

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ»
ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАМН УКРАЇНИ»

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «МОЛОДІ ВЧЕНІ ТА
СПЕЦІАЛІСТИ ІНСТИТУТІВ НАМН УКРАЇНИ М. ХАРКОВА»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



**МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З УЧАСТЮ
МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ, ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ В УКРАЇНІ**

«МЕДИЧНА НАУКА ТА КЛІНІЧНА ПРАКТИКА - 2016»

20 травня 2016 року



Харків 2016

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМ. Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ»
ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР'ЄВА НАМН УКРАЇНИ»
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ “МОЛОДІ ВЧЕНІ ТА СПЕЦІАЛІСТИ
ІНСТИТУТІВ НАМН УКРАЇНИ М. ХАРКОВА”
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З УЧАСТЮ
МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ, ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ

«МЕДИЧНА НАУКА ТА КЛІНІЧНА ПРАКТИКА - 2016»

20 травня 2016 року

Харків 2016

УДК: 616.001.8-25.12

В 33

Редакційна рада

Г.Д.Фадєєнко (голова)

О.В. Колеснікова (заступник голови)

Г.В. Болотських, А.М. Кожина, П.Ю. Костя, Д.Н.Калашник

Відповідальний секретар: Т.Г. Оврах

В 33 «Медична наука та клінічна практика – 2016»: Матеріали науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої Дню науки 20 травня 2016 р./Ред. рада Г.Д.Фадєєнко (голова) та ін.; НАМН України та ін.-Х., 2016.- 114 с.

Адреса редколегії:

ДУ «Національний 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 «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України», 2016

ROLE OF AUTOANTIBODIES TO TYPE IV COLLAGEN IN CHRONIC HEART FAILURE DUE TO CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE	
V. Yu. Dielievskya	12
BILATERAL COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN PEDIATRIC PRACTICE: RELATIONSHIP DEVELOPMENTAL DISORDERS OF CONNECTIVE TISSUE	
M.B. Gruzkova, S.M. Palchik.....	12
ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT HYPERTENSION	
V. A .Kapustnik, O. V. Istomina	13
FEATURES OF SARCOIDOSIS AS A MULTIPLE-SYNDROME DISEASE	
Olha S. Konstantynovska, Petro I. Poteiko, Rja'ey Amin Zaghal	14
ENDOTHELIAL FUNCTION OF VESSELS AT SYSTEMIC VASCULITIS	
D.V.Pomazan, V.I.Suyarko, L.V.Sedaia	15
GENE POLYMORPHISM OF SEROTONIN 5NTR2A T102C AND ITS INFLUENCE ON THE EXPRESSION OF PAIN AND ANXIETY AND DEPRESSIVE DISODERS IN PATIENT WITH RHEUMATIC ARTHRITIS	
L.O. Protsiuk.....	16
INSULIN RESISTANCE AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION	
O.V. Savchuk., G.I. Khrebtiiy, A. Aissoui.....	17
RADIOLOGICAL DIAGNOSTICS OF DIFFUSE PULMONARY ATELECTASIS IN NEWBORNS WITH LOW BIRTH WEIGHT	
O.P. Sorochan, L.O.Semenchenko	17
СУЧАСНИЙ СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСЕРЕДКОВУ СКЛЕРОДЕРМІЮ	
Ата Мухамед Аббас	18
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ	
A. A. Бабець, Н. Я. Яковенко.....	19
МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ МОНИТОРИНГ СТРУКТУРИ ТА РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ РІЗНОВИДІВ СТАФІЛОКОКІВ, ВИЛУЧЕНИХ ВІД ХВОРИХ НА ТЯЖКІ ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ	
A. P. Бабута, К.П. Горобець, Ю.Ю. Хань.....	20
СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ	
О.П. Беспятая	21
РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ВТОРИННО-НАБРЯКОВИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	
О.М. Білий, М.В. Вербицький, В.С.Пахомов.....	21
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ПЕЧІНКОВОЇ ЧАСТОЧКИ 3-МІСЯЧНИХ ЩУРІВ НА 28 ДОБУ СТРЕПТОЗОТО-ЦИНОВОГО ДІАБЕТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ	
Ю.В. Боднарчук, О. Я. Жураківська, В.А. Міськів, О.Д. Марчук	22

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОСЛОЖНЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ	
В.В. Бойко, Д.А. Мирошниченко, Н.И. Межеричкая	23
ЗВ'ЯЗОК ОСТЕОПОНТИНЕМІЇ І ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ ТА ОЖИРНІННЯМ	
С.І. Борзова-Коссе, Л.В. Сапричева	24
ОСНОВНИ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНИМ ОЖИРНІННЯМ	
К.М. Боровик, Н.Г. Риндіна, П.Г. Кравчун, В.І. Леонідова	25
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАКУ ШЛУНКА ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
Ю.І. Ващенко.....	25
ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ	
В.И. Вовк, И.В. Гриценко	26
ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ЖІНОК ПРИ МЕНОПАУЗІ	
М.М. Вовченко, О.А. Буряковська	27
ВПЛИВ ТЕСТОСТЕРОНУ НА АКТИВНІСТЬ АЛЬДЕГІДДЕГІДРОГЕНАЗИ В СЕРЦІ ЩУРІВ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ В УМОВАХ СТРЕСУ	
Ю.В. Волкова, О.С. Козлова, Л.Л. Сухова	28
СОДЕРЖАНИЕ ИНДОЛАМИНОВ У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ИНФИЦИРОВАННЫХ HELICOBACTER PYLORI	
Ю.В. Волкова, Е.Г. Куш, Л.В. Камарчук.....	29
КЛІНІКО-УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ: ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ	
М.В. Волошина, Л.О. Волошина, Н.І. Буймістр, В.К. Козма	30
РОЛЬ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ В ПРОГРЕСУВАННІ АТЕРОГЕННОЇ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	
О.В. Гапон, Г.С. Маслова.....	30
СТАН ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА РІВЕНЬ СИРОВАТКОВОГО N-ТЕРМІНАЛЬНОГО ПОПЕРЕДНИКА МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ В ДИНАМІЦІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРНІННЯ	
Ю. Ч. Гасанов	31
РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	
Ю. О. Гончар.....	32
СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО БАЛАНСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ЗОНЫ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ	
Д.В. Гончаренко, Ю.В.Волкова, Д.А. Кашкалда	33
НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
О.В. Грібенюк, Н.В.Кузьмінава	34
ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ НА ЕТАПАХ ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ	
І.С. Громакова	35

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ НЕБОЙОВИХ САНИТАРНИХ ВТРАТ ВІЙСЬК В УМОВАХ СУЧАСНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ	
А.М. Губар, Д.В. Ковида, І.А. Губар.....	36
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Н.Ю. Гужва	36
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З БОЙОВОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ	
К.С. Гутченко, О.С. Шевчук	37
ПОШИРЕНІСТЬ І СТРУКТУРА АРТЕРІАЛЬНИХ ГІПЕРТЕНЗІЙ В ПОПУЛЯЦІЇ ДІТЕЙ 6-15 РОКІВ	
Ю.М. Данилів.....	38
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА МЕТОДОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ)	
М.А. Духовская	39
ПРОГНОЗУВАННЯ МУТАЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ДОВКІЛЛЯ ДЛЯ НАСТУПНИХ ПОКОЛІНЬ ЗА ЧАСТОТОЮ МИМОВІЛЬНИХ ВИКИДНІВ	
Б.М. Дяченко	40
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ КОПЕПТИНУ ТА MRproADM ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА	
О.С. Єрмак, Маїналі Пракаш.....	41
АКТИВНІСТЬ ІНТЕРЛЕЙКІНА-1β У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРУВАННЯ ЛЕГЕНЬ	
Железнякова Н.М., Зелена І.І., Пасієшвілі Т.М., Супрун І.О.....	42
МАРКЕРИ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ПРОТЯГОМ РОКУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	
Т. С. Заїкіна	42
ВПЛИВ ТЯЖКОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА	
Т. С. Заїкіна, Емелі Коллінз Чібугезе, Дубей Асмита.....	43
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З МІННО-ВИБУХОВОЮ ТА ВОГНЕПАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ СЕРЦЯ І ПЕРИКАРДА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	
Д. Замятін	44
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	
В.И. Золотайкина, Х. Хеллани	45
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ ГІПЕРТРИГЛІЦЕРИДЕМІЇ	
Т.А. Іваницька, І.В. Іваницький	45
СУБМІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ ОСТРІВЦІВ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ КОРЕКЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	
О.Р. Іванців.....	46
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА β_2-АДРЕНОРРЕЦЕПТОРОВ	

(Gln27Glu) НА СТЕПЕНЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	
О.И. Кадыкова	47
ГЕНЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРНІННЯ	
О.І. Кадикова, П.П. Кравчун	48
ЗМІНИ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ	
Ю.О. Ковальова, Б.О. Шелест, А.В. Новцова	49
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СТІНЦІ ТОНКОЇ КИШКИ ПІСЛЯ СТРАНГУЛЯЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ	
Н.Є. Ковальчук, А.В. Пантус.....	50
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ РЕС-БЛОКА ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
П.Ю. Костя	51
ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-13, ТКАНИННОГО ІНГІБІТОРА МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-4, ТЕНАСЦИНУ С У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
М.Ю. Котелюх	52
РЕЗУЛЬТАТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА	
Н.В. Красносельский, А.В. Мовчан, А.Н. Белый.....	53
ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИМУННОГО СТАТУСА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
М.М. Круглова.....	53
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ У ЛІКУВАННІ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ В ПЕРИМЕНО-ПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	
Н.Ю. Курічова, І.М. Щербина	54
ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ	
К.П. Лазаренко	55
ЕЛЕКТРОЛІТНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	
К.Л. Лазіді, Ю.С Рудик.....	56
ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ КРАНІОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ОБТЯЖЕНИМИ СУЇЦИДАЛЬНОЮ АКТИВНІСТЮ	
Р.В. Лакинський	57
ДИНАМИКА ЦИТОКЕРАТИНА-18 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦІЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ БОЛЕЗНЬОУ ПЕЧЕНИ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ	
Е. А. Лапшина	58
ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ	
Е.В.Ливенцова, В.Я.Микукстс	58

РОЛЬ L-АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ У ПРОФІЛАКТИЦІ АНТРАЦИКЛІН-ІНДУКОВАНИХ УРАЖЕНЬ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	
Т.В. Лиманець, Г.С. Маслова	59
СПОСІБ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНОЇ ОЦІНКИ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН ЛЕГЕНЬ ПРИ ПНЕВМОЦИСТОЗІ У ХВОРИХ НА СНІД	
С.В. Лімарєв	60
РОЛЬ СИНДРОМУ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ В ПРОГРЕСУВАННІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ	
Я.А. Мандрика, Г.С. Маслова	61
НАЛИЧИЕ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ЭПИЗОДОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
Д.В. Мартовицкий, Н.Р. Семенова, Н.И. Бойко	62
ПОЛІМОРФНІ ВАРІАНТИ ГЕНУ АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ M235T У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	
О.О. Меденцева, Ю.С. Рудик	62
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ	
Д.В. Минухина, Т.Н. Габисония	63
МОДЕЛІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КЛАССОВ ХРОНІЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
Ю.Н. Мозговая	64
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ОЛЬЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Д.Г. Молотягин, Р.В. Паштиани	65
К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КОЛХИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Д.Г. Молотягин, Р.В. Паштиани	66
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ	
А.В. Мороз, Д.Г. Попеску	66
МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТОЧНОСТІ	
Му'авія Салем Насер Альмарадат	67
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЗОБЛИТЕРИРУЮЩИХ МЕТОДОВ	
К.В. Мясоєдов	68
МАРКЕРИ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ З КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ 2 ТИПУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА СУПУТНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ	
А.В. Наріжна, М.С. Волік	69
ВПЛИВ НУТРИВНОГО СТАТУСУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ АБО ОЖИРІННЯМ	
Я.В. Нікіфорова, Г.Д. Фадєєнко	70

МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ДОЗ НА МОЛОЧНУ ЗАЛОЗУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МАМОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	
О.В. Носик	71
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЛЕГКИХ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ АНТРОПОМОРФНОГО ФАНТОМА	
М.Ф. Образкова, Л.Л. Васильев, А.В. Трофимов	71
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИАГРЕГАНТАМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ	
Т.Г. Оврах	72
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА С РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ ПНЕВМОКОНИОЗА	
О. В. Олефиренко, С. С. Панина, Н. А. Гондуленко, Л. В. Мирончук	73
ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	
С.М. Пальчик	74
ОСОБЛИВОСТИ СИСТЕМОГО ІМУНІТЕТУ У ВАГІТНИХ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР	
А.Ю. Пекарь, Р.М. Міцода	75
ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	
А.В.Перепада, И.А. Гейко, О.П. Сокрут, Д.С. Хапчанкова	76
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СИНДРОМА ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ	
С.А. Пилипенко	76
ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОДВЕРГШИХСЯ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ	
А.В. Плетьева	77
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ШТАМІВ CagA, VacA H.PYLORI У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАНІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2	
І.О. Сіцінська, О.І. Федів	78
ЕНЦЕФАЛІТ РАСМУССЕНА – КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ	
Г.Л. Столяр	79
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ КАРДІОРЕНАЛЬНОЇ АНЕМІЇ	
Н.Г. Риндіна, Флоренс Аянтунджи	79
ПРИНЦИПИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ МАСИВНОЇ ТЕЛА	
П.І. Ринчак, А.В. Бабич, І.О. Бутрімова	80
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, КОТОРЫМ ПРОВЕЛИ ПЕРВИЧНОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО	
Ю.В. Родионова, И.Н. Кутя	81

АКТИВНІСТЬ НЕСПЕЦИФІЧНОГО СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	
В.О. Романова, Н.В. Кузьміна	82
ПОШИРЕННЯ КЛІЩОВИХ ПАТОГЕНІВ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Р.В. Сафонов, О.В. Бялковський, І.В. Гушук, Р.Р. Драб	82
ЗНАЧЕННЯ ЦИФРОВОЇ РЕНТГЕНОГРАФІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ВАДАХ РОЗВИТКУ СТОП В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ	
О. О. Семенцова, Н.О. Оборіна, Є. О. Дауш, Л. В. Мирончук	83
ОЦЕНКА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
В.Г. Середенко	84
ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
А.О. Сипало	85
ДИНАМІКА РІВНЯ АБЕРАЦІЙ ХРОМОСОМНОГО ТИПУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОЇ ГАММА-ТЕРАПІЇ ⁶⁰СО НА АПАРАТІ РОКУС-АМ	
Т.С. Сипко, Н.О. Мазник, Н.Д. Пшенічна, О.Є. Ірха	86
КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ З УРАХУВАННЯМ ДЕЯКИХ ІМУНОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ	
О.І. Скорбач, О.О. Диннік, І.С. Бородай	87
АДСОРБЦИОННО-РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ РАКЕ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	
В-н.А.Степко, В-я.А.Степко	88
КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СПИНАЛЬНОГО АРАХНОИДИТА С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ АЛЬТЕРАЦИЕЙ ЛИКВОРОДИНАМИКИ	
А.В. Стогний	88
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	
Ю. И. Стрельченко	89
ЧАСТОТА РАННИХ ЭПИТЕЛИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	
Е.Н. Сухина, В.П. Старенький, А.В. Свиначенко, А.С. Нестеренко	90
ПРОЯВИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ЕТАПАХ ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ	
І.С. Сухіна, О.В. Сплюхіна	91
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЬАССОЦИИРОВАННОГО МАРКЕРА HE-4 У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	
В.С. Сухин, Е.В. Немальцова, Н.В. Федоренко	92
ХАРАКТЕР ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ АПЕЛІНОМ-12, ОБЕСТАТИНОМ І ПАРАМЕТРАМИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
О.С. Табаченко, Ле Тхі Ней Хоа	93
КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ – ІНТЕРВАЛУ QT, ЗУБЦЯ T, ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ	
В.К.Ташук, П.Р.Іванчук, Г.І.Хребтій, О.В. Савчук, М.В.Ташук	94
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ	
М.А.Теплова, Н.В. Федоренко, Н.Н. Щит, Ю.В. Харченко	94

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНУ СЕЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ	
Г.Ю. Титова, М.І. Руденко, Н.Р. Семерова	95
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РАДІОПРТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ S-ГЕТЕРИЛ МОДИФІКОВАНОГО ЦИСТЕЇНУ ЗА РЕЗУЛЬТАТОМ ДОСЛІДЖЕННЯ АПОПТОТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ ЩУРИВ	
Н.Є. Узленкова, В.М. Пасюга, І.Ю. Магда	96
ДИСФУНКЦІЯ СТАТЕВОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ	
С.В. Фейса	97
ЗМІНИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ НА ФОНІ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ	
О.О. Філіпець, О.Б. Яремчук	98
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ	
О.О. Філіпець, О.П. Іванюк	99
БИОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ КАК ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАКА ЯИЧНИКА III-IV СТАДИИ	
Ю.В. Харченко, Н.Н. Щит, Н.В. Федоренко, М.А. Теплова	99
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА у ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА	
Ю.Е. Харченко, В.В. Шторх, Е.А. Гетман	100
КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯКИХ ТКАНИН	
А.С.Ходак, В.П.Ходак	101
ПРОБЛЕМИ РАДІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ САРКОМ М'ЯКИХ ТКАНИН	
А.С.Ходак, В.П.Ходак	102
ЗАЛЕЖНІСТЬ КІЛЬКОСТІ ВІЛЬНОГО ГЕМОГЛОБІНУ ВІД МАГНІТОКЕРУЄМОГО СОРБЕНТУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ РУЙНУВАННЯ КЛІТИН	
Є. П. Шмельова	102
ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ВІРУС-ІНАКТИВУЮЧИХ АГЕНТІВ В ПРОЦЕСІ ВИГОТОВЛЕННЯ ПРЕПАРАТУ ФАКТОРА VIII ЗГОРТАННЯ КРОВІ	
Н.О. Шурко, Т.В. Даниш	103
ДІАГНОСТИЧНА ЛАПАРОСКОПІЯ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ III – IV СТАДІЇ	
Н.М. Щит, Ю.В. Харченко, Н.В. Федоренко, М.А. Теплова	104
ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОЇ РЕАКЦІЇ НА НЕЙРОСПЕЦИФІЧНИЙ БІЛОК S100 ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ	
Я. С. Юзьків	105
ЧАСТОТА ПРИЧИНА ТА МЕТОДИ СИМУЛЯЦІЇ, ПРЕРЕБІЛЬШЕННЯ ТА ПРИХОВУВАННЯ СИМПТОМІВ НЕСОМАТИЧНИХ ХВОРОБ СЕРЕД СТУДЕНТІВ У ВІЦІ ВІД 17 ДО 25 РОКІВ	
О.М. Юрченко; Н.О. Ремньова	106

ЗВ'ЯЗОК АПЕЛІНУ З ПАТОЛОГІЧНИМ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	
К.О. Юшко.....	107
ВТОРИННІ ЗМІНИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ХВОРИХ З ЛІМФОМОЮ ХОДЖКІНА ТА ДИФУЗНОЮ В-ВЕЛИКОКЛІТИННОЮ ЛІМФОМОЮ	
Ю.В. Яворська, Д.А. Коваленко	107
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА-634 G/C (rs 2010963) ГЕНА VEGF-A НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ	
М.В.Яресько.....	108
КОГНИТИВНІ ФУНКЦІИ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ	
С. Я. Яновская	109
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Е.А. Гетман	110
АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	
Е.С.Гальева, Е.А.Лапшина, Т.Н. Голенко.....	111
ЗМІНИ СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ПОРУШЕННЯМИ МЕТАБОЛІЗМУ ПУРИНІВ	
Д.В.Молодан	111
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЯХ	
А.Д.Ольховская, Д.В. Молодан.....	112

ROLE OF AUTOANTIBODIES TO TYPE IV COLLAGEN IN CHRONIC HEART FAILURE DUE TO CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

V. Yu. Dielievskaya

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

Introduction. Today the attention of many scientists is drawn to the role of auto-immune diseases in the development and progression of many diseases. Of the great importance is the definition of the role of specific antibodies against the structural components of organs. They are able to have direct damaging effects, resulting in the loss of functional activity. According to recent reports in patients after myocardial infarction significantly elevated levels of IgM and IgG against native collagen type IV are registered. Other studies demonstrated the association of increased levels of IgG antibodies to collagen type IV with idiopathic dilated cardiomyopathy

The aim of the research was to examine whether autoantibodies against type IV collagen are associated with chronic heart failure (CHF) due to chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Materials and methods. 45 patients with CHF at COPD were included in the study (Group 1). The diagnosis of COPD was established on the basis of clinical symptoms, modified Medical Research Council dyspnea scale, COPD Assessment Tool and spirometry according to GOLD 2014 guidelines. Patients were further divided into two subgroups according to II and III class by NYHA of CHF. Patients had echocardiography, spirometry and serum collagen autoantibodies measurement by enzyme-linked immunosorbent assay. The control group consisted of 25 healthy adults of appropriate age.

Results. Patients with CHF at AH and COPD showed statistically significant higher levels of plasma collagen autoantibodies in comparison to the healthy controls (11.21 ± 0.4 versus 5.53 ± 0.2 mcg/ml) ($p < 0.05$). While progression of CHF from NYHA II to NYHA III classes an increase of collagen autoantibodies on 34.5 % ($p < 0.05$) was observed. Autoantibodies to type IV collagen significantly correlated with end systolic diameter of the left ventricle ($r = 0.74$), end diastolic diameter of the left ventricle ($r = 0.43$), end systolic volume of the left ventricle ($r = 0.36$), end diastolic diameter of the left ventricle ($r = 0.42$), left atrium diameter ($r = 0.44$) and ejection fraction of the left ventricle ($r = -0.52$) ($p < 0.05$).

Conclusions. The increase of plasma collagen type IV autoantibodies is associated with dilation of the left ventricle and progression of congestive heart failure due to COPD. The mechanisms of the damaging effect of type IV collagen antibodies on myocardium are interesting for studies.

BILATERAL COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN PEDIATRIC PRACTICE: RELATIONSHIP DEVELOPMENTAL DISORDERS OF CONNECTIVE TISSUE

¹M.B. Gruzskova, ²S.M. Palchik,

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv

²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv

Pneumonia is the single largest infectious cause of death in children worldwide (WHO, 2015). Presence at the patient of connective tissue dysplasia predisposes to the development of a variety of respiratory diseases, particularly pneumonia.

Objective. Analyze frequency of bilateral community-acquired pneumonia in children with phenotypic signs of connective tissue (CT) disorders.

Materials and methods. We made retrospective analysis case histories of 38 children who were hospitalized with a diagnosis of "bilateral community-acquired pneumonia". We analyzed anamnesis, clinical and laboratory data and instrumental examination of patients 7 to 15 years old.

Results. Phenotypic signs of connective tissue disorders were observed in 26 children (68.4%). The most often encountered asthenic constitution type (80.7%), chest deformity was detected in 61.5% (chonechondrosternon - 62.5%, pigeon breast - 25%, flat chest - 12.5%). Violation of posture was diagnosed in 65.3% cases (n = 17). These changes are interpreted by clinicians as a manifestation of thoraco-phrenic syndrome in dysplasia of CT. The frequency of hypermobility of joints and flatfoot accounted 50% and 57.6% accordingly. Among the visceral manifestations of mitral valve prolapse was diagnosed in 69.2%, nephroptosis - 46.1%. Myopia has place in 10 patients (38,4%). It mentioned combination of phenotypic features in various combinations.

Conclusions. Presence in a pediatric patient phenotypic signs of connective tissue, in particular thoraco-phrenic syndrome, can be considered as risk factors for community-acquired pneumonia with sizable lesion of lung tissue. It largely determines the need for timely optimization of diagnostic tactics and treatment.

ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH CONCOMITANT HYPERTENSION

*V. A. Kapustnik, O. V. Istomina
Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading places in the diseases of the respiratory system. In patients with COPD the risk of cardiovascular disease increases by 2-3 times. On average, the prevalence of hypertension in patients with COPD is up to 40%. Actively study the role of nitric oxide (NO) as a marker of endothelial dysfunction in the development of comorbid pathology.

The aim: to study nitric oxide metabolites S-nitrozoili in patients with concomitant COPD and over GB and in patients with isolated over COPD.

Materials and Methods: 145 patients were examined, in which COPD in combination with hypertension found in 55 patients, isolated COPD in 45 patients. The control group consisted of 45 patients. Determination of S-nitrozoili carried out by spectrophotometry. Statistical analysis of the results of experimental studies were carried out using a computer application package for the processing of statistical information Statistica 6.1 (StatSoft, Inc., the USA). As a critical significance level there was accepted $p < 0.05$ when testing the statistical hypotheses.

Result. For patients with isolated COPD over the average value of the level of nitric oxide metabolites S-nitrozoili was $0,54 \pm 0,31$, which was significantly higher ($p < 0.001$) compared to the control group - $0,30 \pm 0,11$ and reached its maximum values in patients with COPD concomitant with hypertension - $0,99 \pm 0,31$, which is almost three times higher than in the group of healthy patients ($p < 0.001$).

Conclusions. These data allowed the study to ascertain violation of NO metabolism,

indicating the activation of free radical processes and the development of damaging effect on vascular endothelial cells, the most pronounced in patients with COPD in combination with hypertension.

FEATURES OF SARCOIDOSIS AS A MULTIPLE-SYNDROME DISEASE

Olha S. Konstantynovska¹, Petro I. Poteiko¹, Rja'eiy Amin Zaghal²

¹ *Department of Phthisiology, Pulmonology and General Practice, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education*

² *Department of General and Clinical Allergology and Immunology, V. N. Karazin Kharkiv National University*

Sarcoidosis is a multisystem inflammatory disease characterized by the presence of noncaseating granulomas.

The finding of granulomas is not specific for sarcoidosis, and other conditions known to cause granulomas. These conditions include mycobacterial and fungal infections, malignancy and environmental agents.

The lungs are most commonly affected organs. Other organs commonly affected are the liver, skin and eyes.

Aim of our study – to examine the clinical and laboratory features of sarcoidosis, and to analyze the clinical case of patient with sarcoidosis.

Materials and methods - clinical cases of sarcoidosis at the Department of Phthisiology, Pulmonology and General Practice.

One of the patients was 49-years old woman; changes in lungs were found during prophylactic X-ray examination. Initial diagnosis was sarcoidosis of lungs and intrathoracic lymph nodes.

Complaints: pain in big joints, increasing weakness, chronic fatigue.

Results. Clinical examination of patient: enlarged lymphatic nodes in the right axillary and inguinal regions, paresthesia of the left cheek, «twisted mouth» - down-left corner of the mouth; there were changes in the skin of the left breast and the upper lip, and inflamed scar on her right knee. During spiral computed tomography - the primary lesion of middle parts of the lungs, typical peribronchial and perivascular arrangement of small lesions.

During fibrobronchoscopy were found the bumps on the mucous membrane («cobblestones»), and infiltration of bronchial wall.

The biopsy of inguinal lymph node: revealed presence of noncaseating granulomas.

Diagnosis: Generalized sarcoidosis with lesions of the nervous system (neuritis of the facial nerve - neurosarcoidosis), lung, intrathoracic lymphatic nodes, peripheral lymphatic nodes (submandibular, right axillary, intra-abdominal, inguinal), and skin (including sarcoidosis in scars).

Treatment: Methylprednisolone, Delagil, Vitamin E. Treatment for 10 months. Then she returned to work.

Conclusions. Sarcoidosis as a multiple-syndrome disease is very difficult to be diagnosed. There are many different symptoms, and sometimes patients fall to dermatologist, therapist, general practitioner, pulmonologist and another specialist. Every doctor must understand sarcoidosis for helping patients in the best way.

ENDOTHELIAL FUNCTION OF VESSELS AT SYSTEMIC VASCULITIS

D.V.Pomazan, V.I.Suyarko, L.V.Sedaia

M.Gorky Donetsk National Medical University, Lyman

The purpose of study: to evaluate the vascular endothelial function disorders (EFV) in patients with microscopic polyangiitis (MPA), Wegener's granulomatosis with polyangiitis (GPA) and eosinophilic polyangiitis Churg-Strauss (EPA). Materials and methods. The study included 129 patients (47% of men and 53% of women) – 76 persons (59%) with MPA, 26 (20%) with the GPA and 27 (21%) with EPA. First degree of disease activity was present in 10% of patients, second one – in 35%, the third – in 55%, and examined with MPA, GPA and EPA did not differ among themselves. Lesion of kidney was diagnosed in 73% of cases, of lung – in 63%, of skin – in 61%, of the joints – in 54%, of the myocardium – in 49% of the liver – 47%, of the nervous system – in 46%, of endocardium and valve apparatus – in 36%. At the time of the study ANCA in serum were found in 74% of patients with MPA, 79% with GPA and 44% with EPA. The ratio of antibodies to myeloperoxidase by frequency of detection at separate ANCA-SV amounted as «MPA:EPA:GPA=3:2:1», and the ratio of antibodies to proteinase-3 as «GPA:MPA:EPA=14:5:1». EFV was evaluated by serum levels of endothelin-1 (ET1), thromboxane A2 (TxA2), homocysteine (HCys), prostacyclin (Pgl2), nitrites (NO₂) and cyclic guanosine monophosphate (cGMP). Results. MPA is accompanied by a reliable increase of levels of ET1 by 2.1 times, NO₂ by 8%, cGMP by 12% in the blood, with a decrease in the concentration of HCys by 42% and Pgl2 by 67%, which is respectively observed in 96%, 45%, 55%, 68%, 32% of patients. Increase of ET1 in 2,2 times and NO₂ by 94% in the blood levels with decreasing concentration of HCys by 31%, Pgl2 by 74% and cGMP by 40% is typical for GPA, that is respectively marked in 92%, 85%, 58%, 62% and 54% of cases. EPA is characterised by increase of the blood levels of ET1 in 2,2 times on the background decreasing the level of HCys by 43% and Pgl2 by 67% that is found in 100%, 78% and 33% of cases. Thus, MPA, GPA and EPA differ from each other correspondingly by increased, decreased and unchanged indicators of cGMP, and EPA – by the parameters of nitritemia. In patients with MPA dispersive effect of blood level of NO₂ to the left ventricular systolic dysfunction is observed, and cGMP to the diastolic one. In patients with EPA concentrations of TxA2 and HCys affect the state of the valve apparatus, the parameters of endothelinemia - the size of the heart chambers, changes in the electrical conductivity of the heart depend on the parameters of Pgl2. The parameters of end-diastolic size of the right ventricle and pulmonary vascular resistance at MPA depend on the indicators of HCys, size of the left atrium – on the values of Pgl2, ejection fraction of the left ventricle of the heart – on NO₂. Integral severity of cardiomyopathy at GPA is directly correlated with indicators of HCys, and at EPA – with the level of endothelinemia.

GENE POLYMORPHISM OF SEROTONIN 5HT_{2A} T102C AND ITS INFLUENCE ON THE EXPRESSION OF PAIN AND ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENT WITH RHEUMATIC ARTHRITIS

L.O. Protsiuk

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia

Background: In this study it was to evaluate the link between clinical signs of disease, intensity of pain and anxiety and depressive disorders in RA patients with different variants of polymorphic sites promoter region of the gene 5-HT_{2A} T102C.

Material and methods: Molecular genotyping was performed using the technique of polymerase chain reaction. The degree of depression severity in the examined according to the Hamilton Anxiety Rating Scale was assessed. The levels of reactive and personal anxiety were defined according to the scale of Spielberger. Pain intensity determined by 100 mm visual analogue scale.

Results and discussion. Study of genotype frequency of 2A serotonin receptor HTR_{2A} T102C gene demonstrated TC genotype to occur in 53.0% of patients, it being more common in comparison with TT genotype (28.0%, $\chi^2=12.9$; $p<0.01$) and CC genotype (19.0%, $\chi^2=25.1$; $p<0.01$). Patients with TC genotype were found to have high indices of pain intensity, inflammatory process activity according to DAS₂₈ and CDAI as well as significant increase of swollen joints number, while there were moderate indices of pain intensity and inflammatory process activity in patients with TT and CC genotypes, and no statistical significant difference in the number of aching joints between patients with TT and TC genotype was observed. Patients with TT genotype were found to have significantly higher rate of depressive disorders associated with moderate indices of inflammatory process activity and pain intensity in comparison with patients with TC and CC genotypes, while ST indices proved to be higher in patients with TC genotype as compared to patients with TT and CC genotypes, and TA values were nearly identical in all groups of patients. Besides, inverse moderate and medium relationship between pain intensity, inflammatory process activity and indices of anxiety and depressive disorders in patients with TT genotype was established, while there were close, medium and direct correlations between these indices in patients with TC and CC genotype.

Conclusion. The data obtained demonstrated the differences between distribution of genotypes of T102C loci among the patients with RA. The clinical picture of patients with TT genotype was characterized by the presence of moderate pain and predominantly anxiety disorders associated with symptoms of depression. Patients with TC genotype demonstrated mixed anxiety-depressive state, severe pain and patients with CC genotype had mild anxiety and depressive disorders which were accompanied by activation of vegetative nervous system in all patients irrespective of genotype and moderate pain.

INSULIN RESISTANCE AND ENDOTHELIAL DYSFUNCTION

O.V. Savchuk., G.I. Khrebtiy, A. Aissoui
Bucovian state medical university, Chernivci

BACKGROUND

Nowadays hypertonic disease (HD) is considered as an endothelium dysfunction condition, accompanied by constriction of vascular smooth muscles which is related with insulin resistance development (IR). The accumulated experimental, epidemiological and clinical researches, showed increase of insulin level in patients with HD, indicating that IR is an important pathogenic factor of HD.

METHODS:

All the patients with HD of stage II received Basic therapy of lisinopril, amlodipine and atorvastatin as control group. Then we took 30 people of the group and give them besides the basic therapy an infusion of 100 ml of 4,2% solution of L-arginine chloride over the period of 12-14 days as inpatient and then as outpatient orally 20 ml of 4 grams twice a day 40 minutes before the meal, for duration of 3 months.

RESULTS:

AFTER 3 MONTHS, IN PATIENTS WITH BASIC THERAPY PLUS L-arginine the improvement of endothelium dependent vasodilation (EDV) was 97,9 % and endothelium not dependent vasodilation hypertonic disease (ENDV) was 0% and the speed of blood flow in the brachial artery V in dynamics with reactive hyperemia test was (V-RHT) 17,1 % compared to improvement only of (EDV) 63,1%, (ENDV) 2,2 %, (V-RHT) 6,2 % in the group with basic therapy.

CONCLUSION:

Combination of antihypertensive and hypolipidemic therapy and gradual including of L-arginine by intravenous-oral way showed significant improvement of endothelium dependent vasodilatation, compared with control group. IN hypertonic patients with CONCOMITANT INSULIN RESISTANCE

RADIOLOGICAL DIAGNOSTICS OF DIFFUSE PULMONARY ATELECTASIS IN NEWBORNS WITH LOW BIRTH WEIGHT

O.P. Sorochan¹, L.O.Semenchenko²

¹*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv*

²*Kharkiv National Medical University, Kharkiv*

Diffuse pulmonary atelectasis means kind of atelectasis which manifests in small not filled areas of the lung tissue. They manage on X-ray like multiple focal shadows 0.1-0.3 cm in size, creating a general reduction of the transparency of the lung fields. The only reliable sign of their difference from pneumonia is stable X-ray pictures on the background of prolonged severe condition of the child. They are more typical for children with low birth weight and small gestational age, because of immaturity of lung tissue.

Purpose. Research X-ray picture of diffuse pulmonary atelectasis (DPA) in premature infants according to birth weight.

Materials and methods. We had studied chest X-ray of 123 newborns with low birth weight, which were divided into 2 groups: extremely low birth weight (500-999 gr.)

and low birth weight (1000-2500 g.). All children were treated in Kharkiv State Perinatal Center. Research was performed in the first few days of life, and on the dynamic.

Results. The incidence of DPA in infants with extremely low birth weight (ELBW) was 63.4%, in infants with low birth weight – 40,2%. We had determine dependence between the prevalence of focal shadows in the lungs, position of the diaphragm dome and cardiothoracic index, which allowed to allocate 3 grade of severity of DPA in preterm infants. As a result we had developed a patent “Method of determining the severity of diffuse pulmonary atelectasis in preterm infants”. Using this method we were able to divide our patients in 3 group by the severity of DPA. The frequency of 1 grade severity in these groups for newborns with ELBW was 9.8%, in children with LBW - 14.6%, 2 degree occurred in newborns with ELBW 24.4%, and in children with LBW - 15.9%, 3 grade observed in infants with ELBW in 29.3%, in children with LBW - 9.8%.

The duration of diffuse pulmonary atelectasis was about one month. Mortality rate among infants with ELBW was 29.3%. Among children with LBW overall mortality was much lower and amounted to 3.7%.

Conclusions. Incidence of DPA by X-ray data are more frequently in infants with ELBW. It was noted prevalence of severe stages of DPA in children with ELBW.

СУЧАСНИЙ СПОСІБ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСЕРЕДКОВУ СКЛЕРОДЕРМІЮ

Ата Мухамед Аббас

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Харків

Лікування осередкової склеродермії представляє собою складний та довготривалий процес, який обумовлює пошук нових способів оцінки призначеного лікування для визначення його ефективності. Внаслідок цього дослідження можна вважати вельми актуальним.

Метою дослідження є розширення арсеналу способів оцінки ефективності лікування хворих на осередкову склеродермію шляхом оцінки в сироватці крові активності еластази, колагенолітичної активності та накопичення глікозоаміногліканів

Клінічно обстежено 24 пацієнти з різними стадіями і формами осередкової склеродермії. Групу порівняння склали 26 осіб, які не мали дерматологічної патології, у віці від 20 до 55 років. Всі дослідження проводилися в 3 етапи: протягом першої доби після госпіталізації хворих в клініку із загостренням захворювання до початку лікування, потім на 14-15 добу після проведення призначеного патогенетичного лікування і на завершальному етапі перед випискою із клініки на 29-30 добу. Для оцінки стану структурно-метаболических і обмінних процесів в тканині визначався вміст глікозоаміногліканів, активність ферментів еластази і колагенолітична активність. Отримані результати свідчать про підвищення в сироватці крові активності еластази, колагенолітичної активності та вмісту глікозоаміногліканів в період загострення на початку терапії, що свідчило про структурно-метаболическі порушення в сполучній тканині. Дослідження показали збільшення в сироватці крові вмісту глікозоаміногліканів на 28,44%, 129,01% і 194,92%, а також активності еластази – на 165,24%, 527,69% і 796,29%, колагенолітичної активності – на 144,83%, 348,59% і 825,23% відповідно на різних стадіях розвитку осередкової склеродермії. Найбільш високі рівні

активності протеїнази були пов'язані з накопиченням значних концентрацій глікозоаміногліканів в сироватці крові.

Таким чином, високий кореляційний зв'язок між динамікою активності еластази, колагенолітичною активністю та вмістом глікозоаміногліканів сироватки крові при різних формах і стадіях осередкової склеродермії дозволяє використовувати ці показники як прогностично значущі в динаміці патогенетичної терапії, яка проводиться.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ПЕРВИННА ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

А. А. Бабець¹, Н. Я. Яковенко²

¹ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України», Дніпропетровськ
²ДУ «УкрДержНДІМСПІ МОЗ України», Дніпропетровськ

Мета: дати аналіз захворюваності й первинної інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби (ГХ) серед населення України

Матеріали та методи: аналіз захворюваності та первинної інвалідності внаслідок ГХ проведено за даними посібника «Регіональні особливості рівня здоров'я народу України».

Результати та їх обговорення: Поширеність ГХ серед дорослого населення України у 2014 році була 29500,8 на 100 тис. Прогнозування показало, що у 2015 році найвищі рангові місця щодо поширеності ГХ серед цієї категорії займатимуть Дніпропетровська, Кіровоградська, Хмельницька області; найнижчі – Харківський, Львівський, Запорізький регіони. Захворюваність ГХ серед дорослого населення у 2014 році склала 2062,9 на 100 тис. У 2015 році вищі рангові місця щодо захворюваності ГХ в Україні посідатимуть Дніпропетровський, Івано-Франківський, Миколаївський, а нижчі – Запорізький, Полтавський та Херсонський регіони. Первинна інвалідність внаслідок цієї патології у 2014 році склала 0,4, а у 2015 році – 0,3 на 10 тис. населення. У 2016 році найвищі рангові місця щодо первинної інвалідності серед дорослого населення займатимуть Полтавська й Вінницька, нижчі – Чернівецька, Херсонська, Рівненська, Київська області.

Поширеність ГХ серед населення працездатного віку в Україні у 2014 році була 17945,4 на 100 тис. населення (в абс. числах – 4525879). За результатами прогнозування у 2015 році найвищі рангові місця за поширеністю ГХ серед працездатного населення займатимуть Чернівецька, Хмельницька, Кіровоградська області; тоді як найнижчі – Харківський, Львівський та Чернігівський регіони. Захворюваність ГХ серед населення працездатного віку в Україні у 2014 році була 1618,7 на 100 тис. населення (в абс. числах – 408228). У 2015 році найвищі рангові місця щодо захворюваності ГХ серед працездатного населення займатимуть Дніпропетровська, Миколаївська, Івано-Франківська області; найнижчі – Запорізький, Полтавський та Харківський регіони. Первинна інвалідність внаслідок цієї патології у 2015 році була 0,3 на 10 тис. населення. У 2016 році найвищі рангові місця щодо первинної інвалідності серед працездатного населення займатимуть Вінницька, Житомирська, Полтавська; нижчі – Хмельницька, Херсонська й Кіровоградська області.

МІКРОБІОЛОГІЧНИЙ МОНИТОРИНГ СТРУКТУРИ ТА РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ РІЗНОВИДІВ СТАФІЛОКОКІВ, ВИЛУЧЕНИХ ВІД ХВОРИХ НА ТЯЖКІ ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ

А. Р. Бабута, К.П. Горобець, Ю.Ю. Хань

ДУ «Інститут дерматології та веренології НАМН України», Харків

Мета дослідження: вивчення структури стафілококової компоненти шкірної біоти з означенням чутливості вилучених мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів різних груп.

Завдання дослідження: вивчити розповсюдженість різновидів роду *Staphylococcus* та їх роль у обтяженні перебігу дерматозів.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 60 осіб (з них 38 чоловіків і 22 жінки), що знаходились на стаціонарному лікуванні у дерматологічному відділенні ДУ «Інститут дерматології та веренології НАМН України» з приводу шкірної патології, середній вік пацієнтів склав $44,5 \pm 6,4$ роки. Групу порівняння склали 20 практично здорових осіб репрезентативного віку і статі. Ідентифікація мікроорганізмів, визначення чутливості до антибіотиків проводилася за допомогою загальноприйнятих бактеріологічних методів.

Результати: при проведенні бактеріологічних досліджень було вилучено 160 штамів мікроорганізмів, що були віднесені до 5 родів, з них 120 штамів було ізольовано від хворих та 40 штамів – практично здорових осіб. Встановлено, що серед вилучених штамів питомо вагу склали представники роду *Staphylococcus* – 65,0% (78 лабораторних штамів). З них домінували: *S. aureus* (23,7%), *S. haemolyticus* (15,3%), *S. epidermidis* (14,1%), *S. warneri* (10,2%), *S. cohnii* (6,4%) та *S. saprophyticus* (5,1%). При дослідженні бактеріальної мікрофлори контрольної групи переважали *S. epidermidis* (52,5%), *S. saprophyticus* (30,0%), *S. haemolyticus* (5,0%), *S. aureus* (2,5%). При дослідженні чутливості вилучених лабораторних штамів *S. aureus* до антибіотиків різних груп, встановлено високу чутливість до гентаміцину (95,2%), ципрофлоксацину (89,5%) та азитроміцину (68,4%). Інші представники роду *Staphylococcus* були чутливими до гентаміцину (90,3%), ципрофлоксацину (78,5%), доксицикліну (64,5%). Усі досліджувані штами, як *S. aureus*, так і коагулазонегативних представників роду виявили високу резистентність до бензилпеніциліну (82,0%) та помірну до оксациліну (26,9%).

Висновки: Стафілококова складова є найбільш представленою частиною біоти шкіри хворих на тяжкі розповсюджені дерматози. Кількісні показники вилучення штамів *S. aureus* у хворих перевищують аналогічні показники здорових осіб у 9,4 рази. Факт збільшення резистентності коагулазонегативних стафілококів до оксациліну свідчить про посилення агресивності даних мікроорганізмів, що може сприяти обтяженню перебігу основного захворювання.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ЕГО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПОВ

О.П. Беспятая

ОКБ им. Мечникова, Днепропетровск

Цель исследования: Провести анализ клинических проявлений осложнений со стороны нижних конечностей у пациентов, страдающих сахарным диабетом 1-го (СД 1), 2-го (СД 2) типов.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе консультативной поликлиники, областной клинической больницы имени Мечникова в кабинете «диабетическая стопа» с 1.01.16. по 31.03.16 осмотрено 300 человек, с СД 1 типа 130 человек и СД 2 типа 170 человек. Из них впервые выявленный СД 1 у 9 человек, СД 2 тип у 14 человек. Выполнены стандарты обследования, учитывались жалобы, анамнез, нарушение чувствительности нижних конечностей определялось по шкале нейропатического счета, трофические дефекты оценивались по шкале Вагнер.

Результаты исследования и их обсуждения: Среди группы пациентов с СД 1 типа наблюдались: трофические язвы и выраженная степень полинейропатии в 4 случаях, язвы в местах повышенного плантарного давления в 4 случаях, трофические язвы голени ишемического генеза в 6 случаях. Согласно классификации Вагнер распределение язв: 0 степени (ст.) в 2 случаях, 1 ст. в 2 случаях, 2 ст. в 6 случаях, 3 ст. в 3 случаях, 4 ст. в 1 случае. Ампутиации в анамнезе в 6 случаях, послеоперационные незаживающие раны 3 случая, врастание ногтя 2 случая, глубокие трещины пяток 2 случая. Среди группы пациентов с СД 2 типа наблюдались осложнения: трофические язвы и выраженная степень полинейропатии в 10 случаях, язвы в местах повышенного плантарного давления в 8 случаях, трофические язвы голени ишемического генеза в 5 случаях. Согласно классификации Вагнер распределение язв: 0 ст. в 7 случаях, 1 ст. в 6 случаях, 2 ст. в 6 случаях, 3 ст. в 3 случаях 4 ст. в 1 случае. Ампутиации в анамнезе в 6 случаях, послеоперационные незаживающие раны 4 случая, глубокие трещины пяток в 5 случаях, гнойный артрит 1 случай.

Вывод: Многогранность клинических проявлений синдрома диабетической стопы прослеживается у пациентов СД 1 и СД 2 типов следовательно все пациенты должны регулярно обследоваться на наличие синдрома диабетической стопы, и обучены правильному уходу за стопами.

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ НА ВТОРИННО-НАБРЯКОВИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

О.М. Білий^{1,2}, М.В. Вербицький², В.С.Пахомов²

¹ Харківський національний медичний університет, Харків;

² ІМР НАМНУ ім. С.П. Григор'єва, Харків

Вступ. Вторинно-набряковий рак грудної залози (ВНРГЗ) залишається однією з невіршених проблем сучасної онкології. Метою роботи було дослідження можливих закономірностей перебігу цього захворювання на тлі лікування, пошук нових клінічних прогностичних факторів.

Матеріал і методи. 13 хворим на ВНРГЗ Т4b в віці від 40 до 68 років (медіана –

61 рік) виконано протокольне обстеження в ДУ «ІМР НАМН України». Відсутність віддалених метастазів по даним КТ була критерієм включення пацієнтів в дослідження.

Результати і обговорення. Не встановлено зв'язку частоти наявності ВНРГЗ з віком. Було встановлено збільшення регіонарних лімфовузлів у 7 хворих (56 %): аксілярних у всіх 7 хворих (56 %), з них підлопаточних у 2 хворих (16 %), підключичних у 1 хворої (8 %). Локальний вторинний набряк шкіри та тканин в ділянці пухлини у всіх хворих на ВНРГЗ встановлювали клінічно та за даними мамографії. Клінічні дані та дані мамографії збіглися у 12 випадках. У 1 пацієнтки набряк, який було встановлено клінічно у вигляді шкіри, як «лимонної шкірки», на мамографії проявив себе лише незначним утовщенням шкіри, тому не був оцінений як набряк рентгенологічно. З розрахунку того, що у всіх пацієнток був встановлений вторинний локальний набряк в зоні пухлини, тобто T4b, розмір пухлини суттєво не впливав на T-параметр діагнозу. Але ми не виключаємо впливу розміру пухлини навіть в випадку ВНРГЗ. Переважали пухлини розміром більше 2 см. Найчастіше це були пухлини розміром 4 – 6 см. Важливим також є співвідношення розміру пухлини, зони набряку та розміру грудної залози. 2-й розмір грудної залози був у 3 пацієнток, в цій групі пухлини були від 2 до 5 см, зона набряку помірна. 3-й та 4-й розмір був у 10 пацієнток, розмір пухлини в цій групі частіше був більше 4,5 см, зона набряку значно більша, але співвідношення розмірів пухлини, зони набряку і грудної залози було кращим, ніж в 1-й групі.

Висновки. Встановлення розміру зони набряку та її інтенсивності можливе лише за клінічними даними, що є суб'єктивним. Тому однією із задач ми вважаємо розробку корисної для клініцистів класифікації вторинного набряку для можливості її об'єктивної оцінки. Також в подальшому необхідна розробка клінічної класифікації співвідношення розміру пухлини, зони набряку та розміру грудної залози.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ ПЕРЕБУДОВИ ПЕЧІНКОВОЇ ЧАСТОЧКИ 3-МІСЯЧНИХ ЩУРІВ НА 28 ДОБУ СТРЕПТОЗОТО-ЦИНОВОГО ДІАБЕТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ

Ю.В. Боднарчук, О. Я. Жураківська, В.А. Міськів, О.Д. Марчук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-Франківськ

Мета роботи: вивчення кластерної будови гепатоцитів печінкової часточки 3-міс. щурів на 28 добу експериментального ЦД.

Завдання дослідження: встановити структурну перебудову різних кластерів гепатоцитів 3-міс. тварин на 28-му добу ЦД.

Матеріали і методи дослідження: Для дослідження було взято по п'ять 3-міс. щурів-самців лінії Вістар. Використали гістологічний (забарвлення гематоксилін-еозином), гістохімічні (за Шабадашем) та електронно-мікроскопічний та статистичний методи дослідження. Моделювання ЦД здійснили стрептозотоцином фірми Сігма(США) у дозі 7мг на 100г ваги. **Отримані результати.** При вивченні гістологічних препаратів печінки інтактних 3-міс. щурів, ми встановили, що найменшою її структурно-функціональною одиницею, є класична печінкова часточка. У якій виділяють три зони: периферичну-Z I(обмежує ворітну триаду), центральну-Z III(розміщена навколо центральної вени) та проміжну-Z II(яка розташовується між ними). Проведено

морфометричний аналіз гепатоцитів (однойдерних) печінкової пластинки у різних зонах класичної печінкової часточки, який включав вимірювання площі клітин(Sk) і ядер(Ся) гепатоцитів, та ядерно-цитоплазматичного індексу(ЯЦІ). Та виділено три типи кластерів гепатоцитів(С). Так, клітини С1 мають велику Sk та Ся клітин і малий ЯЦІ, вони переважають у Z I і містять велику кількість гранул глікогену. Гепатоцити С3 мають найменшу Sk, малу Ся та найменший ЯЦІ. Вони переважно локалізуються у центральній зоні часточки печінки. Гепатоцити С2 переважають у Z I і Z II зоні мають середню Sk, велику Ся і найбільший ЯЦІ. На 28 добу стрептозотоцинового діабету іде зменшення Sk і Ся, усіх кластерів гепатоцитів. А на препаратах, забарвлених за Шабдашем, та напівтонких зрізах, забарвлених поліхромним барвником, глікоген не виявляється, що підтверджується й електронномікроскопічно - так звані "пусті гепатоцити". Поява світлих та темних гепатоцитів. Також спостерігали: неглибокі інвагінації ядерної оболонки, зменшена кількість рибосом, редукція ГЕС та комплексу Гольджі, розширення перинуклеарного простору, просвітлення матриксу мітохондрій та руйнування їх гребенів.

Висновки. Отже, у 3-міс. щурів згідно даних кластерного аналізу іде зменшення площ гепатоцитів та ядер усіх кластерів, за рахунок глікогенолізу, зменшення енергетичного забезпечення, та порушенням як детоксикаційної функції так і білкосинтезуючої функції гепатоцитів.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОСЛОЖНЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

В.В. Бойко, Д.А. Мирошніченко, Н.И. Межеріцкая
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Цель. Улучшение результатов лечения больных портальной гипертензией (ПГ), осложненной кровотечением из варикозно – расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка путем разработки лечебно – диагностических алгоритмов с использованием рентгенхирургических (РХВ) и эндоскопических методов (ЭМ) гемостаза, а также определение показаний на сочетанное их применение. **Материалы и методы.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезни и проспективное исследование результатов обследования и хирургического лечения 126 пациентов, находившихся в клинике ГУ «ИОНХ им. В.Т. Зайцева НАМНУ» с диагнозом кровотечение из ВРВ пищевода и желудка при синдроме ПГ различной этиологии и степени тяжести с 2005 года по 2016 год. Группу сравнения составили 65 больных, которым выполнены неотложные полостные оперативные вмешательства с целью остановки кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. В основную группу вошел 61 больной, которым были выполнены ЭМ и РХВ на "высоте кровотечения", и отсроченном порядке после остановившегося кровотечения. Среди ЭМ применялась склеротерапия (экстра- и интравазальным методом), а РХВ включали эмболизацию ветвей чревного ствола: селезеночной, печеночной, левой желудочной артерий. **Результаты.** В ходе исследования нами разработана активная – индивидуализированная тактика с учетом выполнения ЭВ и РХВ. I этапом проводилась стабилизация показателей гемодинамики,

коррекция систем гомеостаза с последующей подготовкой к миниинвазивным вмешательствам и ЭВ. II этапом проводились РХВ с учетом портального давления. Стойкий гемостатический эффект после РХВ достигнут у 52 (80%) больных оперированных на высоте кровотечения. Рецидив кровотечения из ВРВ в раннем послеоперационном периоде возник у 6 (9,2%) больных, с летальных исходом у 3 (4,6%) больных. Прогрессирование печеночной недостаточности отмечено у 3 (4,6%) больных, что стало причиной летального исхода. Общая летальность составила 9,2%. В группе сравнений летальность составила 9 (14,8%) больных **Выводы.** Выполнение РХВ у больных ПГ, осложненной кровотечением из ВРВ, является патогенетически обоснованным и доказанным инструментальными методами исследования, а также безопасным хирургическим вмешательством у больных с вне- и внутривенечной ПГ. Применение современных ЭМ и РХВ в комплексе позволило снизить риск развития кровотечений, а также общую летальность.

ЗВ'ЯЗОК ОСТЕОПОНТИНЕМІЇ І ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДУ ТА ОЖИРІННЯМ

С.І. Борзова-Коссе, Л.В. Сапричева

Харківський національний медичний університет, Харків

Сполучений перебіг гострого інфаркту міокарду (ГІМ) та ожиріння значно гірше прогносту у цієї групи хворих. Однією з причин цього є подвійний вплив цих захворювань на процеси постінфарктного ремоделювання міокарду. Велику зацікавленість дослідників в останній час привертає остеопонтин, який стимулює синтез колагену, інгібує активність матричних металопротеїназ і приймає участь в формуванні позаклітинного матриксу.

Мета дослідження – проаналізувати зв'язок гіперостеопонтинемії зі станом внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих з гострим інфарктом міокарду в залежності від наявності ожиріння.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 53 хворих з гострим інфарктом міокарду віком від 38 до 74 років. Пацієнти були розподілені на дві групи залежності від наявності або відсутності ожиріння. Першу групу склали хворі ГІМ в поєднанні з ожирінням (n=36). До другої групи були включені хворі ГІМ без ожиріння (n=17). Ехокардіографічне дослідження проводилось за стандартною методикою на апараті Ultima PRO 30 (фірма RADMIР, Україна). Визначали кінцевий діастолічний об'єм (КДО) лівого шлуночка (ЛШ), кінцевий систолічний об'єм (КСО) ЛШ, фракцію викиду (ФВ). Остеопонтин визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «HumanOsteopontin» (KonoBiotechCo., Ltd).

Результати: При аналізі отриманих даних знайдено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем остеопонтинемії і КСО ($r=0,14$; $p<0,05$) та КДО ($r=0,47$; $p<0,05$) у хворих з ГІМ та ожирінням. Було визначено достовірний зв'язок зворотнього характеру між концентрацією остеопонтину і ФВ ($r=0,38$; $p<0,05$). Виявлений характер зв'язків вказує, що зростання концентрації остеопонтину за умов сполученого перебігу ГІМ та ожиріння супроводжується процесами дилатації порожнин ЛШ та зниженням ФВ.

Висновки: Гіперостеопонтинемія асоціюється з наявністю дилатації порожнин лівого шлуночка та зниженням фракції викиду при сполученому перебігу гострого

інфаркту міокарда та ожиріння.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

К.М. Боровик, Н.Г. Риндіна, П.Г. Кравчун, В.І. Леонідова
Харківський національний медичний університет, Харків

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найбільш розповсюдженою причиною інвалідації та смертності в більшості країн Європи і, насамперед, в Україні. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ), як найчастіший наслідок дестабілізації ІХС, потребує не тільки ретельної оцінки фізикальних, лабораторних, інструментальних даних і повноцінної комплексної терапії, а й детального опитування хворого щодо психологічних чи емоційних проблем, які виникають у зв'язку з хворобою і, як правило, залишаються поза увагою лікаря.

Мета дослідження. Дослідити рівень якості життя хворих на гострий інфаркт міокарда в залежності від наявності або відсутності супутнього ожиріння з використанням опитувальника SF-36.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідження було залучено 60 пацієнтів з ГІМ. Першу групу склали 35 хворих з супутнім ожирінням, другу – 24 хворих з нормальною вагою тіла. Хворі обох груп були співставні за віком. Оцінку якості життя було проведено за допомогою неспецифічного опитувальника «SF-36 Health Status Survey». Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Statistica 8.0», «Microsoft Office Excel».

Результати досліджень та їх обговорення. Дослідження якості життя виявили достовірне зниження показників фізично-рольового функціонування (RP) на 75,3%, життєвої активності (VT) на 48,3% та емоційно-рольового (RE) на 64,1% у хворих з ГІМ за наявності супутнього ожиріння порівняно з пацієнтами без ожиріння. Ці результати підтверджуються зворотніми кореляційними зв'язками між індексом маси тіла пацієнтів і вищенаведеними параметрами якості життя ($p < 0,05$).

Висновки. Основними напрямками стосовно зниження якості життя є шкали рольового функціонування, обумовленого фізичним станом та шкала життєвої активності, що свідчить про підвищену стомлюваність пацієнтів на тлі ожиріння, відчуття знесиленості та відображає дисонанс у когнітивній сфері, що може відбиватись на комплайентності.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАКУ ШЛУНКА ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Ю.І. Ващенко

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, Харків

Вступ. В Україні в 2014 р. рак шлунка (РШ) займав третє (9,0%) місце в структурі онкологічної захворюваності чоловіків і 6-е (5,6%) місце у жінок; в структурі онкосмертності він перебував на 2-му місці в обох групах. Майже в 70% випадків діагностується поширений пухлинний процес, за даними статистики більш ніж у 75% первинно виявлених пацієнтів на РШ реєструється III-IV ст. Основними методами діа-

гностики РШ залишаються рентгенологічне і фіброгастроскопічне дослідження.

Метою роботи було вивчення локалізації та форми РШ на сучасному етапі за даними рентгенологічного методу дослідження.

Матеріали і методи. Всього обстежено 33 пацієнта (20 чоловіків та 13 жінок) з підозрою на рак шлунка різної локалізації, середній вік пацієнтів склав $56,2 \pm 8,6$ років. Всім проведено загальноклінічне, рентгенологічне та ендоскопічне дослідження стравоходу і шлунка. При ендоскопічному дослідженні проводилася біопсія з 5 ділянок. У всіх пацієнтів з РШ діагноз морфологічно і цитологічно верифікований.

Результати. В результаті проведених досліджень встановлено, що РШ у жінок переважно локалізувався в антральному відділі – 61,5%, рідше в тілі шлунка – 23,1% і кардіальному відділі – 7,7%. Тотальне ураження шлунка визначено у 1-й пацієнтки (7,7%). У чоловіків найчастіше РШ визначено на рівні тіла шлунка – 40,0%, рідше в антральному – 25,0% і кардіальному – 15,0% відділах. Тотальне ураження шлунка визначено у 4-х пацієнтів (20,0%). У більшості пацієнтів скарги (біль або відчуття важкості в епігастрії, тошнота, дисфагії, навіть зниження маси тіла) виникали за 1,5-3 місяця до звернення за допомогою, що вказує або на швидкий розвиток процесу, або на його безсимптомний перебіг на початку захворювання.

Інфільтративні форми РШ встановлено у 18 (54,6%) пацієнтів, екзофітні – у 8 (24,2%), змішані – у 7 (21,2%) хворих. Всі виявлені пухлини були III (66,7%) або IV (33,3%) стадій за класифікацією TNM, в 42,4% у хворих були віддалені метастази. Радикальне оперативне втручання вдалося зробити лише 48,5% пацієнтів.

Висновки. Традиційний рентгенологічний метод дослідження поряд з ендоскопічним є основними методами діагностики раку шлунка різної локалізації і допомагають провести диференціальну діагностику з іншими захворюваннями, що перебігають зі схожою клінічною картиною. Виявлення раку шлунка на пізніх стадіях потребує створення ефективної системи раннього виявлення РШ, у тому числі і на основі інформованої зацікавленості.

ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ

В.И. Вовк, И.В. Гриценко

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина, Харьков

Актуальность. Психические нарушения у больных рассеянным склерозом (РС) в настоящее время изучены недостаточно. Указывается, что каждое обострение РС увеличивает вероятность возникновения разной степени психических расстройств и усугубления уже имеющихся, хотя существует возможность чисто психотического начала РС.

Цель работы: изучить особенности психопатологического состояния больных РС.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 20 человек с диагнозом РС. Из них 6 человек было с ремитирующим типом течения, 7 человек с первично-прогрессирующим и 7 – с вторично-прогрессирующим типом течения. Мужчин было 13, женщин – 7. Все обследуемые находились в возрастном диапазоне 20 – 26 лет. Согласно цели исследования, все пациенты обследовались с помощью шкалы

депрессии и тревоги HADS, опросника Вейна для выявления признаков вегетативной дисфункции. Применялся также клинический метод опроса – выявлялись жалобы на состояние психического здоровья.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты предъявляли те или иные субъективные жалобы на нарушение психического функционирования. Около 15% обследованных обнаруживали ипохондрическую симптоматику, лабильность настроения, 50% пациентов указывали на нарушения сна, 45% жаловались на признаки когнитивного снижения. 90% больных отмечали снижение настроения, коморбидную тревожную симптоматику, сопровождающуюся вегетативными компонентами. Опросник вегетативных нарушений Вейна выявил нарушения вегетативной нервной системы у 90% обследуемых больных, которые клинически проявлялись периодическими сердцебиением, потливостью, покраснением или побледнением кожных покровов, тремором пальцев рук. По результатам опросника HADS, 65% испытуемых имели субклиническую форму депрессии, 25% – клиническую форму депрессии, у 10% не было выявлено признаков депрессии с помощью данного опросника.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают имеющиеся в литературных источниках данные о нарушении психической сферы у больных рассеянным склерозом. Очевидно, что в терапевтическом процессе данной категории пациентов должны принимать участие также и врачи психиатрического профиля.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ЖІНОК ПРИ МЕНОПАУЗІ

М.М. Вовченко, О.А. Буряковська

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМНУ», Харків

Естрадіол бере активну участь в регуляції обміну холестерину, підвищуючи кількість рецепторів до ЛПНЩ на гепатоцитах, знижуючи активність ЗМГКоА-редуктази. Більшість цих ефектів реалізуються через альфа-рецептори до естрадіолу, що робить гени, що кодують їх синтез новою мішенню для вивчення.

Мета: вивчити зв'язок між поліморфізмом генів, що кодують синтез альфа-рецепторів до естрадіолу і гіполіпідемічним ефектом статинів у жінок у перименопаузі.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 147 жінок високого і дуже високого серцево-судинного ризику за критеріями Матеріалом для молекулярно-генетичного дослідження були лейкоцити периферичної крові пацієнток. Виділення геномної ДНК проводили с помощью коммерческого набора «ДНК-сорб-В» («Амплисенс», Россия) по инструкции производителя. Визначення алелей поліморфних ділянок Xba I і Pvu II гена ESR1 проводили методом ПЛР з подальшим аналізом поліморфізму довжин рестрикційних фрагментів на ампліфікаторі «Терцик» («ДНК-технологія», Росія). Ліпідний спектр крові - загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ) визначали ферментативним методом з використанням наборів реактивів Сортау (Польща). Добова доза аторвастатина залежала від наявності ішемічної хвороби серця (ІХС): пацієнтки з ІХС отримували аторвастатин у дозі 40 мг на добу, без ІХС – у дозі 20 мг на добу.

Результати. Гіполіпідемічний ефект аторвастатину залежить від комбінації генотипів поліморфних генів Xba I і Pvu II, нами було проведено пошук того поєд-

нання генотипів, при якому відповідь на терапію аторвастатином з боку ЛПНЩ буде менш вираженим. У разі поєднання генотипу AA поліморфного гена Xba I з будь-яким варіантом генотипу поліморфного гена Pvu II (CC, TC, TT), зниження холестерину ЛПНЩ є мінімальним. Встановлено відсутність достовірної відмінності між показниками ЛПНЩ до і після терапії в тому випадку, коли генотип AA поєднується з будь-яким з варіантів генотипів Pvu II ($p > 0,05$). Медіана ЛПНЩ до початку терапії склала 3,38 (2,91 ÷ 4,00), а після терапії - 3,10 (2,32 ÷ 4,40), $p=0,11$. Найбільш виражений гіполіпідемічний ефект відзначений у носії GG генотипу.

Висновки. При комбінації AA генотипу поліморфного гена Xba I з будь-яким варіантом поліморфного гена Pvu II відсутня достовірне зниження холестерину ліпопротеїдів низької щільності під впливом терапії аторвастатином.

ВПЛИВ ТЕСТОСТЕРОНУ НА АКТИВНІСТЬ АЛЬДЕГІДДЕГІДРОГЕНАЗИ В СЕРЦІ ЩУРІВ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ В УМОВАХ СТРЕСУ

Ю.В. Волкова, О.С. Козлова, Л.Л. Сухова

ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України", Харків

Численні дослідження останніх десятиліть дають можливість стверджувати, що в період пубертату змінюється стійкість організму до стресу. Його вплив на організм призводить до стимуляції вільнорадикальних процесів, в результаті чого в клітинах накопичуються продукти вільнорадикального окислення, в тому числі і альдегіди. Особливу роль в утилізації ендогенних альдегідів відіграють альдегіддегідрогенази (АЛДГ). У зв'язку зі становленням репродуктивної системи у підлітковому віці викликає інтерес вплив тестостерону, ключового гормону в забезпеченні статевого дозрівання чоловічої статі, на модуляцію активності АЛДГ.

Метою даного дослідження стало вивчення впливу тестостерону на активність АЛДГ у серці кастрованих щурів за умов стресу.

Робота виконана на щурах-самцях лінії Вістар 2- та 3-місячного віку. У тварин змодельовано стан гіпоандрогенії шляхом їх кастрації у 45-денному віці. Кастрованих тварин обох вікових груп розподіляли на підгрупи: кастровані; кастровані щури, які знаходились в умовах іммобілізаційного стресу; кастровані тварини, яким парентерально вводили розчин тестостерону та іммобілізували; контрольна група. В гомогенатах міокарда визначали активність НАД-залежної АЛДГ з використанням глутарового альдегіду в якості субстрату. Статистичну обробку результатів досліджень проводили з використанням непараметричного методу Wilcoxon-Mann-Whitney.

В результаті досліджень встановлено, що у серці кастрованих тварин обох вікових груп ектомія гонад супроводжувалась виникненням тенденції до підвищення активності АЛДГ. Після іммобілізації в серці 2-місячних щурів активність АЛДГ не змінювалась, а у 3-місячних тварин реєструвалось компенсаторне її підвищення у відповідь на дію іммобілізаційного стресу. Слід відмітити, що в результаті регресійного аналізу з високим ступенем ймовірності встановлено наявність тісного взаємозв'язку між показниками активності АЛДГ та рівнем тестостерону у іммобілізованих щурах обох вікових груп. При екзогенному введенні тестостерону та за умов дії стресу активність АЛДГ в серці 2-місячних тварин не змінювалась, а у щурів 3-місячного віку це призводило до блокування активності ферменту, що свідчить про наявність

зворотної залежності між даними показниками. Таким чином, в серці щурів за умов стресу рівень тестостерону не впливає на активність АЛДГ у 2-місячному віці, але блокує її підвищення у віці 3 місяців.

СОДЕРЖАНИЕ ИНДОЛАМИНОВ У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ИНФИЦИРОВАННЫХ HELICOBACTER PYLORI

Ю.В. Волкова, Е.Г. Куц, Л.В. Камарчук

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

По современным представлениям, формирование гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется действием многих факторов, но общепризнано, что пусковым механизмом является слабость нижнего пищеводного сфинктера. У большинства больных несостоятельность последнего реализуется на фоне моторно-эвакуаторной дисфункции пищевода и желудка, генез которой связан с нарушением нейрогуморальной регуляции. Кроме того, на сегодняшний день активно обсуждается роль *Helicobacter pylori* (НР) в развитии нарушений моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

В связи с этим целью работы явилось изучение содержания мелатонина и серотонина у подростков с ГЭРБ, инфицированных НР.

Под наблюдением находилось 42 подростка (27 мальчиков и 15 девочек) с ГЭРБ 10-17 лет. Наличие инфекции НР у больных определяли иммуноферментным методом (анти-НР IgG), а уровень суточной экскреции мелатонина в моче и содержание серотонина в сыворотке крови – флюориметрическим методом. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием критерия Вилкоксона – Манна – Уитни (u) и углового преобразования Фишера (φ).

В результате проведенных исследований установлено, что ГЭРБ у НР-положительных подростков сопровождается повышением уровня мелатонина в суточной моче по сравнению с НР-отрицательными больными ($p_u < 0,03$). При этом частота высоких значений мелатонина у них существенно возрастает ($p_\phi < 0,01$) при одновременном снижении частоты низкого уровня гормона ($p_\phi < 0,06$) относительно НР-отрицательных подростков. Следует отметить, что аналогичные изменения были характерны и относительно уровня серотонина. У инфицированных НР подростков с ГЭРБ высокие значения серотонина регистрировались существенно чаще ($p_\phi < 0,03$) по сравнению с НР-отрицательными пациентами, за счет снижения частоты встречаемости у них концентраций гормона ниже нормального уровня ($p_\phi < 0,05$).

Таким образом, ГЭРБ у инфицированных НР подростков сопровождается увеличением содержания мелатонина, а у 67 % – уровня серотонина. Принимая во внимание роль изучаемых нейромедиаторов в регуляции моторики пищевода можно предположить, что усиление их синтеза является компенсаторной реакцией организма, направленной на поддержание и стимуляцию тонуса нижнего сфинктера пищевода в условиях инфицированности НР.

КЛІНІКО-УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ: ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ

М.В. Волошина, Л.О. Волошина, Н.І. Буймістр, В.К. Козма

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Мета і завдання дослідження. Дослідити клініко-ультрасонографічні особливості уражень панкреато-біліарної системи у хворих на остеоартроз у віковому та гендерному аспекті.

Матеріали і методи. За допомогою ультрасонографічного методу дослідження органів черевної порожнини обстежено 48 хворих на ОА колінних суглобів I-III стадії у віці від 42 до 73 років, серед яких переважали жінки - 36 (75%) осіб.

Отримані результати. За даними ультразвукового дослідження органів черевної порожнини у обстежуваного контингенту хворих у 28 (58,3%) осіб виявлено ураження гепатобіліарної системи, серед яких некаменевий холецистит спостерігався у 38 осіб (79,2%), жовчокам'яна хвороба – 7 пацієнтів (14,6%), стеатогепатоз – у 12 (25,0%), хронічний невірусний гепатит – 4 чол. (8,3%); зміни, характерні для хронічного панкреатиту – у 22 (45,8%). Слід зазначити, що ураження жовчного міхура спостерігалось переважно у осіб жіночої статі (28 з 34), а печінки – чоловічої (4 з 5). При аналізі ураження підшлункової залози гендерної закономірності не виявлено.

Аналізуючи віковий аспект досліджуваних хворих встановлено, що з віком зростає частота вираженості уражень панкреато-біліарної системи. Так, жовчокам'яна хвороба зустрічалася у 1 пацієнтки до 50 років, 3 – від 50 до 60 років, та 2 після 60 років, тоді як хронічний гепатит – після 50-річного віку. Подібна тенденція спостерігалася при діагностиці хронічного панкреатиту, який у 86,4% був виявлений у пацієнтів старше 50 років. Слід зазначити прогресуючий з віком характер змін ОА: клінічно від оліго- до поліостеоартрозу верхніх і нижніх кінцівок, від I до III рентгенологічних стадій з прогресуючими різноплановими медикаментозними навантаженнями протиревматичними засобами, внесок яких в зростання панкреато-біліарної патології міг бути вагомим.

Висновки. Клініко-ультрасонографічні зміни панкреато-біліарної системи у хворих на ОА колінних суглобів I-III стадії мають прогресуючий характер з віком пацієнта та є більш вираженими у пацієнтів жіночої статі, їх формування і прогресування паралельні до прогресування ОА. Вони обмежують реалізацію лікувальної програми остеоартрозу та вимагають диференційованого підходу до корекції таких коморбідних уражень.

РОЛЬ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ В ПРОГРЕСУВАННІ АТЕРОГЕННОЇ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

О.В. Гапон, Г.С. Маслова

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Печінка відіграє вагомий роль в обміні ліпідів. Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) може бути як причиною, так і наслідком атерогенної дисліпідемії (АД), яка є патогенетичним підґрунтям у розвитку і прогресуванні ішемічної хвороби серця

(ІХС).

Мета: дослідити роль ожиріння і інсулінорезистентності (ІР) у патогенезі АД у хворих на ІХС за умов наявності супутнього НАСГ.

Матеріали і методи. Обстежено 76 хворих на ІХС (стенокардія напруги II, III функціональних класів), віком 40-69 років, з них жінок 10 (13,2%) і 66 (86,8%) чоловіків. Тривалість ІХС 2-20 років. Супутній НАСГ виявлений у 29 (38,5%) пацієнтів, тривалість НАСГ – 3-10 років. Виключена вірусна і алкогольна етіологія уражень печінки. В залежності від наявності НАСГ хворих розподіляли на групи: I (n=29) – хворі на ІХС із супутнім НАСГ; II (n=47) – хворі на ІХС без НАСГ. Оцінювали індекс маси тіла (ІМТ), загальний холестерин (ХС), тригліцериди (ТГ), ХС-ЛПВЩ, ХС-ЛПНЩ; активність аланінової (АЛТ), аспарагінової (АСТ) амінотрансферази, γ -глутамілтранспептидази (ГГТП), лужної фосфатази (ЛФ), рівень білірубину в сироватці крові; індекс НОМА.

Результати. В I групі за $ІМТ > 30,5 \text{ кг/м}^2$ ожиріння виявлено у 17 (58%), в II групі – у 8 (17%) хворих. У хворих I групи всі показники функціонального стану печінки знаходились у межах норми. В II групі на фоні НАСГ у сироватці крові хворих відмічалось підвищення активності АЛТ в 3,2 рази ($80,2 \pm 22,77$) Од/л, АСТ – в 2,5 рази ($51,9 \pm 23,5$) Од/л, ГГТП – в 2,8 рази ($71,1 \pm 21,5$) Од/л ($p < 0,05$), активність ЛФ і рівень загального білірубину знаходились в межах норми. У пацієнтів I групи відмічалось підвищення рівня ХС у 13 (44,8%), ТГ – у 12 (41,4%) та ХС-ЛПНЩ у 20 (69%) пацієнтів, що склало ($6,2 \pm 1,7$) ммоль/л, ($p > 0,05$), ($3,6 \pm 1,1$) ммоль/л та ($3,6 \pm 0,7$) ммоль/л, ($p < 0,05$) відповідно і перевищує норму в 1,3, 2,6 та 1,2 рази відповідно. В II групі відмічалось підвищення ХС у 32 (68%), ТГ – у 9 (19,1%) та ХС-ЛПНЩ – у 35 (74,5%) пацієнтів, що склало ($5,7 \pm 1,3$) ммоль/л, ($1,7 \pm 0,8$) ммоль/л та ($3,5 \pm 1,2$) ($p > 0,05$) відповідно і достовірно не перевищує норму. Вміст ХС-ЛПВЩ у крові був знижений в 1,4 рази в обох групах ($p < 0,05$). В I групі хворих з НАСГ відмічалось достовірне підвищення індексу НОМА ($4,48 \pm 2$) у 19 (65,5%) пацієнтів, що перевищує норму в 1,5 рази, ($p < 0,05$).

Таким чином, ожиріння та ІР можна вважати вагомими патогенетичними факторами у розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки, прогресування АД та ІХС.

СТАН ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ТА РІВЕНЬ СИРОВАТКОВОГО N-ТЕРМІНАЛЬНОГО ПОПЕРЕДНИКА МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ В ДИНАМІЦІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОПРОЛОЛА СУКЦИНАТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

Ю. Ч. Гасанов

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

Мета і завдання дослідження. Підвищення ефективності застосування метопролола сукцинату у хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на фоні ожиріння шляхом оцінки його впливу на стан інсулінорезистентності та сироватковий рівень N-термінального попередника мозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP).

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження, в рамках якого в динаміці 1 року обстежено 77 осіб із ХСН II-III стадії I-IV ФК за NYHA у віці 32-87 (61 [56; 68]) років, з них 57 (74,0 \pm 5,00%) чоловіків і 20 (26,0 \pm 5,00 %) жінок. За індексом

маси тіла нормальну вихідну вагу мали 14 (18,2±4,40 %) пацієнтів, надмірну — 28 (36,4±5,48 %) хворих, ожиріння 1 ступеня – 22 (28,6±5,15 %) учасників, 2 ступеня – 10 (13,0±3,83 %) пацієнтів, 3 ступеня – 3 (3,9±2,21 %) особи. Метопролола сукцинат призначали за стандартною схемою, титруючи кожні 2 тижні з 12,5 мг до 100–200 мг (середня добова доза наприкінці лікування становила 67,5 [25; 100] мг/добу). Вміст інсуліну та NT-proBNP в сироватці крові оцінювали імуноферментним методом, глюкозу — глюкозоксидазним. Інсулінорезистентність оцінювали за формулою HOMA-IR = глюкоза (ммоль/л)Чінсулін (мкОд/мл)/22,5. Непараметричний статистичний аналіз проведено за критичного р-рівня 0,05 (медіана [нижній; верхній квартиль], відмінності — за Вілкоксоном).

Результати. Загалом рівень сироваткового NT-proBNP в 1-річній динаміці демонстрував тенденцію до зниження (з 81,3 [58,0; 111,0] пг/мл до 79,4 [62,4; 247,6] пг/мл. Зменшувалися абсолютні значення глікемії (p=0,01) та інсулінемії (p=0,09), причому особливо виразно ці зміни спостерігалися у когорті пацієнтів з ожирінням. У пацієнтів з ожирінням 3 ступеня істотно знизився HOMA-IR (6,6 [6,5; 6,6] проти вихідних 21,7 [2,43; 53,6], p<0,01).

Висновки. Застосування метопролола сукцинату на протязі 1 року у пацієнтів з ХСН на фоні ожиріння супроводжується тенденцією до зниження рівня сироваткового маркера серцевої декомпенсації NT-proBNP та позитивною динамікою маркера інсулінорезистентності HOMA-IR. Перспективою подальших досліджень є вивчення ролі поліморфізма гена ізоферменту системи цитохрому P450 2D6*4, що бере участь у метаболізмі метопролола сукцинату, на ефективність цього препарату при лікуванні пацієнтів із ХСН на фоні ожиріння.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Ю. О. Гончар

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

Мета – дослідити ефективність психологічної реабілітації емоційної сфери дітей з психофізичними порушеннями з включенням анімалотерапії.

Матеріали та методи. Було застосовано два варіанти програм психологічної реабілітації (із включенням дельфіно- та іпотерапії) для наступних категорій дітей з психофізичними порушеннями: дитячим церебральним паралічем (ДЦП) та затримкою психічного розвитку (ЗПР). Було обстежено 85 дітей віком від 3-х до 12-ти років з використанням методик для оцінки емоційної сфери дітей, а саме: диференціація емоцій за методикою «Шкала диференційних емоцій» за К. Ізардом та емоційний стан за методикою «Самооцінка емоційних станів» за А. Уессманом та Д. Ріксом.

Результати та їх обговорення. У дітей з ДЦП після проходження курсу психологічної реабілітації емоційної сфери з включенням іпотерапії вірогідно зросли інтерес (на 43,1 %, p<0,001), радість (на 30,3 %, p<0,007) і загальний коефіцієнт самопочуття (на 22,2 %, p<0,006) та зменшилось відчуття емоції сорому (на 36,2 %, p<0,0001). У дітей з ДЦП після проходження курсу психологічної реабілітації емоційної сфери з включенням дельфінотерапії вірогідно збільши-

лись інтерес (на 32,4 %, $p < 0,001$), радість (на 132,4 %, $p < 0,00001$), здивування (на 29,5 %, $p < 0,004$), загальний коефіцієнт самопочуття (на 78,0 %, $p < 0,00001$) та зменшились відчуття емоцій горя (на 23,4 %, $p < 0,001$), гніву (на 30,6 %, $p < 0,000006$), відрази (на 21,4 %, $p < 0,01$), страху (на 50,7 %, $p < 0,00001$), сорому (на 36,7 %, $p < 0,00004$), провини (на 11,8 %, $p < 0,008$).

У дітей з ЗПР після проходження курсу психологічної реабілітації емоційної сфери з включенням іпотерапії статистично значимо збільшились інтерес (на 24,1 %, $p < 0,05$), загальний коефіцієнт самопочуття (на 26,7 %, $p < 0,02$) та зменшились сором (на 23,1 %, $p < 0,03$) і страх (на 21,1 %, $p < 0,01$). У дітей з ЗПР після проходження курсу психологічної реабілітації емоційної сфери з включенням дельфінотерапії достовірно збільшились інтерес (на 37,5 %, $p < 0,001$), радість (на 143,9 %, $p < 0,00001$), здивування (на 23,6 %, $p < 0,03$), загальний коефіцієнт самопочуття (на 51,2 %, $p < 0,00001$) та зменшились горе (на 24,4 %, $p < 0,0005$), гнів (на 16,2 %, $p < 0,01$), відрази (на 11,8 %, $p < 0,004$), презирство (на 9,1 %, $p < 0,03$), страх (на 28,9 %, $p < 0,00006$), сором (на 42,4 %, $p < 0,00001$) та провини (на 13,9 %, $p < 0,02$).

СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО БАЛАНСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ЗОНЫ АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Д.В. Гончаренко, Ю.В. Волкова, Д.А. Кашкалда

ГУ "Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины, Харьков

Вооруженный конфликт в Донецкой и Луганской областях Украины привел к огромному количеству убитых и раненых, к потере физического и психического здоровья среди военных и гражданского населения. Особенно тяжело в сложившейся обстановке приходится детям, ведь пережитые ими разного рода стрессовые ситуации и полученные психоэмоциональные травмы могут негативно отразиться на здоровье и качестве жизни в будущем. Механизмом активного приспособления к экстремальным факторам среды является система стрессовых реакций. В частности, нарушение баланса перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС) в значительной мере определяет адаптационные возможности организма.

Целью работы явилось изучение состояния окислительного баланса у детей и подростков из зоны антитеррористической операции (АТО).

Обследовано 43 ребенка из зоны АТО в возрасте 7-17 лет. Группу сравнения составили 23 переселенца того же возраста из зоны боевых действий. Состояние ПОЛ оценивали по уровню малонового диальдегида (МДА), а АОС – по уровню супероксиддисмутазы (СОД) в сыворотке крови и содержанию мелатонина в суточной моче.

Полученные результаты исследований показали, что у детей из зоны АТО наблюдалось повышенное содержание МДА по сравнению с детьми-переселенцами ($p_u < 0,02$). При этом у них отмечалось угнетение на 12,3 % активности одного из основных антиоксидантных ферментов – СОД ($p_u < 0,01$) и регистрировалась тенденция к снижению уровня мелатонина ($p_u < 0,1$). Следует отметить, что для мальчиков из зоны АТО характерно усиление процессов ПОЛ (увеличение МДА), а для девочек – угнетение АОС (снижение активности СОД и уровня мелатонина) по сравнению с

детьми-переселенцями ($p_u < 0,04$).

Таким образом, у детей и подростков из зоны АТО выявленные нарушения состояния окислительного баланса свидетельствуют об активации перекисных процессов и срыве адаптационных механизмов, что может способствовать дальнейшему развитию свободнорадикальной патологии и возникновению соматических заболеваний. Полученные результаты свидетельствуют об информативности показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы и правомерности их использования для объективной оценки качества жизни детей из зоны АТО.

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

О.В. Грібенюк, Н.В. Кузьміна

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

Мета: оцінити важкість перебігу гіпертонічної хвороби II стадії у пацієнтів із різною масою тіла в залежності від наявності супутньої неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) шляхом визначення показників обміну жирової тканини, вуглеводного, ліпідного обміну та ліпідтранспортної системи, активності неспецифічного системного запалення.

Обстежено 168 хворих на ГХ II ст., 83 чоловіків і 85 жінок, середній вік $52,3 \pm 1,2$ роки. Тривалість АГ – $10,2 \pm 1,5$ роки. Діагноз ГХ встановлювали згідно критеріїв ESC та ESH (2013р.). У 32 (19 %) хворих відмічено оптимальну масу тіла (ОМТ), у 36 (21,4 %) – надлишкову (НМТ), у 60 (35,7 %) – ожиріння (Ож.) 1 ст., у решти – 40 (23,8%) – Ож. 2 ст. Обхват талії (ОТ) перевищував допустимі норми (> 94 см у чоловіків; > 80 см у жінок) в 143 (85,2 %) обстежених; відношення ОТ до окружності стегон (ОС) (ОТ/ОС) серед 137 (82,5 %) хворих склало $>0,93$, що свідчить про перевагу абдомінального типу ожиріння. Група контролю включала 20 клінічно здорових людей аналогічного віку та статі. Показники ліпідного спектру сироватки крові визначали спектрофотометричним методом; рівень ліпопротеїну (а) (Лп(а)), С-реактивного протеїну (СРП), тумор некротичного фактору- α (TNF- α), адипонектину та інсуліну сироватки крові – методом імуноферментного аналізу (ІФА). Діагноз неалкогольного стеатогепатозу (НАСП) підтверджували після виключення враження печінки вірусної, аутоімунної, алкогольної та іншої етіології за допомогою УЗ-дослідження печінки і біохімічного тесту FibroMax. Статистичні розрахунки проводили на базі прикладних програм Microsoft Excel, STATISTICA for Windows 10.0.

У хворих на ГХ II ст. та збільшеною масою тіла встановлений проатерогенний зсув ліпідного спектру сироватки крові (переважно ІІв за D.Fredrickson). Наявність супутньої НАЖХП у хворих на ГХ II ст. асоціювалась із інсулінорезистентністю, підвищенням рівня Лп(а), підвищенням активності СРП та TNF- α та зниженням рівня адипонектину сироватки крові незалежно від ІМТ хворого ($p < 0,05$). Встановлені прямі достовірні кореляційні зв'язки між наявністю НАСП та рівнем Лп(а), TNF- α , інсулінорезистентністю та зворотній – із рівнем адипонектину ($p < 0,05$) серед обстежених.

Таким чином, наявність НАЖХП асоціюється із змінами метаболічного статусу у хворих з артеріальною гіпертензією. Отже, НАЖХП може розглядатись як додатко-

вий чинник підвищення серцево-судинного ризику у хворих на ГХ II ст.

ЗМІНИ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ НА ЕТАПАХ ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ

I.C. Громакова

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

Вегетативна нервова система залучена до регуляції чисельних функцій організму, включаючи гемопоез та імунні відповіді. Отже зміни стану вегетативної регуляції (ВР) можуть бути пов'язані з ускладненнями, які виникають у онкологічних хворих при лікуванні. Дані щодо характеру змін ВР на етапах лікування вельми обмежені. Метою даного дослідження було оцінити стан ВР у хворих на рак тіла матки на етапах протипухлинного лікування.

Матеріали й методи: У 34 хворих на рак тіла матки II-III стадії аналіз стану ВР проводили за показниками варіабельності серцевого ритму (ВСР) за допомогою комплексу «Кардіолаб». ВСР оцінювали за методами часового та спектрального аналізу та методом варіаційної пульсометрії до лікування, після хірургічного та після променевого лікування.

Результати дослідження: Показники ВСР аналізували у групах хворих, які вихідно розрізнялися за індексом напруження (ІН), який відбиває активність вегетативної нервової системи. Відповідно з цим, хворих було розподілено на 3 групи: I група – з низьким ІН (парасимпатотоніки), II група – з середніми ІН (нормотоніки); та III група – з високим ІН (симпатотоніки). Після хірургічного лікування в усіх групах відмічено зменшення ВСР. Найбільше зниження показників частотного та спектрального аналізу після проведення хірургічного лікування спостерігали у I групі. Аналіз спектра сигналу ВСР показав зростання дуже низькочастотного компонента спектра потужності (VLF) та зниження високочастотного компонента спектра (HF) у хворих всіх груп, тоді як низькочастотна складова спектра (LF) суттєво не змінювалась. Аналіз показників пульсометрії виявив зниження моди та варіаційного розмаху та збільшення ІН у хворих усіх груп. Після променевого лікування у всіх хворих відмічено зростання ВСР порівняно з визначеною після хірургічного лікування. При цьому показники часового та спектрального аналізу у I групі були нижчими, у хворих III групи вищими порівняно з вихідними, а у II групі не відрізнялись від вихідних. ІН після завершення лікування були вищими за вихідні у хворих I та II груп і суттєво нижчими у хворих III групи.

Висновки: Стан ВР зазнає суттєвих змін на етапах протипухлинного лікування, які залежать від вихідного типу ВР. Знання щодо змін ВР при протипухлинному лікуванні можуть слугувати підґрунтям для розробки нових стратегій супровідного та/або реабілітаційного лікування онкологічних хворих.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ НЕБОЙОВИХ САНІТАРНИХ ВТРАТ ВІЙСЬК В УМОВАХ СУЧАСНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

А.М. Губар, Д.В. Ковида, І.А. Губар
Українська військово-медична академія

Після нав'язування Україні "гібридної війни" стало очевидним, що наявна система медичного забезпечення Збройних Сил (ЗС) України не спроможна відповідати викликам сьогодення. Зокрема на питання обліку санітарних втрат та планування медичного забезпечення військ під час виконання ними бойового завдання, що у свою чергу призвело до невідповідності сил та засобів медичної служби, відповіді на сьогодні не знайдено.

Проведення нашого дослідження зумовлено насамперед необхідністю розробити дієву методику розрахунку можливих небойових санітарних втрат військ в умовах сучасних збройних конфліктів для ефективного планування лікувально-евакуаційного забезпечення та необхідних сил і засобів медичної служби.

За результатами проведеного порівняльного аналізу структури небойових санітарних втрат військовослужбовців ЗС України задіяних в проведенні антитерористичної операції на Сході України та яким медична допомога первинного рівня була надана у Центральній районній лікарні м. Артемівськ (місячні звіти за формою 1/мед) з небойовими санітарними втратами військовослужбовців ЗС Великобританії (з відкритих джерел - <https://www.gov.uk/government/statistics>) під час операції "Telic" (першого та другого етапів) встановлено, що перше місце у структурі небойових санітарних втрат серед військовослужбовців ЗС України посідають хвороби XIX класу хвороб за Міжнародною класифікацією хвороб, 10 перегляду (Клас) – 30%, на другому місці – XI Клас (24%) та на третьому – X Клас (14%). Серед військовослужбовців ЗС Великобританії на першому місці хвороби XIX Класу – 31,7%, на другому місці – XI Клас (23,2%) та на третьому – XII Клас (4,5%).

На нашу думку на частку захворюваності органів дихальної системи (X Клас – 2,6%, ЗС Великобританії) впливали кліматичні умови в яких відбувалися вказані збройні конфлікти. З іншого боку провідні місця у структурі захворюваності як ЗС України так і ЗС Великобританії займають XIX та XI Класи, що може свідчити про незалежність структури небойових санітарних втрат військ в умовах збройних конфліктів від контингенту військовослужбовців, їх рівня оснащення та території де відбувається збройний конфлікт. Ці питання будуть нами розглянуті у подальших дослідженнях.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ РАДИОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н.Ю. Гужва

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков

Гипертоническая болезнь (ГБ) часто не только является сопутствующей патологией острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК), но и его причиной.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 384 больных в возраст-

те от 9 до 87 лет, поступившие в ГУ «ИОНХ НАМНУ» с 2006г. по 2016г с клиникой профузного абдоминального кровотечения (АК) разной этиологии. Мужчин было 223 (58,1%), женщин – 161 (41,9%). Все больные оперированы с применением разных методов рентгенэндоваскулярного катетерного гемостаза (РЭКГ) - внутриа-териальной гемостатической терапии (ВАГТ), эмболизации, временной баллонной окклюзии. Для эмболизации использовали лизирующие и нелизирующие эмболы, спирали типа Гиантурко. Всем больным выполняли ангиографию.

Результаты исследований. Анализируя результаты ангиографий у больных с ОЖКК, следует отметить, что прямые признаки продолжающегося кровотечения с локализацией его источника выявлены у 136 (42,6%) больных, из них у 56 (17,6%) больных выявлена экстравазация контрастного вещества и у 80 (25,1%) – неоднородность контрастирования стенок желудка и кишечника. У 65(16,9%) с ОЖКК вследствие спазма и тромбоза мелких сосудов желудка, наблюдающиеся при атеросклерозе и ГБ, высокое кровяное давление способствовало обильному кровотечению, вследствие чего у больных тяжело было установить, устранить источник кровотечения, поэтому применялся РЭКГ, а впоследствии лечение ГБ. Осложнения, связанные с РЭКГ - у 41 (10,7%). Рецидив кровотечения после РЭКГ в послеоперационном периоде возник у 90 (23,4%) больных. Всего после РЭКГ умерло 69 (18,0%) больных. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма с применением методов ИР позволило уменьшить число воспалительных послеоперационных осложнений с 21,4% до 9,5%, а послеоперационную летальность – с 38,9% до 18,0%.

Вывод. РЭКГ при лечении больных с АК разной этиологии - вариант временного гемостаза. Возможность перехода диагностического этапа ангиографии в лечебное рентген-хирургическое вмешательство позволяет использовать эти малотравматичные методы рентгенохирургического лечения, как с целью остановки кровотечения, так и для профилактики рецидива кровотечения. Своевременное и правильное лечение ГБ предупредит развитие ОЖКК и ускорит выздоровление после развившегося кровотечения.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З БОЙОВОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ

К.С. Гутченко, О.С. Шевчук

Українська військово-медична академія Міністерства оборони України

Одним з напрямків діяльності медичної служби Збройних Сил (ЗС) України в умовах збройних конфліктів є реалізація програм надання медичної допомоги та реабілітації військовослужбовців із бойовою психічною травмою (БПТ). За результатами проведеного дослідження встановлено, що у 73,8 % поранених військовослужбовців спостерігаються симптоми посттравматичних стресових розладів.

Основною метою дослідження було обґрунтувати основні напрямки удосконалення реабілітації військовослужбовців ЗС України з БПТ.

В даний час, через відсутність у закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України (ЗОЗ МОУ) штатних медичних психологів, медико-психологічна допомога пораненим здійснюється психіатрами, військовими психологами і психологами-волонтерами. в результаті проведеного анонімного опитування 32 психіатрів та

військових психологів ЗОЗ МОУ встановлені наступні проблемні питання:

1. Адаптація до умов ЗОЗ МОУ: необхідність поєднання графіку роботи медичного закладу та режиму лікувального процесу з психотерапевтичною роботою, складність при проведенні терапії військовослужбовців з БПТ і взаємодія з їхніми родичами.

2. Труднощі встановлення психологічного контакту з військовослужбовцями з БПТ на початковому етапі: відмова від допомоги, заперечення проблем, недовіра; неможливість проведення індивідуальної роботи.

3. Великі психологічні навантаження на медичних фахівців, військових психологів під час реабілітації військовослужбовців з БПТ.

4. Реадаптація медичних фахівців та військових психологів, які залучаються до реабілітації військовослужбовців з БПТ, до звичайних умов несення служби, роботи. Відсутність нормування режиму праці та програми відновлення зазначених спеціалістів призводить до глибокої їх психологічної травматизації.

Таким чином, удосконалення організації медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з БПТ, необхідно проводити у двох напрямках: безпосередня робота з пацієнтами, спрямована на переробку травматичного переживання та інтегрування його в позитивний життєвий досвід особистості; навчання навичкам саморегуляції; психологічна освіта; робота, спрямована на психологічну та фізичну реабілітацію медичних фахівців та військових психологів, які залучаються до реабілітації військовослужбовців з БПТ.

ПОШИРЕНІСТЬ І СТРУКТУРА АРТЕРІАЛЬНИХ ГІПЕРТЕНЗІЙ В ПОПУЛЯЦІЇ ДІТЕЙ 6-15 РОКІВ

Ю.М. Данилів

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, Київ

Частота артеріальної гіпертензії (АГ) в останні роки має тенденцію до росту. Підвищення АТ все частіше проявляється в молодому віці і у школярів. За даними країн ближньої Європи у 12-14% дітей віком 13-15 років виявлені показники артеріального тиску (АТ), які перевищували для АТсистоличного (АТс) 140 мм.рт.ст і для АТдіастолічного (АТд) 90 мм.рт.ст. Оскільки первинна АГ у дітей і підлітків відіграє суттєву роль в розвитку гіпертонічної хвороби в молодому і зрілому віці, проблема раннього виявлення критичних величин АТ досить актуальна. Значний вплив на рівень АТ кліматичних, метеорологічних, етнічних, мікросоціальних факторів обумовило необхідність проведення популяційних досліджень для можливої більш точної оцінки поширеності АГ в кожній віково-статевій групі. Проводилось анкетування 2000 дітей віком 6-15 років з трьохразовим вимірюванням АТ. Встановили, що максимальна величина АТс і АТд в обох статевих групах наростала з віком: відповідно від 105 і 60 мм.рт.ст. у 6-и річних і до 146 і 88 мм.рт.ст. у підлітків 15 років. Самі високі значення АТ констатувались у дітей 12 – і років обох статей (АТс 140-146 мм.рт.ст., АТд – 88 – 96 мм.рт.ст.). Найбільші значення АТс були у дітей 12-14 –и років, АТд - у хлопчиків 12-15 років і дівчат 11-13 років та 15 – и років. Дана вікова залежність, очевидно, пов'язана з максимальною активністю симпатико-адреналової системи у дітей цього віку

(висока концентрація дофаміну і період статевого дозрівання). Аналіз частоти підвищення АТс і АТд виявив вікову і статеву різницю. Так, підвищення АТс спостерігалось частіше у дівчат 6 – і років (15,9%), 9 - років (10,5%) і 14 років (10,3%) і у хлопчиків 8 років (14,9%), 13 років (18%) і 15 років (19,9%). Підвищення АТд було частіше у дітей (особливо дівчат) 7, 8, 10 і 13 років (від 28,2% до 31,2% випадків). В цілому частота підвищення серед школярів склала по АТс 18,3% (хлопці 22,5%, дівчатка - 16,7%), АТд – 28,7% (дівчатка - 28,3%, хлопчики - 19,5%). Первинна АГ склала 79% (вегетосудинна дистонія), вторинна – 21% (патологія нирок, ендокринопатії). Висновок: у 18-28% дітей шкільного віку показники АТ перевищують максимальні порогові величини; у дівчаток частіше підвищується АТд, у хлопчиків - АТс. Діти з вегетосудинною дистонією до 12 річного віку формують групу високого ризику по АГ. Підвищення АТ у ряду дітей, починаючи з 6 –ти річного віку, вказує на необхідність вимірювання АТ в ранньому віці.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА МЕТОДОМ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ)

М.А. Духовская

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков

Цель и задание: В настоящее время все больше возрастает необходимость в неинвазивном бесконтактном получении количественной информации о характере регионарных и очаговых процессов, происходящих в головном мозге, как на диагностическом этапе, так и в процессе лечения многих заболеваний центральной нервной системы у различных возрастных групп.

Материалы и методы: В этом отношении новые перспективы открывают количественные методы используемые для обработки данных морфологических, функциональных и биохимических МРТ-исследований (магнитно-резонансная томография, магнитно-резонансная спектроскопия *in vivo* и функциональная магнитно-резонансная томография), позволяющих изучить возрастные изменения головного мозга.

Результаты: С помощью количественных методов устанавливаются функциональные зависимости описывающие взаимосвязь между ростом объема мозга и активностью процессов миелинизации, которые определяют динамику формирования нейронных связей в развивающемся мозге. А также зависимости, которые используются для характеристики уменьшения объема мозга, распаде миелина и разрушения аксональных и нейрональных сетей в процессе естественного старения. Наблюдаемое в раннем детском возрасте быстрое возрастание, а затем более медленное изменение МРТ- параметров хорошо описывается логарифмической и экспоненциально спадающей функцией. Для моделирования возрастных зависимостей, наблюдаемых в переходном возрасте, когда центральная нервная система приспосабливается к быстрым изменениям во всех органах, происходит квадратическая функция. В более взрослом возрасте для описания МРТ-параметров используется линейная модель. Процесс нормального развития мозга на протяжении всей жизни включает в себя постепенное изменение его структуры и функциональности. Это проявляется в высокой эффективности и больших адаптационных возможностях в детстве и в

появленні моторних і когнітивних порушень у пожилых людей.

Выводи: Количественный підхід к описанию возрастных залежностей МРТ-параметров в нормі, може бути використан як базисний для розуміння патологічних процесів в головному мозку в різні періоди життя.

ПРОГНОЗУВАННЯ МУТАЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ДОВКІЛЛЯ ДЛЯ НАСТУПНИХ ПОКОЛІНЬ ЗА ЧАСТОТОЮ МИМОВІЛЬНИХ ВИКИДНІВ

Б.М. Дяченко

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Івано-Франківськ*

Мета роботи – встановити генетичну складову мутаційного навантаження доквілля за частотою МВ в першому триместрі вагітності та відносний ризик МВ залежно від наявності різних антигенів груп крові систем АВ0 і резус. Матеріалом дослідження слугувала первинна медична документація обласного перинатального центру Івано-Франківська: 142 історії вагітних, що мали МВ, звітні матеріали щодо даної патології за 2010-2014 рр. Для аналізу асоціацій між МВ та антигенами груп крові системи АВ0 і резус (Rh) використано стандартний статистичний метод визначення відносної частоти ризику виникнення певного захворювання (Н.П. Бочков, 2012). Статистичний аналіз отриманих даних здійснено за методом χ^2 і співвідношення шансів (Odds Ratio (OR)). Встановлено тенденцію до зростання кількості МВ в I-му триместрі вагітності з 2010 до 2014 рр. Найвищу частоту МВ зареєстровано у 2013 році. Подібну ситуацію визначено серед пролікованих жінок з акушерською патологією. Проте, показник ізосенсибілізації за системою АВ0 знижувався у 2014 р. (6,3 %) порівняно з таким у 2010 р. (7,7 %). Дослідження спадкової схильності за двома системами груп крові АВ0 і Rh довели, що за частотою антигенів здорові особи і пацієнти з МВ мали однаковий розподіл – $A(II) > O(I) > B(III) > AB(IV)$. У жінок, що мали МВ, зареєстровано незначну перевагу фенотипів ІУ(АВ) проти контролю (відповідно 8,45 і 5,48 %; $\chi^2=1,51$) та меншу кількість носіїв антигену ІІІ(В) порівняно з контролем (відповідно 16,20 і 22,09 %; $\chi^2=2,25$). У резус-негативних носіїв всіх антигенів системи АВ0 існує більша імовірність виникнення МВ. Оскільки значення χ^2 не перевищувало 3,84, для визначення спадкової схильності до МВ розраховано величини ризику (X) даної патології для кожного фенотипу АВ0 поміж собою. Підтверджено, що жінки з групою ІІІ(В) мали найменшу ймовірність МВ порівняно з носіями антигенів ІУ(АВ), а також не так істотно проти O(I) і A(II). Встановлено значущу перевагу генетичного ризику формування МВ у всіх жінок Rh⁻ порівняно Rh⁺ (X=0,604). Висновки. Частота МВ по області, зокрема у I-му триместрі вагітності, за останні два роки має тенденцію до зростання як і акушерська патологія. Серед жінок, що мали МВ, переважають носії антигенів АВ(IV). Найбільший ризик виникнення МВ зумовлювала асоціація фенотипів O(I) і A(II) проти B(III). Встановлено значущу перевагу генетичного ризику формування МВ у всіх жінок Rh⁻ порівняно Rh⁺ та відносну резистентність до МВ резус-позитивних жінок з B(III) фенотипом. Визначення генетичної обтяженості до МВ за асоціаціями з антигенами груп крові систем АВ0 і Rh може використовуватися для прогнозування даної патології.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ КОПЕПТИНУ ТА MRproADM ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

О.С. Ермак, Маїналі Пракаш

Харківський національний медичний університет, Харків

На сьогоднішній день ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається однією з найбільш важливих проблем сучасної кардіології. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) займає перше місце у структурі ІХС, перебіг якого значно ускладнюється наявністю ожиріння (ОЖ).

Мета дослідження – оптимізувати діагностику ГІМ шляхом оцінки динаміки маркера вазоконстрикції - копептину і вазодилатації - MRproADM у хворих на гострий інфаркт міокарда залежно від ступеня ОЖ, а також проаналізувати взаємозв'язки між даними показниками.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідження було включено 105 пацієнтів з ГІМ, поміж яких у 750 хворих було діагностовано ОЖ, 30 осіб мали нормальну вагу тіла. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою: $ІМТ (кг/м^2) = \text{маса тіла} / (\text{ріст})^2$. Копептин і MRproADM визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai) і «Human mid-regional proadrenomedullin (MRproADM)» (Biological Technology, Shanghai). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлено у вигляді середніх величин та похибки середнього. Статистична значимість різних середніх визначалася за критерієм F - Фішера.

Результати та їх обговорення. Встановлено зростання рівня копептину на 73,8 % при ОЖ I ст. та на 205,9 % при ОЖ II ст. порівняно з групою зіставлення, MRproADM - на 30,68 % і на 54,5 % відповідно. У хворих на ГІМ та ОЖ II ст. при зіставленні з ОЖ I ст. концентрація копептину була вище на 76 %, а MRproADM – на 18,3 %. Ранжування показників за ступенем їх відмінностей при ожирінні I ст. від групи порівняння за допомогою F-критерію визначило, що до кластеру виражених порушень увійшли обидва параметра – копептин ($F= 77,9; p<0,001$) та MRproADM ($F= 82,5; p<0,001$). Що стосується відхилення від групи порівняння показників за ступенем їх відмінностей при ожирінні II ст., то до кластеру дуже виражених змін ($F>100$) потрапило підвищення рівня копептину ($F=177,9; p<0,001$) і виражене зростання відзначено щодо MRproADM ($F=99,5; p<0,001$).

Висновки. Зростання ступеню ОЖ асоціювалося із зростанням рівня копептину і MRproADM. Отримані дані свідчать про те, що провідною ланкою розвитку ГІМ у хворих з ОЖ II ст. порівняно з ОЖ I ст. є надмірна активність маркера вазоконстрикції копептину в умовах помірного неадекватного щодо потреб функціонування MRproADM.

АКТИВНІСТЬ ІНТЕРЛЕЙКІНА-1 β У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Железнякова Н.М., Зелена І.І., Пасієшвілі Т.М., Супрун І.О.
Харківський національний медичний університет, Харків

Мета: встановити активність інтерлейкіна-1 β (ІЛ-1 β) у період активного запального процесу у хворих з поєднаним перебігом хронічного панкреатиту та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріали та методи. Обстежено 72 хворих: 35 з поєднаним перебігом хронічного панкреатиту (ХП) та ХОЗЛ (основна група) та 37 пацієнтів з ізольованим ХОЗЛ (група порівняння). Показники норми досліджуваних величин були отримані у 20 практично здорових осіб аналогічного віку та статі (група контролю). Рівень прозапального цитокіну ІЛ-1 β визначали за допомогою набору реагентів ProCon TOB «Протеиновый контур». Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програм «Microsoft Excel» і «Statistica 6.0».

Результати. При дослідженні прозапальної цитокінової ланки імунітету отримані результати підтверджували наявність активного запального процесу в бронхолегеневій системі: величина ІЛ-1 β достовірно перевищувала показники норми. Характеризуючи ступінь збільшення вмісту даного цитокіну, слід зазначити, що максимальні зміни реєструвалися при поєднанні ХОЗЛ та ХП, що підтверджувало негативний вплив супутньої патології на основне захворювання. Так рівень ІЛ-1 β в основній групі склав $71,1 \pm 4,7$ нг/л, що було достовірно вище показників як групи контролю - $26,0 \pm 1,6$ нг/л ($p < 0,05$), так і групи порівняння - $42,9 \pm 3,4$ нг/л ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, активна стадія ХОЗЛ супроводжувалася активацією реактантів гострофазової відповіді. При цьому, наявність супутнього хронічного панкреатиту вносила істотні зміни в картину запальної відповіді, що проявлялося значним достовірним посиленням експресії прозапального цитокінового каскаду. Що, в умовах наявності хронічного запального вогнища, за допомогою ініціації аутоімунних реакцій, може сприяти вторинному пошкодженню як органів-мішенів, так і залученню в патологічний процес «відносно інтактних» органів та систем, що дозволяє розглядати даний «патологічний тандем» як прогностично несприятливий.

МАРКЕРИ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ПРОТЯГОМ РОКУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Т. С. Заїкіна

Харківський національний медичний університет, м.Харків

Мета дослідження: встановити маркери розвитку повторного інфаркту міокарда (ІМ) у хворих із післяінфарктним кардіосклерозом та цукровим діабетом (ЦД) 2 типу протягом року спостереження на підставі оцінки маркерів пошкодження ендотелію – sVE-кадгерину, sCD40-ліганду.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 70 хворих: І група – 11 хво-

рих на післяінфарктний кардіосклероз та ЦД 2 типу, в яких розвинувся повторний ІМ протягом року спостереження, II група – 59 хворих на післяінфарктний кардіосклероз та ЦД 2 типу, в яких не розвинувся повторний ІМ спостереження. Рівень sVE-кадгерину, sCD40-ліганду визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми Bender MedSystem (Австрія). Розраховувалися: середнє значення (М), стандартне відхилення, вірогідність та рівень значущості (р).

Результати: за результатами проведеного порівняльного аналізу виявлено, що хворі із післяінфарктним кардіосклерозом та супутнім ЦД 2-го типу, в яких протягом року спостереження розвинувся повторний інфаркт міокарда, мали достовірно вищі рівні маркерів пошкодження ендотелію порівняно з хворими на післяінфарктний кардіосклероз та ЦД 2 типу без повторного інфаркту міокарда, а саме: sVE-кадгерину ($1,61 \pm 0,07$ нг/мл та $1,45 \pm 0,03$ нг/мл відповідно; $p < 0,01$) та sCD40-ліганду ($3,42 \pm 0,1$ нг/мл та $2,99 \pm 0,05$ нг/мл відповідно; $p < 0,01$).

Висновки. У хворих на післяінфарктний кардіосклероз із супутнім ЦД 2-го типу розвиток повторного інфаркту міокарда протягом року спостереження асоціювався з достовірно вищими рівнями sVE-кадгерину та sCD40-ліганду, що свідчить про значний негативний вплив дисфункції ендотелію у дестабілізації атеросклеротичної бляшки, маркером чого є sCD40-ліганд, та дезінтеграції ендотеліального монослою, маркером чого є sVE-кадгерин, у виникненні повторної оклюзії вінцевої артерії.

Вищезазначене ще раз підтверджує важливість визначення маркерів пошкодження ендотелію – sVE-кадгерину, sCD40-ліганду з метою прогнозування розвитку повторного інфаркту міокарда у хворих із післяінфарктним кардіосклерозом та супутнім цукровим діабетом 2-го типу.

ВПЛИВ ТЯЖКОСТІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Т. С. Зайкіна, Емелі Коллінз Чібугезе, Дубей Асміта
Харківський національний медичний університет, Харків

Мета і завдання дослідження: встановити вплив тяжкості цукрового діабету (ЦД) 2-го типу на функціональний стан ендотелію у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) на підставі оцінки маркерів пошкодження ендотелію – sVE-кадгерину та sCD40-ліганду.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 70 хворих: 1 група – 32 хворих на ГІМ з легкою формою ЦД 2-го типу; 2 група – 30 хворих на ГІМ з середньотяжкою формою ЦД 2-го типу; 3 група – 8 хворих на ГІМ з тяжкою формою ЦД 2-го типу.

Рівень sVE-кадгерину та sCD40-ліганду визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми Bender MedSystem (Австрія) на 1-й інфаркту міокарда. Розраховувалися: середнє значення (М), стандартне відхилення, вірогідність та рівень значущості (р).

Результати: згідно з отриманими даними, виявлено, що хворі на ГІМ із ЦД 2-го типу середньої тяжкості мали достовірно нижчі рівні sCD40-ліганду порівняно з хворими на легку та тяжку форму ЦД 2-го типу ($3,78 \pm 0,05$ нг/мл; $3,66 \pm 0,04$ нг/мл та $3,88 \pm 0,13$ нг/мл відповідно; $p < 0,05$). Подібну залежність ступеня тяжкості цукрового

діабету продемонстровано і у відношенні sVE-кадгерину ($1,96 \pm 0,05$ нг/мл; $1,85 \pm 0,04$ нг/мл та $2,03 \pm 0,11$ нг/мл відповідно; $p < 0,05$).

Висновки. Отримані результати можна пояснити, по-перше, підвищенням чутливості периферійних тканин до інсуліну на тлі прийому таблетованих цукрознижувальних препаратів, що в свою чергу покращує функціональний стан ендотелію; по-друге, вищезазначене свідчить про можливість використання sCD40L та sVE-кадгерину не тільки для якісної та кількісної оцінки стану ендотелію, але і для оцінки ефективності цукрознижувальної терапії, опосередкованим ефектом якої є поліпшення функції ендотелію.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З МІННО-ВИБУХОВОЮ ТА ВОГНЕПАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ СЕРЦЯ І ПЕРИКАРДА ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Д. Замятін

Харківський національний медичний університет, Харків

Недоліки і недосконалість схем раціональної хірургічної тактики, невирішеність питань та недостатнє відображення у літературі даних про особливості ранньої діагностики та хірургічного лікування мінно-вибухової травми серця і перикарда дають підставу вважати тему дослідження вкрай актуальною

Метою роботою є скорочення багаточисельності і зменшення термінів надання хірургічної допомоги з подальшою доставкою поранених в спеціалізовані установи по Україні для надання висококваліфікованої хірургічної допомоги.

У відділенні травматичного шоку, військової хірургії з хірургією надзвичайних ситуацій, анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ» знаходилися на лікуванні 74 постраждалих. На діагностичному етапі всім постраждалим виконувалися: рентген-дослідження органів грудної клітки; УЗД, доплерографія серця та судин; ЕХО-кардіоскопія; комп'ютерна томографія. Інформативність симптомів пошкоджень серця при мінно-вибуховій травми за даними клініки була наступною: біль в області серця – у 25,0%, глухість тонів серця – у 100,0%, систолічний шум на верхівці – в 8,3%, шум тертя перикарда – у 5,0%, тахікардія – 120 уд. за 1 хв. - у 15,0%, зниження систолічного тиску < 60 мм рт. ст. – у 37,0-46,0%, зниження пульсового тиску < 15 мм рт. ст. – у 31,0-43,0%. Нами встановлені наступні градації ймовірності забою серця: сумнівна - при значеннях тропоніна I менше 0,01 нг/мл у плазмі крові; низька - 0,01 – 0,04 нг/мл; висока - $> 0,04$ нг/мл Практика нашої клініки цілком доводить безпечність проведення штучного кровообігу при операціях на серці. Операція з використанням стегового доступу та допоміжного штучного кровообігу дозволяє контролювати гемодинаміку та повністю провести корекцію ушкоджень внутрішньосерцевих структур, а також здійснити реінфузію крові без додаткових ресурсів.

Таким чином, оптимізувати результати лікування та поліпшити подальшу якість життя можливо шляхом впровадження новітніх технологій у хірургію мінно-вибухової травми серця.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

В.И. Золотайкина, Х. Хеллани

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Целью настоящего исследования явился анализ диастолической функции левого желудочка при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМСТ) в зависимости от выбранной стратегии лечения. Обследовано 77 лиц мужского пола, поступивших с диагнозом ОИМСТ. В зависимости от метода ревазуляризации миокарда все больные были разделены на 3 группы. Первая группа включала в себя 22 мужчин, подвергшихся первичной ЧКВ в течение первых двух часов от момента развития приступа. Вторая группа включала в себя 30 мужчин, которым ревазуляризация миокарда проводилась с использованием фармакологических методов (догоспитальный или госпитальный ТЛТ без возможности проведения ЧКВ). Третья группа включала в себя 25 мужчин, ревазуляризация миокарда которым проводилась с использованием фармако-инвазивного метода (догоспитальный или госпитальный ТЛТ с последующим ЧКВ). Больным всех групп проводилась доплер-эхокардиография (Д-ЭхоКг) при поступлении и через 1 месяц. Во всех 3х группах при поступлении отмечалась диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации. При изучении диастолической функции левого желудочка через 1 мес показатель раннего наполнения ЛЖ (Е) достоверно повысился в I группе у больных по сравнению с II и III группами ($72,0 \pm 0,5$ см/с; $62,3 \pm 0,7$ см/с и $65 \pm 1,3$ см/с соответственно, $p \geq 0,05$). Показатель позднего диастолического наполнения ЛЖ (А) во всех группах достоверно уменьшился по сравнению с исходным уровнем без достоверных различий в группах. Отношение Е/А через 1 мес наблюдения составило $1,22 \pm 0,02$ в I группе, $1,04 \pm 0,07$ во II группе и $1,06 \pm 0,04$ в III группе соответственно, что продемонстрировало достоверную положительную динамику в группе с первичной ЧКВ. Время замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ (DT) через 1 месяц увеличилось во всех трех группах без достоверного преимущества ($190,3 \pm 5,3$ мс, $188,4 \pm 4,2$ мс, $189,5 \pm 3,7$ мс соответственно). Проведенная работа показывает преимущество механической реперфузии над фармакологической или их комбинацией.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ ГІПЕРТРИГЛІЦЕРИДЕМІЇ

Т.А. Іваницька, І.В. Іваницький

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Останнім часом підвищення артеріального тиску (АТ) та порушення ліпідного спектру крові у пацієнтів молодого віку фіксується все частіше. Водночас у світовій літературі недостатньо даних щодо розвитку та перебігу артеріальної гіпертензії у молодому віці в поєднанні з окремими компонентами метаболічного синдрому. Метою нашої роботи стало вивчення наявності зв'язку між рівнем АТ у молодих пацієнтів, рівнем тригліцеридів (ТГ) у них та розвитком атеросклеротичних уражень судин.

Нами було обстежено 38 пацієнтів середнім віком $25,6 \pm 2,3$ роки, серед яких було 29 осіб чоловічої статі та 9 жінок. У всіх було зафіксовано тривале (більше 1 року) підвищення рівня АТ в середньому до рівня $145,6/92,4 \pm 7,5/6,8$ мм рт.ст. та ізольована гіпертригліцеридемія. Після обстеження у пацієнтів був виключений діагноз вторинної артеріальної гіпертензії та спадкових дисліпідемій. Усім хворим проводилось визначення індекса маси тіла, загальноклінічний аналіз крові та сечі, визначення рівня систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) АТ, ліпідний спектр крові та ультразвукове визначення товщини комплексу інтима – медія на сонних артеріях (ТІМ). В залежності від рівня ТГ пацієнти були поділені на 3 групи: I група – 12 пацієнтів із рівнем ТГ < 200 мг/дл, II група – 16 пацієнтів із рівнем тригліцеридів 200-300 мг/дл та III група – 10 пацієнтів із рівнем тригліцеридів більше ніж 300 мг/дл.

Показник	Група I	Група II	Група III
ІМТ, кг/м ²	$28,48 \pm 4,41$	$29,32 \pm 3,19$	$33,66 \pm 2,12^*$
ЧСС, уд/мин	$79,21 \pm 9,41$	$71,14 \pm 12,23$	$73,21 \pm 2,24$
САТ, мм.рт.ст.	$132,31 \pm 12,21$	$139,68 \pm 19,86$	$145,25 \pm 14,24^*$
ДАТ, мм.рт.ст.	$86,46 \pm 8,45$	$88,79 \pm 10,36$	$92,52 \pm 7,82^*$
ТІМ, мм	$0,82 \pm 0,09$	$0,88 \pm 0,11$	$0,96 \pm 0,09^*$

* - $p < 0,05$ при порівнянні між I та III групами

Таким чином, спираючись на отримані результати, ми зробили висновок, що ізольована гіпертригліцеридемія у пацієнтів молодого віку на фоні артеріальної гіпертензії має тісний зв'язок із показником ІМТ та активізує розвиток атеросклеротичних уражень судин у цих хворих.

СУБМІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРНИХ КОМПОНЕНТІВ ОСТРІВЦІВ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ КОРЕКЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

О.Р. Іванців

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
Івано-Франківськ*

Метою роботи було вивчити субмікроскопічні зміни структурних компонентів острівців підшлункової залози при лікуванні експериментального цукрового діабету (ЕЦД) ексенатидом. **Методи.** До експериментального дослідження включено 30 статевозрілих білих лабораторних щурів-самців, отриманих з віварію ІФНМУ, яким моделювали абсолютну інсулінову недостатність, що клінічно відповідає ЦД I типу людини. Усім тваринам одноразово в/оч вводили щойно приготовлений розчин стрептозотоцину фірми Sigma (США), розведений на цитратному буфері (рН 4,5) в розрахунку 60 мг/1 кг маси тіла щура. Контрольна група включала 10 тварин з ЕЦД, а 20 тварин другої експериментальної групи, починаючи з 14 доби експерименту, отримували ексенатид («Byetta», Елі Ліллі, США) в дозі 0,04 мкг/100г/добу підшкірно ранком за 30 хвилин до годування. Забір матеріалу проводили на 28, 42, 56, 70 доби експерименту. **Результати дослідження.** В динаміці лікування ексенатидом можна

виділити 2 фази: 1) фаза посилення відновних процесів (28-42 доби експерименту), яка морфометрично проявлялася збільшенням середньої кількості острівців на 28-у та 42-у доби експерименту відповідно на 38,3% та 36,4%, середньої площі острівців на 11,9% та 18,7%, зростанням співвідношення інсуліноцитів/глюкагоноцитів на 6,2% та 26,1%, порівняно з групою без лікування. Субмікроскопічно відмічали появу малих острівців поблизу проток, ацинарно-острівцевих клітин в екзокринній паренхімі і часткове відновлення типової ультраструктурної організації ендокриноцитів підшлункової залози. Такі позитивні зміни ультраструктури при введенні ексенатиду можна пояснити частковим покращенням вуглеводного обміну та, за даними деяких авторів, стимуляцією проліферації інсуліноцитів шляхом посилення глюкозозалежної секреції інсуліну при дії ексенатиду. 2) фаза відносної компенсації (56-70 доби експерименту), при якій середня кількість острівців на 56-у добу зменшувалася в порівнянні з попереднім терміном лікування і становила $1,97 \pm 0,25$ (мм)², а середня площа острівців становила на 56-у добу ($5743,56 \pm 481,37$) мкм², в порівнянні з ($5943,43 \pm 357,27$) мкм² на 42-у добу лікування. Поодинокі ендокриноцити відновлювали свою будову, проте у більшості інсуліноцитів залишалися дезорганізовані секреторні гранули, зустрічалися автофаголізосоми в цитоплазмі. Такі зміни в острівцях зумовлені зменшенням гіпертрофії ендокриноцитів та частковим виснаженням внутрішньоклітинних органел тривалий час синтезувати велику кількість інсуліну у відповідь на гіперглікемію.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА β_2 -АДРЕНОРРЕЦЕПТОРОВ (Gln27Glu) НА СТЕПЕНЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

О.И. Кадыкова

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Значение ожирения как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в последнее время значительно возросло, так как распространенность ожирения в мировой популяции увеличилась, а наличие ожирения у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) способствует его прогрессированию и повышению смертности.

Цель – оценить влияние полиморфных вариантов гена β_2 -адренорецепторов (Gln27Glu) на степень прогрессирования ожирения у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Больные ИБС и ожирением были разделены на подгруппы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 1 подгруппа – больные ИБС и ожирением I ст. (n=80), 2 подгруппа – пациенты с ИБС и ожирением II ст. (n=71) и 3 подгруппа – ИБС и ожирение III ст. (n=71). Для характеристики ожирения определялся ИМТ, который рассчитывали по формуле: вес (кг)/рост (м)².

Исследование аллельного полиморфизма Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторов проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результатов с использованием наборов реактивов «SNP-ЭКСПРЕСС» производства ООО НПФ «Литех» (РФ).

Выделение ДНК из цельной крови выполняли с помощью реагента «ДНК-экс-

пресс-кровать» производства ООО НПФ «Литех» (РФ) в соответствии с инструкцией. На последующих этапах исследования проводили амплификацию последовательностей ДНК *in vitro* с использованием олигонуклеотидных праймеров, эндонуклеазы рестрикции и термостабильную Taq-полимеразу ООО НПФ «Литех» (РФ). Правильность распределения частот генотипов определялась соответствием равновесия Харди-Вайнберга ($p_i^2 + 2 p_i p_j + p_j^2 = 1$). Согласно Хельсинкской декларации все пациенты были информированы о проведении клинического исследования и дали согласие на определение полиморфизма исследуемого гена.

Результаты. Распределение частоты аллелей и генотипов у больных ИБС в зависимости от ИМТ продемонстрировало достоверное увеличение частоты выявления аллеля G (61,25%, 71,83% и 81,69%) и генотипа G/G (25%, 32,39% и 40,85%) параллельно увеличению массы тела ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о том, что наличие аллеля G и генотипа G/G Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторов являются факторами повышенного риска развития ожирения у больных ИБС.

ГЕНЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ Й ОЖИРІННЯ

О.І. Кадикова, П.П. Кравчун

Харківський національний медичний університет, Харків

Мета – провести аналіз наявності взаємозв'язку між розвитком хронічної серцевої недостатності й поліморфним локусом Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторів у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім ожирінням.

Матеріали та методи. Із метою дослідження проведено комплексне обстеження 222 хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) та ожирінням. Контрольну групу склали 35 практично здорових людей. Групи були порівнянні за віком і статтю. Діагноз встановлювався у відповідності з діючими наказами МОЗ України. Дослідження алельного поліморфізму Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторів проводили методом полімеразної ланцюгової реакції з електрофоретичної детекцією результатів з використанням наборів реактивів «SNP-ЕКСПРЕС» виробництва ТОВ НВФ «Літех» (РФ). Згідно Гельсінкської декларації всі пацієнти були поінформовані про проведення клінічного дослідження і дали згоду на визначення поліморфізму досліджуваного гена. Для визначення відносного ризику розвитку захворювань розраховували відношення шансів (ВШ). Як відсутність асоціацій розглядали ВШ=1; як позитивну асоціацію – ВШ>1; як негативну асоціацію алеля або генотипу з захворюванням (низький ризик розвитку захворювання) вважали ВШ<1. Довірливий інтервал (ДІ) представляє собою інтервал значень, у межах котрого з вірогідністю 95% знаходиться прогностичне значення ВШ. Статистично достовірними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати. Наявність С алеля поліморфного локусу Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторів у хворих на ІХС з супутнім ожирінням була пов'язана зі зниженням ризику розвитку хронічної серцевої недостатності (ВШ = 2,32, 95% ДІ = [1,18–4,56], $\chi^2=7,65$; $p < 0,05$).

Висновки. Наявність С алеля поліморфного локусу Gln27Glu гена β_2 -адренорецепторів у хворих на ішемічну хворобу серця із супутнім ожирінням була пов'язана зі зниженням ризику розвитку хронічної серцевої недостатності.

ЗМІНИ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Ю.О. Ковальова, Б.О. Шелест, А.В. Новцова

Харківський національний медичний університет, Харків

Запальні порушення при артеріальній гіпертензії (АГ) можна розглядати як фактор, що визначає багато в чому виникнення і перебіг захворювання та його причину погіршення, розвиток і прогресування АГ. Механізми запальних впливів можуть мати як імунологічну, так і гемодинамічну, інтоксикаційну і генетичну основу. Маркери запалення можуть бути факторами, що впливають на ремоделювання серця і артерій у пацієнтів з АГ у поєднанні з деформуючим остеоартрозом (ДО).

Мета дослідження: аналіз змін маркерів запалення у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з деформуючим остеоартрозом.

Матеріал і методи. Проведено обстеження 27 хворих з артеріальною гіпертензією в поєднанні з деформуючим остеоартрозом і 24 хворих АГ без коморбідної патології, які знаходились на лікуванні в кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні №27. Середній вік пацієнтів був $56,5 \pm 4,8$ років, всі хворі мали серцеву недостатність не вище ІІА ст. Контрольну групу склали 20 осіб без артеріальної гіпертензії і деформуючого остеоартрозу (12 чоловіків і 8 жінок з середнім віком $48,3 \pm 3,4$ років). Кардіогемодинамічні показники визначались на апараті Philips HD11XE (USA). Дослідження інтерлейкінів (ІЛ) проводилось імуноферментним методом.

Результати дослідження. Маркери запалення у хворих на АГ з коморбідною патологією і без неї були значно збільшеними і рівнялися: вміст фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α) - $69,1 \pm 8,5$ пг/мл ($p < 0,05$) і $58 \pm 7,3$ пг/мл ($p < 0,05$), відповідно, в порівнянні з контрольною групою - $43,8 \pm 5,3$ пг/мл. Рівні ІЛ-1 β характеризувалися також підвищенням і дорівнювали $-69,3 \pm 7,4$ пг/мл ($p < 0,05$), $48,9 \pm 6,2$ пг/мл ($p > 0,05$), відповідно, в порівнянні з контрольною групою $42,5 \pm 4,2$ пг/мл. Рівні ІЛ-1 β у хворих з артеріальною гіпертензією без ознак ремоделювання лівого шлуночка становили $54,6 \pm 4,7$ пг/мл, що значно вище, ніж у здорових осіб. Механізми, що ушкоджують, імунологічні порушення є активація β -ліпідцитів і комплементу з утворенням імунних комплексів і прозапальних цитокінів. Оцінка цих змін може служити показником тяжкості АГ і диференційно-діагностичним критерієм прогресування захворювання у хворих з поєднаним перебігом ДО, так само як і визначення інтенсивності реакції організму і участі неспецифічних індикаторів і промоутерів запалення.

Висновки. Наявність деформуючого остеоартрозу у пацієнтів з артеріальною гіпертензією сприяє більш виразному підвищенню маркерів запалення і які потрібні враховувати при визначенні тактики лікування у таких хворих.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СТІНЦІ ТОНКОЇ КИШКИ ПІСЛЯ СТРАНГУЛЯЦІЙНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Н.Є. Ковальчук, А.В. Пантус

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ

Встановити закономірності структурної організації стінки тонкої кишки після тимчасової гострої странгуляційної тонкокишкової непрохідності на 1-у, 3-ю, 7-у, 14-у та 30-у доби в експерименті на 30 щурах. Виконували забарвлювання гематоксилином і еозином та фукселін-пікрофуксином.

На 1-у – 3-ю доби експерименту в тонкій кишці проксимальніше й дистальніше від місця странгуляції відмічаються явища гемодинамічних порушень та набряку, що проявляються наявністю деформованих, розширених ворсинок булавоподібної та соскоподібної форм, які зрощені між собою, злуцненням у просвіт кишки значної кількості ентероцитів, а також появою ворсинок із повністю зруйнованими верхівками. Ентероцити ворсинок кишки набрякли, розпушені, щіточкова облямівка контурується нечітко. В ентероцитах ворсинок і крипт наявні явища гіперплазії келихоподібних клітин зі значним накопиченням в їхній цитоплазмі та на поверхні клітин слизу. На 1-у добу визначається набряк слизової оболонки та підслизового прошарку, а м'язової оболонки – на 3-ю добу. Сполучнотканинні волокна власної пластинки слизової оболонки та підслизового прошарку розташовані пухко. Особливо виражені явища набряку в субепітеліальній зоні ворсинок, що проявляється просвітленням з відшаруванням від власної пластинки слизової оболонки покривного епітелію, дифузною лейкоцитарно-макрофагальною інфільтрацією.

На 7-у – 14-у доби набряк ентероцитів та нечіткість щіточкової облямівки зменшуються. Більшість ворсинок набувають правильної форми, переважно вкриті ентероцитами і лише поодинокі з них залишаються вкороченими та розширеними. На 7-у добу морфологічний стан келихоподібних клітин не відрізняється від такого ж на 3-ю добу, а вже на 14-у добу морфологічні прояви їхньої гіперфункції зменшуються по мірі віддалення від місця странгуляції. Набряк слизової оболонки та підслизового прошарку зменшується. Частіше виявляються лімфоцити, макрофаги, плазмоцити. На 14-у добу зникає набряк м'язової оболонки.

На 30-у добу спостерігається становлення і розвиток структурних основ адаптації, які проявляються відсутністю набряку власної пластинки слизової оболонки, підслизового прошарку, м'язової оболонки; відновлення контуру щіточкової облямівки, товщини й висоти ворсинок.

Зміни в стінці тонкої кишки щурів після усунення странгуляційної тонкокишкової непрохідності носять стадійний характер: гемодинамічних порушень і набряку (1-а – 3-я доба), функціонального напруження й дистрофічних змін (7-а – 14-а доба) та компенсаторно – відновний періоди (14-а – 30-а доба).

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ РЕС-БЛОКА ПРИ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

П.Ю. Костя

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

Проблема послеоперационного болевого синдрома актуальна в нашей стране и за рубежом. По данным литературы, от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75 % пациентов. **Цель исследования.** Оценить эффективность послеоперационного обезболивания у пациентов с раком молочной железы (РМЖ) с помощью pectoral nerves (РЕС) блока при радикальных операциях молочной железы в сравнении с использованием сочетанного наркоза в/в анестетиками и местной анестезией. **Материалы и методы.** Обследовано 33 больных раком молочной железы. Пациенты поделены на группу I с регионарной анестезией РЕС-блоком - 16 пациентов (48,5%) и группу II с сочетанным наркозом в/в анестетиками и м/а – 17 пациентов (51,5%). Базовая седация диазепамом 0,5% 10мг. РЕС-блок выполнялся под контролем УЗИ с использованием бупивакаина гидрохлорида 0,5% 100-150 мг. Сочетанный наркоз с использованием фентанила 0,005% 250–400 мкг, пропофола 1% 300-500 мг дополнялся аппликационной анестезией бупивакаина гидрохлорида 0,25% 37,5-62,5 мг после удаления препарата. С момента восстановления ясного сознания пациентов знакомили с визуальной аналоговой шкалой (ВАШ) для оценки боли. Измерение баллов по ВАШ происходило через 12 часов, на 1-е, 3-е сутки. Всем пациентам был назначен режим аналгезии по требованию с помощью декскетопрофена 50мг и аппликационной анестезии бупивакаином гидрохлоридом 0,25% по 30 мг через микрокатетер в ране. Дополнительная опиоидная аналгезия не требовалась. Из 33 пациентов у 23 (69,7%) наблюдался выраженный болевой синдром 54 ± 4 мм по ВАШ, из которых 7 (30,5%) пациентов были из группы I, 16 (69,5%) пациентов из группы II. У 10 (30,3%) пациентов был умеренно выраженный болевой синдром 33 ± 5 мм по ВАШ, из которых 1 (10%) пациент был из группы II, 9 (90%) пациентов – из группы I. Средняя частота обращения за обезболиванием в течение первых суток в группе I составило 36 раз или 2,25 раза на пациента, в группе II – 59 раз или 3,47 раза на пациента. **Результаты и обсуждение.** Наибольшее число пациентов с выраженным болевым синдромом наблюдалось в группе II (69,5%), что в 2,28 раза больше группы I. Также пациенты этой группы раньше и чаще требовали дополнительную аналгезию, 3,47 раза на пациента, что в 1,54 раза чаще, чем данные группы I. **Выводы.** Использование РЕС-блока позволяет уменьшить выраженность болевого синдрома у пациентов с радикальной мастэктомией, а также уменьшить частоту послеоперационного введения аналгетиков.

ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-13, ТКАНИННОГО ІНГІБІТОРА МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-4, ТЕНАСЦИНУ С У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

М.Ю. Котелюх

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета: вивчити роль матриксної металопротеїнази-13, тканинного інгібітора металопротеїнази-4, тенасцину С у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Завдання: визначити показники міжклітинного матриксу у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні обстежено 120 пацієнтів, котрі перебували на стаціонарному лікуванні в інфарктому відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27. Всіх пацієнтів було розподілено на групи: основну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу; порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ з відсутністю ЦД 2 типу; контрольну групу – 20 осіб. Імуноферментним методом визначали вміст матриксної металопротеїнази-13 (ММП-13) за допомогою набору реагентів «Human MMP-13» (Ray-Biotech, Norcross, USA); тканинний інгібітор металопротеїнази-4 (ТІМП-4) – «Human TIMP-4» (R&D Systems, Minneapolis, USA), тенасцин С (Тн С) – «Human Tenascin-C Large (FNIII-C)» (Immuno-Biological Laboratories Co. Ltd. (IBL), Takasaki-Shi, Japan).

Результати дослідження. Рівень ММП-13 на 1-2 добу у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу склав $65,6 \pm 2,5$ пг/мл та $47,9 \pm 3,8$ пг/мл без ЦД 2 типу при порівнянні з групою контролю – $32,2 \pm 2,6$ пг/мл ($p < 0,05$). Вміст ТІМП-4 на 1-2 добу у хворих на ГІМ та ЦД 2 типу склав 1518 ± 136 пг/мл та 1540 ± 113 пг/мл порівняно з контрольною групою – 1269 ± 75 пг/мл ($p < 0,05$).

Рівень Тн С на 1-2 добу у хворих на ГІМ та ЦД 2 типу склав $18,64 \pm 1,28$ нг/мл та $20,12 \pm 1,48$ пг/мл порівняно з групою контролю – $14,93 \pm 0,97$ пг/мл ($p < 0,05$). Вміст ММП-13 на 10-14 добу достовірно збільшувався у хворих на ГІМ і ЦД 2 типу на 17% в порівнянні з хворими ГІМ без ЦД 2 типу на 1-2 добу ($p = 0,0316$). Виявлено зниження рівня ТІМП-4 у хворих на ГІМ і ЦД 2 типу на 14% ($p = 0,0145$) і Тн С - на 39% ($p = 0,0001$) порівняно з хворими на ГІМ без ЦД 2 типу.

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу визначається більш вірогідна гіперпродукція ММП-13 порівняно з хворим на ГІМ без ЦД 2 типу, що може бути обумовлено ефектами гіперглікемії. У хворих на ГІМ за наявності ЦД 2 типу в динаміці спостерігається зменшення вмісту ТІМП-4 та тенасцину С, що свідчить про декомпенсаторну роботу з боку цих показників в системі міжклітинного матриксу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА

Н.В. Красносельский, А.В. Мовчан, А.Н. Белый

*ДУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины»,
Харьков*

Введение. Качество жизни пациентов перенесших гастрэктомию и излеченных от рака желудка, остается неудовлетворительным. Для профилактики Ру-стаз синдрома, обусловленного стойким нарушением эвакуации из Ру-петли, разработана операция uncut Ру (формирование резервуара на непересеченной петле тонкой кишки). **Цель.** Улучшить функциональные результаты после операций с формированием тонкокишечных резервуаров путем снижения послеоперационных осложнений. **Материалы и методы.** Включено 32 пациента с морфологически верифицированным диагнозом рака тела желудка. Пациенты разделены на 2 группы: в 1 группу включены 20 пациентов, которым выполнена радикальная гастрэктомия с лимфодиссекцией D2; 12 пациентам (2 группа) пластика удаленного желудка выполнена тонкокишечным резервуаром (uncut-Ру). **Методика формирования резервуара.** После гастрэктомии для формирования резервуара на непересеченной петле выбирается петля тощей кишки длиной 40см, формируется пищеводно-тонкокишечный анастомоз. Затем из приводящей и отводящей кишки формируется тонкокишечный резервуар длиной около 15см (с рассечением просветов на 7-10 см). **Отдаленные функциональные результаты.** По данным эндоскопического исследования, после операций с формированием тонкокишечных резервуаров эзофагит I степени выявлен только у 1 пациента (6,7%). Во 2 группе рефлюкс-эзофагит развился у 70% пациентов, и частота его оставалась стабильной при динамическом наблюдении ($p < 0,05$). При рентгенологическом исследовании у больных 2 гр. удается обеспечить замедление эвакуации до 40-60 мин. Качество жизни у пациентов после петлевой пластики лучше по сравнению с пациентами, которым выполнялась операция по методу Бильрот2 на протяжении всего срока наблюдения ($p < 0,05$).

Заключение. Можно утверждать, что используемый надежный и технически простой метод реконструкции с формированием тонкокишечного резервуара на непересеченной петле позволяет предупреждать или минимизировать проявления рефлюкс-эзофагита, ускоренной эвакуации из отводящей петли, что приводит к улучшению качества жизни и социальной реабилитации. может служить методом выбора реконструкции при радикальной гастрэктомии у пациентов с раком желудка.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИМУННОГО СТАТУСА В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

М.М. Круглова

ГУ «ИОНХ им. В.Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков

Цель: Изучить и сравнить показатели иммунного статуса у больных, оперированных по поводу травмы селезенки с целью обоснования применения органосохраняющих операций.

Задачи: 1. Изучить влияние выбранной операции на иммунный статус больного в отдаленном послеоперационном периоде; 2. На основании полученных данных доказать эффективность органосохраняющих операций.

Материалы и методы: С целью обоснования применения органосохраняющих операций нами были изучены показатели иммунного статуса у 23 пострадавших, оперированных по поводу травмы селезенки: у 17 после спленэктомии, у 6 – после органосохраняющих операций. Контрольную группу составили 11 условно здоровых добровольцев. Возраст пострадавших колебался от 16 до 45 лет. При изучении влияния выбранной операции на иммунный статус определяли следующие показатели: CD3 (зрелые Т-лимфоциты), CD4 (Т-хелперы), CD8 (цитотоксические Т-клетки), CD16 (NK-натуральные киллеры), CD20 (В-клетки); ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы); общее количество комплимента и его фракций (С-3, С-4); общее содержание Ig A,G,M,E.

Результаты клеточного иммунитета, полученные в отдаленном послеоперационном периоде у пострадавших после ОСО: отмечается снижение количества лимфоцитов CD4 и CD20, в то время как у пострадавших после спленэктомии отмечается снижение всех элементов клеточного звена иммунитета. При исследовании гуморального звена у пострадавших после ОСО наблюдается снижение количества общего комплимента, его С-3 и С-4 фракций, а у пострадавших после спленэктомии уменьшение количества Ig А и G, общего комплимента, его С3 и С4 фракции.

Выводы: Таким образом, наши исследования показывают, что в группе сравнения отмечались нарушения процессов активации, пролиферации, дифференцировки иммунокомпетентных клеток и регуляции иммунной системы, но наиболее выраженные изменения со стороны клеточного и гуморального иммунитета развиваются в основной группе после радикальной спленэктомии, что доказывает эффективность органосохраняющих вмешательств

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ У ЛІКУВАННІ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Н.Ю. Курічова, І.М. Щербина

Харківський національний медичний університет, м. Харків

В структурі гінекологічних захворювань частота зустрічаності ГПЕ (гіперпластичних процесів ендометрію) посідає від 15 до 45% та постійно зростає. Дійсну поширеність ГПЕ оцінити дуже складно, у кращому випадку, вони стосуються тих жінок, які звернулися з різних приводів в гінекологічний стаціонар. Метою цієї роботи є покращення результатів лікування пацієнок з МК (матковими кровотечами) на тлі ГПЕ в перименопаузальному періоді на підставі патогенетично обґрунтованого диференційованого алгоритму лікувально-діагностичних заходів.

Матеріали та методи дослідження. Ми обстежили 110 жінок перименопаузального періоду з матковими кровотечами на тлі ГПЕ. Пацієнтки були у віці від 43 до 54 років, в середньому $48,5 \pm 4,3$ років.

Серед обстежених у 58 пацієнок діагностували залозисту та залозисто-кістозну гіперплазію ендометрію (I група), у 23 жінок – атипову гіперплазію ендометрію (II група), у 29 пацієнок – залозисто-фіброзні та фіброзні поліпи ендометрію (III

група). Для морфологічних досліджень зіскрібків ендометрію і слизової оболонки цервікального каналу використовували матеріал, отриманий при діагностичному вишкрібанні слизової оболонки матки. Біоптати були фіксовані в 4% розчині формальдегіду за стандартною методикою. З них після відповідної обробки і заливки в парафін (парафінові блоки) отримували зрізи, які піддавалися забарвленню гематоксилином-еозином, пікрофуксином за Ван-Гізоном. Після попереднього дослідження одержаних препаратів переходили до їх морфологічного вивчення за допомогою світлової мікроскопії за загальноприйнятою методикою. Удосконалюючи існуючі традиційні підходи до лікування маткових кровотеч в перименопаузальному періоді на тлі гіперплазії ендометрію, у рамках цього наукового дослідження на основі власного клінічного досвіду нами сформульовані стандартизовані підходи до індивідуальної терапевтичної стратегії, яка могла б бути економічно обґрунтованою та ефективно використана в практичній охороні здоров'я. У перименопаузі на тлі ГЕ (гіперплазії ендометрію) хворі повинні бути направлені в гінекологічний стаціонар для проведення УЗД, гістероскопії, фракційного вишкрібання порожнини матки з наступним морфологічним дослідженням зіскрібка.

Висновки. Фармакологічна корекція ГПЕ в перименопаузальному періоді полягає у відновленні балансу молекулярно-біологічних процесів шляхом блокування проліферації, неоангіогенезу, високої експресії факторів росту та індукованого апоптозу, шляхом диференціальної оцінки стану ендометрію та етіопатогенетично оптимальної терапії маткових кровотеч.

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ

К.П. Лазаренко

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Неудовлетворительные показатели состояния здоровья детей и подростков, обучающихся в учебных заведениях, является актуальной проблемой. Сохранение здоровья подрастающего поколения, совершенствование физиологических систем растущего организма в процессе его обучения и воспитания, разработка путей и средств сохранения высокой работоспособности учащихся является одной из важнейших задач современного общества.

Цель исследования - психогигиеническое изучение адаптации учеников школы-интерната для детей с патологией опорно-двигательного аппарата.

Проведено исследование состояния адаптации учащихся начальных классов специализированной школы-интерната для детей с патологией опорно-двигательного аппарата. Для исследования использовались: корректурная проба Бурдона для измерения показателей внимания; анкета для оценки уровня школьной мотивации. (Н.Г.Лускановой), методика «Градусник» (разработана Н. П. Фетискиным), анкета для родителей первоклассников «адаптация ребенка к школе» (Битянова М.Р.)

В результате проведенного исследования выявлено: адаптация к школе у 41% учащихся; вероятная дезадаптация у 54,5% учащихся; дезадаптация у 5% учеников. Высокий уровень школьной мотивации, учебной активности у 14% учащихся; хорошая школьная мотивация у 23% учащихся; положительное отношение к школе у 41%

учащихся; низкая школьная мотивация у 18% и негативное отношение к школе имеет место у 4% учеников. По результатам проведения корректурной пробы Бурдона выявлено, что показатель переключения и распределения внимания составляет у 100% исследуемых очень низкий уровень, концентрация внимания очень высокая у 91%, высокая у 9% учеников. Отсутствие интереса особенно вызывают следующие предметы: физкультура у 41%, английский язык в 32%, музыка у 23%, русский язык у 18% учеников. Тревожность вызывают: естествознание - 14%, трудовое обучение 14%, математика - 10%, музыка - 10%, основы здоровья - 10%, рисование - 10% учащихся.

По результатам исследований, будут разработаны гигиенические рекомендации, направленные на улучшение адаптации и укрепления общего здоровья учащихся начальных классов специализированной школы-интерната для детей с патологией опорно-двигательного аппарата.

ЕЛЕКТРОЛІТНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Лазіді К.Л., Рудик Ю.С.

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

Хронічна серцева недостатність (ХСН) на сьогоднішній день є найпоширенішим ускладненням серцево-судинних захворювань. За даними національних реєстрів та епідеміологічних досліджень різних європейських країн показник поширеності ХСН серед дорослого населення коливається від 1,5 % до 5,5 % та зростає пропорційно до віку, а в осіб віком понад 70 сягає 10-15 %.

Електролітні порушення є найчастішим ускладненням клінічного перебігу у пацієнтів з ХСН та є потенційно небезпечними у таких хворих. Найбільш несприятливим прогностичним фактором є зниження рівня іонів натрію у сироватці крові. Спостерігаються високі показники смертності і частоти розвитку ускладнень перебігу ХСН при наявності у хворих гіпонатріємії. Гіпонатріємія (зниження концентрації натрію у сироватці крові менше 135 ммоль/л) є одним з найбільш розповсюджених порушень електролітного обміну у пацієнтів з ХСН. Знижений рівень натрію у сироватці зв'язаний з несприятливим прогнозом, відображає важкий перебіг захворювання і може бути незалежним предиктором ускладненого перебігу і смертності таких хворих. При ХСН зустрічальність складає від 8 % до 28 % в залежності від вибірки, що аналізувалась. За даними американських авторів 1- та 5-річна смертність у хворих з гіпонатріємією становить 22,5 % та 42,3 %, відповідно.

На сьогоднішній день багато досліджень присвячено ролі порушень електролітного обміну у клінічній маніфестації і розвитку ускладнень ХСН та корекції гіпонатріємії на подальший прогноз хворих. Існують дані, які свідчать про те, що підвищення рівня іонів натрію асоціюється з покращенням прогнозу пацієнтів з ХСН. У той же час, деякі автори відмічають покращення клінічного стану хворих із ХСН при підвищенні рівня натріємії у сироватці крові, але зниження ризику розвитку ускладнень у таких хворих не спостерігається.

Таким чином, електролітні порушення, зокрема гіпонатріємія, у пацієнтів з

ХСН мають важливе клініко-прогностичне значення. Одним з перспективних напрямів медикаментозної терапії, спрямованих на покращення прогнозу та якості життя пацієнтів з ХСН, є профілактика та корекція гіпонатріємії у цих хворих.

ВИКОРИСТАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ КРАНІОЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ОБТЯЖЕНИМИ СУЇЦИДАЛЬНОЮ АКТИВНІСТЮ

Р.В. Лакинський

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН», Харків

Відомо, що найвищий ризик суїцидальної активності спостерігається серед осіб, які страждають на депресивні розлади. Відсутність позитивної відповіді пацієнтів на терапію є частою причиною рецидивів суїцидальної активності. Разом із тим, існують методи подолання зазначеної терапевтичної резистентності, одним із яких є використання в комплексному лікуванні краніоцеребральної гіпотермії.

Мета дослідження: розробити метод комплексного лікувально-профілактичного втручання для зниження ризику суїцидальної активності у хворих з депресивними розладами.

Матеріали та методи дослідження: було проведено комплексне обстеження 90 хворих госпіталізованих в психіатричний стаціонар після скоєння незавершених суїцидальних спроб, серед них 30 хворих на «депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад» (F32-33 за МКХ-10) і ще 60 хворих з хворих з діагнозом «реакція на важкий стрес та порушення адаптації» (F43 за МКХ-10). Методом парного підбору було сформовано дві рівні за обсягом (45 осіб кожна) групи порівняння, зіставного віку ($40,36 \pm 2,28$) та $39,56 \pm 2,23$) років в I та II групах відповідно з рівними частками кожного із згаданих вище видів патології (по 30 осіб з розладом F43 та по 15 осіб з розладом F32-33 в кожній групі). У I групі застосовувалось стандартне лікування (фармакотерапія, раціональна та когнітивно-біхевіоральна психотерапія) з модифікованим варіантом КЦГ (модифікація полягала в застосуванні ступінчастої зміни температурного впливу на головний мозок), а в II групі - лише стандартне лікування, при цьому II групу порівняння формували таким чином, щоб частота застосування різних груп антидепресантів, а також їхні середні дози не мали достовірних відмінностей від аналогічних показників від I групи. В роботі були застосовані наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний та математичної статистики.

Результати дослідження: було встановлено, що додавання модифікованого варіанту КЦГ до стандартної терапії достовірно ($p < 0,05$) зменшує фармакологічне навантаження на пацієнта (курсів дози психотропних препаратів зменшились в 1,5-1,9 рази (залежно від конкретного фармакологічного препарату), під впливом запропонованого варіанта відбулись наступні зміни: нормалізація емоційного фону хворих, редукція клінічних симптомів депресії (перш за все суїцидальних думок, тривоги та відчуття страху), а також зменшилась тривалість перебування хворих у стаціонарі.

ДИНАМИКА ЦИТОКЕРАТИНА-18 В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Е. А. Лапшина

Харьковский национальный медицинский университет, Харків

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), частота распространенности которой составляет до 30%, является одной из ведущих проблем внутренней медицины.

Цель исследования: изучение уровня СК-18 в плазме крови у пациентов НАЖБП, оценка его динамики под влиянием комплексного лечения урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) и адеметионина.

Материалы и методы: Обследовано 30 больных НАЖБП. Средний возраст пациентов составил $(47,60 \pm 3,7)$ лет, участие приняли 16(53%) мужчин и 14(47%) женщин. Всем пациентам был установлен диагноз НАЖБП в стадии стеатогепатита (НАСГ), проведены традиционные клинико-лабораторные исследования, оценка трофологического статуса, липидного обмена, определение моноклональных антител СК-18 иммуноферментным методом. Анализ динамики биохимических показателей и уровня СК-18 в плазме крови проводился до начала лечения и через 30 дней. Все пациенты получали комбинированную терапию УДХК в сочетании с адеметионином длительностью до одного месяца.

Результаты исследования: Исследование СК-18 в плазме крови больных НАЖБП в стадии НАСГ до, и через месяц лечения показал достоверное снижение уровня СК-18 в плазме крови – на 8,6% ($p < 0,05$), показатели синдрома цитолиза АсАт и АлАТ уменьшились в 2 и 2,4 раза, соответственно ($p < 0,04$). В липидном профиле произошла нормализация ОХ, коэффициента атерогенности и ЛПНП ($\leq 0,05$), ТГ, ЛПВП и ЛПОНП имели тенденцию к снижению ($p \geq 0,05$).

Выводы: Использование УДХК и адеметионина сопровождается снижением уровня СК-18 в плазме крови больных НАЖБП в стадии НАСГ, уменьшению показателей цитолиза и нормализации липидного профиля, что свидетельствует о замедлении прогрессирования заболевания.

ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Е.В.Ливенцова, В.Я.Микукст

Донецкий национальный медицинский университет

им. М.Горького, г. Лиман

Цель: определить значение синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ) в клиническом течении системной красной волчанки (СКВ) и системной склеродермии (ССД). Материал и методы. Обследованы 55 больных СКВ и 39 ССД. Изучали частоту развития лабораторного СЭИ у пациентов с разным клиническим течением заболевания, определяли характер изменений в крови маркеров эндогенной интоксикации, анализировали значение СЭИ в патогенетических построениях СКВ и ССД. СЭИ развивается у $\frac{3}{4}$ от числа обследованных пациентов, который тесно связан

со степенью активности заболеваний, поражением почек и легких при СКВ, пищеварительного тракта и легких при ССД, с наличием легочной гипертензии и антифосфолипидного синдрома, с уровнями антител к нативной дезоксирибонуклеиновой кислоте и кардиолипину, сопровождается повышением в крови активности ксантиноксидазы, уровней нитритов, молекул средней массы разных фракций, а от клинико-лабораторных признаков течения патологического процесса зависят параметры диеновых конъюгатов, ксантиноксидазы, аммиака, мочевины, креатинина, мочевой кислоты, нитритов, а в волосах бария, лития, свинца и стронция. Оба системных заболевания соединительной ткани сопровождаются достоверным увеличением концентраций токсичных микроэлементов в сыворотке крови, причем, интегральное состояние микроэлементоза зависит от длительности манифестации, степени активности патологического процесса и диастолической функции левого желудочка сердца, а содержание бария и стронция соотносится с формированием противоядерных аутоантител, с параметрами эндотоксического индекса, продуктов перекисного окисления липидов, небелковых азотистых соединений и молекул средней массы. Эндотоксический индекс оказывает дисперсионное влияние на степень активности СКВ и ССД, появление серозитов и почечной патологии, причем, на интегральные признаки течения заболевания воздействуют концентрации небелковых азотистых продуктов (аммиака, мочевины, креатинина, нитритов), а, как свидетельствует однофакторный дисперсионный анализ, повышенное перекисное окисление липидов участвует в патогенетических построениях поражений сердца, легких и суставов, азотистых соединений – почек (чем замыкается порочный круг), молекул средней массы – скелетных мышц, микроэлементов – патологии периферической нервной системы.

РОЛЬ L-АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ У ПРОФІЛАКТИЦІ АНТРАЦИКЛІН-ІНДУКОВАНИХ УРАЖЕНЬ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Т.В. Лиманець, Г.С. Маслова

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Проблема лікування хворих на гострі лейкемії (ГЛ) полягає у частому розвитку ускладнень поліхіміотерапії (ПХТ). Антрациклінові антибіотики (АА), які широко застосовуються у лікування ГЛ, викликають гостру та хронічну кардіотоксичність. Пацієнти із наявністю супутньої ішемічної хвороби серця (ІХС) належать до групи ризику розвитку уражень міокарда і потребують проведення профілактики антрациклінової кардіотоксичності (АКТ). **Мета:** оцінити ефективність L-аргініну гідрохлориду у профілактиці АКТ у хворих на ГЛ із супутньою ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 66 пацієнтів з вперше виявленими ГЛ (гостра лімфоїдна лейкемія – 7 хворих, гостра мієлоїдна лейкемія – 59 хворих) із супутньою ІХС, віком 54–72 роки, з них – 34 (51,5%) чоловіки, 32 (48,5%) – жінки, за ECOG I-II. Тривалість ІХС склала $7,6 \pm 2,48$ роки. Схеми ПХТ включали АА. Проводили добовий ЕКГ-моніторинг до початку ПХТ та при досягненні кумулятивної дози антрациклінів (КДА) від 100 до 200 мг/м² за доксорубіцином, що склала $172,1 \pm 21,09$ мг/м².

В залежності від проведеної терапії хворі були розподілені на дві групи: I (n=30) – хворі на ГЛ, які отримували ПХТ і L-аргініну гідрохлорид 4,2% 100 мл внутрішньо-

венно крапельно за 1 день до початку та у дні введення АА; II (n=36) – хворі на ГЛ, що отримували ПХТ.

Результати. У хворих на ГЛ із супутньою ІХС до початку ПХТ за даними добового ЕКГ-моніторингу, діагностовано періоди тахікардії у 47 (71,2%) хворих, епізоди поодинокі надшлуночкової екстрасистолії (НШЕ) та шлуночкової екстрасистолії (ШЕ) – у 35 (53%) та 17 (25,7%) пацієнтів відповідно, а також короткотривалі періоди депресії сегмента ST, що розвивались за умов збільшення фізичного навантаження. На фоні низьких КДА в I групі за умов проведення профілактики у 20 (66,6%) хворих при мінімальній фізичній активності на фоні тахікардії виявлені епізоди поодинокі НШЕ. В II групі періоди тахікардії зафіксовані у всіх 36(100%) хворих на ГЛ із супутньою ІХС, що супроводжувались зростанням кількості поодиноких НШЕ, виникненням епізодів парних, групових НШЕ у 24 (66,6%) хворих, епізодами поодиноких ШЕ у 19(52%), а також збільшенням кількості періодів клінічно значущої депресії сегмента ST – у 29 (80,5%) і подовженням інтервалу Q-T – у 14 (38,8%) пацієнтів.

Отже, призначення L-аргініну гідрохлориду у хворих на ГЛ із супутньою ІХС на фоні ПХТ із включенням АА приводить до зменшення ризику розвитку складних порушень ритму та безбольової ішемії міокарда як проявів ранньої антрациклінової кардіотоксичності.

СПОСІБ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНОЇ ОЦІНКИ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН ЛЕГЕНЬ ПРИ ПНЕВМОЦИСТОЗІ У ХВОРИХ НА СНІД

С.В. Лімарєв

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

В теперішній час існує багато варіантів рентгенологічних проявів змін легень при пневмоцистозі. При деструктивних змінах в легенях встановити правильний діагноз без застосування орієнтирів і математичних розрахунків вельми складно.

Метою дослідження було покращення якості способу діагностики при деструктивних змінах легень при пневмоцистозі у хворих на СНІД.

Матеріали і методи. Вивчені дані комп'ютерної томографії (КТ) дослідження органів грудної клітки 23 хворих СНІДом у віці 18 - 59 років. Нами був розроблений патент на медичну модель «Спосіб оцінки деструктивних змін легень при пневмоцистозі у хворих на СНІД», №102468, Бюл. №20 26.10.2015

Результати. В результаті проведеного дослідження було встановлено, що виявлені зміни в органах грудної клітки при пневмоцистній пневмонії залежать від ступеня вираженості імуносупресії, гостроти перебігу хвороби. Серед пацієнтів з деструктивними ускладненнями були виявлені 4 ступені даного ускладнення. **Перший** ступінь (початкові зміни) характеризувався появою поодиноких кістоподібних просвітлень круглої або овальної форми (в кількості 1-3), поодиноких, частіше з одного боку, розмірами до 1-1,5 см, локалізованих в одному або у двох сегментах був встановлений у 21,7% хв. **Другий ступінь (обмежена деструкція) характеризувався** чотирма - восьми порожнинами деструкції розмірами 1,6- 2,0 см, частіше з обох боків, як правило без вмісту, локалізованих в двох-трьох сегментах 39,1% хв. **Третій ступінь (поширена деструкція)** – з формуванням чисельних порожнин (більше восьми) розмірами більше 2,0 см, з поширенням в ряді випадків на обидві

легені-26,1% пацієнтів. **Четвертий ступінь (тотальна деструкція)** – спадання одної, двох часток або всієї легені, тобто формування однобічного пневмотораксу (особливо при субплевральній локалізації кіст) 13,1 % хворих.

Висновки: Таким чином, запропонований нами спосіб рентенограмметричної оцінки деструктивних змін легень, особливо при динамічному КТ-дослідженні дозволяє об'єктивно встановити точну поширеність патологічного процесу, ефективність лікувального процесу, або ж негативну динаміку і появу ускладнень, що сприяє покращенню якості лікування пацієнтів.

РОЛЬ СИНДРОМУ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ В ПРОГРЕСУВАННІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Мандрика Я.А., Маслова Г.С.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема лікування хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу полягає у частому розвитку полісистемних ускладнень, в тому числі і з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Розвиток та прогресування діабетичної ентеропатії на фоні інсуліннезалежного ЦД (ІНЗЦД) залежить від наявності діабетичної автономної нейропатії з вторинним порушенням моторної функції ШКТ на всьому протязі, а також вторинного дисбіозу кишечника.

Мета – дослідити вираженість ендотеліальної дисфункції у хворих на ІНЗЦД в залежності від наявності синдрому надмірного бактеріального росту (СНБР). Матеріали і методи. Обстежено 78 пацієнтів з ентеропатією на фоні ІНЗЦД, із них 44 (56,4%) жінки, 34 (43,6%) чоловіки, середній вік $58,4 \pm 12,1$ років, тривалість перебігу ЦД 2-го типу 7-10 років. ЦД 2-го типу знаходився у стадії субкомпенсації: рівень $HbA1c \leq 7,5\%$, без кетоацидозу. Вуглеводний обмін корегували за допомогою комбінованої цукрознижувальної терапії. Проводили дихальний водневий тест (ДВТ) з лактулозою, за даними якого хворі були розподілені на 2 групи: I ($n=40$) – хворі на ІНЗЦД у поєднанні з СНБР; II ($n=38$) – хворі на ІНЗЦД без СНБР. Визначали рівень нітритів, сумарної активності синтази оксиду азоту (NO-синтази), ТБК-реактанти, каталази в сироватці крові. Результати. У хворих на ІНЗЦД за наявності ентеропатії відмічалась активація процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), яка характеризувалась підвищенням концентрації ТБК-реактанти у хворих I і II груп в 1,59 і 1,24 рази відповідно, за одночасного зниження рівня каталази у 1,7 і 1,3 рази відповідно ($p < 0,05$) у сироватці крові порівняно з показниками практично здорових осіб. Паралельно у пацієнтів I групи за умов СНБР було виявлено достовірне зниження концентрації нітритів у сироватці крові в 1,48 рази на фоні підвищення сумарної активності NO-синтази у 1,6 рази ($p < 0,05$), за одночасної тенденції до зміни даних показників у пацієнтів II групи.

Отже, максимальної активності процеси ПОЛ зазнають на фоні діабетичної ентеропатії за умов наявності СНБР у хворих на ІНЗЦД, що супроводжуються збільшенням загальної продукції NO-синтази, у першу чергу індуцибельної, яке сприяє потужному викиду NO з перетворенням останнього в агресивний радикал пероксинітрит, що може виявляти прямий ушкоджуючий вплив на клітини і тканини організму, в тому числі на слизову оболонку ШКТ. Тривале підвищення синтезу NO-синтази в свою чергу призводить до виснаження L-аргініну і, відповідно, до зменшення

концентрації нітритів у сироватці крові з формуванням ендотеліальної дисфункції та потенціюванням діабетичної ентеропатії.

НАЛИЧИЕ КРАТКОВРЕМЕННЫХ ЭПИЗодОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Д.В. Мартовицкий, Н.Р. Семерова, Н.И. Бойко

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Актуальность исследования: данная работа выполнялась в связи с недостатком информации по поводу исследований частоты, типологии и клинической значимости краткосрочных эпизодов артериальной гипотензии при гипертонической болезни (ГБ), которые практически не проводились.

Цель исследования: изучить у больных ГБ частоту выявления и гемодинамическую структуру кратковременных эпизодов снижения артериального давления (АД) во взаимосвязи с факторами риска и поражением органов-мишеней.

Материалы и методы: исследования проводились на базе КУОЗ «Харьковской городской клинической больницы №27», где у 90 больных ГБ проводили суточное мониторирование АД. На суточных кривых АД выделяли значения систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД) которые были меньше индивидуального среднedayного и/или средненочного АД на 3 и более стандартных отклонения и порогового уровня 90/70 мм рт. ст. днем и 80/60 мм рт. ст. ночью. Анализировали циркадианную и амплитудную структуру эпизодов снижения АД. Оценивали связь эпизодов гипотонии с факторами риска и состоянием органов-мишеней.

Результаты: было зарегистрировано 136 эпизодов артериальной гипотензии у 74 больных ГБ (у 82,2%; в среднем, 1,51 за сутки). Была выявлена отчетливая тенденция к снижению минимального ДАД по мере увеличения возраста пациентов. Определены варианты гипотонических эпизодов у больных в зависимости от преимущественного снижения САД или ДАД. Зафиксированы два максимума частоты развития эпизодов гипотензии, приходившиеся на ранние утренние и послеобеденные (постпрандиальные) часы.

Выводы: наличие у пациентов, страдающих ГБ, дислипидемии, поражения почек в виде микроальбуминурии и ишемической болезни сердца ассоциировано с увеличением доли эпизодов гипотензии с преимущественным падением САД.

ПОЛІМОРФНІ ВАРІАНТИ ГЕНУ АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ M235T У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

О.О. Меденцева, Ю.С. Рудик

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

Мета дослідження: вивчити розподіл поліморфних варіантів гену ангіотензиногену (АТГ) M235T у хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЛШ) **Матеріали та методи:** Проведено комплексне обстеження 132 хворих з ХСН II-III ФК за NYHA зі збереженою фракцією

викиду ЛШ (58 чоловіків та 74 жінок) та група контролю - 27 практично здорових людей. Середній вік хворих склав 61,8 р \pm 9,7; середній стаж ХСН склав 7,48 років \pm 5,3. Усім пацієнтам проводилося стандартне дослідження. Додатково для визначення алелей і генотипів поліморфного гена АТG M235T проводили виділення геномної ДНК з венозної крові. Молекулярно-генетичне тестування ДНК виконували методом ПЛР з використанням набору реагентів для виявлення поліморфізмів в геномі людини методом ПЛР з електрофоретичною схемою детекції результату «SNP-ЕКСПРЕС» з подальшим аналізом поліморфізму довжин рестрикційних фрагментів на ампліфікаторі «Терцик». Правильність розподілу частот генотипів визначалася відповідністю рівноваги Харді-Вайнберга. Статистичну обробку отриманих даних проведено із використанням SPSS Statistica 17.0.

Результати: Частота генотипів M235T АТG у хворих з ХСН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка становила: ММ генотип – 24,2%, МТ генотип – 50,0%, ТТ генотип – 25,8%. Розподіл генотипів в групі контролю був наступним: ММ генотип – 14,8%, МТ генотип – 55,6%, ТТ генотип – 29,6%. Групи достовірно не відрізнялися за частотою генотипів. Під час аналізу показників груп виявлені наступні достовірні відмінності: генотип МТ асоціювався з високим рівнем серцево-судинних захворювань у родині, зниженням ШКФ, більш високим рівнем АСТ, онкологічними захворюваннями в анамнезі ($p < 0,05$); гетерозиготи за ММ показали вищий рівень систолічного артеріального тиску ($p < 0,05$).

Висновки: у вивченій популяції не було виявлено достовірних відмінностей у розподілі генотипів гену АТG M235T між групою хворих з ХСН зі збереженою фракцією викиду ЛШ та контрольною групою. Виявлено, що носії генотипу МТ у групі ХСН характеризувалися більш високим рівнем серцево-судинних захворювань у родині, зниженням ШКФ, більш високим рівнем АСТ та онкологічними захворюваннями в анамнезі.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Д.В. Минухина, Т.Н. Габисония

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Цель исследования: 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

достовірно нижче ($p < 0,05$), чим у пацієнтів 2-ї ($6,02 \pm 0,21$ нг/мл) і контрольної ($12,45 \pm 0,15$ нг/мл.) груп. Это может свидетельствовать о том, что гипoadипонектинемия и гипервисфатинемия ассоциируются с развитием ожирения у больных, страдающих стабільной стенокардией.

Выводы. Учи́ывая вышеизложенное, можно предположить, что подобная дисфункція адипокинового обмена на фоне увеличения массы тела способствует развитию и прогрессированию атеросклероза у больных стабільной стенокардией путем истощения антиатерогенных возможностей адипонектина и активации висфатином метаболіческих нарушений.

Полученные данные позволяют рекомендовать определение содержания висфатина и адипонектина в крови больных со стабільной стенокардией и ожирением в качестве предиктора развития и прогрессирования стабільной стенокардии.

МОДЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ю.Н. Мозговая

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Цель работы - построение регрессионных моделей ФК ХСН с учетом параметров внутрисердечной гемодинамики, сывороточных уровней цитокинов (интерлейкина-1b)

Харківський національний медичний університет, Харків

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

У механізмі розвитку ускладнень хіміотерапевтичного лікування в порожнині рота визначальне значення має ряд факторів: порушення бар'єрної функції слизової оболонки порожнини рота і пошкодження судин мікроциркуляторного русла, гіпофункція слинних залоз, нейтропенія, тривале блювання, що супроводжується місцевоподразнюючою і пошкоджуючою дією на слизову оболонку порожнини рота, і наявність осередків хронічної інфекції в порожнині рота. Поєднаний вплив цих факторів і призводить до розвитку основних проявів токсичності цитостатичних препаратів в порожнині рота.

Метою дослідження є вивчення частоти виникнення проявів захворювань тканин пародонту на етапах проведення поліхіміотерапії (ПХТ) у хворих на рак молочної залози.

Матеріали та методи. Взято однорідну групу – 26 жінок, хворих на рак молочної залози T₁N₀M₀ – T₂N₁M₀ стадій, віком 29-74 років, які отримали комбіноване лікування (операцію та променевою терапією) і 6 циклів ПХТ за однаковою схемою відповідно міжнародним стандартам. Обстеження пацієнток проводили перед початком та в кінці кожного циклу ПХТ (1 і 14 день) за традиційною схемою.

Результати досліджень. Основні прояви захворювань тканин пародонту спостерігались у вигляді запалення та кровоточивості ясен на I циклі у $15,4 \pm 7,2$ % пацієнток, з максмальним проявом на II-IV циклах ПХТ – $26,9 \pm 8,9$ %, з подальшим зниженням до $15,4 \pm 7,2$ % на V циклі та до $7,7 \pm 5,3$ % на VI циклі проведення ПХТ.

Висновки. Вищевикладене диктує необхідність моніторингу стану органів по-

рожнини рота, у тому числі тканин пародонту, під час хіміотерапевтичного лікування онкологічних хворих для своєчасної корекції розвиненого стану.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ОЛЬЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д.Г. Молотягин, Р.В. Паштиани

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Среди многочисленных опухолей и опухолеподобных заболеваний наиболее часто костную систему поражают хрящеобразующие опухоли, к которым относятся хондромы и остеохондромы. Хондроматоз костной ткани проявляется прогрессирующими деформациями костей, что приводит к снижению качества жизни пациентов и высокому проценту инвалидизации.

Одним из таких заболеваний является болезнь Олье – врожденное заболевание, характеризующееся односторонним поражением костного аппарата, укорочением и утолщением пораженной конечности, изменением походки, хромотой, а также нередко вторичной асимметрией таза и сколиозом позвоночника.

Цель исследования: провести анализ имеющихся данных касательно диагностики и лечения болезни Олье.

Материалы и методы. Для проведения исследования были использованы наукометрические базы.

Несмотря на то, что во всем мире опубликовано значительное количество научных работ, посвященных данному заболеванию, диагностика болезни Олье вызывает затруднения у практикующих врачей. В Украине имеются лишь единичные описания болезни, далеко не всегда полностью отражающие типичную картину заболевания.

Во многих литературных данных и клинических наблюдениях говорится о сложности диагностики данной болезни, которая включает кроме рутинных методов исследования, сложный диагностический поиск с проведением компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфии, биопсии кости.

Медикаментозные подходы к лечению данного синдрома активно обсуждаются, но окончательный протокол ведения больных с болезнью Олье не разработан ввиду противоречивых данных.

Отмечается положительный эффект благодаря использованию ортопедических аппаратов, обуви, протезов, однако устранить полностью деформацию нижних конечностей таким способом не удастся.

Таким образом, данная область медицинских исследований является перспективной и актуальной, учитывая редкую встречаемость болезни в клинической практике, сложность проведения диагностических процедур, отсутствие четких алгоритмов ведения таких пациентов, малую эффективность от консервативной терапии, а также неоднозначность в мнениях специалистов касательно проведения хирургической коррекции.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КОЛХИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Д.Г. Молотягин, Р.В. Паштиани

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Колхицин – эффективное противовоспалительное, обезболивающее средство с хорошей переносимостью. Имеются данные об эффективности его применения в комплексной терапии ряда заболеваний, таких как системная склеродермия, амилоидоз, болезнь Бехчета, семейная средиземноморская лихорадка.

Помимо основных эффектов, препарат подавляет функцию нейтрофилов. Данный эффект может способствовать стабилизации атеросклеротической бляшки и, таким образом, предупреждению развития острого коронарного синдрома (Nidorf M. et al.).

В проведенном Американской Ассоциацией Сердца испытании LoDoCo (2012) было показано, что колхицин в низкой дозе уменьшает риск острых сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца.

В открытом одноцентровом рандомизированном исследовании the CORE по оценке эффективности и безопасности колхицина было показано, что назначение данного препарата при первом рецидиве перикардита оказалось эффективнее традиционной противовоспалительной терапии, так как значительно снижало частоту последующих рецидивов заболевания (Imazio M. et al., 2005).

В рандомизированном мультицентровом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании ICAP было показано, что добавление колхицина при остром перикардите к стандартной противовоспалительной терапии значительно снижает риск развития последующих рецидивов перикардита (Imazio M. et al., 2013).

Согласно опубликованному исследованию Giannopoulos G. et al., 2015, периперикардальное применение колхицина способствовало уменьшению нарастания концентрации биомаркеров повреждения миокарда в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших аорто-коронарное шунтирование с искусственным кровообращением.

Механизмы протекторного действия колхицина на сердечно-сосудистую систему окончательно не выяснены. Для подтверждения полученных результатов необходимо проведение дополнительных исследований с большим количеством пациентов. Однако, накопленные в настоящее время данные о положительных эффектах и хорошей переносимости препарата свидетельствуют о том, что расширение показаний к применению колхицина в кардиологической практике позволит уменьшить частоту развития сердечно-сосудистых катастроф и тем самым снизить уровень смертности от кардиальной патологии.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА В ДІТЕЙ

А.В. Мороз, Д.Г. Попеску

ВДНЗ Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Актуальність. Захворювання тканин пародонта є однією з актуальних проблем сучасної стоматології з огляду на широку їх розповсюдженість та негативний

вплив на зубощелепний апарат і організм людини вцілому. Найбільш частим захворюванням тканин пародонта, насамперед серед дитячого населення, є хронічний генералізований катаральний гінгівіт, у 12-річних дітей виникає у 64–75%.

Мета дослідження полягає у визначенні особливостей перебігу захворювань тканин пародонта у дітей 12 років.

Матеріали та методи. Нами обстежено 40 дітей 12-ти років (18 – хлопців, 22 – дівчат), з них 24 з хронічним катаральним гінгівітом. Регулярність та кратність індивідуального догляду за ротовою порожниною визначали шляхом анкетування, гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали за індексом Грін-Вермільона. Для вивчення інтенсивності і поширеності запального процесу в яснах застосовували папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), пробу Шиллера-Писарева та індекс СРІТН.

Результати дослідження. Згідно з даними анкетування 46,8% дітей – чистять зуби тільки 1 раз на день, 44,8% – 2 рази на день, 8,4% – 3 рази на день. 20% обстежених дітей зазначили, що чистять зуби нерегулярно. Поширеність хронічного катарального гінгівіту серед дітей 12-ти років становить 60%. При визначенні гігієнічного стану ротової порожнини серед дітей з інтактним пародонтом добру гігієну виявили у 50% випадків, задовільну – у 40%, погану – у 10%. А у дітей з хронічним катаральним гінгівітом добра гігієна була у 13% обстежених, задовільна – у 60%, погана – у 20% і дуже погана – у 7%. За даними індексу РМА у 14 дітей виявляється легкий ступінь тяжкості гінгівіту, середній ступінь – у 8 дітей, а тяжкий ступінь пародонтопатії у 2 обстежених дітей. При визначенні числового значення проби Шиллера-Писарева у 58% випадків виявили слабо виражений запальний процес. За даними індексу СРІТН кровоточивість визначили у 65% обстежених дітей, зубний камінь – 55%.

Висновки. На основі отриманих результатів вивлено високий рівень ураження тканин пародонта, низький рівень індивідуальної гігієни ротової порожнини. Одержані дані спонукають до подальшого вивчення стану тканин пародонта та розробки лікувально-профілактичних заходів.

МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Му'авія Салем Насер Альмарадат

Харківський національний медичний університет, Харків

Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) - патологія, пов'язана з анатомічними та функціональними змінами в шийці матки (ш.м.), яка призводять до невиношування вагітності.

Мета і завдання дослідження полягають у проведенні порівняльної оцінки морфометричних критеріїв стану ш.м. і її істмічного відділу після різних методів корекції ІЦН у прегравідарному періоді.

Матеріали і методи. Обстежено 90 не вагітних жінок (основна група), у яких за даними анамнезу та дослідження параметрів ш.м. (бімануальне дослідження, трансабдомінальне УЗД, трансвагінальна цервікоскопія), було діагностовано ІЦН. Контрольну групу склали 20 здорових жінок. Основна група була розділена на 2 підгрупи: 1-у - склали 25 пацієнток, яким до настання вагітності була призведена

хірургічна корекція ІЦН. У 2-у підгрупу увійшли 65 жінок, яким лікування ІЦН проводилася методом біоревіталізації ш.м., Метод полягає у введенні у цервікальний канал біополімерів на основі гіалуринової кислоти. Після проведеної терапії визначали морфометричні параметри ш.м., з яких найбільш діагностичне важливими були: довжина ш.м. і дилатація внутрішнього вічка.

Отримані результати. Порівняльне вивчення морфометричних показників у пацієнок обстежених груп виявило низку закономірностей і відмінностей. У жінок основної групи до лікування ІЦН морфометричні параметри значно відрізнялися від показників контрольної групи: дилатація цервікального каналу знаходилася в межах $1,2 \pm 0,1$ см, довжина ш.м. становила $2,6 \pm 0,2$ см.

У пацієнок контрольної групи довжина ш.м. була в межах $3,3 \pm 0,3$ см, внутрішнє вічко замкнене. В 1 підгрупі пацієнок, після хірургічної корекції, дилатація внутрішнього вічка склала $0,7 \pm 0,005$ см ($p < 0,001$) і ш.м. була вкорочена до $2,8 \pm 0,008$ см ($p < 0,001$).

У пацієнок другої підгрупи, пролікованих методом біоревіталізації, вже через добу після лікування морфометричні параметри ш.м. нормалізувалися і не відрізнялися від показників контрольної групи. Ефект від проведеної терапії зберігався протягом 14-18 місяців, що цілком достатньо для виникнення і доношування вагітності.

Висновки. Метод біоревіталізації для лікування ІЦН значно перевершує існуючі методи корекції цієї патології, дозволяє повністю відновити морфометричні параметри ш.м. до рівня здорових жінок і може бути з успіхом застосований в прегравідарному періоді, завдяки тривало зберігаючому коригуючому ефекту.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕЗОБЛИТЕРИРУЮЩИХ МЕТОДОВ

К.В. Мясоедов

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Цель: оценить значение гидравлической диссекции артерий в лечении и профилактики тромботических осложнений у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей.

Материалы и методы: исследовано 15 участков артерий, выделенных из ампутированных нижних конечностей больных с критической ишемией, на которых применялась гидравлическая диссекция стенки артерии, пораженной атеросклерозом, с целью дезоблитерации её просвета, также 15 участков артерий, на которых применялась механическая эндартерэктомия. Для осуществления данной методики в стенку артерии субадвентициально вводилась изотоническая жидкость, тем самым отделяя обтурирующий субстрат от резидуальной стенки в просвет артерии. После отслоения бляшки, её в виде слепка извлекали из просвета артерии через продольное артериотомное отверстие. Проводилось патоморфологическое исследование препарированного материала.

Результаты и обсуждение: Гидравлическую эндартерэктомию удалось выполнить на сегментах бедренной и подколенной артерий на протяжении $5 \pm 2,1$ см,

на артериях голени этот показатель составил $3 \pm 1,7$ см. При этом бляшка удалялась из артериотомного отверстия размером в $1,5 \pm 0,8$ см единым конгломератом. В случаях применения открытой механической эндартерэктомии минимальный размер артериотомного отверстия составил 3см. При микроскопии: плоскость расслоения артериальной стенки при гидравлической эндартерэктомии была наружнее, чем при механической, а также отсутствовала «этажность» в структуре как резидуальной стенки так и удаленного субстрата.

Выводы: способ гидравлической диссекции позволяет наименее травматично дезоблитерировать просвет артерии от атеросклеротических масс в отличие от механической эндартерэктомии, что способствует снижению риска возможных тромботических осложнений в послеоперационном периоде..

МАРКЕРИ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ З КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ 2 ТИПУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ

А.В. Наріжна, М.С. Волік

Харківський національний медичний університет, Харків

Хронічна серцева недостатність (ХСН) відноситься до числа найбільш поширених ускладнень серцево-судинних захворювань[4,6,8]. Відомо, що при ХСН уражаються різні органи і ткани, що призводить до порушення їх функцій, часом настільки значної, що стає безпосередньою причиною смерті хворих[3,5]. Одними з таких органів-мішеней є нирки. Двосторонньо направлені взаємини серце - нирки, при якому патофізіологічне порушення в одному з них може призводити до дисфункції іншого, визначені поняттям «кардіоренальний синдром» (КРС).

Мета дослідження - проаналізувати зміни МСР-1 як маркера фіброзу та MMP-9 як індикатора фібролізу у хворих з КРС 2 типу на тлі ХСН і ЦД 2 типу залежно від рівня швидкості клубочкової фільтрації.

Результати. У хворих з КРС 2 типу на тлі ХСН та ЦД 2 типу знайдено достовірне зростання концентрації МСР-1 за наявності ШКФ > 60 мл/хв, і за наявності ШКФ < 60 мл/хв при зіставленні з пацієнтами без ЦД 2 типу. Отриманні данні свідчать, що зростання ознак ниркової дисфункції супроводжується надмірною активністю фібротичного фактора МСР-1, що більш виразно проявляється при зменшенні ШКФ < 60 мл/хв.

У хворих з КРС 2 типу на тлі ХСН та ЦД 2 типу з рівнем ШКФ > 60 мл/хв, і за наявності ШКФ < 60 мл/хв. виявлено вірогідне зростання MMP-9 порівняно з хворими без ЦД 2 типу. Однак порівняння рівня MMP-9 у пацієнтів з рівнем ШКФ > 60 мл/хв, і за наявності ШКФ < 60 мл/хв. між собою показало тенденцію до зростання, що не досягає рівня вірогідності ($p < 0,05$). Подальше зростання ниркової дисфункції характеризується пропорційним збільшенням МСР-1 за відсутності такого у MMP-9, що свідчить на користь дисбалансу фіброзу і фібролізу при ШКФ < 60 мл/хв.

Висновки. Прогресування у хворих з КРС 2 типу на тлі ХСН та ЦД 2 типу асоціюється з пропорційним підвищенням фібротичного маркера МСР-1, що свідчить про

його участь у тубулоінтерстиціальному ураженні нирок. Високі рівні MMP-9 у хворих з КРС 2 типу на тлі ХСН та ЦД 2 типу за наявності рівня ШКФ > 60 мл/хв, стверджує про залучення адаптаційних компенсаторних механізмів на цьому етапі, спрямованих на нівелювання фібротичної агресії. Зниження ШКФ < 60 мл/хв. не супроводжується подальшим зростанням активності антифібротичного фактора, що за умов гіперактивності МСР-1 свідчить про виснаження адаптаційних механізмів, результатом чого є запуск каскаду реакцій щодо прогресування склерозу інтерстицію.

ВПЛИВ НУТРИВНОГО СТАТУСУ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ АБО ОЖИРІННЯМ

Я.В. Нікіфорова, Г.Д. Фадєєнко

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

Мета — вивчити нутритивний статус хворих на неалкогольну жирову хворобу (НАЖХП) печінки у поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням 1-2 ступеню на тлі артеріальної гіпертензії (АГ) 1-2 стадії для розробки комплексної програми корекції харчової поведінки (ХП). **Матеріали та методи.** У 110 хворих віком 33-60 років (середній вік - $50,38 \pm 9,48$ років) на НАЖХП у поєднанні з АГ та надлишковою масою тіла або ожирінням 1-2 ступеню, які склали основну групу, вивчено нутритивний статус (НС) з використанням опитувальника DEBQ та додатково розробленого для цілей цього дослідження опитувальника оцінки НС. **Результати.** Встановлено, що у хворих на НАЖХП у поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням 1-2 ступеню на тлі АГ 1-2 стадії на відміну від групи контролю достовірно переважає порушення ХС ($p < 0,05$). Пацієнти з індексом маси тіла ≥ 25 кг/м² порівняно з пацієнтами контрольної групи частіше не вживали сніданку (58% та 9%), мали 2-3 - разовий прийом їжі і більш ніж 6-годинний інтервал між основними прийомами їжі з переважанням порушень ХС у хворих на ожиріння 2 ступеню порівняно з ожирінням 1 ступеню та з надлишковою масою тіла (94,2% у порівнянні з 90,4% та 42,2% відповідно). У хворих з $IMT \geq 25$ кг/м² виявлено більшу частку осіб (з надлишковою вагою - 68%, ожирінням 1 ступеню - 82% та ожирінням 2 ступеню - 98%), які зловживали жирами, смаженою їжею та солодкими напоями. У ХС хворих виявлене збільшене вживання солі (більше 5 г/добу) пацієнтами усіх досліджуваних груп. При вивченні показників ліпемії у хворих основної групи виявлено проатерогенний ліпідний профіль сироватки крові (підвищення загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїдів низької щільності ($p < 0,05$) та зменшення холестерину ліпопротеїдів високої щільності), тоді як у контрольній групі порушень ліпідного обміну не виявлено. **Висновки.** Ключовими порушеннями в ХС у хворих на НАЖХП у поєднанні з надлишковою масою тіла та ожирінням 1-2 ступеню на тлі АГ є відсутність сніданку, збільшення інтервалу між основними прийомами їжі та пізній час останнього прийому їжі. Зловживання жирами, смаженою їжею та солодкими напоями, які спостерігалися в основній групі, є важливими чинниками формування надлишкової ваги та проатерогенного ліпідного профілю. Виявлені порушення ХС підтверджують необхідність його корекції для розробки ефективної комплексної програми лікування даної когорти хворих.

МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ДОЗ НА МОЛОЧНУ ЗАЛОЗУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МАМОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

О.В. Носик

ДУ «Інститут медичної радіології НАМН України», Харків

За даними ВООЗ рак молочної залози займає друге місце за частотою онкологічних захворювань у жінок. В більшості країн світу жінки старші за 40 років повинні щорічно проходити скринінгову мамографію. Даний вид дослідження дозволяє своєчасно виявити онкологічне захворювання на ранніх стадіях, але він сполучений з високими дозами на молочну залозу. В галузі радіаційного захисту пацієнтів однією з актуальних проблем є оптимізація дозових навантажень при мамографічних обстеженнях.

Метою роботи було вивчення та апробація різних методів контролю доз пацієнтів в мамографії.

Визначення ефективної дози у мамографії недоцільно, оскільки опромінюється тільки молочна залоза. Для оцінки дозових навантажень при мамографії використовують значення вхідної поверхневої дози або середньої поглинутої дози на молочну залозу (AGD).

Величина AGD визначається за значенням радіаційного виходу апарату з урахуванням умов опромінення (анодна напруга, експозиція, шар половинного ослаблення), товщини компресованої груді, а також використанням коригувальних коефіцієнтів в залежності від віку пацієнтки. Для компресованої залози товщиною 45 мм значення AGD не повинно перевищувати 2,5 мГр на кожну з проєкцій.

В Україні розпочато апробацію методів контролю доз в мамографії за величиною середньої поглинутої дози на грудну залозу.

Проведено розрахунки середніх поглинутих доз на грудну залозу пацієнток та оцінку доз з використанням універсального мамографічного фантома товщиною 45 мм.

Зіставлення значень середніх поглинутих доз для компресованої залози товщиною 45 мм при дослідженні пацієнтів та при опроміненні «стандартного» мамографічного фантома показало високий ступінь кореляції отриманих значень доз: коефіцієнт кореляції склав $R = 0,84$, тобто розрахунковий метод оцінки дози в залозі є достатньо точним й може використовуватися в дослідженнях доз пацієнтів.

Проведення дозиметричного контролю в мамографії дозволить оцінити стан рентгенівського обладнання, роботу медичного персоналу, умови проведення обстеження, що сприятиме зниженню необґрунтованого опромінення пацієнтів й підвищення якості скринінгових досліджень.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЛЕГКИХ И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ АНТРОПОМОРФНОГО ФАНТОМА

М.Ф. Образкова, Л.Л. Васильев, А.В. Трофимов

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

Конформная лучевая терапия (ЛТ), в отличие от традиционной ЛТ, требует более точного подвода дозы к мишени, с целью формирования изодозного распре-

деления, которое повторяет форму выбранного объема облучения. При облучении легких и предстательной железы рядом расположены высокочувствительные критические структуры.

Традиционно, контроль качества осуществляется при помощи измерения референтной дозы с одного поля на заданную глубину, что не дает в полной мере оценить правильность подведения дозы.

Более точно проконтролировать рассчитанную дозу в опорной точке, с учетом гетерогенности тканей, позволяет использование антропоморфного фантома человека.

Антропоморфный фантом человека был отсканирован на компьютерном томографе «Toshiba AQUILION 64» в положении лежа на спине с плоской декой стола.

Полученные данные были занесены в планирующую систему «Varian ECLIPSE», выбраны критические структуры и планируемый объем облучения.

Создан многопольный план облучения с четырьмя полями (два передних, два задних) по 0,5 Гр с каждого (очаговая доза 2 Гр). После чего, фантом, с установленной в него ионизационной камерой «PTW 31010», был облучен на линейном ускорителе «Varian Clinac 600C».

Полученные данные были оценены и сопоставлены с рассчитанными изодозами. Отклонение от расчетной величины составило 0,5 – 1% для передних полей и 2 - 3,1% от задних полей за счет вклада дека стола.

Таким образом, данное исследование показало важную роль в области гарантии контроля качества при подготовке к проведению ЛТ. Измерение дозы на антропоморфном фантоме позволяет проводить аудит компьютерной системы планирования с коррекцией изодоз по гетерогенности и определять влияние поддерживающих структур на формирование дозы в мишени.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИАГРЕГАНТАМ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

Т.Г. Оврах

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

Цель: оценить показатели агрегационной активности тромбоцитов на фоне длительной двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС). **Материалы и методы.** Обследовано 75 больных ИБС, получавших после ОКС ДАТ (ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут), из них 55 больных с диабетом и 20 больных без диабета. Всем пациентам исследовались показатели аденозиндифосфат (АДФ)- и арахидонат-индуцированной агрегации тромбоцитов с расчетом суммарного индекса агрегации тромбоцитов (СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат, %), измерялся уровень 11-дегидро-тромбоксана В2 (11-дТхВ2) в моче. Оценка результатов проводилась через 6±2 недели после начала приема двойной антитромбоцитарной терапии и в динамике терапии через 6 месяцев. **Результаты.**

Исходно у пациентов с ИБС и сахарным диабетом СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат и уровень 11-дТхВ2 ((57,31±2,07%), ((10,46±1,53%), ((836,56±138,38) пг/мл) достоверно превышали показатели группы больных без диабета ((49,08±1,97%), ((5,46±0,79%), ((501,62±57,72) пг/мл) соответственно, $p < 0,05$. Через 6 месяцев на фоне проводимой терапии только у пациентов с сахарным диабетом установлено, что СИАТ-АДФ значительно увеличился по сравнению с исходным ((62,73±2,06%) ($p < 0,05$) и оставался достоверно выше, по сравнению с больными без диабета ((53,98±3,56%) ($p < 0,05$). Повышение СИАТ-арахидонат и уровня 11-дТхВ2 в моче у больных ИБС с диабетом ((12,53±2,08%), ((891,65±59,83) пг/мл) были недостоверны, однако продолжали оставаться значимо выше, чем у пациентов без диабета ((5,69±1,08%), ((438,45±56,78) пг/мл) ($p < 0,05$). При этом, СИАТ-АДФ и СИАТ-арахидонат у больных без СД были выше исходных значений, а уровень 11-дТхВ2 незначительно снизился, однако изменения этих показателей не достигали своей статистической значимости ($p > 0,05$).

Выводы. Больные ИБС и СД после ОКС характеризуются более высокими показателями СИАТ-АДФ, СИАТ-арахидонат и уровня 11-дТхВ2 в моче, в отличие от больных без СД. И даже прием ДАТ в течение 6 месяцев недостаточно эффективно блокирует АДФ- и арахидонат- индуцированную агрегацию тромбоцитов по сравнению с пациентами без диабета, СИАТ-арахидонат и уровень 11-дТхВ2 в моче у этой группы больных остается выше, чем в группе больных без диабета, а СИАТ-АДФ даже продолжает увеличиваться, по сравнению с исходным.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА С РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ ПНЕВМОКОНИОЗА

О. В. Олефиренко, С. С. Панина, Н. А. Гондуленко, Л. В. Мирончук
*ГУ «Украинский Государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности
МЗО Украины», Днепрпетровск*

В настоящее время уделяется достаточное внимание проблеме гемодинамических нарушений при профессиональной патологии легких, в частности – гипертензии легочной артерии как предиктору формирования хронического легочного сердца. Малоизученными остаются нарушения легочного кровотока при различных рентгенологических стадиях пневмокониоза (ПК).

Цель. Исследование нарушений легочного кровотока при ПК в зависимости от рентгенологической стадии поражения легких.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных с ПК I и II стадий (средний возраст – 58 ± 11,1 года). Проводились цифровая рентгенография органов грудной клетки и реопульмонография на аппарате «Кардио+», с выделением синдромов нарушения легочного кровообращения. Пациенты разделены на группы по рентген-признакам: I группа – интерстициальный фиброз (19 чел.); II группа – смешанный фиброз (10 чел.).

Полученные результаты. У пациентов обеих групп определялись синдромы: фазовый синдром гиподинамии 1 ст. у 10,5% больных I группы и у 20,0% – II группы, капиллярной гипертензии – у 31,6% и 40,0%, смешанной гипертензии – у 26,3% и 20,0% соответственно. Кроме того у 10,0% больных II группы выявлены синдром на-

грузки еластическим сопротивлением и у 20,0% – синдром пограничной гипертензии. Чаше всего в обеих группах встречался синдром нарушения венозного оттока – 57,9% и 90,0% ($p < 0,05$) соответственно. Во II группе в 100,0% случаев наблюдалось сочетание синдромов, в том числе в 40,0% – сочетание нарушения венозного оттока с синдромом пограничной гипертензии, в 10,0% – наличие всех синдромов. В I группе у 10,5% чел. выявлено изолированное нарушение венозного оттока и синдром прекапиллярной гипертензии, у 78,9% – сочетанные нарушения.

Выводы. Проведенное нами исследование, позволяет судить о прогрессии функциональных изменений легочного кровотока, опираясь на рентгенологические признаки ПК. Реографические синдромы позволяют определять компенсаторные возможности пациентов с ПК, что важно для профилактики и коррекции у них гемодинамических нарушений.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

С.М. Пальчик

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків

Мета дослідження. Визначити ступінь тяжкості пневмонії у дітей з дисплазією сполучної тканини (ДСТ) за даними променевих методів дослідження.

Матеріали та методи. Проведений аналіз даних рентгенологічного дослідження органів грудної клітки (ОГК) 47 дітей з діагнозом «пневмонія» віком від 5 до 13 років з ДСТ. Комп'ютерна томографія (КТ) була виконана 10 хворим.

Результати дослідження. Представлений спосіб визначення ступеня тяжкості пневмоній у дітей з ДСТ (заява на корисну модель у 2016 № 01699 від 23.02.2016). Суть винаходу полягає в детальному аналізі виявлених рентгенологічних змін та виконанню рентгенограмметричних розрахунків. Згідно з розробленими критеріями, перебіг пневмонії у дітей, хворих на ДСТ, буває трьох ступенів тяжкості. Перший ступінь (29,7%) характеризується наявністю на рентгенограмі посиленого легеневого малюнка, більше в базально-медіальних відділах, розширення та підвищення інтенсивності коренів з обов'язковим розвитком запального процесу в сполучній тканині, в лімфатичних судинах. Другий ступінь – залучення в запальний процес альвеол, бронхіол, накопиченням ексудату в альвеолах (II а – з переважанням інтерстиціальних змін; II б – з переважанням паренхіматозних змін; II в – змішаний). Для об'єктивізації виявлених змін, ми запропонували застосовувати рентгенограмметрію. З цією метою рентгенограма органів грудної клітки ділиться горизонтальними лініями на 3 поверхи: верхній, середній і нижній і вертикальними на 3 відділи: медіальний, середній і зовнішній. В результаті поділу в кожній легені утворюється 9 секторів. За поширеністю ураження ми виділяємо 3 ступені тяжкості: А – початкової інфільтрації до 25 % (до 1-2 секторів); Б – середньої тяжкості 25-50 % (від 3 до 5 секторів); В – тяжкий з ураженням більше 50 % поверхні (більше 6 секторів). Даний ступінь спостерігався в 53,1%. Третій ступінь тяжкості (ускладнень) був діагностований у 17,2% та характеризувався утворенням повітряних кіст, бронхоектазів, появою емфізема, рецидивного пневмотораксу. На КТ ОГК мали

місце ознаки емфіземи легень (65,6%), симптом «матового скла» (100%), деструкція міжальвеолярних перетинок (43,7%).

Висновки. Рентгенівський метод з урахуванням чітких діагностичних критеріїв та математичних ознак дає можливість ефективно оцінити тяжкість перебігу пневмонії у дітей з дисплазією сполучної тканини, що підвищує точність діагностики та дозволяє уникнути ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ВАГІТНИХ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР

А.Ю. Пекарь, Р.М. Міцода

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород

Вступ. Вірус Епштейна-Барр (ВЕБ) широко поширений в світі, понад 90% населення інфіковано цим вірусом, що обумовлює необхідність ретельної діагностики та вивчення ВЕБ-інфекції, особливо у вагітних.

Мета дослідження. Вивчення особливостей системного імунітету у вагітних, інфікованих ВЕБ за допомогою визначення специфічних антитіл.

Матеріали і методи дослідження. Для виконання поставленої мети проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження на ВЕБ-інфекцію 250 вагітних, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Ужгородському міському пологовому будинку. Для визначення рівня інфікування ВЕБ у вагітних використовувалися сучасні серологічні (імуноферментний аналіз – ІФА) та молекулярно-генетичні (полімеразно-ланцюгова реакція – ПЛР) методи діагностики. Досліджувалися специфічні антитіла IgM і IgG до капсидного (VCA VEB), IgG до нуклеарного (EBNA) та IgG до ранніх (EA VEB) антигенів ВЕБ, авидність антитіл IgG до капсидного антигену ВЕБ (IgG VCA VEB) та ДНК ВЕБ (DNA VEB) у крові вагітних. Отримані результати. Згідно даних лабораторних обстежень, у досліджуваних вагітних виявлено значне підвищення концентрації антитіл IgG до VCA VEB у 86% випадків, антитіл IgG до EBNA у 84 % випадків, високоавидні антитіла IgG до VCA в межах від 60 до 83% у всіх жінок, позитивні антитіла IgG до EA VEB у 26% випадків та позитивні антитіла IgM до VCA VEB у 13,2% випадків. Проведені дослідження свідчать, що кожна третя жінка переносила активну ВЕБ-інфекцію: 5 (2,0%) вагітних – гостру первинну у вигляді інфекційного мононуклеозу, 71 (28,4%) вагітна – реактивацію хронічної персистуючої інфекції, що протікала субклінічно. У 35 (14,0%) вагітних мала місце латентна ВЕБ-інфекція. Більше ніж у половини обстежених – 137 (55,6%) жінок спостерігалася хронічна неактивна ВЕБ-інфекція. У периферичній крові у 2 (0,8%) вагітних на фоні реактивації ВЕБ-інфекції виявлено ДНК ВЕБ, тобто вони є потенційними носіями ВЕБ.

Висновки. Вивчення стану системного імунітету виявило наявність специфічних антитіл до ВЕБ в усіх вагітних. Встановлено, що ВЕБ-інфекція має широке поширення серед жінок фертильного віку, рівень інфікування якої складає 100%. Первинне інфікування ВЕБ під час вагітності відбувається рідко, найбільш часто виникає реактивація наявної хронічної персистуючої ВЕБ-інфекції, яка частіше припадає на I та II триместри вагітності. Активні форми ВЕБ-інфекції є загрозливим фактором розвитку переривання вагітності, передчасних пологів та внутрішньоутробного інфікування плода. Вищенаведені вказує на подальше вивчення даної проблеми серед вагітних.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

А.В.Перепада, И.А. Гейко, О.П. Сокрут, Д.С. Хапчанкова

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Лиман

Цель: оценить частоту и характер поражения позвоночника у больных ревматоидным артритом (РА). Материал и методы. Под наблюдением находился 131 больной РА в возрасте от 18 до 79 лет (в среднем $45 \pm 1,0$ лет). Длительность заболевания составила $10 \pm 0,7$ лет. Показатель активности DAS28 был $5 \pm 0,1$ о.е., серопозитивность по ревматоидному фактору имела место в 77% наблюдений, по наличию антител к циклическому цитруллиновому пептиду – в $\frac{3}{4}$. Использовали опросник BASDAI, высчитывали индекс Лансбури, применяли орто- и клиностатическую пробу. Сегментарные вегетативные расстройства выявляли с помощью пальпации по Бирбаиру и изучения кожной чувствительности в зонах Захарина-Геда. Нарушение подвижности позвоночника в грудном отделе определяли посредством пробы Отта, для оценки степени ограничения движений в сагитальной плоскости использовали пробу Томайера, ограничения подвижности в шейном отделе позвоночника – пробу Форестье. Результаты. В процессе обычной рентгенографии, компьютерной томографии и сонографии поражение межпозвонковых дисков и дугоотростчатых суставов обнаружено у 35% от числа обследованных пациентов. При поражении грудного отдела позвоночного столба возникала межреберная невралгия, усиливающаяся при глубоком вдохе и покашливании. Соотношение частоты механического, дисцификационного, дисгемического и воспалительного характеров боли в позвоночнике при РА составляло как 1:2:6:19. Обнаруживались оссификация наружных слоев межпозвонковых дисков и формирование синдесмофитов, а также спондилодисцит. Вовлечение дугоотростчатых суставов характеризовалось нечеткостью суставных поверхностей и сужением щелей. По данным выполненного дисперсионного анализа, тяжесть поражения позвоночника влияла на развитие изменений со стороны периферической нервной системы в виде моно- или полинейропатии, радикулопатии, цервикокраниалгии, мортонской метатарзалгии, синдромов метакарпального канала и канала Гуйона. Синдром Гийена-Барре выявлен у 3% больных (у 24% с периферической нейропатией), который сочетался со спондилопатией. По данным литературы, при РА вследствие поражения позвоночника могут развиваться самые разнообразные повреждения спинного мозга (иногда фатальные) с развитием поперечного миелита, компрессионного спинномозгового синдрома, переходящего спастического парапареза, синдрома «конского хвоста», эктазии (дивертикула) твердой мозговой оболочки, параплегии. Мы этих осложнений не наблюдали.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ СИНДРОМА ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

С.А. Пилипенко

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

Цель исследования: Показать частоту встречаемости синдрома верхней полой вены (СВПВ) у онкологических больных с злокачественными опухолями грудной клетки.

Материалы и методы: В нашей клинике за последние 2,5 года было прооперировано 35 пациентов с опухолями органов грудной клетки, сопровождающимися СВГВ. Средний возраст пациентов составил 52 года, соотношение мужчин и женщин 72% к 28%. Причиной возникновения синдрома в 51% случаев были злокачественные опухоли легкого, в 45%-злокачественные опухоли средостения и в 4% случаях метастатические опухоли других локализаций. По гистологической структуре опухолей преобладали аденокарцинома - 42,2 %, злокачественная тимома 31,2 %, плоскоклеточный рак - 6,7 %, другие опухоли 19,9%. По уровню анатомического поражения в 51% случаев преобладал сочетанный тип поражения верхней поллой вены и ее притоков, в 36% случаев отмечалось изолированное поражение верхней поллой вены, в 7%-изолированное поражение левой плечеголовой вены, в 4% правой плечеголовой вены, в 3%- правой подключичной вены. В 80% случаев в опухоль была вовлечена безымянная вена. Всем больным выполнены оперативные вмешательства по радикальному (26 больных 80%) или циторедуктивному плану (9 больных 20%).

Результаты: Выживаемость составила от 6 до 36 месяцев. В среднем 21 месяц. Средняя продолжительность жизни больных злокачественными новообразованиями после наступления СВГВ не превышает 10 месяцев.

Выводы: Частота возникновения синдрома верхней поллой вены у онкологических больных злокачественными опухолями грудной клетки составляет около 80%. Рак легких составил около 51% случаев, на втором месте это опухоли средостений 45% среди всех злокачественных образований грудной клетки.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОДВЕРГШИХСЯ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

А.В. Плетнева

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

Цель исследования: Оценка степени риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) у онкологических больных и изучение эффективности и безопасности применения низкомолекулярных гепаринов (НМГ) для коррекции нарушений системы гемостаза и снижения частоты возникновения тромботических осложнений.

Материалы и методы: Данные ретроспективного анализа 40 историй болезни онкологических пациентов.

Результаты: Проводимый ретроспективный анализ историй болезни показал, что среди пациентов онкологического профиля 25 больных были прооперированы, у 15 проводилась химиотерапия. При анализе мероприятий по фармакологической профилактике ТЭО выявлено, что всем 25 больным, которым проводилось оперативное вмешательство, была назначена профилактика тромбоэмболических осложнений с лабораторным контролем состояния системы гемостаза. Тогда как 15 пациентам, получавших химиотерапию, лабораторный мониторинг состояния свертывающей системы крови и тромбопрофилактика не осуществлялись. Анализ коагулограммы у исследуемых пациентов в послеоперационном периоде показал существенное укорочение АЧТВ, высокую концентрацию фибриногена, РФМК. При-

менение НМГ клексана (40 мг 1 р/сут) и фраксипарина (0,3-0,6 мл 1 р/сут) у данных больных способствовало снижению активации прокоагулянтного звена системы гемостаза уже на 2-4 сутки. Следует отметить, что удлинение АЧТВ не выходило за рамки значений, характерных для доноров (35-40 сек).

Выводы: У онкологических больных, в послеоперационном периоде, наблюдалась гиперкоагуляция. Применение низкомолекулярных гепаринов у хирургических больных снижает активацию прокоагулянтного звена системы гемостаза, не увеличивая число геморрагических осложнений.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ШТАМІВ CagA, VacA H.PYLORI У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ПОЄДНАНІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

I.O. Сіцінська, О.І. Федів

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Важливе місце у структурі захворювань травної системи займають ерозивно-виразкові H.pylori-асоційовані, а саме штами CagA і VacA, які є одними з основних факторів порушення цілісності слизової оболонки (СО) епітелію шлунка, неконтрольованої проліферації епітеліальних та лімфоїдних клітин [5], вакуолізації клітин шлункового епітелію, порушення цитоскелетної архітекtonіки [4] тощо.

Мета роботи. Дослідити поширеність токсичних штамів H.pylori у хворих на хронічний гастрит, пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2. **Матеріал і методи.** Обстежено 30 хворих (15 пацієнтів із хронічним гастритом (ХГ), 15 – на пептичну виразку шлунка (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) (група 2)) та 10 практично здорових осіб (ПЗО).

Результати дослідження та їх обговорення. При дослідженні штамів H.pylori виявлено, що у 1-й групі штами (CagA+VacA+) спостерігалися в трьох осіб (23,08%), відповідно (CagA+VacA-) – у двох осіб (15,37%), (CagA-VacA+) – у шести осіб (53,87%), та (CagA-VacA-) – не виявлено. Аналогічно, у 2-й групі поширеність штамів (CagA+VacA+) спостерігається в дев'яти осіб (69,23%), (CagA+VacA-) – у однієї особи (8,33%), (CagA-VacA+) – у трьох осіб (20,07%), (CagA-VacA-) – не виявлено відповідно. Відомо, що наявність CagA і VacA є додатковим фактором ризику розвитку ХГ, ПВШ та ДПК, раку шлунка (РШ) в осіб, інфікованих H. pylori, а їх поєднання є маркером тяжкості захворювання. **Висновки.** У хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки зустрічається наявність штамів CagA+VacA+ (66,66%), CagA-VacA+ (25%), які у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2 перебігають «синдромом взаємообтяження», що ускладнює діагностичні критерії та лікувальну тактику.

ЕНЦЕФАЛІТ РАСМУССЕНА – КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Г.Л. Столяр

*Комунальний заклад Львівської обласної ради
«Львівське обласне патологоанатомічне бюро», Львів*

Актуальність. Енцефаліт Расмуссена – важке хронічне неврологічне захворювання, яке в основному уражає дітей до 15-ти років і характеризується симптоматичною резистентною до лікування епілепсією в поєднанні з геміпарезом. Анатомічним субстратом захворювання є однопівкульна прогресуюча атрофія головного мозку.

Мета дослідження. Провести порівняння клінічних і патологоанатомічних даних у секційному випадку енцефаліту Расмуссена.

Матеріал і методи. Макроскопічне і мікроскопічне дослідження секційного випадку. Шматочки тканини головного мозку фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну і заливали в парафін, після чого виготовлені зрізи гістологічних препаратів товщиною 5 ± 1 мкм забарвлювали гематоксиліном-еозином та за Нісслем.

Результати дослідження. Випадок автопсії пацієнта М., 28 років, який з дитинства хворів на вогнищеве ураження головного мозку з нападами епілепсії. Неодноразово лікувався стаціонарно. Резидуальна стадія захворювання за останні 3-4 роки супроводжувалася зростанням частоти та важкості епінападів. У стаціонарі на тлі епілептичного статусу приєдналася двобічна гнійна пневмонія. Набряк мозку та дихальна недостатність стали безпосередньою причиною смерті хворого. Під час автопсійного дослідження виявлені лівобічна атрофія лобної частки та підкіркових ядер з внутрішньою гідроцефалією. Мікроскопічне дослідження (фарбування гематоксиліном-еозином та за Нісслем) виявило значну втрату нейронів, реактивний астрогліоз, вогнищеві периваскулярні лімфоцитарні інфільтрати, спонгіоз, а також вторинні дистрофічні зміни нейронів, еритростази, діapedезні геморагії та набряк, наведені епістатусом та важкими дихальними розладами.

Висновок. Даний випадок демонструє типову клінічну та патоморфологічну картину енцефаліту Расмуссена. Проте захворювання залишається важким для діагностики в ранню стадію (до виникнення атрофічних змін мозку та неврологічного дефіциту), не має патогномонічних мікроскопічних ознак, які б вказували на певний етіологічний чинник та патогенетичні ланки в його розвитку. Важливість ранньої діагностики даного захворювання полягає в можливості застосування в цей період імуносупресивного та хірургічного лікування.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ КАРДІОРЕНАЛЬНОЇ АНЕМІЇ

Н.Г. Риндіна, Флоренс Аянтунджи

Харківський національний медичний університет, Харків

Мета – оцінити наявність та характер взаємозв'язків між параметрами якості життя (ЯЖ) та показниками обміну заліза (Fe) у хворих з синдромом кардіоренальної анемії.

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) II-IV функціонального класу (ФК), що виникла внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), та супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН) 2-3 стадії. Наявність та стадії ХХН визначали за класифікацію, запропоновану експертами Національного ниркового фонду США (NKF) K/DOQ і у 2005 році затверджену II З'їздом нефрологів України. Діагноз анемії встановлювали згідно критеріїв Медичного комітету стандартів гематології (ICST, 1989): зниження концентрації гемоглобіну у венозній крові менш ніж 120 г/л для жінок та менш ніж 130 г/л для чоловіків. ЯЖ оцінювали згідно опитувальників MLHFQ та FACT-An.

Результати. Між показниками ЯЖ і параметрами метаболізму Fe виявлені достовірні кореляційні зв'язки. При цьому згідно спрямованості зв'язків, за мірою зниження рівня коефіцієнта насичення трансферину (КНТ) у хворих з ХСН при ІХС без ХХН відзначається достовірне збільшення депресивних проявів в цілому ($r=-0,38$; $p<0,05$); соматичних ($r=-0,36$; $p<0,05$) проявів депресії та зниження ЯЖ в цілому згідно MLHFQ ($r=-0,53$; $p<0,05$), а також його шкали, що визначають фізичні можливості хворих ($r=-0,54$; $p<0,05$). Крім того, рівень КНТ крові виявив прямі кореляції з показниками опитувальника FACT-An: PWB ($r=0,50$; $p<0,05$), EWB ($r=0,53$; $p<0,05$), SWB ($r=0,42$; $p<0,05$), FWB ($r=0,52$; $p<0,05$), FACT-G ($r=0,54$; $p<0,05$). Подібна спрямованість кореляцій свідчить про погіршення ЯЖ з посиленням залізодефіциту. У хворих з анемією на тлі ХСН при ІХС і ХХН за мірою посилення активності гепсидина збільшуються депресивні прояви ($r=0,34$; $p<0,05$), а також афективно-тривожні ($r=0,36$; $p<0,05$) і соматичні ($r=0,32$; $p<0,05$) прояви депресії. За мірою збільшення рівня гепсидина знижуються значення показників FACT-An: PWB ($r=-0,33$; $p<0,05$), SWB ($r=-0,30$; $p<0,05$), FWB ($r=0,41$; $p<0,05$), FACT-An total ($r=0,39$; $p<0,05$) і FACT-G ($r=0,40$; $p<0,05$). Що стосується показників MLHFQ, то всі вони виявили прямі зв'язки з рівнем гепсидина: ЯЖ в цілому ($r=0,36$; $p<0,05$), здатність до активного відпочинку і заняттями легкими видами спорту ($r=0,28$; $p<0,05$), емоційна сфера ($r=0,36$; $p<0,05$).

Висновки. У хворих з синдромом кардіоренальної анемії відзначається зниження якості життя пропорційно до зростання порушень метаболізму заліза як за рахунок фізичного, так і емоційного компонентів.

ПРИНЦИПИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ МАСИВНОЇ ТЕЛА

П.І. Ринчак, А.В. Бабич, І.О. Бутрімова

Харківський національний медичний університет, Харків

Актуальність: В Україні нараховується приблизно від 50 до 100 тисяч випадків тромбемболії легеневої артерії (ТЕЛА) за рік, при цьому це більше половини випадків смертей серед патології серцево-судинної системи взагалі. При своєчасному та ефективному лікуванні можливе значне зниження кількості смертей та ускладнень від ТЕЛА. Хоча проблема лікування даної патології досить складна і не завжди завершується успіхом, за останнє десятиліття можна помітити колосальний прогрес у медикаментозній терапії.

Матеріали і методи: Огляд літератури, аналіз історій хвороби з ТЕЛА та тромболітична терапія. На даний момент основними тромболітиками є стрептокіназа, урокіназа, альтеплаза, які мають по 2 схеми введення. Серед препаратів, знижуючих

згортання крові успішно застосовують гепарин, фраксипарин, еноксапарин натрію, варфарин, фондапаринукс.

Результати дослідження: Існують дані щодо ефективності проведення тромболітичної терапії на фоні гепарину і цього ж препарату окремо, які доказують значне зниження летальності та ускладнень при комбінованій терапії тромболітиками. Участь у одному з дослідів приймали 56 хворих з масивною ТЕЛА та шоком, 64% з них приймали тромболітичну терапію та залишились живі, інші 46% – померли. Однак призначення фібринолітичної терапії у гемодинамічно стабільних хворих з ТЕЛА без переагрування правого шлуночка, не приводить до покращення клінічної картини, тому потрібні більш розширені та точні дані досліджень.

Висновки: Таким чином, на сьогоднішній час досягнуті успіхи у лікуванні та профілактики ускладнень масивної ТЕЛА, що подовжує тривалість та якість життя пацієнтів з серцево-судинною патологією.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST, КОТОРЫМ ПРОВЕЛИ ПЕРВИЧНОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Ю.В. Родионова, И.Н. Кутя

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

Цель: оценить прогностическое значение мозгового натрийуретического пептида (NT- proBNP), диссинхронии левого желудочка (ЛЖ) у больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМПСТ), которым провели первичное чрескожное вмешательство (ЧКВ).

Материалы: было обследовано 32 пациента с первые возникшим ОИМПСТ, которым провели первичное ЧКВ. Стандартную эхокардиографию проводили при поступления через 6 месяцев на аппарате SonoAceX6 (Samsung Medison, S. Korea). Внутрижелудочковую диссинхронию оценивали с помощью тканевого Допплера, как максимальную разницу между зубцом Q до пика систолической скорости (Ts-Diff), измеренную для шести базальных сегментов миокарда ЛЖ. Плазменные уровни NT-proBNP были оценены между 72 и 96 ч после поступления.

Результаты: в течение периода наблюдения у 4 пациентов развилась застойная сердечная недостаточность (ХСН). Базовый уровень NT- proBNP и диссинхрония ЛЖ коррелирует с размером ЛЖ и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в начале исследования и через 6 месяцев наблюдения. Пациенты с более высоким уровнем NT-proBNP ($872,47 \pm 91,42$) и высокими значениями Ts-Diff (> 56 мс) диссинхронии ЛЖ показали значительное увеличение размера ЛЖ с уменьшением ФВЛЖ во время наблюдения. Размеры левого предсердия коррелировали с размером ЛЖ, но без ассоциации с ФВ в начале исследования и через 6 месяцев наблюдения.

Выводы: высокие уровни NT-proBNP ($872,47 \pm 91,42$) и высокие показатели диссинхронии (> 56 мс) ЛЖ могут способствовать у пациентов с ОИМПСТ увеличению размера ЛЖ, ухудшению систолической и диастолической функции в течение периода наблюдения. Более высокие уровни NT-proBNP у пациентов способствовали развитию ХСН в течение 6 месяцев периода наблюдения.

АКТИВНІСТЬ НЕСПЕЦИФІЧНОГО СИСТЕМОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

В.О. Романова, Н.В. Кузьміна

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, Вінниця

Ознаки неспецифічного системного запалення (НСЗ) при атеросклерозі досліджуються з найбільш ранніх стадій розвитку ураження стінки судини до моменту дестабілізації і пошкодження атеросклеротичної бляшки. Мета дослідження – оцінити наявність та виразність неспецифічного системного запалення у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Матеріали і методи. Обстежено 64 хворих на ІХС: 22 зі стабільною стенокардією II функціонального класу (ФК), 23 – III ФК та 19 хворих на нестабільну (прогресуючу) стенокардію, віком 36-74 роки (середній вік $55,37 \pm 4,62$ роки) та 26 практично здорових осіб співставних за віком. Активність НСЗ оцінювали за показниками загального аналізу крові, рівнем фібриногену та високочутливого С-реактивного протеїну (СРП) (метод ІФА, набір «hsCRP ELISA» – «DRG», США). Результати. Кількість лейкоцитів у хворих на ІХС знаходилась у межах норми, проте була достовірно вищою у хворих з прогресуючою стенокардією як відносно групи контролю, так і відносно групи хворих з II ФК стабільної стенокардії. Показник ШОЕ у хворих на ІХС достовірно перевищував такий у контрольній групі ($11,18 \pm 0,97$ проти $7,56 \pm 0,94$ мм/год., $p < 0,05$). У пацієнтів з прогресуючою стенокардією даний показник був достовірно вищим не лише відносно контролю, а й хворих зі стабільною стенокардією II і III ФК ($14,45 \pm 0,48$ проти $9,10 \pm 0,56$ і $10,31 \pm 0,61$ мм/год., відповідно, $p < 0,05$). Рівень фібриногену у хворих на стабільну стенокардію не перевищував нормальних значень (2-4 г/л), однак достовірно ($p < 0,05$) зростав при прогресуючій стенокардії та становив $4,54 \pm 0,21$ г/л. Середній рівень СРП у хворих на ІХС був достовірно вищим порівняно з контролем ($3,78 \pm 0,17$ проти $0,78 \pm 0,04$ мг/л, відповідно, $p < 0,001$). Збільшення концентрації СРП різного ступеня виразності спостерігалось у 51 (79,7%) з 64 обстежених хворих на ІХС. Найвищі значення СРП зареєстровані в групі з прогресуючою стенокардією ($4,88 \pm 0,16$ мг/л), $p < 0,05$ як по відношенню до групи контролю, так і до пацієнтів зі стабільним перебігом стенокардії. Таким чином, у хворих на ІХС має місце активація неспецифічного системного запалення, що характеризується підвищенням рівнів фібриногену і СРП у сироватці крові. Найвищі значення показників НСЗ зареєстровані в групі хворих з прогресуючою стенокардією, що може свідчити про участь системного запалення в дестабілізації перебігу захворювання. Дестабілізація атеросклеротичного процесу асоціюється з більш суттєвим і достовірним підвищенням рівнів СРП і фібриногену, що може бути використано в якості маркерів прогресування захворювання.

ПОШИРЕННЯ КЛІЩОВИХ ПАТОГЕНІВ У РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Р.В. Сафонов, О.В. Бялковський, І.В. Гуцук, Р.Р. Драб

ДУ «Рівненський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України», Рівне

Мета: вивчення поширення кліщових інфекцій серед членистоногих області, ризику поширення трансмісивних інфекцій серед людей.

Матеріали і методи: фенологічне спостереження, ІФА-діагностика

Результати роботи: Рівненська область входить в ареал поширення двох видів іксодових кліщів: *I. ricinus* та *D. reticulatus*, які мають епідзначення для людини, заселення представниками першого виду становить 72%, другого – 28%. Внаслідок біологічних особливостей їх розподіл відповідає острівному типу. Фенологічні спостереження показали, що кліщі обох видів активізуються в останні роки через ранню весну з другої декади березня до початку листопада. Середньосезонний показник чисельності в 2015 році зріс більш як вдвічі і становив 5,4 екз/пр-км. Протягом 2004-2015 років для вивчення спектру циркуляції арбовірусів серед членистоногих Рівненської області було відібрано і на базі Львівського НДІ епідеміології та гігієни досліджено методом ІФА 14867 зразків іксодових кліщів.

Вдалося підтвердити циркуляцію вірусу кліщового енцефаліту, що не може не насторожувати у зв'язку з великою кількістю ензоотичних території в області – 69 населених пунктів. Рівень серопозитивності населення області до вірусу кліщового енцефаліту знаходиться в межах 7,5-10,0%, що вказує на високу ендемічну небезпеку. Епідемічна ситуація з іксодового кліщового бореліозу залишається неблагополучною, кількість випадків захворювань серед населення області постійно зростає. Частка кліщів, заражених кількома видами борелій одночасно, а також вірусами становить 63%. Поширенню хвороби сприяють постійна циркуляція збудника серед диких тварин, неефективність дезінсекційних робіт через технічні та матеріальні труднощі. Насторожує й те, що у зв'язку зі збільшенням викидів і накопичення іонів тяжких металів в навколишньому середовищі, з'являються кліщі зі зміненим екзоскелетом, який є маркером змін фізіології та імунного статусу переносників і саме у таких кліщах концентрація збудників в 1,5 рази вища, ніж у нормальних особин. Такі інтенсивно заражені кліщі можуть бути транспортовані птахами та безпритульними тваринами на інші території.

Таким чином, на території області небезпека зараження людей кліщовими інфекціями суттєва внаслідок їх резервуарів у дикій природі, багатства та різноманітності кліщових патогенів, переважанням кліщів з аномаліями екзоскелету, які володіють підвищеною векторною здатністю, що потребує постійного еколого-ентомологічного та епідеміологічного моніторингу.

ЗНАЧЕННЯ ЦИФРОВОЇ РЕНТГЕНОГРАФІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ВАДАХ РОЗВИТКУ СТОП В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

О. О. Семенцова¹, Н.О. Оборіна², Є. О. Даукш¹, Л. В. Мирончук¹

¹ ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

² Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ. Вроджені деформації стоп – клишоногість, які супроводжуються змінами на рівні над'яtkово-гомiлkового суглоба, суглобах Шопара і Лісфранка, що призводить до виражених функціональних порушень усієї нижньої кінцівки, займають одне з перших місць серед вроджених вад розвитку опорно-рухового апарату, за даними різних авторів, складає до 40% серед деформацій нижніх кінцівок.

Мета дослідження: вдосконалити рентгенологічне дослідження за допомогою цифрових технологій нижньої кінцівки для встановлення найчастіших ускладнень

функціональних порушень при клишоногості.

Матеріали і методи. Проведений аналіз конвекційних та функціональних цифрових рентгенограм 42 хворих (з них – 24 чоловіків та 18 жінок) після консервативного і оперативного лікування клишоногості, які звертались для обстеження, лікування і проведення медико-соціальної експертизи в клініку травматології і ортопедії Державної установи «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» з 2009 по I квартал 2016 роки. Середній вік хворих становив $29,8 \pm 9,3$ роки. Для проведення ретельного аналізу пацієнти були розділені 4 групи: з проведенням консервативного лікування з односторонньою клишоногістю (6) чоловіка; з двосторонньою клишоногістю (8), після хірургічної корекції однієї (12) та двох стоп (16).

Отримані результати. Використання цифрової рентгенографії в ортостатичному навантаженні передньозадньої та бічної проекціях, при максимальному тильному згинанні в бічній проекції стоп; при обумовленому вкороченні нижньої кінцівки її вісь, за запропонованою нами методикою і рентгенографічного діагностування тазового кільця збільшення точності отриманих даних таранно-великогомілкового кута (вісей великогомілкової, таранної кісток); п'ятково-великогомілкового кута (вісей п'яткової, великогомілкової кісток); кут сумарного приведення (вісей великогомілкової і I плеснової кісток), кут метатарзоварус (осями I і V плеснових кісток).

Висновки. Використання цифрової рентгенографії за розробленою методикою дозволяє отримати додаткову інформацію, в межах рішення життєдіяльності та працездатності пацієнтів при вадах розвитку стоп.

ОЦЕНКА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В.Г. Середенко

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

Цель исследования. Оценить состояние нутритивного статуса (НС) и возможности его коррекции у больных с раком желудка II-IV стадии в периоперационном периоде. **Материалы и методы.** Обследовано 67 больных раком желудка II-IV стадии на этапах периоперационного периода. 39(58,2%) больным выполнена проксимальная резекция желудка, 28(41,8%) –гастрэктомия. Начиная со 2-х суток послеоперационного периода все пациенты получали энтеральное питание через назоинтестинальный или назогастральный зонд в зависимости от вида и объёма операции. В 1-е сутки, как правило, в условиях пареза ЖКТ, проводилась инфузия в зонд изотонических глюкозо - солевых растворов, при этом больному назначалось парентеральное питание. Динамический контроль НС по антропометрическим и биохимическим показателям проводили до операции, на 5-е, 10-е и 15-е сутки после операции (соответственно I, II, III и IV этапы обследования). Из 67 обследованных больных у 36 (53,7%) пациентов диагностировали синдром нутритивной недостаточности (СНН). Так ИМТ составил $17,8 \pm 2,4$ кг/м², толщина КЖСТ – $8,9 \pm 1,6$ мм, ОМП – $21,3 \pm 3,4$ см, уровень общего белка – $58,7 \pm 5,2$ г/л, альбумина – $33,2 \pm 3,9$ г/л, трансферрина – $1,84 \pm 0,35$ г/л, АЧЛ – $1,63 \pm 0,34$ тыс. в мкл. Эти больные по виду проводимой нутритивной поддержки были распределены на две сопоставимые группы. В основ-

ную групу включено 17(47,2%) пацієнтів, которым додатково вводили гіперкалорическу питательную смесь (в 1 мл – 1,5 Ккал). **Результаты и обсуждение.** Все больные с выявленным СНН (n=36) были ретроспективно проанализированы по стадиям рака желудка, уровню локализации опухоли и степени стеноза пищевода. У всех больных с IV стадией рака желудка выявлен СНН. Наибольшая частота встречаемости СНН отмечена у больных с тотальным поражением желудка (100%), при кардиальной и антральной локализации опухоли (61,8% и 58,3% соответственно), а также при критическом стенозе пищевода (88,9%) и стенозе пищевода II степени (64,7%). На IV этапе обследования уровень общего белка и альбумина в основной группе больных увеличился на 16,2% и 14,2% соответственно, в контрольной группе – снизился на 12,7% и 12,9% соответственно по сравнению с исходным уровнем. **Выводы.** Частота встречаемости СНН у больных с раком желудка II-IV стадии составила 53,7% и зависела от стадии заболевания, локализации опухоли и степени стеноза пищевода. В группе больных, получающих дополнительно гиперкалорические энтеральные смеси, отмечена стойкая стабилизация катаболических процессов в послеоперационном периоде.

ПОКАЗНИКИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

А.О. Сипало

Харківський національний медичний університет, Харків

Серцево-судинні захворювання займають лідируюче місце у структурі смертності в Україні. Ішемічна хвороба серця (ІХС) - розповсюджене в усьому цивілізованому світі захворювання серцево-судинної системи. На сьогоднішній день виявлено багато факторів ризику та прогресування ІХС, серед них особливу увагу приділяють цукровому діабету (ЦД).

Мета дослідження – визначити показники кардіогемодинаміки, а саме оцінити скоротливу здатність серця за показником фракції викиду лівого шлуночка, у хворих на ішемічну хворобу серця з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 40 хворих (25 жінок і 15 чоловіків) у віці старше 50 років з ІХС і ЦД 2-го типу, які знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні ХМКЛ №27. Всім хворим було проведено клініко-інструментальне обстеження методом ехокардіографії. Ехокардіографія проводилася на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна).

Результати. В результаті проведеного дослідження було виявлено, що у хворих на ішемічну хворобу серця фракція викиду складала в межах 55-60%, а у хворих з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2 типу відбувалося зниження скоротливої здатності лівого шлуночка, за рахунок зниження фракції викиду в межах 40-45%, порівняно з хворими без супутнього цукрового діабету.

Висновки. Отримані дані в свою чергу підтверджують негативний вплив цукрового діабету на показники кардіогемодинаміки. Схильність хворих на цукровий діабет до розвитку недостатності кровообігу, пов'язана з більш частим розвитком у них ішемічної хвороби серця з вираженим зниженням резерву коронарного кровотоку внаслідок розвитку діабетичної мікроангіопатії, зі специфічним

діабетично обумовленим ураженням міокарда, що призводить до зниження скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка.

ДИНАМІКА РІВНЯ АБЕРАЦІЙ ХРОСОМНОГО ТИПУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОЇ ГАММА-ТЕРАПІЇ ^{60}Co НА АПАРАТІ РОКУС-АМ

Т.С. Сипко, Н.О. Мазник, Н.Д. Пшенічна, О.Є. Ірха

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

На сьогодні променева терапія є одним з найбільш поширених методів лікування онкопатології. Проте існує недостатність знань про особливості динаміки цитогенетичних показників під час променевого лікування, що обумовлює важливість досліджень у даному напрямку. Таким чином **метою** дослідження було оцінити ступінь прояву цитогенетичних ефектів на різних етапах променевої терапії (ПТ).

Матеріали та методи. Обстежено 10 пацієток віком від 37 до 77 років (середній вік – 60,5 років), що лікувались на апараті РОКУС-АМ. Аберації хромосом вивчали в середині та наприкінці курсу ПТ. Контролем були рівні відповідних показників до початку лікування та група лабораторного контролю. Всього проаналізовано 5266 клітин.

Результати дослідження. Виявлено перевищення рівня хромосомних пошкоджень над спонтанним до початку лікування. Показано наявність монотонного зростання рівня аберацій хромосомного типу від початку до закінчення курсу лікування. Спектр клітин з нестабільними аберациями розширювався в процесі ПТ з 1 до 10 пошкоджень на аберантну клітину. Розподіли частот нестабільних аберацій хромосомного типу були наддисперсними відносно статистики Пуассона як в середині, так і наприкінці курсу променевого лікування. Зростання нестабільних аберацій хромосомного типу від початку до середини курсу ПТ відбувалось за рахунок збільшення рівня як обмінних, так і фрагментних аберацій. Так, середній рівень дицентриків та ацентричних фрагментів вірогідно зростав до середини у 57,4 та 6 разів, відповідно, та у 94,6 та 10 разів, відповідно, – по закінченню курсу ПТ у порівнянні з показником до початку лікування. При цьому темпи зростання даних показників були досить монотонним, що призвело до вірогідного збільшення їх рівня в кінці ПТ у порівнянні з точкою спостереження у середині курсу. Темпи зростання рівня ацентричних фрагментів були дещо нижчими, ніж для рівня дицентриків, так відношення середнього рівня дицентриків до ацентричних фрагментів складало до початку ПТ 1 : 3,63; в середині – 1 : 0,53; в кінці курсу – 1 : 0,46.

Висновки. Отримані дані вказують на високу інформативність аберацій хромосомного типу для дослідження цитогенетичних ефектів променевої терапії. Буде обговорено особливості інтерпретації даних цитогенетичного дослідження для коректної оцінки впливу терапевтичного гамма-опромінення на хромосомному рівні.

КОРЕКЦІЯ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ З УРАХУВАННЯМ ДЕЯКИХ ІМУНОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ

О.І. Скорбач, О.О. Диннік, І.С. Бородай

Харківський національний медичний університет, Харків

Гістеректомія (ГЕ) – одна з поширеніших операцій в гінекологічній практиці. У 60-80% жінок після ГЕ розвивається постгістеректомічний синдром (ПГС), який виникає унаслідок гормональних порушень, які в свою чергу приводять до значних імунологічних порушень.

Тому метою даного дослідження було розробка нових підходів до корекції ПГС з урахуванням деяких імунологічних аспектів.

Матеріали і методи. До дослідження увійшли 60 жінок з ПГС, репродуктивного віку. Основну (I) гр. склали 30 жінок, яким проводилося комплексне диференційоване лікування із застосуванням імуномодулятора, до гр. порівняння (II) увійшли 30 жінок, яким проводилося традиційне загальноприйняте лікування.

Дослідження гормонального статусу в сироватці крові проводили методом імуноферментного аналізу із застосуванням тест-систем фірми виробництва «Алкор Біо» (СПб, Росія).

Дослідження вмісту цитокінів у сироватці крові проводили методом імуноферментного аналізу за допомогою реагентів ProCon ТОО «Протеїновий контур» (СПб, Росія). Для визначення Fas-L використовували набір реактивів фірми «Medsystems» (Австрія).

Позитивний клінічний ефект у жінок I та II гр. спостерігався вже на 3-4 тижні та корелювався з позитивною динамікою в імунологічних і гормональних показниках.

При дослідженні гормонального фону в жінок II гр. спостерігалися рецидиви за рахунок збереження гормонального дисбалансу (гіпоестрогенії та зниження прогестерону), 30% жінок потребували додаткової терапії. У жінок I гр. рецидивів не спостерігалось.

Через місяць після лікування при дослідженні цитокінового статусу в жінок I гр. спостерігалася нормалізація цитокінів (IL-1 β – 12,4 \pm 1,6 пг/мл, IL-4 – 22,2 \pm 1,2 пг/мл, IL-6 – 10,2 \pm 1,1 пг/мл, IL-10 – 12,1 \pm 0,8 пг/мл, ФНП- α – 1,52 \pm 0,28 пг/мл, ІНФ- γ – 12,76 \pm 0,58 пг/мл, (p<0,05). Також спостерігалася і нормалізація Fas-L – 0,29 \pm 0,05 пг/мл (p<0,05). У II гр. була виявлена лише тенденція до нормалізації цих показників (p>0,05). Після 6 місяців лікування спостерігався стійкий ефект лише в I гр., а у жінок II гр. спостерігалось відновлення цитокінового дисбалансу.

Таким чином, аналізуючи результати проведеного дослідження показали ефективність комплексної терапії з застосуванням імунокорекції за рахунок більш стійкої клінічного ефекту та нормалізації гормонально-імунологічних порушень, на відміну від традиційного загальноприйнятого лікування.

АДСОРБЦИОННО-РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ РАКЕ РАЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В.н.А.Степко, В.я.А.Степко

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
Лиман*

Цель: оценить клиническую значимость нарушений адсорбционно-реологических свойств сыворотки крови (АРСК) у больных раком с разной локализацией опухолевого процесса. Материал и методы. Обследованы 155 больных, страдающих раком легкого (РЛ), гастроэзофагеальной зоны (РГЭЗ), печени (РП), поджелудочной (РПЖ), грудной и предстательной желез. Объемная вязкость крови (VV) исследовали с помощью ротационного вискозиметра «Low-Shear-30» (Швейцария), параметры поверхностной вязкости (SV), поверхностной упругости (SE), поверхностного натяжения (ST), модуля вязкоэластичности (VE) и времени релаксации (TR) крови оценивали с использованием компьютерного тензиометра «PAT2-Sinterface» (Германия). Результаты. Независимо от локализации рака наблюдаются изменения АРСК, которые проявляются повышением в крови содержания VV, TR, SE и VE соответственно в 75-90%, 70-85%, 35-50% и 25-35%. АРСК зависят от дифференциации опухоли, ее стадии и интегральной степени тяжести, при РГЭЗ – от наличия сопутствующей диафрагмальной грыжи, при РЛ – от локализации (центральная или периферическая форма), гистологического варианта (мелкоклеточный или немелкоклеточный – аденокарцинома, плоскоклеточная и крупноклеточная карцинома). Показатели VE и TR обладают прогностической значимостью, а вязкоэластичные и релаксационные свойства крови участвуют в патогенетических построениях рака гастроэзофагеальной локализации, при первичном и метастатическом поражении печени. Нарушения интегральных АРСК наблюдаются у каждого четвертого больного РЛ, что, в первую очередь, определяет развитие компрессионного легочного синдрома, обтурационного ателектаза и трехлетнюю выживаемость больных, причем, показатель поверхностных вязкозных свойств крови обладает прогностической значимостью в отношении жизни пациентов на фоне проводимой химиорадиотерапии и эффективности применения антиметаболитов (гемцитабина, метотрексата, флуороурацила, пеметрекседа), а параметры эластичности и релаксации – использования подофилоксина этопозида. У больных РГЭЗ, РЛ, раком печени и поджелудочной железы существуют дисперсионные и регрессионные связи показателей АРСК с параметрами опухолевых маркеров (с уровнями в крови трансформирующего фактора роста $\beta 1$, сосудистого эндотелиального фактора роста, фибронектина, С-реактивного протеина, остеопонтина, $\alpha 2$ -макроглобулина).

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СПИНАЛЬНОГО АРАХНОИДИТА С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ АЛЬТЕРАЦИЕЙ ЛИКВОРОДИНАМИКИ

А.В. Стогний

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Актуальность. Лечение пациентов с выраженной склонностью к рубцеванию и фиброзированию представляет довольно серьезную проблему, не смотря на до-

вольно экспансивное развитие биохимии, фармации, и совершенствование хирургических методик. В особенности, проявляется данная патология, в случае формирования рубцово-спаечного процесса в субарахноидальном пространстве спинного мозга, что может довольно быстро привести к грубому неврологическому дефициту и инвалидизации пациента. Материалы и методы: Больные с кистозно-слипчивым идиопатическим арахноидитом спинного мозга с верифицированным стенозом позвоночного канала. Синтетическая мембрана "Goretex", силиконовая шунтирующая система ВПШ-2. Различным больным с идиопатическим спинальным арахноидитом (в неврологическом статусе двигательные нарушения в пределах M=3-4, чувствительные нарушения по типу гипалгезии ниже уровня поражения) за 2015-2016гг., были проведены по показаниям, декомпрессионная ламинектомия с последующим удалением рубцово-спаечного процесса, восстановлением путей ликворотока с помощью ВПШ-2, и профилактикой рецидива с использованием синтетической мембраны для расширяющей пластики твердой мозговой оболочки – с последующей регистрацией и оценкой результатов лечения в ближайшем и отдаленном (6-12мес.) периодах. Результаты: Были успешно освоены методики восстановления путей ликворотока с помощью транскистосуарахноидального шунтирования с помощью ВПШ-2, и профилактикой последующего рецидива с использованием синтетической мембраны для расширяющей пластики твердой мозговой оболочки. В связи с хронической природой патологии у 100% пролеченных (5 пациентов) было достигнуто немедленный парциальный регресс альтераций неврологического статуса – регресс сенсорных нарушений более чем на 50%, регресс двигательного дефицита на M=0,5-1,6. В процессе дальнейшего наблюдения у 80% неврологический статус без динамики за весь период наблюдения, у 20% пролеченных – парциальное нарастание ликворно-гипертензионного синдрома, сопровождавшегося некоторым нарастанием сенсорных нарушений – до предоперационного состояния и последующей стабилизацией. Выводы: Описанная методика позволяет достигнуть качественного долговременного положительного репаративного эффекта и максимально снизить шанс развития рецидива, однако требуются дальнейшие наблюдения с привлечением нескольких центров спинальной хирургии для создания более объемной базы пациентов с целью формирования статистически более полноценного исследования.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ю. И. Стрельченко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Лиман

Введение. Во всем мире ежегодно наблюдается рост травматизма. С общим травматизмом растет доля черепно-мозговой травмы (ЧМТ). В настоящее время патогенез ЧМТ изучен недостаточно, в частности, слабо освещены вопросы развития бактериемии.

Целью работы явилось установление особенностей патогенеза и разработка критериев гнойно-септических осложнений при ЧМТ.

Материал и методы исследований. Экспериментальные исследования выполнены на 72 белых беспородных крысах обоего пола при соблюдении общих

требований и положений Хельсинской декларации. В основной серии выявляли характер бактериемии при изолированной ЧМТ и в динамике осложнённой посттравматической реакции. На основании полученных данных разрабатывали прогностические критерии гнойно-септических осложнений. ЧМТ моделировали нанесением дозированных ударов по черепу наркотизированных эфиром крыс.

Результаты. Частота гнойно-септических осложнений у крыс с сочетанной травмой была заметно выше (на 43,7%; $p < 0,05$), чем у крыс с изолированной травмой. Это указывало о более тяжелом течении посттравматической реакции у этих животных, наглядно иллюстрировала феномен взаимного отягощения. Течение посттравматической реакции при гнойно-септических осложнениях различается от неосложненного по бактериологическим критериям: увеличение в крови грамнегативных палочек с частотой $\geq 84\%$, грампозитивных диплококков $\geq 38\%$, грампозитивных палочек $\geq 42\%$, *E.coli* $\geq 69\%$, *E.faecalis* $\geq 74\%$, *S.epidermidis* $\geq 32\%$, *S.aureus* $\geq 35\%$, *N.flavescens* $\geq 33\%$, *Candidae spp.* $\geq 75\%$. Прогнозирование, построенное на математическом учете описанных критериев и их патогенетической значимости в баллах, позволяет определять развитие гнойно-септических осложнений при сочетанной травме. **Выводы.** У крыс в динамике посттравматического периода возникает выраженная бактериемия и кандидемия, они имеют разный характер, происходят независимо от вида травмы, но связаны с ее тяжестью. Наиболее выраженная бактериемия и кандидемия присущи сочетанной травме и при осложненном течении посттравматической реакции. Источником микроорганизмов при травме является желудочно-кишечный тракт и те органы и ткани, которые прямо контактируют с внешней средой. Не всегда с высокими бактериологическими показателями связано проявление клинически выраженных осложнений.

ЧАСТОТА РАННИХ ЭПИТЕЛИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Е.Н. Сухина, В.П. Старенький, А.В. Свиначенко, А.С. Нестеренко
ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины»,
Харьков

Введение. Поскольку при раке шейки матки (РШМ) в послеоперационном периоде облучению подлежат ложе удаленной опухоли и регионарные л/узлы в зону радиационного воздействия неизбежно попадают окружающие здоровые органы и ткани. Планирование программы ЛТ у больных РШМ является сложной задачей, что обусловлено анатомическими особенностями женского таза, в частности близким расположением критических органов (мочевой пузырь, прямая кишка, влагалище).

Цель исследования. Изучить частоту развития и степень тяжести ранних эпителиитов у пациенток с РШМ, получающих ЛТ на кобальтовом аппарате РОКУС-АМ или линейном ускорителе CLINAC-600С, а так же ВПГТ на аппарате АГАТ-В в послеоперационном периоде. **Материалы и методы.** На базе отделения дистанционной, сочетанной лучевой и комплексной терапии ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины» обследовано 40 пациенток в возрасте от 33 до 50 лет с диагнозом рак шейки матки IV-II стадии ($T_{1b-2} N_{0-1} M_0$). Все пациентки получали послеоперационный курс ЛТ. Использовалась методика стандартного фракционирования 2 Гр 5 раз в неделю. СОД при ДЛТ составила 40-50 Гр. Некоторые пациентки

получали ВПГТ к влагалищному рубцу РОД 3,5 Гр, СОД на слизистую 28 Гр. Оценку ЛР проводили по системе RTOG/EORTC. **Результаты.** Учитывались лучевые реакции, возникшие во время проведения ЛТ и по окончании курса послеоперационной ЛТ (в течение 90 дней). Поскольку культя влагалища являлась центром облучения, то к концу ЛТ возникли различной степени интенсивности лучевые реакции слизистой оболочки. Эпителиит различной степени наблюдался у 28 пациенток, что составляет 70 %. Эпителиит I степени определялся у 13 (46,4 %) , II у 10 (35,7%), III степени у 5 (17,9 %) пациенток из 28. У 12 (30,0 %) пациенток слизистая оболочка влагалища была без изменений. Число реакций практически одинаковые при сравнении различных объемов облучения, однако степень тяжести лучевых эпителиитов зависела от аппарата, на котором облучался пациент. Так эпителиит II- III степени возник у 15 пациенток, у 9(60,0%) женщин получавших ДЛТ на аппарате CLINAC-600С и 6 (40,0%) на аппарате РОКУС-АМ. **Выводы.** На ЛР влияет много параметров, такие как объем облучения, разовая и суммарная очаговая дозы, сопутствующих заболеваний, объема выполненной операции и общего состояния больного. Лучевая терапия злокачественных опухолей гениталий даже с использованием современных возможностей радиотерапевтической аппаратуры и дозиметрического планирования приводит к развитию лучевых изменений со стороны слизистой влагалища, что требует проведение сопроводительной терапии.

ПРОЯВИ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА ЕТАПАХ ПРОВЕДЕННЯ ПОЛІХІМОТЕРАПІЇ

I.C. Сухіна, О.В. Сплюхина

Харківський національний медичний університет, Харків

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

У механізмі розвитку ускладнень хіміотерапевтичного лікування в порожнині рота визначальне значення має ряд факторів: порушення бар'єрної функції слизової оболонки порожнини рота і пошкодження судин мікроциркуляторного русла, гіпофункція слинних залоз, нейтропенія, тривале блювання, що супроводжується місцевоподразнюючою і пошкоджуючою дією на слизову оболонку порожнини рота, і наявність осередків хронічної інфекції в порожнині рота. Поєднаний вплив цих факторів і призводить до розвитку основних проявів токсичності цитостатичних препаратів в порожнині рота.

Метою дослідження є вивчення частоти виникнення проявів захворювань тканин пародонту на етапах проведення поліхіміотерапії (ПХТ) у хворих на рак молочної залози.

Матеріали та методи. Взято однорідну групу – 26 жінок, хворих на рак молочної залози $T_1N_0M_0$ – $T_2N_1M_0$ стадій, віком 29-74 років, які отримали комбіноване лікування (операцію та променеви терапію) і 6 циклів ПХТ за однаковою схемою відповідно міжнародним стандартам. Обстеження пацієнток проводили перед початком та в кінці кожного циклу ПХТ (1 і 14 день) за традиційною схемою.

Результати досліджень. Основні прояви захворювань тканин пародонту спостерігались у вигляді запалення та кровоточивості ясен на I циклі у $15,4 \pm 7,2$ % пациенток, з максмальним проявом на II-IV циклах ПХТ – $26,9 \pm 8,9$ %, з подальшим

зниженням до $15,4 \pm 7,2$ % на V циклі та до $7,7 \pm 5,3$ % на VI циклі проведення ПХТ.

Висновки. Вищевикладене диктує необхідність моніторингу стану органів порожнини рота, у тому числі тканин пародонту, під час хіміотерапевтичного лікування онкологічних хворих для своєчасної корекції розвиненого стану.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЬАССОЦИИРОВАННОГО МАРКЕРА HE-4 У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

В.С. Сухин, Е.В. Немальцова, Н.В. Федоренко

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

Актуальность. В Украине опухоли яичников занимают 8 место в структуре онкологической заболеваемости и 5 место в структуре смертности от злокачественных новообразований среди женского населения. Адекватным подходом в диагностике рака яичников считается использование онкомаркеров, таких как СА-125 и HE-4. **Цель.** Оценить чувствительность опухолюассоциированного маркера HE-4 при различных гистологических типах опухоли яичников и сравнить её с СА-125. **Материалы и методы.** На базе ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины» обследовано и пролечено 120 пациенток с опухолями яичников в возрасте от 25 до 69 лет. У 10 пациенток установлен диагноз злокачественная опухоль яичников I стадии (T1aNxM0), у 8 – II стадии (T2b-cNxM0), у 40 пациенток - III стадии (T3cNxM0) и у 20 пациенток - IV стадии (T1c-3cNxM1). У 42 - доброкачественные новообразования яичников. Всем пациенткам определены исходные уровни опухолевых маркеров HE-4 и СА-125, а также выполнены различного объёма хирургические вмешательства. У 73 пациенток морфологически доказана эпителиальная злокачественная опухоль яичников (у 56 пациенток серозная карцинома, у 9 – муцинозная, у 6 пациенток – эндометриоидная, у 2 – светлоклеточная). У 5 пациенток выявлена неэпителиальная опухоль яичников - злокачественная гранулёзоклеточная опухоль. У 42 пациенток - доброкачественные образования яичников (кисты различной природы, цистаденомы). **Результаты.** Чувствительность HE-4 при серозной карциноме составила 85,7%, СА-125 – 96,4%. При муцинозной карциноме чувствительность HE-4 ниже, чем СА-125 – 88,9% и 100% соответственно. Чувствительность HE-4 при эндометриоидной карциноме значительно выше, чем СА-125 - 100% и 83,3%. При светлоклеточной карциноме чувствительность HE-4 выше, чем СА-125 и составляет 100% и 93,1% соответственно. В случаях неэпителиальных опухолей яичников чувствительность HE-4 ниже, чем СА-125 - 40% и 80%, Специфичность HE-4 составляет 92,9%, СА-125 – 61,9%. **Выводы.** При эпителиальной злокачественной опухоли чувствительность опухолевого маркера HE-4 выше в случаях эндометриоидной и светлоклеточной карциномы по сравнению с СА-125. При неэпителиальных злокачественных опухолях яичников чувствительность опухолюассоциированного маркера HE-4 значительно ниже, чем СА-125.

ХАРАКТЕР ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ АПЕЛІНОМ-12, ОБЕСТАТИНОМ І ПАРАМЕТРАМИ КАРДІОГЕМОДИНАМИКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

О.С. Табаченко, Ле Тхі Ней Хоа

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу – взаємозв'язані патології, які володіють потужною адиктивною дією, спрямованою одразу на декілька органів-мішеней з швидким розвитком ускладнень. В цілому причиною смерті 80% таких хворих стає серцево-судинна патологія: 65% - це набуті патології серця, 15% - порушення мозкового кровообігу.

Мета дослідження – оцінити наявність і характер зв'язків між апеліном-12, обестатином і параметрами кардіогемодинамики для аналізу ефектів даних гуморальних маркерів на процеси гіпертрофії міокарда лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу. Об'єкт і методи дослідження. У дослідженні було обстежено 75 хворих, які мали поєднання АГ та ЦД 2 типу (середній вік $57,03 \pm 1,17$). Хворі були розподілені на групи в залежності від тривалості ЦД 2 типу. Першу групу склали хворі з тривалістю ЦД 2 типу до 5 років (23 пацієнта, 31%), другу групу – до 10 років (35 пацієнта, 47%), та третю групу – більше 10 років відповідно (16 пацієнтів, 22%).

Результати та їх обговорення. Виразність гіпертрофії лівого шлуночка за параметром індексу маси міокарда лівого шлуночка, маси міокарда лівого шлуночка зростала пропорційно тривалості цукрового діабету 2 типу у хворих з артеріальною гіпертензією. Наявність цукрового діабету 2 типу тривалістю до 5 років асоціюється з адаптивною високою активністю апеліну-12 та обестатину у хворих з артеріальною гіпертензією. Присутність захворювання на цукровий діабет 2 типу більше 5 років у пацієнтів з артеріальною гіпертензією супроводжується виснаженням компенсаторних реакцій обестатину, а за умов тривалості цукрового діабету 2 типу більше 10 років – за рахунок обестатину та апеліну-12, що призводить до зростання ступеня гіпертрофії лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу.

Висновки. У хворих з коморбідністю артеріальної гіпертензії та цукрового діабету 2 типу тривалістю більше 10 років, визначається вірогідне зростання рівнів параметрів, що характеризують розмір порожнин лівого передсердя та лівого шлуночка і індексу маси міокарда лівого шлуночка порівняно як з хворими з тривалістю цукрового діабету 2 типу у межах 5-10 років, так і з групою тривалістю цукрового діабету 2 типу до 5 років, що вказує на залучення метаболічних порушень у вигляді цукрового діабету 2 типу до змін структурно-функціональних параметрів міокарду у гіпертензивних хворих.

КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ – ІНТЕРВАЛУ QT, ЗУБЦЯ T, ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

В.К.Ташук, П.Р.Іванчук, Г.І.Хребтій, О.В. Савчук, М.В.Ташук

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Потягом багатьох десятиків років і до сьогоднішнього дня основним методом реєстрації електричних потенціалів серця являється стандартна електрокардіографія (ЕКГ), проте методика вимірювання її параметрів недостатньо уніфікована і електрофізіологічно обґрунтована

З метою впровадження кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням варіабельності серцевого ритму (ВСР) та методів контролю і наслідків дисперсії інтервалу QT обстежено 61 пацієнт в розподілі діагнозів вегетосудинної/нейроциркуляторної дистонії (НЦД, n=21), стабільної стенокардії I функціонального класу (СтСт, n=20), хворих на гострий Q-інфаркт міокарда, що померли (ГІМ, n=20). Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні та на висоті навантаження (велоергометрія) у хворих на НЦД і СтСт в зіставленні з ЕКГ надходження у хворих на ГІМ, що померли, з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою ВСР. За оцінки варіабельності інтервалу QT в програмі проаналізовані загальноприйняті показники: 1) «максимальна», «мінімальна» і «середня» тривалість інтервалів QT (QT_{макс}, QT_{мін}, QT_{сер}; 2) коригований інтервал QT_с; 3) дисперсія та коригована дисперсія QT – різниця між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT та між «максимальною» і «мінімальною» тривалістю інтервалів QT-коригованих; 4) просторова варіабельність інтервалу QT за стандартним відхиленням QT і QT_с, с) – сумарний показник варіабельності величин корегованих інтервалів QT за весь період реєстрації ЕКГ. Оцінка динаміки змін інтервалів QT за навантаження свідчить про зменшення QT_{макс}, QT_{мін}, QT_{сер} достовірно (p<0,001) в групах симпатичної або парасимпатичної реакції, інтервал DQT_с достовірно збільшувався за парасимпатичного (p=0,012) і за симпатичного (p=0,0061) типів реакції на висоті навантаження.

Аналіз оцінки дисперсії QT в розподілі симпатичної/парасимпатичної реакції ВСР при НЦД і СтСт проти хворих на ІМ, що померли (група максимального ризику) свідчить, що показники тривалості і дисперсії QT достовірно переважали за ГІМ, а отже збільшення дисперсії QT за ГІМ обумовлює негативний прогноз.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАКА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

М.А.Теплова, Н.В. Федоренко, Н.Н. Щит, Ю.В. Харченко

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

Цель исследования: улучшить диагностику РМТ путем определения его симптомокомплекса на основании изучения клинико-анамнестических данных и результатов дополнительных методов исследования. **Материалы и методы.** Объектом исследования были материалы, полученные при обследовании 14 больных РМТ I - IV стадии (Т1а-3с N0-1 M0-1) в возрасте от 37 до 80 лет, которым проводилось комбинированное или комплексное лечение. Большинство больных было с III (28,6%) и IV (42,8%) стадией РМТ, с I и II стадией заболевания - 4 (28,6%). **Результаты**

исследования. До начала лечения ни у одной больной не был установлен диагноз РМТ. У 7 (50,0%) из них был диагностирован рак яичников (РЯ), у 3 (21,4%) – рак тела матки (РТМ), у 2 (14,3%) – киста яичника, фибромиома матки - у 2 (14,3%). При первом обращении в клинику 9 женщин (64,3%) предъявляли жалобы на боли внизу живота, у 7 (50,0%) из которых они сочетались с метроррагией в менопаузе. У 3 (21,4%) пациенток имело место увеличение живота в объеме, а у одной (7,2%) из них отмечались водянистые выделения из половых путей. Двое (14,3%) больных жалоб не предъявляли. При гинекологическом осмотре, меньше чем у половины больных (42,9%) были обнаружены изменения, которые можно было отнести к патологии придатков матки. При сонографическом исследовании гениталий у 12 (85,7%) больных была выявлена патология придатков, однако ни в одном случае не был установлен диагноз РМТ. Больным, которым до начала лечения был установлен диагноз РЯ III- IV стадии -7 (50,0%), исследовался уровень опухолевого маркера СА-125. Ни в одном случае он не превышал предельно допустимого значения (35 ед/мл), и составил в среднем 14,9 ед/мл. При этом в асцитической жидкости во всех случаях обнаруживались опухолевые клетки (ОК). Трех (21,4%) пациенткам на основании клинично-цитологических данных был установлен диагноз РТМ. При цитологическом исследовании аспирата из полости матки была выявлена умереннодифференцированная аденокарцинома эндометрия. При фракционном выскабливании во всех случаях были обнаружены доброкачественные изменения эндометрия в виде железисто-кистозной гиперплазии или полипоза. **Выводы.** Ранняя диагностика РМТ затруднена в связи с отсутствием патогномоничных симптомов заболевания. Сочетание таких факторов как наличие опухолевого образования в малом тазу, асцита, ОК в асцитической жидкости, ОК в аспирате из полости матки при отсутствии рака в соскобе эндометрия, на фоне нормального уровня опухолевого маркера СА 125 с большой долей вероятности указывает на наличие у больной РМТ.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ПРОЯВИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНУ СЕЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Г.Ю. Титова, М.І. Руденко, Н.Р. Семерова

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Мета дослідження. Вивчення зв'язку між порушеннями клубочкової (креатинін (Кр), кліренс креатиніну (ККр), цистатін С (ЦсС)), електролітовидільної (Na^+ , K^+) та канальцевої (β_2 -мікроглобулін сечі (β_2 -МГ)) функцій нирок при ІХС та ІХС в поєднанні з хронічною хворобою нирок (ХХН).

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН різних функціональних класів. Перша група (I) - 40 хворих з ХСН без супутньої ХХН, друга (II) - 20 пацієнтів 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.

Результати дослідження. В I групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 23,9%, ($p < 0,05$), зниження ККр на 28,4%, ($p < 0,05$), підвищення рівня ЦсС на 49,3%, ($p < 0,05$), збільшення β_2 -МГ на 57% ($p < 0,05$) у порівнянні з групою контролю. У II групі

рівень Кр підвищувався на 65,4%, ($p < 0,01$), ККр знижувався на 49,7% ($p < 0,01$), ЦсС підвищувався на 84,2% ($p < 0,01$), 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 групи в порівнянні з хворими I групи визначалося достовірне збільшення рівня Na^+ на 11,4% ($p < 0,05$).

Висновки. При поєднанні ХСН та ХХН у хворих виявлені субклінічні порушення функції нирок. Багатофакторність патогенезу кардіоренального синдрому, що розвивається на тлі ІХС і ІХС у поєднанні з ХХН, обумовлена рядом ініціальних факторів, що забезпечують формування «застійної» нирки, порушенням гломерулярної, канальцевої, електролітовидільної функцій нирок розвитком нефросклерозу з характерною клінічною картиною, що має бути скорегованою медикаментозно, для покращення якості життя пацієнта.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РАДІОПРТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ S-ГЕТЕРИЛ МОДИФІКОВАНОГО ЦИСТЕЇНУ ЗА РЕЗУЛЬТАТОМ ДОСЛІДЖЕННЯ АПОПТОТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ ЩУРІВ

Н.Є. Узленкова, В.М. Пасюга, І.Ю. Магда

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

Пошук нових потенційних радіопротекторів та протипроменевих засобів є актуальним. З цього погляду перспективним може бути використання S-гетерилзаміщених природних ендогенних тіолів (цистеїну, цистеаміну).

Метою даної роботи було вивчення радіопротекторних властивостей сполуки S-гетерилзаміщеного цистеаміну, що отримав маркіровку КМ-51, за результатами дослідження кількості та життєздатності клітин кісткового мозку щурів.

Методи дослідження: здійснювали експериментальну модель одноразового гострого тотального опромінювання щурів у дозах 5,5 та 7,0 Гр на апараті РУМ-17 за стандартними технічними умовами. Частині досліджуваних тварин вводили сполуку КМ-51 у дозах 25 мг/кг і 150 мг/кг за 30 хвилин до опромінення. Показники загальної кількості ядровмісних клітин та апоптотичної активності клітин (ААК) кісткового мозку визначали на 3 та 7 добу після опромінення. Контролем слугували інтактні тварини.

Результати. Встановлено, що використання сполуки KM_{51} помітно поліпшувало показники кількості та ААК у кістковому мозку опромінених тварин. Клітин При одноразовому впливі ікс-випромінювання у дозах 5,5 та 7,0 Гр на 3 д рівень життєздатних клітин у кістковому мозку знижувався в 2,5 рази і в 2,9 рази, а кількість клітин, в яких спостерігалися початкові ознаки ААК збільшувалася відповідно до $(60,2 \pm 4,2)$ і $(65,6 \pm 5,0)$ % порівняно з інтактним контролем. У тварин, яким вводили сполуку KM_{51} у дозі 150 мг/кг загальна кількість ядровмісних клітин на 3 д виявлялася збільшеною при дозі 5,5 Гр – в 3,3 рази, при дозі 7,0 Гр – в 2,5 рази та істотно прискорювалося відновлення показника на 7 д після ікс-випромінювання у дозі 7,0 Гр, чого не відбувалося при відсутності використання радіопротектору. Разом з тим, ААК у кістковому мозку на 7 д знижувалася при дозі 5,5 Гр – до $(24,8 \pm 3,1)$ %, при дозі 7,0 Гр – до $(44,5 \pm 4,2)$ %, а рівень життєздатних клітин зростав відповідно в 1,9 рази і в

1,6 разу порівняно з попередніми термінами дослідів.

Таким чином, проведені дослідження з визначення показників загальної кількості ядровмісних клітин та ААК у кістковому мозку опромінених щурів дозволили виявити істотну радіопротекторну активність сполуки KM_{51} (150 мг/кг) відносно зниження радіаційно-індукованого апоптозу при впливі ікс-випромінювання у дозах 5,5 і 7,0 Гр. Максимальна ефективність визначалася при більшій дозі ікс-випромінювання 7,0 Гр.

ДИСФУНКЦІЯ СТАТЕВОЇ СФЕРИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ

С.В. Фейса

*Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»,
кафедра терапії та сімейної медицини, Ужгород*

Серед багатьох аспектів метаболічного синдрому (МС) недостатньо вивченими залишаються питання репродуктивної функції пацієнтів, хоча є багато повідомлень про зниження лібідо, еректильну дисфункцію (ЕД) та інфертильність у чоловіків з МС. Патогенез ЕД у чоловіків з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) та МС пов'язаний із зменшенням синтезу оксиду азоту, що є андрогензалежним процесом, оскільки залежить від рівня тестостерону.

Метою роботи було дослідити поширеність статевих розладів серед пацієнтів з НАСГ за МС.

Матеріали і методи. У роботі використані результати опитування, огляду та об'єктивного обстеження 129 хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та МС, 82 з яких (віком 24-70 років) мали НАСГ. Більшість осіб з НАСГ були чоловіками (63 особи, 76,83%). Дослідження охопило й оцінку якості життя (ЯЖ) за результатами анкети Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) та показники Міжнародного індексу еректильної функції (МІЕФ) для пацієнтів чоловічої статі.

Результати. У 34 хворих з НАСГ виявлено класичний МС, у 18 – МС без дисліпідемії, у 15 – МС без абдомінального ожиріння, ще 15 пацієнтів мали поєднання артеріальної гіпертензії, дисліпідемії та абдомінального ожиріння без ознак порушення вуглеводного обміну. У 55 (67,07%) пацієнтів діагностовано НАСГ м'якої активності, у 27 (32,93%) – НАСГ помірної (середньої) активності. Чоловіки з НАСГ спостерігали зниження лібідо (n=43; 68,25%), алопецію (n=30; 47,62%), гінекомастію (n=11; 17,46%). За результатами анкетування, у 28% чоловіків виявлено легку, у 13% - середню, у 57,9% - важку ступінь ЕД. Дисфункції статевої сфери спостерігалися і у жінок з НАСГ: рання аменорея (n=3; 15,79%), неплідність (n=2; 10,53%), атрофія молочних залоз (n=4; 21,05%).

Висновки. Аналізуючи отримані результати, можна припустити, що розвиток статевих дисфункцій у пацієнтів з НАСГ за МС зумовлений, очевидно, порушенням метаболізму гормонів у печінці: накопичення або зменшення інактивації естрогенів, біогенних амінів, порушенням функції гіпофізу. Враховуючи, що порушення статевих функцій тісно зв'язане із якістю життя, доцільним є проведення опитування для своєчасного виявлення відповідних розладів та адекватної корекції їх.

ЗМІНИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ НА ФОНІ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

О.О. Філіпець, О.Б. Яремчук

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Перебіг хронічних порушень мозкового кровообігу на фоні дисфункції щитоподібної залози відрізняється поглибленням змін неврологічної органічної симптоматики, когнітивної, емоційно-вольової сфери. Доведено, що гіпотиреоз асоціюється з кардіоваскулярними чинниками ризику, у тому числі артеріальною гіпертензією, аритміями, дисліпідемією, атеросклерозом, гіперкоагуляцією, ішемічною хворобою серця та серцевою недостатністю, отже погіршує церебральну дисциркуляцію, спричинену судинними факторами.

Дослідження змін церебральної гемодинаміки проведено за участі 42 пацієнтів (41 жінка та 1 чоловік) з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) II стадії на фоні первинного гіпотиреозу в результаті хронічного автоімунного тиреоїдиту або дифузно-вузлового зобу. Тривалість захворювання (гіпотиреозу) від 4 до 12 років; середній вік – $57,1 \pm 1,8$ року. Гемодинаміку оцінювали за даними УЗДГ магістральних артерій голови.

За результатами УЗДГ екстракраніальних судин у всіх пацієнтів виявлено переважні зміни у вертебробазиллярному басейні: зниження швидкості кровотоку, асиметрію кровотоку по хребтових артеріях (ХА) у межах 30%, явища ангіоспазму (збільшення індексу зсуву порогу авторегуляції >1) і порушення венозного відтоку по хребтових і очних венах. Середня швидкість кровотоку по ХА склала справа $31,9 \pm 1,3$, зліва – $33,5 \pm 1,9$ см/сек, по основній артерії (ОА) – $41,5 \pm 1,4$ см/сек. Індекс циркуляторного опору становив $0,57 \pm 0,02$ справа і $0,53 \pm 0,02$ зліва по ХА та $0,54 \pm 0,02$ по ОА; індекс спектрального розширення – $61 \pm 3,2\%$ справа і $59 \pm 3,3\%$ зліва по ХА та $56 \pm 3,3\%$ по ОА.

Всі пацієнти отримували курс патогенетичної терапії ДЕ (судинні препарати, ноотропи, препарати, що покращують метаболізм головного мозку), а також постійно приймали L-тироксин в індивідуально підібраній дозі під контролем лабораторних показників. При проведенні контролю УЗДГ через два місяці після завершення курсового лікування виявлено покращення клінічної картини та показників УЗДГ, збільшення швидкості кровотоку по судинах вертебробазиллярного басейну, більш виражене у пацієнтів із декомпенсованим гіпотиреозом після відновлення еутиреоїдного стану. Отже, ефективна комплексна терапія у поєднанні з адекватною медикаментозною корекцією гіпотиреозу викликає позитивну динаміку в лікуванні хронічної недостатності мозкового кровообігу.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, У САНАТОРНО-КУРОРТНИХ УМОВАХ

О.О. Філіпець¹, О.П. Іванюк²

¹ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці.

²Волинський обласний санаторій «Лісова пісня», Шацьк

Проблема фізичної, психічної і соціальної реабілітації після мозкового інсульту є надзвичайно актуальною. Одними з провідних у клінічній картині інсульту є порушення психоемоційного стану, когнітивних функцій, які ускладнюють перебіг основного захворювання і можуть призвести до розвитку постінсультної деменції. Крім цього, преморбідний фон (церебральний атеросклероз, артеріальна гіпертензія тощо) створює передумови для прогресування когнітивного дефіциту.

Спонтанне відновлення когнітивних (а також рухових, чутливих, координаційних) функцій при інсульті може відбуватись у перші 30 днів, тоді як подальше відновлення повністю пов'язане з реабілітаційними заходами. Метою дослідження стало визначення ефективності психофізичної реабілітації після ішемічного інсульту в санаторно-курортних умовах.

Під нашим спостереженням перебували 54 пацієнти (середній вік $61,4 \pm 1,2$ року) з наслідками ішемічного інсульту, які отримували санаторно-курортне лікування у відділенні цереброваскулярних захворювань Волинського обласного санаторію «Лісова пісня». Давність захворювання становила 1-6 років (пізній відновлювальний період). Ступінь постінсультних змін за шкалою NIHSS – 1-7 балів, за шкалою Ренкіна – 1-2 бали. Середній показник когнітивної продуктивності за шкалою MMSE становив $25,8 \pm 1,2$ балу, що відповідає стадії переддементних когнітивних порушень.

Всі пацієнти пройшли 21-денний курс індивідуальної реабілітації, яка передбачала медикаментозне лікування, озонотерапію, кінезотерапію, фізіотерапію у вигляді масажу паретичних кінцівок, магнітотерапії, лазеротерапії, електростимуляції м'язів, фітоаплікацій, місцевих 4-камерних ванн, фітотерапії, ароматерапії та ін. Особливу увагу приділено психотерапевтичній корекції в кабінеті психологічного розвантаження у вигляді загальних та індивідуальних занять.

При аналізі динаміки досліджуваних показників у всіх пацієнтів спостерігали частковий регрес неврологічного дефіциту, покращення побутової і соціальної активності, нормалізацію психоемоційного стану. Відмічено покращення загального рівня когнітивних функцій до $26,8 \pm 1,2$ балу за шкалою MMSE. Таким чином, ефективні комплексні реабілітаційні заходи здатні не тільки зменшити ступінь фізичної інвалідизації пацієнта, а й дозволяють відкоригувати постінсультні когнітивні порушення.

БИОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ КАК ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАКА ЯИЧНИКА III-IV СТАДИИ

Ю.В. Харченко, Н.Н. Щит, Н.В. Федоренко, М.А. Теплова

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

Актуальность. У 75% больных рак яичников (РЯ) диагностируется на III-IV стадии, когда даже при использовании современных комбинированных методов лече-

ния прогноз остается крайне неблагоприятным. Определение МБМ в ткани опухоли может давать дополнительную информацию о биологическом поведении опухоли: скорости ее роста, способности к метастазированию и инвазии, чувствительности к химиотерапии. **Цель исследования.** Определить уровень экспрессии МБМ в опухоли больных РЯ III-IV стадии для формирования групп повышенного риска развития рецидивов и метастазов. **Материалы и методы.** Молекулярно-биологические маркеры опухоли яичника были изучены у 25 больных РЯ III-IV (Т3сNхM0-1), из которых 15(60%) было с неoadъювантной химиотерапии (НХТ). Для определения особенностей иммунофенотипа паренхиматозного компонента карцином иммуногистохимическим методом обнаруживали в опухолевых клетках экспрессию низко- и высокомолекулярных цитокератинов Cytokeratin PAN, AE1/AE3, Cytokeratin HMW β E34. Критерии прогноза биологической агрессивности новообразований изучались с помощью маркера пролиферативной активности Ki - 67 (Mib - 1) и маркеров апоптоза Bcl - 2 (124) и p53 с использованием первичных моноклональных антител (МКАТ), Rady - to - Use. Оценку неоангиогенеза опухолевой стромы проводили при использовании фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). **Результаты.** Было установлено, что у больных РЯ III-IV стадии уровень экспрессии p53 в опухолях яичников достигал 90%. Также, количество Ki-67+-клеток в преобладающем числе наблюдений было высоким - до 80 %, что свидетельствует об активной пролиферации опухолевых клеток. Нами обнаружено, что уровень экспрессии Ki-67 зависит от степени дифференцировки серозных аденокарцином. НХТ заметно снижает пролиферативную активность в опухоли. Достоверного снижения экспрессии Bcl-2 белка, p53 и фактора роста эндотелия сосудов при проведении НХТ выявлено не было. Установлена прямая зависимость между высоким уровнем опухолевого маркера CA 125 и выраженной экспрессией фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). **Выводы.** Исследование пролиферативного индекса - Ki-67 в опухоли больных РЯ III-IV может быть использовано для оценки ее чувствительности к проводимой НХТ. Взаимосвязь между высоким уровнем опухолевого маркера CA 125 и выраженной экспрессией VEGF свидетельствует о высокой метастатической активности опухоли, что является негативным фактором прогноза РЯ III-IV стадии.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА у ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Ю.Е. Харченко, В.В. Шторх, Е.А. Гетман

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

Цель и задания: Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) нередко сопровождается нарушениями ритма и проводимости сердца. Целью данного исследования было изучить особенности нарушения сердечного ритма у пациентов с СОАГС при наличии коморбидной патологии – хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: Обследовано 132 пациента с ИБС и ХОЗЛ с целью выяв-

ления СОАГС. СОАГС был выявлен у 88 пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС: 62 мужчины и 26 женщин, средний возраст которых составлял ($M \pm SD$) $63,21 \pm 8,46$ года. Пациентам была проведена диагностика СОАГС по методике «Somnocheck-micro». Для выявления нарушений ритма и оценки связи их с симптомами обструктивного апноэ пациентам было проведено суточное мониторирование ЭКГ. В зависимости от степени тяжести СОАГС все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа - с легкой, 2-я – средней, 3-я - тяжелой степенью СОАГС.

Результаты: В ходе исследования были выявлены следующие нарушения ритма: желудочковые экстрасистолы – у 57 пациентов (0,65%), наджелудочковые экстрасистолы – у 56 пациентов (0,63%), пароксизмы наджелудочковой тахикардии - у 4 пациентов (5%), пароксизмы мерцания предсердий у 1 пациента (1%), атриовентрикулярная блокада I степени – у 2 пациентов (2%), атриовентрикулярная блокада II степени – у 3 пациентов (3%), синоатриальная блокада у 2 (2%), фибрилляция предсердий была выявлена у 12 пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС и наличием СОАГС (14%). При сравнении групп между собой: в 1й группе среднее количество ЖЭ ($M \pm SD$) составляло $77,58 \pm 23,95$ ЭС/сут., в группе 2 – $160,76 \pm 45,12$ ЭС/сут., в группе 3 – $158,23 \pm 42,41$ ЭС/сут. ($p < 0,05$). Относительно наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ) были получены следующие данные: среднее количество НЖЭ ($M \pm SD$) в группе 1 – $144,44 \pm 65,16$ ЭС/сут., в группе 2 – $53,42 \pm 33,52$ ЭС/сут., в группе 3 – $228,17 \pm 92,17$ ЭС/сут. ($p < 0,05$).

Выводы: Было выявлено, что у пациентов с более тяжелой степенью СОАГС отмечаются более выраженные нарушения ритма в виде желудочковой экстрасистолии, фибрилляции предсердий и пароксизмов наджелудочковой тахикардии.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯКИХ ТКАНИН

А.С.Ходак, В.П.Ходак

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков;

«Институт медицинской радиологии им. С.П.Григорьевы НАМН Украины», Харьков

Саркоми м'яких тканин (СМТ) є відносно малорозповсюдженою патологією, що становить від 1,0 до 2,5% серед усіх злоякісних новоутворень у дорослих. Цей вид пухлин вирізняється поганим прогнозом і перебігом.

Проаналізовано підсумки терапії хворих на СМТ II–III стадії залежно від схем комбінованого лікування з обов'язковим поєднанням променевої терапії (ПТ) та хірургічного лікування в обсязі широкого видалення пухлини, в якому всіх пацієнтів розподілено на 4 групи. У першу групу увійшли 53 хворих, які отримали таке лікування: курс неоад'ювантної (НА) ПТ у сумарній вогнищевій дозі (СВД) 40–45 Гр з подальшим хірургічним втручанням. Друга група — 75 хворих, у яких проводили хірургічне лікування: курс НА ПТ у СВД 30–35 Гр, оперативне втручання з подальшим ад'ювантним лікуванням із застосуванням ПТ на ділянку післяопераційного рубця (ложе видаленої пухлини) у СВД 15–20 Гр. До третьої групи увійшли 95 пацієнтів, у яких лікування включало хірургічний етап з подальшою ад'ювантною ПТ, яка полягала в опроміненні ділянки післяопераційного рубця у СВД 50–55 Гр. Четверту групу сформовано з 60 хворих із проведеним лікуванням: курс НА ПТ у СВД 20 Гр при разовій вогнищевій дозі 5,0 Гр, хірургічний етап.

Загальна 3-річна виживаність у першій групі становила 64,3%, у другій — 69,2%, третій — 52,7%, четвертій — 66,8%. Локальна 3-річна безрецидивна виживаність дорівнювала відповідно 48,8; 46,3; 37,9 і 43,4%, а безметастатична 3-річна виживаність — 51,0; 61,6; 49,5 і 63,6% відповідно. Із вищезазначених даних випливає перевага застосування до- та післяопераційної ПТ над іншими схемами лікування.

Можна зробити висновок про перспективність поєднання НА та ад'ювантної ПТ для лікування хворих на СМТ.

ПРОБЛЕМИ РАДІОРЕЗИСТЕНТНОСТІ САРКОМ М'ЯКИХ ТКАНИН

А.С.Ходак, В.П.Ходак

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков;
«Институт медицинской радиологии им. С.П.Григорьева НАМН Украины», Харьков*

В онкологічній практиці прийнято вважати саркоми м'яких тканин (СМТ) резистентними до променевої терапії (ПТ). Але, враховуючи стрімкий розвиток радіологічного обладнання та методик опромінення, слід дослідити цю тезу.

Мета роботи — проаналізувати радіочутливість СМТ, враховуючи перед- та післяопераційну ПТ на лінійному прискорювачі електронів.

Довгий час СМТ сприймали як малочутливі до ПТ пухлини. Проте ще в 2001 р. Brian G. Fuller провів дослідження радіочутливості клітин пухлини. Під час роботи за фактор оцінки радіочутливості автор брав коефіцієнт SF2 (Surviving Fraction — кількість клітин, які вижили при разовій дозі опромінення 2 Гр). Результати дослідження показали, що чутливість СМТ схожа з чутливістю пухлин головного мозку та грудної залози, які вважають помірно радіочутливими. У ході дослідження автор підкреслив, що для досягнення локального контролю СМТ достатньо практично таких самих доз, як і для пухлин грудної залози. Враховуючи результати роботи, вчений акцентував увагу на можливості здійснення перед- та післяопераційного опромінення при СМТ. Нині існує єдине рандомізоване дослідження В. О'Sullivan (2002 р.), в якому порівнювали ускладнення у перед- та післяопераційних курсах ПТ у лікуванні хворих на СМТ. Зроблено висновки, що при проведенні передопераційного курсу ПТ ризик виникнення ускладнень вищий, проте вищою є й загальна виживаність.

Враховуючи дані описаних робіт, можна зробити висновок, що сталий принцип радіорезистентності СМТ є щонайменш недослідженим і потребує глибшого вивчення та подальшого рандомізованого дослідження.

ЗАЛЕЖНІСТЬ КІЛЬКОСТІ ВІЛЬНОГО ГЕМОГЛОБІНУ ВІД МАГНІТОКЕРУЕМОГО СОРБЕНТУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ПРОЦЕСИ РУЙНУВАННЯ КЛІТИН

Є. П. Шмельова

*Національний технічний університет України «Київський Політехнічний
Інститут», Київ*

Мета роботи: проаналізувати вплив магнітного сорбенту на гемоглобін.

Завдання дослідження: дослідити вплив магнітного сорбенту на поверхневий шар мембран білків.

За останні десятиліття медицина здійснила великий прорив. Однією з основних галузей дослідження стали дослідження нанотехнологічних препаратів. В даний момент в Україні офіційно зареєстровані наступні препарати нанотехнології: «Микромаг-Б» [1] і магнітокерований сорбент МУС-Б[2]. Основу даних препаратів складають наночастинки магнетиту (Fe_3O_4) розміром від 6 до 12 нм. Не дивлячись на проведений комплекс клініко-біохімічних досліджень, на даний час залишаються не вивченими механізми дії колоїдних частинок магнетиту на рівні внутрішньоклітинних метаболічних процесів.

В результаті досліджень встановлено, що колоїдні частинки МУС-Б виявляють сорбційну активність відносно поверхневих білків мембран еритроцитів – спектрину і анкирину. Так, з високою імовірністю, встановлено, що МУС-Б сорбує спектри на $7 \pm 1\%$ ($p < 0,001$), а анкирин на $3 \pm 0,5\%$ ($p < 0,001$). На 14 добу експерименту в контрольному зразку спостерігається тотальне руйнування еритроцитів. В той час як варіанти, де кров була попередньо оброблена МУС-Б, візуально гемоліз був незначним.

Аналізуючи результати дослідження з використанням препарату нанотехнології (МУС-Б) та його вплив на поверхневий шар мембран білків [3], можна дійти висновку, що застосування МУС-Б в практичній медицині дасть змогу не лише збільшити термін зберігання крові, продовжити тривалість життя хворих та досягти позитивної клініко-лабораторної динаміки при критичних станах, а й відкриває нову можливість в галузі боротьби із процесами старіння клітин та продовження життєвих процесів організму.

Література:

1. Белоусов А.Н. Лечебно-профилактический продукт "Micromage-B": Госпатент №30538А UA А 23L 1/304/ (Украина). - Заявл. 25.05.98. Оpubл. 15.11.00. Бюл. № 6-11. - 3 с.
2. Белоусов А.Н. Сорбент для экстракорпоральной детоксикации биологических жидкостей: Госпатент №24322А UA А61N2/00/ (Украина). - Заявл. 19.06.97; Оpubл. 17.07.98. Бюл. №7. - 4 с.
3. Белоусов А.Н. Влияние магнетита – препарата нанотехнологии на клеточный метаболизм. // Вісник проблем біології і медицини, Полтава, 2004. - №2. - С. 34-37.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ВІРУС-ІНАКТИВУЮЧИХ АГЕНТІВ В ПРОЦЕСІ ВИГОТОВЛЕННЯ ПРЕПАРАТУ ФАКТОРА VIII ЗГОРТАННЯ КРОВІ

Н.О. Шурко, Т.В. Даниш

ДУ "Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України", м.Львів

Вступ. Білкові препарати, отримані з плазми крові людини, є невід'ємним класом для терапевтичного використання, часто в якості єдиного доступного варіанту для профілактики та лікування небезпечних для життя травм, вроджених вад та імунологічних розладів. Процес виробництва плазмових похідних, як і інших фармацевтичних препаратів, повинен забезпечувати продукту специфічність, стабільність і безпеку.

Трансфузія – це попадання чужорідного білка, що з одного боку може спричинити розвиток алергічних реакцій, а з іншого – ризик зараження та передачі вірусних інфекцій. Сучасний препарат плазми крові повинен володіти високою питомою активністю, не викликати алергічних реакцій та виникнення інгібіторів і гарантувати високу вірусну безпеку.

Процес виробництва препаратів з плазми крові людини включає декілька біотехнологічних етапів очищення та методів антивірусної обробки.

Мета: дослідити вплив вірус-інактивуючих агентів три(*n*-бутил)фосфату, Тритону X-100, Твін 80 та тіоціанату амонію (NH_4SCN) на активність фактора VIII (FVIII) згортання крові.

Матеріали та методи дослідження. Вихідною сировиною для роботи був комерційний препарат FVIII «Immunate». Визначення активності FVIII проводили уніфікованим одностадійним коагулологічним методом.

В реакційну суміш FVIII додавали забуферені розчини різних концентрацій досліджуваних речовин (як контроль – зразок без додавання хімічних реактивів). Для встановлення типу інгібування (зворотності чи незворотності) проводили поступове видалення хімічних реагентів з досліджуваних розчинів методом ультрадіяфільтрації, а саме: видалення низькомолекулярних сполук здійснювали через фільтри Amicon Ultra-0,5 10кД фірми Millipore шляхом центрифугування на центрифугі Eppendorf 5702R при 4 тис. об./хв. протягом 20 хв та температури + 4 °С.

Результати дослідження та їх обговорення. Одержані результати свідчать про те, що антивірусна обробка вище перерахованими речовинами при виготовленні препарату FVIII не може мати негативного впливу на його кінцеву активність.

Висновок. В результаті проведених досліджень показано, що високі концентрації вірус-інактиваторів знижували активність FVIII зворотно. Ці сполуки можна використовувати з метою антивірусної обробки в процесі виробництва досліджуваного фактора.

ДІАГНОСТИЧНА ЛАПАРОСКОПІЯ У ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ III – IV СТАДІЇ

Н.М. Щит, Ю.В. Харченко, Н.В. Федоренко, М.А. Теплова

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

Актуальність. Рак яєчників (РЯ) займає 4-е місце в структурі онкологічних захворювань жіночої репродуктивної системи, поступаючись по частоті раку молочної залози, ендометрію і шийки матки. При цьому найбільша кількість жінок хворих злоякісними пухлинами статевих органів помирають саме від РЯ (50 – 65 %). Летальність хворих РЯ на першому році після встановлення діагнозу складає 35 %. За останні два десятиліття в практику оперативної гінекології широко впровадилася ендоскопічна хірургія, однак до теперішнього часу її роль при лікуванні онкогінекологічних хворих чітко не визначена. Дискусійними залишаються питання про застосування лапароскопії при РЯ, оскільки відсутні докази надійної абластичності цього втручання.

Мета роботи. Визначити доцільність використання діагностичної лапароскопії у хворих на рак яєчників III – IV стадії.

Матеріали і методи. Діагностична лапароскопія була виконана 6 хворим РЯ III-IV (Т3сNxM0-1) стадією. Діагноз було встановлено на підставі проведення комплексу

сного обстеження, яке включало бімануальний огляд, клінічне, ехографічне, комп'ютерно-томографічне і цитологічне дослідження асцитичної рідини. За допомогою УЗД заздалегідь встановлено найбільш небезпечні ділянки в черевній порожнині для пункції передньої черевної стінки. Лапароскопічне втручання виконувалось за допомогою лапароскопічної стійки СПМ-001.2. Під час лапароскопії оглядали усі відділи черевної порожнини, звертаючи увагу на наявність випоту, патологічних утворень, поширеність пухлинного і спаєчного процесу. Біопсію пухлини яєчника виконували щипцями для біопсії. Ділянку, що кровоточила, коагулювали біполярними щипцями.

Результати дослідження: Усі хворі задовільно перенесли хірургічне втручання, при завершенні якого, здійснювалось дренирування черевної порожнини для подальшого проведення внутричеревинної неoad'ювантної хіміотерапії (НХТ). Ускладнення при лапароскопії у вигляді кровотечі з судин пухлини яєчника після взяття біопсії було у однієї хворої. У зв'язку з чим їй була виконана лапаротомія.

Висновки: Діагностична відеолапароскопія у хворих на РЯ III – IV стадії є ефективним методом для визначення ступеня розповсюдження злоякісного процесу та взяття зразків пухлини яєчників для з метою проведення гістологічної верифікації діагнозу, та подальшого проведення внутричеревинної НХТ.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОЇ РЕАКЦІЇ НА НЕЙРОСПЕЦИФІЧНИЙ БІЛОК S100 ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Я. С. Юзьків

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

Білки, які належать до групи S100, становлять велику групу унікальних для нервової тканини кислих кальцій-зв'язувальних білків. Основною їхньою функцією є медіаторна й модуляторна в глія-нейрональних і глія-гліальних відношеннях, а основним медіатором – білок S100B. При черепно-мозковій травмі (ЧМТ) підвищення його вмісту у крові відображає процеси нейродеструкції і порушення функції гематоенцефалічного бар'єра та, у свою чергу, може викликати розвиток аутоімунних та запальних реакцій. Задачею роботи було виявлення таких реакцій та механізмів контакту S100B з імунокомпетентними клітинами.

Експерименти було проведено на 75 білих щурах-самцях, у яких ЧМТ моделювали за Єльським В.М., Зябліцевим С.В. (2008). Тонкі парафінові зрізи, пофарбовані гематоксилін-еозином та по Нісслю, досліджували за допомогою світлової мікроскопії. Для імуногістохімічного дослідження (ІГХД) зрізи обробляли протеїназою К та проводили імунологічну реакцію до білку S-100 з використанням полімерної системи детекції DAKO Poly Vue HRP/DAB (Agilent Technologies).

Результати показали, що на сьому добу у великій корі було знайдено набряк, «розріження» гліальної тканини, дегенеративні зміни у нейронах та судинах мікроциркуляторного русла. У більшості великих та середніх пірамідних клітинах знайдено дистрофічні зміни у вигляді гідропії та «гідропізації» ядер, що призводило до збільшення їх в розмірі, збільшення розміру перикаріону, втрати відростків. В ушкоджених нейронах ядра виглядали світлими із темними нитками хроматину, який зосереджувався частіше на периферії. В одних судинах мікроциркуляторного

русла був наявний стаз з розширенням просвіту, що був заповнений форменими елементами, в інших – прояви спазму. У всіх судинах спостерігався набряк ендотеліоцитів, виражений периваскулярний набряк. При проведенні ІГХД знайдено, що в загинних або ушкоджених нейронах зникала та/або значно зменшувалась інтенсивність фарбування білку S100, що віддзеркалювало різкі дегенеративні зміни в ділянках ураження. Поряд з цим, навколо таких нейронів знайдено високого ступеню виразності забарвлення S100, яке було притаманне гліоцитам та, меншою мірою, ендотеліоцитам. Отже у тканині головного мозку при ЧМТ було виявлено мозаїчність забарвлення нейроспецифічного білка S100 в ділянках ураження та по їх периферії. Можливо, що причиною різкого збільшення рівня у крові білку S100B була саме активації його синтезу у активованих гліоцитах перифокальних зон та активний транспорт через ендотеліоцити мікроциркуляторного русла.

ЧАСТОТА ПРИЧИНА ТА МЕТОДИ СИМУЛЯЦІЇ, ПЕРЕБІЛЬШЕННЯ ТА ПРИХОВУВАННЯ СИМПТОМІВ НЕСОМАТИЧНИХ ХВОРОБ СЕРЕД СТУДЕНТІВ У ВІЦІ ВІД 17 ДО 25 РОКІВ.

О.М. Юрченко; Н.О. Ремньова

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Харків

В усі часи на різноманітні життєві проблемні ситуації існували різноманітні засоби реагування на них людей та мотиви їх подолання.

Дехто з людей віддає перевагу дивиться проблемам в обличчя та вирішує їх відкрито, а дехто віддає перевагу їх уникати (шляхом симуляції, перебільшення або приховування різноманітних фактів, а саме стану свого здоров'я). Різні способи реагування часто залежать від виховання людини, від її конституціональних особливостей, лабільності нервової системи і т.д.

Метою наших досліджень є вивчення фактів симуляції, перебільшення (агравачії) та фактів приховування стану здоров'я серед студентів у віці від 17 до 25 років, для подальшого виявлення мети, мотивів та способів їх втілення.

Дослідження проводилось шляхом анонімного анкетування студентів 1-3 курсів медичного факультету ХНУ ім. В.Н. Каразіна, при чому результати досліджень аналізувалися окремо для дівчат та для хлопців.

При підсумовуванні отриманих результатів проведеного дослідження ми прийшли до таких висновків:

а) Юнаки більш схильні приписувати неіснуючі в них захворювання та ховати ті, що вже мають, а дівчата частіше перебільшують симптоми.

б) Для симуляції захворювань юнаки частіше прибігають до більш грубих та «травматичних» методів розладу здоров'я вірогідно, для надання більшої переконливості. Дівчата «жаліють» себе більше та частіше обмежуються найбільш безпечними методами або лише «яскравими» історіями. Тобто юнаки більш «правдиво» та «травматично» симулюють та перебільшують захворювання.

в) Найбільш часто симулюються як юнаками, так і дівчатами лихоманка, бронхіти та захворювання шлунково-кишкового тракту.

г) Цілі симуляції захворювань у юнаків більш меркантильні та спрямовані на отримання конкретної вигоди. Дівчата обмежуються униканням суспільних обов'язків.

д) Приховують свої захворювання як юнаки, так і дівчата частіше через страх бути відсуненим вад суспільних заходів.

ЗВ'ЯЗОК АПЕЛІНУ З ПАТОЛОГІЧНИМ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

К.О. Юшко

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

Мета. Дослідити зміни рівнів апеліну в крові в залежності від типу патологічного ремоделювання серця та оцінити взаємозв'язки апеліну з основними структурними параметрами лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу.

Матеріали і методи. Обстежено 63 хворих на ГХ 2-3 ступеня з супутнім ЦД 2 типу (33 чоловіків та 30 жінок) віком від 43 до 70 років. Проводили ультразвукове дослідження серця з визначенням основних структурних параметрів – кінцево-діастолічний розмір ЛШ, товщина міжшлункової перетинки (ТМШП), товщина задньої стінки (ТЗС) ЛШ з розрахунком індексу відносної товщини стінки (іВТС), маси міокарду ЛШ (ММЛШ) та індексу ММЛШ (ІММЛШ). Відповідно до типів ремоделювання хворі були розподілені наступним чином: концентричне ремоделювання (КР) – у 10 хворих (16%), концентрична гіпертрофія (КГ) – у 29 (46%), ексцентрична гіпертрофія (ЕГ) – у 24 (38%). Контрольну групу склали 14 практично здорових осіб. Рівні апеліну в крові визначали за імуноферментним методом.

Результати. Рівні апеліну у хворих на ГХ з ЦД 2 типу були вірогідно нижчі за такі серед контролю і склали 0,882(0,788;0,924) нг/мл проти 1,097(0,944;1,171), $p < 0,001$. Кореляційний аналіз виявив вірогідний взаємозв'язок апеліну з ТМШП ($r = -0,50$, $p < 0,001$), ТЗС ЛШ ($r = -0,46$, $p < 0,001$), іВТС ($r = -0,29$, $p < 0,05$), ММЛШ ($r = -0,39$, $p < 0,01$), ІММЛШ ($r = -0,42$, $p < 0,001$). В усіх групах хворих за типом ремоделювання серця рівні апеліну були нижче за такі серед групи контролю – 0,918(0,892;0,984) нг/мл у хворих з КР, 0,855(0,722;0,899) нг/мл у хворих з КГ, 0,884(0,856;0,929) у хворих з ЕГ проти 1,097(0,944;1,171) нг/мл ($p < 0,05$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, відповідно). У хворих з КГ рівень досліджуваного пептиду був вірогідно нижчий за такий у хворих з КР, $p < 0,05$.

Висновки. Встановлено, що зниження рівнів апеліну в крові у хворих на ГХ з ЦД 2 типу асоціюється з розвитком у цих хворих гіпертрофії ЛШ, в першу чергу КГ ЛШ. При цьому у хворих на ГХ з ЦД 2 типу відмічається негативний кореляційний зв'язок з основними структурними параметрами серця, які характеризують товщину стінок ЛШ і ММЛШ, що вказує на роль дефіциту апеліну в розвитку гіпертрофії ЛШ.

ВТОРИННІ ЗМІНИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ХВОРИХ З ЛІМФОМОЮ ХОДЖКІНА ТА ДИФУЗНОЮ В-ВЕЛИКОКЛІТИННОЮ ЛІМФОМОЮ

Ю.В. Яворська¹, Д.А. Коваленко²

Тернопільський державний медичний університет¹,

КУТОР Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер² Тернопіль, Україна

Вступ. До широкого спектру онкогематологічних захворювань, які, внаслідок особливостей їх перебігу та лікування, впливають на структурно-функціональний

стан кісткової тканини (КТ) у вигляді вторинних остеопеній (ОС), належать лімфоми.

Мета. Провести стандартизовану оцінку впливу проведеного протокольного хіміотерапевтичного (ХТ) лікування на стан КТ в пацієнтів з лімфомою Ходжкіна (ЛХ) та дифузною В-великоклітинною лімфомою (ДБВКЛ).

Матеріали і методи. Методом віртуальної денсито-гістоморфометричної біопсії, за критерієм денситометричної щільності (ДЩ) (в одиницях Хаусфілда), проведено оцінку стану КТ в 86 онкогематологічних пацієнтів з ЛХ та ДБВКЛ, які знаходились на лікуванні в Тернопільському онкологічному диспансері в періоді з 2010 р. по 2015 р. Середній вік хворих склав $47,85 \pm 2,24$ роки.

Результати. В хворих на ДБВКЛ на етапі діагностики ОС зміни встановлено в 73,3% хворих. Проте, серед обстежених хворих на ЛХ на етапі встановлення діагнозу, ОС змін виявлено не було. При оцінці динаміки ОС синдрому, проведеної на етапі завершення ХТ лікування, було встановлено наступні зміни: у хворих на ЛХ – зменшення ДЩ в чоловіків та жінок в грудних хребцях на 24,9%, а в поперекових хребцях на 19,6%; в хворих на ДБВКЛ спостерігались односпрямовані остеопенічні зміни ДЩ КТ (82% обстежених) як в грудному, так і в поперековому відділі хребта. Методами регресійного аналізу встановлено, що провідними факторами відповідальними за зменшення ДЩ КТ є не тільки вік, стать, стадія захворювання, а також дозозалежний ефект впливу групи ХТ агентів (циклофосфану, доксорубіцину та преднізолону), які входять до складу стандартних протоколів лікування цих захворювань.

Висновки. Основними факторами, які обумовлюють зменшення ДЩ КТ є вік, стать, стадія захворювання та групи ХТ агентів, які входять до складу протоколів терапії лімфопроліферативних захворювань, що вимагає створення обґрунтованих та диференційованих методів профілактики і лікування змін ДЩ в хворих на ЛХ та ДБВКЛ.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА-634 G/C (rs 2010963) ГЕНА VEGF-A НА РАЗВИТИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

М.В.Яресько

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

Изучение генетических зависимостей развития сердечно-сосудистых заболеваний и факторов эндотелиальной дисфункции стало одним из актуальнейших вопросов современных медицинских исследований. Известно, что одним из основных факторов, влияющих на ангиогенез, является васкулоэндотелиальный фактор роста (VEGF). Ряд работ, направленных на его изучение показал, что носительство определенного полиморфизма гена VEGF-A способно влиять на степень экспрессии VEGF. **Цель:** оценить взаимосвязь полиморфизма -634 G/C (rs 2010963) гена VEGF-A с развитием гипертонической болезни (ГБ) в сочетании с ожирением у женщин в пременопаузе. **Материалы и методы:** обследовано 115 женщин с ГБ II стадии, 1-2 степени и ожирением I-II ст., 45-60 лет. В зависимости от менопаузального статуса: 45 женщин в пременопаузе, 50 женщин в менопаузе, период которой не превышал 3 года и 20 практически здоровых женщин в пременопаузе, в качестве группы контроля. Концентрацию VEGF определяли методом иммуноферментного анализа. Исследование аллельного полиморфизма -634 C>G (rs 2010963) гена VEGF-A проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической схемой детекции

результата с помощью стандартной тест-системы «VEGF-ИФА-Бест». Выделение ДНК из цельной крови проводили с помощью набора реактивов для выделения ДНК из клинического материала «ДНК-сорб-В» (Амплисенс, РФ). Результаты исследования: в группе пременопаузы уровень VEGF был достоверно выше у женщин с генотипом GG (436,4[315,2; 772,8] пг/мл) при сравнении с генотипом CG (314,6[222,9; 449,4] пг/мл) ($p = 0,040$) и генотипом CC (261,8[127,5; 268,8] пг/мл) ($p = 0,005$), у женщин с генотипом CG и CC достоверных различий не наблюдалось ($p = 0,156$). Уровень VEGF был достоверно выше у женщин в менопаузе с генотипом GG (535,2[290,5; 726,8] пг/мл) по сравнению с генотипом CG (252,4[217,0; 363,8] пг/мл) ($p = 0,003$) и генотипом CC (226,9[197,9; 252,8] пг/мл) ($p = 0,001$). При сравнении уровня VEGF у женщин с генотипом CG и CC достоверных различий не наблюдалось ($p = 0,148$). В группе контроля уровень VEGF был достоверно выше у женщин с генотипом GG по сравнению с CC ($p = 0,010$), у женщин с генотипами GG и CG ($p = 0,078$) и CG и CC ($p = 0,059$) достоверных различий не было. Выводы: показано, что уровень VEGF был достоверно выше у женщин как в пременопаузе так и в менопаузе с генотипом GG полиморфизма -634 C / G (rs 2010963) гена VEGF-A по сравнению с пациентками с генотипами CC и CG ($p < 0,05$).

КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

С. Я. Яновская

ГУ «УкрГосНИИМСПИ МОЗ Украины», Днепропетровск

Цель – изучить состояние когнитивных функций и атеросклеротического процесса брахиоцефальных артерий у больных АГ.

Материалы и методы. Было обследовано 49 больных АГ АГ III стадии в отделенном периоде перенесенного ишемического инсульта.

Результаты и их обсуждение. Легкие и умеренные когнитивные нарушения были диагностированы у 74,2 и 25,8 % обследованных. Наиболее часто у больных после перенесенного инсульта страдали память (в 97,3%), внимание (в 90,6%), интеллект (в 75,6%), мышление (в 64,9% случаев). Процесс запоминания ассоциирован с диаметрами левой общей сонной (ЛОСА) и правой позвоночной артерии (ППА), образная память – с индексами резистентности левой внутренней сонной артерии и ППА, зрительная память (количество правильных ответов) – с индексом резистентности ППА, смысловая память – с диаметрами ЛОСА и право внутренней сонной артерии (ПВСА), объем кратковременной памяти – с диаметром правой внутренней сонной артерии (ПВСА). Избирательность внимания больных коррелирует с кровотоком в ПВСА и индексом резистентности левой ВСА, индекс утомляемости внимания – с кровотоком по левой ВСА, эффективность работы – с диаметрами правой и левой ОСА, левой ПА, вработываемость – с диаметрами ЛОСА, ПВСА и левой ПА, кровотоком по ЛВСА, индексом резистентности ЛВСА, психическая устойчивость – с кровотоком по ЛОСА и ЛПА, объем динамического внимания – с индексом резистентности ЛВСА. Способность управления чужими эмоциями ассоциирована с кровотоком по ЛОСА и индексом резистентности ЛПА, управление всеми эмоциями – с диаметром ЛОСА и индексом резистентности ПВСА, уровень логического мышления – с кровотоком по ЛВСА и индексом резистентности по ЛВСА. Продуктивность

мышления больных связана с диаметром и индексом резистентности ЛПА, понимание логических связей и отношений между понятиями – кровотоком по левой и правой ОСА, индексом резистентности ПВСА.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ АССОЦИИРОВАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Е.А. Гетман

ГУ «Национальный институт терапии им. Л.Т.Малой НАМНУ»

Цель: изучить течение легочной гипертензии (ЛГ) у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС). **Материалы и методы:** в основу исследования положены данные обследования 121 пациента с ХОЗЛ в сочетании с ИБС, которым было проведено неинвазивное определение среднего давления в легочной артерии при помощи ЭХО-КГ. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 включала 68 пациентов с ХОЗЛ+ИБС+ЛГ (возраст 62,5 лет [56,5;71,0]) (медиана [нижняя; верхняя квартиль]) лет со стабильным течением ХОЗЛ и ИБС, 2 группа контроля – 53 пациента с ХОЗЛ и ИБС без развития ЛГ (60,0 [54,0;68,0] лет). Обе группы были сопоставимы по полу, длительности заболевания и тяжести ХОЗЛ и функционального класса ИБС. Толерантность к физической нагрузке определяли по тесту с 6 минутной ходьбой, сатурация кислорода, пульс при помощи пульсоксиметра. Для определения тяжести течения ЛГ у больных применялось определение функционального класса (ФК; ВОЗ/НУНА, 2003). **Результаты:** Согласно полученным данным среди всех больных ХОЗЛ признаки ЛГ диагностированы у 51,9% пациентов, из которых в 77,4% соответствовали I, в 16,1% – II и в 6,5% – III степени ЛГ. В данной группе пациентов ЛГ соответствовала II и III ФК и выявлялась при тяжелой и крайне тяжелой степени бронхообструкции. Анализ клинических проявлений ЛГ, в зависимости от ее степени тяжести в группе пациентов с ХОЗЛ и ИБС выявил признаки, которые достоверно ($p < 0,05$) чаще диагностировались при нарастании степени ЛГ: усилывалась степень одышки по шкале mMRC, снижалась толерантность к физической нагрузке по тесту с 6 мин. ходьбой, увеличивалось количество обострений ХОЗЛ по сравнению с группой пациентов, у которых не развивалась ЛГ. Для лёгочной гипертензии при ХОЗЛ характерна лёгкая или умеренная степень выраженности, однако в 6,5% регистрировалась тяжёлая лёгочная гипертензия (более 40 мм рт. ст.). **Выводы:** таким образом, развитие лёгочной гипертензии при ХОЗЛ в сочетании с ИБС отличается менее высокими значениями среднего давления в ЛА, чем при первичной лёгочной гипертензии, достигая уровня 40-50 мм рт. ст., однако ведет к отягощению течения основных заболеваний, увеличению количества обострений.

АНТИТРОМБОЦИТАРНА ТЕРАПІЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Е.С.Гальєва, Е.А.Лапшина, Т.Н. Голєнко

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Ключевым моментом патогенетического лечения острого коронарного синдрома (ОКС) является комбинированная антитромботическая терапия, в которой значительная роль принадлежит дезагрегантам.

Цель работы: оценить эффективность использования клопидогреля для лечения больных ОКС. Наиболее распространенным антитромботическим препаратом была и остается ацетилсалициловая кислота (АСК), однако потенциальная возможность усиления блокады активности тромбоцитов путем ингибирования других, не связанных с тромбоксаном, рецепторов способствовала активному поиску новых средств, угнетающих функцию тромбоцитов. Одним из таких препаратов стал клопидогрел. По своей химической структуре этот препарат относится к классу тиенопиридинов. Фармакологическое действие клопидогреля заключается в необратимой блокаде связывания аденозиндифосфата (АДФ) с соответствующими рецепторами на поверхности тромбоцитов, который в естественных условиях индуцирует связывание фибриногена с гликопротеиновыми рецепторами IIb/IIIa и приводит к опосредованной АДФ агрегации тромбоцитов. Помимо этого клопидогрел способен блокировать некоторые медиаторы, такие как фактор, активирующий тромбоциты, коллаген, а также формирование тромбоцитарно-моцитарных агрегатов — свойство, которым не обладает АСК и которое в значительной мере обуславливает более высокую по сравнению с АСК антитромботическую активность клопидогреля.

Выводы: клопидогрел следует рассматривать в качестве оптимальной альтернативы для пациентов, не переносящих АСК, а подавление агрегации тромбоцитов при помощи механизма, отличного от действия АСК, усиливает антитромботический эффект комбинации этих препаратов и тем самым обеспечивает еще большее снижение риска развития атеротромботических событий.

ЗМІНИ СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ПОРУШЕННЯМИ МЕТАБОЛІЗМУ ПУРИНІВ

Д.В.Молодан

Харківський національний медичний університет, Харків

Мета дослідження – покращити оцінку функціонального стану ендотелію у хворих на гіпертонічну хворобу на тлі ожиріння з порушеннями пуринового метаболізму.

Матеріали і методи. До дослідження увійшло 49 пацієнтів (22 (44,89%) чоловіків, 27 (55,11%) жінок) хворих на гіпертонічну хворобу I і II стадії, 1-3 ступеня, з супутнім ожирінням I-II ступеня. Середній вік досліджуваних склав $(58,17 \pm 1,69)$ років. Хворі були розподілені на дві групи в залежності від рівня гіперурикемії: пацієнти з нормоурікемією ($n = 22$) і пацієнти з безсимптомною гіперурикемією ($n = 27$). Групу контролю склали 12 практично здорових нормотензивних пацієнтів. Стан ендотелію визначався за змінами ендотеліязалежної вазодилатації, рівнем

асиметричного диметиларгініну (АДМА) у крові. Верхня межа норми сечової кислоти у чоловіків складала 420 мкмоль/л, у жінок - 360 мкмоль / л. Статистично значущими вважались відмінності при $p < 0,05$.

Результати. У хворих на гіпертонічну хворобу, асоційовану з ожирінням в поєднанні з безсимптомною гіперурикемією, встановлено порушення функціонального стану ендотелію, що проявляється у зниженні ендотелійзалежної вазодилатації. Так в групі безсимптомної гіперурикемії медіана та нижня і верхня квартилі ендотелійзалежної вазодилатації становили 1,80 (0,98; 2,80) %, порівняно із ендотелійзалежною вазодилатацією в групі гіпертонічної хвороби без підвищення сечової кислоти (6,90 (6,11; 7,88)) %. У групі контролю цей показник був найвищим - 12,04 (11,04; 12,39) %. Показники АДМА були вищими у хворих із безсимптомною гіперурикемією, що також свідчило про погіршення стану ендотеліальної функції. При безсимптомній гіперурикемії АДМА становила (0,73 (0,64; 0,87)) мкмоль/л, в групі гіпертонічної хвороби без підвищення рівня сечової кислоти – 0,64 (0,58; 0,71) мкмоль/л, в контрольній групі – 0,36 (0,29; 0,38) мкмоль/л.

Висновки. В дослідженні було встановлено, що у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням і безсимптомною гіперурикемією при збільшенні урикемії відбувається поступове зменшення ступеня ендотелійзалежної вазодилатації та збільшення величини АДМА ($p < 0,05$).

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОГРАММЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЯХ

А.Д.Ольховская, Д.В. Молодан

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Железодефицитная анемия (ЖДА) — гематологический синдром, характеризующийся нарушением синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа и проявляющийся анемией и сидеропенией.

Цель работы представить особенности диагностики ЖДА с помощью современных автоматических гематологических анализаторов, изучить особенности гемограмм при ЖДА и их динамику во время медикаментозного лечения.

Диагностически значимый показатель - RDW – показатель анизоцитоза эритроцитов. RDW характеризует колебания объема эритроцитов и улавливается прибором значительно точнее, чем при визуальном просмотре мазка крови. RDW представляется важным дополнительным критерием для диагностики и динамического наблюдения за результатами лечения пациентов с анемиями.

Как правило, регистрируемая кривая подчиняется закону нормального (гауссова) распределения. Нормальная эритроцитарная гистограмма имеет симметричную (куполообразную) форму .

При появлении патологических или нескольких популяций эритроцитов форма гистограммы меняется.

Так, в начальной стадии ЖДА эритроцитарная гистограмма несколько уширяется и начинает сдвигаться влево, RDW повышается. По мере нарушения гемоглобинообразования происходит снижение концентрации гемоглобина, среднего объема эритроцитов, содержания гемоглобина в отдельном эритроците, концентрации гемоглобина в эритроцитарной массе, увеличение RDW. Эритро-

цитарная гистограмма существенно уширяется и значительно сдвигается влево. На фоне лечения ЖДА препаратами железа и показатели гемограммы постепенно нормализуются. При этом за счет появления в крови популяции нормальных и молодых форм (полихромафилов) RDW продолжает возрастать, основание эритроцитарной гистограммы сдвигается вправо, а сама кривая имеет два пика, один из которых располагается в области микроэритроцитов, а другой – в зоне макроэритроцитов. Постепенно пики на эритроцитарной гистограмме стираются, основание ее становится уже, и гистограмма принимает нормальную форму.

Выводы: определение гемограммы на автоматическом анализаторе улучшает качество диагностики ЖДА и оценку состояния пациента в процессе терапии.

«МЕДИЧНА НАУКА ТА КЛІНІЧНА ПРАКТИКА - 2016»

20 травня 2016 року, Харків

Підписано до друку 12.05.2016 р. Формат 60x84/16. Папір офсет.
Друк. ризограф. Ум. друк. арк. 4,5. Замовлення б/н. Наклад 130 прим.
Друк - СПД ФО Степанов В.В. м. Харків, вул. Ак. Павлова 311