеми, що були використані емпірично і в клінічних випробуваннях були неефективними. В патогенезі гострої EBV-інфекції основну роль відіграє каскад імунопатологічних реакцій, що викликані проникненням вірусу в організм людини, а не пряма цитопатогенна дія.

СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

Корсун К.В.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної Академії медичних наук України»

Вступ. На сьогоднішній день ожиріння є однією з найважливіших медико-соціальних проблем через його пов'язаність з цукровим діабетом, серцево-судинними, онкологічними захворюваннями, тощо. Посилення процесів вільно-радикального окислення ліпідів та білків у хворих на ожиріння при одночасному пригніченні антиоксидантного захисту може грати значну роль в розвитку його ускладнень. Дослідження у дорослих показали наявність зв'язку ожиріння з оксидативним стресом. Між тим, дані щодо стану про- та антиоксидантної систем у дітей, хворих на ожиріння, малочисельні та суперечливі.

Метою дослідження було вивчення стану антиоксидантної системи організму дітей, хворих на ожиріння.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 67

підлітків 10-18 років, хворих на ожиріння (38 хлопців та 28 дівчат, середній вік ($M \pm SD$) $13,14 \pm 3,23$ роки, індекс маси тіла (ІМТ) $29,21 \pm 4,36$). Групу контролю склали 40 практично здорових дітей відповідного віку, з нормальними показниками ІМТ. Стан антиоксидантної системи оцінювали за вмістом глутатіонпероксидази (ГПО), супероксиддисмутази (СОД) в сироватці крові та рівню індукованого перекісного окислення ліпідів (ПОЛ), що характеризує загальну антиоксидантну активність (АОА).

Результати дослідження. За результатами дослідження у дітей з ожирінням спостерігається зниження антиоксидантного захисту організму, про що свідчить достовірно низький рівень СОД ($1,28 \pm 0,03$ проти $1,55 \pm 0,02$ од/мл/хв в групі контролю, $p < 0,05$). Між тим достовірних відмінностей вмісту ГПО та АОА порівняно зі здоровими дітьми встановлено не було ($9,50 \pm 0,44$ проти $10,19 \pm 0,45$ мкмоль/мл/хв та $0,10 \pm 0,01$ проти $0,13 \pm 0,01$ моль/л відповідно, $p > 0,05$).

Аналіз показників антиоксидантної системи в залежності від ступеня ожиріння дозволив встановити прогресуюче ослаблення ферментативного антиоксидантного захисту організму (СОД: I ст. – $1,41 \pm 0,09$, II ст. – $1,33 \pm 0,06$, III ст. – $1,22 \pm 0,05$ од/мл/хв.; ГПО: $11,24 \pm 1,13$; $8,69 \pm 0,84$ та $8,46 \pm 0,78$ мкмоль/мл/хв відповідно, $p < 0,05$ відносно I ст.), що супроводжувалось збереженням загальної АОА.

Висновки. У дітей, хворих на ожиріння, спостерігається порушення ферментного антиоксидантного балансу на тлі збереження загальної антиоксидантної активності. Збільшення маси тіла супроводжується значним пригніченням антиоксидантного захисту, що може сприяти виникненню ускладнень.

ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПАЦІЄНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКОВОЇ ГРУПИ

Кочубей О.А., Потабенко С.В.

*Харківський національний медичний університет, м. Харків
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 1*

Актуальність. Результати експертних оцінок констатують, що половина дорослого населення України, від 18 до 65 років, страждає від одного або декількох хронічних захворювань, тобто знаходиться під загрозою ризику передчасної смерті. Аналізуючи показники поширеності та захворюваності за віковими групами, хвороби системи кровообігу мають найбільшу питому вагу в показнику поширеності серед працездатного на-

селення (37,3%) та населення похилого віку (52,1%).

Мета. Дослідити розвиток порушень вуглеводного обміну у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в різних вікових групах.

Матеріали і методи. Було обстежено 70 пацієнтів у віці від 40 до 69 років з ГХ. Всім хворим було проведено комплексне клінічне обстеження з визначенням показників вуглеводного обміну – глюкози венозної крові натще, глюкозотолерантний тест, глікозильований гемоглобін, інсуліну. Розраховувався індекс ІР – НОМА.

Результати. Пацієнти були розподілені на 2 групи залежно від віку: перша – пацієнти молодого та зрілого віку (n=41), друга – хворі похилого та старечого віку (n=32). При аналізі даних біохімічного дослідження у 20% (n=8) хворих першої групи були виявлені порушення вуглеводного обміну, тоді як 80% (n=33) не мали змін у вуглеводному обміні. Серед пацієнтів другої групи у 31% (n=10) виявлено порушення вуглеводного обміну, і лише 69% (n=22) не мали цих порушень. Вірогідність розбіжностей між першою та другою групами досліджених була статистично достовірною $p < 0,05$.

Висновки. Нами виявлений зв'язок між станом вуглеводного обміну та віковою групою у хворих на гіпертонічну хворобу, що пов'язано з наявністю вікових змін обмінних процесів та функцій у обстежених хворих.

РОЛЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кравец Л.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Цель: Изучить значение холтеровского мониторирования (ХМ) в дифференциальной диагностике причин синкопальных состояний.

Задачи: провести ХМ пациентам отделения детей младшего возраста, страдающим аффективно-респираторными приступами (АРП).

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 16 детей ИБО младшего возраста, 11-23 месяцев жизни, госпитализированных в отделение по поводу пре- и синкопальных состояний в анамнезе. Критерием исключения из группы наблюдения служило наличие неврологической патологии. Приступы возникали на фоне плача, сопровождалась задержкой дыхания от 30 до 60 секунд с редкой потерей сознания, изменением цвета кожных покровов по типу бледности (19%) или цианоза (81%). Всем детям группы наблюдения проведено ХМ, анализ вариабельности сердечного ритма проводился временным и частотным мето-

дами. Обработка полученных данных проводилась при помощи пакета программ для статистической обработки «Statistica 6.0»

Полученные результаты: в группе наблюдения преобладали мальчики – 82%. Нарушений ритма и проводимости сердца способных вызвать синкопе выявлено не было. Анализ variability ритма позволил разделить детей на 3 группы: дети с преобладанием симпатического тонуса – 62%, с преобладанием парасимпатического тонуса – 19%, с эйтонией – 19%. Соответственно в группе детей с «бледными приступами»: 83% - симпатикотония, 17% - эйтония, с «цианотичными приступами»: 75% - ваготония, 25% - эйтония .

Выводы: У детей с бледным типом АРП, преобладает смещение вегетативного равновесия в сторону ваготонии, у детей с синим типом – в сторону симпатикотонии. Суточное мониторирование по Холтеру следует рассматривать как один из наиболее информативных методов оценки вегетативного статуса у детей грудного возраста, как метод значительно облегчающий диагностический поиск в отношении причин синкопе. Найденные изменения следует учитывать в комплексной коррекции данных состояний.

ПАДЕНИЯ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПЕРЕЛОМОВ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Кривцунов А. Н.

*Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, Белгород*

За последние несколько десятилетий демографическая ситуация в мире характеризуется прогрессирующим увеличением численности пожилых и старых людей в структуре населения практически всех развитых стран.

Цель работы: проанализировать особенности возникновения переломов у лиц пожилого и старческого возраста, дать их клинико-эпидемиологическую и медико-социальную характеристику.

Материал и методы: Анализ научной медицинской литературы (статьи, монографии, диссертации, отчеты по НИР) за период (с 1996 по 2011гг.)

Результаты: Основным источником травм у пожилых и старых людей являются бытовые травмы. Согласно данным ВОЗ 30% людей старше 65 лет и 50 % людей старше 80 лет живущих дома, минимум 1 раз в год переносят падение. Падения являются основной причиной смертности у

этої категории, связанной с травматизмом. Переломы проксимального отдела бедренной кости, по оценкам разных авторов составляют от 15% до 45% случаев от общего числа бытовых травм у пожилых и старых людей. Частота переломов тел позвонков у лиц, достигших 50 лет и старше варьирует от 7.5% до 25% от общего числа травм осевого отдела скелета. Среди переломов периферического отдела скелета наиболее частыми являются переломы дистального метаэпифиза лучевой кости. Частота этих переломов варьирует от 10% до 33%. На долю переломов проксимального отдела плечевой кости приходится 4-5% от общего числа переломов. Однако же лечение осложненных переломов этой зоны, сопровождающихся значительным смещением отломков приводит к удовлетворительным функциональным результатам лишь в 50 % случаев.

Заключение: Таким образом, основным источником бытовых травм у лиц пожилого и старческого возраста являются падения. Наиболее значимыми в социально – экономическом плане переломами являются: переломы проксимального отдела бедренной кости, переломы позвоночника, дистального метаэпифиза лучевой кости и проксимального отдела плечевой кости. Они являются наиболее часто встречаемыми травмами у этой категории населения, стационарное лечение таких пациентов является длительным и дорогим, а результаты не всегда оказываются удовлетворительными, что является основным фактором снижающим качество жизни таких больных и приводящим к инвалидности.

МИТОХОНДРИАЛЬНИЙ ТРАНСМЕМБРАННИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЯК МАРКЕР ОКИСНЮВАЛЬНОГО СТРЕСУ У ЩУРІВ З ГЕПАТОПУЛЬМОНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Криницька І. Я.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського»*

Окиснювальний стрес – це порушення прооксидантно-антиоксидантного балансу з переважанням прооксидантних факторів (активних форм кисню), які можуть викликати потенційні пошкодження. Основними продуцентами активних форм кисню всередині клітини є мітохондрії, що є унікальними органелами, які здатні створювати трансмембранний електричний потенціал ($\Delta\psi$), що може сягати 200 мВ. $\Delta\psi$ може бути характеристикою як мітохондріальної функції, так і окиснювального балансу і функціонально-метаболічного стану клітини.

Метою нашої роботи було визначити кількість клітин зі зниже-

ним трансмембранним потенціалом серед альвеолярних макрофагів бронхоальвеолярного змиву у щурів за умови експериментального гепатопульмонального синдрому (ГПС).

Досліди проводили на 56 безпородних щурах-самцях масою 180-220 г. Експериментальна модель ГПС була створена шляхом накладання подвійної лігатури на загальний жовчезивідний протік і подальшого його пересічення скальпелем. На 31-у добу після операції тварин виводили з експерименту під тіопенталовим наркозом. Рівень мембранного потенціалу мітохондрій визначали з допомогою набору реактивів «MitoScreen» («BD Pharmigen», США), а отримані зразки аналізували на проточному цитометрі Epics XL («Beckman Coulter», США).

Результати експериментальних досліджень показали, що у щурів експериментальної групи кількість альвеолярних макрофагів зі зниженим $\Delta\psi$ достовірно зростала в 3,1 рази ($p_1 < 0,001$). Збільшення кількості клітин зі зниженим трансмембранним потенціалом мітохондрій може бути наслідком накопичення в них активних форм кисню. Причиною окиснювального стресу також може бути фактор некрозу пухлин- α , який через активацію фосфоліпази A_2 стимулює утворення ейкозаноїдів, що здатні інгібувати фермент, метаболізуючий супероксид-аніон – мітохондріальну MnSOD, що зумовлює накопичення супероксид-аніонів і пошкодження мітохондріальної мембрани.

Отже, у щурів з експериментальним ГПС серед альвеолярних макрофагів бронхоальвеолярного змиву достовірно збільшується відсоток клітин зі зниженим мітохондріальним трансмембранним потенціалом, що свідчить про глибокі порушення окиснювального балансу в клітинах та дестабілізацію мітохондріальної мембрани.

ВЫБОР МЕТОДА ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кузьмина О.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Вопрос о возможности применения лапароскопии или лапаротомии при доброкачественных заболеваниях яичников до сих пор является дискуссионным. Совершенствование методов предоперационной подготовки является актуальной задачей у женщин с экстрагенитальной патологией и доброкачественными опухолями яичников.

Материал и методы исследования. Проведен анализ и сравнение результатов обследования, лечения и послеоперационного ведения 91

пациентки с доброкачественными образованиями яичников. 1-ю группу составили 58 больных, оперированных лапароскопическим доступом. Во 2-ю группу вошли 33 больные, оперированные лапаротомическим доступом. До операции всем больным проведено общеклиническое и гинекологическое исследование. Помимо общепринятых инструментальных и лабораторных методов определяли онкомаркеры крови (СА-125 и СА-19-9), проводили УЗИ органов малого таза и брюшной полости.

Результаты исследования и обсуждение. Онкомаркер СА-125 определяли у 54 (93,1%) больных 1-й группы и у 28 (84,8%) женщин 2-й группы. В 1-й группе его содержание было нормальным у 52 (89,6%) пациенток, у 2 (3,4%) оно было повышено. Во 2-й группе нормальное содержание СА-125 установлено у 27 (81,8%) женщин, оно было повышено у 1 (3,0%) больной. Исследование СА 19-9 произведено у 76 (83,5%) больных, в том числе у 52 (89,6%) женщин 1-й группы и у 24 (72,7%) 2-й группы. В обеих группах содержание маркера находилось в пределах нормы у всех больных. В 1-й группе аднексэктомия произведена у 32 (55,2% женщин), резекция яичников — у 26 (44,8%). Во 2-й группе аднексэктомия произведена у 16 (48,5%) и резекция яичников — у 17 (51,5%) пациенток. В 1-й группе незначительные боли беспокоили больных в первые сутки после оперативного вмешательства, они не требовали назначения наркотических анальгетиков. Во 2-й группе 4,9% пациенткам с целью обезболивания назначали наркотические анальгетики. У 12 (20,6%) пациенток 1-й группы слабые боли в нижних отделах живота сохранялись в течение 2 сут после операции и купировались небольшой дозой ненаркотических средств.

Выводы. Полученные результаты основных клинических и лабораторных показателей позволяют говорить о более благоприятном течении послеоперационного периода у больных, перенесших эндоскопические операции на яичниках по сравнению с применением традиционно-го хирургического доступа.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КОМОРБИДНОСТЬ

Кукушка Е.В., Бутова Т.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Артериальная гипертензия (АГ) - заболевание сердечно-сосудистой системы, которое развивается как следствие первичной дисфункции высших сосудорегулирующих центров, нейрогуморальных и почечных механизмов, характеризуется артериальной гипертензией, а при выраженных

стадіях - органічеськими зміненнями сердця, почек и ЦНС. Довольно часто АГ зустрічається у людей именьщих другіе захворювання органів и систем. В одиом случає супутуюча патологія провоцує возникнове- ние АГ, в другом отягощує ее течение. Известни следующие данние, что АГ у больних хроническоі обструктивної болезнью легких представляєт одио из частых коморбидных состояний в клинике внутрених болезней, АГ виявляється у больних ХОЗЛ с различной частотой (от 6,8% до 76,3%), составляя в среднем 34,3%. По разным данным захворюємость АГ в соче- тании с язвенної болезнью желудка и двенадцатипестной кишки составляєт 1,1-15,2%. Эссенциальная гипертензия отмечается у 90% больних са- харным диабетом 2 типа. По данным ряда исследователей 35-75% сосуди- стых и ренальных осложнений у больних сахарным диабетом 2 типа могут быть связаны с АГ. Так же єсть сообщения, что повышение систолического АД регистрируется у 45 %, а диастолического у 43% больних с подагрой.

Таким образом, коморбидные состояния, включающие развитие АГ совместно с другой патологіей внутрених органов приводит к взаимо- отягощуєму течению патологических процессов, что требует адекват- ной оценки тяжести состояния таких больних и разработки рациональ- ной лечебной стратегии.

ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ТА ЗМІСТУ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ В КРОВІ ПІДЛІТКІВЗ ОЖИРІННЯМ, УСКЛАДНЕНИМ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Кулєшова Д.К.

*ДУ "Інститут охорони здоров'я дїтейта підлітків НАМН України",
Харків*

Згідно численних даних різних авторів важливу роль у розвитку ожиріння відіграє формування оксидативного стресу в організмі. Од- ним із його причин являється обмеження ефективності функціонуван- ня антиоксидантної системи. Однак по цей час все ще відсутні відомості про стан антиоксидантного захисту в організмі підлітків з ожирінням, ускладненим інсулінорезистентністю. Зважаючи на це, ціллю даної робо- ти явилось вивчення важливого компоненту системи антиоксидантного захисту – церулоплазміну в крові підлітків з нейроендокринним ожи- рінням, ускладненим інсулінорезистентністю, на різних етапах полового розвитку.

Дослідження проводились на 60 підлітках двох вікових груп: 13-15 років та 16-18 років. Кожна група досліджуваних, в свою чергу, розподі-

лялась на 3 підгрупи: 1 – контрольна група, 2 – підлітки з нейроендокринним ожирінням, 3 – підлітки з нейроендокринним ожирінням, ускладненим інсулінорезистентністю. В крові усіх досліджуваних визначали активність та зміст церулоплазміну з використанням методів Равіна та імунотурбидиметрії відповідно. Проведені дослідження показали, що у підлітків раннього пубертатного віку (13-15 років) з ускладненою та неускладненою формами ожиріння не відбувається змін активності та змісту церулоплазміну в крові. В той же час у підлітків пізнього пубертатного віку (16-18 років) з ускладненим інсулінорезистентністю ожирінням і без неї відбувається виражене зниження змісту даного білку в крові. Однак його ферментативна активність залишається на рівні значень у підлітків контрольної групи.

Отримані дані можуть вказувати на те, що в пізньому пубертатному віку в організмі хворих на ожиріння обмежується синтез церулоплазміну. Виникнення подібного зрушення робить суттєвий внесок у пониження антиоксидантного захисту крові і при цьому спричиняє формування інсулінорезистентності. Причиною цього може бути поява вікових особливостей в регуляції синтезу даного білку у пізньому періоді полового розвитку. Проте висловлене припущення вимагає спеціальної перевірки, цьому й будуть присвячені наші подальші дослідження.

ПОКРАЩЕННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ПАЦІЄНТОК З МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Курічова Н.Ю.

Харківський національний медичний університет

Особливостями маткових кровотеч (МК) в перименопаузальному періоді найчастіше є їх ациклічність, гіперполіменорея, гіпоменорея, виникнення на тлі супутньої гінекологічної та екстрагенітальної патології.

Мета і завдання дослідження. Мета роботи – покращити результати лікування пацієнток з МК на тлі гіперпластичних процесів ендометрію (ГПЕ) в періоді перименопаузи на підставі патогенетично обґрунтованого диференційованого алгоритму лікувально-діагностичних заходів.

Матеріали та методи дослідження. Відповідно до мети і завдань даного дослідження нами було обстежено 115 жінок з матковими кровотечами на тлі ГПЕ у перименопаузальному періоді. Серед обстежених у 62 пацієнток була діагностована залозиста і залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію (I група), у 25 жінок – атипова гіперплазія ендометрію (II

група), у 28 пацієнток – залозисто-фіброзні та фіброзні поліпи ендометрію (III група).

Результати досліджень та їх обговорення. Нами застосовано комплекс сучасних методів морфологічного дослідження проліферативної активності ГПЕ з визначення вмісту генетичного матеріалу в ядрах клітин ендометрію у обстежених жінок з матковими кровотечами в перименопаузі (за реакцією Фельгена).

Висновки. Кожному з клініко-морфологічних варіантів ГПЕ відповідає визначений рівень проліферативної активності, що обумовлено кількістю клітинного генетичного матеріалу. При АГЕ спостерігаються більш виражені зміни клонального профілю клітин, властиві дисплазії епітеліальних структур (плоідність від 4,5 до 6,5 с), що є додатковим аргументом на користь прийняття активної хірургічної тактики у пацієнток з даною патологією.

РОЗПОДІЛ CD5⁺V₁-ЛІМФОЦИТІВ В ДЕЦИДУАЛЬНІЙ ТКАНИНІ МАТКИ В I-У І II-У ТРИМЕСТРАХ ВАГІТНОСТІ

Куц О.Г., Злобіна О.В.

Запорізький державний медичний університет

До складу лімфоїдної тканини асоційованої з децидуальною тканиною матки належать CD5⁺V₁-лімфоцити, що здатні продукувати нормальні антитіла і відповідають за неспецифічний імунітет. На теперішній час, дані щодо їх розподілу стосуються відносно плаценти породіль і відсутні факти щодо їх топографії в I-у і II-у триместрах вагітності. Таким чином, мета дослідження – вивчити розподіл CD5⁺V₁-лімфоцитів в децидуальній тканині матки у I-у і II-і періодах вагітності. Дослідити як змінюється їх кількість і топографія протягом перших двох триместрів вагітності.

Проведено дослідження 20 плацент з 9 по 12 тиждень вагітності, отриманих внаслідок медичного аборту і 10 плацент після ранніх пологів на 19-22 тижні вагітності. Проводили імуногістохімічну реакцію по виявленню CD5⁺V₁-лімфоцитів із використанням моноклональних антитіл фірми «Dako».

При дослідженні CD5⁺-лімфоцитів в децидуальній оболонці матки встановлено, що вони мають середній діаметр, витягнуту цитоплазму і ексцентричне ядро. В кінці I-го триместру вагітності CD5⁺-лімфоцити локалізовані по всій товщі децидуальної тканини, більш концентруючись навколо просвіту судин. В II-у триместрі вагітності їх топографія не

змінюється порівняно з попереднім строком спостереження. Візуально, кількість CD5⁺-лімфоцитів у II-у триместрі вагітності в 1,-2 рази більша, ніж в I-у триместрі.

Таким чином, до лімфоїдної тканини, асоційованої з децидуальною оболонкою матки в I-у і II-у триместрах вагітності належать V₁-лімфоцити. Із синтезом нормальних антитіл (імуноглобулінів класу M) V₁-лімфоцитами децидуальної оболонки пов'язана бар'єрна функція фетоплацентарного бар'єру, що є фактором неспецифічного захисту. Імуноабсорбуюча функція імуноглобулінів, що синтезуються CD5⁺V₁-лімфоцитами, полягає в утворенні пасток для циркулюючих материнських антигенів, а також і для цитотоксичних антитіл по антиідіопатичному механізму розпізнавання.

Висновки: 1. До складу лімфоїдної тканини, асоційованої з плацентою, в I-у і II-у триместрах вагітності входять CD5⁺V₁-лімфоцити. 2. Антитіла, що синтезуються CD5⁺V₁-лімфоцитами утворюють імунні комплекси, що є одним із факторів фетоплацентарного бар'єру. 3. Вірогідно, що первинну роль в формуванні толерантності в системі мати-плацента-плід відіграють найбільш філогенетично ранні ланки імунної системи – CD5⁺V₁-лімфоцити.

ВИРАЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Лазур Я.В.

ДЗ «Ужгородський національний університет»

Шемічна хвороба серця (ІХС) посідає одне з основних місць серед причин смертності та інвалідності. Останніми роками спостерігається суттєве збільшення кількості випадків поєднаної патології органів дихання і серцево-судинної системи. На особливу увагу заслуговують хворі із ІХС і хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) з формуванням у пацієнтів синдрому взаємного обтяження, що створює проблеми при розробці адекватної терапії. Метою роботи було вивчення вираженості СЕІ у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ. Для оцінки вираженості синдрому СЕІ вивчали концентрацію СМ у сироватці крові, інтенсивність ПОЛ оцінювали за вмістом у крові малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон'югат (ДК) ДК спектрофотометрично. Універсальним показником ендогенної інтоксикації є визначення рівня СМ у крові. Так, концентрація СМ у крові хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ дорівнювала 1,68±0,14 г/л,

тобто була в 3,2 рази вище норми ($P < 0,01$). Кратність збільшення ДК хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ коливалася від 1,4 до 2,1 разів ($P < 0,01$). У хворих на МК відмічалася зростання концентрації ДК у середньому до $14,1 \pm 0,4$ мкмоль/мл (при нормі $9,2 \pm 0,2$ мкмоль/л; $P < 0,05$). У пацієнтів на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ вміст МДА складав у середньому $8,4 \pm 0,4$ мкмоль/л, що було в 2,4 рази вище за норму. Вивчення градацій показника МДА показало, що у 9,8% пацієнтів він знаходився в межах від 4,1 до 5,3 мкмоль/л, у 27,6% осіб – від 5,4 до 6,7 мкмоль/л, у 33,4% пацієнтів – від 6,8 до 8,2 мкмоль/л, у 21,9% обстежених – від 8,3 до 9,7 мкмоль/л і у 14 7,3% хворих – від 9,7 до 10,9 мкмоль/л. Встановлено, що майже у всіх пацієнтів при надходженні до стаціонару відбувалося достовірне підвищення показника перекисної резистентності еритроцитів (ПРЕ). В цілому у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ даний показник перевищував норму в середньому вдвічі, досягаючи значення $6,2 \pm 0,2\%$ (при нормі $3,1 \pm 0,3\%$; $P < 0,01$). Таким чином, у дітей хворих на гостру МК відмічається зростання рівня метаболітів ПОЛ, а саме ДК і МДА, що вказує на активацію процесів пероксидації ліпідів. Водночас у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ у крові накопичуються сполуки середньомолекулярної маси, які володіють вираженим токсичним ефектом, що відображають ступінь ендогенної інтоксикації. Зростання маркерів ендогенної інтоксикації свідчить про несприятливий перебіг захворювання та потребує застосування інтенсивної детоксикуючої терапії.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ НАСТРОЮ

Лакинський Р.В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
м.Харків*

Вивчення аспектів лікування та профілактики повторних суїцидів складає надзвичайно актуальну медично-психологічну проблему.

Мета роботи: Вивчення клініко-психопатологічної картини та психодіагностичних особливостей хворих на афективні розлади настрою F (30-39) з суїцидальною поведінкою з метою розробки підходів комплексного лікування та профілактики повторного суїциду.

Було проведено комплексне дослідження 30 хворих з діагнозом на афективні розлади настрою (F 30-39), які перебували на лікуванні в ХОКПЛ № 3 після скоєння суїцидальної спроби. Жінки склали 24 (80%) обстежених, а чоловіки – 6 (20%). Всі хворі були працездатного віку (від 21 до 60 років). Для оцінки рівня і ступеня вираженості психічних по-

рушень, їх динаміки в результаті проводимої терапії, проводилися дослідження на основі застосування клініко-психопатологічного дослідження з аналізом феноменологічної структури психопатологічних синдромів та психодіагностичне дослідження: шкала Спілбергера-Ханіна, шкала для оцінки депресії Монтгомері – Асберг (MADRS), шкала Цунга для самооцінки депресії, методика «Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади».

Практично у всіх хворих депресивний стан приводив до вираженого порушення їх повсякденної соціальної і професійної діяльності. У хворих на рекурентний депресивний розлад були виділені три варіанти депресії: тривожно-тужлива (44,45 %), істеро-депресивна (22,22 %) та депресія з моторною загальмованістю (33,33 %). Розроблена комплексна система лікування та профілактики повторних суїцидів передбачає використання медикаментозної терапії спрямованої на зменшення інтенсивності тривожно-депресивної симптоматики (антидепресанти, анксиолітики) та оригінальних методів апаратного лікування: краніоцеребральної гіпотермії, лазеротерапії та їх комбінації з подальшим проведенням заходів адаптації хворих до життєвих умов та дезактуалізації травматичного епізоду (когнітивно-біхевіоральна, міжособова психотерапія та короткофокусна психодинамічно орієнтована психотерапія). В результаті апробації розробленої системи лікування та профілактики повторних суїцидів було показано, що вона дозволяє суттєво поліпшити психічний стан пацієнтів, достовірним ($p < 0,05$) зниженням рівня депресії (до $20,4 \pm 2,2$ балів за шкалою MADRS та до $42,4 \pm 2,1$ балів за шкалою Цунга), зниженням нервово-психічної нестійкості, нормалізацією емоційного фону хворих, що зменшило ризик повторних суїцидальних спроб.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКОБАКТЕРИЙ В ОБЛАСТИ КАВЕРНЫ ПРИ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЁЗЕ

Лискина И.В., Олексинская О.А., Кузовкова С.Д.

ГУ«Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМНУ»

В последнее десятилетие среди не решенных проблем туберкулеза (ТБ) на первый план вышли рост случаев мультирезистентного (МР) ТБ и прогрессирование ТБ при ко-инфекции ТБ-ВИЧ. Морфологическое изучение патологических изменений легочной ткани представляет один из существенных этапов в целостном исследовании проблемы со-

временного ТБ.

Цель работы – выяснить характер распределения разных форм микобактерий (МБТ) в области каверны при фиброзно-кавернозном МР-ТБ легких с морфологически высокой активностью специфического воспаления у больных с неэффективным химиотерапевтическим лечением.

Исследованы стенки хронических каверн, удаленных от 20 пациентов. Мультирезистентность МБТ была подтверждена микробиологически, а также установлена морфологически высокая степень активности воспаления. Гистологическому анализу подлежали серийные срезы стенок каверн, с окраской гематоксилин-эозином, по Цилю-Нильсену и по методике Зербино-Лукаевича на фибрин. Результаты. Среди всех случаев стенка каверны в срезах присутствовала в 17 (85,0%) и состояла из 3 слоев – казеозно-некротического, грануляционного и фиброзного. Степень развития каждого из слоев варьировала. Окраска срезов на фибрин позволила установить, что в 16 (94,12%) из 17 случаев на границе некротического и грануляционного слоев формировался слой зрелого фибрина (12-час. давности), его выраженность в среднем составила 3,18 у. е. (диапазон 1–5 у.е.). Во всех наблюдениях были обнаружены структуры МБТ – кокковые формы, палочки и макрофаги, содержащие фрагментированные МБТ при окраске гистопрепаратов по Цилю-Нильсену. Наиболее часто наблюдали кокковые формы (88,24–94,12% от числа наблюдений), во всех слоях каверны. Их относительное количество в 1 п/зр преобладало в некротическом слое каверн и оно прогрессивно уменьшалось к фиброznому. Типичные палочки (МБТ) встречались единичные в п/зр, диапазон количества случаев: (11,76-52,94%), большого их числа не наблюдали ни в одном из случаев, незначительное их численное преобладание отмечено в отложениях зрелого фибрина и в грануляционном слое каверны. В 2(11,76%)случаях определен корд-фактор – свидетельство высокой вирулентности возбудителя. Промежуточное положение по количеству наблюдений составили макрофаги с МБТ – диапазон наблюдений (23,53–70,59%), в фибрине и грануляционном слое. Заключение. В настоящее время даже в случаях обострений хронического ТБ в форме ФКТ легких типичные палочковидные МБТ в гистопрепаратах наблюдаются относительно редко, преобладают наблюдения кокковых форм МБТ, что можно объяснить медикаментозным патоморфозом ТБ.

ДИССИНХРОНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Лопин Д.А., Родионова Ю.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Цель. Оценить возможное значение ДС в развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом 2-го типа (СД-2).

Материалы и методы. Было обследовано 42 пациента стабильной ИБС без перенесенного инфаркта миокарда в течение последних 6-ти месяцев с ХСН II-III ФК по NYHA. Средний возраст пациентов - $63,5 \pm 5,6$ лет, 57% (n=24) мужчин и 43% (n=18) женщин. В зависимости от наличия или отсутствия СД-2 обследованные были разделены на две группы: 1-я (n=20) – больные ИБС с сопутствующим СД-2, 2-я (n=22) – больные ИБС без СД-2. Контрольную группу составили 12 здоровых добровольцев соответствующего пола и возраста. Оценка компенсации углеводного обмена производилась по уровню гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и гликемии натощак. В качестве показателя внутрижелудочковой ДС использовалось стандартное отклонение времени от зубца Q поверхностной ЭКГ до пиковой систолической скорости миокарда в режиме импульсно-волнового тканевого Допплера (the SD of time to peak myocardial velocity, Ts-SD), измеренное в 12 сегментах миокарда по методике утверждённой Американским обществом ЭхоКГ (ASE) (аппарат MEDISON SONOACE X6). Фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) определялась в М-режиме по методу Teicholz.

Результаты. В ходе исследования было установлено, что частота и степень выраженности ДС у больных 1-й группы была достоверно выше, чем во 2-й группе: 65% (n=13) vs. 41% (n=9) и 42 ± 16 мс vs. 33 ± 13 мс соответственно ($p < 0,05$). В обеих группах выраженность ДС была выше, чем в группе контроля (Ts-SD = 13 ± 9 мс, $p < 0,001$). Наличие ДС ассоциировалось с более низкой ФВ ЛЖ в обеих обследуемых группах ($r = -0,56$, $p = 0,028$ и $r = -0,43$, $p = 0,045$), при достоверно более низких её значениях у больных СД-2 (44 ± 4 vs. 49 ± 5 , $p = 0,034$). Также была установлена корреляционная связь между уровнем HbA1c и выраженностью ДС ($r = 0,57$, $p = 0,01$), и отсутствием связи с длительностью СД-2.

Выводы. ДС является важным патогенетическим звеном в развитии ХСН у больных ИБС в сочетании с СД-2. Неудовлетворительная компенсация углеводного обмена у больных СД-2 способствует усилению ДС и ассоциируется с более низкой ФВ ЛЖ.

РОЗВИТОК СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ ПРИ НАЯВНОСТІ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Лопіна Т.О.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
Кафедра променевої діагностики*

Вступ. Найчастішими локальними дисплазіями у дітей є кісткові, з них дисплазія кульшового суглоба становить 5-20%. Відомо, що при дисплазіях необхідно аналізувати велику кількість показників правильного співвідношення елементів в суглобі, наприклад, величину ацетабулярного кута, відстань від точки Хоффа до лінії Хільгенрайнера, розташування стегна щодо лінії Омбредана і т. п., однак дані про довжину даху кульшової западини, довжину окостенілої частини шийки стегнової кістки, розміри голівки стегнової кістки на протязі 1 року життя дитини в літературі практично не наведено.

Мета дослідження. Вивчити стан окремих елементів кульшового суглоба при його дисплазії у дітей до 1 року за рентгенологічними даними.

Матеріали і методи. Проведено аналіз рентгенограм нижніх кінцівок 69 дітей у віці від 5 днів до 1 року. В 53,6% випадків у пацієнтів був підтверджений діагноз дисплазії кульшового суглоба (основна група), у 46,4% кісткової патології не було виявлено (група порівняння). За віком обстежені пацієнти були розділені на 2 підгрупи: 1 підгрупа (0-28 діб) - новонароджені - 42 дитини (60,9%), 2 підгрупа (29 діб-до 1 року) - грудний вік - 27 дітей (39,1 %).

Результати. У дітей основної групи в 1 підгрупі було виявлено вкорочення довжини даху кульшової западини і довжини окостенілої частини шийки стегнової кістки на 33,3% і 44,1% в порівнянні з аналогічними даними групи порівняння ($p < 0,01$); у дітей 2 підгрупи на 40,0% і на 45,4% відповідно ($p < 0,01$). У 1 підгрупі ядро окостеніння головки стегнової кістки було відсутнє у всіх пацієнтів. У дітей групи порівняння 2 підгрупи ядро окостеніння головки з'являлося в середньому в $4,2 \pm 0,6$ місяця і в 5 місяців його розміри дорівнювали $8/5 \pm 1$ мм; в 9 місяців - $10/7 \pm 1$ мм; в 12 місяців - $12/9 \pm 2$ мм. В основній групі при пізній діагностиці дисплазії в 72,4% випадків визначалася значна затримка термінів появи головки до 9-11 місяців і її розміри були меншими, ніж в групі порівняння на 74,8%, вона розташовувалася звичайно по латеральному краю шийки стегнової кістки (82%), форма була неправильно округла.

Висновки. При дисплазії кульшового суглоба у дітей до 1 року відбувається затримка формування елементів суглоба не тільки в епіфізі, а й в метафізі стегнової кістки з наростанням деформацій при пізній діагностиці.

ІМУНОФАН В КОРЕКЦІЇ ІМУННОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ У СПОЛУЧЕННІ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Лоскутов А.Л., Іванова Л.М.

Луганський державний медичний університет, м. Луганськ

При хронічному бронхіті (ХБ) запальний процес зачіпає усі шари бронхіальної стінки, інтерстиціальну тканину, що приводить до формування ремоделювання повітряносних шляхів із розвитком легеневої гіпертензії. Прозапальні (IL-1 β , TNF α , IL-8) цитокіни (ЦК) є ключовими компонентами прогресування запалення у бронхах - активація ендотеліальних клітин, Т-, В-лімфоцитів, індукція запальних медіаторів. Встановлена цитокінпродукуюча здатність мононуклеарів периферичної крові хворих з інсулінорезистентністю (ІР), тоді як метаболічна активність моноцитів показала низький функціональний резерв клітин у цих хворих. Прозапальні ЦК можуть перешкоджати нормальному фосфорилюванню тирозину, як зокрема TNF α , та активують внутрішньоклітинну серинкіназу, яка індукує рецептори до інсуліну. В результаті переривається внутрішньоклітинний сигнальний шлях інсуліну та розвивається ІР. Імунофан, який створений шляхом модифікації амінокислотних залишків з натуральних гормонів тимусу для розширення імунорегулюючої дії, також зменшує продукцію прозапальних (TNF α , IL-6) ЦК, це пов'язано із антипроліферативною ефективністю препарату. Метою роботи було вивчення ефективності імунофану шляхом поліпшення імунного статусу хворих із загостренням ХБ у сполученні з ІР. Під наглядом знаходилося 63 хворих на ХБ у сполученні з ІР, які були поділені на дві групи: основну (31 осіб) та групу зіставлення (32 хворих). В обох групах хворим призначали загальноприйняте лікування. Хворі основної групи додатково отримували імунофан у середньотерапевтичних дозах. Визначення концентрації прозапальних (TNF α та IL-6) ЦК у сироватці крові проводили за допомогою методу імуноферментного аналізу. Визначення ЦК проводили в динаміці – в період загострення ХБ (частіше на 1-2 день) та після завершення лікування (через 10-13 днів). У хворих основної групи вміст TNF α у крові в середньому був в 2,29 рази вище норми, а групі зіставлення – в 2,41 рази (при нормі 24,5 \pm 1,8 пг/мл; P<0,01). Ступінь підвищення вмісту IL-6 показав зростання його у хворих основної групи у середньому в 3,51 рази і в групі зіставлення – в 3,47 рази (при нормі 58,0 \pm 2,9 пг/мл; P<0,01). Після завершення курсу лікування у всіх обстежених хворих на ХБ у сполученні з ІР, яким призначали імунофан відмічалось вірогідне зниження рівня прозапальних ЦК: вміст TNF α складав 25,7 \pm 1,8 пг/мл, що було в 2,18

рази нижче початкового рівня і досягав верхньої межі норми, рівень IL-6 також досягав норми. В групі зіставлення вміст TNF α мав лише тенденцію до зменшення ($41,1 \pm 2,0$ пг/мл; $P < 0,05$), рівень IL-6 після проведеної терапії статистично не знизився і виявився значно вищим, ніж у хворих основної групи. Отже, отримані результати дозволяють вважати, що використання імуноактивного препарату імунофану в комплексі лікування хворих із загостренням ХБ у сполученні з ІР сприяє покращенню імунних показників, а клінічно проявляється більш швидким досягненням клінічної ремісії хронічного запалення у бронхолегеневій системі.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ БРОНХІТІВ У ДІТЕЙ В ДІАГНОСТИЦІ ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Лупальцова О.С.

Харківський національний медичний університет

Мета. Удосконалення діагностики перебігу та прогнозу бронхітів у дітей за допомогою вивчення клініко-лабораторних особливостей захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі пульмонологічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м.Харкова та включало вивчення особливостей преморбідного фону та імунологічного статусу з визначення вмісту імуноглобулінів класів А, М, G; кількості популяції та субпопуляції лімфоцитів; фагоцитарного числа; бактерицидної активності нейтрофілів. Обстежено 58 дітей, першу групу пацієнтів склали 23 дитини з бронхітом, середнім віком $7,1 \pm 4,1$ роки. Другу групу - 25 дітей з пневмонією з гострим перебігом, середнім віком $7,6 \pm 3,3$ роки. Групу порівняння склали - 10 дітей, віком $8,3 \pm 4,4$ роки з хронічними захворюваннями дітей з пневмофібротичними змінами при томографічному дослідженні.

Результати. При аналізі преморбідного фону достовірно частіше в групі порівняння зустрічалися, ($p < 0,05$): обтяжена спадковість по бронхолегеневим захворюванням у 2,09 рази в порівнянні з показниками 1 групи та у 3,75 рази з показниками 2 групи, наявність бронхіальної астми у родичей відповідно у 1,15 рази та 5,0 рази, наявність пневмоній в анамнезі - 3,28 рази та 1,9 рази, рецидивуючий бронхообструктивний синдром - 1,15 рази та 2,5 рази, обтяжений алергологічний анамнез - 2,5 рази та 4,5 рази. При вивченні особливостей імунного статусу у дітей групи порівняння достовірно частіше зустрічалось зниження, ($p < 0,05$): абсолютної кількості

лейкоцитів в порівнянні з показниками 1 та 2 груп відповідно у 1,73 рази та 1,88 рази, рівня лімфоцитів - у 1,59 рази та 1,61 рази, рівня Т-лімфоцитів (CD3) - 1,48 рази та 3,2 рази, рівнів CD4 - у 1,91 рази та 1,66 рази, рівнів CD8 2,3 рази та 2,25 рази; статистично достовірне підвищення, ($p < 0,05$): рівнів Ig M відповідно у 1,92 рази та 3,57 рази, рівня НСТ тесту – у 1,15 рази та 1,5 рази, рівня фагоцитарної кількості одиниць - у 1,97 рази та 7,5 рази.

Висновки. Аналіз преморбідного фону відображає, що на характер перебігу та прогноз бронхіту впливають: обтяжена спадковість та алергологічний анамнез, рецидивуючий бронхообструктивний синдром та пневмонії. Сукупність цих факторів має важливу роль у формуванні хронічно-го запального бронхолегеневого процесу.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕЦИДИВОВ И/ИЛИ МЕТАСТАЗОВ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ТИРЕОИДНОГО РАКА

Луховицкая Н.И.

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМНУ»

Вступление: При выполнении стандартов лечения (тиреоидэктомия, радиоiodтерапия (РЙТ), супрессивная гормонотерапия) дифференцированный рак щитовидной железы (ДРЩЖ) имеет относительно благоприятный прогноз. Однако значение имеет не только продолжительность жизни, но и частота рецидивов и/или метастазов, которые наблюдаются в 15–30 %. Таким образом, пациенты с ДРЩЖ, и достигнутой тиреоидной абляцией нуждаются в пожизненном мониторинге для раннего выявления рецидивов и/или метастазов, что является важной задачей радиологии и онкотиреологии.

Цель: определить значение исследования тиреоглобулина (ТГ) в ранней диагностике рецидивов и/или метастазов ДРЩЖ.

Материалы и методы: Было обследовано 120 больных ДРЩЖ с достигнутой тиреоидной абляцией. Проводилось определение уровня ТГ (иммунометрическим методом на фоне отмены гормонотерапии) УЗИ шеи и печени, рентгенологическое исследование легких (КТ – у 10 больных). Отобрано 30 пациентов с повышением уровня ТГ в процессе мониторинга (26 женщин и 4 мужчин в возрасте от 22 до 67 лет; I ст. установлена у 13 б-х, II – у 10, III – у 6, IV – у 1).

Результаты: В результате проведенного комплексного обследования у всех 30 больных с повышенным от 10,2 до 679,0 нг/мл уровнем ТГ были установлены рецидивы и/или метастазы ДРЩЖ. В 8 случаях сонологически подтверждено наличие местного рецидива – 5 больных и

метастатически пораженных шейных лимфоузлов (ЛУ) – 3 больных. У 6 больных рецидив заболевания был подтвержден при КТ в виде отдаленных метастазов в ЛУ средостения (в 1 случае) и в легкие (5 больных). У 16 больных с повышенным уровнем ТГ рецидивы и метастазы выявлены только скинтиграфически, после лечения радиойодом активностью от 1850 до 3700 МБк ¹³¹I. При постлечебной скинтиграфии у всех 30 больных подтверждены рецидивы и/или метастазы тиреоидного рака. Фиксация радиойода в месте проекции ЩЖ и в лимфоузлах шеи выявлена у 19 пациентов (из них у 8 больных местный рецидив был выявлен и при УЗИ), и у 11 больных – в ЛУ средостения и в легких, что в 6 случаях подтверждено КТ.

Выводы: Определение уровня ТГ (его повышение после достижения абляции) является более информативным методом, чем другие лучевые исследования в ранней диагностике рецидивов и/или метастазов ДРЩЖ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТА А В КРУПНОМ МЕГАПОЛИСЕ УКРАИНЫ (Г.ХАРЬКОВ)

Лютая Е.А., Макарова В.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Вирусный гепатит А (ГА) – широко распространенная в мире инфекция, характеризуется неравномерным распределением по территориям и фекально-оральным механизмом передачи.

Цели исследования. Целью работы была оценка интенсивности эпидемического процесса ГА в крупном мегаполисе Украины на примере г. Харькова в 2009 - 2011 г.г.

Материалы и методы. На основании официальных данных санитарно-эпидемиологической станции г. Харькова проведен эпидемиологический анализ заболеваемости ГА за 2009 – 2011 г.г.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что за изучаемый период в г. Харькове регистрировались стабильно низкие показатели заболеваемости ГА – 2,3 на 100 тыс. населения в 2009 г., 1,2 – в 2010 г., 1,1 – в 2011г. В возрастной структуре заболеваемости преобладали взрослые, доля которых составила 87,8 %. Удельный вес заболевших ГА детей дошкольного и школьного возраста был одинаковым. Отмечалось относительно равномерное распределение случаев ГА среди взрослых разных возрастных групп, доля больных в возрастных группах 20-29, 30-39 и 50-59 лет составила по 27,9 %, в группе лиц 40-49 лет – 16,3 %.

С целью выявления «групп риска» проанализировано распределение случаев заболевания ГА среди различных групп населения г. Харькова. Большую часть зарегистрированных заболевших составили неработающие лица - 34,7 %, рабочие - 30,6 %, а также служащие - 14,3 %. Удельный вес организованных детей – учащихся школ и посещающих детские дошкольные учреждения – составил 10,2 %.

Источники инфекции были установлены в 36,7 % случаев, среди них преобладали больные ГА (77,7 %). Изучение путей и факторов передачи выявило, что главным путем инфицирования возбудителем был контактно-бытовой (90 % от всех установленных случаев) и только в 10 % случаев заражение происходило пищевым путем, при этом инфицирование вирусом ГА водным путем не зарегистрировано. Следует отметить, что установить пути и факторы передачи данного возбудителя удалось менее, чем в половине зарегистрированных случаев ГА (40,8 %).

Выводы. Таким образом, в г. Харькове в 2009 – 2011 гг. выявлена низкая интенсивность эпидемического процесса ГА. Профилактические мероприятия должны быть в первую очередь нацелены на наиболее уязвимые группы населения – взрослых неработающих, рабочих и служащих. Низкий процент выявляемости источников инфекции и путей передачи диктует необходимость усовершенствования системы эпидемиологического надзора за ГА.

КОРЕКЦІЯ ІНТЕФЕРОНОВОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ

Макаревич В.А.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Розробка ефективних методів проти рецидивного лікування герпетичної інфекції (ГІ) залишається актуальною проблемою сучасної медицини. Було використано в комплексі лікування рецидивів герпетичного стоматиту (ГС) новий імуноактивний препарат лікопід, який є перспективним в терапії Th1-опосередкованих захворювань. Метою дослідження було вивчити ефективність лікопиду за даними динаміки інтерференового статусу - активності СІФ, концентрації α - і γ -ІФНу крові при ГС. Під спостереженням знаходилися хворі із рецидивом ГС молодого віку, діагноз яким встановлювали на підставі лабораторної діагностики - специфічних антитіл до вірусів простого герпесу ПГ I та II типу у сироватці крові і вірусного ДНК у ротоглотковому секреті за даними полімеразно-ланцюгової реакції. Всі хворі отримували противірусні та

симптоматичні засоби, а також слизову оболонку ротової порожнини (СОРП) обробляли антисептиками. Хворі основної групи додатково до загальноприйнятої терапії використовували лікопід по 10 мг одноразово сублінгвально, протягом 10 днів. Інтерфероновий статус оцінювали за активністю у сироватці крові ІФН (СІФ) та концентрацією α -ІФН та γ -ІФН із застосуванням імуноферментного аналізу. Дослідження інтерферонового статусу проводили в динаміці – на 1-2 день і після завершення лікування. В гострий період ГС в обох групах обстежених активність СІФ не виходила за межі норми ($(3,5 \pm 0,7)$ МО/мл; при нормі $(3,7 \pm 1,1)$ МО/мл, $P > 0,05$). Рівень сироваткових α - та γ -ІФН у хворих на ГС був нижче норми в 2,3 рази і 1,7 рази відповідно. Отримані дані можуть свідчити, що знижений рівень α - та γ -ІФН сприяє розвитку рецидивів ГС. У хворих, які одержували лікопід, активність СІФ підвищувалася до $(7,3 \pm 1,0)$ МО/м, тоді як в групі зіставлення його активність мала тенденцію до зменшення ($(3,0 \pm 0,6)$ МО/мл). У пацієнтів, яким призначали імунокорекцію, відмічалось суттєве підвищення рівня α -ІФН у крові в 2,5 разів і складала у середньому $(19,4 \pm 1,1)$ пг/мл (при нормі $(17,9 \pm 0,4)$ пг/мл; $P < 0,05$), тоді як в групі зіставлення його рівень залишався стабільно зниженим $(16,2 \pm 0,7)$ пг/мл; $P > 0,05$). При призначенні лікопиду підвищувалася концентрація сироваткового γ -ІФН в 2,2 рази у порівнянні до вихідного значення і досягала $(34,1 \pm 1,9)$ пг/мл (при нормі $(26,4 \pm 0,9)$ пг/л; $P < 0,05$), в групі зіставлення рівень цього цитокіну залишався вірогідно нижче норми. Отже, отримані результати дозволяють вважати, що використання лікопиду в комплексі лікування хворих на ГС сприяє більш швидкому поліпшенню показників інтерферогенезу, перш за все підвищує концентрацію сироваткових ІФН.

БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ ФІБРОЗНИХ ЗМІН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ПАЦІЄНТІВ З УСКЛАДНЕНИМИ ФОРМАМИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Макарчук В.А., Гравіровська Н.Г., Кленіна І.А.
ДУ «Інститут гастроентерології АМН України»

Метою дослідження була оцінка вмісту біохімічних показників, що характеризують розвиток фіброзних процесів у підшлунковій залозі (ПЗ) в пацієнтів з ускладненими формами хронічного панкреатиту (ХП).

Матеріали та методи дослідження. Процеси фіброзу в ПЗ оцінювали шляхом визначення в сироватці крові оксипроліну білковозв'язаного ($OP_{б/зв}$) за методом Осадчука та гексозамінів (ГА) – за Римінгтоном. При

статистичній обробці результатів використовували пакет програм SPSS 10.0 for Windows. Різниця вважалася достовірною при $p < 0,01$, $p < 0,001$.

Об'єкт дослідження. Під спостереженням знаходилися 10 пацієнтів з ХП (I група), 16 – з панкреатитом з конкрементами (II група), 7 – з кістами, що формуються (III група) і 20 – з кістами (IV група). Серед них переважали чоловіки – їх було 42 (79,2%), жінок – 11 (20,8%). З метою отримання нормативних біохімічних показників було обстежено 20 практично здорових осіб.

Результати. Баланс між ана- і катаболічними процесами в сполучній тканині визначали за вмістом у крові ОП_{6/зв} та ГА. Встановлено, що у пацієнтів всіх чотирьох груп відбувалася активація фіброзувальних реакцій у ПЗ, виражена достовірним збільшення вмісту ОП_{6/зв} – маркера анаболізму колагену: в 1,4 рази до (188,48±17,40) ммоль/л ($p < 0,01$) та до (194,41±13,17) ммоль/л ($p < 0,001$) відповідно для I та IV групи і в 1,3 рази до (172,66±11,90) ммоль/л ($p < 0,01$) та до (179,36±6,86) ммоль/л ($p < 0,01$) – для II та III групи, у порівнянні з контролем (136,04±4,3) ммоль/л. Сироватковий рівень ГА найбільше зростав у хворих з ХП – в 1,5 разів з (5,04±0,19) ммоль/л (контроль) до (7,42±0,64) ммоль/л ($p < 0,01$) і в 1,4 рази у пацієнтів з панкреатитом з конкрементами (7,24±0,31) ммоль/л ($p < 0,001$), з кістами, що формуються (7,01±0,31) ммоль/л ($p < 0,001$) та з кістами (7,07±0,46) ммоль/л ($p < 0,001$). Підвищення концентрації ГА в крові може означати підсилення розпаду вуглеводно-білкових компонентів сполучної тканини, оскільки ГА входять до складу як протеогліканів, так і глікопротеїнів – її складових. Ймовірно ГА є індукторами фіброзу і збільшення їхнього вмісту випереджає зміни інших показників, що характеризують функціональний стан сполучної тканини.

Висновки. Таким чином, у пацієнтів всіх чотирьох груп, а особливо у хворих з ХП та панкреатитом з конкрементами, спостерігається активація фіброзних процесів в ПЗ, виражена зростанням концентрації ОП_{6/зв}, що вказує на підсилення синтезу колагену, та ГА, які характеризують розпад компонентів сполучної тканини.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ МАСИ ТІЛА У ДІТЕЙ З ЖОВТЯНИЦЕЮ «ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ» НА ПЕРШОМУ МІСЯЦІ ЖИТТЯ

Малиновська Н.О., Соколенко О.О., Усенко Д.В.

Одеський національний медичний університет

За останні роки погляди на етіологію жовтяниці «грудного вигодування» істотно змінилися. У 60-80 рр. ХХ століття основним меха-

нізмом вважали зниження кон'югації білірубину в печінці у зв'язку з дією деяких речовин, що знаходяться в молоці матері (прегнандіол, ліпаза, деякі види жирних кислот та ін.). На сьогоднішній день доведено, що недостатнє грудне вигодовування приводє до відносного голодування, що викликає посилену реабсорбцію непрямого білірубину.

Обстежено 37 дитини віком 1 місяць, що знаходилися на лікуванні з приводу жовтяниці грудному відділенні МДЛ №1 ім. Б.Я. Резніка в період з серпня по жовтень 2011 року. Використовувалися загальноклінічні методи дослідження, контроль динаміки маси тіла та аналіз вмісту білірубину за фракціями у венозній крові. Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей віком 1 місяць з фізіологічною жовтяницею в анамнезі, які перебували виключно на грудному вигодовуванні.

Критеріями включення в дослідження були: підтвердження гіпербілірубінемія (за рахунок прямого білірубину), відсутність запальної патології, відсутність супутньої соматичної патології, виключно грудне вигодовування, народження в термін.

При жовтяниці «грудного вигодовування» 13 (35,1%) дітей за перший місяць життя за масою тіла набрали менше 600 г. У групі контролю цей показник суттєво відрізнявся та складав 6,7 %. Таким чином, неадекватне грудне вигодовування є фактором ризику розвитку пізньої та пролонгованої жовтяниці.

ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З ДИСФУНКЦІЯМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Малиновська Н.О., Ласюк К.В.

Одеський національний медичний університет

Дисфункції біліарного тракту постійно знаходяться в центрі уваги сучасних гастроентерологів у зв'язку з зростанням функціональних порушень в біліарній системі серед дитячого населення. Метою нашої роботи стало визначення неспецифічних адаптаційних реакцій організму за методикою Л.Х. Гаркаві та його співавторів, у дітей з дисфункціями біліарної системи.

Була обстежена 41 дитина віком від 7 до 10 років, що перебувала на стаціонарному лікуванні в період з вересня по листопад 2011 року у 2-ому педіатричному відділенні МДЛ №1 ім. Б.Я. Резніка. У розподілі за статтю відмінностей не було. Критеріями для включення в дослідження стало: підтвердження діагнозу дисфункції біліарного тракту, відсутність запального патологічного процесу, а також відсутність супутньої сома-

тичної патології. Нами були використані загальноклінічні методи обстеження та оцінка гематологічних критеріїв НАРО.

Сигнальні показники гемограми за відсотковим вмістом лімфоцитів в лейкоцитарній формулі, послужили критеріями для адаптаційних реакцій. До несприятливих реакцій відносяться: стрес, реакція тренування і периактивації. До сприятливих – спокійної та підвищеної активації. За ступенем ознак напруженості в лейкоцитарній формулі нами враховувались рівні реактивності організму. Виділяють високий, середній, низький і дуже низький рівні реактивності організму.

У дітей з дисфункціями біліарного тракту в 26,8 % випадків спостерігалися несприятливі неспецифічні реакції адаптації організму. Реакції адаптації низьких і дуже низьких рівнів реактивності відзначалися в 17 % дітей, середніх, – в 41,5%. У хлопчиків достовірно частіше спостерігається стресова реакція адаптації.

РОЛЬ ОКИСНОГО СТРЕСУ В ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРОГО УРАЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ

Марущак М.І., Виваль М.Б.

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»*

В патогенезі гострого ураження легень (ГУЛ) важливе місце займає формування окисного стресу в умовах неконтрольованої генерації активованих форм кисню (АФК) внаслідок дисбалансу про- та антиоксидантної систем.

Метароботи – порівняти взаємозв'язок між рівнем АФК та кількістю нейтрофільних гранулоцитів (НГ) в крові та бронхоальвеолярному змиві (БАЗ) щурів за умови ГУЛ.

Досліди були проведені на 24 білих статевозрілих нелінійних щурах-самцях масою 200-220 г. Тваринам інтратрахеально вводили гідрохлоридну кислоту, рН 1,2 в дозі 1,0 мл/кг на вдиху. Тварин виводили з експерименту через 24 години. Матеріалом для дослідження були кров та БАЗ білих щурів. АФК нейтрофілів визначали з допомогою 2,7-дигідродихлорфлюоресцеїн діацетату, кількість НГ - в мазку крові.

Результати. Звертає на себе увагу відмінність корелятивних зв'язків у крові та БАЗ, що, напевно, обумовлене більш вираженими патологічними змінами на місцевому рівні. Так, рівень загальних лейкоцитів ($r = 0,87$; $p < 0,01$), як і абсолютна кількість нейтрофільних гранулоцитів ($r = 0,76$; $p < 0,01$), позитивно корелювали з АФК в БАЗ,

тоді як у плазмі крові не встановлено взаємозв'язку між АФК та білими кров'яними тільцями. Отримані результати вказують на те, що в міру прогресування ГУЛ зменшується клітинність крові, тоді як у БАЗ зростає рівень лейкоцитів, в основному за рахунок нейтрофілів. Накопичення активованих нейтрофілів у капілярній сітці альвеол та адгезія їх до ендотелію супроводжується генерацією АФК, що приводить до окисного стресу, наслідком якого є руйнування структурних елементів альвеол. Тому, в міру зростання нейтрофільних гранулоцитів у БАЗ підвищується рівень АФК ($p < 0,05$).

Висновок. При HCl-індукованому ГУЛ у БАЗ рівень АФК в нейтрофілах корелював з кількістю лейкоцитів та НГ, що свідчить про вагоме значення окисного стресу в патогенезі даного захворювання.

НОВОЕ В РЕКОМЕНДАЦИЯХ GOLD 2011 ГОДА ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Меленевич А. Я.

Харьковский национальный медицинский университет

Одной из актуальных практических и научных проблем медицины и, особенно, пульмонологии, является диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Целью исследования было изучить новые положения в рекомендациях GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 2011 г. по диагностике, лечению и профилактике ХОБЛ.

Материалы и методы. Проведено сравнение двух версий рекомендаций GOLD, опубликованных на официальном сайте www.goldcopd.org, в декабре 2010 года и феврале 2012 года (последние рекомендации были одобрены во время симпозиума, организованного Азиатско-Тихоокеанским респираторным обществом в ноябре 2011 года).

Результаты. Изменена формулировка определения ХОБЛ: 1) ХОБЛ определена как «распространенная» — в течение последних лет заболеваемость ХОБЛ возросла во всем мире; 2) обструкция дыхательных путей охарактеризована как «постоянная», в предыдущих же изданиях была осторожная формулировка «не полностью обратимая»; 3) уверенно утверждается: «...обострения и сопутствующая патология способствуют значительному утяжелению состояния пациентов...», ранее обострения вовсе не включались в определение ХОБЛ, и упоминалась лишь потенциальная роль «экстрапульмональных эффектов» в тяжести течения.

Существенные изменения внесены в принципы диагностики ХОБЛ. Они по-прежнему основываются на симптомах, тяжести спирометрических нарушений, наличии сопутствующей патологии, оценка будущего риска обострений претерпела значительные изменения. Особо подчеркивается важность спирометрических данных «... в то время как ранее спирометрия использовалась дополнительно для подтверждения ХОБЛ, сейчас она необходима для установления окончательного диагноза ХОБЛ».

Исходя из новых подходов к диагностике, усовершенствовано ведение пациента с ХОБЛ. Рекомендована стратегия, учитывающая как признаки тяжести заболевания, так и риск его прогрессирования (особенно — риск возникновения обострений).

Заключение. Новые рекомендации GOLD отражают большой шаг вперед, сделанный в современных подходах к диагностике, лечению и профилактике ХОБЛ. Дальнейшая перспектива, с нашей точки зрения, состоит в издании исчерпывающих и доступных монографий по проблеме ХОБЛ под эгидой GOLD с привлечением высококвалифицированных экспертов международного уровня из рабочей группы этой транснациональной организации.

ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ НЕФРОЛІТАЗУ

Михайлець П.О., Мойсеєнко В.О.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

В Україні зростає захворюваність на кристалурію – 3,5 випадки на 10 тис. населення. Наявність кристалурії сприяє утворенню каменів у нирках. Найбільш поширеними у дорослих є оксалурія (70-90%) при рН сечі 6,2-6,8; уратурія (5%) при рН сечі 4,8-5,8; фосфатурія (5-15%) при рН сечі 7-8.

Мета роботи – вдосконалення методики профілактики нефролітазу в терапевтичній клініці.

Було обстежено 36 хворих з кристалурією, 26 осіб увійшли до основної групи і 10 до групи порівняння. В залежності від виду кристалурії, розроблений спеціальний харчовий раціон. При гіпероксалурії основою дієтотерапії є вживання продуктів, що містять у своєму складі грубу клітковину та калій (хліб, пшеничні та житні висівки; риба, гарбуз); обмеження редису, цибулі, цитрусових, молока і молочних продуктів; і виключення продуктів з екстрактивними речовинами (насичені бульйони) і оцет. Щодо дієтичних заходів при уратурії, то групу

продуктів, що рекомендовані до споживання складають крупи, печена картопля, капуста, морква, лимони, кавуни, яблука; продуктами обмежень є варене м'ясо (яловичина і свинина), риба (судак, сьомга), хліб, вишня; забороненим є гостре, копчене, смажене, бульйони, рослинні жири, мед. У випадку фосфатури головним елементом дієти є споживання м'яса, риби, субпродуктів, журавлини, кислих яблук; дозволяється вживати в невеликій кількості молочно-рослинні продукти, хліб, продукти збагачені фосфором (курка, яйця), не рекомендується вживати гостре, маринади, бульйони, гриби, какао. Для виведення солей оксалатів використовуються мінеральні води Нафтуса, Славяновська; при порушенні обміну уратів – Свалява, Лужанська; при фосфатурі тільки Доломітний нарзан. Всі води вживаються з розрахунку 15 мг/кг/д протягом 2-4 тижнів 2-4 рази на рік. При цьому враховується кислотність шлункового соку: при підвищеній випивати воду за 50-60 хв до їди, нормальній – за 30-40 хв, низькій – за 15 хв. Також призначено антигемотоксичний препарат „Реструкта про ін'єкціоне С” у дозі 2,2 мл по одній внутрішньом'язовій ін'єкції на 3 дні, на курс – 10-12 ін'єкцій. Щодо отриманих результатів, то знизилися показники екскреції оксалатів з $254,4 \pm 11,23$ до $98,4 \pm 6,54$ мкмоль/добу, уратів – з $4,87 \pm 0,91$ до $2,87 \pm 1,04$; відновлення рН сечі з $5,3 \pm 0,5$ до $6,1 \pm 0,8$; зниження вмісту сечової кислоти в крові – з $32 \pm 4\%$ до $19 \pm 3\%$, в сечі – з $28 \pm 3\%$ до $18 \pm 2\%$. У 19 хворих відзначалося збільшення діурезу після другої-третьої ін'єкції препарату на 15-30% що, очевидно, є першою ознакою відновлення процесів детоксикації.

Таким чином, дотримання дієти, адекватний водний баланс, а також додавання препарату „Реструкта про ін'єкціоне С”, забезпечує ефективну лікувально-профілактичну дію.

КАРДІОРЕНАЛЬНІ ВЗАЄМОВІДНОСИНИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Михайлова Ю.О.

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження - вивчити ступінь і характер порушення клубочкової (креатинін (Кр), кліренс креатиніну (ККр), цистатін С (ЦсС)), електролітовидільної (Na^+ , K^+), каналцевої (β_2 -мікроглобулін сечі (β_2 -МГ)) функцій нирок, при ХСН і ХСН в поєднанні з хронічною хворобою нирок (ХХН). Обстежено 103 пацієнти з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН I-IV функціонального класу. Перша

група (I) - 61 хворий з ХСН без супутньої ХХН, друга (II) - 42 пацієнти з ХСН та ХХН. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня ЦсС сироватки крові, β 2-МГ сечі. Рівень Кр визначали методом Яфе, K^+ сироватки крові - іонселективного методом, Na^+ сироватки крові - потенціометричним методом; ККр - за формулою Кокрофта-Голта.

Результати дослідження. В I групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 22,9%, ($p < 0,05$), зниження ККр на 27,4%, ($p < 0,05$), підвищення рівня ЦсС на 48,3%, ($p < 0,05$), збільшення β 2-МГ на 56% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У II групі рівень Кр підвищувався на 66,3%, ($p < 0,01$), ККр знижувався на 48,5% ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 83,3% ($p < 0,01$), β 2-МГ підвищувався на 113,9% ($p < 0,01$) в порівнянні з контрольною групою. Відмінності показників між I і II групами були достовірні ($p < 0,05$). У I і II групах рівні Na^+ і K^+ знаходилися в межах норми, проте у пацієнтів II в порівнянні з хворими I групи визначалося достовірне збільшення рівня Na^+ на 12,6% ($p < 0,05$).

Висновки. Зв'язок між показниками клубочкової функції нирок з рівнями β 2-МГ в сечі, ТФР- β , ФНП- α в крові вказують на взаємодію гломерулярної та тубулярної функцій з активністю імунзапалення та інтерстиціального фіброзу як при "застійній" нирці внаслідок ХСН ішемічного генезу, так і у пацієнтів ХСН з коморбідних фоном у вигляді латентної, початкової або уповільнено перебігаючої нефропатії. Багатофакторність патогенезу кардіоренального синдрому, що розвивається на тлі ХСН і поєднанні ХСН з ХХН, обумовлена як цілим рядом ініціальних факторів - гіпоксія нирок, вазоконстрикція артерій, імунзапалення, оксидативний стрес, ендотеліальна дисфункція та інші, що забезпечують формування «застійної» нирки, так і порушенням гломерулярної, каналцевої, електролітовидільної функцій нирок з проліферацією позаклітинного матриксу, розвитком нефросклерозу.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ

Мишенина Е.В.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины»

г. Харьков

Варикотромбофлебит – патологический процесс возникновения тромботических масс в варикознорасширенных подкожных венах ниж-

них конечностей, с выраженной клинической картиной. Частота развития этого осложнения варикозной болезни достигает 30%.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 65 больных с ОВТФ нижних конечностей на фоне классов С2—С6 хронической венозной недостаточности (ХВН) (по международной классификации СЕАР). Возраст больных варьировался от 28 до 75 лет, все они находились на стационарном лечении в клинике ГУ «Института общей и неотложной хирургии АМН Украины» с 2010 по 2012 год. Из них – 19 человек (29,2%) со степенью ХВН С2, 29 человек (44,6%) со степенью С3, 11 человек (16,8%) со степенью С4, со степенями С5 и С6 – 4 (6,3%) и 2 (3,1%) человека соответственно.

Результаты и методы. С целью предотвращения ТЭЛА и перехода тромботических масс, в глубокую венозную систему, нами были выявлены истинные границы тромба и направление тромбообразования при ультразвуковом цветном дуплексном ангиосканировании (ЦДАС) вен нижних конечностей, помимо этого выполнено комплексное общеклиническое обследование. При ЦДАС мы так же определяли сроки возникновения тромбоза по степени экзогенности тромботических масс, так как клинические проявления возникают на несколько дней позже, когда развивается паравазальное воспаление мягких тканей. Методика заключалась в исследовании поверхностных, перфорантных и глубоких вен нижних конечностей, используя пробу Вальсальвы и мануальные компрессионные тесты. Мы стремились к радикальной операции, направленной на предотвращение венозного тромбоза и уменьшение паравазального воспаления, в сроки до 14 дней от момента возникновения ОВТФ. Больным с высокой степенью риска развития послеоперационных венозных тромбозов проводили антикоагулянтную терапию до полного восстановления физической активности. Осложнений, влияющих на течение послеоперационного периода, не наблюдали.

Заключение. Таким образом, мы считаем, что ЦДАС вен нижних конечностей является обязательным методом исследования у пациентов с ОВТФ, а методом выбора хирургического лечения ОВТФ у больных варикозной болезнью являются радикальные комбинированные операции в сроки до 14 дней от момента возникновения заболевания.

ДИНАМИКА ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ

Мищенко Т.С., Баранова Е.В., Рыбалко Т.П.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

Мозговой инсульт остается одной из основных причин смертности и инвалидизации больных, а также оказывает разрушительное воздействие на ежедневную жизнь не только пациентов, но и на жизнь ухаживающих за ними. Поэтому исследованию и выявлению новых звеньев патогенеза мозговых инсультов отводится особая роль.

Целью исследования стало выявить соотношение про- и противовоспалительных цитокинов интерлейкина 6 и интерлейкина 10 у больных в остром периоде различных типов мозговых инсультов для совершенствования лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Нами было обследовано 26 больных с тяжелым течением мозгового инсульта (оцененного по шкале NIHSS больше или равно 12 баллов): 12 (46,2%) - ишемическим инсультом (ИИ), 14 (53,8%) – геморрагическим инсультом (ГИ). Из 26 больных 15 (57,7%) мужчин и 11 (42,3%) женщин, средний возраст которых составил $61,89 \pm 1,79$ лет. Всем больным было проведено клинико-неврологическое обследование, дуплексное сканирование интракраниальных и экстракраниальных сосудов, компьютерная томография, иммуноферментное определение интерлейкина 6 (ИЛ-6) и интерлейкина 10 (ИЛ-10).

Результаты. У больных ИИ в 1-е сутки заболевания было отмечено, что концентрация ИЛ-6 составляла $10,23 \pm 2,51$ пг/мл, что на 53,6% ниже, чем у больных ГИ, у которых содержание провоспалительного интерлейкина составляло $22,07 \pm 8,23$ пг/мл.

При определении уровня противовоспалительного ИЛ-10 выявлено, что вначале заболевания содержание его на 37,8% ниже в группе больных ИИ по сравнению с ГИ, - $2,63 \pm 0,7$ пг/мл и $4,23 \pm 0,85$ пг/мл соответственно.

Вывод. Таким образом, исходя из представленных выше данных, следует, что уровни ИЛ-6 и ИЛ-10 на 1-е сутки от начала заболевания заболевания выше у больных ГИ. Поэтому можно сделать предположение, что воспалительные процессы в 1-е сутки ГИ выражены интенсивнее по сравнению с ИИ.

РІВЕНЬ АСИМЕТРИЧНОГО ДИМЕТИЛАРГІНІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Молодан Д.В.

Харківський національний медичний університет

На сьогодні асиметричний диметиларгінін (АДМА) показав себе як перспективний маркер, що відображає вираженість патологічних змін з боку судин. Однак значення АДМА залишається до кінця нез'ясованим через низку не вирішених питань, що стосуються насамперед його причинно-наслідкового зв'язку з виникненням кардіоваскулярної патології.

Метою нашого дослідження було встановлення зв'язку між рівнем АДМА та такими маркерами ураження судин, як товщина комплексу інтима-медія (КІМ) та коефіцієнтом атерогенності у хворих на гіпертонічну хворобу та абдомінальне ожиріння.

Матеріали та методи. Було обстежено 67 хворих на гіпертонічну хворобу I-II стадії, 1-2 ступеня з абдомінальним ожирінням, середній вік яких становив ($56,0 \pm 5,0$) років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Всім пацієнтам проводились загальноприйняті методи обстеження для хворих на гіпертонічну хворобу. Для встановлення абдомінального ожиріння розраховувався індекс талія/стегна, верифікація морфологічних змін судин проводилась за показником товщини КІМ загальних сонних артерій під час ультразвукового дослідження. Атерогенність сироватки крові визначалась за коефіцієнтом атерогенності запропонованим А.Н.Клімовим (1977).

Отримані результати та висновки. Була встановлена достовірна позитивна кореляція між рівнем АДМА та товщиною КІМ загальних сонних артерій, а також коефіцієнтом атерогенності (0.01 ; $P < 0.002$).

Враховуючи це можна припустити, що рівень АДМА певним чином пов'язаний із розвитком потовщення КІМ каротидних артерій, що, в свою чергу, є відображенням розвитку подібних порушень у мозкових, коронарних та інших артеріях, а також проатерогенними змінами ліпідного спектру крові. Ці зміни можуть свідчити про розвиток атеросклерозу, а отже, АДМА може в певній мірі розглядатись як один із маркерів виникнення судинних уражень, зокрема у хворих на гіпертонічну хворобу з абдомінальним ожирінням. Поряд з цим є данні, які свідчать про те, що АДМА також може бути етіологічним фактором пошкодження судин.

ПОЛІМЕРАЗНА ЛАНЦЮГОВА РЕАКЦІЯ Real-time ДЛЯ ОЦІНКИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Молчанова О.В.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

Генітальний ендометріоз залишається актуальною проблемою сучасної гінекології, що зумовлено нестримним темпом росту захворюваності та поширеністю ендометріозу серед жінок репродуктивного віку. На сьогодні у вивченні проблеми зростає роль впливу умовнопатогенної грамнегативної мікрофлори (ентерокок, *E.coli*, клебсієла, тощо), неспорутовуючих анаеробів (бактероїди, пептострептококи, фузобактерії). Більшість мікроорганізмів до кінця не вивчено, проте беззаперечною залишається полімікробна етіологія урогенітальних дисбіозів при генітальному ендометріозі, за якого патологія виникає на фоні пригнічення імунної системи та діє за принципом взаємообтяження.

Метою нашого дослідження стало визначення діагностичної цінності методу полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) в режимі реального часу для визначення всіх потенційно значущих мікроорганізмів, включаючи анаероби та внутрішньоклітинні патогени.

Матеріали, методи та результати дослідження. З 2009 по 2011 рік в умовах гінекологічного стаціонару Львівської обласної клінічної лікарні нами обстежено 87 пацієнок з ендометріозом. З анамнезу вдалося виявити, що дисбіотичні та запальні захворювання супроводжують ендометріоз з часу першого встановлення такого діагнозу та турбували жінок ще до виявлення даної патології. У жінок із поєднанням ендометріозу та дисбіотичних проявів больовий синдром був інтенсивнішим, що підтверджує факт взаємообтяження. У 46% виявлено ознаки запалення внутрішніх статевих органів – діагностовано вагініт у 26% та бактеріальний вагіноз у 74% відповідно. Бактеріоскопія мазків виявила кандидоз у 37% обстежених. Проте аналіз ПЛР real-time («Фемофлор») дозволив розширити мікробний пейзаж у жінок з вагінітами до коринебактерій – 23%, стрептококів – 23%, ентеробактерій – 25%. Серед пацієнок з вагінозом було виявлено гарднереллу – у 60%, еубактерії – у 72%, уреоплазми – у 43%. У жінок з вагінітом лактобактерії виявлено у 48%, з вагінозом – у 34%.

Висновки. Аналіз за допомогою тест-системи «Фемофлор» дозволяє проводити комплексну оцінку етіологічної ролі інфекційних агентів у розвитку урогенітальної патології, розширюючи діагностичні можливості на прихованих та ранніх стадіях захворювань, що часто супроводжу-

ють генітальний ендометрію. Особливо актуальним є застосування даної системи у зв'язку із зростанням ролі умовнопатогенної мікрофлори.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТОКСЕМІЇ ТА ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З КАНДИДОЗОМ ПРИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВЕРХНЬОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Мосійчук Л.М., Кушніренко І.В., Парамонова К.В., Паранько А.С.
ДУ "Інститут гастроентерології НАМН України"

Метою роботи була оцінка ступеня ендогенної інтоксикації та запального процесу у хворих з кандидозом при ерозивно-виразкових захворюваннях верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

Матеріали та методи. Активність запального процесу оцінювали шляхом визначення сіркомукоїдів (СМ) та церулоплазміну (ЦП), наявність ендотоксемії визначали за вмістом молекул середньої маси (МСМ) в сироватці крові. Вміст СМ визначали за Weimer, МСМ – за Ніколайчуком В.В, вміст ЦП – за Ревіним. При статистичній обробці результатів використовували пакет програм SPSS 10.0 for Windows.

Об'єкти дослідження. Визначення даних показників були проведені у 78 пацієнтів з кандидозом. Пацієнти були поділені на три групи в залежності від ступеня кандидозу: 0 група – без кандидозу (11 хворих, група порівняння), I група – з орофарингеальним кандидозом (37 хворих), II група – з орофарингеальним кандидозом і інвазією у стравохід та шлунок (30 хворих).

Результати дослідження: у пацієнтів всіх груп відбувалася активація запального процесу, що підтверджувалося вірогідним підвищенням СМ та ЦП відносно контрольної групи. Так, вміст СМ в 0 групі підвищувався в 1,6 разу до $(0,45 \pm 0,03)$ г/л, у I групі в 1,5 разу до $(0,43 \pm 0,02)$ г/л і в II групі в 1,5 разу до $(0,44 \pm 0,03)$ г/л ($p < 0,001$) в порівнянні з контролем. Виявлено підвищення вмісту ЦП у 18,2% хворих 0 групи, 57,6% - I та 66,6% - II груп в порівнянні з контролем. Якщо розглядати ЦП як головний циркулюючий фермент плазми, який приймає участь у процесі антиоксидантного захисту, найбільше підвищення його активності в I та II групах хворих в порівнянні з хворими 0 групи, свідчило про захисну реакцію організму в системі антиоксидантного захисту. Підвищення рівня МСМ підтверджувало наявність ендотоксемії у хворих всіх груп, було виявлено поглиблення ендотоксикозу у 56,7% хворих II групи, де вміст

МСМ підвищувався у 1,4 разу порівняно з контролем ($p < 0,05$) та 0 групою хворих ($p < 0,05$).

Висновки: встановлено, що у пацієнтів з кандидозом при ерозивно-виразкових захворюваннях верхнього відділу шлунково-кишкового тракту відбувалася активація запальних процесів та посилення ендотоксикозу, більш глибокі зміни були виявлені у пацієнтів з орофарингеальним кандидозом і інвазією у стравохід та шлунок, що може бути пов'язано з накопиченням токсинів і продуктів життєдіяльності інфекційних агентів.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ КИШЕЧНИКУ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗІ

Москалюк І.І., Федів О.І., Москалюк В.І.

Буковинський державний медичний університет

Для виявлення нових механізмів порушень функціонального стану кишечника при тиреотоксикозі обстежено 60 хворих на токсичні форми зобу, яким була проведена оцінка стану серцево-судинної системи та вегетативного статусу, досліджено стан оксидатно-протиоксидантного гомеостазу, протеоліз та фібриноліз плазми крові. Оцінку моторно-евакуаторної функції кишечника проводили модифікованим методом фоноентерографії. Усі хворі були розділені на 3 групи залежно від виду порушень органів травлення. До 1-ї групи увійшло 25 хворих (42%) на тиреотоксикоз, у яких виявлено гіпермоторику кишечника, 2-у групу склали 17 (28%) пацієнтів з тиреотоксикозом без кишкової дисфункції, 3-ю - 18 (30%) хворих на токсичні форми зобу з гіпомоторикою кишечника. При оцінці вегетативного статусу за Вейном вже на ранніх етапах розвитку тиреотоксикозу виявлено тенденцію до переваги симпатичної нервової системи з відповідним характером порушень функцій кишечника. У всіх пацієнтів спостерігається більш виражена інтенсифікація процесів пероксидного окиснення ліпідів на тлі зниження активності ферментів антиоксидантного захисту. Характерно, що протеолітична активність до середньомолекулярних пептидів найбільш виражена у хворих 1-ої групи, а до високомолекулярних – у хворих 3-ї групи. У хворих з гіпомоторикою кишечника найбільш виражена активація ферментативного фібринолізу, а у хворих з гіпермоторикою – неферментативної фібринолітичної активності. Відмінності у проявах вегетативного дисбалансу, активності про- та антиоксидантних систем, протеолізу, фібринолізу у пацієнтів із різними формами порушень функцій кишечника при тиреотоксикозі

зумовлюють необхідність розробки нових підходів до лікування таких хворих з урахуванням механізмів їх виникнення.

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ ИЛИ ПОДАГРОЙ

Мохначёв А.В.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Многочисленные исследования показали наличие зависимости фатальных исходов ишемической болезни сердца (ИБС) у больных с сопутствующими заболеваниями и факторами риска. Особое место в этом вопросе занимает сочетание ИБС с артериальной гипертензией (АГ), гиперурикемией, подагрой и ожирением. Статистика свидетельствует, что гиперурикемия обнаруживается у 8-12% населения Украины, подагрой страдает 0,4% населения, а у 43-45% больных регистрируется повышение артериального давления. Одним из ключевых и неотъемлемых элементов в лечении подагры и избыточного веса (ожирения) является диетотерапия. Этот аспект лечения был взят в основу настоящих исследований.

Целью данного исследования было изучение эффективности использования диетотерапии у пациентов с ишемической болезнью сердца и избыточной массой тела, сочетающихся с артериальной гипертензией, гиперурикемией или подагрой.

Было отобрано 60 пациентов с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и избыточной массой тела (средний возраст 54,2 года), которые были разделены на 4 группы, отличавшиеся друг от друга наличием подагры или гиперурикемией и особенностями диетотерапии. В контрольных группах пациенты получали стандартную медикаментозную терапию и диету, рекомендованную для лечения ИБС и артериальной гипертензии, в двух оставшихся группах вместо стандартной диеты применялась специальная диета (разработана программа индивидуальной диеты пациента, с учётом её экономической составляющей) учитывающая наличие у пациентов гиперурикемии. В ходе работы обращали внимание на: частоту болевых эпизодов (с приёмом нитратов), уровень АД (измерение в стационарных условиях и суточное мониторирование), индекс массы тела, оценку уровня стресса по шкале Холмса-Рае, оценку качества жизни по 100 бальной шкале и уровень мочевой кислоты. Контроль лечения осуществлялся через 3

месяца.

Как показали результаты, наилучшего эффекта удалось добиться в группе пациентов с гиперурикемией и использованием диетотерапии несколько худший эффект отмечался в группе пациентов страдающих подагрой и с использованием диетотерапии. В свою очередь, при сравнении показателей групп, было отмечена необходимость применения диетотерапии, как обязательного элемента лечения, усиливающего эффект медикаментозной терапии и улучшающего качество жизни пациента.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Мудраковская Э.В*, **Горелик С.Г.****, **Колпакова Н.А.****

**Медицинский центр «Ваша Клиника», г. Москва,*

*** Национальный исследовательский университет «БелГУ».*

Цель исследования - изучить распространенность и особенности диагностики пиелонефрита у больных старшей возрастной группы в свете современных особенностей его малосимптомного и латентного течения.

Материал и методы исследования. Обследовано 199 больных в возрасте от 61 до 89 лет. Критерием для включения больных в исследование было: возраст старше 60 лет и наличие патологии мочевыделительной системы без заболеваний половой сферы. Средний возраст пациентов составил $73,5 \pm 2,9$ лет, 74 (37,2%) мужчин и 125 (62,8%) женщины. В зависимости от возраста обследованные пациенты были распределены в 2 группы. 1-ю группу составили 172 больных пожилого возраста (средний возраст $67,5 \pm 2,1$ лет), 2-ю группу – 45 больных старческого возраста (средний возраст $79,8 \pm 1,6$ лет).

Результаты исследования: Пиелонефрит был выявлен у 126 (63,3%) пациентов пожилого и старческого возраста. По нашим данным, отмечается значительное превалирование вторичного пиелонефрита (48,3% в пожилом возрасте и 57,8% в старческом) над первичным (6,9% и 11,1% в пожилом возрасте и старческом возрасте соответственно). Среди вторичного пиелонефрита большую часть составил калькулезный пиелонефрит (37,8% в пожилом возрасте и 51,1% в старческом возрасте), который являлся осложнением мочекаменной болезни. У 50 (29,1%) больных пожилого возраста и у 16 (35,6%) калькулезный пиелонефрит носил obstructивный характер, по поводу чего 27 (21,4%) пациентов проопери-

рировано в срочном порядке. У данной категории пациентов отсутствовали или имелись минимальные изменения в общем анализе мочи, бактериологическом посеве мочи до оперативного вмешательства. Течение пиелонефрита у 21 (10,5%) пациентов было отягощено сахарным диабетом. Большая часть диагностированного пиелонефрита имела хроническое течение – у 85 (67,5%) пациентов пожилого и у 28 (62,2%) пациентов старческого возраста. Бактериологическое исследование мочи выполнено 55 (43,7%) пациентам, при этом у 28 (50,9%) пациентов пиелонефрит имел бактериальную этиологию, у 2 (3,6%) пациентов грибковую и у 25 (45,5%) посев мочи не дал роста микрофлоры. Другим пациентам посев мочи не выполнялся в связи с латентным течением пиелонефрита или отсутствием подозрения на мочевою инфекцию. Особенности диагностики пиелонефрита у этой категории пациентов: у большинства пациентов отсутствовали или были незначительные изменения в лабораторных исследованиях, клинические проявления имели стертый характер.

Выводы: лабораторная диагностика является одной из наиболее доступных и широко применяемых. Однако, по данным лабораторной диагностики не всегда можно заподозрить пиелонефрит. Латентная фаза хронического пиелонефрита не отличается наличием ярких симптомов заболевания и протекает обычно бессимптомно. При этом анамнестические сведения имеют важное значение в распознавании хронического пиелонефрита. Но нередко течение пиелонефрита возможно и без активной фазы воспаления, что значительно затрудняет диагностику.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УРОНЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мудраковская Э.В.* , Колпакова Н.А. , Горелик С.Г.**.**

**Медицинский центр «Ваша Клиника», г. Москва*

*** Национальный исследовательский университет «БелГУ».*

Цель исследования: Изучение распространенности и структуры уронефрологической патологии у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Объектом исследования явился контингент больных пожилого и старческого возраста, госпитализированных урологическое отделение Государственное учреждение здравоохранения «Шебекинскую центральную районную больницу» (ГУЗ «Шебекинскую ЦРБ») за 2011г.

Результаты исследования. За 2011г. в урологическом отделении ГУЗ «Шебекинская ЦРБ» с мочеполовой патологией пролечено 523 больных. Оперативному лечению подвергнуто 214 (40,9%) пациентов, из них 105 (49,1%) старше 60 лет. При этом, в срочном порядке прооперировано 136 (26,0%) больных, из них 74 (54,4%) старше 60 лет. Осложнения раннего послеоперационного периода наблюдались у 22 (10,3%) пациентов, из них старше 60 лет 77,3% (17 пациентов). Послеоперационная летальность составила 6 (1,2%) больных, из них 83,3% (5 больных) в возрасте старше 60 лет. Причиной летальных исходов явилась декомпенсация сопутствующей патологии.

Для изучения распространенности и структуры уронефрологической патологии проанализированы медицинские карты стационарного больного 52 больных старше 60 лет. Критерии включения больных в исследование: возраст старше 60 лет и наличие патологии мочевыделительной системы без заболеваний половой сферы. Средний возраст пациентов составил $69 \pm 3,6$ лет, 19 (36,5%) мужчин и 33 (63,5%) женщины. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям.

Структура уронефрологической патологии у больных пожилого и старческого возраста: мочекаменная болезнь диагностирована у 32 (61,5%) больных, пиелонефрит - у 29 (55,8%), киста почки - у 9 (17,3%), цистит - у 10 (19,2%), паранефрит - у 1 (1,9%), уросепсис и инфекционно-токсический шок - у 1 (1,9%), рак мочевого пузыря - у 5 (9,6%), цистоцеле - у 2 (3,8%), нефроптоз - у 1 (1,9%), недержание мочи - у 1 (1,9%), диабетическая нефропатия - у 1 (1,9%), аномалия развития мочевыделительной системы - у 2 (3,9%), стриктура уретры - у 1 (1,9%), рак почки - у 1 (1,9%), нейрогенная дисфункция мочевого пузыря - у 2 (3,85%), острая почечная недостаточность - у 1 (1,9%), хроническая почечная недостаточность - у 6 (11,5%). Сочетание нескольких патологий мочевыделительной системы отмечено у 37 (71,2%) больных. У 63,5% (33 пациентов) имелись сопутствующие заболевания. Оперативному лечению подверглись 10 (19,2%) больных. 3,8% (2 пациента) для дальнейшего лечения были переведены в «Белгородскую областную клиническую больницу Святителя Иоасафа».

Выводы: Распространенность уронефрологической патологии у больных пожилого и старческого возраста составляет 9,9% от общего числа пролеченных больных. Низкие показатели урологической заболеваемости по отдельным нозологиям, вероятно, могут быть связаны с погрешностью их статистического учета, низким уровнем диагностики, недостаточностью профилактических мероприятий и особенностями лечебного учреждения. 63,5% больных пожилого и старческого возраста с уронефрологической патологией имели сопутствующую патологию, и у 71,2% пациентов имелось сочетание нескольких патологий мочевыде-

лительной системы. При этом взаимовлияние заболеваний в различных нозологических формах представляет значительные диагностические трудности, влияет на выбор лечения. Для уменьшения частоты госпитализации, профилактики осложнений, смертности необходима организация специальных скрининговых программ и улучшение динамического наблюдения больных пожилого и старческого возраста на амбулаторном этапе.

РОЛЬ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАНИЯ В МОНОЛАТЕРАЛЬНАЯ СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Новиков Д.Ю., Анацкий А.Н.

*Национальный исследовательский университет «БелГУ», МБУЗ
«Городская клиническая больница №1» г. Белгород*

Цель работы: клиническая оценка односторонней спинальной анестезии при операции артроскопии коленного сустава.

Материалы и методы: В исследование вошло 26 пациентов, которым выполнялась артроскопия коленного сустава. Перед анестезией в течение 15-20 минут внутривенно вводили 5-7 мл/кг кристаллоидных растворов. СА выполнялась в положении пациента лежа на боку, на стороне оперативного вмешательства. Пункция субарахноидального пространства производилась на уровне L₃-L₄ иглами 22G. Перед инъекцией анестетика апертуру иглы ориентировали в сторону оперативного вмешательства. Интратекально вводили 10 мг 0,5% гипербарического раствора бупивакаина в течение 100-120 с. После инъекции больные находились в положении на боку в течение 15-20 мин. Оценивали время начала анестезии, максимальную высоту, глубину анестезии и время регрессии сенсорного блока. Нарушения моторной функции, снижение или потеря чувствительности на неоперируемой конечности рассматривалось как двусторонний блок. Интраоперационный мониторинг осуществлялся с помощью монитора МПР6 – 03 «Тритон».

Результаты: После субарахноидальной инъекции начало анестезии отмечалось на 5-7 минуте. Анализ полученных результатов показал, что одностороннюю спинальную анестезию удалось достичь у 22 (84,6%) пациентов. У четырех (15,4%) пациентов развилась двухсторонняя спинальная анестезия. Время регрессии сенсорного блока при односторонней спинальной анестезии составило 164,5 +/- 20 минут. Через 20 минут после субарахноидальной инъекции на оперируемой конечности мотор-

ний блок отмечался у всех 26 (100%) пациентов. Полученные результаты анестезии позволили успешно выполнить планируемое хирургическое вмешательство. При этом у всех 26 (100%) пациентов гемодинамические показатели были стабильными и не требовали увеличения темпа инфузии, введения коллоидов или вазопрессоров. Все 22 (84,6%) пациента, у которых удалось выполнить одностороннюю спинальную анестезию положительно отозвались о сохранности движения в неоперированной конечности. Это позволило им раньше активизироваться в послеоперационном периоде. Так же следует указать, что в группе с достигнутой односторонней спинальной анестезии не отмечено нарушений мочеиспускания (непроизвольного, или задержки мочи).

Выводы: односторонняя спинальная анестезия с использованием гипербарического раствора бупивакаина является эффективным методом анестезиологического обеспечения артроскопических операций на коленном суставе, оказывает минимальное влияние на гемодинамические показатели, психологически лучше переносится больным и способствует ранней активизации больных, что весьма важно в современной хирургии «одного дня».

ПОПЕРЕДЖЕННІ ВИНИКНЕННЯ ЕРОЗИВНИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ ХВОРОБИ

Нурдінов Х.Н., Польовий В.П., Пауль Харі

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Системні патологічні процеси, які властиві для травматичної хвороби, безпосередньо торкаються органів шлунково-кишкового тракту. Одним з найбільш важких можливих ускладнень є кровотеча, джерелом якої слугують гострі ерозії та виразки шлунка і дванадцятипалої кишки. За даними літератури частота даного ускладнення сягає 25%, а летальність варіює в межах від 8% до 30%.

Метою дослідження було попередження виникнення гострих ерозій і виразок шлунково-кишкового тракту шляхом використання раннього ентерального харчування.

Проведено дослідження 21 хворого з тяжкою поєднаною травмою. Контрольну групу склали 10 хворих, які лікувалися за традиційними методиками. Критеріями ранньої діагностики ризику розвитку гострої недостатності шлунково-кишкового тракту при важких пораненнях і травмах були локалізація ушкодження, бальна об'єктивна оцінка тяжкості ушкодження і тяжкості стану потерпілих (тяжкість ушкодження більше 2 балів

за шкалою ВПХ-П; тяжкість стану при поступленні більше 21 бала за шкалою ВПХ-СП; тяжкість стану хворого в перебігу травматичної хвороби більше 23,0 балів за шкалою ВПХ-СГ або наявність травматичного ушкодження органів живота).

Раннє ентеральне харчування розпочинали безпосередньо після стабілізації гемодинамічних показників шляхом встановлення постійного шлункового зонда. За наявності значного застійного вмісту в шлунку (більше 500 мл за добу) проводили ендоскопічне встановлення зонда в дванадцятипалу кишку.

Ентеральне харчування проводили згідно наступного алгоритму. Після уведення глюкозо-електролітної суміші (об'єм 800 мл за 12 годин), розпочинали уведення 5% харчової суміші зі швидкістю 25 мл/год. При цьому збільшували швидкість її уведення кожні 8 годин до досягнення необхідної, за детального обліку уведених і виділених рідин з припіднятим положенням хворого в ліжку. З метою своєчасної діагностики аспірації, періодично добавляли до суміші розчин метиленового синього з метою перевірки трахеального або назофарингеального аспірату на наявність покращеного вмісту.

Таким чином, застосування даної програм інтенсивної терапії щодо хворих з травматичною хворобою супроводжується зменшенням частоти розвитку ерозивних і виразкових уражень шлунка і дванадцятипалої кишки на 8,2%, за наявності кровотечі з них, показника летальності на 5,6%.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЛЕПТИНОМ, ФАКТОРОМ НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ-АЛЬФА И ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Огнева Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования – оценить корреляционные связи между лептином, ФНП-α и индексом массы тела (ИМТ) у больных НАЖБП в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа и ожирением.

Материалы и методы исследования: Обследовано 50 больных с НАЖБП в сочетании с СД 2 типа и ожирением (ИМТ≥30) в возрасте от 44 до 62 лет с давностью СД 2 типа от 1,5 до 29 лет. У всех обследованных были измерены рост, вес, рассчитан ИМТ. Уровень лептина определялся иммуноферментным сэндвич-методом с помощью набора реактивов «DRG», ФНП-α - иммуноферментным методом с помощью набора реактивов

«Вектор-бест». Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц с ИМТ<25. Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Проводили дисперсионный и корреляционный анализ между всеми исследуемыми показателями с расчетом степени достоверности и корреляционной зависимости.

Результаты исследования: Средний уровень лептина составил (21,02±0,32) нг/мл в группе больных и (5,02±0,16) нг/мл ($p<0,05$) в контрольной группе; средний уровень ФНП-α составил (96,65±0,72) пкг/мл в группе больных и (29,19±1,05) пкг/мл ($p<0,05$) в группе контроля; средний ИМТ в группе больных составил (35,23±0,54) кг/м², а в группе контроля (23,75±0,19) кг/м² ($p<0,05$). Обнаружена сильная корреляционная зависимость между уровнем лептина и ИМТ ($r=0,88$), ФНП-α и ИМТ ($r=0,89$), а также сильная корреляционная зависимость между уровнем лептина и ФНП-α ($r=0,83$) в группе больных; корреляционные связи между исследуемыми показателями в группе контроля сохранились, однако в иной степени: отмечена средняя корреляционная зависимость между уровнем лептина и ИМТ ($r=0,56$), а также слабые корреляционные связи между ФНП-α и ИМТ, а так же между лептином и ФНП-α ($r=0,20$ и $0,13$ соответственно).

Выводы: Значимая корреляционная зависимость между лептином, ФНП-α и ИМТ говорит о связи ожирения и нарушений углеводного обмена с процессами воспалительного ответа и, вероятно, с процессами фиброгенеза. Высокая корреляционная взаимосвязь между лептином и ФНП-α подтверждает данные о том, что исследуемые адипокины имеют тесно связанный механизм выработки и активации в организме, особенно при наличии нарушений углеводного обмена и ожирения.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Одинец Ю.В., Головачева В.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель исследования – изучить влияние электромагнитного (ЭМИ) на организм ребенка на основании клинико-экспериментального исследования.

Задачи исследования: 1) разработать анкету по влиянию ЭМИ на детский организм; 2) проанкетировать учеников 10-11 классов средней школы; 3) изучить влияние ЭМИ на крысят линии Вистар.

Материалы и методы исследования: Нами проанкетировано 74 учащихся 10-11 классов средней общеобразовательной школы №164, из них

22 мальчика (30%) и 52 девочки (70%).

Экспериментальная часть работы проведена на 3-месячных крысах линии Вистар и их потомках в период новорожденности. Основную группу (50 взрослых крысят) подвергали действию низкоинтенсивного ЭМИ каждый день по 4 часа в течение 1 месяца. 50 животных контрольной группы каждый день по 4 часа пребывали в камере, которая соответствует размерам камеры прибора. Проводилось морфологическое исследование правой почки крысят-потомков.

Все опрошенные школьники имели мобильные телефоны. Длительность пользования мобильными телефонами колебалась от 3 до 8 лет. Среднее время, проводимое с электроникой, в основном составило 4-5 часов в сутки (41% детей). Ухудшение общего самочувствия после контакта с электроникой более 5 часов отметили 36% детей, головную боль после длительного разговора по телефону – 37% опрошенных. Резь или боли в глазах после работы с компьютером или чтения электронной книги отметили 32% детей. Признали ухудшение общей успеваемости в школе после длительного использования (более 5 часов) компьютера или другой электроники 28% учащихся.

В результате исследования внутриутробного действия ЭМИ у потомков крыс основной группы установлено: почки покрыты соединительнотканной капсулой, в некоторых местах слегка сморщенной. Наблюдалось уменьшение количества клубочков в поле зрения окуляра в основной группе по сравнению с контрольной. Эмбриональных клубочков меньше, чем в контрольной группе. Просветы части канальцев сужены, эпителий отечный, увеличиваются количество зухромных ядер, часто с эксцентрично расположенным ядрышком.

Основываясь на полученных результатах, можно предположить о негативном влиянии ЭМИ на детский организм, что диктует необходимость разрабатывать способы профилактики для минимизирования отрицательного действия ЭМИ.

ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЖИРОВОГО ОБМІНУ В ЛЕГЕНЯХ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ФІБРОЗНО-КАВЕРНОЗНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Олексинська О.О., Кузовкова С.Д., Ліскіна І.В.

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»*

В нормі в легенях мінімальна кількість жирових сполук визначається в сурфактанті альвеол. При патологічних процесах кількість ліпі-

дів в тканинах легень може значно зростати. Зокрема, імуногістохімічні дослідження показали непропорційно високий вміст білків, які приймають участь в метаболізмі ліпідів, в клітинах туберкульозної гранульоми. Крім того, в експерименті показано, що *M. Tuberculosis* можуть індукувати утворення краплин ліпідів в цитоплазмі макрофагів. Зважаючи на це, зберігає актуальність дослідження можливої наявності та характеру жирових сполук в тканині легень при туберкульозному процесі.

Мета роботи – дослідження наявності та особливостей розподілу відкладень жиру в легеневій тканині хворих на мультирезистентний фіброзно-кавернозний туберкульоз (ФКТ) легень.

Досліджено тканини легень 9 хворих з морфологічно високим та б – з помірним ступенями активності специфічного процесу. Гістопрепарати (серійні зрізи) забарвлювали гематоксиліном-еозином і суданом III-IV. Локалізацію жирів визначали методом світлової мікроскопії, збільшення $\times 200$ та $\times 400$. Розрізняли краплини за діаметром: мікрокраплини (1–2 мкм), дрібні краплини (3–10 мкм) і крупні жирові краплини – >10 мкм.

Встановлено, що при різній активності ФКТ у всіх випадках присутні відкладення мікрокраплин ліпідів та рідше, в $(36,17 \pm 17,1) \%$, – відкладання дрібних краплин у некротичному шарі стінки каверни. Часто спостерігали просякнення грануляційного шару каверни мікрокраплинами жиру, в середньому в $(66,7 \pm 17,5) \%$ випадках, дрібні краплини в цьому ж шарі знайдені у $(75,0 \pm 15,5) \%$ випадків, а в фіброзному шарі лише зрідка, в $(11,1 \pm 10,5) \%$ спостережень, спостерігали мікрокрапельні жирові депозити.

У перифокальній області до каверни спостерігали переважно накопичення краплин ліпідів (>10 мкм в діаметрі) в альвеолярних макрофагах. Останні утворювали значні осередкові скупчення. У вогнищах відсіву переважали мікрокраплини та дрібні краплини жирів. Характерним спостереженням було виразне просякнення вісцеральної плеври мікрокраплинами і дрібними краплинами ліпідів.

Продемонстровано, що для стінки каверни типовими є мікрокрапельне просякнення та дрібнокрапельні дифузні жирові депозити. Найбільш вагомим відкладенням жирових сполук спостерігаються в альвеолярних ліпофагах поза каверною та в інтерстиції легеневої тканини. Не встановлено суттєвих відмінностей в характері та кількості жирових сполук залежно від ступеня активності запалення при ФКТ.

СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ ПРО ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ У ПАТОГЕНЕЗІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ: КОНТЕНТ – АНАЛІЗ

Ольховський Д.В. Наріжна А.В., Кравчун П.П.

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) є захворюванням, у розвитку якого головне значення має взаємодія генетичних факторів та несприятливих екзогенних впливів - факторів зовнішнього середовища.

На цей час проводяться численні дослідження по вивченню ролі різноманітних генів у розвитку АГ. Схильність до розвитку різних захворювань, в тому числі АГ, асоціюється з поліморфізмом певних генів. Під поліморфізмом розуміють послідовність декількох варіантів (алелей) одного й того ж гену. Поліморфізм гену певним чином, позитивно чи негативно, пов'язаний з клінічними визначеннями захворювання (фенотипом).

Мета: узагальнити наявні знання про значення поліморфізму генів у патогенезі артеріальної гіпертензії.

Матеріали дослідження: опубліковані результати досліджень по проблемі поліморфізму генів у хворих на АГ.

Результати та обговорення. Пандемічний характер АГ зумовлений у 35-69% генетичними особливостями, у 31-50% залежить від стилю життя індивідуума, у 10-15% - від чинників зовнішнього середовища, які реалізуються через генотип.

Мутації у генах, котрі кодують основні системи контролю артеріального тиску, активно вивчаються в усьому світі, однак їх роль у патогенезі АГ є до кінця не з'ясованою, а результати таких досліджень суперечливі і вагомо відрізняються в окремих популяціях.

Дискутабельним є вплив поліморфізму генів на фенотипові прояви АГ, пенетрантність у гіробандів та сибсів, молекулярно-клітинні механізми ураження органів-мішеней і появи ускладнень, зміни метаболізму вуглеводів і ліпідів, вплив на прогноз, тощо. Не повністю розкриті наріжні питання ранньої діагностики АГ та формування груп ризику, які базуються на визначенні індивідуального генетичного поліморфізму.

Висновок. Згідно гемодинамічної концепції розвитку АГ, важливу роль у формуванні підвищеного тиску відіграє дисбаланс в дії пресорних та депресорних агентів, роль яких можуть грати гени, продукти яких беруть участь у регуляції тонуусу судин.

ЗМІНИ РІВНІВ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТА- β 1 В КРОВІ ПІД ВПЛИВОМ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ, ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ, АНТИДІАБЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Першина К.С., Старченко Т.Г.

ДУ «Інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України», м. Харків

Мета роботи – вивчити рівні трансформуючого фактора росту- β 1 (ТФР- β 1) в сироватці крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу в динаміці комбінованої антигіпертензивної, гіполіпідемічної, антидіабетичної терапії.

Матеріал і методи: Обстежено 25 хворих, із яких 13 отримували метформін в добовій дозі 850-1000 мг і 12 пацієнтам призначався гліклазид дозою 30-60 мг на добу. Антигіпертензивна терапія у хворих на ГХ з ЦД 2 типу здійснювалась за допомогою периндоприла (5-10 мг на добу) в поєднанні з небівололом (5-10 мг на добу) та додаванням тіазидоподібного діуретика індапаміда в дозі 1,5 мг на добу. Гіполіпідемічна терапія проводилась препаратом аторвастатин дозою 10 мг на добу.

Результати: Встановлено, що у хворих на ГХ з ЦД 2 типу рівень ТФР- β 1 в крові склав $(14,5 \pm 1,12)$ нг/мл, при ГХ – $(10,3 \pm 0,83)$ нг/мл, що суттєво відрізнялось від практично здорових осіб $(6,80 \pm 1,21)$, ($p < 0,05$; $p < 0,05$). При цьому рівень ТФР- β 1 в сироватці крові був вірогідно вище у хворих на ГХ в разі наявності ЦД в порівнянні з пацієнтами на ГХ ($p < 0,05$). Встановлені особливості змін рівнів ТФР- β 1 в крові в залежності від виду антидіабетичної терапії. У групі хворих, які отримували комбіновану терапію з призначенням метформіна, зниження рівнів ТФР- β 1 в сироватці крові $((6,3 \pm 0,22)$ нг/мл) було вірогідно ($p < 0,05$) краще вираженим, ніж у групі хворих, які отримували гліклазид $((3,76 \pm 0,25)$ нг/мл).

Висновки. Застосування метформіна на тлі комбінованої антигіпертензивної, гіполіпідемічної терапії призводило до значнішого зниження профіброгенного фактора росту ТФР- β 1 в сироватці крові в порівнянні з гліклазидом у хворих на ГХ з ЦД 2 типу, що свідчить про доцільність призначення метформіну для гальмування синтезу потужного профіброгенного фактору росту - ТФР- β 1.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Поляков П.И.*, Горелик С.Г.**, Волков Д.В.**.

*Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН,

**Национальный исследовательский университет «БелГУ»

Цель исследования - сравнить распространенность хирургической патологии у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования: объектом исследования явился контингент больных пожилого и старческого возраста, получивших лечение в хирургических стационарах многопрофильных больниц города Белгорода. Статистическая обработка материала проведена методом описательной статистики, с использованием программы STATISTICA 6.0.

Результаты исследования и выводы. Проанализировано 811 историй болезни больных старческого возраста и 299 историй болезни больных пожилого возраста, пролеченных в хирургических отделениях многопрофильных больниц города Белгорода.

Изучена распространенность хирургической патологии у лиц пожилого и старческого возраста. Следует отметить, что из 299 больных пожилого возраста, поступивших в хирургическое отделение после обследования не оказалось острой хирургической патологии у 14 (4,7%) больных, среди лиц старческого возраста острой хирургической патологии не обнаружено у 53(6,5%) пациентов.

По нашим данным структура хирургического патологии у лиц пожилого возраста и у больных старческого возраста практически одинакова. Процент встречаемости ЖКБ с острым холециститом (30,2% и 30,9%), хронической варикозной болезни нижних конечностей (7,7% и 8,4%), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением или перфорацией (4,9% и 5,4%), дивертикулярной болезни ободочной кишки с кровотечением или дивертикулитом (1,4% и 2,2%) практически одинаков. Процент встречаемости сахарного диабета II типа с СДС (7,7% и 6,5%), острой спаечной кишечной непроходимости (4,6% и 6,3%), гнойно-воспалительных заболеваний (8,8% и 7,4%), ИБК с тромбозом брыжеечных сосудов и некрозом участка кишки (1,1% и 2,1%), смешанном геморрое, осложненном кровотечением или тромбозом (0% и 0,8%), тромбозом верхней и нижней конечностей (0% и 1,5%), закрытых повреждениях живота (0% и 0,8%) и грудной клетки (0% и 0,4%), доброкачественные новообразования мягких тканей (1,4% и 0%) различается не существенно. Большие различия наблюдаются при обли-

терирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей (19,6% и 9,9%), грыжах различной локализации (1,1% и 5%), злокачественных новообразований различной локализации (5,9% и 2,8%), острого панкреатита (4,2% и 7,8%).

Полученные данные позволят улучшить диагностику хирургической патологии у больных пожилого и старческого возраста и разработать рациональную систему лечебно-профилактических мероприятий у данной группы населения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Пятикоп-Черняева О.В., Руденко М.А.

ХНМУ

Цель. Снижение акушерских и перинатальных осложнений при перенашивании беременности путем определения этиопатогенетических механизмов влияния медицинского озона на организм матери и плода, и разработка новых немедикаментозных средств коррекции перенашивания.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 беременных женщин в возрасте 18 – 40 лет в сроке 41-43 недели беременности с ПБ (основная группа) и 30 беременных с физиологическим течением беременности в сроке 38-40. Основная группа была разделена на 3 подгруппы: в 1 группе беременных с перенашиванием беременности в которой для подготовки к родам применялась традиционная схема терапии с применением простагландинов (препидил-гель), 2 и 3 группы составили 30 беременных с использованием озонотерапии, комбинированного метода лечения с применением озонотерапии. Всем беременным проводились ультразвуковые, доплерометрические исследования плода, лабораторные общие клинические, иммунологические и гормональные методы исследования.

Результаты и их обсуждения. Применение озонотерапии с целью профилактики и лечения ПБ привело к созданию оптимальной биологической готовности организма к родам у 68,7% первородящих и 84,0% повторнородящих, спонтанному развитию родовой деятельности у 78,3% беременных. После проведения комплексного метода воздействия спонтанная регулярная родовая деятельность возникла у 75,5% по сравнению с группами, где использовалась монотерапия. После использования медицинского озона в сочетании с простагландинами реже, чем в 1

и 2 підгруппах зустрічались аномалії родової діяльності, найбільш низьким (практично в 4 рази нижче, ніж в 1-ій підгрупі) був кесаревих розтинів, тільки в 9,6% випадків спостерігався родовий травматизм матері та плоду.

Внаслідок вивчення перинатальних показників встановлено позитивний вплив комплексного застосування озонотерапії на стан новонароджених, а також поліпшення показників фізичного розвитку та перебіг раннього неонатального періоду.

Висновки. Таким образом, с целью снижения акушерских и перинатальных осложнений путем профилактики и лечения ПБ рекомендуется использование комбинированной схемы лечения включающей в себя озонотерапию в комплексе с простагландинами.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО БЕЗКАМЯНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ (ХБХ) ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ (ГБ)

О.В.Резуенко

Харківський національний медичний університет

В останні роки велика увага медичної спільноти пригорнута до проблеми вторинного остеопорозу (ОП). Його формування при багатьох захворюваннях внутрішніх органів впливає не тільки на якість життя хворого, але й доволі часто визначає його тривалість. Серед таких захворювань розглядають хвороби травного тракту та серцево-судинної системи. Формування ОП відбувається внаслідок порушення кальцієвого обміну та результатом таких порушень стає зниження маси кісткової тканини та порушення її мікроархітектоніки, що відображає процес ремоделювання кісток. В нормі процес ремоделювання здійснюється в тісному взаємозв'язку між резорбцією та кісткоутворенням. Але при патологічних станах це співвідношення порушується, що призводить до втрати кісткової маси та підвищення ламкості кістки.

Мета роботи: визначити зміни в показниках кісткового ремоделювання у хворих з поєднаним перебігом ХБХ та ГХ.

Матеріали та методи. Обстежено 70 пацієнтів з коморбідністю ХБХ та ГХ (основна група). Середній вік хворих складав $39,7 \pm 6,4$ роки; переважали жінки – 54 (77,1%). До групи порівняння увійшло 15 пацієнтів з одноосібним ХБХ та 20 практично здорових осіб склали групу контролю для отримання показників норми. Всі групи були репрезентативні за віком та статтю. Стан кісткового метаболізму оцінювали за

активністю кісткового ізоферменту лужної фосфатази (КІЛФ) - маркер утворення кісткової тканини та рівню тартратрезистентної кислоти фосфатази (ТРКФ) - маркера кісткової резорбції.

Результати та їх обговорення. При визначенні стану кісткової резорбції за вмістом ТРКФ відзначено збільшення даного показника порівняно з контролем. Так, при одноосібному перебігу ХБХ активність ТРКФ дорівнювала $2,73 \pm 0,22$ од., тоді як в основній групі - $3,52 \pm 0,19$ од., при контролі - $0,92 \pm 0,14$ од. Боданського. В той же час збільшення показника КІЛФ відбувалося тільки у 17,1% хворих основної групи. У 19 пацієнтів (27,1%) рееструвалося його зниження до $46,3 \pm 4,1\%$ (при контролі - $65,2 \pm 5,1\%$), та в 39 випадках (55,7%) - зміни не реестрували. У хворих групи порівняння відзначали підвищення вмісту КІЛФ до $79,7 \pm 5,9\%$. Виразність змін в даних показниках мала залежність від тривалості захворювань та типу дискінезії жовчного міхура – найбільші зміни припадали на ДЖМ за гіпотонічним типом.

Висновки. Сукупний перебіг ХБХ та ГХ призводить до змін процесів ремоделювання кісткової тканини, тобто формування остеопенічних станів та остеопорозу, що є підставою до проведення корекції терапії.

БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ПАТОГЕННИХ КОРИНЕБАКТЕРІЙ ЗА МІКРОАЕРОФІЛЬНИХ УМОВ

Рижкова Т. А.

*ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечникова
НАМН України»*

Дифтерія відноситься до інфекцій, рівень захворюваності на які регулюється засобами специфічної профілактики, в той час як більш інтенсивне поширення збудника у вигляді бактеріоносійства є неконтрольованим стихійним процесом.

При вивченні процесів формування бактеріоносійства основна увага приділяється виявленню особливостей життєдіяльності популяцій збудника, що перебувають на поверхні слизових оболонок верхніх дихальних шляхів. Між тим, згідно з даними літератури, коринебактерії успішно заселяють і більш глибокі прошарки тканин, де вони тривалий час знаходяться в мікроаерофільних умовах.

Метою роботи є вивчення біологічних властивостей коринебактерій (антибіотикочутливість, здатність до адгезії та інактивації комплементу) за умови перебування в атмосфері мікроаерації. Дослідження проведені з використанням музейних та циркулюючих штамів *Corynebacterium*

diphtheriae загальноприйнятими мікробіологічними методами.

Встановлено, що відтворення мікроаерофільних умов культивування в експериментах призводить після п'ятого-восьмого пасажів до підвищення в 1,2-1,6 разів адгезивних властивостей музейних і циркулюючих штамів коринебактерій.

Вирощування тест-штамів за умов низької концентрації кисню призводить до підвищення абсолютної й відносної швидкостей росту впродовж експоненціальної фази в 1,2-1,6 разів у музейних і циркулюючих коринебактерій та гальмуванню вказаних процесів в 1,2-3,0 разів у промислового штаму *C.d.gravis tox+ PW-8 v. Massachusetts*.

Антикомплементарна активність тест-культур *C.diphtheriae* при культивуванні за умов мікроаерації знижується в 1,4 рази після першого пасажу, після подальших пересівів вказане пригнічення змінюється стимуляцією ознаки в 1,3-1,9 разів.

Мікроаерофільні умови культивування також впливають на антибіотикочутливість патогенних коринебактерій. 42,6% та 46,8% штамів за мікроаерофільних умов набувають помірної стійкості до пеніциліну та цефалоспоринів відповідно, а мінімальні інгібуючі концентрації гатіфлоксацину, окремих представників макролідів (еритроміцину) та анзаміцинів (рифампіцину) збільшуються в 1,1-2,9 разів.

Таким чином, мікроаерофільні умови перебування патогенних коринебактерій сприяють посиленню їх персистентних властивостей та підвищенню резистентності до деяких протимікробних препаратів.

РЕГУЛЯТОРЫ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА И ЭРИТРОПОЭЗА У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рындина Н.Г., Титова А.Ю.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и
аллергологии*

Цель: выяснить роль дефицита железа в развитии анемии у пациентов с ХСН.

Обследовано 200 больных с анемией на фоне ХСН. У 60% больных диагностирован 11 ФК ХСН вследствие ИБС согласно классификации Нью-йоркской ассоциации сердца (NYHA), у 40% - 111 ФК. Пациенты с анемией были разделены согласно классификации ВОЗ. У 45% пациентов диагностирована 1 степень анемии, 35% - 2 степень, 20% - 3 степень.

По мере нарастания тяжести анемии у пациентов с ХСН определялось достоверное увеличение уровня эритропоэтина, гепсидина, ферритина и снижение содержания растворимых рецепторов трансферрина, гемоглобина ($p < 0,05$). Найдены корреляционные связи между уровнем гемоглобина и гепсидином ($r = -0,49$), уровнем эритропоэтина ($r = -0,31$), растворимыми рецепторами трансферрина ($r = -0,44$).

	Анемия + ХСН		
	1 степень	2 степень	3 степень
Гемоглобин, г/л	$101 \pm 0,88^*$	$83,11 \pm 1,008^*$	$57 \pm 2,55^*$
Гепсидин, нг/мл	$15,4 \pm 1,2^\#$	$20,1 \pm 1,5^\#$	$29,1 \pm 1,1^\#$
Ферритин, нг/л	$81,86 \pm 17,2^\#$	$107,9 \pm 19,1^\#$	$191,1 \pm 21,03^\#$
Растворимые рецепторы трансферрина, нг/л	$9,86 \pm 0,74^\#$	$4,01 \pm 0,34^\#$	$1,51 \pm 0,31^\#$
Эритропоэтин, МЕ/мл	$40,8 \pm 3,7^\#$	$69,72 \pm 4,3^\#$	$94,63 \pm 2,4^\#$

* - $p < 0,001$, # - $p < 0,05$

Развитие анемии у пациентов с ХСН сопровождается функциональным дефицитом железа вследствие его депонирования, как результат высокой активности гепсидина, и явлениями эпорезистентности на фоне сниженной эритропоэтической активности.

ОЖИРЕНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С ПИЩЕВОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Роттер М.М.

Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, Киев

Цель исследования – усовершенствование лечения пациентов с ожирением, страдающих пищевой непереносимостью

Задачи:

1. Сравнить влияние гипокалорийной (далее - ГД) и элиминационной (далее - ЭД) диеты на снижение веса у пациентов с избыточным весом и ожирением.
2. Сравнить влияние ГД и ЭД на уменьшение выраженности симптомов заболеваний у пациентов с избыточным весом (далее – ИВ) и ожирением.

Материалы и методы: Был проведен полный многофакторный эксперимент, для которого были созданы 4 группы пациентов, сопоставимые по возрасту ($32 \pm 3,5$ года). Каждая группа пациентов состоя-

ла из 5 мужчин и 5 женщин. Две первые группы состояли из пациентов с ИВ, две другие - из пациентов с ожирением. Для подтверждения наличия пищевой непереносимости (далее ПН) всем пациентам был проведен Food Environmental Drug test, и выявлена ПН к определенным продуктам питания. Учитывались 2 фактора: тип диеты (ГД или ЭД), и категории больных по весу (ИВ или ожирение). Оценивались сочетания типа диеты и потери веса у пациентов (по изменению индекса массы тела, далее - ИМТ), а также изменение общего состояния (оценивая по шкале Харрингтона наличие и выраженность имеющихся жалоб, после анализа заполненных опросников до и после 6 мес. лечения). **Результаты:** Относительно изменения ИМТ были получены следующие результаты: в группах пациентов с ИВ лучшие результаты наблюдались у пациентов, соблюдающих ЭД ($2,494 \pm 0,029 \text{ кг}\backslash\text{м}^2$, изменения ИМТ у пациентов соблюдающих ГД - $0,776 \pm 0,007 \text{ кг}\backslash\text{м}^2$). У пациентов с ожирением изменения ИМТ были следующими: $4,526 \pm 0,047 \text{ кг}\backslash\text{м}^2$ у пациентов после ГД; $3,165 \pm 0,017 \text{ кг}\backslash\text{м}^2$ у пациентов после ЭД.

Относительно улучшения общего самочувствия, результаты были аналогичны как у пациентов с ожирением, так и с ИВ: в группах пациентов, которым была назначена ГД, жалобы фактически не изменились (относительное улучшение составило $0,034 \pm 0,001$ в группе с ИВ и $0,046 \pm 0,002$ у пациентов с ожирением). У пациентов, которым была назначена ЭД, было отмечено значительное улучшение: $0,222 \pm 0,002$ у пациентов с ИВ и $0,292 \pm 0,002$ у пациентов с ожирением.

Выводы: 1. Относительно потери веса лучшие результаты у пациентов с ИВ оказывает ЭД, а у пациентов с ожирением более эффективна была ГД.

2. Выраженность жалоб у пациентов как с ИВ, как и с ожирением, значительно уменьшилась у пациентов, которым была предписана ЭД, в то время, как у пациентов, соблюдающих ГД, общее состояние практически не изменилось, что позволяет допустить возможность использования элиминационной диеты как альтернативы гипокалорийной у пациентов с ПН и ожирением.

СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХСН

Рыначак П.И., Граматюк А.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: изучить состояние гемопоза при ХСН ишемического генеза в зависимости от тяжести ХСН.

Материалы и методы: обследовано 120 пациентов с анемией, раз-

вившейся вследствие ХСН. Проведено определение уровней гемоглобина (Hb), эритроцитов (ЭР), цветного показателя (ЦП), гематокрита (Ht), MCV, MCH, MCHC, сывороточного железа (СЖ) («Железо Хромазурол В СР Моно», «Биофарма», Киев), ферритина (ИФА-ферритин ЗАО «Алкор Био», Санкт-Петербург).

Результаты: ХСН II ФК диагностирована у 49, III ФК – у 42, IV ФК – у 29 больных (НУНА). Снижения уровня Hb нарастало пропорционально степени тяжести ХСН, отличаясь от контроля при II, III, IV ФК ХСН ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$ соответственно), при сопоставлении II и III ФК ($p < 0,05$), II и IV ФК ($p < 0,01$), III и IV ФК ($p < 0,05$). Количество ЭР при ХСН II ФК находилось в пределах контроля при ХСН III ФК снижалось по сравнению с контролем ($p < 0,05$) и ХСН II ФК ($p < 0,05$), При ХСН IV ФК значение ЭР отличалось как от контроля ($p < 0,01$), так и в сравнении с ХСН II ФК ($p < 0,01$) и ХСН III ФК ($p < 0,01$). По значению МКV при II и III ФК ХСН отмечался нормоцитарный характер анемии, при IV ФК ХСН – микроцитоз. При II и III ФК ХСН преобладала нормохромная анемия; при IV ФК ХСН значения ЦП, MCH и MCHC достоверно снижались, отражая ее гипохромный характер. По мере прогрессирования ХСН понижался уровень СЖ: при II ФК ХСН на 30,3% ($p < 0,05$), при III ФК – на 48,9 % ($p < 0,01$), при IV ФК на 64,6% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. Уровни ферритина достоверно превышали норму при ХСН II, III, IV ФК ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$ соответственно), но не отличались между группами больных с разной степенью тяжести ХСН ($p > 0,05$).

Обращал внимание существенный разброс индивидуальных значений ферритина от субнормальных показателей до значительно повышенных при ХСН II, III, IV ФК. Проведен анализ структуры анемии при ХСН II, III и IV ФК в соответствии с критериями ЖДА и АХЗ. При II ФК ХСН АХЗ была диагностирована у 72% больных, ЖДА у 20%, их сочетание – у 8% пациентов. При ХСН III ФК АХЗ у 43%, ЖДА – у 27%, их сочетание – у 30% больных; при IV ФК ХСН, у 88% имело место сочетание АХЗ и ЖДА.

Выводы: Указанные особенности структуры анемии следует учитывать при проведении терапии анемического синдрома у пациентов с ХСН.

ЛІКУВАННЯ ЖІНОЧОГО НЕПЛІДДЯ, ОБУМОВЛЕНОГО ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Салтовський О.В., Таравних Д.Ш., Маракушина Є.А.
Харківський національний медичний університет

Ендометріоз – складне захворювання, яке являє собою актуальну медико-соціальну проблему, оскільки своїми багаточисельними проявами

не тільки взагалі погіршує якість життя жінок, але і зокрема впливає на стан їх репродуктивного здоров'я, а отже і на стан нації в цілому.

Метою нашої роботи є визначення оптимальних схем лікування жіночого неплоддя, обумовленого ендометріозом.

Під нашим спостереженням знаходилися 16 жінок репродуктивного віку (від 22 до 34 років) хворих на неплоддя впродовж декількох років (3 – 7 років), в яких за допомогою діагностичної лапароскопії підтвержено наявність малих форм ендометріозу. При цьому під час стандартного обстеження згідно з алгоритмом обстеження подружніх пар, хворих на неплоддя, будь-яких інших відхилень у показниках не виявлено.

Усім жінкам після деструкції під час лапароскопії за допомогою різних методів вогнищ малих форм ендометріозу очередини малого тазу з метою лікування та профілактики ендометріозу, а також неплоддя було застосовано аналог гонадотропін-релізінг гормона декапептил депо у дозі 3,75 мг. підшкірно.

Під час застосування декапептил депо у 3 жінок спостерігалось настання вагітності впродовж першого циклу після операції; у 4 жінок вагітність настала впродовж 3 місяців після тримісячного курсу ін'єкцій після відновлення оваріально-менструального циклу; у 3 жінок вагітність настала впродовж 3 місяців під час комбінованого застосування декапептил депо, менопаури та людського хоріонічного гонадотропіну за схемою; у 4 жінок за відсутності ефекту від консервативного лікування неплоддя вагітність була отримана із застосуванням екстракорпорального запліднення через рік після лікувально-діагностичної лапароскопії.

Таким чином, враховуючи, що з 16 досліджуваних жінок в 14 (87,5%) за допомогою лікування, у тому числі у 10 (62,5%) за допомогою консервативного лікування, вдалося отримати вагітність можна вважати сучасні засоби лікування жіночого неплоддя, пов'язаного з ендометріозом, досить ефективними. Лікування неплоддя, пов'язаного з наявністю ендометріозу слід починати з консервативної терапії з використанням аналогів гонадотропін-релізінг гормона, надалі, у разі необхідності стимулювати овуляцію менопаузальним та хоріонічним гонадотропіном та за відсутності ефекту можливе застосування екстракорпорального запліднення.

ПРОБЛЕМЫ ВИЧ - АССОЦИИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Семенченко Л.А., Богдан Ю.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №3 ХНМУ

Актуальность. По данным Европейского центра эпидемиологического мониторинга ВИЧ-инфекции/СПИДа, по темпам распространения

Украина занимает первое место в странах Европы. Учитывая неблагоприятную эпидемиологическую обстановку в нашей стране акушеры-гинекологи все чаще сталкиваются с проблемой ВИЧ- ассоциированной беременности, что послужило причиной для более детального исследования данного вопроса.

Целью исследования было изучение диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин, а также профилактики инфицирования плода во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Нами были проанализированы данные распространенности ВИЧ-инфекции среди населения Харьковской области, частота встречаемости ВИЧ- ассоциированной беременности, также представлен современный обзор материалов по проблеме предотвращения материнско-плодовой трансмиссии ВИЧ.

Результаты. В ходе исследования было отмечено увеличение уровня распространения ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, связанное с изменениями в структуре пути передачи ВИЧ-инфекции – увеличение удельного веса полового пути. При обработке статистических данных был отмечен рост вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду, что объясняется во многих случаях выявлением ВИЧ-инфекции во время беременности (в связи с чем наблюдается наличие осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде, как со стороны матери, так и со стороны плода).

Выводы. Таким образом, на современном этапе развития медицины данная проблема остается актуальной и требует дальнейших исследований.

ПОРУШЕННЯ В СИСТЕМІ ПРОТЕЇНАЗА -ІНГІБІТОР ПРОТЕЇНА З ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Сердобінска-КанівецьЕ.М.,СерікС.А.,СамохінаІ.М.

ДУ «Інститут терапіїм.Л.Т.МалоїНАМНУУкраїни», м. Харків

Мета дослідження: визначити особливості взаємозв'язку в системі протеїназа- інгібітор протеїназ у хворих на хронічну серцеву недостатність (СН) і цукровий діабет (ЦД) 2-го типу.

Матеріал і методи: обстежено 100 хворих на СНІІ-ІV функціонального класу, з них у 51 діагностовано ЦД 2-го типу. Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб. Активність протеїназ-хімази, тоніну та їх інгібіторів- альфа-1-інгібітору протеїназ (альфа-1-ІІІ) і альфа-2-

макроглобуліну (альфа-2-МГ) визначали в сироватці крові ферментативним методом. Активність протеїназ представляли в Е (мкмольсубстрату / хв), активність їх інгібіторів розраховували в г /л×год.

Результати: При аналізі отриманих даних було виявлено значущу протеїназну активацію у всіх групах СН в порівнянні з контрольним значенням хімази ($4,04 \pm 0,14 \times 10^{-3}$) і тоніна ($0,56 \pm 0,19 \times 10^{-3}$) ($p < 0,05$). У групі діабету ферментативна активність як хімази ($8,12 \pm 0,01 \times 10^{-3}$), так і тоніна ($1,85 \pm 0,01 \times 10^{-3}$) була максимальною, і виявилася достовірно вище як контролю, так і показників в групі СН без діабету, де склала ($5,94 \pm 0,01 \times 10^{-3}$) по хімазі, і ($1,00 \pm 0,01 \times 10^{-3}$) по тоніну. Активність альфа-2-МГ, навпаки, у всіх групах СН була значуще нижче контролю ($0,30 \pm 0,05$ г /л×год) ($p < 0,05$). У хворих з діабетом активність цього інгібітору виявилася мінімальною ($0,13 \pm 0,02$ г /л×год) і була значно нижче, ніж у хворих без діабету ($0,20 \pm 0,03$ г /л×год) ($p < 0,05$). Істотної зміни показників альфа-1-ІІ в обстежених групах порівняно з контролем не відбувалося ($7,44 \pm 0,09$ г /л×год) ($p > 0,05$).

Висновки: при СН у хворих з діабетом і без діабету відбуваються зміни в системі протеїназа- інгібітор протеїназ за рахунок активації хімази, тоніну і зниження активності альфа-2-МГ. Зазначені зміни найбільш виражені при ЦД 2-го типу. Значущої зміни показників альфа-1-ІІ при СН як з діабетом, так і без діабету не відбувається.

ХРОМАТИДНІ АБЕРАЦІЇ І ГЕНОМНІ ПОРУШЕННЯ У ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ВІДДАЛЕНІ СТРОКИ ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Сипко Т.С., Пшенічна Н.Д., Мазник Н.О., Вінніков В.А.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»

Вивчення цитогенетичних ефектів у онкологічних хворих є однією з актуальних задач у розвитку радіобіологічних основ променевої терапії (ПТ). Тому **метою** дослідження було отримання картини цитогенетичного статусу онкохворих у віддалені строки після ПТ у співставленні з цитогенетичними показниками у тих самих осіб до ПТ.

Матеріали та методи: Частоту аберацій хроматидного типу (А Хт) та геномних порушень вивчали у лімфоцитах периферичної крові хворих на рак тіла матки до, наприкінці та через 5-7 рр. після ПТ.

Результати: Постпроменева динаміка середньогрупового рівня радіаційно-неспецифічних аберацій і геномних порушень була немонотонною. У ранні строки після ПТ зміна рівня А Хт, що перевищував контрольне значення майже в 2 рази і дорівнював $2,61 \pm 0,33$, характеризувалася

стабільністю та приймала елімінаційний характер у віддалений період після ПТ. Виявилось, що перша фаза була забезпечена плато у частоті хроматидних фрагментів, у той час як рівень хроматидних обмінів зменшувався протягом всього періоду дослідження. За рахунок паралельного зниження обох видів хроматидних перебудов через 5-7 рр. після ПТ сумарна частота А Хт набувала значення $1,23 \pm 0,27$, що вірогідно не відрізнялося від контролю ($1,38 \pm 0,18$).

Постпроменева динаміка частоти геномних порушень у пацієнток *in vivo* відрізнялася в залежності від статусу аберантності поліплоїдних клітин, що підкреслює відмінності механізмів їх утворення. Вже на ранніх строках обстеження після ПТ частота неаберантних поліплоїдів, складаючи $0,75 \pm 0,19$, знижувалася до спонтанного рівня, який дорівнював $0,30 \pm 0,08$, і вірогідно не змінювалася до терміну 5-7 рр. ($0,21 \pm 0,07$). У випадку аберантних поліплоїдів у ранній період після ПТ спостерігали стабільність підвищеної частоти на рівні $0,88 \pm 0,30$, зі зміною тренду на елімінацію у подальший час, з досягненням спонтанного рівня у термін 5-7 рр. ($0,01 \pm 0,01$). Зважаючи на те, що джерелом виникнення таких клітин є блокування мітозів аберантних лімфоцитпрекурсорів або зрілих лімфоцитів, можна пов'язати нормалізацію рівня аберантних поліплоїдів зі значною елімінацією нормоплоїдних клітин з радіаційно-індукованими аберациями хромосомного типу.

Висновки: Таким чином, рівень неспецифічних до впливу радіації абераций хроматидного типу та геномних порушень у пацієнток з онкопатологією через 5-7 рр. після ПТ виходив на рівень спонтанних значень.

ДЕЯКІ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

Скорбач О.І., Таравнех Д.Ш.

Харківський національний медичний університет

Постгістеректомічні розлади відомі своїм широким спектром порушень нейро-вегетативного, психоемоційного, метаболічного характеру. Постгістеректомічні зміни в яєчниках призводять до зниження вироблення ними статевих гормонів, які відіграють важливу роль у регуляції імунологічних реакцій. Проте відсутність єдиної патогенетичної концепції різноманітних дезадаптаційних проявів естрогендефіцитних впливів на організм жінки спонукає до необхідності пошуку нових патогенічних і лікувально-профілактичних підходів до проблеми, що вивчається.

Метою дослідження є оптимізація ведення хворих на постгісте-

ректомічний синдром на основі визначення сучасних лікувально-діагностичних підходів до корекції даної патології з урахуванням деяких імунологічних аспектів.

Матеріали і методи. Було обстежено 80 жінок, у віці 39-49 років. До основної групи ввійшли 42 жінки, яким проводилося комплексне диференційоване лікування із застосуванням імунокоректорів (імуномакс по 100-200ОД курсом 3-6 ін'єкцій), підгрупа порівняння складалася з 38 обстежених, яким проводилося традиційне загальноприйняте лікування.

Дослідження гормонального й імунологічного гомеостазу проводили шляхом імуноферментного аналізу з використанням комерційних тест-систем виробництва «Протеїновий контур» (Санкт-Петербург, Росія).

Діагностичні заходи виконувалися до лікування, через 1, 6, 12 міс. і через 24 міс. після гістеректомії.

Позитивний клінічний ефект у пацієток на постгістеректомічний синдром на тлі диференційованого лікування спостерігався вже через 3-4 тижні від початку терапії. Позитивна динаміка в клінічному перебігу постгістеректомічних порушень в обстежених пацієток корелювала з позитивною динамікою в імунологічних і гормональних показниках. Імунологічними критеріями традиційного лікування та комплексної терапії в поєднанні з імунокорекцією були: нормалізація цитокінових профілів і відновлення нормального цитокінового балансу. При цьому в групі хворих, що одержували традиційне лікування, з часом відзначалося відновлення клінічної симптоматики, поява патологічної вегетативної реактивності, наростання психоемоційної тривожності.

Таким чином, результати проведеного дослідження показали ефективність проведення комплексної імунокоригуючої терапії для оптимізації корекції постгістеректомічного синдрому, що дозволяє визначити включення імунокорекції в комплекс терапії вказаних порушень для підвищення стабільності результатів лікування даної категорії хворих.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХЕМОТЕРАПІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГІСТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ПУХЛИНИ У ХВОРИХ ІЗ ЗАНЕДБАНИМИ ФОРМАМИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Слободянюк О.В., Щит Н.М., Сухін В.С., Харченко Ю.В.

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України»

З метою оцінки ефективності неoad'ювантної хемотерапії (НХТ) була вивчена динаміка зміни рівня пухлинного маркера СА-

125 у сироватці крові 36 хворих на рак яєчників (РЯ). З них – 20 (55,6 %) пацієток з III (Т3сNxM0) і 16 (44,4 %) з IV (Т3сNxM1) стадією захворювання. Усім хворим було проведено 3 циклів НХТ за схемами цисплатин+циклофосфамід (19 хворих) і цисплатин + циклофосфамід + доксорубіцин (17 хворих). Залежно від ступеня диференціювання пухлини хворі розподілилися наступним чином: високодиференційована цистаденокарцинома була у 9 (25,0 %) пацієток, помірно – у 15 (41,7 %), низькодиференційована – у 7 (19,4 %), недиференційована – у 5 (13,9 %).

Пухлинний асоційований маркер СА-125 визначали імуноферментним методом за допомогою тест-системи та фотометра Sunrise в сироватці крові хворих на РЯ обох досліджуваних груп на різних етапах лікування.

До початку лікування найбільші рівні пухлинного маркера СА-125 були виявлені у хворих на РЯ з високо- і помірнодиференційованою цистаденокарциномою (588,2 і 644,1 од. відповідно), а найменші у хворих з низькодиференційованою і недиференційованою пухлиною (324,9 і 492,9 од. відповідно). Аналіз динаміки зміни рівня пухлинного маркера СА-125 у хворих на РЯ в процесі проведення НХТ в залежності від ступеня диференціювання пухлини показав, що найбільш чутливою до НХТ виявилася високодиференційована цистаденокарцинома, про що свідчить прогресивне зниження рівня СА-125 до нормальних показників в процесі її проведення: 588,2 од. – до початку лікування; 269,8 од. - після першого циклу НХТ; 133,3 од. – після другого; 28,1 од. – після третього. У хворих з помірнодиференційованою аденокарциномою, у відсотковому відношенні, рівень СА-125 знижувався практично також, як і у пацієток з високодиференційованою пухлиною (644,1; 412,1; 79,1 та 45,56 од. відповідно), однак після третього циклу НХТ його середній рівень був в 1,5 разу вище межі допустимого значення (45,56 од.). У хворих на РЯ з низькодиференційованою і недиференційованою аденокарциномою вихідні середні рівні пухлинного маркера СА-125 були у 1,5 – 2,0 разу нижче в порівнянні з високо-і помірнодиференційованими пухлинами (324,9 і 492,9 од. відповідно) після проведення трьох циклів НХТ рівень СА-125 залишався в 3 – 4 рази вище допустимої норми (111,9 і 150,6 од. відповідно). Отримані дані свідчать про те, що ефективність НХТ залежить від ступеня диференціювання РЯ.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Смирнова А.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель исследования. Разработать способ прогнозирования эффективности лечения железодефицитной анемии (ЖДА) у пациентов, страдающих ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находились 40 пациентов (средний возраст 45 ± 11 лет), страдающих РА и ЖДА. У 34 (85%) больных зарегистрирована анемия легкой степени тяжести (уровень гемоглобина – $110,8 \pm 3,6$ г/л), у остальных – средней (уровень гемоглобина – $86,7 \pm 2,8$ г/л) (ВОЗ, 2001). Больные принимали 100-200 мг/сут элементарного железа в сочетании с аскорбиновой кислотой в дозе 60-120 мг/сут до нормализации уровня гемоглобина (у женщин ≥ 120 г/л, у мужчин ≥ 130 г/л (ВОЗ, 2001)), но не более чем 2 мес. Исходно и через 2 мес после проведенного лечения больным определяли уровень гемоглобина, общую железосвязывающую способность сыворотки, концентрацию железа, ферритина, трансферрина в сыворотке крови.

Результаты нашего исследования показали, что после проведенного лечения у 32 (80%) пациентов (1-я группа) уровень железа возрос с $2,6 \pm 0,8$ до $5,1 \pm 1,3$ мкмоль/л ($p < 0,05$), что сопровождалось нормализацией концентрации гемоглобина ($124,6 \pm 3,3$ г/л). У 8 (20%) больных уровень гемоглобина не достиг нормального значения ($113,9 \pm 5,2$ г/л) (2-я группа), несмотря на то, что уровень железа возрос с $4,5 \pm 1,7$ до $9,2 \pm 2,1$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Статистически значимых изменений других показателей не было. При ретроспективном анализе установлено, что исходно у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й наблюдался достоверно ($p < 0,05$) более низкий уровень гемоглобина при более высокой концентрации железа. При этом отношение уровня гемоглобина к концентрации железа (Hb/Fe) оказалось существенно ($p < 0,05$) ниже у пациентов 2-й группы ($15,2 \pm 1,3$) по сравнению с 1-й ($39,7 \pm 5,9$). Снижение отношения Hb/Fe ≤ 15 с чувствительностью 87% и специфичностью 85% предсказывало недостаточную эффективность препаратов железа (ОШ=2,25; ДИ 2,06-2,44, $p < 0,05$).

Выводы: У пациентов, страдающих РА и анемией, отношение Hb/Fe ≤ 15 предсказывает недостаточную эффективность препаратов железа с чувствительностью 87% и специфичностью 85%.

ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ДИНАМИКУ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Смоляник Е. Ю., Годлевская О. М.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования
Кафедра терапии и нефрологии*

Цель исследования: Оценить динамику основных показателей функции внешнего дыхания (ФВД) под влиянием проводимой базисной терапии ХСН с использованием карведилола у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОЗЛ) II-III стадий.

Материалы и методы исследования: обследовано 33 пациента с ХСН IIА стадии, II-III ФК (NYHA) на фоне ГБ в сочетании с ХОЗЛ II и III стадий (14 и 19 пациентов) (GOLD). Средний возраст – $56,2 \pm 3,67$ лет, индекс пачко-лет – $26,1 \pm 6,84$. Функцию внешнего дыхания определяли с помощью компьютерной спирографии. Все пациенты до включения в исследование длительно получали базисную бронхолитическую (флутиказона пропionate 250 мкг, сальметерол 50 мкг) и антигипертензивную терапию: лизиноприл 10 мг, гидрохлортиазид 25 мг. Критерий исключения – обострение ХОЗЛ. Период наблюдения 6 месяцев.

Результаты: У больных с ХСН на фоне гипертонической болезни в сочетании с ХОЗЛ II стадии под влиянием проводимой терапии с использованием карведилола выявлена тенденция к улучшению показателей спирограммы - увеличение $ОФV_1$ от $(64,26 \pm 2,18)\%$ до $(71,1 \pm 2,42)\%$, $p = 0,046$; показатели $ОФV_1/ФЖЕЛ$ и $ОФV_1/ЖЕЛ$ изменились недостоверно: $ОФV_1/ФЖЕЛ$ - от $(89,23 \pm 2,57)\%$ до $(88,14 \pm 2,51)\%$, $ОФV_1/ЖЕЛ$ – от $(88,58 \pm 2,84)\%$ до $(90,65 \pm 2,02)\%$, $p > 0,05$. У больных с ХСН на фоне ГБ в сочетании с ХОЗЛ III стадии достоверного увеличения $ОФV_1$, $ОФV_1/ФЖЕЛ$ и $ОФV_1/ЖЕЛ$ не выявлено, однако использование карведилола не вызывало ухудшения бронхиальной проходимости.

У всех обследованных больных достоверного уменьшения средней и максимальных скоростей выдоха на уровне крупных, средних и мелких бронхов на фоне проводимой терапии с использованием карведилола не выявлено.

Выводы:

Применение карведилола для лечения ХСН у больных гипертонической болезнью в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких II и III стадий не вызывало ухудшения бронхиальной проходимости.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛЕПТИНА И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Сокольникова Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет

В развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом типа 2 (СД-2) большую роль играет повышенная масса тела, причем риск острых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт) увеличивается соответственно повышению массы тела. Лептин – гормон, вырабатываемый жировой тканью. Данные экспериментальных и клинических исследований указывают на многовекторность действия лептина и негативные последствия лептинорезистентности.

Целью исследования было оценить корреляционные связи между лептином и степенью повышения массы тела у пациентов с СД-2.

Материал и методы. У 83 больных с установленным диагнозом СД-2 с повышенной массой тела (ИМТ>25) с давностью диабета от 1 до 9 лет в возрасте 35-65 лет были измерены рост, вес, рассчитан индекс массы тела (ИМТ), был определен уровень лептина иммуноферментным сэндвич-методом с помощью набора реактивов «ELISA». Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц с ИМТ<25. Группы были равноценны по возрасту и полу. Проведен корреляционный анализ полученных данных с оценкой статистической значимости выявленных связей.

Результаты. Средний уровень лептина составил $22,3 \pm 1,4$ нг/мл ($p < 0,05$) в группе больных СД-2 и $7,6 \pm 0,35$ нг/мл ($p < 0,05$) в контрольной группе, средний ИМТ составил $32,3 \pm 0,6$ кг/м² ($p < 0,05$) в группе больных и $23,7 \pm 0,3$ кг/м² ($p < 0,05$) в контрольной группе. Изучение корреляционной связи между ИМТ и уровнем лептина проводили с помощью коэффициента Спирмена. Между уровнем лептина и ИМТ обнаружена высокозначимая корреляционная связь (коэффициент Спирмена 0,89 ($p < 0,05$)).

Выводы. У обследованных больных СД-2 и повышенной массой тела выявлена высокозначимая связь между ИМТ и уровнем лептина, причем с повышением массы тела достоверно увеличивающийся уровень лептина имеет тенденцию к насыщению при ИМТ>38, что свидетельствует, вероятно, в пользу развивающейся лептинорезистентности.

ПРЕИМУЩЕСТВО ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ

Сорочан А.П.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Введение. Проблема ранней диагностики с целью своевременного назначения адекватного лечения периферических образований легких остается актуальной. Использование лучевых методов исследования нередко не позволяет однозначно высказаться о природе периферического образования. Главное значение для выбора тактики лечения имеет знание морфологической структуры новообразования, материал из которого позволяет получить биопсия. Поэтому целью работы стало сопоставление данных лучевого и морфологического исследования в диагностике периферических образований легких.

Материал и методы. Комплексное обследование проведено 592 больным с периферическими новообразованиями легких. Возраст больных от 23 до 83 лет. Всем больным проведено обычное рентгенологическое исследование, в 331 случаях дополненное КТ. Материал для верификации изменений получали: путем бронхоскопии с ТББ под рентгенологическим контролем 544 больным; 31 больным проведено ТТП под рентгенологическим контролем; 17 больным - тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ. Цитологическое исследование проведено 100% больным, анализ препаратов проводился двумя независимыми специалистами.

Результаты и их обсуждение. По данным комплексного лучевого и цитологического исследования материала, полученного из пораженных участков: рак легких установлено у 78%, туберкуломы - у 8,0% больных, гамартомы - у 7,4% больных, карциноид легких - у 4,4%, аспергиломы - в 2,2%. При локализации образования больших размеров субплеврально выполняли ТТП под рентгенологическим контролем или тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ. При иных локализациях, невысокой интенсивности образования и любых размерах выполняли ТББ, которая не только позволяла получить материал из разных отделов образования, но и нередко давала дополнительную информацию о состоянии трахеобронхиального дерева.

Выводы. Дифференциальная диагностика периферических образований легких должна базироваться на комплексном лучевом исследовании с обязательным морфологическим изучением материала. Методом выбора в верификации периферических образований легких, по нашему мнению, следует считать бронхоскопию с ТББ.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ И СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛИ

Сухин В.С., Слободянюк О.В.

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева
НАМН Украины»

Рак вульвы (РВ) - сравнительно редкое заболевание и составляет 2-5% среди онкопатологии органов женской половой сферы.

Целью данной работы явился анализ частоты и характера возникновения рецидивов рака вульвы в зависимости от локализации опухоли и степени ее дифференцировки.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование данных 19 больных РВ стадий IA – IVA (T1-3N0-2M0), проходивших лечение в клинике ГУ «Института медицинской радиологии НАМН Украины» в период с 2001 по 2005 гг.

Результаты исследования. Анализ клинических данных показал, что опухоль вульвы преимущественно локализована в области больших половых губ - у 11 ($57,9 \pm 11,6$ %) пациенток.

Размер первичной опухоли до 3 см в диаметре отмечен у 11 из 19 ($57,9 \pm 11,6$ %) больных РВ.

При гистологическом исследовании у всех больных выявлен плоскоклеточный рак. Превалировали высокодифференцированные опухоли (G1) - у 16 ($84,3 \pm 8,6$ %) больных. Метастатическое поражение лимфатических узлов отмечено у 5 из 19 ($26,3 \pm 10,4$ %).

Рецидив заболевания выявлено у 5 больных РВ, что составило ($26,3 \pm 10,4$ %). У 4 из них ($80,0 \pm 20,0$ %) первичная опухоль локализовалась в области больших половых губ. Ни у одной из 3 больных РВ с локализацией первичной опухоли в области клитора рецидива заболевания в течение 60 месяцев выявлено не было.

Анализируя возникновение рецидива заболевания в зависимости от размера первичной опухоли, выявлено, что у 3 из 5 ($60 \pm 24,5$ %) больных с рецидивом заболевания размер первичной опухоли был более 3 см, что является плохим прогностическим фактором.

У всех 5 больных (100 %) с рецидивом РВ имела место высокая степень дифференцировки опухоли.

Выводы. Рецидив заболевания имел место преимущественно в ложе первичной опухоли - области больших половых губ при размере первичной опухоли более 3 см. Ни у одной из 3 больных РВ с локализацией первичной опухоли в области клитора рецидива заболевания не выявлено. Степень дифференцировки опухоли не влияет на частоту возникновения

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ КСЕРОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

Сухина И.С., Сплюхина О.В.

*Харьковский национальный медицинский университет
ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева
Национальной академии медицинских наук Украины»*

Целью данного исследования явилась оценка функциональной активности слюнных желез по данным сиалометрии у онкологических больных.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациенток, возрастом от 35 до 72 лет, с раком молочной железы, получившие на 1 этапе комбинированное лечение (операция + лучевая терапия) и 6 циклов адьювантной полихимиотерапии по одинаковой схеме.

Проведено изучение функциональной активности слюнных желез по данным сиалометрии: пациентка натошак собирала смешанную слюну в течение 10 минут в мерную пробирку. После оттаивания в течение 10 минут, количество слюны фиксировалось. Данную пробу проводили перед началом и после окончания каждого цикла полихимиотерапии. Показатели сиалометрии сравнивали с известными показателями нормального количества смешанной слюны для разных возрастных и половых групп по Пожарницкой М.М.

Результаты. Наличие умеренной лучевой ксеростомии у обследованных нами больных подтверждается результатами сиалометрии, проведенной через 14–21 дней после лучевой терапии и перед полихимиотерапией. Данный показатель в среднем был достоверно ниже в 1,5 раза ($p < 0,05$) и составил $0,50 \pm 0,03$ мл/мин. После I цикла полихимиотерапии количество пациенток с симптомами ксеростомии составляет 65 %. Это количество возрастало последовательно на 10–15 % после каждого последующего цикла полихимиотерапии и достигало максимума после 4-го этапа, когда у 94,4 % обследованных отмечены выраженные симптомы гипосаливации. Однако, после V цикла полихимиотерапии количество пациенток с ксеростомией начинает снижаться и после последнего VI цикла практически возвращается к исходному уровню (61,1 %), т.е. тому уровню частоты ксеростомии, который имел место до полихимиотерапии и, очевидно, был обусловлен лучевой терапией.

Выводы. Частота развития ксеростомии у больных раком молоч-

ной железы и наиболее критичные периоды стоматотоксичности в процессе проведения полихимиотерапии должны учитываться при назначении поддерживающей стоматологической терапии.

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Ткаченко Т.В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Відомо, що ризик здійснення суїцидальної спроби серед хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю вище, ніж в загальній популяції населення. Метою цього дослідження стало вивчення психодіагностичних предикторів суїцидальної поведінки у хворих цієї нозологічної групи задля покращення профілактики повторних суїцидів.

В дослідження було включено 30 хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (F10), які скоїли незавершену суїцидальну спробу. Дослідження особистісних характеристик проводилося методикою «Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади» після проведення дезінтоксикаційної терапії або після виходу з психозу при його наявності. При аналізі клінічної картини хворі були розділені по ведучому психопатологічному синдрому на дві підгрупи: 1) з наявністю депресивної симптоматики (n=20) 2) без наявності депресивної симптоматики (n=10).

В характерологічному профілі хворих першої підгрупи була виявлена перевага психастенічної акцентуації 85,3±3,3 %, загострення шизоїдних рис характеру 69,4± 2,7 % на фоні високого рівня нервово-психічної нестійкості 88,7±3,1 %. Серед способів прояву агресії більш вираженими були відчуття провини 79,4±3,1 % на фоні високого рівня вербальної та фізичної агресії. Тобто, вектор спрямованості агресивних імпульсів мав здатність міняти свій напрямок.

У хворих другої підгрупи превалювали високий рівень нервово-психічної нестійкості 91,5±3,1 % та шизоїдна акцентуація 79,3±2,8 %, вони характеризувалися імпульсивністю, непередбаченістю в поведінці. Свої агресивні імпульси вони в більшій мірі спрямовували проти оточуючих. Високий рівень відчуття образи 85,3± 3,2 % та підозрілості 59,6±2,2 % на фоні високого загального рівня агресивності призводили до аутодеструктивних дій в стані алкогольної інтоксикації, які вони після виходу зі стану алкогольного сп'яніння не в змозі були пояснити, а деякі навіть згадати.

Вищенаведені особистісні характеристики повинні урахуватись при проведенні психотерапевтичної роботи. Їх формування є наслідком взаємодії різних факторів, роль кожного з них у різних хворих має різну вагу. К цим факторам можна віднести генетичні фактори, особливості виховання у дитинстві, порушення особистості різного генезу, травматичні та токсичні ураження головного мозку внаслідок зловживання алкоголю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНТ РАЛЮ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК

Ульянов О.В.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Незадовільними залишаються результати лікування рецидивів червоного плоского лишая (ЧПЛ) слизових оболонок ротової порожнини (СОРП) у хворих з наявністю патології печінки та жовчовивідних шляхів. Тому, в комплексі лікування хворих на ЧПЛ у сполученні з хронічною патологією гепатобіліарної системи (ГБС) доцільно призначати препарат з гепатопротекторною та детоксикуючою властивостями антралю. Метою роботи було вивчення вплив антралю на динаміку концентрацію циркулюючих імунних комплексів у сироватці крові хворих на ЧПЛ СОРП. Під наглядом було 55 хворих із рецидивом ЧПЛ СОРП, які розподілені на 2 групи: основну (31 осіб) групу і група зіставлення (24 хворих). Усім хворим призначали санацію РП, ротові ванночки 5% розчином амінокапронової кислоти, вітамінотерапія групи А, В та Е, антигістамінні та заспокійливі засоби. Пацієнти основної групи додатково отримували антраль по 0,2 г 3 рази на день на протязі 30-40 діб. Обстеження проводили в динаміці - до початку лікування та після його завершення (через 35-45 днів). Дослідження концентрації ЦІК у сироватці крові здійснювалося методом преципітації в розчині поліетиленгліколю (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон, а їх молекулярний склад аналізувався за допомогою методу диференційованої преципітації в 2%, 3,5% й 6% розчинах ПЕГ. В обох групах обстежених до початку проведення лікування, відмічалось збільшення загальної концентрації ЦІК причому за рахунок найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій. Після завершення лікування, із включенням антралю загальною концентрація ЦІК у сироватці крові зменшувалась по відношенню до початкового рівня в 1,51 рази і складала в середньому $(2,01 \pm 0,2)$ г/л ($P < 0,01$), тобто досягала норми. Поряд з цим відбувалося зниженні відносного складу середньомолекулярних (в 1,6 рази) та дрібномолекулярних (в 1,3 рази) ЦІК, внаслідок чого зростав рівень великомолекулярних фракцій (в 1,4

рази) ЦІК. Спостерігалася нормалізація абсолютної кількості різномолекулярних ЦІК у крові хворих основної групи. В групі зіставлення вміст ЦІК знижувався більш повільно (в 1,17 рази до початкового рівня), при цьому залишався вірогідно вище норми в 1,4 рази ($2,64 \pm 0,16$ г/л; $P < 0,01$), а також зберігався певний дисбаланс молекулярного складу ЦІК. Таким чином, включення в комплекс лікувальних рецидиву ЧПЛ СОРП у хворих з патологією ГБС антралю сприяє нормалізації гуморальної ланки імунітету (концентрації ЦІК у сироватці крові), а клінічно – подовженню тривалості клінічної ремісії запально-деструктивного процесу СОРП.

МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ОЦІНЦІ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Федуленкова Ю.Я.

Харківський національний медичний Університет

Хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) у наш час залишаються дуже серйозною соціально-економічною та клініко-епідеміологічною проблемою охорони здоров'я. Безумовну більшість у їх розвитку забезпечують вірусні гепатити, алкоголь та дія на печінку різноманітних лікарських препаратів. В останні роки інтерес до цієї проблеми значно зріс у зв'язку з новими перспективами, наданими практичній медицині прогресом діагностики захворювань печінки, променеві методи дослідження зайняли головне місце в сучасній гепатології.

У зв'язку з тим, що хемотерапія, що застосовується при комплексному лікуванні раку грудної залози має виражений токсичний вплив на печінку, дуже гостро стоїть питання провідного методу оцінки її морфо-функціонального стану. На сучасному етапі своєчасної діагностики важливими є не тільки висока інформативність і безпечність методу, але й економічна доступність та максимальна зручність проведення дослідження для пацієнта.

Ультразвукові дослідження (УЗД) виконували на апараті експертного класу Xario SSA-660A фірми Toshiba, з використанням В-режиму, дуплексного та триплексного режимів, кольорової та імпульсновоольнової доплерографії. Комп'ютерну томографію (КТ) проводили на мультиспінальному томографі Aquilion 16 фірми Toshiba на базі «МДЦ Експерт-Харків».

Було проаналізовано 120 історій хвороб жінок хворих на рак грудної залози, що проходили комплексне лікування. Всі пацієнтки

були обстежені клінічно та за допомогою КТ з контрастуванням та УЗД. Встановлено, що у 36 пацієток при КТ були виявлені зміни у паренхімі печінки, що є характерними для адіпозу, а на УЗД окрім цього було виявлено зниження портального кровотоку, яке є характерним для портальної гіпертензії (ПГ) 1-2 ступенів. У інших 52 пацієток, у яких при КТ з контрастним підсиленням не було виявлено навіть непрямих ознак ПГ, на УЗД з застосуванням доплерівського дослідження було виявлено зниження швидкості портального кровотоку, яке є характерним для портальної гіпертензії 1-2 ступенів.

Проведені порівнювальні оцінки КТ та УЗД для діагностики ХДЗП за наступними критеріями: інформативність, променеве навантаження, підготовка пацієнта, економічна доступність. Встановлено, що і КТ, і УЗД дають можливість охарактеризувати морфо-функціональний стан печінки за патологічних умов, але тільки ультразвуковий метод має можливість визначити швидкість портального кровотоку в реальному масштабі часу, що є вирішальним у діагностиці ранніх проявів ХДЗП, не потребує спеціальної підготовки пацієнта, не дає променевого навантаження та є дешевшим і безпечнішим за КТ з контрастуванням.

ПРЕДИКТОРЫ СИНДРОМА ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Франкова И.А.

*Украинский научно-исследовательский институт
социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины,
г. Киев*

Синдром острой социальной изоляции, или феномен Hikikomori, был впервые описан в конце 1970-х. Люди с Hikikomori испытывают трудности в адаптации к социуму. Они изолируются от контакта с семьей, редко имеют друзей, они всецело погружены в виртуальный мир интернета и не посещают школу или работу в течении периода времени не менее 6 месяцев (Teo, Sartorius, 2011). Синдром острой социальной изоляции описан психиатрами различных стран, что обеспечивает рациональную основу для изучения данного феномена среди населения нашей страны.

Целью исследования синдрома острой социальной изоляции стало выявление ведущих факторов риска возникновения данного феномена. Синдром острой социальной изоляции может быть формой или проявлением самоповреждающего поведения. В 2009 году был выделен термин несуицидальное самоповреждение, целью которого является снижение остроты негативных эмоций, снятие напряжения, что бы в конечном итоге избежать самоубийства (Weissman, 2009). Предикторомом

такого поведіння може стати виктимізація со сторони общества (емоціональне і фізичне насиліе). Виктимізація представляє собою глобальний опыт переживання беспомощности и бессилия в противостоянии с долгосрочной ситуацией пренебрежения, насилия, непредсказуемости. Жертвы насилия испытывают большие трудности в снижении эмоционального воздействия таких условий, в результате чего возникает самоповреждающее поведение.

Базируясь на обзоре литературы касающейся данной темы было выявлено, что и для людей с синдромом острой социальной изоляции, так и для жертв насилия, характерна низкая самооценка, повышенная чувствительность к критике со стороны других, низкая толерантность к фрустрации, нарушение ощущения базовой безопасности, внутреннее беспокойство (Sakamoto, 2005). Таким образом, было установлено, что синдром острой социальной изоляции может возникать в попытке справиться с ситуацией насилия. Социальная изоляция рассматривается нами как способ адаптации к болезненным переживаниям отвержения в контакте с окружающей средой в результате виктимизации.

ОЦІНКА СТАНУ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО НИРКОВОГО РЕЗЕРВУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ 3 НОРМОАЛЬБУМІНУРІЄЮ

Цимбал В.М.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра педіатрії № 1 і неонатології*

Актуальність теми. Діабетична нефропатія (ДН) є провідною причиною інвалідизації та смертності хворих на цукровий діабет (ЦД). Тому пошук діагностичних критеріїв на початкових проявах ДН залишається актуальним.

Мета: дослідити стан функціонального ниркового резерву у дітей із цукровим діабетом і нормоальбумінурією.

Об'єкт та методи: обстежено 15 хворих на ЦД 1 типу з нормоальбумінурією (мікроальбумінурія < 30 мг/добу) віком від 9 до 17 років. Для характеристики функціонального стану нирок визначали рівень сечовини, креатиніну крові, швидкість клуб очкової фільтрації (ШКФ), за формулою Шварца. Внутрішньоклубочкову гемодинаміку оцінювали за станом функціонального ниркового резерву (ФНР), за методом Bosch J.P., як спроможність нирок підвищувати ШКФ у відповідь на навантаження м'ясним білком (яловичина з розрахунку 0,7г білка на 1 кг ваги в умовах адекватного водного режиму).

Результати дослідження: середні рівні показників, що характеризують перебіг ЦД, в обстежених дітей склали : тривалість ЦД - $6,73 \pm 0,93$ років, HbA1c - $9,96 \pm 0,62$ %, ШКФ - $139,4 \pm 15,2$ мл/хв., мікроальбумінурії - $19,55 \pm 1,64$ мг/добу. Під час оцінки стану функціонального ниркового резерву встановлено, що у 73,33% дітей хворих на ЦД 1 типу з нормоальбумінурією зафіксовано відсутній ФНР, ($p < 0,05$). Відзначено зниження ШКФ після проведення стимуляції, відсутній або знижений ФНР, що є клінічним еквівалентом внутрішньоклубочкової гіпертензії

Висновки: У хворих, на ЦД 1-го типу з нормоальбумінурією, знижений або відсутній функціональний нирковий резерв, що свідчить про діабетичне ураження судинного апарату нирки ще до появи мікроальбумінурії.

АКТИВНІСТЬ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ДІТЕЙ ІЗ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ

Черненко Л.М.

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Бронхолегенева дисплазія (БЛД) уявляє собою варіант хронічного запалення на фоні морфологічно змінених структур бронхолегеневої системи та характеризується персистенцією хронічного процесу низької інтенсивності з активацією клітинної ланки імунітету. Ключова роль в реалізації запальної реакції і в цілому реакцій першої лінії імунного захисту належить інтерлейкіну-1 β (IL-1 β) та фактору некрозу пухлин - α (ФНП- α).

Мета дослідження: оцінити рівні IL-1 β та ФНП- α в індукованій мокроті дітей із бронхолегеневою дисплазією.

Матеріали та методи. Обстежено 68 дітей віком від 1 місяця до 3 років, серед яких у 33 пацієнтів діагностовано класичну форму БЛД (1-а група), у 18 – нову форму БЛД (2-а група), у 17 – БЛД доношених (3-я група). Групу контролю склали 20 здорових дітей. Забір 0,5 мл індукованої мокроті проводився усім пацієнтам із БЛД натще після інгаляції фізіологічного розчину. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою статистичного пакету програми Statistica 7.0.

Результати. В індукованій мокроті дітей із різними формами БЛД, порівняно з контролем, відзначалося вірогідне підвищення рівнів IL-1 β та ФНП- α . Під час проведення дисперсійного аналізу було з'ясовано, що критерій Краскла-Уолліса (KW) значущий як для рівня IL-1 β , так і для рівня ФНП- α . Під час оцінювання попарного порівняння, U-критерій

Манна-Уїтні (MW) незначущий. Це дає право стверджувати, що статистичні характеристики відповідних показників різних груп статистично не відрізняється між собою, а рівень активності досліджених рівнів прозапальних цитокінів вірогідно підвищений порівняно з контролем, та не залежить від приналежності дитини із БЛД до тієї чи іншої групи (табл. 1).

Табл. 1. Статистичні характеристики рівнів IL-1 β та ФНП- α у дітей із БЛД

	1-а група	2-а група	3-я група	Контроль
Інтерлейкін-1 β , пг/мл	25,40	26,61	29,20	17,47
P _k	0,0000	0,0002	0,0000	0,0000
KW	H=22,62; p=0,0000			
MW	p ₁₋₂ =0,7007 p ₁₋₃ =0,1969 p ₂₋₃ =0,6558			
Фактор некрозу пухлин- α , пг/мл	36,96	36,75	38,13	25,75
P _k	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
KW	H=29,02; p=0,0000			
MW	p ₁₋₂ =0,3341 p ₁₋₃ =0,4547 p ₂₋₃ =0,1656			

Висновок. БЛД – це хронічний процес, зумовлений морфологічними змінами бронхолегеневої системи на які нашаровується хронічний запальний процес, що супроводжується підвищенням рівнів у індукованій мокроті прозапальних цитокінів - інтерлейкіну-1 β та фактору некрозу пухлин – α .

ЗВ'ЯЗКИ РІВНІВ МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ І СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СЕРЦЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Шалімова А. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти

Механізми розвитку і прогресування хронічної серцевої недостатності (ХСН) на тлі предіалізної хронічної хвороби нирок (ХХН) залишаються до теперішнього часу до кінця нез'ясованими і вимагають

подальшого уточнення. Відомо, що вже на ранніх стадіях ХХН наявні структурно-функціональні зміни міокарда – “ниркова кардіоміопатія”, яка проявляється ознаками ХСН. Як свідчать дослідження, гемодинамічні параметри (фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), розміри порожнин серця) не завжди корелюють з симптоматикою ХСН. На думку ряду дослідників, тяжкість ХСН в окремих хворих найбільш достовірно відбивають натрійуретичні пептиди – передсердний і мозковий (МНП), які мають важливе значення в діагностиці серцевої недостатності та виступають у ролі прогностичних маркерів розвитку серцево-судинних ускладнень у популяції.

Мета дослідження полягала у встановленні взаємозв'язків між структурно-функціональними змінами серця і МНП при ХСН на тлі предіалізної ХХН. Вивчення морфофункціональних властивостей міокарда здійснювалось з виконанням одно-, двомірної та доплер-ехокардіографії за загальноприйнятою методикою. Концентрація МНП визначалася у сироватці крові за допомогою системи “Peninsula Laboratories” (США). Обстежено 102 пацієнти із ХСН на тлі ХХН I–IV стадій (з хронічним гломерулонефритом або хронічним пієлонефритом): 34 пацієнти із ХСН I стадії, 35 пацієнтів із ХСН ІА стадії та 33 пацієнти із ХСН ІБ стадії.

В результаті проведеного дослідження між значенням МНП і показниками ехокардіографії встановлено зв'язки різної спрямованості: прямі – з індексом маси міокарда ЛШ ($r = 0,31$, $p < 0,05$), максимальною швидкістю раннього передсердного наповнення ($r = 0,35$, $p < 0,01$), співвідношенням швидкостей раннього і пізнього наповнення ($r = 0,41$, $p < 0,01$), зворотні – з ФВ ($r = -0,59$, $p < 0,001$), часом сповільнення швидкості раннього діастолічного потоку ($r = -0,41$, $p < 0,01$), максимальною швидкістю пізнього передсердного наповнення ($r = -0,31$, $p < 0,05$). МНП достовірно асоціювався з типом трансмітрального кровотоку (ТМК) і стадією ХСН (коефіцієнти Фішера становили 225,8 і 79,22 відповідно, $p < 0,001$), при чому із типом ТМК зв'язок був у 2,85 рази сильніший. Із стадією ХХН і типом ремоделювання МНП асоціювався в меншій мірі (коефіцієнти Фішера становили 17,79 і 2,90 відповідно).

Таким чином, між рівнями МНП і показниками ехокардіографії встановлені кореляційні зв'язки різної сили і спрямованості. Рівень МНП найбільше асоціювався із типом ТМК.

АБДОМИНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Шевелёк А.Н., Склянная Е.В., Христинченко М.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
г. Донецк, Украина*

Цель – изучить влияние различных типов ожирения на частоту развития рецидивов фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследованы 112 пациентов (76 мужчин и 36 женщин, средний возраст $58,7 \pm 10,5$ лет) с ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией II-III функционального класса) и мягкой или умеренной артериальной гипертензией, страдающих пароксизмальной формой ФП. Все пациенты регулярно принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-блокаторы, статины, пероральные антикоагулянты, антитромбоцитарные и антиаритмические препараты III класса. Исходно у всех больных определяли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), бедер (ОБ) и их отношение (ОТ/ОБ). Ожирение диагностировали при $\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$, при этом в случае $\text{ОТ/ОБ} \geq 0,85$ определяли его абдоминальный тип, а при $\text{ОТ/ОБ} \leq 0,85$ – ягодично-бедренный. В последующем пациенты наблюдались в течение 6 мес, при этом оценивалось наличие рецидивов ФП. Связь между признаками определяли путем логистического регрессионного анализа.

Результаты. За период наблюдения у 70 (62 %) пациентов (1-я группа) возникли рецидивы ФП, у остальных 42 (38 %) (2-я группа) сохранялся синусовый ритм. У больных 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно ($p < 0,05$) выше были величины ИМТ ($34,2 \pm 6,4$ и $25,7 \pm 4,8 \text{ кг/м}^2$ соответственно), ОТ ($108,2 \pm 6,4$ и $85,6 \pm 6,2 \text{ см}$), ОБ ($116,3 \pm 14,2$ и $104,8 \pm 8,3 \text{ см}$) и ОТ/ОБ ($0,95 \pm 0,08$ и $0,79 \pm 0,08$). Наличие ягодично-бедренного типа ожирения ассоциировалось с двукратным ($p < 0,05$) увеличением риска развития рецидивов ФП (отношение шансов (ОШ) 2,1, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,5-4,2), в то время как при абдоминальном типе этот риск возрастал почти в 5 раз (ОШ 4,9, 95% ДИ 2,4-8,9, $p = 0,024$).

Выводы. У пациентов с пароксизмальной формой ФП наличие ожирения является предиктором развития рецидивов ФП в ближайшие 6 мес, при этом ягодично-бедренный его тип увеличивает риск рецидивирования аритмии в два раза, а абдоминальный – в пять раз.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 2

Шеховцова Ю.А.

Харьковский национальный медицинский университет

Своевременная диагностика хронического панкреатита (ХП) у больных сахарным диабетом типа 2 (СД-2) является важной задачей. Ультразвуковое исследование (УЗИ) остается одним из наиболее информативных методов обследования поджелудочной железы (ПЖ).

Цель работы – изучить УЗ-признаки ХП у больных СД-2.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 25 больных СД-2 среднего возраста которых составил $38,4 \pm 9,5$ лет. Среди них было 13 (52%) мужчин и 12 (48%) женщин. Длительность СД-2 составляла 5-15 лет, в среднем $8,2 \pm 3,7$ года. Уровень гликозилированного гемоглобина находился в пределах 6,0 – 9,0 %, в среднем $7,8 \pm 1,9$. Ультразвуковой контроль в В-режиме осуществляли аппаратами SIEMENS с использованием датчиков электронного сканирования 3,5 МГц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Верифицировался ХП при СД-2 по ряду УЗ-признаков. Первым оценивался размер ПЖ, который изменяется в зависимости от стадии и фазы заболевания. В большинстве наблюдений определялось уменьшение размеров ПЖ у 22 больных (88%), особенно тела и хвоста, что говорит о прогрессирующем фиброзе ПЖ. В 1 (4%) случае определялось локальное увеличение головки ПЖ более 3 см, что обусловлено обострением ХП. У 2 больных (8%) определялись нормальные размеры ПЖ. Затем оценивалась акустическая картина структуры ПЖ, которая отличалась гетерогенностью. Определялось чередование участков сниженной, нормальной и повышенной эхо-плотности. У 22 больных (88%) определялось гетерогенное повышение эхо-плотности ткани ПЖ, что свидетельствует о длительном течении ХП. У 1 больного (4%) были выявлены гиперэхогенные включения – кальцинаты, которые появляются на более поздних стадиях, и косвенно определяют тяжесть ХП. Только у 2 больных (8%) эхогенность ПЖ была нормальной. Важным диагностическим критерием была визуализация панкреатического протока (ПП). Нерасширенный ПП удалось визуализировать у 19 больных (76%). Его диаметр не превышал 2 мм. У 2 больных (8%) ПП визуализировать не удалось. В 16% случаев (у 4 больных) визуализировался дилатированный ПП, что свидетельствует в пользу наличия протоковой гипертензии.

ВЫВОДЫ. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у большинства больных СД-2 (в 88% случаев) наблюдаются УЗ - признаки ХП, что является поводом для дальнейшего изучения состояния экскреторной

функції ПЖ.

ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ

Юрко К.В., Новокшонова А.О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Розробка схем високоактивної антиретровірусної терапії дозволила значно знизити захворюваність і смертність серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Тому на перший план виходять ускладнення захворювань печінки, пов'язаних із хронічною HCV-інфекцією (хронічний гепатит, цироз печінки, гепатоцелюлярна карцинома). У зв'язку з цим поряд з розробкою заходів специфічної та неспецифічної профілактики як ВІЛ-інфекції, так і HCV-інфекції, актуальною залишається проблема удосконалення етіотропної противірусної терапії хронічного гепатиту С (ХГС) у ВІЛ-інфікованих осіб.

Мета роботи – оцінка ефективності терапії вірусного гепатиту С на тлі ВІЛ-інфекції. Дослідження проводились на кафедрі інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету та на базі обласного центру боротьби та профілактиці зі СНІДом. Під спостереженням знаходились 20 хворих із ко-інфекцією ХГС/ВІЛ. З них 16 жінок і 4 чоловіки. Середній вік хворих дорівнював $35,1 \pm 2,2$ роки. У всіх хворих була діагностована ВІЛ-інфекція, 3 клінічна стадія, а також ХГС, HCV РНК (+), помірного ступеня активності. У двох пацієнтів також був виявлений хронічний гепатит В. Дванадцять пацієнтів вживали ін'єкційні наркотики.

До початку противірусної терапії хворі отримували високоактивну антиретровірусну терапію (ВААРТ) першої лінії протягом 12-18 місяців, тому рівень CD4 був вище 350/мкл, а вірусне навантаження ВІЛ дорівнювало нулю. Клінічні прояви ВІЛ-інфекції були відсутні. Всі хворі отримували ВААРТ, крім того 10 хворих отримували ПЕГ-ІФН $\alpha 2a$ 180 мкг/добу + Рибавірин 800-1200 мг/добу та 10 хворих ПЕГ-ІФН $\alpha 2b$ 1,5 мкг/кг/добу + Рибавірин 800-1200 мг/добу. Тривалість противірусної терапії дорівнювала 48 тижнів.

Результати. Біохімічна відповідь спостерігалася в 14 пацієнтів (70%). У 12 хворих (60%) спостерігалася рання вірусологічна відповідь, а в 10 пацієнтів (50 %) стійка вірусологічна відповідь. У 2 хворих (10%) відбувся рецидив ВГС, 2 хворих (10%) не відповіли на призначену терапію. 6 хворим (30%) терапія була припинена до 12 тижнів через побічні дії (анемія, нейтропенія, грипоподібні симптоми, депресія, дисфункція щитопо-

дібної залози). Таким чином, у 10 пацієнтів (50 %) спостерігалася стійка вірусологічна відповідь.

АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД КЛІНІЧНИХ ГРУП РИЗИКУ

Юрко К.В., Новокшонава А.О., Соломенник Г.О., Могиленець О.І.
*Харківський національний медичний університет,
м. Харків, Україна*

В останні роки в Європі спостерігається зростання кількості ВІЛ-інфікованих за рахунок збереження високого темпу епідемії в країнах Східної Європи. Україна не є винятком.

Дослідження проводились у клініці кафедри інфекційних хвороб ХНМУ Обласній клінічній інфекційній лікарні м. Харкова. Дослідження крові пацієнтів на ВІЛ-інфекцію проводилося методом ІФА з використанням тест-систем ДІА ВІЛ Діапром Мед м. Київ. Верифікація виконувалася в лабораторії Обласного центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом м. Харкова. Визначення імунологічних показників проводилось за допомогою моноклональних антитіл на проточному цитофлуориметрі.

З метою виявлення ВІЛ-інфекції були обстежені хворі на гострі та хронічні вірусні гепатити В, С, Д, вірусні цирози печінки. Частота позитивних результатів коливається від 1,14 % до 5,22 % в різні роки дослідження. При аналізі соціально-демографічних показників, було встановлено, що більшість хворих склали чоловіки ($58,7 \pm 3,8$ %).

Досвід проведення скринінгових обстежень на ВІЛ-інфекцію хворих на мононуклеоз і мононуклеозоподібні стани (синдромом генералізованої лімфаденопатії) виявив у 6,7 % осіб ВІЛ позитивний статус. Встановлено, що в групі хворих із генералізованою лімфаденопатією у 4,7 % хворих спостерігалась анемія, тромбоцитопенія або лейкопенія. Серед хворих на ВГС і В у 3,7 % випадків виявили позитивні результати на ВІЛ-інфекцію.

Обстеження хворих на лімфопроліферативні захворювання, рак та дисплазії шийки матки або анальної ділянки, ВЗВ-інфекцію, себорейний дерматит, недиференційовані екзантеми, лейкопенії, тромбоцитопенії, дозволило виявити ВІЛ-інфекцію у (2,3 – 4,7) % хворих залежно від основного захворювання.

Оцінка клініко-лабораторного статусу у хворих на ВІЛ-інфекцію показала, що такий підхід до діагностики дозволяє встановити діагноз у 19,6 % пацієнтів при рівні CD4+ клітин більше 400 клт/мкл. У 65,2 %

хворих кількість CD4+ клітин коливалась у межах 399-200 клт/мкл. СНІД було діагностовано у 15,2 % пацієнтів.

Результати дослідження дозволяють рекомендувати для постійного скринінгового моніторингу наступні клінічні групи: хворі на парентеральні вірусні гепатити; мононуклеоз і мононуклеозоподібні стани; стани що супроводжуються лейкопенією, тромбоцитопенією; зостер-інфекція у осіб молодше 65 років; себорейний дерматит, недиференційовані екзантеми; захворювання, що передаються статевим шляхом; злоякісні лімфоми та інші лімфопроліферативні захворювання; дисплазії і рак шийки матки.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ, ВИРАЖЕНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Юшко К.О., Снігурська І.О.

ДУ „Інститут терапії ім. Л.Т.Малої НАМН України”, м. Харків

Мета дослідження: встановлення взаємозв'язків між показниками ліпідного обміну, частотою порушення толерантності до глюкози (ПТГ) та рівнями С-реактивного протеїну (СРП) у хворих артеріальну гіпертензію (АГ) з метаболічним синдромом (МС) за наявності чи відсутності гіперурикемії (ГУЕ).

Матеріали і методи: Обстежено 92 хворих на АГ 2-3 ступеню з МС (згідно Рекомендацій асоціації кардіологів України (2011 р.) та IDF (2007 р.) віком від 33 до 65 років. Рівні сечової кислоти (СК), вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) та холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) в сироватці крові визначали ферментативним методом. ГУЕ встановлювали при концентрації СК більше 360 мкмоль/л (для чоловіків та жінок), згідно критеріїв «EULAR» (2006 р.). Стан вуглеводного обміну оцінювали за рівнем глюкози крові натще та через 2 години після перорального глюкозотолерантного тесту. СРП визначали імуноферментним методом. В залежності від рівня СК у сироватці крові всі обстежені хворі були розподілені на 2 групи: з наявністю ГУЕ – 56 хворих (60,9%) та з нормальним вмістом СК крові (без ГУЕ) – 36 хворих (39,1%).

Результати дослідження: При аналізі отриманих даних встановлено погіршення стану ліпідного метаболізму у хворих на АГ з МС з ГУЕ, в порівнянні з хворими без ГУЕ. Так, у пацієнтів з ГУЕ виявлено до-

стовірно вищі рівні ЗХС – (5,86±0,12) ммоль/л, ТГ – (2,84±0,19) ммоль/л, ХС ЛПДНЩ – (1,16±0,07) ммоль/л, у порівнянні з хворими без ГУЕ (ЗХС – (5,47±0,14) ммоль/л ($p<0,05$), ТГ – (2,16±0,09) ммоль/л ($p<0,05$), ХС ЛПДНЩ – (0,97±0,04) ммоль/л ($p<0,05$). У хворих на АГ з МС та ГУЕ достовірно частіше виявлялася ПТГ – у 30,4% хворих, в порівнянні з хворими без ГУЕ (у 16,3% пацієнтів), ($p<0,05$). У хворих з наявністю ГУЕ відмічалось достовірне підвищення рівня СРП в крові до (9,11±0,72) мг/л проти (3,62±0,16) мг/л у хворих без ГУЕ ($p<0,05$).

Висновки: Хворі на АГ з МС та наявністю ГУЕ мають більш несприятливі показники ліпідного профілю крові, ранні порушення вуглеводного обміну у вигляді ПТГ, які асоціюються з активацією системного запалення в порівнянні з хворими на АГ з МС без ГУЕ. Даний факт свідчить про прискорений розвиток атеросклерозу у даної категорії хворих та необхідність врахування цих особливостей при призначенні антигіпертензивної та гіполіпідемічної терапії.

ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ НА ФОНЕ ДОРОДОВОГО ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Буйвало Т.А.

*Красноярский государственный медицинский университет имени проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого, лечебный факультет, Красноярск, Россия*

В настоящее время частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25% всех беременностей. Преждевременное прерывание беременности определяет уровень перинатальной заболеваемости и смертности.

На базе МБУЗ родильного дома №5 проведен анализ историй родов 109 родильниц с преждевременными родами.

Целью работы было исследование состояния родильниц и оценка состояния новорожденных при пролонгировании беременности в сроке 24-36 недель при дородовом излитии околоплодных вод.

Из числа поступивших женщин с излившимися околоплодными водами без родовой деятельности с сохранившейся «незрелой» шейкой матки 3 в сроке 22-27 недель (I подгруппа), 27 в сроке 28-33 недель (II подгруппа), 25 – 34-36 недель (III подгруппа). Безводный промежуток 2±2 суток.

У всех женщин температура тела до 36,7°C, АД в норме, КТГ плода без изменений, лабораторно излитие околоплодных вод подтверждено.

С целью профилактики РДС плода вводили дексаметазон в/м курс 24 мг. Беременность пролонгировали под контролем состояния беременной, термометрии через каждые 3 часа, контроля характера выделений, внутриутробного состояния плода.

В I подгруппе беременность пролонгировали в течение 28, 32, 46 дней, во II подгруппе – в течение 21, 35, 42 дней, в III – в течение 8 дней. Все дети родились живыми с оценкой по шкале Апгар 6 баллов и более. Вес при рождении в I подгруппе 1335 ± 235 г, во II подгруппе - 2070 ± 680 г, в III – 2400 ± 670 г. Переведены в стационар 54% детей, в реанимационные отделения больниц - 31% детей. Среди новорожденных умерших детей не было.

Во второй группе женщин с целыми околоплодными водами 52% беременных родоразрешены через естественные родовые пути. Все дети родились живыми с оценкой по шкале Апгар 6 баллов и более, весом 2190 ± 1150 г. 51% детей переведены в стационар, 44% детей - в реанимационные отделения больниц.

Нам удалось пролонгировать беременность у женщин с глубокой недоношенностью 2-3 недели, в пяти случаях беременность продлена до 4-х недель. Дети родились без признаков РДС, с массой при рождении от 1100 до 2780 г, переведены на второй этап выхаживания.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

С.Е.Бондаренко

*ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов
им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины»*

Выполнение реконструктивно-восстановительных операций с замещением костных дефектов показано при разнообразной ортопедической патологии, среди которой особое место занимают диспластические и опухолеподобные заболевания костной ткани.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения пациентов с диспластическими и опухолеподобными заболеваниями проксимального отдела бедренной кости.

Материал исследования. В ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины» с 2000 по 2010 год было выполнено хирургическое лечение 12 пациентов с костными дефектами проксимального отдела бедренной кости, образовавшими-

мися вследствие диспластических или опухолеподобных заболеваний костной ткани. Средний возраст пациентов составил 35,8 лет (18-62), женщин – 10, мужчин – 2. У 9 пациентов имела место монооссальная форма фиброзной дисплазии проксимального отдела бедренной кости, у 2 из них осложненная патологическим переломом, у 1 – рецидивом; у 2 – полиоссальная форма, у 1 из них осложненная патологическим переломом; у 1 – рецидив солитарной костной кисты. У 10 человек была выполнена внутриочаговая резекция, у 1 внутриочаговая резекция, металлоостеосинтез патологического перелома интрамедулярным стержнем, у 1 – внутриочаговая резекция, металлоостеосинтез патологического перелома аппаратом внешней фиксации на базе стержней. В качестве пластического материала для замещения костного дефекта у 9 пациентов были использованы гранулы бифазной керамики на основе гидроксилатапата, у 1 – кортикальные аллотрансплантаты и гранулы бифазной керамики, у 1 – кортикально-губчатый аутоотрансплантат, гранулы бифазной керамики, пористая корундовая керамика, у 1 – кортикально-губчатый аутоотрансплантат и кортикальный аллотрансплантат «Тутопласт». У 7 пациентов в послеоперационном периоде использовалась внешняя иммобилизация сроком от 1 до 6 месяцев.

Положительные результаты лечения в сроки наблюдения от 2-х до 12 лет (средний срок 6,8 лет) после операции были получены 91,7% случаев.

Результаты лечения свидетельствуют об эффективности применённых способов хирургического лечения пациентов с данной патологией.

ОЦІНКА ДОЗОВИХ НАВАНТАЖЕНЬ ПАЦІЄНТІВ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Носик О.В.

ДУ «Інститут медичної радіології НАМН України», Харків

В Україні щорічно проводиться близько 20 млн флюорографічних досліджень органів грудної клітки (ОГК) і 6 млн рентгенографій ОГК, що вносить основний внесок в формування колективної ефективної дози населення від медичного опромінення. На сьогодні оцінка ефективних доз пацієнтів проводиться за табличними даними наказу МОЗ № 295 від 18.07.2001, що не відповідає реальним дозовим навантаженням, і не враховує умови проведення досліджень в окремому кабінеті.

Метою даної роботи було вивчення дозових навантажень пацієнтів при рентгенографії та флюорографії органів грудної клітки.

Було оцінено вхідні поверхневі дози (ВПД) пацієнтів при рентгенографії й флюорографії органів грудної клітки методом термолюмінесцентної дозиметрії для 1200 пацієнтів. Розрахунок ефективних доз проводили за програмою ODS-60 (Фінляндія), а також за результатами прямих вимірювань поглинених доз в органах та тканинах на антропоморфному гетерогенному фантомі «стандартної» людини.

Встановлено, що при флюорографії ОГК індивідуальні ВПД на окремих апаратах коливалися в межах 0,1 – 25,1 мГр, тоді як при рентгенографії 0,05 – 10,4 мГр. Середнє значення ВПД для плівкових флюорографів складало $4,34 \pm 1,10$ мГр, а для цифрових флюорографічних апаратів в 7 разів нижче – $0,63 \pm 0,27$ мГр. Середнє значення ВПД при рентгенографічному дослідженні ОГК складало $0,93 \pm 0,15$ мГр. Необхідно відзначити, що рекомендований рівень ВПД при рентгенографії ОГК згідно з Основними стандартами безпеки МАГАТЕ BSS-115 складає 0,4 мГр.

Ефективні дози при рентгенографії ОГК склали $0,10 \pm 0,02$ мЗв, при плівковій флюорографії – $1,00 \pm 0,2$ мЗв, при цифровій скрингової флюорографії – $0,20 \pm 0,05$ мЗв.

Таким чином, ВПД при рентгенографії грудної клітки 2 - 2,5 рази, а при плівковій флюорографії – в 15 раз вище рекомендованих рівнів, встановлених МАГАТЕ.

Значення ефективної дози при плівковій флюорографії грудної клітки в більшості кабінетів перевищує встановлений Основними санітарними правилами радіаційної безпеки України (ОСПУ-2005) рекомендований граничний рівень діагностичного опромінення для пацієнтів категорії ГД – 1 мЗв/рік, що потребує заміни плівкової флюорографії на цифрову скрингову рентгенографію.

Ключові слова: рентгенографія, флюорографія, вхідна поверхнева доза, ефективна доза.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ІНДЕКСАМИ МАСИ ТІЛА ПРИ ОЦІНЦІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ, ПОЄДНАНОЇ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Тесленко Ю.В.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Серед працездатного населення України ожиріння виявляють майже в 30% випадків, а надмірну масу тіла має кожний четвертий меш-

канець. Абдомінальне ожиріння (АО) у складі метаболічного синдрому (МС) зумовлює більшу поширеність ІХС.

Метою нашого дослідження є вивчення особливостей клінічного перебігу стабільної стенокардії у поєднанні з МС з використанням загально-клінічних, антропометричних, лабораторних та інструментальних методів дослідження.

В Полтавському обласному клінічному кардіологічному диспансері обстежено 40 хворих віком від 46 до 83 років (середній вік 61 рік), чоловіків було 24 (60%), жінок 16 (40%). Обстеження пацієнтів включало фізикальне дослідження, загальний аналіз крові та сечі, ліпідограму, визначення індексу маси тіла (ІМТ), індексу АО (WHtR-окружність талії/зріст, $N < 0,5$), ЕКГ, холтерівське моніторування ЕКГ, УЗД серця. В контрольній групі було 15 хворих з стабільною стенокардією напруги II-III ФК. Дослідну групу склали 25 хворих, розділені згідно ІМТ (I, II, III ступінь ожиріння) на 3 підгрупи. Всім хворим основної групи визначали індекс АО WHtR. Коливання ІМТ в 3 підгрупах склали 30-42 кг/м², а індексу WHtR 0,51-0,78. Враховували клінічний перебіг захворювання за частотою нападів стенокардії, кількістю прийнятого додатково нітрогліцерину за добу, толерантністю до фізичного навантаження, коливанням артеріального тиску (АТ), показниками ліпідограми (ЗХ, ТГ, ХСЛПНЩ), кількістю ішемічних епізодів при холтерівському монітуванні, даних УЗД серця (КДР та КСР ЛШ, фракцію викиду (ФВ)). При порівнянні цих показників в основній групі було виявлено зв'язок індексу АО з частотою нападів стенокардії (3-5/добу), коливаннями АТ (160-180/110-100 мм.рт.ст.), кратністю прийому нітратів (4-5 таб. додатково/добу). У пацієнтів контрольної групи напади стенокардії склали 2-3/добу, додатково нітрогліцерин не приймали, коливання рівня АТ склали 150-130/100-90 мм.рт.ст.. Згідно показників ліпідограми ЗХ склав 7,0-6,5 в основній групі та 4,0-5,2 ммоль/л в контрольній групі, ТГ відповідно 3,5-4,2 та 3,2-2,5 ммоль/л, рівень ХСЛПНЩ відповідно 3,6-4,2 та 2,8-3,4 ммоль/л. Показники УЗД серця у контрольній та дослідній групах статистично значимо між собою не відрізнялись.

Результати проведеного дослідження засвідчили наявність достовірного взаємозв'язку між індексами абдомінального ожиріння та клінічними проявами стабільної стенокардії і прогресуванням атеросклерозу.

МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ПРИСВЯЧЕНІЙ ДНЮ НАУКИ

**ВНЕСОК МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В РОЗВИТОК
МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ПРАКТИКИ**

17 травня 2012 року, Харків

Підписано до друку 03.05.2012 р. Формат 60x84/16.
Папір офсетний. Друк, ризографія. Ум. друк. арк. 8,6.
Замовлення б/н. Наклад 100 прим.
СПД ФО Степанов В.В. м. Харків, вул. Ак. Павлова 311.

