

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**міжвузівської конференції молодих вчених**

**та студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

миокарда возобновилась в среднем через 1 год 9 месяцев, при этом у 8 (25,8%) больных развился повторный инфаркт миокарда.

Выводы. У пациентов перенесших эндоваскулярное вмешательство по поводу ИБС, выявлены различные частоты факторов риска. Женщины исследуемой популяции старше мужчин и реже страдают артериальной гипертензией (13,3%), курением (18,9%). Отсутствие коррекции факторов риска ИБС наблюдается у 54% пациентов. У 48% больных перенесших повторный инфаркт миокарда основная причина его возникновения и появление клинических симптомов ИБС – неадекватность вторичной медикаментозной профилактики, а также игнорирование больными данных рекомендаций.

**Меленевич А.Я.**

**РОЛЬ МАРКЕРІВ ІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ  
ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З  
ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішніх та професійних хвороб**

**Науковий керівник – д. мед. н., професор Капустник В.А.**

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) являє собою серйозну проблему завдяки широкої розповсюженості, прогресуючого перебігу, зменшення тривалості життя хворих. У середньому від 8 до 22% дорослих у віці 40 років і старше страждають ХОЗЛ (Фещенко Ю.І., 2012). Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) відмічає неухильне зростання поширеності ХОЗЛ. Доля професійного ХОЗЛ – 19% (Шпагіна Л.А., 2013). Крім того, ХОЗЛ виходить на лідируючі позиції серед причин смерті. Експерти ВООЗ прогнозують, що до 2020 року дана патологія займатиме 5-е місце по захворюваності і 3-є місце в світі в структурі загальної смертності. За даними ВООЗ у 2012 році від ХОЗЛ померли більше 3 мільйонів чоловік, що склало майже 6% всіх випадків смерті. Згідно ВООЗ смертність від ХОЗЛ в структурі професійної захворюваності складає 40%.

Одним із найбільш частих коморбідних станів є поєднання ХОЗЛ та гіпертонічної хвороби (ГХ), поширеність його коливається у значно широким межах від 6,8 до 70,2 %, в середньому 34,3 %. (Мостовий Ю.М., 2010).

При ХОЗЛ запалення підтримується багато років, нерідко і десятиліттями, посилюючись в період загострення хвороби, що призводить до пригнічення адаптаційних реакцій організму, тривалої активації імунної системи. Нині з'являється все більше даних про роль імунного запалення у розвитку та прогресуванні ГХ. У хворих на ГХ прозапальні цитокіни можуть призводити до активації симпато-адреналової нервової системи та стимуляції продукції ангіотензину II.

Ключовими маркерами прогресування запалення в бронхах є С-реактивний білок (СРБ), фактор некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), інтерферон- $\gamma$  (ІФН- $\gamma$ ), інтерлейкін (ІЛ)-1, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-17, ІЛ-18, та ІЛ-32. Гіперпродукція цитокінів призводить до розвитку системної запальної реакції. Відомо, що інтенсивність синтезу цитокінів може бути генетично обумовлена. Доведено, що варіанти генів цитокінів асоційовані з чутливістю макроорганізму до аутоімунних, алергічних та інфекційних захворювань, особливістю та тяжкістю їх перебігу, а також із підвищеним, або, навпаки, зниженим вмістом продукуємих цитокінів. В останній час, особливо в публікаціях закордонних вчених, обговорюються патогенетичні механізми порушення цитокінового статусу у хворих на ХОЗЛ та роль цього дисбалансу в

підтриманні хронічного запалення, а також пов'язаного із ним процесу апоптозу, що призводить до розвитку інтерлейкінзалежного вторинного імунодефіцитного стану.

Підвищені рівні циркулюючих запальних медіаторів виявляються при серцево-судинних захворюваннях. Високі концентрації СРБ, ІЛ-6, ІЛ-18, ФНП- $\alpha$  ідентифіковані як незалежні фактори ризику серцево-судинних захворювань і асоціюються із посиленням атеросклерозу і розвитком його ускладнень.

Крім того, відомо, що у пацієнтів з ГХ визначають підвищені рівні ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-17, які корелюють з артеріальним тиском у хворих і в експериментальних моделях гіпертензій.

Рівень ІЛ-18 зворотно корелює зі значенням ОФВ<sub>1</sub> у хворих ХОЗЛ. У багатьох закордонних публікаціях показано, що зі збільшенням ступеня тяжкості ХОЗЛ, а також при загостреннях є тенденція до збільшення рівня цього цитокіну.

Високі рівні ІЛ-18 корелюють з підвищеним серцево-судинним ризиком і гіршим прогнозом у пацієнтів з наявними серцево-судинними захворюваннями (Laura C O'Brien, Eleonora Mezzaroma, Benjamin W Van Tassel et al. 2014).

Таким чином, подальше вивчення ролі маркерів імунного запалення при ХОЗЛ у поєднанні з ГХ відкріє нові можливості щодо ранньої діагностики та визначення ступеня ризику прогресування цієї коморбідної патології.

**Минухина Д.В., Габисонія Т.Н., Ромасько К.М.**  
**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И**  
**АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И**  
**ОЖИРЕНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины № 2 и клинической иммунологии**  
**аллергологии,**  
**г. Харьков, Украина**

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей проблемой современной медицины, поскольку характеризуется высокой распространенностью среди населения развитых стран и смертностью.

Одной из наиболее часто встречающихся форм ИБС является стабильная стенокардия. Коморбидность стабильной стенокардии и ожирения является триггерным механизмом, запускающим каскад патофизиологических реакций, которые ускоряют процессы формирования атеросклероза сосудов сердца.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация диагностики и лечения кардиометаболических нарушений с учетом патогенетической роли адипоцитокинов (висфатина и адипонектина) в развитии атеросклероза у больных со стабильной стенокардией и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных со стабильной стенокардией, которые были распределены на 2 группы: 1-я - пациенты, имевшие в качестве сопутствующего заболевания ожирение (n=35) и 2-я - без ожирения (n=25). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты исследований. Было показано, что у больных 1-й группы уровень висфатина достигал  $29,6 \pm 2,0$  нг/мл, что было достоверно выше в сравнении с этим показателем у пациентов 2-й группы -  $27,6 \pm 1,7$  нг/мл и у практически здоровых лиц ( $19,3 \pm 1,3$  нг/мл) ( $p < 0,05$ ).

Содержание адипонектина в 1-й группе составляло  $5,17 \pm 0,22$  нг/мл, что было достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов 2-й ( $6,02 \pm 0,21$  нг/мл) и контрольной

<b>РОЛЬ TLR5 РЕЦЕПТОРОВ В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ .....</b>	<b>126</b>
Мартовицкий Д.В., Бойко Н.И.....	127
<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ .....</b>	<b>127</b>
Мартовицкий Д.В., Лахно Ю.В.....	128
<b>РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИШЕМИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА.....</b>	<b>128</b>
Меленевич А.Я. ....	129
<b>РОЛЬ МАРКЕРІВ ІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОСІДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....</b>	<b>129</b>
Минухина Д.В., Габисония Т.Н., Ромасько К.М.....	130
<b>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.....</b>	<b>130</b>
Молотягін Д.Г., Кудрик О.А., Сова О.О.....	131
<b>НЕДОЛІКИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ .....</b>	<b>131</b>
Наріжна А.В. Попович Н.В. ....	132
<b>ВПЛИВ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ НА ІМУНОЗАПАЛЬНІ Й ПРОФІБРОТИЧНІ МАРКЕРИ ТА ПАРАМЕТРИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОСІДНАННІ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ .....</b>	<b>132</b>
Некрасова Ю.В., Калюжка В.Ю., Маркевич Н.А. ....	133
<b>ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .....</b>	<b>133</b>
Острополец А.С.....	134
<b>ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН. 134</b>	<b>134</b>
Острополец А.С., Гопций Е.В.....	135
<b>АКТИВНОСТЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ- <math>\alpha</math> У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ .....</b>	<b>135</b>
Павлюченко А.С. ....	136
<b>РОЛЬ ГЕРПЕСУ В РОЗВИНКУ ІМУНОДЕФЦИТУ НА ПРИКЛАДІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ .....</b>	<b>136</b>
Переломов В.А., Зейниева А.Е. ....	137
<b>ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....</b>	<b>137</b>
Петюнин П.А. ....	138
<b>МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ .....</b>	<b>138</b>
Піскарьова А.М.....	139
<b>ОСОБЛИВОСТІ АКТИВАЦІЇ Т-ХЕЛПЕРІВ 2 ТИПУ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ КОРИГУВАННЯ В ПРОЦЕСІ СІТ У ХВОРИХ НА ЦІЛОРІЧНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ .....</b>	<b>139</b>
Пономаренко Т.В. ....	140
<b>ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ .....</b>	<b>140</b>
Риндіна Н.Г., Едубіо Орук, Аянтунджи Флоренс .....	141
<b>ПОКАЗНИКИ ФЕРОКІНЕЗУ У АНЕМІЧНИХ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК ЗАЛЕЖНО НАЯВНОСТІ ТА ТЯЖКСТІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....</b>	<b>141</b>
Риндіна Н.Г., Ендрюс Прінсіла Ліра, Етомі Егхогхо .....	142
<b>РАНЖУВАННЯ СТУПЕНЯ ВІДМІННОСТЕЙ ПОКАЗНИКІВ ЕРИТРОПОЕЗУ ТА ФЕРОКІНЕЗУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК.....</b>	<b>142</b>
Рогачева Т.А. ....	142
<b>ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИРАГЛУТИДА.....</b>	<b>142</b>
Романенко А.Р.....	143